

Psykolog TIDNINGEN

NR 3 2011 * SVERIGES PSYKOLOGFÖRBUND

FACKLIGT

Brist på psykiatriker
– en fråga för psykologer

PÅ JOBBET

Ny serie!

YNGRE FORSKARE

Ida Flink fick
ptp-doktorandtjänst

KRÖNIKAN:

*Jonas Mosskin om
nyckeln till sociala
medier*

Birgitta Ingridsson:

Dålig kunskap om naturligt åldrande

Otto Kernberg om

Mogen kärlek på Manhattan

Innehåll nr 3 2011

3 Ledare

Av Örjan Salling

4 Geropsykologi

Få äldre i kris erbjuds psykologiskt stöd, berättar Birgitta Ingridsson.

Demenssjukdom – vad händer i själen?

Marie Sjöberg Altemani intervjuas

11 Aktuellt

Krav på legitimation för psykologyrket
Skolmiljön för fosterbarn bör förbättras
Från barnhemsbarn till BO

14 Fackligt

För få psykiatriker påverkar psykologarbetet
Missnöje med löneprocessen

17 På jobbet

Ny serie om psykologer i arbete

19 Essä

Att hjälpa andra – en lyckostrategi?

22 Reportage

24 Konferensrapport

Psykologer i primärvården bildar nätverk

Kliniska psykologer diskuterar specialistutbildning

Mogen kärlek på Manhattan

30 Forskning

Adhd och otrygg anknytning

Att testa egna terapier ger bättre utfall

Forskningsnytt

35 Yngre forskare

Ida Flink har en ptp-doktorandtjänst

37 Krönika

Av Jonas Mosskin

38 Debatt

42 Bokrecension

46 Nytt från förbundet

FOTO ULRICA ZWENGER

FOTO JAN L. INDMARK

FOTO ANNA FREDR. KSSON

FOTO ANDREAS OFFESSON

25

4

16

Psykologtidningen



Nr 3 2011 * 11/4 15/5 * Årgång 56
Utgiven av Sveriges Psykologförbund

Chefredaktör och ansvarig utgivare:
Eva Brita Järnefors, 08 567 06 451
evabrita.jarnefors@psykologforbundet.se

Redaktör och stf ansvarig utgivare:
Carin Waldenström, tjl.

Redaktör: Kajsa Heinemann, 08 567 06 452
kajsa.heinemann@psykologforbundet.se

Redaktör/vik: Peter Örn, 08 567 06 453
peter.orn@psykologforbundet.se

Box 3287, 103 65 Stockholm
Fax 08 567 06 490.
e post: tidningen@psykologforbundet.se
www.psykologtidningen.se
ISSN 0280 9702.

Annonser: Newsfactory
Säljare: Berenika Westerlund, 08 587 86 531
berenika.westerlund@newsfactory.se

Annonsmaterial: Johan Kjellström Kuhlau
08 545 03 994
johan.kjellstrom.kuhlau@newsfactory.se

Prenumerationer och adressändringar:
Lagern Akademienservice
Tel 08 567 06 430, Fax 08 567 06 090
msc@akademienservice.se

Pris: 600 kr inkl moms helår, 10 nr, 2011.
Utrikes 700 kr.
Lösnummer 60 kr.
postgiro: 29 77 01 5 bankgiro: 5675 9202

Telefonnummer och e post till kanslipersonal,
förbundsstyrelse hittar du på näst sista sidan.

Psykologtidningen på nätet:

All redaktionell text lagras elektroniskt för att kunna publiceras också på internet..
Författare som inte accepterar detta måste meddela förbehåll. I princip publicerar vi inte artiklar med sådana förbehåll.

Psykologtidningens redaktionsgrupp:
Rebecca Andersson, Susanne Bertman,
Ulf Gustavsson, Jessica Larsson, Marja Rudenhed, Rolf Sandell, Ann Charlotte Smedler och Nils Eric Tedgård.

Fackpressupplaga 10 400 ex 2010

Medlem av

**SVERIGES
TIDSKRIFTER**

Tryck:

Wallin & Dalholm Boktryckeri AB, Lund.

Grafisk form: Marianne Tan
marianne@tanproduktion.se

Omslag: Birgitta Ingridsson
Foto: Ulrica Zwenger



Nästa
nummer
utkommer
16 maj

Vi tar ansvar för kompetens

Psykologförbundet har lämnat remissvar på behörighetsutredningens betänkande *Kompetens och ansvar* (SOU 2010:65), remissvaret finns bland annat på förbundets hemsida.

Betänkandet som omfattar många olika områden, är inte i första hand inriktat på frågor som handlar om psykologers yrkesutövning, men berör en del sådana. Frågor som i grunden gäller människors möjlighet att få adekvat hjälp vid upplevd psykisk ohälsa.

TITELSKYDDET för titeln psykolog, som infördes 1994, efterlevs i stort inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården. Vid sidan av denna, inom skolans elevhälsa, i privat yrkesutövande etc, har efterlevnaden visat sig vara betydligt sämre. Personer utan legitimation för yrket har uppträtt under beteckningen ”psykolog” utan att ingripanden skett från den tillsynsmyndighet – Socialstyrelsen – som rimligen ska utöva tillsyn.

Den snäva begränsningen att titel skyddet enbart ska gälla inom hälso- och sjukvårdens område, och de gränsdragningsproblem som följt av detta, har lämnat stora öppningar för oseriösa utövare att använda sig av psykologtiteln utan att ha legitimation för yrket.

För att råda bot på detta önskar förbundet att titeln psykolog ska förbehållas legitimerade psykologer, oavsett var verksamheten bedrivs. En hjälpsökande allmänhet ska inte behöva vara insatt i de spetsfundigheter som gränsdragning i förhållande till hälso- och sjukvård utgör, utan kunna lita på att en psykolog alltid är en legitimerad psykolog.

Kompetent bedriven psykologisk behandling grundad på likaså kompe-

tent utförd psykologisk diagnostik har visat sig effektiv för ett flertal psykiska besvär och sjukdomstillstånd. Det har i vetenskapliga studier visats att felaktig eller icke-kompetent psykologisk behandling kan utgöra en fara för patienten. Någon systematisk sammanställning av sådana felbehandlingar finns inte – eftersom ingen mottagare för rapportering finns. Förbundets uppfattning – sedan länge – är att det på samma sätt som när det gäller vissa allvarliga somatiska sjukdomstillstånd, finns ett behov av att begränsa rätten att

»Allmänheten ska kunna lita på att en psykolog alltid är en legitimerad psykolog«

behandla vissa psykiska ohälsotillstånd så att de inte kan utföras av lekmän. Denna självklara uppfattning delas inte av utredningen.

INTE HELLER ÄR utredningen beredd att höja åldersgränsen när det gäller förbudet att behandla barn. I dag gäller detta förbud generellt för barn under åtta år, det vill säga att enbart hälso- och sjukvårdspersonal får genomföra undersökning och behandling av denna grupp. Vi har under senare år kunnat iaktta att personer utan dokumenterad psykologisk kompetens erbjuder utredning och behandling till barn och ungdomar såväl över som under denna åldersgräns. Vi har också uppmärksammat hur en stark nationell och internationell lobby arbetar för att helt ta bort denna åldersgräns. Psykologförbun-

dets uppfattning är att åldersgränsen för det generella förbudet bör höjas till 15 eller 18 år. Detta rimmar betydligt bättre med annan lagstiftning som har till uppgift att skydda barn och ungdomar och att tillvarata deras intressen.

SLUTLIGEN ÖNSKAR vi att en reglering av psykologers specialisering ska utredas. Utredningen avfärdar ett sådant behov – på vad som kan anses vara lösa grunder. Man använder sig av den motivering som användes av 1994 års behörighetsutredning. Sedan dess har mycket vatten runnit under broarna i Sverige såväl som internationellt och inte minst i de nordiska länderna. Specialiseringsbehovet finns, det vet professionen, verksamhetsföreträdarna och klienterna. Kompetens och ansvar kräver att vi inte ger efter för en 17 år gammal icke uppdaterad syn. ✨

ÖRJAN SALLING
FÖRBUNDSREKTÖR



FOTO ULR KA ZWENGER



Få äldre i kris får psykologiskt stöd

Kunskapen om det naturliga åldrandet är minimal i både samhället i stort och inom hälso- och sjukvården. Många äldre får därför inte rätt psykologiskt stöd när de drabbas av en livskris.

– Sverige är fortfarande ett u-land inom geropsykologin, säger psykolog Birgitta Ingridsson, ordförande i Sveriges geropsykologers förening.

TEXT PETER ÖRN FOTO ULRIKA ZWENGER

Det är de äldre i samhället, 65 år och uppåt, som kommer att svara för den i särklass största ökningen av antalet invånare i Sverige de närmaste 50 åren (se faktaruta). Men samhällets beredskap för att tillgodose dessa människors behov av psykologisk hjälp – behov sprungna ur det naturliga åldrandets villkor och ofta åldersrelaterade livskriser – är skral. Förvisso pågår det viss forskning inom det geropsykologiska området, *Psykologtidningens* serie om geropsykologisk forskning som avslutades i nr 1 2011 vittnar om det. Men serien visar också att forskningen till stor del är koncentrerad till Göteborgsregio-

nen, där landets enda professur i psykologi med inriktning på äldre finns (fem av sex forskningsartiklar var författade av forskare vid Psykologiska institutet i Göteborg eller vid Sahlgrenska akademien). Sedan några år är även den enda universitetskursen i geropsykologi nerlagd (se separat artikel).

Psykologförbundets egen yrkesförening för geropsykologer, Sveriges geropsykologers förening, kan i viss mån också tjäna som ett exempel på hur området ännu befinner sig i sin linda.

– Vi har i dag närmare 50 medlemmar i föreningen. Vid sidan av exempelvis Sveriges neuropsykologers förening med sina omkring 800 medlemmar

är vi mycket små. Men vi har en stark styrelse och satsar hårt på att arbeta utåtriktat och sprida kunskap, säger Birgitta Ingridsson.

Geropsykologernas arbete är till stor del inriktat på det naturliga åldrandet för att hjälpa människor att bibehålla ett välbefinnande och hantera kriser som kan vara förknippade med ökad ålder. Många geropsykologer arbetar dessutom med neuropsykologiska utredningar, liksom med handledning inom äldreomsorgen. De ger även samtalsbehandling, enskilt eller i grupp, vid psykisk ohälsa. Det kan då handla om depression, ångest eller tidiga faser av demenssjukdom.

De flesta geropsykologer arbetar på

sjukhus med utredningar och stödsamtal, berättar Birgitta Ingridsson, som själv i egenskap av utbildningskonsult främst arbetar med utbildning av personal och anhöriga, men även med handledning och anhörigstöd. Geropsykologi är en del av utvecklingspsykologin och bygger på att människan fortsätter att utvecklas under hela livet. Men det finns en rad fördomar kring åldrandet, liksom exempel på samhällets åldersdiskriminering. Och det är frågor som föreningen har en viktig uppgift att arbeta med, säger Birgitta Ingridsson.

– Hela samhället, inklusive hälso- och sjukvården, är fixerad vid en kronologisk ålder och de värderingar man kopplar till åldern. Man erbjuds garantipension vid en viss ålder, efter 65 år har man inte rätt till LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), äldre erbjuds inte psykologiskt stöd inom primärvården som man gör till yngre och så vidare.

– Det finns också en mängd fördomar, som att man när man blir gammal blir gaggig och glömsk, men det blir man inte alls om man inte drabbas av en sjukdom. Möjligtvis blir man lite långsammare jämfört med yngre, säger Birgitta Ingridsson.

EN STUDIE SOM Sveriges geropsykologers förening genomförde 2010 visade att psykologer på vårdcentraler ofta inte erbjud äldre personer behandling. Av 50 tillfrågade primärvårdspsykologer uppgav 40 att omkring fem procent av deras patienter var över 65 år, 10 svarade att de över huvud taget inte fick erbjuda patienter över 65 år behandling.

– Vi skulle vilja att även samtal med geropsykologer hamnade under försäkringskassans tak, så att en person som är 70-75 år och fysiskt frisk inte tvingas lägga ut en dryg tusenlapp för att få träffa en psykolog eller måste välja att söka läkare för att undvika en stor utgift.

I dag vänder sig många äldre i stället till en läkare, säger Birgitta Ingridsson. De kanske får antidepressiva läkemedel när det ofta skulle räcka med några stödsamtal för att hantera en oro till följd av exempelvis en väntad flytt.

– Alla kan ju känna oro för den omställning en flytt innebär, även yngre människor. Det kan vara en oro för att

inte få träffa sina barnbarn till följd av att det egna barnet ligger i skilsmässa eller något annat som hänt i familjen. Men läkare tänker ofta i termer av sjukdom och läkemedel, och glömmer att det kan vara händelser i livet som ligger bakom. Det ställs sällan frågor om hur en äldre har det i sitt liv.

ATT TALA OM ÄLDRE är att tala om en mycket heterogen grupp människor, med stora skillnader i välbefinnande och funktion. Bland yngre finns dock en tendens att både klumpa ihop gruppen äldre och dessutom underskatta gruppens möjligheter att leva ett normalt liv.

Birgitta Ingridsson tar som ett exempel synen på äldres sexualliv. När hon ställt frågan till psykologstuderande, hur många personer i åldern 85 år de tror har samlag minst en gång per månad, brukar svaret bli omkring 10-15 procent. Bland allmänheten i stort tror endast någon enstaka procent att 85-åringar har samlag minst en gång per månad. Det korrekta svaret är 25 procent, säger Birgitta Ingridsson.

– Äldres sexualitet är en dold fråga, till stor del på grund av att vi lever i ett sexualfientligt samhälle. Men för många äldre som geropsykologer kommer i kontakt med är det en viktig fråga som kan skapa oro. Hur gör man

»Man är i dag allt för fixerad vid demensutredningar, inte minst på vårdcentralerna«

exempelvis som anhörig om man lever i en parrelation där partnern är på väg att utveckla demens?

– Jag brukar svara att man kan fortsätta att ha ett sexualliv med varandra så länge det ger glädje; har man levt länge tillsammans så känner man igen mönster och vanor hos varandra, det sitter i kroppen och man vet om den andre reagerar så som han eller hon alltid har gjort. Då kan man utgå från att det är bra för partnern, säger Birgitta

Ingridsson.

Att drabbas av förlust av någon närstående, kanske en partner, är alltid förknippat med sorg. Men för en äldre person kan konsekvenserna bli allvarigare, bland annat för att det sociala stödet ofta inte är lika omfattande som för en yngre. Det är händelser som för många leder till psykisk ohälsa, kanske depression. Samtidigt är det den yngre som oftast erbjuds psykologiskt stöd, inte den äldre.

– Efter det att man har gått i pension finns dessutom en risk att problem som funnits med i livet, men som ett arbetsliv förmått hålla undan, hinner i fatt och blir till en ackumulerad hög av problem som ska hanteras. Samtidigt blir man med åldern mer skör, man blir tröttare och ömtåligare och har egentligen ett större behov av psykologiskt stöd än en yngre person.

ETT AV GEROPSYKOLOGERNAS MÅL

är att få till stånd speciella hälsocentraler för äldre personer, där det finns personal kompetent på normalt åldrande och som erbjuder tid för samtal innan det exempelvis blir aktuellt att göra en demensutredning. Det finns många symtom som kan påminna om en begynnande demens, men som handlar om kognitiva effekter till följd av någon sorts kris i familjesituationen, av att man hamnar i sin inre värld, säger Birgitta Ingridsson. Det kan vara symtom som glömska, desorientering, svårighet att hitta rätt ord, tankspriddhet etc, det vill säga samma symtom som kan tyda på demens.

– Kunskapen om det naturliga åldrandet är minimal, inte minst bland läkare. Gerontologi har låg status. Däremot finns det högre kompetens vad gäller demenssjukdomar. Vid speciella hälsocentraler för äldre skulle man avsätta åtminstone ett par timmar för en ordentlig anamnes innan det eventuellt blev aktuellt att gå vidare med en demensutredning, säger Birgitta Ingridsson.

Många äldre remitteras till demensutredningar på grund av fördomar och okunskap om naturligt åldrande, hävdar Birgitta Ingridsson.

– Man är i dag allt för fixerad vid demensutredningar, inte minst på vårdcentralerna, där verktyget Mini



mental state examination, MMSE, blivit som en bibel. Men en äldre person i kris, kanske någon som har ett barn som ligger i skilsmässa, får inte full poäng i MMSE och då kan det felaktigt tolkas som begynnande demens.

DET FINNS DOCK ett ökat tryck från olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården att få lära sig mer om det naturliga åldrandet, säger Birgitta Ingridsson. Sveriges geropsykologers förening arrangerar bland annat speciella kompetensdagar för att sprida kunskap. Hösten 2011 planerar föreningen kompetensdagar riktade till dels allmänheten, dels vårdteam inom primärvården samt specifikt till psykologer.

– Många vet över huvud taget inte vad geropsykologi är för något, att vi arbetar med både friskt och sjukt åldrande, att vi vänder oss till både enskilda individer och deras anhöriga. I Sverige är geropsykologi ett litet område, ett u-land, jämfört med våra grannländer Norge och Danmark, liksom med USA och Storbritannien.

För att ytterligare stärka geropsykologins ställning vill Sveriges geropsykologers förening få med geropsykologi i specialistordningen.

– Vi vill få in det under klinisk psykologi. Det skulle leda till krav på fler kurser och utbildningar, och andra läro-

säten än Göteborg skulle intressera sig för att erbjuda det. Vi arbetar med att ta fram ett förslag på hur det skulle kunna se ut, säger Birgitta Ingridsson. *

Antalet personer 80+ ökar med 100 procent

Enligt rapporten Sveriges framtida befolkning 2010–2060 (Statistiska centralbyrån, 2010) beräknas antalet personer, som är 80 år eller äldre, att redan de närmaste 20 åren öka med nästan 100 procent till omkring 800 000 personer. Redan inom tio år har antalet personer som är 65 år eller äldre ökat med drygt 360 000 individer (ökningen bland dem i åldern 20–64 år, personer i arbetsför ålder, blir under motsvarande period endast drygt 150 000). Medellivslängden år 2060 beräknas enligt SCB vara 86,9 år för kvinnor (mot 83,4 år i dag), och 84,7 år för män (mot 79,5 år i dag).

Enda universitetskursen i geropsykologi nerlagd

Trots åldersstrukturen i samhället, och den väntade kraftiga ökningen av andelen äldre, är underlaget för egna universitetskursen i geropsykologi för psykologer för litet.

* Vid Psykologiska institutionen på Göteborgs universitet fanns fram till 2004 en kurs motsvarande 5 poäng i geropsykologi, den då enda kursen i sitt slag i landet. Boo Johansson, professor i psykologi med inriktning på äldre, hade tagit med sig kursen från Jönköping, där han gett den sedan 1982 och då omfattande hela 10 poäng. Men 2004 ansåg institutionen att det inte längre

fanns ekonomiska förutsättningar för att erbjuda kursen eftersom alla platser inte kunde fyllas.

– Den hade bantats efterhand och lades slutligen i malpåse. Nu har vi försökt få in mer geropsykologi redan i grundutbildningen till psykolog och i vissa andra vidareutbildningskurser, men det blir ju inte alls med samma höga ambitioner som då vi kunde erbjuda en speciell kurs, säger Boo Johansson.

Det finns förvisso en stor efterfrågan på geropsykologisk kompetens bland psykologer inom geriatriken, psykiatriken och på senare tid allt mer även inom primärvården, uppger Boo Johansson.

Men Sverige är ett litet land och underlaget blir därför ändå för litet för att kunna erbjuda specifika universitetskursen. Det är ett problem som gäller inom många områden, säger han:

– Det är svårigheter för hela specialistutbildningen; universiteten borde vara den naturliga kompetensgivaren inom olika specialiteter, men i stället får tyvärr andra aktörer ansvara för detta då de har andra möjligheter att kräva betalning för kurserna.



Boo Johansson

PETER ÖRN

– Vid demenssjukdom drabbas inte bara tänkandet, det kognitiva, utan även det inre, själsliga. Det som uppfattas som mitt jag, min självbild, min person vittrar sönder och blir allt mer fragmenterat, berättar Marie Sjöberg Altemani.

Demenssjukdom



Marie Sjöberg Altemani är neuropsykolog, fil dr och psykoterapeut på en specialistklinik för demenssjukdomar i Lund. I hennes arbete på kliniken handlar det psykologiska arbetet ofta om utredning och diagnos för eventuell medicinsk behandling.

– Det kändes otillräckligt att bara testa, därför började jag också ha samtal med mina patienter. Men sällan frågar man efter vad som försiggår i människans inre, i själen, när hon drabbas av demenssjukdom. Det finns fortfarande få psykologer i Sverige som arbetar med denna patientgrupp, och det finns endast lite forskning om terapi med dementa, berättar hon.

När Marie Sjöberg Altemani började med sina samtal med demenssjuka var det få eller inga i organisationen som tyckte att det var viktigt. Diagnos var viktigt. Många ifrågasatte om man över huvud taget kunde ha terapi med demenssjuka. Minnesträning, ja, men terapi?

– Men jag ser psykoterapeutiska samtal som lika viktigt som annan medicinsk behandling!

Som fördjupningsarbete på psykoterapeututbildningen valde hon därför att göra en utvärdering av de enskilda terapeutiska samtal som hon haft under en period av drygt sex år på kliniken. 39 patienter, i åldrarna 19-81 år, ingick i studien, varav 12 demenssjuka, 9 personer med lindrig kognitiv störning samt 18 anhöriga. Av patienterna var 13 kvinnor och 8 män. Bland de anhöriga var 15 kvinnor och 3 män.

DEMENS ÄR en beteckning på en rad symtom som beror på att hjärnans funktion är skadad. Vanliga symtom är minnesstörning, svårighet att orientera sig i tid och rum, svårigheter att uttrycka sig och att förstå vad andra säger (afasi), problem med praktiska göromål (apraxi). Personligheten och omdömesförmågan påverkas. Inlärning och

minne är också beroende av kognitiva funktioner som uppmärksamhet, strukturerings- och planeringsförmåga likväl som av känslomässiga processer.

– Demens är en sjukdom med gradvis förändring, och patienten kan ibland vara sjuk i upp till 20 år. Under tiden som sjukdomen fortskrider kan vi fånga upp våndan, och stödja den sjukes behov av att samtala om sina erfarenheter och upplevelser av intellektuell och emotionell förändring, berättar Marie Sjöberg Altemani.

Varje år insjuknar cirka 25 000 personer i demens i Sverige, och i Sverige beräknas knappt 150 000 ha en demenssjukdom. Ibland är det svårt att skilja lindrig demens från normalt åldrande. Demensliknande tillstånd kan uppstå vid depression eller annan affektiv sjukdom, kroniskt trötthets-tillstånd och vid somatiska sjukdomar. Både depression och demenssjukdomar ökar med stigande ålder. En del av dem som söker för demenssymtom får den mildare diagnosen ”lindrig kognitiv störning”, som kan vara förstadiet till demens, men inte behöver vara det.

– Ju längre demenssjukdomen fortskrider desto svårare att utvärdera den sjukes inre. Men de teoretiska psykoanalytiska resonemangen om demens som en omvänd utvecklingspsykologi, innebär att man kan betrakta demensen som en psykisk regress, det vill säga en återgång till ett funktionssätt som ligger tidigare i utvecklingen, berättar Marie Sjöberg Altemani.

