

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYK KOL OGI

Vol.51 nr.12 2014

**Når samlivsbrudd  
gjør barna  
hjemløse**

Essay av Sissel Gran

**- SKOLEN  
PRODUSERER  
SOSIALKLIENTER**

1/3 fullfører ikke  
videregående

**Kenguruomsorg**

**Elbil gir god  
samvittighet**



ISSN 0332-6470



9 770332 647006

12

# PSY KOL OGI

Vol. 51 **nr. 12** 2014

**Sjefredaktør** Bjørnar Olsen, [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no), tlf. 474 01 165

**Fagredaktører** Ida Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429

og Katharine Williams, [katharine@psykologtidsskriftet.no](mailto:katharine@psykologtidsskriftet.no), tlf. 934 82 003

**Redaksjonssjef** Per Olav Solberg, [perolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:perolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 950 88 575

**Redaktører/journalister** Øystein Helmikstøl (debattansvarlig),

[oystein@psykologtidsskriftet.no](mailto:oystein@psykologtidsskriftet.no), tlf. 464 66 978, Nina Elisabeth

Strand, [nina.strand@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina.strand@psykologtidsskriftet.no), tlf. 979 59 515 og

Arne Olav Hageberg, [arneolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:arneolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 958 21 895.

**Redaksjonen** [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

**Debatt** [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no) og [debatt@psykologtidsskriftet.no](mailto:debatt@psykologtidsskriftet.no)

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

e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskonsulent** Winnie Engevold

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Marianne Hansen, Nasjonalt

kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Kirsten Rasmussen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Frode Thuen, Høgskolen i Bergen og Universitetet i Bergen

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

**Omslagsillustrasjon** Bendik Kaltenborn

**Form** Laboremus Oslo AS

**Trykk** 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Tidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

# Skilsmisseprat

Prøv følgende: Inviter med deg noen nyskilte venner, gjerne noen som har funnet lykken med en ny livspartner, men i hvert fall noen som har barn fra det tidligere forholdet. Len deg tilbake og fortell dem at deres samlivsbrudd har påført barna atskillig smerte. Og kjenn hvordan den dårlige samvittigheten sprer seg i lokalet. Både hos de som får anklagen rettet mot seg, og hos deg selv fordi du retter pekefingeren mot egne venner. Likevel, er det ikke på tide at vi snakker om smerten barna opplever, selv om det betyr at vi som voksne både skammer oss og føler skyld?

– **Jeg synes det** har vært en tendens til å bagatellisere hva skilsmisse innebærer for barna, sa barneombud Anne Lindboe i forrige utgave av Psykologtidsskriftet. Hennes inntrykk er at mange unge sliter med skilsmisens etterdønninger, selv om det ikke nødvendigvis betyr at de får store psykiske plager. Men det påvirker livene deres.

**Sissel Gran følger opp temaet** i denne utgaven (se side 1038). Hun skriver at mange barn og unge føler seg hjemløse etter foreldrenes skilsmisse: «De befinner seg et sted midt imellom alt, fordi to hjem ikke er det samme som ett.» For barn er ikke bare emosjonelt knyttet til hver av foreldrene hver for seg; de er også emosjonelt knyttet til familien. Og hva skjer med *denne* emosjonaliteten når skilsmissen kommer? Er det så enkelt som å si at bare foreldrene holder i sine barn, om enn på hver sin kant, så vil det hele gå bra? Gran tviler.

**Barn skal ikke vokse opp i forgiftede familiemiljøer**, og det er ikke barnas oppgave å være miljøagenter. Det ansvaret må og skal de voksne ta – både de som bor sammen i mer eller mindre konfliktfylte forhold, de som er på bruddets oppløpsside, og de som lever med samlivsbruddets mange følger. For skilsmisse er ikke en enkeltstående dato. Tanken om bruddet starter gjerne mange år tidligere, og ikke minst når barn er involvert, er skilsmisse noe man skal fortsette å gjøre resten av livet. Enten man sitter sammen i en foreldresamtale, samarbeider om podens flyttelass eller finner ut av dette med barnebarn og jul.

**Det krever en viss felles innsats.** «Det bør faktisk ikke være mulig for foreldrepar å nekte å finne en løsning for felles barn», skriver Sissel Gran. Som voksne har vi et ansvar for å avgifte familiemiljøet. Men som ofte med miljøkriser er det enklest å se vekk. For det gjør vondt å vite at vår livsstil også skader.

**Da er det enklere** å si at man skal satse på forebygging og tidlig innsats. Slik barne-, likestillings- og inkluderingsminister Solveig Horne vil gjøre. For da oppstår jo ikke ubehaget og smerten de unges opplevelser inngir hos oss voksne. Men selv med særdeles vellykket forebygging vil vi sitte igjen med noen tusen barn som hvert år skal leve med samlivsbruddet. Resten av livet. De fortjener også å bli hørt. Selv om praten kan ødelegge stemningen. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

[bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no)



Ikke minst når barn er involvert, er skilsmisse noe man skal fortsette å gjøre resten av livet

# 1006

## HUDKONTAKT

Kenguruomsorg sikrer for tidlig fødte barn nærhet, noe som har mange positive følger for barnas helse og tilknytning. Men hvordan opplever foreldre ved Drammen Sykehus metoden?



FOTO: DRAMMEN SYKEHUS

# 1038



ILLUSTRASJON: ÅSHILD IRGENS

## ALDRI HJEMME

Mange barn opplever en uforståelig tomhets- og hjemløshetsfølelse, som forskning forteller oss lite om. Sissel Gran etterspør en åpenhjertig diskusjon om barn og unges situasjon ved samlivsbrudd.

# 1056



ILLUSTRASJON: ARNE OLAV L. HAGEBERG

## LITE INKLUDERENDE ARBEIDSLIV?

Antall uføre i gruppen alvorlig psykisk syke ser ut til å øke. Dette til tross for større bevissthet på arbeidsplassene og blant de folkevalgte.

# 1070

## THE WALKING DEAD

Hva er likheten mellom Hamsuns roman Sult og TV-serien om zombier på stadig jakt etter ferskt kjøtt? spør Svein Øverland.

# Innhold

- 1001 **Skilsmisseprat**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 1004 **- Skolen produserer sosialklienter**  
Nå: Skolepsykolog Werner Nebelung | Per Olav Solberg
- 1007 **Heldøgns kenguruomsorg i en intensivavdeling for premature barn. Foreldres erfaringer.**  
Vitenskapelig artikkel | Drejer & Skjelstad
- 1018 **Styrker medisinfrie tilbud**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 1020 **Det er utover vi må gå**  
Essay om selvhjelps litteratur | Kristian Bjørkedahl
- 1026 **Ut-trette eller ut-rette?**  
Fri assosiasjon | Margrethe Seeger Halvorsen
- 1030 **Erfaringer ved bruk av metakognitiv terapi for barn og unge**  
Fra praksis | Harstad & Øverland
- 1037 **MENINGER**  
Essay av Sissel Gran om konsekvenser for barn og unge ved samlivsbrudd (s. 1038)  
Debatt: Psykologtidsskriftet (s. 1045), Gruppeterapi (s. 1046), Diagnoser (s. 1048), Forsvarlig behandling (s. 1049), Forskning (s. 1050), Statsbudsjettet (s. 1052)  
Derfor: Tall som knapt nok finnes (s. 1047)  
Leserombud Odd Volden savner omtale av alternativer til diagnostikk (s. 1053)  
Perspektiv: Et juleevangelium | Kerstin Söderström (s. 1054)
- 1056 **Mindre plass til alvorlig psykisk syke**  
Aktuelt om arbeidsliv | Per Olav Solberg
- 1062 **Sammenlikning av norske og amerikanske normer på WAIS-IV**  
Vitenskapelig artikkel | Lorentzen, E. et al.
- 1068 **Elbil gir god samvittighet**  
Oppsummert | Christian A. Klöckner
- 1070 **INNTRYKK**  
Essay av Svein Øverland om Knut Hamsuns Sult og tv-serien *The Walking Dead* (s. 1070)  
Bokanmeldelser: Depresjonens demoner (s. 1074), The Developing Practitioner (s. 1076)
- 1077 **Kurs og seminar**
- 1083 **Stillingsannonser**



# - SKOLEN PRODUSERER SOSIALKLIENTER

Skolepsykolog Werner Nebelung stemte Høyre ved forrige stortingsvalg etter 30 år som trofast SV-tilhenger. Årsak: En vedvarende skolepolitikk han mener er helt ødeleggende for 1/3 av elevene.

## **- Er en nullvisjon for dropout i videregående opplæring realistisk?**

- Jeg synes ikke nullvisjonen er helt på jorden. Vi bør ha samme mål for videregående opplæring som for ungdomsskolen. Der er det svært få som slutter. Det er heller ikke de aller, aller svakeste som dropper ut av videregående. Multifunksjonshemmede og ungdommer med for eksempel Downs syndrom fullfører alle som en. Det er ikke blant de svakeste problemet ligger.

**- Du møter selv mange ungdommer som slutter i videregående, og deres foresatte. Hva sier de om årsakene?**

## **TEKST**

Per Olav Solberg

## **FOTO**

Erik Holand

- Det paradoksale er at de aller fleste skylder på andre faktorer enn skolen. De gjør det til noe individuelt som kun handler om deres egen eller familiens utilstrekkelighet. Skolen er riktignok et nødvendig onde man må igjennom, men ingenting er skolens feil. Elevene mislykkes; de er deprimerte og sinte, men de tilskriver ikke dette skolen eller lærerne. De tar det fullt og helt på seg selv.

## **- Kan de ha rett i at det ikke er skolens feil?**

- Årsakene er komplekse. Mange elever har store belastninger med seg fra fortiden og lever under vanskelige familieforhold. Andre kan ha ADHD eller lese- og skrivevansker som

gjør skolesituasjonen utfordrende. Men dersom skolen i utgangspunktet opplevdes som et meningsfullt fristed heller enn et nødvendig onde, ville mye vært løst. Skolen har blitt en belastningsfaktor heller enn en støttefaktor for elevene. Som voksne kjenner vi godt til disse mekanismene: Vi kan slite med mye privat, men dersom jobben gir oss en opplevelse av verdi og mestring, tåler vi langt mer. Det er ikke noe annerledes for barn og ungdom i skolen.

**– Det er ungdom på yrkesfag som har det vanskeligst. Her er frafallet størst. «Alle» er enige om at det er akademisk teori som dreper lysten. Hvorfor tar ikke politikerne tyren ved hornene?**

– Dette er elefanten i rommet. Den norske skolen produserer sosialklienter. Det er et paradoks at de politiske partiene som jobber mest for å utjevne sosiale forskjeller, har skapt en skole som bidrar til det motsatte. Det er en katastrofe. Ved stortingsvalget i fjor høst valgte jeg ut fra de ulike partienes utdanningspolitikk. Jeg leste alle partiprogrammene nøye. Det var en fortvilet beslutning å stemme Høyre, men de har en visjon for utdanningspolitikken som tross alt er nærmere virkeligheten og erfaringen enn hva venstresiden tenker.

**– Det er paradigmet om enhetsskolen og like muligheter for alle du da sikter til?**

– Jeg tror mange løper rundt med en klokke i hånda på at alle barn er like. Det fungerer ikke. Politikere skyver denne likhetsideologien foran seg. Mantraet er utjevning selv om erfaringen viser at barn er utrolig forskjellige. Det er et kjempespenn i ferdigheter og interesser, men når elevene møter de samme kravene, går det galt. På kontoret mitt har jeg en tegning hvor en lærer står foran en skoleklasse hvor elevene er ulike typer dyr: frosk, katt, apekatt, elefant etc. For å sikre rettferdig behandling får alle dyrene den samme eksamensoppgaven: Å klatre opp i et tre. Tegningen er et godt og enkelt bilde på situasjonen. Ved å late som vi er like, blir 1/3 av elevene tapere.

**– I denne sammenhengen blir vel treet også et bilde på de akademiske fagene?**

– Ja. Dette er de ferdighetene som prioriteres mest og som har høyest status. Andre typer ferdigheter bør verdsettes like høyt. Det akademiske fokuset gir mange absurde utslag. Som at elever på yrkesfag som vil bli fullverdige

snekkere, må drive med diktanalyse og lære seg et fremmedspråk de ikke er interessert i. I idrettsfag og en del praktisk-estetiske fag er ikke situasjonen like ille som for yrkesfagene. Det finnes idrettsgymnas som får fram idrettstalentene. Steinerskolen er relativt god på de praktisk-estetiske fagene og gir mange elever opplevelse av verdi og mestring her. For elever med talent for håndverk er situasjonen dessverre forstemmende.