Vid demenssjukdomar tappar människan successivt sin egen förmåga att både kunna tänka kring och känna av sitt inre, och förmedla det till sin omgivning. Många reagerar med rädsla, ångest – de psykologiska försvaren mobiliseras.

– Vem ska föra patientens talan vid beskrivning av personlighet, önskingar och behov? Ofta är det en nära anhörig som gör detta. Men terapeuten kan också fungera som en uttolkare av den dementes inre värld. Terapeuten kan



– vad händer i själen?

➤ också hjälpa patienten att tolka och benämna verkligheten.

– De terapeutiska ramarna måste anpassa sig efter patientens förmåga. Ibland kan det vara bättre att ha kortare sessioner, ibland att man väljer att gå en promenad eller ha samtal över en kopp kaffe i stället för att bara sitta och prata. En annan värdefull metod är att spela in sessionerna, så att patienten kan lyssna på samtalet vid flera tillfällen, berättar hon.

Utländska studier har visat att många anhöriga till demenssjuka mår psykiskt dåligt. De drabbas av ångest, depression, trötthet, ilska, bitterhet och sorg. Många anhöriga upplever en djup känsla av personlig och psykologisk förlust, och många känner sig ensamma och övergivna. Ju mer sjukdomen fortskrider desto större behov av terapi hos de anhöriga. Studier har också visat att anhöriga som fått gå i yoga eller zenmeditation mår mycket bättre.

Marie Sjöberg Altemani har använt den kvalitativa analysmetoden Grounded Theory, och undersökt de 598 terapisesionerna hon haft med demenssjuka, anhöriga samt personer med lindrig kognitiv störning.

– Även om man kan se återkommande teman är terapi med demenssjuka personer som terapi med icke demenssjuka personer – det ser olika ut för varje individ. Det är ett möte mellan terapeuten och den enskilde. Var och en har sin livshistoria, även den demenssjuke. Varje individ har unika upplevelser av världen. Och var och en av oss är huvudperson i vårt eget liv, även den demenssjuke, säger Marie Sjöberg Altemani.

SAMMANLAGT 137 TEMAN har utkristalliserats i materialet, av dessa är 24 teman speciellt återkommande hos mer än hälften i varje grupp. Två teman var gemensamma för de tre grupperna, nämligen ”nära anhöriga” och ”arbete”.

– När det gäller de demenssjuka handlar det om att samtala om det känslomässiga - frustration och sorg över förlorade kapaciteter. Som terapeut får man ofta hjälpa till att sätta ord på känslorna, när individen inte längre själv klarar av det. Demens är en sjukdom som bryter ner på många sätt, för många patienter är det kränkande att

»Vi skulle inte tala om ett barn såsom varande utan själ bara för att det inte har ett språk, eller ett utvecklat tänkande. Ska vi inte tänka lika om de demenssjuka?»

självet krackelerar. Men med psyko- terapeutiska samtal klarar vi oss väldigt långt, berättar Marie Sjöberg Altemani

För de demenssjuka utkristalliserades tio huvudteman: Nära relationer, andra sjukdomar, sjukdomsmedvetenhet, arbete, förklaringar/information, sorg, moderskap/faderskap, göra upp med sitt förflutna, utsatthet/stigma/otrygghet, samt kritisk självbild.

EN AV PATIENTERNA svänger mellan känslan att inte kunna utföra saker, och sorgen däröver och att försöka bagatellisera smärta, inte tillåta sig att känna den riktigt. En annan talar om sitt arbete och att det betyder oerhört mycket att kunna få fortsätta med det. Ytterligare en annan patient talar om sin upplevelse att känna sig dum och ointelligent.

– Trots känslan av utsatthet, otrygghet och stigmatisering, finns det acceptans för diagnosen, som innebär en möjlighet att börja sörja och bearbeta sitt förflutna. Det finns en önskan att skiljas från närstående med försoning i sinnet. Den egna kompetensen ses i både kritiska och bekräftande termer, berättar Marie Sjöberg Altemani.

Patienterna med lindrig kognitiv störning har inte lika stora problem som demenspatienterna, och terapierna kom ofta att handla om kampen att fungera som förut.

– Dessa personer kämpar för ett fortsatt friskt liv. Döden ska betvingas. Det finns frustration och uttalad ilska. Personerna vill ta för sig av det goda i livet, bli genom långa resor. Ibland kostar det i form av stress och tvivel på kompetens, men ilskan utåt innebär att de inte är uppgivna utan verkligen strider för sin sak. Den sociala kompetensen gentemot omgivningen betonas, berättar Marie Sjöberg Altemani.

För de demenssjukas anhöriga framkom nio huvudteman: depression/ångest/trötthet, nära relationer, ta hand

om/ansvara för, ensamhet i relationen, arbete, kamp för egen livsglädje, självständigt liv/eget liv, skuld/svek/dåligt samvete, egen tid/ta plats.

– De anhöriga frågar sig om det är tillåtet med ett eget, självständigt liv, egen tid, utan dåligt samvete. Måste man ansvara ända in i döden? Många tror det och kämpar med det. Egentligen skulle personerna behöva bli ”arga” på den demenssjuke, som har ”övergivit” dem, men av olika skäl kan de inte det och vänder i stället ilskan inåt och blir deprimerade, ångestfyllda och trötta. De vågar inte ta itu med livets villkor som har drabbat dem och de demenssjuka, berättar Marie Sjöberg Altemani.

Samtalskontakterna hade mycket varierande längd:

– Vissa patienter hade bara behov av ett fåtal samtal, för att få bekräftelse. Andra behövde psykoterapi för att arbeta bland annat med skam och skuld, i samband med eget eller en anhörigs insjuknande. Min bild är dock att alla patienter upplevt samtalen som värdefulla.

Marie Sjöberg Altemani tycker också att inställningen i organisationen förändrats mycket de senaste tio åren, sedan hon påbörjade studien. Vården är nu mer behandlingsinriktad och icke-medicinsk personal värdesätts mer. Själv tycker hon det är viktigt med ett holistiskt synsätt på människan, från vaggan till graven, och att man som personal alltid måste bevara den humanistiska sidan i sig, även om man specialiserar sig. Hon menar att de demenssjuka självklart har rätt till respekt, vård och stöd:

– Skulle vi tala om ett barn såsom varande utan själ bara för att det inte har ett språk, eller ett utvecklat tänkande? Nej. Ska vi inte tänka på samma sätt vad gäller demenssjuka? Jo! avslutar hon. ✨

MALENA ÅSARD,

PSYKOLOG, JOURNALIST

Inför krav på legitimation för att utöva psykologyrket

Allmänheten måste garanteras att den som kallar sig psykolog är legitimerad, oavsett om det handlar om vård, behandling, information eller rådgivning, och oavsett om verksamheten bedrivs i privat eller offentlig regi. Därför bör titelskyddet utökas.

Det skriver Psykologförbundet i sitt remissvar på behörighetsutredningens förslag i betänkandet *Kompetens och ansvar* (SOU 2010:65), som nu överlämnats till regeringen. Remissvaret innefattar såväl frågan om titelskydd som den om behörighetskrav och kvacksalveri.

PSYKOLOGFÖRBUNDET skriver att titeln psykolog eller förväxlingsbara titlar används av olegitimerade personer på den privata marknaden i både marknadsföring och inför klienter. Dessutom finns det många exempel, inte minst inom elevhälsan, på obehörig användning av psykologtiteln.

– Det är helt oacceptabelt att inom elevhälsan utges sig för att vara psykolog utan att ha legitimation, där psykologiska utredningar och bedömningar kan leda till olika åtgärder och stora konsekvenser för eleven, säger förbundsordförande Lars Ahlin.

– En bidragande orsak till att detta fått pågå under så många år är att tillsynen, när det gäller efterlevandet av titelskyddet, har varit i stort sett obefintlig.

Utredaren föreslår en

lagreglering av skyddet av yrkestitlar även vid marknadsföring av verksamhet, vilket Psykologförbundet ställer sig bakom.

– Men vi vill att det även ska vara straffbart att obehörigt använda skyddade yrkestitlar i marknadsföringen, vilket vi framför i vårt remissvar, säger Lars Ahlin.

– Dessutom föreslår vi en statlig konsumentupplysning som beskriver vad legitimation står för, både när det gäller kompetens och ansvar.

När det gäller frågan om behörighetskrav ställer sig Psykologförbundet kritisk till utredaren, som i sitt betänkande anser att den så kallade näringsfriheten, det vill säga att ingen yrkesgrupp ska ha ensamrätt till ett visst yrke, väger tyngre än patientsäkerheten i den här frågan.

– Patienter måste tillförsäkras en säker psykologisk diagnostik och behandling, och då anser vi att legitimation för att utöva psykologyrket bör bli ett behörighetskrav, säger Lars Ahlin, och fortsätter:

– I vart fall bör behörighetskraven i behörighetsförordningen utvidgas till att omfatta all anställning som psykolog i hälso- och sjukvårdsverksamhet som är offentligt finansierad.

RÄTTEN ATT behandla allvarlig psykisk sjukdom bör begränsas, anser Psykologförbundet som föreslår att den frågan utreds. Bakgrunden är den växande marknaden, främst på nätet, med terapeuter utan adekvat

utbildning som erbjuder rådgivning och behandling till människor med allvarlig psykisk sjukdom.

– Psykologiska metoder är effektiva vid ett flertal sjukdomstillstånd, men felaktig psykologisk behandling och psykoterapi kan vara skadlig. Det finns det ett gott vetenskapligt stöd för, säger Lars Ahlin.

Rätten för personer utan legitimation att utreda och behandla barn bör begränsas

och åldersgränsen höjas från nuvarande 8 år till 18, alternativt 15 år, för att skydda barn och ungdomar mot okvalificerade utövare, skriver förbundet. Bakgrunden är den ökade marknadsföringen som riktar sig mot barn och ungdomar. ✨

PETER ÖRN

Läs hela remissvaret:
www.psykologtidningen.se
 Se även artikel i *Psykologtidningen* nr 9 2010, sid 8.

Skolmiljön ska rättas till – inte barnet

Hyggliga skolresultat ger fosterbarn bättre chanser till ett bra liv. Psykologen Kristin Hintze motiverar både barn, lärare och föräldrar att höja förväntningarna.

”Gör det någon skillnad allt det jag gör på jobbet?”

Skolpsykologen Kristin Hintze är nog inte ensam om att ha ställt sig den frågan. Men hon kan med stor säkerhet svara ja. Det har hon mätresultat på. Med skräddarsytt skolstöd har familjehemsplacerade barn i Helsingborg inte bara förbättrat sina kunskaper i svenska och matematik utan också sina kognitiva förmågor.

– Det är meningsfullt att få komma in tidigt, arbeta förebyggande och dessutom ha chansen att utvärdera insatserna, säger Kristin Hintze, som är anställd av Helsingborgs kommun för att arbeta med SkolFam.

Barn från förskoleklass till årskurs 5 tas in i SkolFam – Skolsatsning inom familjehemsvården – och följs sedan grundskolan ut. Arbetet har ända sedan starten 2005 varit forskarstött.

DET FINNS MÅNGA studier som visar på de stora riskerna bland barn i samhällsvård för kriminalitet, bidragsberoende och självmord. Men det finns också forskning som visar att hyggliga skolresultat är den enskilt största skyddsfaktorn för att ge de här barnen samma framtidsutsikter som andra barn. En viktig del i Kristin Hintzes arbete är att få lärarna att se riskperspektivet.

– Men hjälp någon annan som har större problem! kan de säga. Vi måste motivera vår närvaro, få lärarna att

inse att de här barnen behöver vaccinerats utbildningsmässigt inför tonåren.

Skolan vet ofta väldigt lite, det öppnas en avgrund när en del av det som barnen varit med om blir känt, som att ett barn vid sju års ålder bott i sex olika hem. Varje berättelse ger stark motivation för att komma vidare.

FÖRST GÖRS EN kartläggning av barnens kunskaper och förmågor. Det har visat sig att fosterbarnen är normalbegåvade men underpresterar rejält. Förväntningarna från fosterföräldrar, lärare och andra vuxna kring dem är låga. Kristin Hintze handleder och berättar för föräldrar, lärare och barnet om de starka sidorna.

– I vanliga fall är man ute efter att diagnosticera. Här tittar vi på var det behövs förstärkning. Barnet är inte en patient. Vi kopplar alltid det vi säger till en åtgärd, ingjuter mod och lust.

Det är miljön, inte barnet som ska ändras.

– Vi vill förbättra självbilden, målet är att bli ett fungerande skolbarn.

Skolan kan vara en fristad även i ett kaotiskt liv, det kan vara skönt att få fokusera på stenåldersbyn.

Självklart kan Kristin Hintze behöva remittera till terapi, logoped, eller för neuropsykiatrisk utredning.

– Men först rättar vi till svårigheter i samspelet, tillrättalägger undervisning och relationer. Om ”fröken tycker jag är dum och besvärlig”, då

går det ju inte.

Kristin Hintze träffar lärarna och pratar utvecklingspsykologi med dem. Vissa barn har till och med fått byta skola för att det inte fungerade med läraren.

– Det är ju ett sådant beslut som föräldrar kan ta för sina barn. Nu har samhället gått in i föräldrarnas ställe, då måste vi fatta det beslutet.

Specialpedagogen är en given partner i samarbetet och en socialsekreterare finns för varje enskilt barn.

– Teamarbete är ofta svårt att få till, men vi har samma värdegrund.

EFTER DEN FÖRSTA utredningen följer analys, utbildningsplan och sedan kontinuerlig uppföljning. Efter två år görs alla tester igen. Och resultaten i Helsingborg talar sitt tydliga språk – de visar förbättringar på alla områden.

– Har vi några barn i Sverige som är understimulerade så är det de här. Får de ökad stimulans så händer det saker! ✨

ANNA FREDRIKSSON,
FRILANSJOURNALIST

Läs mer:

www.skolfam.se

Ett annat hemma – om samhällets ansvar för placerade barn (Gothia 2011)

Se, tolka och agera – om rätten till en likvärdig utbildning (SOU 2010:95)

Från barnhemsbarn till barnombudsman

–Omgivningen måste uppmärksamma de svikna barnen, säger Danmarks nya barnombudsman Lisbeth Zornig, själv ett så kallat maskrosbarn som lyckats bryta mönstret. Utnämningen slogs upp stort i danska medier.

Det finns människor som trots en kaotisk och fattig barndom med okuvlig energi tar sig fram i livet. I vinter har vi mött två av dessa socialrealistiska hjältinnor. På bio. Jag tänker på Noomi Rapace som Leena i *Svinalängorna*. När hennes mamma är döende kommer barndomen ifatt. Och jag tänker på Ree Dolly i *Winter's bone*. Som en tigrinna kämpar hon för att hålla ihop syskonskaran.

DANMARK HAR SITT eget maskrosbarn. Det är ingen mindre än Barnombudsmannen – det vill säga chefen för Barnerådet. Jag möter Lisbeth Zornig, 43, en gråkall vinterdag på hennes kontor i centrala Köpenhamn. Trots fem barn och yrkeskarriär har hon ett flickaktigt utseende. Hon

utstrålar vänlighet. Hennes utnämning för ett drygt år sedan uppmärksammades stort.

– Min uppväxt är inte ovanlig. Men det är svårt att vara mönsterbrytare. En dansk undersökning visar att 46 procent av barn till utbildade föräldrar saknar utbildning när de nått 25 år. Ser man på barn ur samma grupp som dessutom mist en förälder – ja då kryper siffran upp till 93 procent.

När Lisbeth, yngst i en syskonskara på fyra, var tre år, försvann fadern. Barnen placerades på barnhem, men Lisbeth bara en kort period. Moderns önskan att få vårdnaden om sitt yngsta barn hördes. Efter skolan var hon alltid välkommen till grannarna, ett lärarpar. Hon fick sitta och läsa och

göra vad hon ville i deras arbetsrum.

– Jag lämnades i fred, men kände deras omtanke och värme. En dag gav de mig en lapp med ett telefonnummer. Om det blev för svårt där hemma (mamma hade ständigt nya socialt utslagna bekanta på besök) kunde jag ringa. Jag behöll lappen och en vacker dag ringde jag. Till socialförvaltningen! Snart var jag omhändertagen.

Lisbeth placerades på barnhem. Situationen där blev ohållbar och hon överfördes till en specialskola för flickor.

– Det kunde ha gått illa. Men skolan var en bra institution. Vi fick hjälp med skolarbetet. Det personliga intresset och studiestödet från personalgruppen fort-

satte i gymnasiet. Så småningom kom jag in på universitet och tog en dansk civilekonomexamen. Började arbeta på Danske Bank och fick min första lön. Men omedvetet och medvetet har jag alltid känt mig hotad – ekonomiskt, arbetsmässigt och identitetsmässigt.

LISBETH ZORNIG bor kvar i bostadsområdet hon delvis vuxit upp i och därmed känner väl. Hon har säkert den högsta månadslönen i grannskapet. Men där är hon trygg. Fyra av hennes fem barn bor fortfarande hemma. För fem år sedan skilde hon sig, men hennes man bor i närheten, liksom en av hennes missbrukande bröder, numera svårt sjuk i Aids.

Barnombudsmannens övergripande uppdrag är att se

Vanvård av fosterbarn och barnhemsbarn utreds

I Både Danmark, Norge, Island och Sverige utreds vanvård av fosterhemsbarn och norska kommuner har betalat ersättningar upp till 750 000 NKR. I Sverige finns ett liknande förslag.

★ Regeringen tillsatte 2010 *Upprättelseutredningen* (S 2010:02) sedan det framkommit att människor, som åren 1920-1980 placerats i fosterhem och på institution,

hade utsatts för vanvård. 400 människor hade intervjuats om när de var omhändertagna för samhällsvård i fosterhem eller på institution. Och de hade berättat om fysisk och psykisk misshandel, sexuella övergrepp, hårt arbete, kränkningar, särbehandling och ibland ren sadism i den så kallade *Vanvårdsutredningen* (S 2006:05).

Upprättelseutredningen föreslog ett år senare, den 10 februari i år, att en process bestående av tre delar skulle inledas. Den skulle bestå av

ett erkännande av det som hänt och en ursäkt, ekonomisk kompensation till de utsatta och åtgärder för att förhindra upprepning.

Vanvårdsutredningen pågår alltså fortfarande sedan man fått förlängd tid. I uppdraget ingår att intervjua alla som frivilligt kontaktat utredningen. Drygt 1 000 personer har anmält sig. De intervjuade ska erbjudas psykologiskt stöd. Och den 30 september ska uppdraget slutredovisas.

I *Upprättelseutredningen* finns även en kartläggning

av missförhållanden i dagens samhällsvård. Den visar att socialtjänsten kände till sammanlagt 246 barn som under 2008-2009 "misstänktes ha varit utsatta för övergrepp eller allvarlig försummelse". Kartläggningen visar att det var "ytterst sällsynt med dokumenterade och väl kända rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda missförhållandena."

EVA BRITA JÄRNEFORS

till att FNs barnkonvention efterlevs.

– I Danmark liksom i Sverige har vi en barnpanel där vi sänder ut frågeformulär till 2000 barn för att fånga upp deras uppfattningar. I radions barnnyheter förmedlar de själva nyheter och händelser. Barn som ringer direkt till Barnerådet hänvisas vidare. Man har ingen telefonsluss.

Vad kan bli bättre för barn i vårt samhälle?

– Danmark är ett bra land att växa upp i. Men alla barn måste utifrån sina förutsättningar få känna att utbildning är roligt och viktigt. De svikna barnen måste omgivningen uppmärksamma. På avstånd anar vi kanske oråd, men ofta gör vi ingenting.

– Familjehemmet är något man talar sig varm för i Danmark, fortsätter Lisbeth Zornig. Ordet familj står för det trygga. Familjehem är en billig lösning. Men samtidigt saknas där ofta insyn och öppenhet. ✨

TEXT OCH BILD:
GUNNEL GRUNDBERG
PSYKOLOG

Bristen på psykiatriker – en fråga för psykologer

Fredrik Wagnström, styrelseledamot i Psykologförbundet, tog upp tre frågor på senaste styrelsemötet; bristen på psykiatriker, förbättrad kontakt mellan styrelsen och psykologprogrammet och ett framtidsseminarium.

Det råder sedan länge en brist på psykiatriker i Sverige. Psykolog Fredrik Wagnström, som arbetat inom psykiatri i Västra Götaland i många år, tog upp den frågan till diskussion på förbundsstyrelsens, FS, möte 24-25 mars.

– Vilken betydelse har denna brist för psykologerna?

– Min erfarenhet är att bristen påverkar verksamheten. Både ledningen och personalen blir upptagna av denna fråga. Vad som inte diskuteras är hur man kan använda övriga personalresurser för att motverka bristen. Det är frånvaron av denna diskussion som jag tycker att Psykologförbundet behöver vara medveten om för att kunna ta egna initiativ till en dialog. Det är inte säkert att arbetsgivarna har tillräckliga kunskaper om på vilket sätt psykologprofessionen kan bidra till att minska konsekvenserna av bristen på psykiatriker.

– Har du förslag på hur man kan lösa situationen?

– Vi kan föreslå att man undersöker hur behoven i den kliniska vardagen ser ut. Det kan till exempel behövas fortbildning för psykologer

FOTO: TOMAS SÖDERGREN



Fredrik Wagnström, ledamot i FS.

eller en utökad grundutbildning. Det handlar inte om att psykologer ska göra läkarjobb utan om att diskutera en strategisk kompetensförsörjning inom landstingen. Vi kan också undersöka hur de nordiska grannländerna löst den här frågan.

Psykologförbundet har under många år haft återkommande möten med studierektorerna på psykologprogrammen. Fredrik Wagnström föreslog på styrelsens möte att även ett kontaktmannaskap med psykologprogrammen ska prövas.

– Finns det behov av det?

– Jag tycker det är en självklarhet att Psykologförbundet har ett så brett kontaktnät mot akademien och psykologprogrammet som möjligt. Att ha kontaktmannaskap är ett sätt. Vi får inte glömma lärarna på psykologprogrammen, det är de som formar den nya psykologgenerationen. Tanken är att det ska vara

»Min erfarenhet är att bristen på psykiatriker påverkar verksamheten«

informella kontakter, ett sätt att lyfta idéer och frågor där vi ska ha ett lyssnande förhållningssätt.

Fredrik Wagnström föreslog också ett framtidsseminarium. Styrelsen beslöt förlägga det till början av 2012.

– Vad vill du uppnå med seminariet?

– Jag tänker att förbundet har varit, men kan bli, än mer omvärldsorienterat. Vi har ofta kontakter med enskilda aktörer som Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting, sjukvårdspolitiker, Högskoleverket och Försäkringskassan. Men de träffar inte varandra och vi borde diskutera gemensamma frågor med dem. Det handlar också att vi får kännedom om sådant som vi måste hantera och bli bättre på.

Några av de frågor som Fredrik Wagnström anser angelägna är: Hur implementerar man specialistordningen i landstingen? Specialistpsykologens kompetens, hur kommer den in i Försäkringskassans arbete? En projektgrupp med styrelsens Fredrik Wagnström, Maria Lindhe, Aram Seddigh och Kristian Bergman bildades för att förbereda framtidsseminariet. ✨

EVA BRITA JÄRNEFORS

Missnöje med arbetsgivarens sätt att sköta löneprocessen

De lokala psykologföreningarna måste komma in tidigare i budget- och löneprocessen inför planerade löneöversyner. Dessutom är det viktigt att få arbetsgivaren att bättre skilja på en lönereduktion och sådana strukturella lönejusteringar som följer av löneglidning, könskillnader och liknande.

Det framkom då Psykologförbundet i mars sammankallade en referensgrupp, bestående av löneförhandlare från åtta psykologföreningar runt om i landet, till ett möte om erfarenheter från 2010 års lönereduktioner. Referensgruppens erfarenheter och synpunkter ska användas som underlag då Psykologförbundet i maj träffar arbetsgivarrepresentanter och andra fackliga företrädare för att på central nivå diskutera hur nuvarande löneprocess inom ramen för avtalet HÖK T fungerar.

EN GENERELL SLUTSATS utifrån referensgruppens erfarenheter är att arbetsgivarna är ganska dåliga på att följa HÖK T, framför allt gällande kriterier för lönesättning och återkopplingen till de anställda efter en lönereduktion. Daniel Pettersson från psykologföreningen i Örebro läns landsting berättade att de skickat ut en enkät till medlemmarna efter 2010 års lönereduktion, av 110 anslutna medlemmar svarade 53 och av dessa var det bara en medlem som var mycket nöjd med löneprocessen. 17 med-

lemmar uppgav att den var mycket otillfredsställande.

– Vi framförde till arbetsgivaren att de inte följde intentionerna i HÖK T. Arbetsgivaren höll inte med, men lovade samtidigt bli bättre på lönedialogen i framtiden, berättade Daniel Pettersson.

Även Maria Kjellander, förtroendevald från psykologföreningen för kommunalt anställda psykologer i Malmö, var missnöjd med arbetsgivarpartens agerande i löneprocessen och respekten för de olika stegen i avtalet HÖK T.

– Man skiljer sällan på

»Arbetsgivarna är ganska dåliga på att följa intentionerna i HÖK T«

lönesamtal och medarbetarsamtal, och som arbetstagare känner man inte att den individuella prestationen spelar så stor roll vid lönesättningen. Det leder bland annat till en dålig lönespridning och kompetensbortfall, sade Maria Kjellander.

Ulrika Sharifi, löneförhandlare i psykologföreningen i Värmlands läns landsting, instämde i kritiken:

– Arbetsgivaren gör ingen omvärldsanalys, och presenterar inga mål, ambitioner eller analyser av lönestrukturen. Det får vi själva göra. De enkäter vi gått ut med till medlemmarna visar att chefernas erfarenhet och kompetens har stor betydelse för huruvida man följer innehållet i HÖK T.

delse för huruvida man följer innehållet i HÖK T.

I MAJ SKA FÖRBUNDET, tillsammans med andra fackliga organisationer, träffa arbetsgivarrepresentanter vid två möten på Sveriges kommuner och landsting, SKL. Syftet är att diskutera hur löneprocessen fungerar med utgångspunkt i innehållet i HÖK T. Referensgruppen fick vid mötet på Psykologförbundet i mars framföra önskemål om framtida strategier, som även kan utgöra underlag till Psykologförbundets möten i maj.

ÖVERST PÅ LISTAN över frågor som bör lyftas fram hamnade den om svårigheterna att få till stånd en bra löneprocess i första linjen – ute i organisationen – och betydelsen av att båda parter är överens om att det i dag inte fungerar bra. För att få det att fungera bättre bör processen kopplas till kvalitetskontroller och uppföljningar, ansåg referensgruppen.

Andra frågor som prioriteras är den om att få arbetsgivaren att bättre skilja på lönereduktion och strukturella lönejusteringar till följd av löneglidning etc, och att sena ingångslöner för nyanställda inte bakas ihop med själva lönereduktionen. Psykologföreningarna borde dessutom komma in tidigare i budget- och löneprocessen, i god tid före en lönereduktion. Det kan ske genom både formella kanaler, exempelvis utbildning, och mer informella kanaler.

Att förändra AID-koderna (koden för arbetsområde)

var också ett önskemål från referensgruppen. En översyn av dessa bör göras, liksom det görs av SSKY-koderna (yrkeskoderna). Förbättrad information till arbetsgivarna om psykologers kompetens och yrkesinnehåll är också ett viktigt steg för att förbättra psykologernas löneutveckling. ✨

PETER ÖRN

Avtalet HÖK T finns att läsa på SKLs hemsida www.skl.se/avtalet_och_lagar



Psykolog Ylva Holst (längst t v) spelar sig själv i filmen "Stora scenen".

Psykolog spelar psykolog i filmen "Stora scenen"

Ylva Holst, psykolog och psykoterapeut verksam på Enskede Årsta Vantör jour- och öppenvårdsmottagning, spelar sig själv i den prisbelönta dramadokumentären "Stora scenen", där hon arbetar med ett verkligt familjetrauma tillsammans med en dotter, hennes mor och mormor.

Filmen är gjord av en av klienterna i gruppsamtalet, dottern och fotografen Tova Mozard. Den spelades in på Dramatens stora scen och har visats på bland annat Tempo dokumentärfilmsfestival i Stockholm.

Hur kom det sig att du fick rollen som dig själv i filmen "Stora scenen"?

– Jag hade tidigare kommit i kontakt med Tova Mozard då hon sökte till vår mottagning för att eventuellt gå i psykoterapi. Efter en tid återkom hon med frågan om jag ville vara med i en film som hon planerade, och som skulle handla om just det familjetrauma som låg till grund för hennes första besök på mottagningen. Först var jag negativ, det lät stort och ämnet var svårt: Ett gemensamt familjetrauma som grundade sig i två självmord i deras familj, dels hennes pappas och dels moderns fars

självmod. Det var händelser som modern, mamman och mormodern aldrig kunnat tala ut om ordentligt. Men efter det att hon beskrivit hur hon tänkt sig filmen ändrade jag mig. Tova Mozard såg tv-serien *In Treatment* och psykoterapeuten i *Sopranos* som förebilder, och hon frågade mig då hon tänkte på mig som "den moderna psykologen" i dessa tv-serier.

Hur kändes det att agera som psykoterapeut i en verklig situation, men inför kameror?

– Vi tillbringade fyra-fem timmar på scen, det var ganska mörkt och man såg inte kamerorna. Jag arbetade som jag brukar i en liknande situation och efter en stund glömde jag bort själva sammanhanget, att det var en film. Tova Mozard hade i förväg dragit upp riktlinjerna för hur samtalet skulle löpa och jag upplevde att alla tre

klienter var mycket modiga och öppna.

Tror du att inspelningen var terapeutisk för de medverkande eller att filmen fungerar terapeutiskt för tittaren?

– Jag vet inte om Tova Mozard kom vidare i bearbetningen av familjetraumat genom filmen. Men de fick alla tre möjligheter att tala om det som hänt vilket de inte lyckats med speciellt bra tidigare, och de tyckte det var ett bra tillfälle att lufta tankarna om dessa händelser. För den som ser filmen tror jag att den fungerar terapeutiskt på så vis att man kan beröras av samtalet på scenen och kanske börja tänka mer på sin egen situation.

PETER ÖRN

Filmrecension:

Stora scenen finns recenserad av Cecilia Hector på psykologtidningen.se

21 månader kvar...

... för dig som inte är klar med din specialistutbildning enligt den gamla ordningen.

☀ Den gamla ordningen gäller dig som är antagen före oktober 2007. Slutdatum är 31 december 2012.

Sammanlagt rör det sig om flera hundra medlemmar som har kompletteringsbesked sedan mitten av 90-talet, eller som startade sin specialistutbildning från grunden före oktober 2007.

– Vad innebär det att "bli klar"?

– Det innebär att vara färdig med alla moment som ingår; professionskurs, specialistkollegium, sex specialistkurser samt det vetenskapliga arbetet, säger Håkan Nyman, specialistrådets ordförande.

Har du frågor, vänd dig till någon i Specialistrådet (se *Psykologtidningen* näst sista sidan) eller till assistent Carl Johan Brunnerbäck, tel 08-567 06 454.

Nominera till Stora Psykologpriset 2011!

☀ Vem vill du ska få Stora Psykologpriset 2011? Nominera kan både verksamma psykologer och allmänheten göra. Priset går till psykologer som i särskilt hög grad visar på hur praktisk tillämpning av psykologisk kunskap kan komma människor till del.

Formulär för nominering finns på www.storapsykologpriset.se. Juryn vill ha en utförlig beskrivning av det utförda arbetet och en kortare motivering.

”Skönt att slippa en stressig miljö”

– Det blir mycket tid i bilen, men jag trivs, berättar psykolog Malena Bjerke, storstadstjejen, som i dag arbetar som ensampsykolog inom föräldra- och barnhälsovården inom primärvården i Kramfors-Sollefteå med 15 mil mellan utposterna.

Edsele, Junsele, Ramsele; visst har det hänt, när jag sett vägskyltarna svisca förbi, att jag tänkt: Hur hamnade jag här? En tunnelbanetjef från Stockholm som trivs med det norrländska landskapet och inte minst att slippa en stressig miljö.

Malena Bjerke skrattar när hon beskriver sitt arbetsområde. 15 mil mellan de längsta utposterna, från kusten till en bra bit in i Ångermanlands skogslandskap. I detta område arbetar hon ensam som psykolog inom primärvårdens föräldra- och barnhälsovård, ett arbetsliv fjärran från det hon upplevde i början av karriären.

– Jag har en examen som systemvetare, men kände till slut att jobbet bara handlade om att ha en inkomst. Dagarna var fyllda av pendling och grått jobb. Glädjen var borta. Nu arbetar jag med människor och inte längre med manualer och kan verkligen uppskatta det.

Malena, som växte upp i Stockholm och Östhammar, bildade i familj i Örnsköldsvik och då var det naturligt att söka till Umeå universitet för att läsa till psykolog. Efter examen vikarierade hon som skolpsykolog i Örnsköldsvik för att sedan bli erbjuden en fast heltidstjänst i Kramfors-Sollefteå.

– Jag hade ungefär lika långt till Umeå som jag har nu till Kramfors, men

MALENA BJERKE

Arbetar: Inom primärvårdens föräldra- och barnhälsovård.

Det bästa med jobbet: Patientkontaktarna

Det sämsta med jobbet: Övertron på utredningar

det är ändå en och en halv timmes resväg, dörr till dörr, så nu när barnen är lite större har jag valt att veckopendla. Det fungerar bra.

HENNES ARBETSFÄLT täcker två kommuner, Kramfors och Sollefteå, med totalt omkring 40 000 invånare. Det blir mycket tid i bilen då arbetet kräver att hon ibland finns på plats även på de mindre vårdcentralerna i utkanten av kommunerna.

– **Känner du dig inte ensam?**

– Nej, jag har nog snarare lite svårt för att arbeta alltför mycket i grupp och jag jobbar ändå ganska nära BVC-sköterskorna. Det kollegiala stöder finns också nära då vi är en grupp på totalt åtta primärvårdpsykologer inom Landstinget Västernorrland som har bra kontakt.

Stödsamtal, utredningar och gruppverksamhet upptar större delen av Malena Bjerkes arbetstid. Hon värjer sig för att placeras i något definitivt fack när det gäller olika metoder, men framhåller acceptans-tanken inom terapeutiskt arbete med Åsa Nilsson och Anna Kåver som inspiratörer.

– Min utgångspunkt är att eftersom varje patient är unik går det inte ha en metod som någon form av universal-lösning. Men rent allmänt arbetar jag

mycket med långa samtal, upp till två timmar, där patienten ges tid att prata av sig och där jag vägleder med frågor och stöder med bekräftelse, uppmuntran och en tanke om acceptans. Malena Bjerke använder gärna sina egna livserfarenheter – hur hon som ensamstående med två barn har ordnat yrkes- och familjeliv – för att få patienten att, som hon uttrycker det, gilla läget.

– Vi är bundna av så mycket normer som hindrar oss och det är ofta normer som vi inte ifrågasätter. Vi ska ha kul, vi ska göra på ett visst sätt och när det inte blir så, upplevs det som ett misslyckande. Jag försöker få patienten att reflektera över det för att komma vidare, säger Malena Bjerke, som tidigare varit aktiv i ett nationellt nätverk, *Sveriges makalösa föräldrar*, för ensamstående pappor och mammor.

Patientkontaktarna och gruppverksamheten för blivande och nyblivna föräldrar lyfter hon fram som roligast i yrket.

– Jag älskar att jobba med små grupper. Att få i gång diskussioner, att skratta tillsammans. Och inte minst att få energi av att höra andras berättelse och förstå att man inte är ensam om att ha det jobbigt ibland.

– **Vad är sämst i arbetet?**

– Att det finns en övertro på att utredningar löser alla problem. Jag har lite svårt för de förväntningar som föräldrar och skolpersonal har. Tyvärr känner jag alldeles för ofta, efter att ha utrett ett barns allmänintellektuella förmåga med test, att det inte var den insats som barn, familj eller förskola mest behövde. ✱

FREDRIK MÅRTENSSON

FRILANSJOURNALIST



Skyldigheter som egenföretagare

Fråga: Jag funderar på att starta egen verksamhet med inriktning på utredning, bedömning och behandling. Är det något speciellt man måste tänka på?

Svar: När du bedriver egen psykologverksamhet inom hälso- och sjukvården är du också vårdgivare. Som vårdgivare har du (förutom det ansvar du har som legitimerad psykolog) ett ansvar för att verksamhet bedrivs på ett patientsäkert sätt. Här nedan redogörs för några av de skyldigheter som särskilt gäller dig som vårdgivare.

Om du ska starta egen verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område ska du enligt 2 kap 1 § patientsäkerhetslagen anmäla din verksamhet till Socialstyrelsens vårdgivarregister. Anmälningsskyldigheten till vårdgivarregistret gäller alla vårdgivare, både offentliga och privata. Med vårdgivare avses stat, kommun, lands- ting, juridisk person eller

enskild näringsidkare, som bedriver hälso- och sjukvård.

Bedrivs den privata verksamheten av en juridisk person (bolag, stiftelse etc.) är det styrelsen, vd eller motsvarande som har ansvaret för att anmälan görs. Om du som psykolog tänker bedriva enskild verksamhet (alltså inte i bolagsform), är det du själv som är anmälningsskyldig. Anmälningsskyldighet gäller även om du som psykolog tänker bedriva privat verksamhet i liten omfattning. Anmälan ska göras senast en månad innan verksamheten startas. Även väsentliga förändringar och nedläggning av verksamheter ska anmälas till Socialstyrelsen.

VÅRDGIVARREGISTRET finns till för att Socialstyrelsen ska få kännedom om all verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Det är inte fråga om någon ansökan om tillstånd, utan bara en anmälan till registret. Information om vilka uppgifter som

ska anmälas och anmälningssblankett finns på Socialstyrelsens hemsida.

SOM VÅRDGIVARE måste du också enligt lag ha en patientförsäkring som täcker ersättning till patienten för eventuella vårdskador. Är du ansluten till Psykologföretagarna ingår en patientförsäkring i medlemskapet.

Som legitimerad psykolog är du skyldig att föra patientjournal. Bestämmelserna i patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter om journalföring gäller all hälso- och sjukvård, det vill säga både den offentliga och den privata vården. Det innebär att även psykologer som bedriver egen privatpraktik omfattas av samma bestämmelser som den offentliga vården. Som vårdgivare har du dessutom ett ansvar för att patientjournalerna hanteras, förvaras och bevaras i enlighet med lagens bestämmelser.

Slutligen har du som vårdgivare enligt 3 kap

patientsäkerhetslagen skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens föreskrifter hittar du på deras hemsida (www.socialstyrelsen.se). *

CAMILLA DAMELL
FÖRBUNDSJURIST



FOTO: ULR CA ZWENGER

Stats- och privatanställda chefer tjänar mest

Psykologer som är chefer inom statlig eller privat sektor har högre lön än kollegerna inom såväl landsting som primärkommuner. Andra faktorer som påverkar lönen är chefs- erfarenhet och kön.

* Fem procent (185 personer) av dem som svarat på Psykologförbundets löneenkät 2010 har angett att de är

chefer, fyra procent är chefer med personalansvar.

Psykologer med en chefsställning inom statlig eller privat sektor, med en genomsnittslön på drygt 36 600 kr i månaden, har avsevärt högre lön än psykologer som är chefer inom den kommunala sektorn. Inom landstinget, där nästan hälften av cheferna med personalansvar arbetar, är medellönen drygt 32 500

kr och i primärkommunerna 33 100 kr. Lönespridningen är också avsevärt högre bland statliga och privata chefer än bland de landstingsanställda cheferna.

CHEFSERFARENHET ger, inte oväntat utfall i lön, men inte drastiskt. Psykologer med en chefsfarenhet på 4-7 år hade en medellön på drygt 44 600 kr i månaden,

efter 13 år drygt 50 800 kr.

Manliga chefer har högre lön än kvinnliga chefer, kanske främst beroende på att manliga psykologer oftare chefer inom statlig och privat sektor. Genomsnittslönen bland kvinnliga chefer var drygt 45 400 kr, bland manliga chefer 47 200 kr. Lönespridningen var också avsevärt större bland männen.

MAJA AHLROOS

Berit Svensson, frivillig inom Röda Korset, samlar in pengar för de översvämningsdrabbade i Pakistan.

FOTO: SUSANNE RUDSTEDT/RÖDA KORSET

Att hjälpa andra – en lyckostrategi?

Är det moraliskt försvarbart att satsa på sig själv för att bli lycklig? Det är en fråga för lyckoforskningen, vars resultat Tommy Gärling, professor em i psykologi, beskriver och reflekterar kring i sin essä. Moralen föreskriver att "hjälpa andra", inte lyckan, som ett centralt livsmål.

Efter decenniers lyckoforskning inom psykologi och andra discipliner vet vi vad lycka är, vad som gör människor lyckliga och vilka konsekvenserna av att vara lycklig är. Lycka är mer än avsaknad av olycka men utesluter inte olycka. Människor som det går bäst för (de med bättre hälsa, längre liv, större framgång) är de som både upplever lycka och olycka, men där lycka dominerar.

Forskarna föredrar termen *subjektivt välbefinnande*. "Lycka" har ofta ett löjets skimmer. På engelska är "happiness" antingen ett momentant

känslotillstånd ("upprymdhet") eller en varaktig sinnesstämning ("tillfredsställelse"). I lyckoforskningen mäts både momentana känslotillstånd, varaktiga sinnesstämningar och bedömningar av den egna livstillfredsställelsen. Olika objektiva mått har utvecklats (se nobelpristagaren Daniel Kahnemans kapitel *Objective happiness* i *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Sage 1999).

Lyckomåttan baseras på att människor själva anger hur lyckliga de är. En felaktig invändning är att måtten är otillförlitliga därför att de är "subjektiva". Vad man mäter (subjektivt

välbefinnande) förväxlas med att mätningarna är *objektiva*. Lyckomåttan är lika tillförlitliga som andra välfärdsått som nationalprodukten eller levnadsnivå. De visar sig därför vara värdefulla komplement (se *Well-being for public policy*. Oxford University Press 2009, av den internationellt ledande forskaren, den amerikanska psykologiprofessorn Ed Diener, och dennes medarbetare).

EMPIRISK VETENSKAP GER solida kunskaper. När de föreligger uppstår frågor om deras tillämpning och i fallet med lyckoforskningen grundläggande moraliska frågor. Bengt Brülde har skrivit en

► bok om det (*Hur viktigt är det att vara lycklig?* Bonnier Existens 2010), som är mycket läsvärd. Inte minst för experter som informerar om lyckoforskningens resultat, t ex psykoterapeuter, livstils-coacher, journalister och författare. Brülde som är vetenskapligt skolad, docent i praktisk filosofi, baserar boken på sin kritiska bedömning av lyckoforskningen. Han har själv författat en redovisning av lyckoforskningens resultat (*Lycka och lidande*. Studentlitteratur 2007).

Värdet av Brülde's nya bok är att den ställer väsentliga frågor om lyckoforskningens tillämpning som besvaras utifrån moralfilosofiska utgångspunkter. En grundläggande sådan fråga är "Är människors lyckoprojekt moraliskt godtagbara?" Människor handlar i enlighet med sin tro om vad som leder till lycka. Denna tro får näring från massmedier, direkt eller indirekt via andra människor inklusive olika experter. I motsats till vad många tror, visar lyckoforskningen att materiella villkor spelar mindre roll för människors lycka i välfärds-samhällen. Personlighet, temperament och meningsfullt engagemang spelar större roll.

Men dessa forskningsresultat gäller för genomsnittet av stora grupper av människor och behöver inte vara sanna i det individuella fallet. Att ständigt vara lycklig (eller att vara lycklig på artificiell väg) är inte heller befrämjande för hälsa och ett långt liv. Att övervägande må bra är däremot viktigt. När mätningar görs av momentana känslotillstånd i människors vardag bör de positiva känslorna dominera över de negativa.

OM DET ÄR MÖJLIGT att göra sig själv lycklig, vad är då en effektiv strategi? Och är den "moraliskt försvarbart"? Brülde tar som exempel det massmediala fördömandet av Skandiadirektörerna, som tillskansade sig materiella fördelar på andras bekostnad. Vi vet inte om direktörernas handlande var en vald lyckostrategi och inte heller om den i så fall ledde till (eller hade lett till) avsett resultat. Men deras handlande var inte moraliskt försvarbart. Ännu hårdare fördömer vi ledare av diktaturer, som med våld tillskansar sig egna fördelar på medborgarnas bekostnad.

(Till exempel Robert Mugabe i Zimbabwe. Lyckoforskningen visar att Zimbabwe är det land i vilket människorna genomsnittligt är minst lyckliga).

FRÅGAN BLIR DÅ om dessa ytterlighetsexempel, där de flesta självklart håller med om att de inte är moraliskt försvarbara, kan tillämpas på mer vardagliga företeelser. Hur långt får man egentligen gå? Är det moraliskt försvarbart att satsa på sig själv om skadan för andra är minimal? Är det alls möjligt? Är det moraliskt försvarbart att ljuga, att svika löften eller att överge sin partner för att det förväntas leda till större egen lycka? Efter en grundlig genomgång av olika ståndpunkter kommer Brülde fram till slutsatsen att "... det är själviskt och moraliskt stötande att betrakta den egna lyckan som ett centralt livsmål" (sid. 80). Få lever i ett

» I samhällen där människor är moraliska är medborgarna lyckligare «

socialt vakuum. Det är därför knappast möjligt att "satsa på sig själv" utan att någon annan drabbas. Ännu viktigare är att moralen föreskriver motsatsen (att hjälpa andra) som ett väsentligt mål.

Lyckoforskningen visar att hjälpa andra är en effektiv strategi för att själv bli lycklig. Finns det moraliska betänkligheter med det? Är motivet för att hjälpa andra avgörande eller är själva handlandet det? Spelar det någon roll och i så fall för vad? Genom historien tycks moralfilosofer inte haft några invändningar mot att skälet till att vara moralisk är att man själv tjänar på det.

LYCKOFORSKNINGEN VISAR att i samhällen där människor är moraliska är medborgarna lyckligare, därför att de känner personlig trygghet. Att vara moralisk har i sådana samhällen positiva effekter för enskilda människor i form av andras beröm och uppskattning. Vidare återgäldar andra människor

hjälpssamhet. En annan utgångspunkt är modern socialpsykologisk forskning, som visar att människor mycket lätt solidariserar sig med grupper och är beredda att för dem försaka sitt eget intresse.