**– Vil du tilbake til en skole som skaper enda større ulikhet – hvor man skiller mellom elever tidlig i utdanningsløpet ut fra interesser, evner og talenter?**

– Det kan uansett ikke bli verre enn det er nå. Vi skal være klar over at dropout egentlig starter på barneskolen. Konsekvensen ser vi når elevene kommer på videregående, men elevenes opplevelse av lav verdi og mestringsfølelse startet langt tidligere. Elever bør ha mulighet for å ta flere valg på ungdomsskolen som samsvarer mer med deres evner og interesser. Kritiske stemmer er redde for at man da skaper a- og b-lag av elever. Men en slik tenkning avdekker jo i seg selv hvilke verdier vi verdsetter mest. Hvis håndverksfag var likestilt med akademiske fag i folks bevissthet, ville vi ikke tenkt slik.

**– Hva tenker du er psykologprofesjonens rolle i skoledebatten?**

– Rundt 20 prosent av de som slutter på videregående, har psykiske plager. Nå ropes det på flere psykologer i skolene for å bistå elevene. Jeg er redd for at psykologer i for stor grad skal inn og hjelpe på individnivå, som en form for symptomlindring, mens det underliggende hovedproblemet – skolens likhetstenkning og overfokus på akademiske fag – ikke blir tatt tak i. I samfunnsdebatten kan psykologer være tydelige på hvordan skolen kan organiseres for at flest mulig barn og ungdom kan oppleve verdi og mestring. Dette er kanskje det aller viktigste temaet i samfunnsdebatten nå og avgjørende for et bærekraftig samfunn på sikt. ✕

## Hvorfor NÅ?

- 1/3 av elevene i videregående opplæring fullfører ikke utdannelsen.
- Til tross for at dette er en vedvarende trend etter at Reform 94 ble innført, endres ikke skolepolitikken fundamentalt.
- Psykologspesialist og skolepsykolog i Arendal, Werner Nebelung, mener det må svære drastiske tiltak til for å oppnå en visjon om null dropout i videregående opplæring.





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2014 S. 1006-1016 FAGFELLEVDERT

SYNNØVE DREJER &amp; DAG VEGARD SKJELSTAD, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken

KONTAKT synnove.drejer@vestreviken.no

# HELDØGNS KENGURUOMSORG I EN INTENSIVAVDELING FOR PREMATURE BARN. FORELDRES ERFARINGER.

**ABSTRACT**

*Continuous Kangaroo Mother Care in a neonatal intensive care unit for preterm children. Parents' experiences.*

Kangaroo Mother Care (KMC) offers preterm infants close skin-to-skin contact with their parents. The intervention has proven favorable for the infants, but how is KMC experienced by parents in a neonatal intensive care unit designed to facilitate continuous KMC? 53 parents (29 mothers and 24 fathers) of 37 infants, with gestational age 23 to 36, answered a questionnaire. In-depth interviews were conducted with the least satisfied parents. Most parents had positive experiences with KMC and described strengthened bonding and attachment. Some parents experienced the staff's high expectations and lack of consideration of individual needs and opinions as a burden. This was most prominent among parents that were exhausted or traumatized after complicated pregnancies and/or very preterm deliveries.

*Keywords: Kangaroo Mother Care, preterm infants, parents' experiences, skin-to-skin, bonding, attachment.*

Ved kenguruomsorg gis premature barn tett hudkontakt. Metoden er gunstig for barna, men hvordan oppleves den av foreldrene?

Kenguruomsorg (KO) innebærer at nyfødte premature gis tett hudkontakt med foreldrene så raskt som mulig etter fødselen. Barnet plasseres i froskestilling, hud mot hud, vertikalt på foreldrenes bryst. Barnet holdes på plass ved hjelp av spesielle topper eller bæresjal. Metoden ble utviklet i Colombia på slutten av 1970-tallet for å behandle nyfødte med lav fødselsvekt i land med begrenset tilgang til kostbar kuvøsebehandling. Erfaringen var at disse barna klarte seg bedre enn barn som lå alene i kuvøse, både med hensyn til overlevelse, redusert infeksjonsrisiko og bedret temperaturløse (WHO, 2003).

Foreldre av for tidlig fødte barn engster seg ofte for om barnet overlever og om det får varige mén (Aagaard & Hall, 2008; Szüts, 2008). Frykten er velbegrunnet for barn som er født ekstremt tidlig (Leveresen et al. 2011; Serenius et al. 2013). Senere studier viser en rekke gunstige effekter av KO for premature og foreldre, også i høyteknologiland (Lawn, Mwansa-Kambafwile, Horta, Barros & Cousens, 2010; Nyqvist et al. 2010). KO medfører kortere sykehusopphold, redusert risiko for alvorlig lungesykdom (Örtenstrand et al. 2010) og har positiv effekt på hjernemodning (Scher et al. 2009). KO er vist å gi stressreduksjon ved blodprøvetaking (Johnston et al., 2008) og bleieskift (Lyngstad, Tandberg, Storm, Ekeberg & Moen, 2014).

Flere studier viser at KO fremmer foreldrekompentanse, bonding og tilknytning mellom barn og foreldre (Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Joreskog & Nyqvist, 2011, Feldman, Eidelman, Sirota & Weller, 2002; Tessier



Prosjektlederen er psykolog og tilknyttet nyfødt-intensiv i en 50 %-stilling, som representant for de fem spedbarnsteamene i Vestre Viken. Denne ordningen er trolig unik i Norge

et al., 1998). Bonding defineres som en prosess hos foreldre og omsorgspersoner, hvor mentale, følelsesmessige og atferdsmessige forandringer utløser omsorgsattferd og resulterer i at det dannes bånd til barnet (Feldman, Weller, Leckman, Kuint & Eidelman, 1999). Tilknytning betegner barnets følelsesmessige bånd til omsorgsgiveren, og barnets tidlige tilknytningserfaringer danner grunnlaget for om tilknytningen til foreldrene blir trygg eller utrygg (Bowlby, 1969; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Da Drammen Sykehus skulle bygge ny nyfødtintensivavdeling (Hærnes, 2012), ble avdelingen, som landets første, utformet etter prinsippene om heldøgns KO og familiebasert omsorg. Familiebasert omsorg anerkjenner at familien er de viktigste i barnets liv, og at personalet er faglige støttespillere. Både foreldre og søsken involveres i omsorgen for spedbarnet. Fokus på og hensyntaking til den enkelte familie og dens utfordringer er viktig. (Cockcroft, 2012; Harrison, 1993). Den gamle avdelingen var en tradisjonell nyfødtintensivavdeling, hvor kuvøsene sto i trange saler. På slike avdelinger kommer foreldrene på besøk til barna sine, og det er lite tilrettelagt for hudkontakt og nærhet. Hansen (2010) dybdeintervjuet 9 foreldrepar som hadde barn på den gamle avdelingen, og flere beskrev en følelse av hjelpeløshet og en opplevelse av ikke å få bidra. Ved utskriving opplevde de engstelse for å ta ansvaret for barnet alene. En tilsvarende studie utført ved Oslo universitetssykehus (OUS), som har en tradisjonell nyfødtintensivavdeling, viste at en betydelig kilde til foreldrestress var at de ikke fikk tilbringe tid alene med barnet (Tandberg, Sandtrø, Vårdal & Rønnestad, 2013).

Da den nye intensivavdelingen for nyfødte i Drammen ble åpnet i april 2012, ønsket vi å evaluere det nye behandlingstilbudet med fokus på familier med premature barn. Vi valgte denne målgruppen ettersom en stor andel av de innlagte barna er født premature, at KO har vist seg å være spesielt gunstig for disse, og at avdelingen gjennomgående oppfordrer foreldrene til premature barn til å benytte KO. Målsettingen var å undersøke hvordan foreldre til premature barn opplever bruken av heldøgns KO og personalets veiledning. Vi var spesielt opptatt av å avdekke hva foreldre syntes var vanskelig, da denne informasjonen ville hjelpe oss i videreutviklingen av avdelingens tilbud.

## METODE

### Design

I studien ble det brukt en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder i form av et spørreskjema og dybdeintervju. Dybdeintervju ble benyttet for å få mer detaljert informasjon fra foreldre som var mindre tilfredse med tilbudet. Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring, OUS, har tilrådet studien som et internt kvalitetssikringsprosjekt og godkjent at funnene kan publiseres.

### Setting

Studien ble utført ved nyfødtintensiv, Drammen Sykehus. Avdelingen betjener en årlig fødepopulasjon på 5000 fødsler og er Norges tredje største nyfødtintensivavdeling målt etter antall fødsler. Avdelingen betjener Vestre Viken HF, som omfatter Buskerud fylke, samt kommunene Asker og Bærum. Avdelingen tar imot barn født etter 28. svangerskapsuke. Fødende som tilhører Vestre Viken, men som føder mellom 23. og 28. svangerskapsuke, tas imot ved Oslo Universitetssykehus (OUS). Disse



barna overføres til Drammen sykehus så fort de er stabile.

Nyfødtintensiv i Drammen har 15 pasientrom. Disse er enerom og har senger til begge foreldre. Når det er flere tvillingpar til behandling, er 18–20 barn innlagt. Søsken kan overnatte, noe som er vesentlig i familiebasert omsorg (Hærnes, 2013). Foreldrene oppfordres til å ha barna hud mot hud så mye som mulig. KO etterstrebtes også i tidlige faser av behandlingsoppholdet, mens barna fortsatt er avhengige av pustestøtte og er under kontinuerlig overvåking. Kuvøser brukes når det er medisinsk påkrevet, eller hvis foreldre trenger avlastning. Prosjektlederen er ansatt som

psykolog ved Drammen BUP, og er tilknyttet nyfødtintensiv i en 50 %-stilling, som representant for de fem spedbarnsteamene i Vestre Viken. Denne ordningen er trolig unik i Norge. Ved at psykolog er fast til stede på avdelingen, fanges sårbare foreldre raskt opp og tilbys samtaler som kan virke forebyggende på bonding- og tilknytningsvansker. Vi erfarer at en del foreldre er traumatiserte av vanskelige svangerskap, for tidlige fødsler, medisinske komplikasjoner hos mor og barn og usikkerhet om barnets overlevelse og eventuelle senskader. Psykologtjenesten er etterspurt av både foreldre og personalet. En ny norsk studie inkluderer med et tilbud om traumebehandling

#### KENGURUOMSORG:

Nyfødte premature bæres hud mot hud på foreldrenes bryst. Hva betyr kontakten for tilknytningen mellom foreldre og barn?

Foto: Drammen Sykehus

»

bør være tilgjengelig på nyfødtavdelinger (Misund, Nerdrum & Diseth, 2014).

### Rekruttering

Deltakere ble rekruttert ved at prosjektlederen ga foreldrene til innlagte barn muntlig og skriftlig informasjon om studien. De som ønsket å delta, ga skriftlig samtykke. Foreldrene ble bedt om å fylle ut hvert sitt spørreskjema og levere disse i lukket konvolutt til avdelingens postsekretær.

Inklusjonskriterier for studien var 1) at barnet var født prematurt (gestasjonsalder < 37 uker); 2) at foreldrene behersket skriftlig norsk godt nok til å fylle ut spørreskjemaet; 3) at barnets medisinske tilstand ikke var til hinder for bruk av KO (for eksempel hjerteopererte barn, som ikke kan ligge i mageleie); og 4) at barnet hadde vært innlagt i minst to uker slik at foreldrene kunne opparbeide seg nok erfaring med KO til å evaluere metoden og personalets oppfølging. Selv om barn født før 37. svangerskapsuke vanligvis defineres som premature, trenger de fleste barn som fødes mellom svangerskapsuke 35 og 37, ikke innleggelse ved nyfødtintensiv. Innlagte barn i denne aldersgruppen har komplikasjoner som infeksjoner eller lav fødselsvekt. Inklusjonsperioden var fra juni 2012 til februar 2013.

### Utvalg

Det endelige utvalget består av 30 familier (71,4 % av de aktuelle familiene), hvorav syv med tvillinger, representert ved 53 foreldre (29 mødre og 24 fedre). Ingen av foreldrene var aleneforeldre. Barna var født i svangerskapsuke 23 + 1 dag til 36 + 5 dager. 11 av barna var født ved OUS, åtte av disse mellom 23. og 28. svangerskapsuke. Deres opphold ved OUS varte fra to dager til ni uker.

Av de 12 familiene som oppfylte kriteriene, men ikke deltok, var det fem familier som ikke ble forespurt om deltakelse grunnet prosjektlederens ferieavvikling eller fordi de ble skrevet ut raskere enn ventet. Én familie takket ja til deltakelse, men ble utskrevet før de fikk spørreskjemaet; én familie representert ved far av slo deltagelse da han ikke hadde benyttet KO, og fem familier returnerte ikke skjemaet.

### Datainnsamling

Et spørreskjema ble utviklet for å innhente informasjon om foreldres erfaring med KO. Tre

av spørsmålene i spørreskjemaet ble besvart på en skala fra 1 til 5. Disse omhandlet tilfredshet med bruk av KO, opplevelse av personalets veiledning, og hvordan det var å oppfylle personalets forventninger (tabell 1). I tre åpne spørsmål ble foreldrene bedt om å gi utfyllende kommentarer til avkryssningsspørsmålene, angi om deres forhold til KO hadde forandret seg over tid, og hva som eventuelt hadde bidratt til endringen. Foreldrene ble oppfordret til å oppgi hva de hadde opplevd som vanskelig.

De tre minst fornøyde familiene (ifølge spørreskjemaet) ble spurt om å utdype sine erfaringer i et intervju. For to av familiene deltok begge foreldre i intervjuet, og for én familie deltok bare mor. Dybdeintervjuene var åpne intervjuer hvor foreldrene ble bedt om å angi hva som opplevdes vanskelig, om det var noe ved deres situasjon som bidro til dette, og om de hadde forslag til forbedringer. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som deretter ble transkribert.

### Analyse

Frekvensanalyse ble utført med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 16.0. I den kvalitative analysen ble tekststykker som omhandlet distinkte temaer, skilt ut og tildelt betegnelser (koder). I dialog med teksten ble kodene så forsøkt kombinert på ulike måter for endelig å bli sortert i overordnede temaer som reflekterte innholdet på en adekvat måte (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2008). Kvalitative funn fra spørreskjemaer og dybdeintervjuer ble analysert og presenteres hver for seg. Spørreskjemasvarene til de som ble intervjuet, ble ikke inkludert i spørreskjemaanalysen for å unngå dobbelrapportering. I presentasjonen av kvalitative funn fra spørreskjemaet oppgis antall foreldre som ga skriftlige tilbakemeldinger om ulike temaer. Tallene er ikke representative for utvalget, fordi svarene må produseres aktivt av foreldrene, og fordi ikke alle ga skriftlige tilbakemeldinger (underrapportering). Tallene er kun ment for å beskrive relativ hyppighet av hvilke temaer som ble opplevd som viktige nok til å rapporteres.

### KVANTITATIVE FUNN

I 28 av 30 familier benyttet begge foreldre KO. I to familier ble KO kun benyttet av mor. Mødrene benyttet i gjennomsnitt KO 5,7 timer pr dag og fedrene 5,0 timer.

**Tabell 1** Hovedkarakteristika og foreldres (n=53) erfaringer med bruk av kenguruomsorg overfor 36 premature barn fra 30 familier.

	n	
Mødre / fedre	29/24	
Enkelfødsel / tvillingfødsel	23/7	
	Gj.sn.(st.av.)	Var bredde
Varighet svangerskap i uker	30,9 (3,5)	23,1–36,7
Barnas ukorrigerte alder i uker ved foreldrenes utfylling av spørreskjemaet	5,7 (4,5)	2,0–18,3
Antall uker foreldrene hadde benyttet kenguruomsorg ved utfylling av spørreskjemaet	5,0 (3,4)	0,9 <sup>c</sup> –12,3
Antall timer kenguruomsorg gitt per foreldre per dag <sup>a</sup>	5,4 (2,8)	1,0–11,5
<i>Foreldrenes erfaringer med kenguruomsorg og personalet<sup>b</sup></i>		
Hvor fornøyd er du med å bruke kenguruomsorg?	4,5 (0,6)	3–5
Hvordan har du opplevd måten personalet har veiledet deg på i bruken av kenguruomsorg?	4,3 (0,8)	1–5
Hvordan har det vært å oppfylle personalets forventninger til deg i forhold til bruk av kenguruomsorg?	3,7 (1,0)	1–5

Merknader. <sup>a</sup> Ikke korrigeret for at foreldre med tvillinger fordelte antall timer på to barn. <sup>b</sup> Skåret på 5-punktskalaer fra 1 (veldig negativ) til 5 (veldig positiv). <sup>c</sup> Mindre enn 2 uker, da ikke alle foreldre tok i bruk KO umiddelbart, f.eks. på grunn av mors innleggelse på intensivavdeling med svangerskapsforgiftning. Forkortelser: Gj.sn. = gjennomsnitt; st. av. = standard avvik; var.bredde = variasjonsbredde

De fleste foreldrene var veldig fornøyde (56,6 %) eller fornøyde (37,7 %) med bruk av KO. Kun tre foreldre var nøytrale (5,7 %) og ingen var misfornøyde på utfyllingstidspunktet. De fleste foreldrene opplevde personalets veiledning som veldig positiv (45,3 %) eller positiv (43,4 %). Fire foreldre var nøytrale (7,5 %), og kun to (et par) var negative (1,9 %) eller veldig negative (1,9 %). Spørsmålet om hvor lett eller vanskelig det var å oppfylle personalets forventninger til bruk av KO, var det spørsmålet hvor svarene varierte mest. Over halvparten av foreldrene syntes det var lett (34 %) eller veldig lett (22,6 %) å oppfylle personalets forventninger. 37,7 % var nøytrale. Tre foreldre opplevde det som veldig vanskelig (3,8 %) eller vanskelig (1,9 %). To av disse foreldrene var de samme som var negative til personalets veiledning, og svarene må ses i sammenheng. Se tabell 1 for gjennomsnitt.

### KVALITATIVE FUNN, SPØRRESKJEMA

I del to av spørreskjemaet ble foreldrene bedt om å utdype sine erfaringer med egne ord. 38 foreldre gjorde dette (21 mødre og 17 fedre), ofte med flere kommentarer. 21 foreldre ga utdelt positive kommentarer, ni blandede, syv negative, og en nøytral. Foreldre med barn født etter 30. svangerskapsuke var, med ett unntak (et barn med uavklart somatisk tilstand), utdelt

positive. Flest negative kommentarer ble gitt av foreldre som hadde hatt et opphold på OUS før overføring til Drammen. Dette er de mest premature barna og foreldrene med antatt størst belastning knyttet til barnets overlevelse og helsetilstand. De kritiske utsagnene som framkom på spørreskjemaet fra de tre mest negative familiene, er overlappende med hva de uttrykte i dybdeintervjuene, og disse utsagnene er derfor integrert i dybdeintervjudelen.

### Tilknytningsprosessen

Foreldrene som hadde utdypende positive kommentarer, fokuserte hovedsakelig på hvordan KO bidro til å skape nærhet og gjensidig bånd (22 foreldre). Metoden gjorde at de raskere ble kjent med barnet og kunne bidra på en meningsfull måte som gjorde at de følte seg som gode foreldre. Nærheten ble opplevd som kjærlighets- og trygghetsskapende og som «medisin» både for dem selv og barnet.

«Det øker kjærligheten mellom foreldre og barn fordi kroppene smitter hverandre med denne kjærligheten og oppfyller et av barns viktigste behov.»

«Når jeg ser hvordan barnet mitt faller til ro nær meg og trives mer der enn i senga, får det jo en til å føle seg som en god mor. Tror også

det har hatt en positiv innvirkning på det høye blodtrykket mitt.»

En mor ordsatte vansker med å knytte seg til barnet og hvordan KO hadde hjulpet henne:

«Det å knytte seg til et prematurt barn har vært en lengre prosess enn hva jeg forventet i forhold til mitt første barn, og det har kanskje gjort det enda viktigere å få kjenne babyen hud mot hud over tid.»

Ti foreldre beskrev observasjoner av barnets reaksjoner på mye hudkontakt. De opplevde at barnet koste seg, nøt det, og at barnet ble trygt og rolig.

Fysiologiske mål, som puls- og oksygenmetningsverdier, ble et konkret bevis på at barnet trivdes og stabiliserte seg fysiologisk når det lå i kenguruposisjon. Dette motiverte noen foreldre til bruk av metoden.

«Etter at jeg selv har sett at både pulsen og oksygenmetningen til jenta mi ble til det bedre da hun lå på brystet mitt, forsto jeg at det virkelig var til det beste for henne, og for meg.»

#### Personalets betydning og forventningspress

Det var få foreldre som formidlet at det var vanskelig å oppfylle personalets forventninger, men 14 av 20 som svarte «verken lett eller vanskelig», ga utfyllende kommentarer. Enkelte reagerte på at de måtte loggføre timene med KO, noe én beskrev som om det gjaldt «å banke mest mulig tid i kenguru».

«Vanskelig å vite hvor mye kengurutid som forventes når man får til svar «så mye som mulig!»

Tre mødre rapporterte at personalets forventninger ga dem dårlig samvittighet og fikk dem til å føle seg som dårlige mødre.

«Jeg tenkte at jeg var en dårlig mor om jeg ikke klarte å sitte med dem (tvillinger) mer enn 2–3 timer før jeg tok en pause.»

«I begynnelsen hadde jeg nesten dårlig samvittighet hvis han lå litt alene i sengen.»

Personalets forventninger blandet seg med foreldrenes egne forventninger om å gjøre alt

best mulig for barnet. En kommenterte at det i foreldregruppa kunne være konkurranse om å ha mest mulig kengurutid, noe som opplevdes negativt.

Foreldre påpekte personalets betydning for å bli trygge i forelderrollen, men at noen lyktes bedre med det enn andre.

«Våre primærkontakter har vært flinke til å få oss til å føle oss som foreldre, tatt hensyn til oss og fått oss til å føle at det vi gjør, er viktig og verdifullt... mens noen av de andre pleierne har fått oss til å føle oss som besøkende til vårt barn.»

#### Ulike syn på barnets behov

Tre foreldre opplevde at personalets høye forventninger til bruk av KO gikk imot hva de selv vurderte som best for barnet.

«I perioder hvor barnet har vært mer ustabil, har jeg opplevd bekymring knyttet til om det blir for mye stimulering (kontra kuvøse). Selv om det er funnet positivt på gruppenivå, gjelder det kanskje ikke mitt barn.»

«Viktig at fokus på mye kengurutid ikke overskygger barnets signaler. Enkelte ganger er det slik at barnet trenger hvile i sengen sin alene.»

#### KVALITATIVE FUNN, DYBDEINTERVJU

##### Foreldres behov kontra personalets forventninger

Flere foreldre opplevde komplikasjoner i svangerskapet som gjorde at de hadde lange sykehusinnleggelser før fødselen, eller at barnet var født så tidlig at de hadde lange opphold på OUS før de ble overført til Drammen og begynte med KO. Mødrene i de tre intervjuede familiene hadde alle vært innlagt ved OUS, og to av disse langvarig før fødsel. En ble overført til Drammen ved uke 28 og fødte der. En annen fødte ved OUS og ble sammen med barnet overført til Drammen etter en drøy uke. Den tredje hadde en spontan prematur fødsel, og barnet var innlagt på OUS i drøyt 2 md. før overføring. Foreldrene trengte avlastning og omsorg da de kom til Drammen. Der forventet personalet konstant tilstedeværelse slik at barnet fikk mest mulig hudkontakt. Dette ble en belastning.

«Den dagen vi kom fra OUS – hvor vi hadde vært i over 2 måneder – var det siste vi fikk høre

fra en sykepleier, at vi skulle ta oss en sydentur, for det hadde vi fortjent. Da vi kom til Drammen, var tanken allerede tom. Men så fikk vi beskjed om at vi skulle være der 24/7 begge to, og hvis vi måtte ut, skulle vi gå en og en. Litt som å komme i fengsel egentlig.»

For denne moren skapte personalets forventninger om KO en opplevelse av konstant dårlig samvittighet:

«Jeg gikk veldig mye med dårlig samvittighet. Personalet var en ekstra belastning, for jeg følte at jeg fikk stygge blikk hvis jeg skulle ut en tur. Jeg følte meg som en skikkelig dårlig mor fordi jeg ikke oppfylte deres krav, og jeg følte at jeg måtte blidgjøre dem, og at det var dem jeg var der for, slik at jeg nesten glemte datteren min.»

Foreldrene trengte tid til å finne balansen mellom eget behov for å komme til krefter og det å være mye til stede for barnet. Denne prosessen tok lang tid, noe som gjenspeiles i en kommentar fra barnets far:

«Etter ni uker ved avdelingen har vi etter hvert blitt mer glad for og akseptert det faktum at kenguruomsorg er en god løsning for både barn og foreldre.»