Vad som är särskilt utmärkande för *homo sapiens* är dennes, jämfört med andra arter, överlägsna förmåga att anpassa sig (se till exempel Steven Pinker: *The blank slate*. Viking Penguin 2002). Att därför uttala sig om människans natur är vanskligt. Kulturella inflytanden inklusive mer övergående förändringar i samhällsklimat, till exempel påverkan av mediedebatten, kan förändra människors vilja till gruppsamverkan, trots att den troligen är ett resultat av människans evolution.

DET ÄR VIKTIGT att framföra budskapet att det är en effektiv strategi för att själv bli lycklig att samverka med och hjälpa andra människor. Eftersom människor som solidariserar sig med en grupp själva tillhör den, är deras handlande i gruppens intresse en sundare typ av självintresse än att "satsa på sig själv".

Dock finns en avigsida. Den kan exemplifieras med dagens miljöproblem. Är människor beredda att vara solidariska med kommande generationer och acceptera uppoffringar i dag för att minska de framtida negativa miljökonsekvenserna? En del verkar vara det och ökar troligen därigenom sin lycka. Att ha barn och barnbarn är delvis avgörande för solidaritetskänslan med kommande generationer. Brülde menar i sin bok att hjälpa andra måste gälla även människor som inte är ens närmaste. Enligt evolutionsbiologin (se nedan) är hjälpssamhet mot andra främst bestämt av släktskap. Därför är samhällsinflytanden viktiga som motvikt.

Avgörande är att motverka ett samhällsklimat vars budskap är att det är moraliskt riktigt att satsa på sig själv på andras bekostnad. Det är också viktigt att bryta den för människor typiska gruppegoismen genom att samhället befrämjar gruppbildningar (såsom politiska partier) som med olika medel strävar mot gemensamma mål. Samtidigt som samhällen påverkar människor, bidrar människor till en evolutionär förändring av dessa. Det är angeläget i ett demokratiskt humanitärt samhälle,

i vilket människor mår bäst, att denna evolution går i rätt riktning.

ATT VARA OMORALISK leder det endast till olycka? Leder att vara moralisk alltid till lycka? Innebär ett *meningsfullt liv* att åstadkomma denna balans mellan att sträva efter lycka och moralens krav? Frågorna ställs och besvaras i Brülde's bok. Dock saknas ett evolutionsbiologiskt perspektiv. Enligt det är meningen med människors liv att deras gener ska överleva. Teorin om den *själviska genen* är en vidareutveckling av Darwins evolutionsteori, som för drygt 30 år sedan populariserades av Richard Dawkins (*The selfish gene* (30th anniversary edition. Oxford University Press 2006).

Reproduktion och avkommans överlevnad är därför människans centrala livsmål. Vad som är meningen med att generna ska överleva är en fråga som vetenskapen inte besvarar. En sådan djupare mening – om den som många vill tro existerar – är förborgad för de flesta av oss. Mänskliga samhällen är resultatet av en ständigt pågående evolution. Livet kan därför vara *meningsfullt* genom individens bidrag till denna evolution. Det är främst denna livets meningsfullhet som människor i allmänhet är medvetna om, talar om och diskuterar med andra. Ett liv kan också vara meningsfullt, därför att det är positivt värderat av den som lever det.

Här återkommer konflikten mellan lyckosträvanden och moral. Sett från samhällets sida kan ett liv inte vara meningsfullt om det inte bidrar till att hjälpa andra. Om individen samtidigt värderar som positivt att hjälpa andra löser det konflikten mellan lyckosträvande och moral. Livet är då både lyckligt och meningsfullt. Men om ett samhälle har normer som går emot vad de flesta människor anser vara moraliskt rätt?

Människans evolution tycks ha frambringat normer som att högt värdera andra människors liv, att behandla andra människor som man själv vill bli behandlad och att rättvist fördela gemensamma resurser. Brott mot dessa moralregler är stötande. Som Dawkins hävdar i *The God delusion* (Bantam Press 2006) har religioner haft mycket litet inflytande på dessa moralreglers uppkomst. Tvärtom kanske de haft ett

negativt inflytande genom att bidra till att fördröja evolutionen av demokratiska humanitära samhällen.

MÄNNISKANS EVOLUTION, liksom samhällets, är en pågående process. Den senare har en kortare tidsskala än den förra. Om vi (och Brülde) levt i ett odemokratiskt samhälle, hade vi då betraktat moral (att hjälpa andra) som lika viktigt för vår lycka? Varför inte hellre sko sig själv? Materiella resurser är inte oviktiga för människors lycka (om än mindre viktiga över en viss mättnadsnivå). Ett motargument är att den *aggregerade* lyckan är högre i demokratiska samhällen där människor har frihet att välja *och* där en hög moral råder. Att människor i demokratiska samhällen kan öka sin egen lycka genom att hjälpa andra är påvisat i experiment.

MEN DET FINNS flera vägar till lycka, inklusive att leva själviska liv, som enligt definitionen inte är meningsfulla. Om det är försvarbart blir en fråga om hur mycket bidraget till andras lycka minskar och därmed också samhällets aggregerade lycka minskar. Även kommande generationer måste beaktas. Frågan om moral och lycka kan inte isoleras från humanitära principer som människors lika värde och rättvis resursfördelning. Inte förvånande visar sig således politisk ideologi påverka hur man värderar de många relevanta resultaten av en vetenskaplig, värdeneutral lyckoforskning. Resultaten motsäger inte att människor med materiella resurser kan vara lyckliga utan att vara moraliska, genom att bidra till mindre privilegierade människors lycka. I andra samhällen är det dessutom inte omoraliskt. I sin bok kunde Brülde ha gjort det tydligare. För en läsare som delar Brülde's demokratiska humanitära värderingar är det ändå inget som förargar. ✨

TOMMY GÄRLING
PROFESSOR EM I PSYKOLOGI

TOMMY GÄRLING är verksam vid Göteborgs, Karlstads och Umeå universitet för att forska om människors bedömningar, värderingar och beslut.

Fler killar till ungdomsmottagningen

Antalet besök av killar har mer än tredubblats vid ungdomsmottagningen i Umeå. Psykologen Erik Rova arbetar i team med en distriktssköterska i en särskild satsning på jämställdhet.

– Jag hoppas att vårt sätt att arbeta kan vara en vägvisare för ungdomsmottagningar i andra delar av landet för att förmå fler killar att besöka en mottagning. I botten handlar det om att ge vård på lika villkor, säger Erik Rova.
Vi träffas mitt i centrala Umeå, där

landstinget strategiskt valt att placera mottagningen för att göra verksamheten så tillgänglig som möjligt för unga umebor. Det är studiebesök och temadagar som planeras, och det märks att Erik Rova trivs med jobbet, hans första efter examen.

– Kom ihåg att ungdomarna som kommer hit gör det på eget initiativ och att de är motiverade. Det känns som ett privilegium att jobba i en del av vården som bygger på frivillighet.
För två år sedan beviljades ungdomsmottagningen i Umeå särskilda

projektmedel av Socialstyrelsen för att öka tillgängligheten och med inriktning på gruppen pojkar och unga män.

ERIK ROVA ANSTÄLLEDES i mars 2009 och har arbetat tillsammans med distriktssköterskan Jonas Jälmlbrant.

– Det har gått över förväntan. Under 2009 ökade andelen besök av killar från tre till tio procent, totalt nästan 700 besök. Och jag är säker på att satsningen får ännu större genomslag framöver, säger Erik Rova.

Tidigare nationella undersökningar har visat att omkring 8-9 procent är en vanlig andel killar som besöker en

»Många killar känner en lättnad när de vågar ta steget och besöka oss«

ungdomsmottagning. Den sneda könsfördelningen har bland annat historiska orsaker. Ungdomsmottagningarna växte fram på 70-talet och mycket kretsade kring den nya abortlagen med barnmorskor som erbjöd rådgivning till flickor och unga kvinnor.

– En könsfördelning på 50-50 känns som en utopi så länge som förskrivning av p-piller utgör en stor del av verksamheten. Men självklart kan inte samhället nöja sig med att andelen killar är mindre än tio procent. Det har gjorts olika jämställdhetsåtgärder genom åren, men dessa tycks bara haft kortvarig effekt, säger Erik Rova.

I UMEÅ ÄR BETONINGEN på det okonstlade mötet en nyckel. Killar ska kunna besöka ungdomsmottagningen utan att känna sig som patienter. Särskilda drop in-tider för killar finns numera, och Erik Rova med kollega har lagt ner mycket tid på att besöka skolor och ta emot studiebesök av niondeklassare för att göra ungdomsmottagningen ännu mer tillgänglig.

– Det finns en barriär för killar att ta sig över som handlar om känslan av att man inte tillåts visa sig svag. Jag

märker väldigt tydligt att många killar känner det som en lättnad när de vågar ta steget att besöka oss och tala om sina problem.

Erik Rova upplever inte att de problem som killar tar upp skiljer sig från besökande tjejer.

– Ängest och nedstämdhet är vanliga problem. Ofta är det kopplat till en osäkerhet om den egna identiteten eller bekymmer över sin livssituation. Det kan vara att man känner stress i skolan eller otillräcklighet över att man inte träffar någon partner.

AV 14 MEDARBETARE vid ungdomsmottagningen i Umeå är fyra psykologer (motsvarande 2,5 heltidstjänster) vilket är ovanligt mycket.

– Ja, jag tror vi ligger i topp i landet med så pass många psykologer. På många andra mottagningar har kuratorer ansvar för den psykosociala delen av verksamheten. En annan sak som är lite speciell i Umeå är att vi har en anställd dietist, vilket är väldigt värdefullt då många som lider av nedstämdhet missköter sin kost, säger Erik Rova. ✨

FREDRIK MÅRTENSSON

FRILANSJOURNALIST

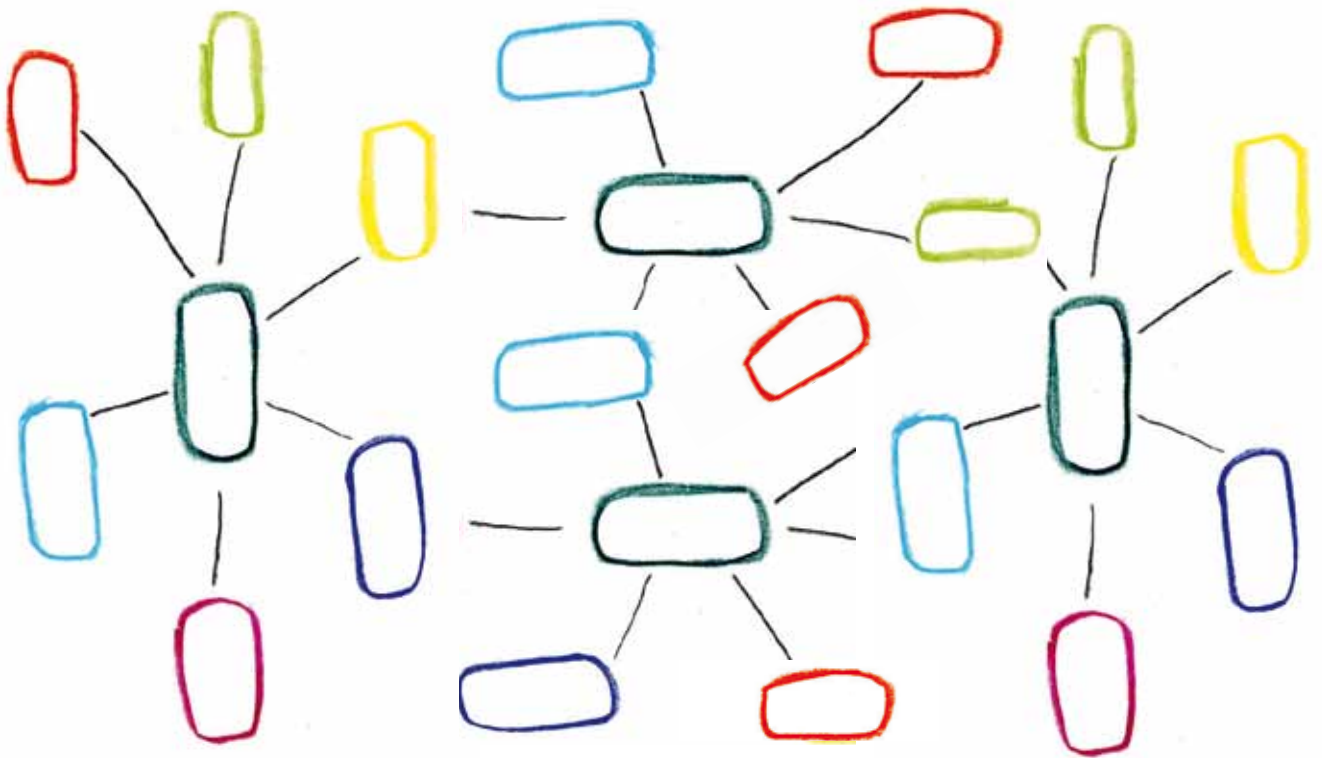
225 ungdomsmottagningar

1970 startades Sveriges första ungdomsmottagning i Borlänge. Numera finns omkring 225 ungdomsmottagningar med något skiftande verksamhet och uppbyggnad.

Merparten av mottagningarna har antingen landsting och kommun gemensamt som huvudman eller enbart landstinget.

Ungdomsmottagningarna arbetar förebyggande för ungdomar, vanligtvis med åldrarna 13-23 år, i frågor som rör sexualitet, preventivmedel och ungas psykosociala situation.

Källa: Socialstyrelsen och Föreningen Sveriges ungdomsmottagningar



Nätverk för viktiga samtal med jämbördiga

När ett 50-tal psykologer i primärvården samlades i Gävle för att diskutera bildandet av ett nationellt nätverk, såg de många möjligheter framför sig med ett nätverk; att få medtänkare, konkreta tips och idéer, kunna prata professionsfrågor och politiskt driva vikten av psykologer i primärvården.

Listan på önskemål från de primärvårdspsykologer, som träffades den 10 februari till nationell konferens i Gävle, blev lång. Ursula Lork, psykolog från Hudiksvall med områdena organisation, nätverksutveckling och coaching som specialiteter, lotsade deltagarna fram till ett mål under dagen. Målet blev att man skulle bilda ett nationellt nätverk på webben. De flesta ansåg att de inte var mogna ännu för att bilda en yrkesförening inom Psykolog-

förbundet. En styrgrupp hann man inte med att bilda, men det bestämdes att man skulle skapa en sådan via nätet.

– Styrkan med nätverk är att man till exempel kan få idéer om behandlingsmetoder som man inte har tänkt på tidigare, sade Ursula Lork.

SOM ARRANGÖR FÖR konferensen stod Psykosocial Hälsa i Gävle i samarbete med Sveriges Psykologförbund. Liknande nätverksträffar har tidigare organiserats i bland annat Stockholm

och Göteborg. Denna gång höll Paula Jonsson, psykolog vid Psykosociala teamet vid Delsbo Hälsocentral och Åsa Linder, verksamhetschef för Psykosocial Hälsa Gävleborg, i förberedelserna inför dagen.

Åsa Linder inledde dagen med att berätta om verksamheten vid Psykosocial hälsa. Den består av psykologer, kuratorer och psykiatrisjuksköterskor, som ingår i de psykosociala teamen vid hälsocentralerna i Gästrikland, Hälsingland samt kuratorerna vid sjuk-

husen i Gävle, Hudiksvall, Bollnäs och Ljusdal samt Beroendemottagningen.

– Jag tror många blir hjälpta av ett samtal med psykolog och sedan kan gå vidare själva. Psykologen har också en väldigt viktig roll i bedömningsarbetet, i att stödja andra i teamet och i att vara internkonsulter, sade Åsa Linder.

FRÅN PSYKOLOGFÖRBUNDET deltog ordföranden Lars Ahlin, förste vice ordföranden Helén Antonson och ledamoten Renée From Mokhtar. Lars Ahlin föreläste om förbundets arbete med att öka antalet psykologer i primärvården. Han gick också igenom den ekonomiska samhällsnyttan med att ha psykologer på vårdcentral.

– Medborgarna ska ha tillgång till psykolog på vårdcentral, i elevhälsan och inom företagshälsovården och de bör få ersättning när de anlitar privatpraktiserande psykolog, sade han.

Nio av tio vårdcentraler saknar tillgång till psykolog i tillräcklig utsträckning. I dag finns det drygt 200 psykologer på vård- eller hälsocentraler. Det ger i genomsnitt en psykolog per 50 000 invånare, vilket, konstaterade han, ”är alldeles för få”.

Lars Ahlin fick frågor från de deltagande psykologerna. Frågorna gällde hur han och Psykologförbundet förklarar för politiker och tjänstemän skillnaderna mellan psykologer och kuratorer. Han svarade att om man lägger utbildningsbeskrivningar för psykolog och socionom bredvid varandra så är de helt olika.

– Jag brukar också betona vad psykologer kan och framhålla att psykologer har eget behandlingsansvar och kan göra kvalificerade bedömningar och utredningar, om så behövs.

På frågan om förbundet propagerar för differentierade ersättningsnivåer på vårdcentraler, med tanke på att ett besök hos en psykolog är längre än hos en läkare, men ändå räknas som ett besök, svarade han:

– Det är en svårlöst fråga. För närvarande sitter huvudmännen fast i att räkna antal besök i ”pinnar”. När vi talar med politiker och tjänstemän förstår de problemet. Men de har inte klart för sig hur man systematiskt kan följa upp individers framsteg och hur hållbar ef-

fekten av den psykologiska insatsen är. Vi har tagit upp detta med bland annat Stockholms läns landsting, och där har de sagt att de ska undersöka problemet. Nuvarande system med pinnar ger fel incitament och missgynnar utbyggnaden av en psykisk hälsovård med psykologer på alla vårdcentraler.

»Styrkan med nätverk är att man kan få idéer om behandlingsmetoder«

VÅRDVAL SVERIGE ÄR nu genomfört i hela landet. Det har inneburit stora förändringar för primärvårdens organisation. Stora delar av verksamheterna har privatiserats.

– Är ni lika många psykologer i dag som före Vårdval Sverige, frågade Ursula Lork?

Svaren var inte entydiga, utan visade på stora regionala skillnader. Vid en del verksamheter hade psykologerna minskat, vid andra ökat. Så här löd en del av svaren:

– I Gävleborg är antalet psykologer detsamma, men de ska bli fler.

– Till Stockholm kom Vårdval Sverige 2008 och innebar en kraftig neddrag-

ning av antalet psykologer efter en uppåtgående trend.

– Jämtland har nio tjänster sedan 1995.

– Jönköping ökar något. Det ser ut som om de privata hellre anställer psykologer.

– Skåne förlorade sin samordnare. Det var inte bra!

– Till Uppsala kom de offentliga psykologerna sent. Vi har nu fått en psykolog för barn- och ungdom.

– Kalmar har fått sex nya psykologer.

– Blekinge skulle anställa en psykolog i Ronneby, men fick inga sökanden.

– I Västra Götaland vet vi fortfarande inte hur många tjänster som är kvar sedan 40 procent av primärvården privatiserades 2010. Några få privata vårdcentraler profilerar sig med att ha tillgång till psykolog.

EFTER EN DAGS program fyllt med föreläsningar, gruppövningar och diskussioner svarade primärvårdpsykologerna i utvärderingen att de uppskattade arrangemanget och var glada över mötet med kollegerna. På frågan vad man vill bidra med i nätverket, sade de bland annat: ”Dela kunskap”, ”informera om lediga jobb”, ”vara en aktiv och engagerad medlem”, ”stärka yrkesrollen” och ”humor”. *

EVA BRITA JÄRNEFORS

Här skissas framtidens specialistutbildning

En specialistutbildning med en tydlig utbildningsplan och en inriktning som motsvarar samhällets behov. Det är målet när de kliniska psykologerna tillsammans med Psykologförbundet nu ska arbeta fram en förbättrad specialistutbildning i psykologisk behandling.

Psykologernas specialistutbildningar ska uppdateras och förbättras. Det beslutades på Psykologförbundets senaste kongress i april 2010. Att specialistutbildningen i klinisk psykologi, inriktning psykologisk behandling, skulle vara först ut i det arbetet, beslutades vid samma tillfälle. En grupp inom Psykologförbundet samordnar de insatser som görs bland annat av Sveriges Kliniska Psykologers Förening (SKPF).

Den studiedag som SKPF anordnade i samband med sitt årsmöte den 28 januari handlade bland annat om detta arbete.

Att specialistutbildningen i klinisk psykologi kom först i tur förklaras delvis av den förändrade syn på och det uppsving för psykologisk behandling som skett under senare år.

– Forskning har påvisat den psykologiska behandlingens effektivitet vad gäller psykiska problem och en del livsstilsrelaterade sjukdomar. Det har lett till en ökad efterfrågan på psykologisk behandling. Då är det viktigt att det är kliniska psykologer som leder och utvecklar det psykologiska behandlingsarbetet,

betonade Eva Hedenstedt, ledamot i SKPFs styrelse.

Hon och Peter Westberg, som senare på årsmötet valdes till ny ordförande för



Eva Hedenstedt



Kerstin Twedmark

SKPF, hade arbetat med att arrangera studiedagen. Tillsammans med Kerstin Twedmark från förbundsstyrelsen, redogjorde de för det aktuella arbetet med utvecklingen av utbildningen.

DET ÖKADE INTRESSET för psykologisk behandling var ett huvudmotiv. Att de kliniska psykologerna klart dominerar och utgör runt 80 procent av de sökande till specialistutbildningen gjorde väl också sitt till.

– Men när Högskoleverkets förslag på en ny psykoterapeututbildning kom satte det dessutom allting på sin spets, sa Kerstin Twedmark.

Psykoterapeututbildningen, menade hon, är inte anpassad till den kompetens psykologer har genom sin grundutbildning.

– Den är säkert bra för många andra yrkeskategorier, men för oss psykologer innehåller den mycket som är ren repetition. I stället ska specialistutbildning-

en vara den högsta kunskapsnivån för oss och ta vid där psykologutbildningen slutar, fortsatte Eva Hedenstedt.

I snart ett år har Psykologförbundets projektgrupp vänt och vridit på ämnet, kartlagt, funderat, diskuterat och hämtat in åsikter från många olika håll. Och några slutsatser av sitt arbete har de hunnit dra.

– Utbildningen måste vara tydligare än i dag och ha en tydlig utbildningsplan. Den ska ha inriktningar som motsvarar samhällets behov. Vi måste ha ett kursutbud som motsvarar efterfrågan betydligt bättre än i dag, sa Kerstin Twedmark.

OCH EFTERFRÅGAN FINNS det. Behovet av specialistpsykologer ökar. Det gäller bara att få arbetsgivarna att förstå det.

Eva Hedenstedt och Peter Westberg redogjorde också för förslaget från föreningens arbetsgrupp, ett förslag på en "Specialistutbildning i psykologisk behandling och terapi", som de betonade fortfarande befinner sig på skisstadiet:

■ Utbildningen ska innehålla 90 högskolepoäng, ska kunna läsas över fem år och den ska ta vid där psykologutbildningen slutar.

■ Ämnen ska läsas i block. Vissa block ska vara obligatoriska, andra valbara.

■ Obligatorisk handledning i kliniskt arbete ska ingå.

■ Handledningen ska vara starkare knuten till psykologernas praktiska arbete.

■ Utbildningens vetenskapliga arbete ska vara förankrat i den studerandes egna kliniska verksamhet.

Förslaget till hur den nya specialistutbildningen ska se ut har formats inte

FOTO: TOMAS SÖDERGREN

bara med tanke på att tillfredsställa studenterna utan också för att attrahera deras arbetsgivare. Visst kan man själv bekosta sin specialisering med det vanliga är ändå att arbetsgivaren betalar.

– På det viset får vi en kompetensutveckling hos personalen som integrerar och tillgodoser verksamhetens behov, sa Gunlög Hedtjärn från Kompetensrådet för psykologer i Västra Götalandsregionen –VGR. Där ligger de i framkant när det gäller specialisttjänster och Kompetensrådet har tagit fram ett förslag på ett pilotprojekt för ett regiongemensamt specialistprogram för psykologer.

I dagsläget står IHPU* för en del av specialistutbildningen, men med utbildningens nya inriktningar och upplägg kommer institutet inte att kunna möta alla behov.

– Behovet av samarbete med universitetet kommer att öka, sade Peter Westberg.

Också när det gäller samarbete med universitetet ligger Västra Götalandsregionen steget före.

– Vi har jobbat länge på att få till ett samarbete med Göteborgs universitet

och den psykologiska institutionen där och nu har vi ett "Letter of Intent".

Hur det blir med samarbetet vet de ännu inte men en avsiktsförklaring om samarbete är ett bra steg på vägen.

– Vi har mycket att lära av Västra Götalandsregionen. Liksom av Danmark och Norge som båda har kommit längre än vi på flera sätt, konstaterade Eva Hedenstedt

På studiedagen bidrog därför två norska psykologer med både erfarenheter och goda råd.

– I Norge ser man utbildning som ett bra sätt att behålla kompetens, berättade Aina Holmén, vicepresident i Norsk Psykologforening.

Samtidigt beskrev hennes kollega Eva Danielsen, som arbetar med specialistutbildningen inom Norsk Psykologforening, att många problemställningar i Sverige och Norge är väldigt lika. Också i Norge har de till exempel behövt motivera värdet av utbildning för arbetsgivare och bemöta farhågor, som att de specialistutbildade psykologerna skulle bli för specialiserade.

– EN FARHÅGA från arbetsgivarna är

överspecialisering men vi har förklarat att det är skillnad på olika professioner. Även om psykologer blir specialister så blir vår kunskap inte smalare utan mer fördjupad inom ett visst område, sa Åsa Gustavsson, ordförande i Kompetensrådet för Psykologer i VGR.

Längre fram under året kommer arbetsgruppen att presentera sitt förslag till ny specialistutbildning i psykologisk behandling för förbundsstyrelsen. ✨

HELENE LUMHOLDT
FRILANSJOURNALIST

För information om Sveriges Kliniska Psykologers Förening, besök: www.kliniskapsykologer.se

* IHPU – Psykologutbildarna är Psykologförbundets utbildningsinstitut som bland annat anordnar specialistkurser, professionskurser och administrerar specialistkollegier.

Martin Björklind

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Samband mellan vårdplanens kvalitet och behandlingsutfall i psykiatri. En retrospektiv kvantitativ studie."

Katarina Sörngård

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Kroppen är mitt fängelse och jag är fångvaktaren. Uppkomstmekanismer och kognitiva scheman vid hypokondri."

Joakim Orwar

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Kognitiv beteendeterapi vid morbid svartsjuka. Med psykoedukativt tillägg baserat på evolutionspsykologisk teori."

Stefan Billinger

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Distraction effects on indirectly-trained student behaviour related to self-concept".

Marie-Louise Ång

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Hur gick det sedan?"

Lars Norén

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "De psykotiska uttrycksätten."

Anders Welin

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "The role of affective states in mindfulness."

Anders Fernström

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Internetbaserad självhjälpsbehandling av ungdomar med social fobi."

Linda Dahlöf

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Att mäta mitt i vården – ett försök till kvalitetssäkring av psykoterapi i primärvård."

Agnes Robson

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Metakognition i teori och praktik".

Daniel Ahlstedt

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Minnena ser dig. Tidigaste minnen som diagnostiskt instrument".

Nyutbildade specialister

Gunilla Bromark

Område: Pedagogisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Mångsidiga intensiva insatser för barn med autism i förskoleåldern".

Rigmor Brännström

Område: Neuropsykologi.

Vetenskapligt arbete: "Neuropsychological functioning and MMPI-2 Profiles in Chronic Neck Pain: A Comparison of Whiplash and Non-traumatic Groups".

Björn Callenmark

Område: Klinisk psykologi.

Vetenskapligt arbete: "Deweys test av socialt omdöme – en pilotstudie om socialt beslutsfattande och mentalisering".

Roland Säll

Område: Neuropsykologi.

Vetenskapligt arbete: "Brain Activation Pattern in Major Depressive Disorder and Work Related Long Term Sick Leave" gram".

Mogen kärlek på Manhattan

När Otto Kernberg nyligen föreläste om kärlek i New York, var Per Magnus Johansson där och lyssnade. Kernberg presenterade sina tankar om mogen kärlek och narcissistisk kärlek, och skillnaden dem emellan.

Nyfiken tog jag tunnelbanan från 23rd Street upp till 103rd Street och till *New York Academy of Medicine* för att lyssna på

Otto Kernberg. Enligt programmet var han ensam talare; han skulle föreläsa om kärleken. Vad skulle denne erfarne psykoanalytiker en iskall januarikväll 2011 på Manhattan ha att säga om ett ämne som de flesta psykologer, läkare och psykoterapeuter av allehanda inriktningar tenderar att undvika? Vad kunde han efter alla dessa år av kliniskt arbete och forskning ha att säga i en fråga som berör oss alla och som befinner sig i hjärtat av den mänskliga existensen?

Vad visste jag om honom? Att hans fullständiga namn är Otto Friedmann Kernberg och att han föddes 1928 i Wien. Elva år senare, 1939, tvingades han på grund av den framväxande nazismen att lämna Europa. Familjen flydde till Chile. Där kom hans skolgång att följas av universitetsstudier i biologi, medicin och slutligen psykiatri. Driven av en önskan att fördjupa sina studier begav han sig 1959 till New York för att, tack vare ett stipendium från *Rockefeller Foundation*, forska om psykoterapi och dess verkningsätt.

SEDAN 1961 har han förblivit USA trogen. Kernberg har med tiden skapat sig en stabil plattform som professor i psykiatri, han har författat ett flertal böcker som översatts till ett stort antal språk, och han har med rätta förvärvat sig ett gott rykte som kliniker. Mellan 1997 och 2001 var han ordförande för den internationella psykoanalytiska föreningen, International Psychoanalytical Association (IPA). I Sverige, liksom i de flesta av västvärldens länder, är han läst och respekterad för sina tankar om möj-



FOTO: TOMAS SÖDERGREN

»Kärlek är endast möjlig mellan två fria individer»

Otto Kernberg, 83 år och legendarisk psykiater och psykoanalytiker i USA, föreläste i januari på Manhattan om kärlekens skiftande uttryck. (Bilden togs vid ett besök i Stockholm 1992.)

ligheterna att behandla människor med en så kallad borderlineproblematik och så kallade narcissistiska personlighetsstörningar.

Denna januarikväll föreläste Kernberg inför en lyhörd och intresserad publik om kärlekens skiftande uttryck.

Han nämnde inledningsvis att han skulle tala om kärleken mellan man och kvinna. Orsaken till att han begränsade sig till kärleken mellan man och kvinna var, påpekade han, att han saknade en tillräckligt djup klinisk erfarenhet för att kunna reflektera över kärleken

mellan individer av samma kön. Han hävdade samtidigt att en sådan analys borde göras. Mer precist handlade hans anförande om den mogna kärleken – *mature love* – och han frågade sig vad som utgör skillnaden mellan dem som lyckats och dem som misslyckats med att uppnå en sådan kärlek. Några av de nyckelbegrepp han använde sig av då han försökte ringa in vad som kännetecknar mogen kärlek var: Förmågan till tacksamhet och närhet; kapaciteten att kunna lita på den andre, vilket gör det möjligt att våga ge sig hän och överlämna sig åt den andre; vidare förmågan till såväl självständighet som genuint intresse för den andre; samt kapaciteten att både känna skuld och kunna förlåta.

KERNBERG NÄMNDE OCKSÅ att den som har tillgång till mogen kärlek väljer den andre, inte på grund av hans eller hennes prestige, makt, pengar, status eller inflytande, utan på grund av att det hos den älskade personen är möjligt att urskilja förtjänster som är skilda från dessa – som man inom en fransk idétradition skulle kunna kalla mer imaginära – värden. Människor kapabla till mogen kärlek har förmågan att delta i ett gemensamt livsprojekt, att samtidigt kunna se den andre som skild från sig själv och att förstå att vederbörandes önsknings inte nödvändigtvis är identiska med de egna önskningarna. Därtill nämnde Kernberg förmågan att kunna ha ett sexualliv fram tills man dör, även om man dör efter det att man har fyllt 90 år.

Kernberg resonerade också om en annan förutsättning för mogen kärlek, nämligen förmågan att möta den aggressivitet som finns och som plötsligt kan visa sig mellan två människor som lever nära varandra. Man måste kunna bära den; man måste kunna acceptera att det i den andres kärlek finns ett mått av ambivalens som tillhör kärlekens och därmed livets villkor. Det gäller att såväl förstå detta förhållande som att bemästra det och leva med det. Han hävdade att alla dessa aspekter är en förutsättning för själva kärleken. Dessutom måste förmågan att stå ut med den andres frånvaro – i såväl psykologisk som geografisk form – finnas.

Kernberg talade om förmågan att älska fullt ut – *capacity for sexual love*.

Han lyfte också fram förmågan till emotionell närhet – *emotion of being close* – liksom förmågan att identifiera sig med den andre på ett sant sätt. Narcissistisk psykopatologi (*narcissistic psychopathology*) och narcissistisk personlighet (*narcissistic personality*) ställdes av Kernberg i motsats till en mogen personlighet (*mature personality*) som är förmögen till oegennyttig kärlek.

DEN NARCISSISTISKA kärleken karakteriseras till skillnad från den mogna kärleken av avsaknad av nyfikenhet i förhållande till den andre. I den mogna kärleken värnar de älskande om att vara ärliga och sanna i samtalet med den andre, en strävan som inte på samma sätt hör till den narcissistiska kärlekens bekymmer. Han betonade att det behövs en autentisk förmåga att förlåta, liksom en förmåga att känna tacksamhet. Att ta sig an utmaningen att leva med en människa inbegriper att leva med hennes svårigheter och brister. Det är av avgörande betydelse att kunna undvika meningslösa och destruktiva maktstrider med sin partner, strider som ofta döljer fixeringar i förhållande till ursprungliga objekt, i synnerhet i förhållande till modern, hävdade Kernberg.

Vidare är det enligt vad Kernberg förmedlade till oss möjligt att uppfatta den andres kropp som vacker oberoende av ålder. Kärlek är endast möjligt mellan två fria individer och kan inte

skapas genom krav på den andre att skänka kärleksbetygelser eller genom att försöka ge den andre skuld känslor för att han eller hon inte älskar tillräckligt mycket eller inte älskar på rätt sätt. Kärlekens väsen präglas av frihet.

I den vackra föreläsningssalen, byggd 1926 i romansk stil och nyligen pietetsfullt renoverad, spred sig en undertryckt entusiasm och jag erfor att det bland åhörarna hade skapats en outtalad känsla av gemenskap.

I tunnelbanan tillbaka hem till Chelsea Hotel sjöng Leonard Cohen i min I-pod att ”there ain’t no cure, there ain’t no cure, there ain’t no cure for love ...”. Enligt poeten finns det alltså ingen bot mot kärleken, däremot, tänkte jag, finns det mer eller mindre intelligenta framställningar av kärleken och könsskillnaden. Och det finns mer eller mindre känsliga skildringar av hur likhet och olikhet kan samexistera i ett dialektiskt konfliktförhållande. Det var om denna livsavgörande motsättning som Otto Kernberg talade denna förtätade kväll på New York Academy of Medicine. Jag förstod att jag hade lyssnat till en genomarbetad framställning om kärlekens villkor. ✨

PER MAGNUS JOHANSSON

PER MAGNUS JOHANSSON är psykolog, psykanalytiker och docent i idéhistoria vid Göteborgs universitet. Han sitter i juryn som delar ut det nyinstittade litteraturpriset till Pär Lagerkvists minne.

Adhd och otrygg anknytning förstärker varandra

Adhd kan bero enbart på biologisk sårbarhet, men för de barn som också har ett desorganiserat anknytningsmönster blir symtomen svårare, skriver psykologerna **Niki Sundström** och **Joakim Löf**. För rätt behandling bör därför utredningar av adhd inkludera anknytnings- och personlighetsproblem, menar de.

Både inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri har utredningar för adhd fått ökade resurser på senaste tiden, och diskussionen kring diagnosen har blivit viktig för hur man tänker sig att vården ska se ut i framtiden. Den vanligaste synen på adhd är att det är en biologiskt ärftlig störning som orsakas av avvikelser i gener som påverkar signalsubstansen dopamin och som i sin tur medför koncentrationsproblem och hyperaktivitet hos barnet och den vuxne.

Ny forskning om barn med desorganiserad/desorienterad anknytning har visat att det här är en förenkling som inte stämmer med den komplicerade verkligheten.

Desorganiserad anknytning visar sig hos barn i "främmandesituationen" (det vill säga där de lämnas ensam med en främling korta stunder och senare återförenas med anknytningspersonen) i att barnen kunde bli skrämde av sin mor, få "frys-responser", där de stirrar ut i tomma luften, eller i att de kunde skifta mellan närmande-, protest- och undvikande beteenden på ett svårförutsägbart sätt. Det är en empirisk kategori som studerats hos barn världen över och visar sig hos omkring 15 procent av alla barn och hos 30-70 procent i högrisksampel (van Ijzendoorn et al 1999).

Forskarna såg att en större andel av barnen med gener, som visat sig vara anlag för adhd, uppvisade desorgani-

serad anknytning. Studierna har sedan replikerats och man har då funnit att den biologiska sårbarheten i sig hos barnet inte ger en ökad frekvens av desorganiserad anknytning. I stället är det *kombinationen* av affektivt störd föräldrakommunikation med barnet och den biologiska sårbarheten som ger en ökad frekvens av desorganiserad anknytning (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn 2007).

Forskarna menar att det här beror på att barnets förmåga att stå ut med negativa affekter är nedsatt vid koncentrationsproblem och hyperaktivitet och att det därför blir större problem för dessa barn, när de utsätts för bristande intonning av föräldrarna och för trauman av olika slag. Alla barn med desorganiserad anknytning har inte anlag för adhd, men de som har dessa anlag löper större risk för psykiatrisk belastning.

Psykopatologi och anknytning
Senare studier har visat att desorganiserad anknytning leder till ökad frekvens av nedstämdhet, ångestsyndrom, post-traumatisk stress, dissociation, trotssyndrom och uppförandestörning (Lyons-Ruth & Jacobvitz 2008). En ny amerikansk studie mätte koncentrationsproblem och impulsivitet genom neuropsykologiska test tillsammans med otrygga anknytningsmönster hos över 900 barn.

De fann att pojkar hade förhöjda

SAMMANFATTNING:

Den vanliga bilden av adhd är att det är en ärftlig störning. Men ny forskning visar att desorganiserad anknytning, en svår form av otrygg anknytning, som är vanlig hos barn från utsatta familjemiljöer, förvärrar adhd-symtom. Barn med adhd och desorganiserad anknytning riskerar att utveckla psykiatriska störningar i vuxen ålder, särskilt borderline och antisocial personlighetsstörning.

Pojkar är sårbara för att utveckla aggressivitet mot omvärlden medan flickor ofta riktar aggressiviteten mot sig själva.

Att utreda barns och ungdomars anknytningsmönster när de har en adhd-problembild är ett viktigt led i att kunna sätta in tidiga, effektiva insatser inom BUP. Impulsivitet och humörsväningar är delar av problembilden, som vi inom MBT-teamet sett förbättras hos våra patienter.

Mentaliseringsbaserad terapi för borderline personlighetsstörning har nu börjat utvidgas till fler grupper med patienter med otrygg anknytning, både inom BUP och inom vuxenpsykiatri. Den nya forskningen talar för att psykoterapeutisk behandling är avgörande för att hjälpa denna grupp patienter och att skapa förutsättningar för detta är en angelägen uppgift för sjukvården.

symtom på impulsivitet och koncentrationsproblem för alla de tre otrygga anknytningsmönstren (undvikande, ambivalent, desorganiserad) om de också kom från psykosocialt utsatta familjer, medan flickor hade något förhöjda symtom och tydligast när det gällde koncentrationsproblemen (Fearon & Belsky 2004).

Forskarna menar att studien är begränsad och att fler studier, där de mest utsatta familjerna ingår, behövs. De förväntar sig då replikering av andra forskningsresultat, där impulsivt och aggressivt beteende har den högsta korrelationen med det desorganiserade anknytningsmönstret, vilket visats i en ny metaanalys, som omfattade studier med mer än 3700 barn. Förvånansvärt nog så verkar aggressivitet riktad mot andra vid desorganiserad anknytning endast vara signifikant förhöjd hos pojkar (Fearon et al 2010). Flickor och kvinnor riktar oftare aggressiviteten mot sig själva, troligen på grund av en kombination av biologiskt grundad mindre stark aggressivitet och en socialt förvärvat könsroll för vad som är accepterat beteende.

Vi ser alltså att adhd och otrygg anknytning, särskilt det desorganiserade mönstret, samspelar och förstärker varandra. Adhd kan bli följd av enbart en biologisk sårbarhet, men forskningen visar att symtomen blir svårare för de barn som också har ett desorganiserat anknytningsmönster. Det här borde inte vara förvånande med tanke på att arv och miljö samspelar i de flesta andra former av mänskligt beteende, men det är värt att påminna sig om, för att vi inte ska ha en förenklad syn på våra patienter.

Vad kan detta få för konsekvenser för hur vi ser på dessa problem inom barn- och ungdoms- samt vuxenpsykiatri?

För det första behöver utredningsmetodiken breddas till att också inkludera anknytnings- och personlighetsproblem. Nyligen har man till exempel utvecklat en barnanpassad variant av anknytningsintervjun, *Child attachment interview* (CAI). Värdet av metoden har visats i en ny studie av barn mellan åtta och tolv år hos vilka desorganiserad anknytning hängde ihop med en rad psykiatriska symtom (Borelli et al 2010). Man kan även bedöma anknyt-

ningsmönster genom att informera sig om personens beteende gentemot anknytningspersoner och i andra sociala situationer samt genom att kartlägga personens tankar, känslor och förväntningar inför andra (inre arbetsmodeller av anknytningspersoner).

För det andra behöver psykologer och psykoterapeuter, som arbetar med anknytnings- och personlighetsrelaterade problem, delta i utrednings- och behandlingsplanering för barn och ungdomar med adhd bland vilka det också förekommer svåra emotionella problem. Man vet nu att drag av personlighetsstörning är relativt stabila från 9-12-årsåldern och upp till vuxenåldern och att de förutsäger utvecklingen av psykiska besvär. Det är inte lämpligt att tillämpa vuxen personlighetsdiagnostik på barn eftersom de kan riskera att överskatta förekomsten, men drag av personlighetsstörning är viktiga att identifiera för att man ska kunna sätta in rätt behandling på ett tidigt stadium (Skodol et al 2007).

Psykologens utredning kan vara en nyckel för barnet till rätt insatser och både anknytningsmönster och drag av personlighetsstörning bör beskrivas och tas med i behandlingsplaneringen. Samspelets-, familje- och barnterapi kan förväntas bidra till minskningen av beteendeproblem och emotionella problem, och kan bli väsentliga komplement till andra behandlingsinsatser vid adhd. Anknytningsproblem kan även medföra behov av särskilda insatser i skolan, såsom mindre elevgrupper, särskilt stöd av lärare och resurspersonal, eller utgöra ett skäl för olika slag av insatser i hemmet från socialtjänsten.

Mentaliseringsbaserad terapi

Hur ser problembilden ut hos vuxna?

Av alla patienter inom öppenvårdspsykiatri har 31 procent i en amerikansk studie visat sig ha en personlighetsstörning och 9 procent borderline personlighetsstörning och troligen är bilden liknande i Sverige (Zimmermann et al 2005). I en ny studie visar sig 42 procent av patienterna med borderline personlighetsstörning ha haft adhd under barndomen och 16 procent i vuxen ålder, vilket är mycket högt jämfört med normalbefolkningen (Philipsen et al

2008).

Vi som arbetar med mentaliseringsbaserad terapi (MBT) för borderline personlighetsstörning har sett att adhd ofta förekommer hos våra patienter och att problemen med impulsivitet och humörsvägningar minskar i takt med förbättring i behandlingen. Troligen hänger detta ihop med förbättringen i de kärnproblem som MBT fokuserar på; bristande förmåga att mentalisera kring sina egna och andras mentala tillstånd, svårigheter att kommunicera och interagera med andra samt en bristande affektolerans och förmåga att tänka efter innan man handlar (Bateman & Fonagy 2009).

Den här gruppen patienter skulle också kunna hjälpas tidigare under barndomen och tonåren, och vi kan ofta undra i de remisser vi läser varför mer omfattande behandlingsinsatser inte har satts in tidigare, för att skydda patienterna från att utveckla en psykiatrisk problembild. Här kan en skevhet i organisationen av barn- och ungdomspsykiatri kanske bidra i vissa fall. Ofta skiljer man inte ut barn och ungdomar som har drag av personlighetsstörning och desorganiserad anknytning i kombination med adhd och det saknas till stor del också rätt anpassade behandlingsformer.

MBT lämpar sig väl för att användas för ungdomar, eftersom det finns inbyggt i det terapeutiska förhållningssättet att man anpassar sitt bemötande till personens förmåga att reflektera i terapirummet, en förmåga som ju kan vara mycket olika hos ungdomar med den här problembilden. Vi har tidigare arbetat med tonårsterapier på psykodynamisk grund och ser likheter med MBT, särskilt flexibiliteten i bemötandet och betydelsen av empatiskt stöd och en pedagogisk medvetenhet. Skillnaden är att MBT är en mer fokuserad metod och bättre anpassad för en svårare problembild i och med att man aktivt arbetar med mentaliseringsbrister och svårigheter med affektreglering.

Numera finns utvecklad mentaliseringsbaserad familjeterapi för barn och tonåringar. Det finns även mentaliseringsbaserad terapi för föräldrar med små barn (*Minding the baby*), barnterapi med mentaliseringsfokus och mentaliseringsbaserad terapi för ätstörningar. ▶

► En näraliggande möjlighet, som börjat prövas i ett pilotprojekt i Holland, är att använda MBT-programmet för vuxna med borderline personlighetsstörning för tonåringar med svår psykiatrisk problembild, med tillägg av familjeterapi med samma fokus.

Det är dags att se barnet, ungdomen och den vuxne som hela personer och inte som antingen en biologisk eller en social varelse, och det innebär också att olika yrkesgrupper och inriktningar hos oss, som möter patienter med en komplicerad problembild, kan komplettera och hjälpa varandra. Att främja strukturer som gör det här möjligt är en utmaning för chefer och ansvariga inom både barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. ✨



JOAKIM LÖF

PSYKOLOG, MBT TEAMET

NIKI SUNDSTRÖM

PSYKOLOG, PSYKOTERAPEUT, MBT TEAMET

Adult Attachment Interview (AAI).