#### Redsel for å miste barnet

Mange foreldre hadde vært redde for at barnet skulle dø. For noen preget denne usikkerheten store deler av svangerskapet. Andre hadde uproblematiske svangerskap, men fødte flere måneder før termin og var i lang tid redde for å miste barnet. De tre familiene som ble intervjuet, hadde alle fått vite at deres barn kanskje ikke ville overleve. Ett foreldrepar ble oppfordret til å søke senabort da de kom på sykehuset med vannavgang i uke 18, men valgte å gi barnet en sjanse selv om oddsen var dårlig:

«Vi hørte jo at statistikken for han var elendig dårlig, så jeg hadde egentlig tatt det for gitt at det ikke kom til å gå bra.»

En annen familie levde med uvisshet i mange uker etter fødselen:

«Jeg var hjemme én gang i løpet av en måned for å hente klær. Da tenkte vi jo dag for dag at vi er heldige hvis vi får én dag til med henne.»

Frykten for å miste barnet sitt er en betydelig belastning. Ingen av foreldrene i vår undersøkelse sa direkte at redsel for å miste barnet hindret dem i å bruke KO. Men en far uttrykte at «en blir jo veldig knyttet til barnet ved å ha det i kenguru, og det kan være problematisk hvis barnet svever mellom liv og død.»

#### Foreldre som behandlingsmetode og frykten for å gjøre noe galt

To av de intervjuede foreldrene syntes det var vanskelig å være en «behandlingsmetode». De lå ganske avkledd mens de ansatte jobbet med barnet rett foran ansiktet deres.

«Det er viktig at pleierne husker at barnet ligger på et menneske, ikke en madrass, slik at de bruker et par sekunder på å luften bort spritlukten fra hendene før de begynner å jobbe noen cm fra nesen din.»

Å være en behandlingsmetode forsterker frykten for å skade barnet. Barna er små, skjøre og ustabile, og foreldre blir engstelige for å bevege seg og forskyve ledninger og slanger.

«Man blir ekstra hjelpeløs når man har barnet på brystet. Det var tøft å ha han ute hos meg når han var ustabil og alarmene stadig gikk. Hvis han lå i sengen sin, visste jeg i alle fall at det ikke var noe jeg hadde gjort galt.»

Frykten for å gjøre noe galt ble forsterket av alarmene som ble utløst og det store ansvaret de opplevde ved å ha barna på enerom. De savnet opplæring i de forskjellige alarmene, spesielt de som ikke medførte at personalet kom løpende.

«Den første gangen matalarmen gikk, trodde jeg at jeg skulle svime av, for den er jo kjempehøy og så kom det ingen og jeg hadde han i kenguru så jeg kunne ikke få gjort noe.»

#### DISKUSJON

Vårt hovedfunn er at de fleste foreldrene var fornøyde med bruk av KO, og at metoden innvirket positivt på forholdet mellom dem og barnet. Noen beskrev prosesser hos seg selv; de ble tryggere, følte nærhet, lærte barnet å kjenne, mens andre beskrev reaksjoner hos barnet; koste seg, falt til ro, nøy å være hud mot hud. Foreldre ved den gamle avdelingen savnet



Foreldrene fokuserte på hvordan kenguruomsorg bidro til å skape nærhet og gjensidig bånd





## Tre mødre rapporterte at personalets forventninger ga dem dårlig samvittighet

denne tryggheten og følelsen av å kunne bidra med noe positivt overfor barnet. Bondingprosessen, hvor foreldrene knytter seg til sitt ufødte/nyfødte barn, er viktig i byggingen av en trygg tilknytning hos barnet. Bruk av kuvøse gir lite nærkontakt mellom foreldre og barn, noe som kan forsinke bonding- og tilknytningsprosessen. Med KO får foreldre og barn et forsprang gjennom omfattende fysisk og følelsesmessig nærhet (Feldman et al., 2002; Flacking et al., 2012). Det er interessant å merke seg fedrenes sterke delaktighet i omsorgen. En svensk studie fant at bruk av KO hjalp spesielt fedre til å bli trygge i farsrollen og å oppleve mestringfølelse (Blomqvist et al., 2011).

Ikke alle foreldre i vår studie var udelte positive til heldøgns KO. Tre av foreldrene som kun fylte ut spørreskjemaet, vurderte at deres barns behov var uforenelige med personalets anbefalinger om mest mulig kengurutid. KO ble forbundet med for mye stimulering for barnet, og det å ligge alene i sengen ble forbundet med hvile. I tillegg kommenterte ett foreldrepar at barnet ble for varmt i kengurusjalet, og et annet at kengurutoppen gjorde det tungt for barnet å puste. I Blomqvist, Frörlund, Rubertsson og Nyqvists (2013) studie oppga noen foreldre at deres barn ikke likte KO, og én mor i Neus (2004) studie oppga at barnet ble urolig av KO. Vi må ta høyde for at ikke alle barn trives like godt med å ligge lange perioder hud mot hud, og i tillegg at stress og uro hos foreldre kan overføres til barnet (Castral et al., 2012; Schore, 2005). I familiebasert omsorg skal foreldres vurdering tillegges særlig stor vekt, da de kjenner barnet best.

Kun et lite flertall av foreldrene syntes det var lett å leve opp til personalets forventninger. De utdypende kommentarene viser at personalets kommunikasjon med foreldrene er viktig. Avdelingens forventninger kan forsterke foreldrenes allerede høye krav til seg selv. Uttrykket «så mye som mulig» kan forsterke dårlig samvittighet hvis det tolkes som at KO 24 timer i døgnet er ønskelig. Personalet kan hjelpe foreldrene til å føle seg som gode foreldre eller bidra til at de føler seg som dårlige foreldre (Heermann, Wilson & Wilhelm, 2005; Heinemann, Hellström-Westas & Hedberg Nyqvist, 2013).

Konflikt mellom foreldres egne behov og personalets forventninger ble sterkest poengtert i dybdeintervjuene, men også andre foreldre kommenterte at personalet i større grad burde lytte til hver enkelt familie og deres behov.

To av de intervjuede familiene hadde hatt lange opphold på OUS etter fødsel før overføringen til Drammen. Belastningene de hadde vært utsatt for før overføring, og forventningene de ble møtt med i Drammen, opplevdes vanskelig. Ekstrem prematuritet og sykdom hos barnet forekom også i familier som opplevde KO positivt. Påkjenninger knyttet til prematuritet og barnets medisinske tilstand kan derfor ikke alene forklare hvorfor enkelte foreldre opplevde avdelingens forventninger om bruk av KO som en belastning. En mulig kontekstuell delforklaring er at det mest misfornøyde foreldreparet kom til avdelingen få uker etter åpningen. Da var fokuset på kontinuerlig KO stort og forventningen til foreldres tilstedeværelse høy. Dette kan ha preget deres opplevelse. Individuelle forskjeller hos foreldrene er en annen mulig delforklaring som kan ha betydning for hvordan KO oppleves og benyttes. Individuelle faktorer hos foreldrene, som subjektiv slitenhet, selvfølelse, psykisk helse (for eksempel fødselsdepresjon), og mestringsstrategier, kan påvirke hvordan de ser på barnet sitt og fungerer som foreldre i avdelingen. Slike individuelle faktorer luftes ofte i samtale med psykologen. Flere studier viser også forhøyet



forekomst av PTSD-symptomer hos foreldre til premature barn (Karatzias, Chouliara, Maxton, Freer & Power, 2007; Misund, Nerdrum, Braten, Pripp & Diseth, 2013). Dette påvirker foreldre–barn–samspillet negativt (Muller-Nix et al., 2004; Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex & Ansermet, 2003). En annen mulig innvirkende faktor er at enkelte mødre ikke kjenner morsfølelse i møte med barnet sitt, og strever med å identifisere seg med morsrollen. Disse kan forbli i en følelsesmessig distansert posisjon til barnet gjennom hele oppholdet. Heermann et al. (2005) mener at personalet må hjelpe disse foreldrene til å innta en aktiv omsorgsrolle. På vår avdeling erfarer vi at personalets støtte er viktig for hvor mye foreldre involverer seg i barnet, og for at foreldre skal føle seg trygge og kompetente i foreldrerollen.

De dybdeintervjuede foreldrene var forberedt på at barnet deres kunne dø. Ingen av dem uttrykte eksplisitt at de hadde vært redde for å knytte seg til barnet gjennom bruk av KO. Vi valgte likevel å inkludere temaet da prosjektlederen i samtaler erfarer at noen foreldre på avdelingen vegrer seg mot å bruke KO for ikke å knytte seg for sterkt til et barn de frykter å miste.

Når foreldre involveres fysisk i behandlingen av barnet via KO, er de ekstra avhengige av god informasjon og ansatte som bidrar til at foreldrene føler seg ivaretatt og trygge. Engstelse for å gjøre noe galt og stressende alarmer er faktorer som motvirker bruk av KO (Blomqvist et al., 2013; Neu, 2004).

De fleste studiene av KO i høytteknologiland er basert på sporadisk KO, ofte 1–2 timer per dag. Den første evalueringen av heldøgns KO ble gjort i Uppsala (Blomqvist & Nyqvist, 2011). Barna var født etter 31. svangerskapsuke. Foreldrene var gjennomgående fornøyde, men opplevde sider av KO, for eksempel soving i kenguruposisjon, som utmattende. I vår studie var kommentarene fra foreldre med barn født etter uke 30 tilnærmet udelt positive.

Oppsummert synes de fleste foreldrene å ha en positiv opplevelse av KO og familiebasert nyfødtomsorg. I Norge er det økende anerkjennelse for en slik tilnærming til nyfødtomsorg. Nyfødtintensiv i Drammen har blitt løftet fram som et forbilde (Barneombudet, 2014).

#### Styrker og begrensninger ved studien

Undersøkelsen hadde høy svarprosent både fra mødre og fedre og antas å gi et rimelig

representativt bilde av foreldrenes opplevelse av KO og personalet på avdelingen i det aktuelle tidsrommet. Mange foreldre supplerte med egne beskrivelser av positive og negative erfaringer. En svakhet ved studien er ending av avdelingens praksis i prosjektperioden. Praksis har dreid mot vektlegging av familiebasert omsorg, hvor ivaretagelse av foreldre og deres behov er en viktig faktor i optimal ivaretagelse av barnet. I starten av prosjektperioden ble det formidlet høyere forventninger om mest mulig tid i kenguruposisjon enn på slutten. Dette kan i starten ha påvirket foreldrenes følelse av utilstrekkelighet. En annen begrensning ved vår studie er at vi ikke undersøkte foreldrefaktorer som kan forklare forskjeller i opplevelse av KO.

#### Fremtidige studier

Fremtidige studier bør kartlegge hvordan foreldres psykiske helse generelt, og PTSD-symptomer spesielt, innvirker på opplevelsen av KO. I samtaler med foreldre på nyfødtintensiv i Drammen framkommer det at tidligere traumer, spesielt knyttet til det å miste barn, kan gi vegring mot å knytte seg til et prematurt barn og å bruke KO. Framtidige studier bør også utforske om det er spesielle utfordringer ved bruk av heldøgns KO for foreldre med de tidligst fødte premature barna.