Empiriskt utprövad anknytningsskattning för tonåringar och vuxna. Utbildning: Nordic AAI-institute, Göteborg.

Child Attachment Interview (CAI).

Empiriskt utprövad anknytningsskattning för barn 8-15 år. Utbildning: Anna Freud Center, London.

Mentalization-based Therapy (MBT).

Behandlingsform för borderline personlighetsstörning. Manual: Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide.*

Utbildning: Karolinska Institutet, MBT-teamet, Huddinge

REFERENSER:

van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C. & Bakermans Kranenburg, M.J. Disorganized attachment in early childhood: meta analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and psychopathology*, 11:2, 1999, 225-250.

Bakermans Kranenburg, M.J. & van Ijzendoorn, M.H.. Research review: genetic vulnerability or differential susceptibility in child development: the case of attachment. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48:12, 2007, 1160-1173.

Lyons Ruth, K. & Jacobvitz, D. "Attachment disorganization", *Handbook of attachment*, ed. Cassidy, J., Shaver, P.R. The Guilford Press: New York, 2008.

Fearon, R.P. & Belsky, J. Attachment and attention: protection in relation to gender and cumulative social contextual adversity. *Child development*, 75, 2004, 1677-1693.

Fearon, R.P., Bakermans Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H., Lapsley, A. M. & Roisman, G. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child development*, 81(2), 2010, 435-456.

Borelli, J.L., David, D.H., Crowley, M.J. & Mayes, L.C. Links

between disorganized attachment classification and clinical symptoms in school-aged children. *Journal of child and family studies*, 19, 2010, 243-256.

Skodol, A.E., Johnson, J.G., Cohen, P., Sneed, J.R. & Crawford, T.N. Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *British journal of psychiatry*, 190, 2007, 415-420.

Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American journal of psychiatry*, 161, 2005, 1911-1918.

Phillipsen, A., Limberger, M.F., Lieb, K., Feige, B., Kleindients, N., Ebner Priemer, U., Barth, J., Schmah, C. & Bohus, M. Attention deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 2008, 118-123.

Bateman, A. & Fonagy, P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American journal of psychiatry*, 166, 2009, 1355-1364.

Internet-kbt bör spridas nationellt

✨ Internetbaserad kbt har nu ett sådant vetenskapligt stöd att en nationell spridning av metoden är väl motiverad. Det skriver Gerhard Andersson, professor i psykologi vid Linköpings universitet, och Nils Lindefors, professor i psykiatri på Karolinska Institutet, i en rapport till Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialdepartementet. Internetbaserad kbt erbjuds i dag inom Stockholms läns sjukvårdsområde/Psykiatri Sydväst av enheten för internetpsykiatri, för depression, paniksyndrom och social fobi.

Rapportförfattarna skriver bland annat att det, mot bakgrund av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom, snarast ter sig oundvikligt att merparten av landstingshuvudmän behöver en strategi för implementering av internetbaserad kbt, med lokal anpassning. De föreslår även att ett kompetenscentrum inrättas vilket kan tjäna som grund för vidareutbildning och certifiering av klinisk personal som kommer att utföra internetbaserad kbt.

Källa: Rapport angående internetförmiddad kognitiv beteendeterapi (Internet-KBT); evidensbakgrund och utförande inom SLSO/Psykiatri Sydväst/ internetpsykiatri.se

Psykiatriska symtom hos barn med epilepsi

✨ Barn med epilepsi har fler psykiatriska symtom än barn utan epilepsi, visar en ny norsk studie som publicerats online i tidskriften *Epilepsia*. Flickor med epilepsi uppvisar fler emotionella symtom medan hyperaktivitet dominerar bland motsvarande pojkar. I studien ingick totalt 14 699 barn i åldern 8-13 år. 110 av dessa hade epilepsi (64 pojkar och 46 flickor). Bland dessa hade 38 procent någon form av psykiatriskt symtom jämfört med 17 procent i den friska kontrollgruppen. I åldern 8-9 år hade 33 procent av barnen med epilepsi även symtom på borderline (18 procent i kontrollgruppen).

Tidigare studier har visat att barn med epilepsi löper en förhöjd risk att utveckla psykiatriska sjukdomar, så som depression, ångest och adhd, och den nya studien bekräftar att psykiatriska symtom ofta ingår som sekundärsjukdom vid epilepsi bland barn.

Epilepsia, 2011

Att testa egna terapier ger bättre utfall ...

Metodprövningar, som genomförts under inflytande av den som uppfunnit metoden, tenderar att ge signifikanta, om än små effekter, medan studier fria från detta inflytande gett nolleffekter, skriver professor em Rolf Sandell, som reflekterar över denna "uppfinnareffekt".

Man kan nog bestämt hävda att de allra flesta, som gör en så kallad effektstudie på någon form av psykoterapi, gör det för att demonstrera att just den formen är särskilt bra. Det är förstås ett helt rimligt eller i vilket fall ett mänskligt begripligt motiv. Men vilka konsekvenser har det, inte minst för så kallad evidensbaserad av olika slags psykoterapi?

Detta får en ganska dramatisk belysning i en några år gammal, men fortfarande aktuell meta-analys av studier på psykoterapi med ungdomar, i de flesta fall med missbruks- eller andra beteendeproblem (Weisz, Jensen-Doss & Hawley, 2006). Den fråga som författarna försökte besvara var "When EBTS and usual care (UC) are directly compared with one another, does one form of treatment produce superior outcomes?"

Några tidigare studier av UC för barn och ungdom har givit mycket nedslående resultat, det vill säga effektstorlekar nära 0. Motsatt har meta-analys av strukturerade, oftast manualiserade terapier, prövade i randomiserade studier, givit effektstorlekar av måttlig till stor ordning. Man frestas dra slutsatsen att frågan redan skulle vara besvarad. Men författarna anför flera skäl till att UC i regel prövas under mindre förmånliga förhållanden än vad som råder i så kallade "efficacy trials", det vill säga randomiserade studier. Därför måste man, menar de, pröva EBT och UC i direkt jämförande studier. Sådana har de sökt och funnit.

META-ANALYSEN omfattade 32 primärstudier där man jämfört en evidensbaserad terapiform med sedvanlig behandling, så kallad TAU (kallas UC,

"usual care" i artikeln). Effektstorleken mellan sådana grupper vid behandlingens avslutning var i genomsnitt 0,30, det vill säga snarare en liten än en måttlig effekt, och något högre vid uppföljning (0,38).

De ambitiösa försöken att identifiera möjliga så kallade moderatorvariabler, det vill säga variabler som kan förklara varför EBT i en del studier ger stor relativ effekt och i andra liten, var huvudsakligen negativa. Till exempel fann man inga skillnader mellan tidigare och nyare studier. Inte heller verkade behandlingsdos, manualisering, handledning, eller särskilda "forskningsterapeuter" spela någon roll. Patientkarakteristika (etnicitet, svårighetsgrad, komorbiditet med mera) hade inte heller någon signifikant betydelse. Däremot fann man en positiv effekt av EBT med hemarbete.

I DEN LÅNGA RADEN analyser fäste jag mig dock särskilt vid den allra sista som redovisas i rapporten. Där jämförde man resultaten i studier, där den som utvecklat eller bidragit till att utveckla den prövade terapin, medverkat som författare eller som handledare om det rörde sig om en doktorsavhandling, med studier som var oberoende av denna potentiella bias. I den förra undergruppen var den genomsnittliga effektstorleken jämfört med TAU signifikant, om än inte imponerande stor, nämligen 0,33, det vill säga något större än i hela samplet.

I gengäld var effektstorleken i den senare och mindre undergruppen inte större än 0,09, det vill säga inte skild från 0. Eftersom man, som sagt, oftast gör en effektstudie för att demonstrera något som man tycker är bra, var den

senare gruppen liten, och detta har förstås bidragit till att skillnaden mellan undergrupperna inte kunde säkerställas statistiskt.

Inte desto mindre kan man dra slutsatsen att metodprövningar, som genomförts under inflytande av den som "uppfunnit" metoden tenderat att ge signifikanta, om än små eller måttligt stora, effekter, medan studier, som var fria från sådant inflytande, brukat ge nolleffekter. Man kan fundera över hur denna "uppfinnareffekt" uppstår, och mekanismerna är kanske ganska subtila.

Effekten kallas i vilket fall för "researcher allegiance" och är en av de starkaste och mest allvarliga felkällorna i all slags forskning som vill uttala sig om värdet av en viss behandling. Särskilt allvarligt är det förstås i den mån som evidenslistan och andra så kallade riktlinjer huvudsakligen bygger på partsinlagor från personer som prövat sina egna metoder. ✨



FOTO: U ZWENGER

ROLF SANDELL

PROFESSOR EMERITUS I PSYKOLOGI

REFERENS:

Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care. A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61, 671-689.

Inget samband mellan begåvning och hälsa

☀ Det finns inget klart samband mellan begåvning hos ett barn och bättre hälsa eller ett lyckligare liv som vuxen. Det visar Cornelia Wulff, nybliven doktor i psykologi på Psykologiska institutionen vid Stockholms universitet. Hon har undersökt kopplingen mellan barndomsbegåvning och hur man presterar och trivs i skolan och senare som vuxen på arbetet.

Sammantaget visade sig den direkta effekten av barndomsbegåvning på trivsel och hälsa vara liten, och det som Cornelia Wulff själv uppger vara nytt i hennes resultat är att begåvning inte är kopplat till hälsa som vuxen, i termer av värk, oro, självskattad hälsa och känsla av sammanhang.

Avhandlingen innehåller en skolkohort född på 1950-talet och datamaterialet kommer från det longitudinella projektet Development and Adaptation. Titeln är *General mental ability as related to school, work and health: The importance of childhood mental ability for work-related factors among middle-aged women and men*.

Vårdteamens kompetens underutnyttjas

☀ Vårdteam inom vuxenpsykiatri har ofta svårt att mångsidigt belysa patienter med komplexa vårdbehov; psykologiska och medicinska synvinklar överskuggas av det sociala perspektivet, och teamens kompetens utnyttjas dåligt. Det visar ett projekt under ledning av Kjell Granström, psykolog och professor i pedagogik på Institutionen för beteendevetenskap och lärande vid Linköpings universitet. Arbetet i tio vuxenpsykiatriska team observerades under vardera tre behandlingskonferenser. Dessutom intervjuades personal inom psykiatri.

En mycket stor del av diskussionerna under konferenserna ägnades åt att beskriva patienten, en mycket liten del åt analyser och beslut. Att sociala perspektiv och patientbeskrivningar dominerade förklarade de intervjuade med att medlemmarna i teamen vill känna sig delaktiga och jämlika, och att de vill undvika konflikter. Det råder dessutom ett hierarkiskt förhållande inom teamen som gjorde att bland annat omvårdnadspersonalen underutnyttjades vid konferenserna.

Källa: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

Många oklarheter om autism

☀ Trots de senaste årens forskningsrön om autism har man fortfarande inte kommit närmare vare sig förebyggande insatser eller botande behandling. Det skriver Michael Rutter, professor i utvecklingspsykiatri på Institute of Psychiatry vid King's College London, som gått igenom de vetenskapliga studier som publicerats mellan 2007 och 2010.

Professor Rutter har fokuserat sin genomgång på fyra områden: förståelsen för den kliniska bilden vid autism, framsteg inom genetiken, framsteg i forskningen om miljöns betydelse, samt psykologisk behandling vid autism. Förvisso har kunskapen om autism ökat, skriver han, men frågar sig samtidigt varför exempelvis inte gener bakom ökad känslighet för autism identifierats. Hur autism ska kunna förebyggas eller botas förblir tills vidare en gåta, skriver han.

Studien är publicerad i *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011; DOI: 10.1007/s10803-011-1184-2

Katastroftankar bakom depression och smärta

☀ Nu ska forskare inom psykologi vid Örebro universitet undersöka om katastroftankar ligger bakom att smärta ofta förekommer tillsammans med depression. Katastroftankar spelar en stor roll vid utveckling och vidmakthållande av såväl smärtproblem som depression, och man misstänker därför att de har en betydelse för kopplingen mellan de båda tillstånden.

Mätningar av katastroftankar, depression, smärta och funktionsförmåga ska ske före, under och efter psykologisk behandling för smärtproblematik. Forskarna

kommer att kunna se hur förändringar i dessa psykologiska variabler är sammanlänkade med behandlingsresultat, och dra slutsatser om i vilken ordning förändringarna sker under loppet av behandlingen. Tre olika typer av psykologisk behandling, som samtliga är kbt-baserade, ska användas.

Projektledare är Steven Linton, professor i klinisk psykologi vid Örebro Universitet.

Källa: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

Internetbaserad kbt hjälper vid hypokondri

☀ Internetbaserad kbt kan fungera som behandling för patienter med hypokondri. Det visar en studie från Karolinska Institutet som nyligen publicerats. 12 veckor med internetbaserad kbt ledde till att drygt 67 procent av patienterna blev så pass bra att de inte längre uppfyllde kriterierna för hypokondri. Effekten kvarstod även efter sex månader. Även sekundära symtom, som generell ångest och depressiva symtom, minskade.

För kontrollgruppen, som endast fick tillgång till ett diskussionsforum på internet för patienter med hypokondri, var motsvarande andel cirka 5 procent.

Studien är publicerad i *The British Journal of Psychiatry* 2011; 198: 230-6, online 1 mars 2011.

Forskning på Psykologtidningens hemsida

Söker du forskningsartiklar inom området psykologi, psykologisk behandling och psykiatri?

Gå in på vår nya sida "Forskning" på www.psykologtidningen.se. Där finns länkar till forskningstidskrifter, databaser, specialistarbeten och Nationalkommittén för psykologi.

Ida Flink, den första ptp-doktoranden

– Det behövs mer forskning om vilka delar av kbt-behandling som fungerar för att göra den ännu mer effektiv, säger Ida Flink, legitimerad psykolog som valde forskning i stället för en psykologtjänst direkt efter utbildningen.

Ida Flink är 31 år och tillhörde den första kullen psykologstudenter vid Örebro Universitet då hon antogs till psykologprogrammet 2002. Intresset för forskning väcktes i samband med uppsatsen i slutet av utbildningen.

– Uppsatsen var den roligaste delen av hela utbildningen. Den handlade om smärtupplevelser vid förlossning och hur tankar kring smärta var kopplade till kvinnans återhämtning, säger Ida Flink.

Hon ville fortsätta att forska, men samtidigt slutföra hela utbildningen, inklusive sin ptp för att få legitimation. Lösningen kom när Steven Linton, professor i klinisk psykologi vid Örebro universitet, frågade henne om hon var intresserad av en kombinationstjänst med forskning och kliniskt arbete, en ptp-doktorandtjänst. Den innebar förvisso en betydligt sämre lön och dessutom förlängdes ptp-perioden till två år, men den erbjöd goda forskningsmöjligheter som hon hoppas ska leda till disputation i januari 2012.

– Det var en typ av tjänst som inte tidigare funnits, men för Steven Linton är det viktigt med kopplingen mellan klinik och forskning.

– Jag tänkte att om jag ska forska så bör jag göra det direkt efter utbildningen. Det är lättare att gå från studier till en doktorandlön, än från en tjänst som psykolog. Och visst skulle jag i dag ha en betydligt bättre lön om jag arbetade kliniskt som psykolog, men jag tror jag har ett roligare jobb nu, med utrymme att fördjupa mig och skriva, med ständig vidareutbildning, möjlighet att åka på konferenser etc, säger Ida Flink.

Ingångslönen som ptp-doktorand var

IDA FLINK

Psykolog som innehar en doktorandtjänst vid Örebro Universitet

Aktuell: Kom nyligen ut med boken *12 verktyg i KBT (Natur & Kultur)*, som hon skrivit tillsammans med professor Steven Linton.

18 500 kronor, mot 23 000 kronor som hon skulle få på en vanlig ptp-tjänst. Därefter har hennes ekonomiska villkor försämrats ytterligare.

– Men i längden jämnar det nog ut sig, jag tror att behoven av disputerade psykologer blir allt större, säger Ida Flink.

UTÖVER FORSKNINGEN undervisar Ida Flink på psykologprogrammet vid Örebro Universitet. Undervisningen

omfattar utbildningens kliniska delar, så som bedömningar och utredningar, och tar omkring 20 procent av arbetstiden. Dessutom kom hon nyligen ut med boken *12 verktyg i KBT (Natur & Kultur)* tillsammans med professor Steven Linton.

– De böcker som tidigare funnits har antingen varit generella eller inriktade mot en speciell problematik. Det fanns därför ett behov av en bok som beskriver hur samma verktyg återkommer vid olika tillstånd, det har jag sett i bland annat min undervisning, säger Ida Flink.

UPPSATSEN FRÅN grundutbildningen ingår som en del av hennes kommande avhandling, och forskningsresultaten har även publicerats¹⁾. Forskningen handlar om katastroftankar vid smärtproblematik, negativa tankar som patienten förstör och fastnar i. Katastroftankar är ofta kopplade till negativ emotionalitet (nedstämdhet, depression etc). Studien av katastroftankar vid förlossningssmärta visade att sådana tankar var kopplade till starkare smärtupplevelse och långsammare återhämtning efter förlossningen. Totalt ingick 82 kvinnor i studien och de fick själva skatta sin återhämtningstid.

– Kvinnorna delades in i två grupper, och de som bar på katastroftankar hade en något längre återhämtningstid än övriga kvinnor. I smärtskattning skilde det nästan en poäng på en skala från ett till fem mellan de båda grupperna, vilket statistiskt sett är en stor skillnad, säger Ida Flink.

– Det har gjorts några försök med kbt vid förlossningsrådslå, i övrigt finns

det ganska lite forskat om psykologisk behandling vid sådana tillstånd även internationellt sett. Jag tror det bland annat beror på att det har uppfattats som barnmorskornas domän, och de är ju också mycket duktiga på att hantera förlossningsrädsla, säger Ida Flink.

KATASTROFTANKAR HAR även betydelse för vilket utfall exponeringsbehandling för rörelserädsla har för personer med långvarig ryggsmärta. Det visar resultat från en delstudie i Ida Flinks kommande avhandling, som även den har publicerats ²⁾. Katastroftankar visade sig vara relaterade till ett sämre behandlingsresultat bland dessa patienter.

– Egentligen borde exponeringsbehandling – att man identifierar vilka rörelser personen relaterar till smärta och är rädd för och sedan exponerar henne för dessa – bäst hjälpa dem med starka katastroftankar. Men det är svårt att nå fram till dem, rädslan kan liknas vid en stark fobi och liksom vid all typ av exponeringsbehandling krävs det oerhört mycket av patienten. Det kan handla om rörelser som patienten under många år undvikit av rädsla för smärtan.

– Jag tror att det krävs mer tid för motiverande arbete med dessa patienter, att få dem mer engagerade. Ska exponeringsbehandling med kbt fungera så måste patienten exponera sig själv för rörelserna, utan säkerhetsbeteenden, och de som är mycket rädda måste motiveras mer och kanske även exponeras mer, säger Ida Flink.

Den tredje delstudien i Ida Flinks avhandling handlar om att försöka förstå vad katastroftankar egentligen är och vilken funktion de har. Resultaten ger stöd för att dessa patienter lättare fastnar i misslyckade försök att hitta medicinska förklaringar till smärta.

– Det är ofta patienter som trots upprepade besök hos läkare fått besked att det inte finns någon medicinsk förklaring till smärtan, katastroftankarna blir en form av problemlösning eftersom de motiverar henne att lägga ytterligare energi på att söka efter orsaken. Men det är en lösning som skapar nya problem eftersom patienten hela tiden söker sig till nya vårdinstanser för att få en förklaring, vilket bara leder till ökad oro, säger Ida Flink.

– Dessa patienter kanske borde få alternativa lösningar och konkreta råd

om hur de kan hantera problemen. Det är viktigt att kunna ge budskapet att smärtan inte kommer att gå över, och jag tror inte att det alltid är viktigast att slippa själva smärtan. Det kan handla om att få hjälp att må så bra som möjligt, att hitta saker i livet som gör det värt att leva trots smärtan.

Ida Flink hoppas kunna kombinera forskning och kliniskt arbete efter disputationen. Kraven på vetenskapligt förankrad behandling ökar, liksom på att de metoder som används hela tiden utvärderas.

– Vi måste veta att det vi gör är det rätta, och då måste vi veta varför det fungerar. I dag är utvärderingar allt för lite invävt i den kliniska verksamheten, säger Ida Flink. *

TEXT OCH BILD: PETER ÖRN

1) Flink, I.K, Mroczek M.Z, Sullivan, M.J.L, Linton, S.J (2009). Pain in childbirth and postpartum recovery The role of catastrophizing. The European Journal of Pain, 13, 312-16.

2) Flink, I.K, Boersma, K, Linton, S.J (2010). Catastrophizing moderates the effect of exposure in vivo for back pain patients with pain related fear. European Journal of Pain, 14, 887-892.

[NYTT I TRYCK]



TRÄNA LEDARSKAP
Av Palles Lundberg och Sara Henrysson Eidvall.
Liber, 2010

* **Träna ledarskap** är skriven av Palles Lundberg, kommundirektör och utsedd till Årets chef 2009 och Sara Henrysson Eidvall, specialist i arbetslivets psykologi. Författarna riktar sig till ledare eller dem som är på väg att bli det och beskriver konkreta övningar för hur man kan träna sitt ledarskap.

Boken innehåller såväl forskningsbaserad kunskap om ledarskap som praktisk erfarenhet. Syftet är att inspirera ledare eller blivande ledare att träna så de blir bättre i sin ledarroll och därmed bidrar till en effektivare verksamhet. Författarna tipsar om träningsmetoder och verktyg och om hur man kan planera och följa upp sin träning.

[NYTT I TRYCK]



BETEENDEANALYS I ORGANISATIONER
Handbok i obm
Av Rolf Olofsson.
Natur & Kultur, 2010.

* Varför presterar vissa bättre än andra i arbetslivet? Vad betyder feedback för medarbetare? Varför är uppföljning viktig? Genom konkreta beskrivningar av medarbetarnas beteende och vad som påverkar beteendet (beteendeanalys) kan man få kunskap om hur man kan utveckla ett ledarskap som är effektivt och framgångsrikt.

Författaren beskriver vidare med många exempel hur man genom metoden beteendeanalys kan skapa en arbetsmiljö som ger förutsättningar för goda prestationer och trivsel i arbetet, samt även förutsäga hur förändringar i organisationen påverkar medarbetarna.

Rolf Olofsson är psykolog och har under 25 år arbetat organisationsutveckling (OBM).

Socialpsykologin nyckeln till sociala medier

Sedan 1980-talet har det blåst individualistiska vindar såväl i politiken som inom psykologin. Utvecklingen av internet och sociala medier kräver dock att vi vänder oss till socialpsykologin för att förstå det digitala landskapet.

I och med att sociala medier kommit in i människors liv är det uppenbart att vi tränas och socialiseras i en ständig interaktiv process, där vi skapar oss själva i relation till andra. Det egna självets introspektion möter en ständig feedback från vår kontaktsfär. I det sociala rummet Facebook, deltar 4,4 miljoner svenskar och 600 miljoner i världen. I skrivande stund är t ex 1700 psykologer och psykologstudenter medlemmar i en livaktig grupp, som diskuterar alla möjliga professionella frågor.