#### KONKLUSJON

Nyfødtintensivavdelingen i Drammen er spesielt tilrettelagt for heldøgns KO og familiebasert omsorg. På avdelingen gis foreldre et stort ansvar for omsorgen for sine premature barn, i motsetning til ved tradisjonelle nyfødtintensivavdelinger hvor foreldre er besøkende. KO synes å gjøre foreldre flest tilfredse og trygge i foreldrerollen, og fremme tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn. For enkelte foreldre oppleves heldøgns KO som krevende. Noen er slitne etter betydelige belastninger i svangerskap og nyfødtperiode. Foreldres negative holdning til utstrakt bruk av KO kan endres hvis personalet ved avdelingen med heldøgns KO tar individuelle hensyn, respekterer foreldrenes vurderinger og blir mer bevisst på behovet for avlastning. Vår undersøkelse, og akkumulert forskning innen medisin og psykologi, tilsier at tilrettelegging for KO bør etterstrebes på nyfødtintensivavdelinger. ✕

## REFERANSER

- Aagaard, H. & Hall, E. O. (2008). Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), 26–36.
- Barneombudet. (2014). Helse på barns premisses. Barneombudets fagrapport 2013.
- Blomqvist, Y. T., Frörlund, L., Rubertsson, C. & Nyqvist, K. H. (2013). Provision of Kangaroo Mother Care: supportive factors and barriers perceived by parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 345–353.
- Blomqvist, Y. T. & Nyqvist, K. H. (2011). Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9–10), 1472–1480.
- Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Joreskog, K. & Nyqvist, K. H. (2011). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 1988–1996.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Castral, T. C., Warnock, F. F., Ribeiro, L. M., de Vasconcelos, M. G., Leite, A. M. & Scochi, C. G. (2012). Maternal factors regulating preterm infants' responses to pain and stress while in maternal kangaroo care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 435–443.
- Cockcroft, S. (2012). How can family centered care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *Journal of Neonatal Nursing*, 18, 105–110.
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L. & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110, 16–26.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J. & Eidelman, A. I. (1999). The Nature of the Mother's Tie to Her Infant: Maternal Bonding under Conditions of Proximity, Separation, and Potential Loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 929–939.
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., et al. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032–1037.
- Hall, E. O. (2005). Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 179–185.
- Hansen, E. S. (2010). Fødselen kom som et sjokk. Ni foreldrepars opplevelse av for tidlig fødsel. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6(1), 3–13.
- Harrison, H. (1993). The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics*, 92(5), 643–650.
- Heermann, J. A., Wilson, M. E. & Wilhelm, P. A. (2005). Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatric Nursing*, 31(3), 176–181.
- Heinemann, A. B., Hellstrom-Westas, L. & Hedberg Nyqvist, K. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica*, 102(7), 695–702.
- Hærnes, N. (2012, 27.04.). Premature barn trenger å være nær foreldrene sine, slik de får i Drammen, fra <http://www.sykepleien.no/nyhet/864006/kengubarna>
- Hærnes, N. (2013, 02.10.). Inviterer søsken inn på intensiv, fra <http://www.sykepleien.no/nyhet/1315455/inviterer-soskeninn-pa-intensiv>
- Johnston, C. C., Filion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., McNaughton, K. et al. (2008). Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *BMC Pediatrics*, 8, 13.
- Karatzias, T., Chouliara, Z., Maxton, F., Freer, Y. & Power, K. (2007). Post-traumatic symptomatology in parents with premature infants: A systematic review of the literature. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 21(3), 249–260.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2008). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing* (Vol. 2nd). London: Sage.
- Lawn, J. E., Mwansa-Kambafwile, J., Horta, B. L., Barros, F. C. & Cousens, S. (2010). 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*, 39(Suppl 1), i144–154.
- Leversen, K. T., Sommerfelt, K., Ronnestad, A., Kaarensen, P. I., Farstad, T., Skranes, J. et al. (2011). Prediction of neurodevelopmental and sensory outcome at 5 years in Norwegian children born extremely preterm. *Pediatrics*, 127(3), e630–638.
- Lyngstad, L. T., Tandberg, B. S., Storm, H., Ekeberg, B. L. & Moen, A. (2014). Does skin-to-skin contact reduce stress during diaper change in preterm infants? *Early Human Development*, 90(4), 169–172.
- Misund, A. R., Nerdrum, P., Braten, S., Pripp, A. H. & Diseth, T. H. (2013). Long-term risk of mental health problems in women experiencing preterm birth: a longitudinal study of 29 mothers. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 33.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A. & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145–158.
- Neu, M. (2004). Kangaroo care: is it for everyone? *Neonatal Network*, 23(5), 47–54.
- Nyqvist, K. H., Anderson, G. C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., et al. (2010). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*, 99(6), 820–826.
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M. & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), F400–404.
- Scher, M. S., Ludington-Hoe, S., Kaffashi, F., Johnson, M. W., Holditch-Davis, D. & Loparo, K. A. (2009). Neurophysiologic assessment of brain maturation after an 8-week trial of skin-to-skin contact on preterm infants. *Clinical Neurophysiology*, 120(10), 1812–1818.
- Schore, A. N. (2005). Back to basics: attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26(6), 204–217.

- Serenius, F., Kallen, K., Blennow, M., Ewald, U., Fellman, V., Holmstrom, G. et al. (2013). Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after active perinatal care in Sweden. *JAMA*, 309(17), 1810–1820.
- Szűts, E. E. (2008). *Foreldres opplevelse av for tidlig fødsel. Et salutogent perspektiv på foreldres ulike ressurser og mestring i foreldrerollen når barnet er prematurt*. Master i helsefremmende arbeid Høgskolen i Vestfold, Tønsberg.
- Tandberg, B. S., Sandtrø, H. P., Vårdal, M. & Rønnestad, A. (2013). Parents of preterm evaluation of stress and nursing support. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(6), 317–326.
- Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., de Calume, Z. F., Ruiz-Palaez, J. G. et al. (1998). Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 102(2), e17.
- WHO. (2003). *Kangaroo mother care: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- Örtenstrand, A., Westrup, B., Brostrom, E. B., Sarman, I., Akerstrom, S., Brune, T. et al. (2010). The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*, 125(2), e278–285.

## Fra arkivet: 2004

### Strategiplan for barn og unge

Høsten 2003 presenterte helseseminarer Høybråten regjeringens strategiplan for barn og unge på en konferanse. Planen var utarbeidet i samarbeid mellom syv departementer, og inneholder 100 tiltak som faller inn under de ulike departementers ansvarsområder.

(...)

#### Verdimessige føringer

Alt arbeid med og for barn og unge skal bygge opp under deres opplevelse av og mulighet til *mestring*. Her ligger store utfordringer for de psykologiske miljøer. Både utdanningsinstitusjonene og psykologer i praksis må tydelig basere sin virksomhet på kunnskap om normalutvikling og faktorer som underbygger denne.

**Prinsippet om brukermedvirkning fremheves.** Det forutsettes brukerdeltakelse både på individuelt og organisatorisk nivå. (...) Tiltak og tjenester skal være godt *samordnet* rundt brukerne og deres nærmiljø. Tjenester skal bygges opp «nedenfra». Brukerne skal få kvalifisert hjelp raskt, i sitt lokale miljø og tilpasset sin situasjon. (...) Kommunene forventes å etablere lavterskeltilbud til utredning og hjelp i forhold til de vanligste psykiske problemer, slik de har for fysiske lidelser. (...)

Forebyggende tiltak skal sikre gode oppvekstbetingelser for barn og unge. Dette innebærer at de opplever å bli sett og bekreftet, og at de opplever å ha noe å bidra med. For å unngå ekskludering bør vanlige tiltak i barnehage, skole og fritid være tilgjengelig for alle barn. (...)

#### Utfordringer for psykologene

Hvilke utfordringer gir disse føringene så for psykologer? Psykologfaglig kompetanse er av stor betydning for forvaltning og politikk i forhold til mange samfunnsmessige oppgaver. Samfunnsvitere og særlig psykologer vil kunne gi viktige bidrag til å utrede hvordan den enkelte kommune, eller annet tjenestenivå, best kan løse sine oppgaver, ut fra eksisterende ressurser og behov. Hvordan bør tiltak og tjenester organiseres? Hvilke oppgaver kan løses med eksisterende ressurser? Hvilke tilbud mangler? Hvordan bør disse prioriteres? Hvilken kompetanse bør tilføres? Hvordan sikre kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte bruker? Dette er spørsmål psykologene har gode forutsetninger for å bidra til å avklare.

(...)

**Det er urealistisk** å forvente at forvaltningsnivåene eller tjenestegrenene skal komme til psykologene og be om tjenester. Kunnskap om hva psykologer kan bidra med utenfor terapirommet må gis av psykologene selv. (...) Vi er nå inne i en tid der sentrale rammebetingelser blir lagt, og påvirkningsmulighetene er store. Det er viktig at psykologer viser at de kan og vil ta medansvar for oppvekst og livsutfoldelse så vel som for rammer for og innhold i tjenester.

*Sissel Fangen Ekern, spesialrådgiver i Sosial- og Helsedirektoratet som hadde en aktiv rolle i utformingen av strategiplanen, på redaksjonelt juli 2004*

# STYRKER MEDISINFRIE TILBUD

Fagråd for psykisk helsevern i Helse Sør-Øst vil begrense overmedisinering og tilby medisinfri behandling. Rådets anbefalinger splitter brukerorganisasjoner.

## TEKST

Øystein Helmikstøl

**PASIENTENS AUTONOMI SKAL** styrkes. Frivillighet skal være regelen. Tvang skal være unntaket.

Helse Sør-Øst sendte for noen uker siden ut 7 aksjonspunkter til alle helseforetakene og sykehusene om medisinfri tilbud. Den klare beskjeden fra fagdirektør i medisin og helsefag i Helse Sør-Øst, Alice Beathe Andersgaard, er at disse punktene skal følges:

1. Alle pasienter skal så langt det er mulig og forsvarlig, kunne velge mellom ulike behandlingsalternativer, også medisinfri behandling.
2. Medikalisering av normale livsproblemer bør unngås.
3. Psykofarmaka skal bare forskrives på god indikasjon, og seponeres dersom effekten uteblir.
4. Dersom doseringen overskrider WHO's anbefalinger (definerte døgndoser), må dette begrunnes.
5. Bivirkninger skal monitoreres systematisk.
6. Leger plikter å holde seg oppdatert innenfor psykofarmakologi.
7. Psykofarmakabruk bør registreres ved det enkelte sykehus og sammenliknes med andre sykehus.

Det var i Oppdragsdokumentet i fjor at Helse- og omsorgsdepartementet stilte krav om lege-middelfrie behandlingstilbud. Det førte til at Helse Sør-Øst ga fagråd for psykisk helsevern ansvaret for å jobbe med dette. Nå har altså fagrådet avsluttet arbeidet og gitt klare anbefalinger



**VIL HA MEDISINBRUK NED:** Ewa Ness er leder i fagrådet for psykisk helsevern i Sør-Øst. (Foto: UiO)

ger på hvordan man i Helse Sør-Øst skal sikre det faglige kravet i Oppdragsdokumentet.

## FÅR APPLAUS

Leder i Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer, Per Overrein, applauderer aksjonspunktene som nå skal følges i Helse Sør-Øst.

– Helse Sør-Øst har med dette gått noen skritt videre. Arbeidet med medisinfri tilbud blir tatt på alvor. Det er en forsterkning av at brukeren skal ha et valg, sier Overrein til Psykologtidsskriftet.

– Hva er du mest fornøyd med i brevet som er sendt alle sykehusene i Helse Sør-Øst?

– Helseforetakene skal jobbe med holdninger blant sine ansatte, hvis holdningene ikke er gode nok, noe vi vet at de ikke er. De sier også at de vil øke breddekompetansen om forskjellige behandlingsformer. Og de vil at brukerrådene skal få en rolle. Ikke minst sier de tydelig at legene skal være oppdatert om psykofarmakologi, noe som er krevende å få til etter min mening.

### SPLITTET FELLESAKSJON

En rekke brukerorganisasjoner har lenge kjempet sammen i en fellesaksjon for medisinfrie tilbud. Aurora, Hvite Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse, We Shall Overcome og Mental Helse er med.

Nå er fellesaksjonen splittet i synet på anbefalingene fra fagrådet for psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Lederen i Mental Helse Dagfinn Bjørgen har lite positivt å si om brevet som er sendt til alle helseforetakene.

– Brevet viser at fagrådet ikke er i stand til å forstå hva brukere ønsker av alternativene, skriver Bjørgen i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Han mener dette understreker behovet for å opprette egne avdelinger for å oppnå mål om et medisinfritt alternativ.

– Når de viser til at man skal velge mellom validerte og tilgjengelige behandlingsmetoder, er Mental Helse svært godt innforstått med at ingen av delene kan oppfylles innenfor dagens fagforståelse. Validert vil bety hva som har evidens, og i så måte er de alternativene brukerne etterspør, ikke tilstrekkelig forsket på til å kunne nå opp i evidenshierarkiet.

Lederen i Mental Helse mener at fagrådet er fullstendig blinde for at tjenestene ikke gir noe valg.

– Forståelseskloften mellom fagrådet og brukersiden viser seg å være svært stor. Dette beviser behovet for oppbygging av egne tilbud for dette formålet.

Fagrådets leder Ewa Ness ønsker ikke å kommentere kritikken fra Dagfinn Bjørgen. Mental Helse har en representant i fagrådet. Dette er hennes syn:

– Jeg skulle ønske at fagrådet hadde mye sterkere fokus på medisinfrie tilbud, men jeg stiller meg bak rådets arbeid og anbefalinger, sier Mental Helses Helga Skåden til Psykologtidsskriftet.