SOCIOLOGEN ANTHONY GIDDENS beskrev på 1990-talet i sin bok *Modernitet och självidentitet* den senmoderna människan som självreflexiv. Han menar att dagens människor befinner sig i en terapeutisk kultur av ständig introspektion. Att vara modern i dag innebär att frågan: *Hur ska jag leva?* måste besvaras genom dagliga beslut om hur jag ska uppträda, vad jag ska ha på mig, äta och vilket som är mitt nästa karriärsteg.

JONAS MOSSKIN

Gör just nu: Skriver examensuppsats i Berlin om sociala medier.

Andra engagemang: Bloggar, driver *Psykologer läser böcker* och *Psykologer tittar på film*.

FOTO: JOHAN PAUL N

Det gör att samtidens människor ständigt måste reflektera över sin existens för att kunna fungera i en skenande värld. Giddens finner stöd för att vi i vår strävan att förverkliga oss själva, försöker kontrollera tiden, rummet, bostaden och kroppen. Självförverkligandets moraliska ledord är att vara autentisk. Giddens tankar stämmer väl in på dagens samtidsmänniska som utvecklas i sociala nätverk.

Men vilket slags socialt rum är Facebook? Det är lätt att glömma att

”Vi behöver socialpsykologin för att förstå det digitala landskapet”

det avskalade gränssnittet på Facebooks system, inte är neutralt utan att det stimulerar en viss typ av social interaktion. Ju mer vi berättar om våra beteendemönster, desto lättare är det för systemet att marknadsföra ett erbjudande till just dig.

En teoretiker som åter blivit aktuell i internetforskning är socialpsykologen Erving Goffman. Han beskrev hur vi i ett analogt samhälle försöker styra människors uppfattning om oss själva till exempel genom att på Facebook genom medvetna val ge ett visst intryck. Goffman talar om *Impression Management*.

NÅGRA INTRESSANTA STUDIER har visat att de flesta tycker att de själva inte är för självutlämnande på Facebook,

men att 72 procent tycker att deras vänner är det. Extroverta individer var föga förvånande mer självutlämnande än introverta på sociala medier. Den som har för få vänner är mindre populär, men för många vänner gör att man inte uppfattas som autentisk. I en intressant studie angav många att de gärna delade med sig av personlig information samtidigt som de var oroliga för den egna integriteten. Få vidtog dock några åtgärder mot detta. Att vara självutlämnande verkar vara det säkraste sättet att bli populär, dock till priset att man avslöjar privata detaljer.

Människor på sociala medier tycks generellt ha en föreställd publik som består av de personer man har mest kontakt med. Samtidigt läser hundratals andra så det är troligt att vi då och då glömmar bort den vida sociala arena vi rör oss i.

Facebook som system utövar ett socialt tryck. Jag har flera bekanta som gått med, gått ur, men sedan krupit till korset för att de inte vill missa fester, evenemang och att delta i ett socialt sammanhang.

DET ÅTERSTÅR MYCKET forskning och diskussion inom psykologin för att vi ska få grepp om samtidsmänniskan. Man behöver inte vara socialkonstruktivist för att se hur människor på 2010-talet utvecklas på och via sociala medier. Det är dags att ”gilla” socialpsykologin då den är nödvändig för att förstå den här processen, i dessa föränderliga tider har den kanske snart hög status igen. ✨



JONASSMOSSKIN@GMAIL.COM



Modell för kompletteringsutbildning i kbt

En kompletteringsutbildning i kbt bör innehålla teori- och metodkurser, klientarbete under handledning samt utbildningsterapi och omfatta 30 högskolepoäng. Benjamin Boman och Bengt E Westling presenterar här en modell för utbildningen som antagits av kbt-psykologernas styrelse.

Kognitiv beteendeterapi (kbt) betraktas på många håll som den ledande evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoden. Ett aktuellt exempel är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom i vilka kbt lyfts fram som förstavalbehandling vid flertalet tillstånd (Socialstyrelsen, 2010). Efterfrågan på kbt, från såväl patienter som vårdgivare, har ökat i takt med ett stigande intresse för behandlingsmetoden.

Utbudet av kbt är i dag dock mycket begränsat och står inte på långt när i proportion till den stora efterfrågan. Antagligen är det bland annat denna omständighet i kombination med den starka evidensbasen som medfört att en växande andel psykologer, med annan behandlingsinriktning som grund, önskar komplettera sin kompetens med kbt.

MARKNADENS SVAR på detta är en ökad förekomst av kompletteringsutbildningar i kbt särskilt utformade för psykologer med psykodynamisk inriktning. Det är mycket glädjande att psykologer kompletterar sin kompetens med kbt och det är angeläget att dessa kompletteringsutbildningar håller en hög kvalitet. Tyvärr saknas dock riktlinjer för vilken omfattning och utformning som kompletteringsutbildningen i kbt bör ha för

att ge en god kompetens.

Syftet med denna artikel är att ge förslag på en modell för kompletteringsutbildning i kbt för psykologer med en annan behandlingsinriktning som grund.

I egenskap av yrkesförening och den instans i förbundet som sitter på expertisen på området vill vi i Föreningen för Sveriges kbt-psykologer (FSKBTP) presentera våra tankegångar om den omfattning och utformning av kompletteringsutbildning, som vi bedömer är nödvändig för en adekvat tillämpning av behandlingsmetoden.

I likhet med andra former av utbildning i psykologisk behandling behöver kompletteringsutbildningen i kbt omfatta teori- och metodkurser, klientarbete under handledning samt utbildningsterapi.

TEORI- OCH METODKURSER inom kompletteringsutbildningen i kbt bör omfatta 22 högskolepoäng (motsvarande 160-200 lärarledda undervisningstimmar), anser vi. Kurserna bör ledas av en erfaren psykolog med gedigen kompetens i kbt. Därutöver föreslås kurserna innehålla strukturerade, men inte nödvändigtvis lärarledda övningar, videoillustrationer av behandlingstekniker, gruppdiskussioner, etc.

Möjligheten till individuella tillgödoräkanden

ska finnas för psykologer som tidigare har genomgått och examinerats på sådana teori- och metodmoment som berörs under kompletteringsutbildningen.

Vi föreslår vidare att kompletteringsutbildningen förutom att omfatta den kliniska varianten av kbt även bör innehålla utbildning i kbt-baserade interventioner för icke-kliniska sammanhang, som skola, organisation och näringsliv.

»Kompletteringsutbildningen i kbt bör omfatta 22 högskolepoäng«

Handledningen bör ske i grupper om maximalt fyra studenter och omfatta 80 timmar över två terminer, vilket motsvarar 6 högskolepoäng. FSKBTP anser att handledningen ska genomföras av en psykolog med kbt-inriktning. Vi anser vidare att handledningen bör inkludera moment där handledaren lyssnar igenom inspelningar av sessioner för varje student i syfte att ge detaljerad återkoppling. Följsamheten till kbt i klientarbetet bör skattas med vedertagna kompetensskalor, till exempel Cognitive Therapy Scale (Young & Beck, 1980, 1988).

Utbildningsterapi ("egen-terapi") inom ramen för kompletteringsutbildningen bör omfatta 2 högskolepoäng. FSKBTP anser att utbildningsterapi ska genomföras tillsammans med en psykolog med kbt-inriktning.

Vi välkomnar de förändringar av utbildningsterapin, som har införts eller är under införande på flera universitet, och som sätter utbildningsuppdraget i fokus snarare än behandling av eventuell psykologisk problematik hos studenter.

VI ANSER ATT utbildningsterapin inom ramen för kompletteringsutbildningen primärt bör syfta till att studenter, enskilt och i grupp och under ledning av psykolog, får pröva på tekniker vanliga i kbt, till exempel hemuppgifter, exponering och kognitiva metoder. I händelse av att studenter har egna psykologiska problem, bör dessa behandlas på sedvanligt vis utanför utbildningen.

Uppfattningar om syftet med utbildningsterapin kan variera mellan företrädare för kbt och andra inriktningar. Dessa olikheter i synsätt välkomnas av Högskoleverket som i en rapport föreslår att "omfattningen och formerna [för utbildningsterapin] kan modifieras och anpassas till uppfattningarna inom respektive inriktning" (Högskoleverket, 2010, sid 37). Vår uppfattning av momentets innehåll

och syfte inom ramen för kompletteringsutbildningen innebär att vi anser att "utbildningsterapi" är en något missvisande beteckning och att en mer adekvat sådan kunde vara något i stil med "självupplevd erfarenhet av kbt".

Sammanfattningsvis föreslås således kompletteringsutbildningen i kbt omfatta 30 högskolepoäng. Vi bedömer att en sådan omfattning är nödvändig för att en god kompetens i kbt ska kunna förvärfvas och finner visst stöd i forskningen för denna uppfattning.

TILL EXEMPEL visar en aktuell översikt över utbildning i kbt att ju längre utbildning som ges till studenter, desto bättre blir behandlingsutfallet (Rakovshik & McManus, 2010).

Korta utbildningar i kbt kan inte i tillräcklig utsträckning omfatta sådana lärandemetoder som forskningen har visat är nödvändiga för att uppnå en god kompetens i kbt, exempelvis upplevelsebaserade övningar och handledning över tid (Rakovshik & McManus, 2010; McManus, Westbrook, Vazques-Montes, Fennell, & Kennerley, 2010; Bennett-Levy, McManus, Westling, & Fennell, 2009; Newman, 2010).

Kompletteringsutbildningen bör ges över tre terminer för att möjliggöra inlärnin- g över tid och för att vissa patientkontakter kan vara mer omfattande än andra. En del kliniska kunskaper och färdigheter, som kan betraktas som metodövergripande och därmed redan ingår i yrkesverksamma psykologers kompetens oavsett behandlingsinriktning, tillgodoräk-

nas exempelvis i psykiatrisk diagnostik, psykopatologi samt förhållningssätt och tekniker som är förenliga med en god behandlingsrelation.

Vår modell för kompletteringsutbildning i kbt är betydligt mer omfattande än många av de kompletteringsutbildningar som i dag erbjuds, främst av privata aktörer. Vi anser att det skulle vara olyckligt om "kbt-light"-utbildningar, på sina håll understödda av vissa organisationers aningslöshet, institutionaliserades inom psykologkåren.

Ett exempel härpå är den 7,5-poängskurs i kbt som täcktes av rehabiliteringsgarantin (Fredrikson, et al., 2009). FSKBTP menar att det ligger i alla psykologers intresse att psykologer har en gedigen utbildning i den behandlingsmetod de tillämpar, oavsett inriktning.

DEN PRESENTERADE modellen för kompletteringsutbildning i kbt är inte antagen av någon officiell instans med beslutsrätt i frågan. Den är dock utvecklad av expertis i tillämpning av och utbildning i kbt samt antagen av FSKBTP:s styrelse som föreningens policy i frågan om vilken omfattning och utformning som kompletteringsutbildningen i kbt bör ha för att ge en god kompetens.

FSKBTP ser ett behov av att presentera vår utbildningsmodell mot bakgrund av den stora variationen i upplägg som i dag finns på kompletteringsutbildningar för psykologer.

Vår uppfattning är att det finns en risk att behandlingsmetodens integritet urvattnas i vissa av dagens

utbildningar. Exempel härpå är utbildningar som inte involverar träning i evidensbaserade metoder och tekniker i tillräcklig grad eller som bortser från betydelsen av klientarbete och handledning över tid.

Vår bedömning är att sådana utbildningsvarianter löper stor risk att inte ge en kompetens i kbt som motsvarar den som ligger till grund för behandlingsmetodens evidensbas.

Förutom de uppenbara negativa konsekvenserna för patienter och klienter riskerar detta i längden att minska kbt:s status som en effektiv behandlingsmetod i allmänhetens ögon, liksom förtroendet för oss psykologer.

KBT ÄR INTE en verktygslåda vars innehåll kan förvärfvas på något dussin tillfällen i en undervisningssal.

Det är lika absurt att tänka sig att en psykolog med kbt-inriktning efter några veckors kurs skulle kunna bedriva psykoanalytisk eller psykodynamisk behandling på ett kompetent sätt. Liksom andra psykologiska behandlingsmetoder är kbt en sammansatt metod som kräver inlärnin- g över tid genom flera olika lärandesätt, som föreläsningar, litteraturstudier, klientarbete och handledning. Kbt är en kraftfull metod som korrekt utförd avsevärt kan förbättra våra patienters och klienters liv. Det är dags att kompletteringsutbildningen i kbt börjar leva upp till vad den utlovar. ✱

FÖR STYRELSEN I FÖRENINGEN
FÖR SVERIGES
KBT PSYKOLOGER

BENJAMIN BOMAN,
ORDFÖRANDE

BENGT E WESTLING,
LEDAMOT

REFERENSER:

- Bennett Levy, J, McManus, F, Westling, B E & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 571-583.
- Fredrikson, M, Linton, S, Lisspers, J, Melin, L, Sundin, Ö, Ohman, A, Öst, L, G, Bohman, B, & Lundin, C (2009). Regeringens storsatsning mot psykisk ohälsa även tyran patientsäkerheten. *Läkartidningen*, 13, 946-947.
- Högskoleverket (2010). Ökad kvalitet i psykoterapeututbildningen. *Rapport 2010:9 R*. Retrieved 1 december, 2010, from http://www.hsv.se/download/18.5549c4e7128dece8c628000121/1009R_kvalitet_psykoterapeututbildning.pdf
- McManus, F, Westbrook, D, Vazquez Montes, M, Fennell, M, & Kennerley, H (2010). An evaluation of the effectiveness of Diploma level training in cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1123-1132.
- Newman, C F (2010). Competency in conducting cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, 12-19.
- Rakovshik, S G & McManus, F (2010). Establishing evidence based training in cognitive behavioral therapy: a review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*, 30, 496-516.
- Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest syndrom - stöd för styrning och ledning. Retrieved 1 December, 2010, from [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/ Artikelkatalog/ Attachments/17948/2010_3_4.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010_3_4.pdf)
- Young, J, & Beck, A T (1980). Cognitive therapy scale: rating manual. *Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.*
- Young, J, & Beck, A T (1988). Revision of cognitive therapy scale. *Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.*

Vart tog skolpsykologerna vägen?

En skolpsykologs uppgifter kan inte begränsas till psykologiska utredningar av barn med svårigheter, skriver psykolog Barbro Goldinger. Med sina kunskaper om bland annat grupppsykologi behövs de också som vägledning och stöd till lärare.

Jag besökte en skola häromdagen. En första klass. Besöket var i viss mån annonserat. När barnen kom in från sin lunchrast fanns jag där och barnen slöt genast upp omkring mig. Är du Gustavs mormor? Hur gammal är du? När jag sa min ålder gjorde någon en överslagsberäkning och jämförde med hundra.

Anledningen till mitt besök var att jag kvällen därpå skulle närvara på ett föräldramöte. En form av krismöte. Klassen hade förlorat sin lärare veckorna före jul. Han hade blivit sjukskriven för utbrändhet och ville inte eller kunde inte återvända till klassen. En ny lärare skulle anställas inför vårterminen och föräldrarna krävde att få veta hur skolans planering såg ut. Gustavs föräldrar kunde inte närvara på detta extra föräldramöte så tillsammans med skolan bestämdes att jag, mormor, skulle komma i deras ställe. Eftersom jag är en gammal skolmänniska ville jag gärna besöka skolan i förväg och få ett intryck av hur en första-klass fungerar så här tjugo år sedan jag lämnade skolan.

Någon skillnad mellan då och nu kunde jag inte avläsa. Jo, kanske, en stor blå, rund matta fanns på klassrumsgolv. Läraren samlade klassen

i storgrupp på denna matta och höll en genomgång, där frågor ställdes. Några av eleverna räckte upp handen och en kommunikation skedde mellan läraren och det barn som fått frågan, medan de andra barnen förväntades lyssna. Så småningom gick lektionen över till arbete i pargrupp, där eleverna ombads välja den de ville arbeta med.

EN FÖRÄLDER HADE några veckor tidigare besökt klassen, det var när den ordinarie läraren fortfarande fanns kvar och funnit så mycket oreda att hon dagarna efter besöket flyttat sitt barn till en annan skola. Vid det laget hade en förälder frågat om man inte kunde ta hjälp av skolpsykologen, men fått till svar att någon skolpsykolog inte fanns anställd på skolan.

»God stämning i en klass är den viktigaste förutsättningen för lärande.«

En skolpsykolog kunde man dock kalla på, när ett barn behövde en särskild psykologisk utredning.

Den lärare, som nu lämnat klassen var en erfaren, utbildad lärare, sedan tidigare anställd vid denna välrenommerade kommunala innerstadsskola, men han hade arbetat med äldre elever. Rekommenderades dock varmt vid höstterminens början av skolledningen som

lämplig att arbeta också med små barn. Han var omtyckt och saknad av dessa första-klassare.

Som erfaren skolpsykolog undrade jag om han fick tillgång till den hjälp varje lärare, varje skola behöver av psykologisk vägledning - den kunskap som en skolpsykolog representerar. Eller har skolpsykologerna dragit sig tillbaka från skolans vardag för att bli engagerade endast för speciellt utredningsarbete? En kurator hade gjort observationer i klassen, men kan kuratorer och psykologer ersätta varandra?

Skulle då psykologiska kunskaper ha kunnat förändra situationen för den här klassen, för läraren och då naturligtvis också för skolan och för föräldrarna?

PSYKOLOGER KAN utveckla skolan, säger psykologen och docenten i pedagogik vid Karlstads universitet Hans-Åke Scherp i ett referat av hans seminarium på Psifos kompetensdagar i Kalmar (*Psykologtidningen* nr 8 2010). Han talar om skolan som en utvecklingorganisation vid sidan av att den är en arbetsorganisation. Nu är ju skolan en alldeles särskild samhällsinstitution med ansvar för unga människors utveckling och växt och inte att förväxla med vanliga marknadsmässiga företag. Skolan upptar också tillsammans med förskola och fritidshem en stor del av barns och ungdomars vardag. Naturligtvis måste psykologiska kunskaper komma med och präglade denna vardag.

Det var framför allt tillämpningar av grupppsy-

kologiska kunskaper, som saknades i klassen. Även utvecklingspsykologiska. Detta var antagligen en väsentlig orsak till den oreda jag tidigare nämnde som orsak till att en förälder flyttade sitt barn från klassen.

I SINA ARBETSFORMER gör skolan ingen åtskillnad mellan formell grupp och informell grupp - basala begrepp inom grupppsykologin. När barnen kom in från sin rast - från den informella lekgruppen - äntrade de klassrummet med alla lekupplevelser kvar inom sig. Upplevelserna under rasten kunde för många elever finnas kvar och störa koncentrationen. Barnen skulle ha behövt hjälp av tillhörighet i en fast formell smågrupp för att kanalisera energi och koncentration till arbetsuppgifterna. En fast gruppstruktur skulle ha underlättat för barnen och för läraren att ta itu med arbetet. Nu riktade barnen sitt intresse till vem de skulle sitta nära vid placeringen i storgrupp på den blå mattan.

Någon kan invända och säga att en klass redan är en formell grupp och visst är det så. Men den är för stor med sina trehundra möjliga relationer, ifall det finns tjugofem barn i klassen. En skolklass behöver brytas ner till fyra formella smågrupper. Det skapar en helt annorlunda struktur, möjlig att överblicka både för barn och lärare. Sex deltagare i en grupp ger femton möjliga relationer. Fem skapar man själv, tio kan man iakttä.

TILLHÖRIGHETEN i en sådan

formell smågrupp skapad av läraren, kanske med hjälp av skolpsykologen, ger barn tryggheten att veta att han eller hon finns med, räknas med. Gruppen ska finnas under lång tid, så att anknytningen får chans att utvecklas – så att gruppen blir den trygga bas, som är anknytningsteoriens viktigaste begrepp. I det sammanhanget är utvecklingspsykologiska kunskaper viktiga.

Den ålder de här barnen befann sig i, sju- till nioårsåldern, är den tid då gruppsidentiteten i kamratgruppen tar form. I och med sex-, sjuårsåldern blir barnens gruppliv mer osynligt för de vuxna, vare sig dessa är föräldrar eller personal och i

nioårsåldern är det viktigare för ett barn att räknas med i kamratgruppen än att vara pappas och mammas pojke eller flicka.

Men samlevnaden i smågruppen måste bevakas, samtal utvecklas och till det behöver läraren vägledning och stöd. En psykologs guidning är nödvändig. Finns den sociala tryggheten i gruppen kommer energi till lärande att växa fram och en elev får vara den unika individ han eller hon är. En god stämning i en klass är den viktigaste förutsättningen för lärande och också den viktigaste förutsättningen för att inte mobbing ska uppträda.

Visst kan diagnoser ibland

vara nödvändiga för att lära känna ett barns förutsättningar på ett särskilt sätt. Men en skolpsykologs uppgifter kan inte begränsas till särskilda psykologiska utredningar av barn med svårigheter, som var fallet på den skola jag besökte. *

BARBRO GOLDINGER

PSYKOLOG, FIL DR HC



THE SCIENCE OF OCCUPATIONAL HEALTH
Stress, psychobiology and the new world of work
Av Ulf Lundberg och Cary L. Cooper.
Wiley Blackwell, 2011

* Arbetslivet i västvärlden liksom i vissa asiatiska länder har genomgått stora förändringar under de senaste de-

cennierna med bland annat nedskärningar, outsourcing, "just-in time"-anställningar, tillfälliga och deltidsarbeten, men omvänt även med större flexibilitet och ansvarstagande samt fler utvecklingsmöjligheter.

Författarna, Ulf Lundberg, professor i biologisk psykologi, och Cary L. Cooper, professor i organisationspsykologi och hälsa, diskuterar i ett psykobiologiskt perspektiv den moderna arbetsplatsen som en källa till såväl stimulans och välbefinnande som till stress och ohälsa.

Boken ger också konkreta råd om hälsofrämjande och preventiva strategier i arbetslivet på både individuell och organisationsnivå.

[NYTT I TRYCK]



AVUND OCH KONKURRENS
Känslor i vardagen
Av Marta Cullberg Weston,
Natur & Kultur, 2010.

* Avundsjuka är en känsla ingen gärna vill kännas vid, rentav en av "de sju dödssynderna", skriver Marta Cullberg Weston och beskriver hur hon började fundera över hur avunden kan undergräva vår självkänsla tidigt i livet och hur dessa mönster sedan lever kvar.

Jämförelse och konkurrens är ständigt närvarande i vardagen och eldas på av ett samhälle baserat på konkurrens; det påverkar vår självkänsla och kan förstöra relationer till andra.

Författaren beskriver avunden ur både den avundsjukes och den avundades perspektiv och ger råd om hur vi kan försöka bemästra vår avund.

Könsidentitet får inte suddas ut

* Boken riktar sig främst till småbarnsföräldrar och är tänkt som ett debattinlägg i den pågående diskussionen om genus. Hur påverkas föräldrar av det pågående samhälleliga förändringsarbetet när det gäller småbarn och genusfrågor, undrar författarna. Föräldrarna uppmanas att tänka kritiskt kring idén att jämställdhet mellan pojkar och flickor skulle gynnas av att barnets (läs flickans) kön suddas ut.