## Sykehusstyring

- Helsedepartementet utarbeider styringsdokument med «bestillinger» til de regionale foretakene, som rapporterer tilbake hvordan de har håndtert kravene i styringsdokumentene, og i hvilken grad disse er oppfylt.
- Dette plan- og rapporteringssystemet «skal være grunnpilaren i styringsdialogen mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene».
- Kartlegginger viser at det i de siste årene har skjedd en sterk økning i antall styrekrav til foretakene.
- Undersøkelser av styringsdokumentene indikerer at en hierarkisk form for sykehusstyring står sterkt i Norge.

*Kilder: Helseforetaksloven, Styringsdokument 2003 og Byrkjeflot H. & Guldbrandsøy K. (2013) Både hierarkisk styring og nettverk. Tidsskrift for Samfunnsforskning, 54(4), 463-492.*

### MEDISINFRIE BEHANDLINGSENHETER

Etter det Psykologtidsskriftet erfarer, har det vært sterke diskusjoner i fagrådet om egne medisinfrie døgnbaserte behandlingssenheter i alle helseforetak i Helse Sør-Øst. Konklusjonen, som fagrådet vet kolliderer med flere brukerorganisasjoners krav, er at dette ikke er en god faglig løsning. Per Overrein i Aurora er skuffet over at fellesaksjonen ikke har vunnet fram på det punktet.

– Vi mener fremdeles at det er på tide å prøve ut legemiddelfrie behandlingssenheter noen steder. Vi innser at slaget om medisinfrie tilbud ikke på noen måte er vunnet, og dette må følges opp om det skal skje en forandring. Jeg er likevel fornøyd med at Helse Sør-Øst går i riktig retning, sier Overrein.

Psykologtidsskriftet har kontaktet de andre tre regionale helseforetakene som har fått nøyaktig det samme kravet om medisinfrie tilbud i Oppdragsdokumentet i fjor. Helse Vest svarer at de ikke har egne døgnbaserte medisinfrie behandlingstilbud. Det er etablert arbeidsgrupper og fagråd i helseforetakene, for å se på hvordan man kan implementere et medisinfritt behandlingstilbud. Hele tjenesten er organisert slik at pasientene skal komme tidlig til, for å redusere behovet for medikamentell behandling, ifølge fagavdelingen ved Helse Vest.

Helse Midt-Norge og Helse Nord har foreløpig ikke svart på henvendelsen fra Psykologtidsskriftet. ✕



**SKRYTER:** Per Overrein i Aurora er fornøyd med at Helse Sør-Øst går i riktig retning, men sier at slaget om medisinfrie tilbud ikke er vunnet. (Foto: Aurora)

ESSAY

Det er

UITOVI

Vi må gå





Bendik Kaltenborn / ByHands



## Kanskje bør kunsten å lage gode fellesskap få en renessanse?

### TEKST

Kristian Bjørkdahl

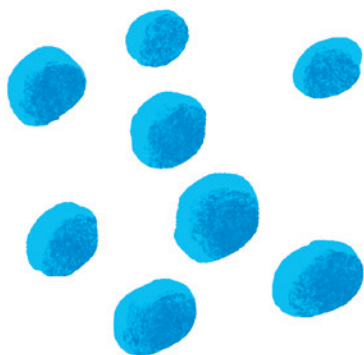
### ILLUSTRASJON

Bendik Kaltenborn

Vårt selv, skrev Michel de Montaigne (1533–92) i et av sine kjente essays, «er en gjenstand så full av misnøye, at vi der ikke finner annet enn elendighet og forfengelighet». Men, la han til, «for at vi ikke skal bli motløse, har Naturen svært beleilig sørget for at vårt blick vender seg utover». Montaigne hadde selv et ekstraordinært skarpt blick for det han så utenfor seg selv; noen mener sågar han bør regnes for verdenshistoriens første samfunnsforsker. Det er en noe kreativ tilskrivelse, men samtidig er det ikke helt usant. Han hadde en genuin og vedvarende interesse for vaner og levesett, for normer og sosial omgang – og for hvordan alt dette gjerne varierer fra én kulturell situasjon til en annen.

Siden Montaigne har det gått nedover, og i dag vil hans observasjon antagelig låte helt atonalt i manges ører. I vår tid oppfordres vi jo stadig til å gjøre en bevegelse helt motsatt av den Montaigne omtalte. Vi oppfordres til å gå inn i oss selv, og stenge verden – og «støyen» – ute. «Vende seg utover, hva skal nå det være godt for», spør moderne mennesker, «det var jo alt *det der ute* som gjorde oss syke i utgangspunktet!». Disse moderne menneskene søker heller inn i sine egne – antatt trygge – hoder, med en plan om å forbli der. Men så viser det seg fort at den gamle franskmannen hadde rett; gjenstanden de tar bolig i – altså Selvet – er så full av misnøye at de ser seg nødt til å søke hjelp. Men dermed oppstår et paradoks: Det å søke hjelp strider jo mot prinsippet om å søke innover mot Selvet! Derfor må det hele pakkes inn som «selvhjelp». Som om ikke dette var paradoksal nok, er budskapet denne såkalte selvhjelps litteraturen målbærer, at man kan bli et sterkt og helt menneske kun ved å suge av sitt eget bryst. «Du må klare deg selv her i verden! Du kan verken klandre andre for dine problemer, eller forvente at de skal komme og løse dem for deg». Problemet er bare at intet menneske har overlevd utover sine aller første dager – timer? – ved å suge av sitt eget bryst.

Noe så tåpelig som vår tids holdning til Selvet ville Montaigne aldri stilt seg bak – det er jeg sikker på. Og kanskje er det fordi Montaigne hadde en så utviklet evne til å skille skitt (Selv) fra kanel (Andre) at Richard Sennett, en av vår tids fremste samfunnsforskere, nylig brukte ham som inspirasjon. I boken *Together: The Rituals, Pleasures and Politics of Cooperation* (2012) tar Sennett for seg samarbeidets kår i moderne samfunn. Og som man kanskje kan mistenke: Han mener at kårene er dårlige. Sennett bygger på Erik Eriksons forskning på barn, som tar utgangspunkt i at vår utvikling som individer skjer i samspill med andre. Eller for å si det enkelt: Vi mennesker er primært og grunnleggende sosiale. Imidlertid må våre evner til å bidra til det sosiale liv også øves opp, påpeker Sennett. Hvis jeg kan tillate meg en liten tautologi: Vi må sosialiseres til å bli sosiale. Og det er nettopp oppøving og trening i sosialt samspill det skorter på i vår tid, hevder han. Når man ikke trenes i kunsten å bygge gode fellesskap, får man et samfunn av individer som aldri har





lært kunsten å se utover – som altså ikke makter å ta inn over seg den krevende og ofte forvirrende forskjelligheten man finner når man virkelig tar andres «annenhet» på alvor. Individene vender isteden blikket innover mot seg selv, der de – som Montaigne sa – «ikke finner noe annet enn elendighet og forfengelighet».

Hvis dette er noenlunde riktig, forstår man kanskje hvorfor selvhjelpslitteraturen selger så godt som den gjør. For når folk vender seg bort fra den ytre verden og går innover, trenger de noen som kan fortelle dem hvordan de skal håndtere det elendige og forfengelige de finner der inne. Og det er jo nettopp dette selvhjelpsbøkene tilbyr: De er håndbøker i selvpleie, som tar mål av seg til å fortelle leseren hvordan hun kan bli sunnere, roligere, smartere, mer selv-sikker, mer produktiv, gladere og mer glad i seg selv – og, ikke minst: *lykkeligere*.

#### «INNSIDENS» SKYGGESIDER

Som trofaste lesere vet, har jeg lest en selvhjelpsbok i uken i snart et år. Jeg må innrømme at jeg nærmer meg et metningspunkt. Tålmodigheten begynner å ta slutt. Jeg praktisk talt svømmer i «selvpleie» – nei, jeg *drukner* i det! For hver gang jeg leser de samme løftefulle flosklene, vokser irritasjonen eksponentielt, og jeg higer etter alternativer til det evinnelige budskapet om at «det er innover vi må gå». Paradoksalt nok dukker slike alternativer opp der man minst venter det, for eksempel i boken med nettopp denne tittelen, *Det er innover vi må gå: En kulturpsykologisk studie av selvhjelp*, av psykologen Ole Jacob Madsen.

Jeg innser at jeg nok er farget av erfaringen av å møte Madsens bok som et sårt tiltrengt avbrekk i en strøm av stadig mer irriterende selvhjelpslitteratur, men jeg tror jeg også under andre omstendigheter ville ment at boken hans er et formidabelt produkt. Det man i alle fall kan si, er at det er en sjeldent vakker fugl i det norske forskningsformidlingsaviarium; Madsen skriver seriøst og innsiktsfullt, men sam-

tidig slik at alle oppegående mennesker bør kunne henge med. Det er forbilledlig.

Madsen plukker fra hverandre de ulike lagene av selvhjelpsindustrien langs to akser: For det første viser han at mange av selvhjelpslitteraturens påstander mangler vitenskapelig belegg. Mellom de ulike grenene av denne litteraturen varierer det riktignok fra «helt avkreftet» til «tvilsomt» til «delvis bekreftet», men tendensen er alltid at disse bøkene lover mer enn de kan holde. For det andre – og dette viser seg utover i boken å bli viktigere – bygger Madsen et argument om at selvhjelpen som sådan er individualiserende og avpolitiserende. Madsen analyserer hvordan selvhjelpslitteraturen etablerer diskursive rammer som sorterer viktig fra uviktig, relevant fra irrelevant, positivt fra negativt. Han finner at den konsekvent legger lokk på alt som minner om politikk – eller sosialt samspill overhodet. Vi kunne si at selvhjelpslitteraturen skaper et paradoksalt verdensbilde, i den forstand at det er et verdensbilde der «verden» ikke finnes. Selvhjelpen leder konsekvent blikket bort fra verden, mot Selvet – hele tiden under slagordet *det er innover vi må gå*. Både individuelle og kollektive problemer utspiller seg nå ikke i en offentlighet, men på en scene inni våre respektive hoder. Eller som Trine Ålstedt sier det, med tittelen på sin selvhjelpsbok, «alt sitter i hodet».

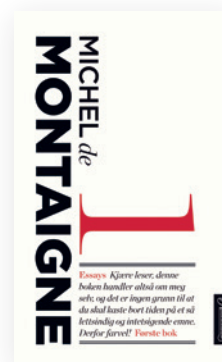
Madsens siktemål er å vise frem denne «innsidens skyggesider», så å si. Når vi går innover, fremstår alt utenfor våre egne hoder som «støy», påpeker han. Dette mener Madsen – med rette – er farlig. Denne ytre «støyen» er jo en helt nødvendig betingelse for vårt liv – både for at vi formes som et individ (en *socius*, altså en «partner», en «sammensvoren»), og for at vi agerer som et kollektiv (altså en *polis*, en sammenslutning av bestemmende borgere). Madsen eksemplifiserer denne sosiopolitiske forsømmelsen ved å spørre seg hvordan en kultur som tar til følge selvhjelpens imperativ om å gå innover, vil kunne håndtere klimakrisen. Det er en krise som mangler «antropomorfe» trekk,



**OLE JACOB MADSEN**  
«Det er innover vi må gå» En kulturpsykologisk studie av selvhjelp  
Universitetsforlaget  
2014



**RICHARD SENNETT**  
*Together: The Rituals, Pleasures and Politics of Cooperation*  
Penguin, 2012



**MICHEL DE MONTAIGNE**  
*Essays. Første bok.*  
Ascheoug, 2013 [1580]



Selvhjelpen er full av paradokser, men dette er det største av dem: At det den forsøker å fjerne, det den kaller «støy», det er selve livet

påpeker han, og følgelig er selvhjelpen helt impotent. Vi kan simpelthen ikke «gå innover» for å løse klimakrisen. Det er ingen enkel sammenheng mellom pusteteknikk og karbonforbruk.

Madsen ser denne bevegelsen innover som et nyttig kulturpsykologisk vedheng til – eller kanskje en forutsetning for – nyliberalismen. I en situasjon der vi loves velstand og lykke bare vi lar markedet jobbe slik markedet jobber, kreves det ingen politisk handling av oss; det kreves kun at vi pleier oss selv – det vil si at vi opprettholder oss selv som lykkelige forbrukere.

*Det er innover vi må gå* er en studie av selvhjelps litteratur, først og fremst. Samtidig handler den om noen brede tendenser i moderne samfunn, nærmere bestemt om et storstilt skifte i retning av individualisme: Individet og dets private anliggender trer i vår tid frem som en viktigere gjenstand enn kollektivene, fellesskapene. Det er kanskje ikke en veldig original analyse, men jeg mener vi må riste av oss følelsen av å ha «hørt det før», fordi dette er både reelt og problematisk. Et samfunn av individer som kun interesserer seg for seg selv, er et dårligere samfunn – også for individene – enn et samfunn der folk har blitt oppøvet i å omgås andre, der folk vet å håndtere forskjellighet med samarbeidets teknikker. «Om vi ser utover, skaper vi bedre sosiale bånd enn om vi går ut fra at alle er speilbilder av oss selv, som om samfunnet var konstruert som en speilball. Men å se utover er en ferdighet folk må lære», skriver Richard Sennett, vår tids beste erstatning for Michel de Montaigne (s. 278).

Sennetts poeng er altså at vi får bedre samfunn om vi trener på å være sosiale. Men kanskje kan vi, som et tankeeksperiment, gå enda lenger? Kanskje fører de sosiale ferdighetenes forfall ikke bare til at fellesskapene forvitrer, men også til det Montaigne kalte selvets «elendighet». Kan det være at vi blir mer elendige individer ved å ikke være sosialisert til å være sosiale? Kan vi bli velfungerende individer kun når vi har lært hvordan være medlem av et fellesskap? Jeg vet ikke. Som jeg har advart om tidligere, er jeg ingen psykolog, og jeg vet ikke hvordan jeg skulle gå frem for å operasjonalisere for slike spørsmål. Men det slår meg som en forlokkende hypotese.

#### **SAMHJELP – TO THE RESCUE!**

Uansett må vi begynne å gjøre noe annet og noe mer enn å kritisere selvhjelps litteraturen og tendensene man avleser i den. Den er verdt kritikk, for all del, men ved å ta ett byggverk fra hverandre, bygger man ikke dermed et nytt. Vi må gå forbi dekonstruksjon til rekonstruksjon. I et forsøk på å bidra til dette har jeg kommet opp med et nytt ord: *Samhjelp*. Riktignok avslører Google at det ikke er like nytt som jeg først trodde, men skitt, la gå, og lenge leve det å hente gamle, brukbare ord frem fra glem-selen. Slik jeg vil bruke det, betegner ordet *samhjelp* enhver virksomhet der flere mennesker samarbeider for å oppnå noe de ikke kunne fått til hver for seg. Samhjelp er selvhjelpens diametrale motsetning. Der sist-



nevnte peker innover, mot hvert enkelt Selv, for å løse både individuelle og kollektive problemer, peker førstnevnte utover for å gjøre det samme. «Har du problemer med Selvet? Forsøk å innse at det er relasjonene og strukturene du befinner deg i, som har gitt deg dette problemet, og vend deg mot de samme relasjonene og strukturene for hjelp!»

Problemet i vår tid er at mens selvhjelp har vokst til å bli en enorm industri, finnes det ikke noe slikt som «samhjelpslitteratur» – og enda mindre en «samhjelpsindustri». Selv store bedrifter og organisasjoner – hvor man skulle tro at samhjelp var helt essensielt – bruker jo gjerne selvhjelpsguruer på sine internarrangementer. *Kick-offs* og inspirasjonskurs og motivasjonsseminarer og så videre skjer alle under en forutsetning av at hvis hver arbeidstager bare pleier sitt selv på den rette måten, vil bedriften eller organisasjonen kunne høste en slags akkumulert effekt. Problemet med dette er ikke bare at slike effekter ofte ikke materialiserer seg, men også man helt unndrar seg sosialt og politisk ansvar. I tillegg overser man helt Sennetts innsikt om at også samarbeid må pleies.

Jeg vil derfor etterlyse et program, en sosialpolitisk ambisjon, som går ut på å forbedre samarbeidets kår i vårt samfunn. Vi må bedrive mindre selvhjelp og mer – og bedre – samhjelp. Vi må i større grad befatte oss med kunsten å lage gode fellesskap. Det er mange nok konkrete spørsmål som trenger svar: Hvordan lager man et godt par? Hvordan blir man en god familie? Hvordan lage en arbeidsplass der alle trives? Hvordan bygger man byer og steder med rom til alle? Hvordan kan vi unngå å bli egoistiske nasjonalister? Hvordan holder man vennskap i live? Hvordan kan man få venner hvis man ikke allerede har det?

Vi trenger hjelp til samhjelp også, så klart. Men kan man ikke rett og slett se dette som en gedigen forretningsmulighet? Kan man ikke se for seg konsulenter som tilbyr til ulike fellesskap noe tilsvarende det selvhjelpscoachen tilbyr individer? I så fall ville denne «samhjelpsindustrien» måtte stå i omtrent samme forhold til organisasjonspsykologien som selvhjelpsindustrien står til (individual)psykologien. De som tilbyr samhjelp, ville måtte tilby konkrete, praktiske hjelpemidler – samværsformer, samarbeidsteknikker, gruppepraksiser – som skulle sikre at utfallet av fellesskapets innsats ble best mulig. (Det finnes naturligvis tilbud for ulike typer fellesskap allerede, fra parterapeuter til HR-avdelinger. Men for å ta samhjelp på alvor, ville også disse funksjonene måtte henvende seg til fellesskapet, og ikke bare til individene – og det er nok ikke alltid tilfellet.)

Om man nå begynner å se noe slikt for seg, blir det fristende å snu selvhjelpens individualiserende tendens helt på hodet, og foreslå at vi med samhjelp ikke vil trenge særlig mye selvhjelp. Når alle vender blikket utover, slik Montaigne og Sennett og Madsen på sine forskjellige vis foreskriver, vil Selvet ikke lenger trenge den samme innsatsen. Det er fordi mennesker er sosiale vesener først. Ved å sørge for vår felles, sosiopsykologiske helse vil mye av Selvets elendighet og forfengelig het sim-

pelthen forsvinne – eller bedre, aldri oppstå. Selvhjelpslitteraturen oppfordrer oss til å gå innover, der de mener vi vil finne våre *egentlige* selv, slik de er bortenfor, eller før, all ytre «støy». Men hva om det er motsatt? Hva om vi – som Montaigne sa – oppdager at vi er laget for å vende blikket utover? Selvhjelpen er full av paradokser, men dette er det største av dem: At det den forsøker å fjerne, det den kaller «støy», det er selve livet.

#### BJØRKDAHL FORLOVER SEG IGJEN

Jeg må innrømme at denne innsikten er potensielt farlig for meg, for – som trofaste lesere vet – har jeg jo lovet å skrive en selvhjelpsbok selv. Og hvordan kan jeg begrunne et slikt prosjekt hvis jeg samtidig mener at selvhjelp er en grunnleggende dårlig idé? Vel, det kommer til å bli balanseøvelse, det er helt sikkert. Men så er det heller ikke min intensjon å snu ting helt på hodet, som jeg kanskje har antydnet her. Ofte er en 90 graders vending vel så bra. Jeg mener med andre ord fortsatt at individer er nyttige gjenstander. Våre Selv er ikke *bare* «elendige og forfengelige». Ethvert forsøk på å hjelpe et Selv til å hjelpe seg selv trenger ikke være fånyttets.<sup>1</sup>

Uansett om jeg lykkes i å innfri hva jeg har lovet, nemlig å skrive «selvhjelpsboken over alle selvhjelpsbøker», mener jeg det bør utgis flere *samhjelpsbøker*. Nå tror leseren kanskje at jeg skal love å skrive en slik bok også, men noe skal man da lære av sine feil. Hvorfor skal jeg skrive en slik bok når den allerede finnes, altså i Richard Sennetts *Together*? Så i dette tilfellet vil jeg nøye meg med å oversette Sennetts bok til norsk. Ta det med ro; denne gangen skal jeg få hjelp av noen venner. ✕

.....

1. Dessuten kan også selvhjelpsbøker peke utover. Det fremste eksemplet på dette er klassikeren *How to Win Friends and Influence People*, av Dale Carnegie, som på tross av sitt rykte som en håndbok for folk som vil kare seg oppover karrierestigen, har langt større følsomhet for viktigheten av sosialt samspill enn de fleste andre bøker i sjangeren.

# UT-TRETTE ELLER UT-RETTE?

Noen diagnoser er mer «trendy» enn andre. Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er ikke en av dem.

## TEKST

Margrethe Seeger  
Halvorsen,  
Voksenpsykiatrisk  
avdeling Vinderen,  
Psykologisk institutt  
Universitetet i Oslo

**F**lere ganger har jeg møtt mennesker med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse som opplever det som om diagnosen «står stemplet i panna» på dem og legger føringer for hvordan de blir møtt. Anna var en av dem.

Vi hadde jobbet sammen i underkant av to måneder da hun ble lagt inn. Anna hadde en lang historie i psykisk helsevern, og hadde et tosifret antall innleggelses bak seg. Som oftest etter overdoser med medikamenter. Det var på ingen måte entydig at hun ønsket å dø, men flere av forsøkene var alvorlige, og det var åpenbart at hun ikke hadde kontroll over inntaket. Denne gangen var beskjeden fra medisinsk avdeling at hun «hadde vært heldig» – utfallet kunne like gjerne ha vært fatalt.

Å ha problemer som rommes av denne diagnosen, er ekstremt smertefullt og krevende. Livet og selvfølelsen svinger, og mange føler seg ofte sårbare og usikre i møtet med både seg selv og verden. Personer som får merkelappen «emosjonelt ustabil», er samtidig svært forskjellige, og den personlige konstellasjonen av symptomer kan variere ganske mye. Diagnosen er konstruert slik at du skal tilfredsstille et visst antall av flere

kriterier som vektles likt. Kombinasjonsmulighetene er derfor mange, og to personer med diagnosen trenger ikke å ha mer enn ett kriterium felles. Som mange andre med denne diagnosen slet Anna med store emosjonelle svingninger, skjør selvfølelse, og selvdestruktivitet. Men hun var ikke spesielt impulsiv, og hun hadde «i tillegg» en del tvangstrekk og depressive symptomer. Dessuten var hun svært begavet.

Anna utfordret meg. Til tider på måter som gjorde meg frustrert, irritert, engstelig, rådvill, i tvil om hele behandlingsprosjektet og på meg selv som terapeut. Men allerede fra første time hadde vi begynt å finne fram til hverandre på en måte som jeg tenker rommet og tålte alt dette.

Anna var både avventende og pågående på en og samme tid. Hun satt ofte sammenkrøpet og ordløs i stolen, med hettegenseren over hodet og blikket festet i gulvet. Samtidig var hun våken og på, som om sansene lå utenpå henne og hver minste bevegelse eller endring i toneleiet fra min side ble fanget opp av radarer hennes. Hun var skeptisk og nysgjerrig. Det hvilte en spenning i rommet som er vanskelig å beskrive, men det følte som at en potensiell krise konstant lå og lurte. Selv om hun i starten



ofte besvarte mine innspill med taushet eller «vet ikke», var hun langt fra likegyldig. Jeg opplevde at hun testet, utforsket og utfordret. Var jeg til å stole på? Hvor langt var jeg villig til å gå? Ville jeg tåle henne og alt det hun bar på? Og hvor langt kunne hun gå før jeg avviste henne? Noe hun var sikker på at jeg kom til å gjøre. Helt fra første time opplevde jeg at Anna ville ha noe av meg som terapeut – og jeg tror det var ekthet og nærvær. Samtidig som hun var livredd for akkurat det. Hun bar på en intens frykt for nærhet og en ubegrenset lengsel etter det samme. Knytte seg, ikke knytte seg – det potensielle bruddets store avgrunn.

Akkurat *der* traff Anna noe av det som fascinerer meg aller mest som terapeut – å kunne skape trygghet og tillit når grunnlaget for å knytte seg til et annet menneske er så magert. Kanskje var dette noe av grunnen til at terapien ble vellykket? At hun fanget min nysgjerrighet, at jeg likte henne, og at noe i henne våget å stole på det?

Nå var hun altså innlagt igjen, på et sykehus i en annen sektor. Da jeg ringte overlegen på avdelingen for å forhøre meg om innleggelsen og behandlingsplanen, sa hun: «Pasi-

ten regrederer voldsomt. Hun saboterer. Hun manipulerer. Hun nekter å samarbeide. Vi må trette henne ut. Hun kommer til å snu til slutt.» Jeg skal ærlig innrømme at jeg ble både overrasket og provosert, og opplevde beskrivelsen som instrumentell og objektiviserende. Det var som om egenskapene hun ble tillagt, var et knippe stereotypier brukt om «den klassiske borderlinepasienten». Hun ble diagnosen, ikke Anna med sin helt spesifikke utforming av vansker og forsøk på å mestre verden. Jeg kom ingen vei, hverken med forsøk på en faglig samtale eller samarbeid. For en tid tilbake fant jeg en gul lapp som jeg husker jeg skrev ned i ren frustrasjon:

Å trette ut som terapeutisk logikk: Å ut-rette versus å ut-trette. En liten «t» er den store forskjellen.