Danielsson och Jansson vänder sig emot att politiska uppfattningar om kön numera tränger ända in i barnkammaren. Av någon anledning vill samhället göra barnet könsneutralt – men det politiska motivet är oklart. Författarna vill problematisera förhållningssättet gentemot små barn, när utgångspunkten är teorier om att könet är en social konstruktion. Barn är inte könsneutrala varelser – och behöver inte heller vara det, hävdar de.

Författarna argumenterar på flera olika plan mot att gå in och påverka barns könsutveckling – men kanske främst mot förskolans läroplan om att motverka traditionella könsroller.

Att experimentera med barns grundläggande rätt till sitt kön i jämställdhetsnamn, som till exempel genom att arbeta med kompensatorisk pedagogik, är bekymmersamt, ja, till och med destruktivt. Genom att manipulera barnen och uppmuntra dem att bryta traditionella könsmonster gör man i stället barnen förvirrade. Särskilt problematiskt blir det när aktiviteter i förskolan som förknippas med manlighet har högre



FÅR FLICKOR FINNAS?

Av Monica Danielsson och Birgitta Jansson
Antigone, 2010

status hos både personal och barn. Genom att ”trixa med småbarnens kön” och genom att uppmuntra flickor och pojkar att bryta könsstereotypa beteenden, riskerar i den kontexten det kvinnliga att gå förlorat, menar författarna.

Könsidentiteten viktig

Boken är intressant läsning för alla som kommer i kontakt med barn i förskoleåldern, inte minst för att den ger tillfälle till att reflektera över det egna ställningstagandet vad gäller små barns könsutveckling. Bokens mest enträgna budskap är att förskolebarn befinner sig i ett skede av livet då de behöver omgivningens stöd för att utveckla sin könsidentitet. Pojkar och flickor har många likheter, men också skillnader – och det är inte skadligt för förskolebarn att få reda på det. Snarare tvärtom – att inte göra det är att lura och förvirra barnen. Det måste

kunna vara förenligt med jämställdhet att låta både flickor och pojkar uttrycka sitt kön – rosa prinsessklänning eller inte. I ett samhälle där femininitet och maskulinitet har lika högt värde kan alla barn utveckla sin personlighet.

Ett annat viktigt budskap i boken är inlägget i debatten om miljön på förskolan, som ägnas två av de tolv kapitlen. Allt större barngrupper med mindre personal är ett hett ämne, som författarna länge engagerat sig i. I den nya läroplanen för förskolan står att ”förskolan ska lägga grunden för ett livslångt lärande”. Det är vanskligt om visionen om det tidiga pedagogiska lärandet sker på bekostnad av omsorgen. Om de vuxna inte hinner med att vara närvarande och samspela med barnet, så hjälper inte utbildning och engagemang.

Man måste ta hänsyn till utvecklings- och neuropsykologisk kunskap om små barns utveckling vid utformandet av barnomsorgen, säger Magnus Kihlbom, som författarna citerar. Det är ingen nyhet att det är särskilt viktigt att barnet får möjlighet att speglas av en inkännande vuxen under den kritiska period, då viktiga förmågor som empati, inlevelseförmåga och känsloreglering utvecklas och förfinas. Samspelet och anknytningen – kvaliteten i relationen – har grundläggande betydelse. För små barn är tryggheten och anknytningen till en vuxen central. Om inte barnets behov tillgodoses finns stor risk för att barnets utveckling hämmas, vare sig det gäller på det sociala, emotionella eller kognitiva

planet – eller barnets identitets- och könsutveckling.

Främst en debattbok

Boken är en debattbok om barn och kön, och läsaren som närmar sig boken som just detta, har störst behållning av den. Ibland blir författarnas argument något för känslomässiga, och i sin iver att få med så många infallsvinklar som möjligt förlorar man ibland den röda tråden. En ytterligare invändning är att en mer nyanserad hållning till det socialkonstruktivistiska synsättet bara hade gett mer tyngd åt författarnas budskap, inte tvärtom. Fler exempel på det goda arbete som förskolor ofta gör vad gäller jämställdhet i barngrupperna, oavsett kön, hade också berikat framställningen.

Men författarna lyckas genom sin formuleringskonst underlätta för läsaren och berika förståelsen av emellanåt snåriga begrepp – något som ytterligare förtydligas med hjälp av en ordlista längst bak i boken och referenser löpande i texten. Boken är läsvärd, inte minst genom att den utgör en motvikt till okritiskt och oreflekterat genusarbete med småbarn. För att fritt citera den danske författaren och familjeterapeuten Jesper Juul: ”Det avgörande för arbetet med barn i ett genusperspektiv är våra motiv – gör vi det för dem – eller för oss? Om vi använder genusglasögon för att granska vårt egna sätt att bemöta barn, så är det gott. Men om vi är ute efter att manipulera barnen och göra dem till ett projekt, så är vi illa ute”.

CATARINA FURMARK

PTP PSYKOLOG

Skammen som tema

* Else-Britt Kjellqvist, poet och tidigare psykoanalytiker, har tagit skamkänslan som utsiktspunkt i sin nya bok *Skammens väg till kärlek*, ett tema som hon skrev om redan 1993 i boken *Rött och vitt: om skam och skamlöshet*. Det brukar vara ett vanskligt företag att genom ett utvalt tema försöka betrakta världen. Problemet blir ofta – och så också i denna bok – att företeelsen förlorar sin substans och liksom blir en allomfattande förklaringsmodell enligt principen den som söker skola finna.

Skammens väg till kärlek består till stor del av insamlat material från skönlitteratur, biografier, Bibeln, Rilke och olika tidskriftsartiklar såsom intervjuer från exempelvis *Situation Stockholm*. Det ger å ena sidan boken en anekdotisk prägel, men till sist också intrycket av att bli en alltför lång uppräkningslista av positioner och företeelser där människor känner skam.

Analys saknas

Alkoholister, epileptiker, bokstavdiagnostiserade och fattiga känner skam, arbetslösa, skådespelare, poeter, barn och många andra känner skam. Man känner skam för svartsjuka, sexualitet, för sin kropp, för att man blir avisad och många, många andra saker. Problemet är att boken, enligt mitt förmenande, aldrig når fram till någon egentlig analys av företeelsen utan stannar vid ett slags fenomenologisk beskrivning. Bland annat tror jag att det har att göra med att den teoretiska ansatsen är för lättviktig. Kjellqvist refererar visserligen till sin bok från 90-talet där hon delat



SKAMMENS VÄG TILL KÄRLEK

Av Else-Britt Kjellqvist
Carlssons, 2010

in skammen i vit respektive röd skam, men mycket mer än att den röda skammen är en mild, naturlig och sund varningssignal och hjälper oss människor att skydda oss själva och andra medan den vita är destruktiv och spärrar livet och kärleken får vi inte veta.

Dessutom ges en summarisk utvecklingspsykologisk förklaring där skamkänslan förklaras med att det lilla barnet inte har blivit sett, älskat och bekräftat. Knapast några häpnadsväckande slutsatser alltså, och mitt problem med boken blir under läsningen alltmer påtagligt. Även om jag på det hela taget inte kan ge henne fel i några direkta enskilda detaljer så är hela bokens anslag skevt och ofullgånget.

Patos och inlevelse

Delvis kompenseras Kjellqvist dessa brister med sitt patos och sin inlevelse i den

skambärande människan; att hon är mycket engagerad och brinner för sitt ämne är tydligt. Jag tycker också att texten fungerar bra på ett slags myopisk detaljnivå i vissa av de litterära nedslagen, exempelvis i beskrivningarna av alkoholistsens skam i Åsa Linderborgs *Mig äger ingen* och Susanna Alakoskis *Svinalängorna*. Men generellt lider dessvärre Kjellqvists text också av en alldeles för blygsam stilistisk ambition och är genomgående för pratig.

Boken ger intrycket av att bestå av ett antal sammanställda föreläsningar eller möjligen en oredigerad blogg skriven på ren och skär inspiration. Om Kjellqvist gör anspråk på epitetet poet måste hon betänka att oklara syftningar, ofullständiga satser och den allmänna känslan av slarv förtar den känsla av pondus som en bok med ett sådant allvarligt ämne bör kunna förmedla.

Jag lägger ifrån mig denna bok med intrycket att den är ett slags symptom på psykoanalysens och psykodynamisk teoris vacklande position i Norden där själva bristen på teoretisk förankring och analytisk förmåga, förvisso välment men otillräckligt, försökts ersättas med en psykodynamisk och fenomenologisk känslomhet.

ULF KARL OLOV NILSSON
PSYKOLOG OCH POET



Kalendarium

April

Seniorer, östra, möte	14
Seniorer, västra, möte	27

Maj

Seniorer, södra, årsmöte och studiedag	6-7
SNPF, södra, föreläsning	3
KBT-psykologerna, konferens	13
Seniorer, norra, studiebesök	19
Psykologföreningen Sll, ptp-träff	20
Seniorer, västra, vårutflykt	25
Seniorer, östra, vårutflykt	26
FS	30-31 maj

Till minne av Gunvor Ängfors

Gunvor Ängfors vän, kollega, facklig förhandlare och f d ordförande i Seniorpsykologerna har avlidit. Ett stort tomrum har uppstått.

Det är svårt att ta in att Gunvor inte är med oss längre. Hon var en sällsynt närvarande och levande person med ett stort socialt nätverk och många järn i elden även utanför psykologkretsen.

Alltid fullt sysselsatt, energisk, intensiv, positiv och oftast med ett leende på läpparna. Gunvor var alltid nyfiken på det som hände och gav sig inte i första taget, om hon hade bestämt sig för något drev hon också oftast igenom det.

På 70-talet kom hon till Uppsala och dåvarande psykologavdelningen på Ulleråkers sjukhus.

Hon arbetade där med testningar och utredningar, handledning av psykologstuderenter och ptp-psykologer.

DET FACKLIGA intresset vaknade tidigt och hon symboliserar för många av oss som mött henne en facklig trotjänare inom Sveriges Psykologförbund. Det fackliga arbetet var något hon ägnade mer och mer tid åt och de sista åren före sin pensionering var hon tjänstledig för att kunna ägna sig åt förhandlingsarbete på heltid. Ett arbete som kom oss psykologer i Uppsala läns landsting väl till del.

Hon var den man alltid kunde vända sig till när man hade fackliga frågor och det var hon som var mentor för



FOTO: TOMAS SÖDERGREN

oss som fortsatte som fackligt aktiva. När hon slutade som förhandlingsansvarig fick två personer dela på uppdraget, vilket säger något om hur mycket tid hon lade ner på våra fack- och professionsfrågor.

Gunvor var också aktiv i arbetet för psykologyrkets utveckling och tillvaratagandet av äldre kollegers erfarenhet. Det var därför naturligt att hon, när hon avslutat sina fackliga uppdrag, blev en av dem som var med och startade Seniorföreningen. Först var hon en energisk och pådrivande sekreterare, samtidigt som hon var kassör. Något som Gunvor

med sin organisationstalang klarade med bravur. 2001 valdes hon till ordförande och stannade på den posten fram till 2008.

HON TOG KRAFTTAG i början för att öka medlemsantalet i föreningen och drev även på hela styrelsen att delta i medlemsvärningen. Hon såg också till att det alltid var den sittande förbundsordföranden som var föreningens fadder och hade god kontakt med dessa till stor nytta för föreningen. Hon arbetade för att vi, som den intresseförening vi är, även kom med i yrkesföreningarnas nätverk, som arbetar med gemensam-

ma frågor i kontakten med förbundet.

Ett annat projekt under Gunvors ordförandeskap har varit mentorfrågan och hur vi ska överföra eller dela med oss av kunskaper och erfarenheter till yngre generationer psykologer. Även frågor som rör psykologers arbetsmiljö låg henne varmt om hjärtat.

GUNVOR VAR REDAN från början en centralfigur för regionen i Uppsala och höll därifrån i mångt och mycket. När tidningen SeniorPsykologen kom igång och skulle skickas ut stod hon för de flesta detaljerna med distributionen och samlade den aktiva gruppen omkring sig till en trivsamt samvaro samtidigt som vi klistrade frimärken, skrev adresser och plockade i tidningar i kuvert.

Trots sin ålder saktade hon aldrig ner utan fortsatte med sin aktiva hållning och sitt engagemang. Under de år sjukdomen kom in i hennes liv fortsatte hon att engagera sig i det hon brann för och in i det sista ville hon hålla sig ajour med vad som hände inom föreningen och även med andra förändringar inom förbundet. ✨

**ANN-SOFIE HANSSON
POURTAHERI**
ORDFÖRANDE PSYKOLOG
FÖRENINGEN I UPPSALA
LÄNS LANDSTING

BRITA TIBERG
ORDFÖRANDE I
SENIORPSYKOLOGERNA

Seniorerna, östra

Seniorerna, östra håller möte

Tid: Torsdagen 14 april 2011 kl 16.45 på Psykologförbundet, Vasagatan 48 nb, Stockholm
Nytt projekt: Vi skriver vår psykologihistoria!

Vi diskuterar upplägget, delar in oss i temagrupper efter yrkesområden och börjar planera hur vi går tillväga.

Utflykt till Tyresö slott

Tid: Torsdagen 26 maj 2011
Specialvisning kl 11.00 (exakt), dörrarna låses!

Vi åker bil gemensamt. Samling kl 10.00 vid P-platsen vid Gubbängens T-bana

Kaffe på Café Notholmen

Anmälan: Senast 16 maj till Agneta Zotterman-Molin.

POMS efterlyser föreläsare

Habiliteringspsykologernas yrkesförening (POMS) efterlyser psykologer som kan föreläsa och/eller ha presskontakter inom området funktionshinder!

Psykolog Christina Renlund, medlem i POMS – Habiliteringspsykologernas yrkesförening, blev i höstas en av tre finalister till Stora psykologpriset. Det har lett till ökad efterfrågan på psykologer som kan föreläsa och/eller ha presskontakter inom området funktionshinder. För att kunna möta denna efterfrågan önskar POMS sammanställa en lista över personer att hänvisa till.

Om du är intresserad, kontakta Matthias Eriksson, tel 08-123 353 15, e-post mattias.eriksson@sll.se. Meddela namn, titel och kontaktuppgifter. Meddela också om det gäller föreläsningar och/eller presskontakter samt vilket/vilka områden inom funktionshinder och rehabilitering som är aktuella för dig.

Ptp-handledare samt ptp-are i Stockholms läns landsting

Psykologföreningen i Sll inbjuder samtliga handledare och ptp-are i Stockholms läns landsting till utbildningsträff. På programmet står ansvarsfrågor, professionsjuridik m.m.

Separat inbjudan distribueras senare.

Tid: Fre 20 maj, kl 13.00–15.30. Landstingssalen i Landstingshuset, Hantverkargatan.

PSIFOS kompetensdagar

Snart är det dags för PSIFOS kompetensdagar i Örebro - mötesplatsen för Sveriges psykologer i skola och förskola. Många aktuella och intressanta föreläsningar och seminarier i tre dagar, samt möjlighet att byta erfarenheter, idéer och åsikter.

Tid: 21-23 september.

Information: Program i senare nummer av Psykologtidningen och på www.psfos.se

Seniorer

Västra regionen

Förändringsdynamik inom organisation och näringsliv
Kalju Plank, psykolog, MBA, berättar om personliga erfarenheter utifrån 40 års yrkeserfarenhet.

Tid: Onsdag 27 april, kl 14.30-16.30
Psykologiska inst, konferensrummet vån. 3 Haraldsg 1, Göteborg. Vi möts kl. 14.00 för en kopp kaffe i kafeterian.

Utflykt till Åke Högbergs kursgård i Fjärås vid sjön Lygnern

Tid: Onsdag 25 maj, kl 10.00-16.00
Vi provar på ett par bildterapiövningar till vacker musik, äter en god lunch och dricker kaffe (till ett pris av 200 kr)

Anmälan: Senast 18 maj till Anita Berntsson, tel. 031-16 49 57 (tel. svarare finns) eller till Torbjörn Stockfelt, tel.031-711 80 55; e-post: torbjorn.stockfelt@telia.com
Anmälda kommer att erhålla en särskild inbjudan.

Södra regionen:

Föreningens årsmöte i Lund med efterföljande studiedag och socialt/kulturellt program på lördagen.

Tid: 6 maj och del av 7 maj.
Psykologiska institutionen, Lunds universitet.

Norra regionen

Besök på Psykiatrihistoriska Museet, Ulleråker, Uppsala.

Tid: Torsdag 19 maj, kl 14.00-15.30

Mödra- barnhälsovårdspyskologerna

Mödra-barnhälsovårdspyskologerna håller Nationell konferens i Uppsala kring temat "Späda och små barn med avvikande utveckling – forskning/tidig upptäckt/ omhändertagande".

Tid: 21-13 september 2011.

Psykologer för döva och hörselskadade, PDH

Studiedagar

Tid: 14-15 september 2011 i Sigtuna
Resurscenter Tal och Språk, Våringavägen 11, Sigtuna.

PROGRAM (preliminärt)

Onsdag 14 september

9.00-9.30 Välkommen till 2011 års studiedagar!
9.30-10.30 Den anpassningsbara hjärnan
Lars Nyberg, professor i neurovetenskap, Umeå universitet
11.00-12.30 Äldre personer med dövblindhet och kognitiva problem
Egle Öhman, psykolog, Dövblindteamet Västra Götaland.
13.30-15.00 Kognitiv utveckling vid medfödd dövblindhet
Hans-Erik Frölander, psykolog, Resurscenter Dövblind
15.30-16.30 Jurist Camilla Damell på Psykologförbundet.
Frågor som vi bör tänka på när vi skriver intyg.
16.45-17.45 Årsmöte PDH
19.00 Middag

Torsdag 15 september

8.30-10.00 Kliniskt arbete vid förvärd dövblindhet
Mattias Ehn och Sofia Pettersson, psykolog, Dövblindteamet, Stockholm.
Hans-Erik Frölander berättar om Nordiska Nätverksarbetet
13.00-13.45 Kognitiv utveckling hos barn med CI.
Malin Wass, PhD, vid institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet.
Anders Hermansson, psykolog berättar om svårigheterna bakom dövas läsinlärning.
14.45-16.00 Gemensamma diskussioner som en utvärdering av studiedagarna 2011 samt önskemål för nästa års studiedagar.

Anmälan: Senast 15 aug till Birgit Andersson, birgit.k.andersson@ltdalarna.se

Avgiften 2500 kronor för medlemmar i PDH och 3000 kronor för övriga, betalas in i samband med anmälan till föreningens PG 49 44 748 – 5.

Ange vänligen om du vill ha särskild kost eller är i behov av hörseltek-niska hjälpmedel. Teckenspråkstolk bokar du själv.

Frågor besvaras av Birgit Andersson, birgit.k.andersson@ltdalarna.se eller Gunilla Thuresson-Morais, gunilla.thuresson-morais@spsm.se 070-34 060 24

Närmaste hotell: Hotell Kristina, Rektor Cullbergs väg 1, Sigtuna.

Neuropsykologerna, södra

Sveriges neuropsykologers förening inbjuder till föreläsning med Anne-Lise Christensen professor em i neuropsykologisk rehabilitering vid Köpenhamns universitet.

Tema: "Neuropsykologen i nästa årtionde – teknik eller relation? Fördelarna med individanpassad holistisk rehabilitering."

Tid: 13 maj, kl 10.00 – 15.00 i Stadshallen, Stortorget, Lund.

Anmälan: på SNPFs hemsida www.neuropsykologi.org
Kostnad 200 kr för medlem och 350 kr för icke medlem.

Kalendariet hittar du på sid 43

PRESSTOPP FÖR NOTISER

Nummer	4	5	6
Utgivningsdag	16/5	13/6	22/8
Manusstopp För psykolog och Yrkesföreningar	28/4	23/5	5/8

Lönestatistik i din telefon

Nu lanserar Psykologförbundet tillsammans med nio andra Saco-förbund mobilapplikationen Akademikerlön. Den finns både till Iphone och Androidtelefoner. I appen finner du lönestatistik som baseras på cirka 260 000 löner. Utöver nyttig statistik finner du även en mängd lönetips. Akademikerlön är för dig som gillar att ha allt i din telefon. Självklart är den gratis!

De tio förbund som står bakom applikationen har tillsammans cirka 390 000 medlemmar. Applikationen Akademikerlön kan du använda när du är på språng. Vill du få mer detaljerad statistik, som till exempel uppgifter om lönespridning för olika åldrar, examens år, regioner, sektorer, befattningar med mera, gå då in på Saco lönesök via www.psykologforbundet.se och logga in.



Testdag om rättvist urval

Testdagen 2011 handlar om hur man genom test får ett mer rättvist urval vid rekrytering. Förbundsordförande Lars Ahlin inleder programmet den 25 maj på Operaterrassen i Stockholm.

Testdagen är ett samarrangemang mellan Psykologförbundet och Sveriges HR-förening.

Ger du ut en bok i år?

Psykologiguiden och Psykologförbundet upprepar fjolårets succé med monter på Bok- och biblioteksmässan i Göteborg. Ger du under 2011 ut en bok, mejla en intresseanmälan till emily.storm@psykologforbundet.se. Beskriv innehållet i boken och om du vill bli intervjuad av oss i vår monter. Alla genrer är välkomna. Vi ställer ut böckerna i vår monter under de fyra dagarna, 22 – 25 september, som mässan varar.



30 träffar i media

Psykologförbundet har synts vid ett 30-tal tillfällen i medierna från mitten av februari till mitten av mars. De flesta träffarna handlade om förbundets kritik mot behörighetsutredningen. Även förbundets statistik om psykologer i primärvården har omnämnts.

Hitta en psykolog – på ny webbsajt

Ett samarbete mellan Psykologiguiden och Modern Psykologis nya webbsajt möjliggör nu en utökad annonsyta för våra medlemmar. Från och med den 14 mars finns "Hitta en psykolog" även här. Gå in och titta på www.modernpsykologi.se

Om du inte redan är med på Psykologiguiden är du välkommen att registrera dig där. Det ingår i medlemsavgiften till Psykologförbundet. Då syns du och ditt företag på både Psykologiguiden och på Modern psykologis nya webbplats.

Håll koll på titlarna

Ge oss en statlig konsumentupplysning om vad en legitimation står för vad gäller kompetens och ansvar! Låt inte vem som helst behandla allvarliga psykiska sjukdomar, utvidga titelskyddet! Så låter några av kraven i Psykologförbundets svar på utredningen Kompetens och Ansvar (SOU 2010:65). Hela remissvaret finns på hemsidan.

Gilla oss på

facebook

Hallå där!

Varför är du medlem i Psykologförbundet?

"Jag är medlem för att det är organisationen för oss som har psykologin som arbetsverktyg."

Sara Henrysson Eidvall, leg psykolog/specialistbevis i arbetslivets psykologi, verksam på Sandahl Partners. Aktuell med boken Träna ledarskap



"Att vara en del av en facklig organisation inom min yrkeskår ligger i linje med mina värderingar. Jag tror på att förändringar blir till det bättre i samhället när de sker tillsammans med andra. Psykologförbundet representerar oss psykologer samtidigt som man strävar efter att göra psykologin tillgänglig för dem som mest behöver den."

Benjamin Bohman, leg psykolog och doktorand, Karolinska institutet, ordförande i Föreningen för Sveriges KBT-psykologer, en yrkesförening inom Sveriges psykologförbund"



För förbundssidan svarar press- och informationsansvariga
Susanne Bertman:
susanne.bertman@psykologforbundet.se