Det er en krig som pågår.  
Der den sterkeste vil vinne.  
Den som er mest utholdende vil vinne.  
Den som ikke lar seg trette ut vil vinne.  
Og så? Når systemet trolig har vunnet,  
og pasienten er ut-trettet. Hva da?  
Hva er gevinsten for å ha vunnet?





Helt fra første time opplevde jeg at Anna ville ha noe av meg som terapeut – og jeg tror det var ekthet og nærvær

Jeg opplevde at ulike behandlingskulturer kolliderte. I mitt arbeid med Anna var det viktig for meg å møte henne på en annen måte enn hun hadde erfart tidligere. Jeg ville være en å stole på, en som tålte henne og som møtte henne med respekt, samt representere kontinuitet og forutsigbarhet. Å se henne som et subjekt, et menneske bak de kaotiske symptomene. Og å finne balansen mellom rammer, grenser og ansvar på den ene siden og omsorg og støtte på den andre. I møtet med et annet behandlingssted ble disse verdiene utfordret.

I første timen etter utskrivelsen satte Anna seg i stolen og smilte stolt: «De ga meg opp. Jeg vant!» Men stoltheten lå som et syltynt slør over en bunnløs tristhet og et sinne. Hun følte at diagnosen ble brukt til å definere henne, og at hun ikke ble sett som mennesket Anna. Hun mente selv at hun gjerne ville samarbeide, men at hun ikke ble hørt.

### KONTRAINDISERT

Etter hvert begynte hun å fungere bedre i hverdagen. Det var snart halvannet år siden siste innleggelse, og hun var tilbake i jobb, hadde fått noen nye venner og funnet andre måter å forstå og håndtere svingende følelser på. Hun skulle flytte til en annen kant av landet, og vi var i ferd med å avslutte behandlingen da hun mistet en slektning. Tapet ble overveldende for henne og vekket sterke følelser og tanker om døden. Anna gjorde som hun hadde gjort utallige ganger før – tok en større mengde tabletter, ringte en venninne som ringte legevakten, ble lagt inn på medisinsk avdeling for pumping, for så å overføres til en ny akuttavdeling. Der ble hun skrevet ut neste morgen. Til sin egen og foreldrenes store fortvilelse. Den korte begrunnelsen hun fikk var at «forskning viser at det er kontraindisert å legge inn personer med din diagnose».

Jeg opplevde begge innleggelsene hennes som fulle av dilemmaer. På den ene siden var jeg provosert av det jeg opplevde som en objektivt holdning til henne som pasient, på den andre siden ønsket jeg å fastholde en faglig lojalitet til kollegaer på avdelingen og ikke bli med i «krigføringen» hennes. På den ene siden kunne jeg forstå tanken om å ikke forsterke destruktiv atferd, på den andre siden ga denne holdningen ingen mening for meg slik den ble utformet her. På den ene siden sier forskning at pasienter med denne diagnosen ikke profiterer på lengre sykehusopphold, på den andre siden sier forskning at korte kriseopphold kan være nyttige. Og når i behandlingsprosessen gjelder dette?

Da Anna ble innlagt siste gang, var hun et annet sted i livet. Hun var i bedring, hun hadde profittert på tidligere opphold, og hun var i en sårbar situasjon: Hun hadde mistet en pårørende, og behandlingen skulle snart avsluttes. Dessuten hadde hun en gryende fornemmelse av seg selv og egne behov. Hun sa: «Jeg trengte bare to dager inne for å snu situasjonen og stole på meg selv igjen. Men det virket som om jo mer jeg sa det, jo sikrere var de på å skrive meg ut.» Jeg forsto henne så altfor godt. Og jeg tror vi begge kunne stilt det samme spørsmålet: Hvor frisk skal man være for at et slikt behov er gyldig? ❌

## Vold øker faren for fødselsdepresjon dramatisk

Kvinner som har blitt utsatt for vold av en de kjenner, har 80 prosent større sjanse for å få en fødselsdepresjon enn kvinner som ikke har blitt utsatt for slik vold.

I en undersøkelse blant 53 000 norske kvinner oppgir 32 prosent å ha blitt utsatt for vold. Kvinnene i studien er rundt 30 år i gjennomsnitt og høyt utdannet. Volden kan ha skjedd rett før fødselen, eller lenge før: Vold fører uansett til en stor risiko for at mor får tunge tanker etter å ha satt et liv til verden. Det er også verre å bli slått og truet av noen man kjenner, enn av en fremmed, skriver forskningsmagasinet Gemini.

Doktorgradsstipendiat ved NTNU Marie Flem Sørbø hentet data fra den norske mor og barn-studien fra årene 1999–2008. Kvinner som har blitt utsatt for vold av en de kjenner, har, sammenlignet med kvinner som ikke har blitt utsatt for vold, 80 prosent større sannsynlighet for å få en fødselsdepresjon. Kjente de ikke voldsutøveren, økte risikoen for fødselsdepresjon med 50 prosent sammenlignet med kvinner som ikke har voldserfaringer. Mellom 5 og 25 prosent av kvinner i Norge får en fødselsdepresjon.

Den seksuelle og psykiske volden oppleves mest skadelig og belastende å leve med.

– Voldsopplevelser, fysisk skade, og trusler som ikke er livstruende, men som omfatter tap av tilknytning eller svik fra viktige omsorgspersoner, kan være mer traumatiserende enn naturkatastrofer og ulykker, sier Sørbø til Gemini.no.

**Referanse:** Marie Flem Sørbø et al. (2014): Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 316, doi: 10.1186/1471-2393-14-316.



## Bunnforskning om digitale fiskeemosjoner

I Bergen har forskere undersøkt hvordan en fiskebestand ville utvikle seg dersom fiskene tok emosjonelle valg i stedet for rasjonelle.

Ved hjelp av digital modellering lagde de en virtuell fiskebestand som utviklet både artsmangfold og tok gode valg basert på emosjoner, skriver *På Høyden*. Fiskeforskningen gikk for seg ved Hjort-senteret for marin økosystemdynamikk ved Havforskningsinstituttet i Bergen.

Arter med følelser, som mennesker, er seg bevisst emosjonene og kan jobbe med dem. Førsteforfatter Jarl Giske sier at de ikke vet om fiskene har følelser.

– Men de har emosjoner, som hjelper dem til å ta beslutninger fort. Vi har alltid visst at slike bestander ikke tar rasjonelle valg. Evolusjonen begynte ikke med rasjonelle beslutninger, sier Giske.

Det viser seg at emosjonene gjør individene i stand til å ta gode valg også i situasjoner de aldri har opplevd før, og dette gjør dem mer robuste mot blant annet endringer i miljøet.

Emosjoner er også med på å skape større genetisk variasjon i fiskebestanden enn det som er nødvendig, noe som igjen gjør arten mer tilpasnings-

dyktig hvis miljøet endrer seg. Fiskene utvikler egenskaper i forskjellige retninger. Noen individer ble lettskremte, andre ble nesten aldri reddet. Noen ble veldig sosiale, mens andre foretrakk å være for seg selv, forteller Giske, som mener modellen peker på viktige poenger: I mange vitenskapelige modeller forutsetter man at aktørene tar rasjonelle valg, selv om disse i virkeligheten kan være mer eller mindre emosjonelle. Et annet poeng er at emosjoner fører til større genetisk variasjon.

– Ved at dyr har emosjoner har de i en halv milliard år utviklet en større genetisk variasjon. I noen tilfeller har det gitt dem en større evne til å takle økologiske endringer.

Resultatene fra studien ble publisert i *Proceedings of the Royal Society of London series B, Biological sciences* i august i år.

**Kilde** Fornuft, fisk og følelser. pahoyden.no 12.08.2014.

# Erfaringer ved bruk av metakognitiv terapi for barn og unge

Metakognitiv terapi (MKT) er en behandlingsform som har fått økende interesse i de siste årene. Målet med denne artikkelen er å vise hvordan MKT kan anvendes for barn og unge som plages med angstsymptomer.

**STINE HARSTAD,**

Nic Waals Institutt,  
Lovisenberg  
Diakonale Sykehus

**SVEIN ØVERLAND,**

Sentral fagenhet for  
tvungen omsorg,  
avd. Brøset, St. Olavs  
Hospital

**METAKOGNISJONER KAN FORSTÅS** som «tan-ker omkring tanker». Det teoretiske grunnlaget for MKT er *S-REF*-modellen («Self-Regulatory Executive Function- Model»). *S-REF*-modellen beskriver hvordan tankeprosesser er med på å bidra til å utvikle og opprettholde psykiske lidelser (Matthews & Wells, 2004). De negative tankeprosessene benevnes i MKT som «kognitivt oppmerksomhetssyndrom» (KOS), og består av (1) en forhøyet selvoppmerksomhet, (2) kjeder av bekymring og grubling, (3) trusselmonitorering (fokus på fare), og (4) bruken av uheldige mestingsstrategier som opprettholder pasientens problemer (Hjemdal & Hagen, 2012).

Alle individer har strategier for selvregulering. Valg av strategier for selvregulering er styrt av det vi kaller metakognisjoner. Positive metakognisjoner omhandler for eksempel fordeler med bruk av bekymring og grubling for å regulere ens negative tanker eller følelser. Noen pasienter er bekymret for at bekymringen og grublingen kan virke skadelig, eller at de opplever at de ikke kan



kontrollere sin bekymring eller grubling. Dette benevnes som negative metakognisjoner.

### METAKOGNISJONER HOS BARN OG UNGE

Utviklingspsykologien har vist at evnen til «å tenke over ens egne tanker» utvikles tidlig (Flavell, 1999). Etter hvert som barn modnes kognitivt, utvikles også deres metakognitive evner (Ellis & Hudson, 2010). Dette gjør at de er i bedre stand til å overvåke, planlegge og selvregulere sin egen atferd (Vasey, 1993). Cartwright-Hatton et al. (2004) viser at metakognisjoner hos ungdom (allerede fra 13-årsalderen) er meget like dem man finner hos voksne målt ved hjelp av spørreskjemaet Metacognitions Questionnaire – Adolescents (MCQ-A). Tilsvarende funn er gjort hos barn helt ned til 7-årsalderen når man har målt barns metakognisjoner ved hjelp av instrumentet Metacognitions Questionnaire Children (MCQ-C; Bacow et al., 2009). Skårer på MCQ-A og MCQ-C korrelerer positivt med symptomer på angst og depresjon. Dette kan indikere en sammenheng med graden av metakognisjoner og angstsymptomer og depressive symptomer hos barn og unge (Ellis & Hudson, 2010).

### KASUSEKSEMPEL

Henriette (12 år) ble henvist for tredje gang til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for angst og tvangstanker. Det var uklart hva slags type behandling hun hadde fått ved tidligere behandlingsforløp. Det hadde skjedd en betydelig forverring av symptomene i de siste tre årene med økende grad og omfang av tvangstanker og -ritualer som påvirket hennes daglige fungering. Henriette brukte lite tid med jevnaldrende, unngikk sosiale situasjoner, ba foreldrene om å hjelpe henne med dagligdagse gjøremål, klarte ikke å gå i sokkelesten, hadde med klesskift på skolen, samlet på søppel (emballasje), vasket og dusjet seg veldig ofte og hadde vonde tanker om at enkelte mennesker var farlige og spøkelser. Hun ba kontinuerlig om forsikring av familiemedlemmene at hun gjorde ting på «den riktige måten», og var opptatt av at alle var trygge. I tillegg sov hun dårlig, og hadde tidvis svært liten appetitt. Til tross for tidligere suicidal tanker avkrefte hun dette ved oppstart av behandlingen. Foreldrene var meget bekymret for Henriette, og ønsket råd og veiledning om hvordan de kunne hjelpe og

støtte henne. Henriette fortalte at hun var veldig usikker på om hun kunne få det bedre.

### Kasusformulering

En viktig del i det terapeutiske arbeidet med barn og unge er å utarbeide en kasusformulering (Stoltenberg, 2007). I MKT finnes ulike typer kasusformuleringer avhengig av pasientens problematikk (Wells, 2011). Hovedmålet med å bygge en kasusformulering sammen med pasienten er å vise hvordan metakognitive antagelser, grubling og bekymring, fokus på fare og bruk av u hensiktsmessige mestingsstrategier opprettholder barnets og ungdommens psykiske problemer. Siden Henriettes hovedproblem først og fremst var knyttet til tvangstanker og tvangshandlinger, ble den metakognitive modellen for OCD brukt. (jf. figur 1)

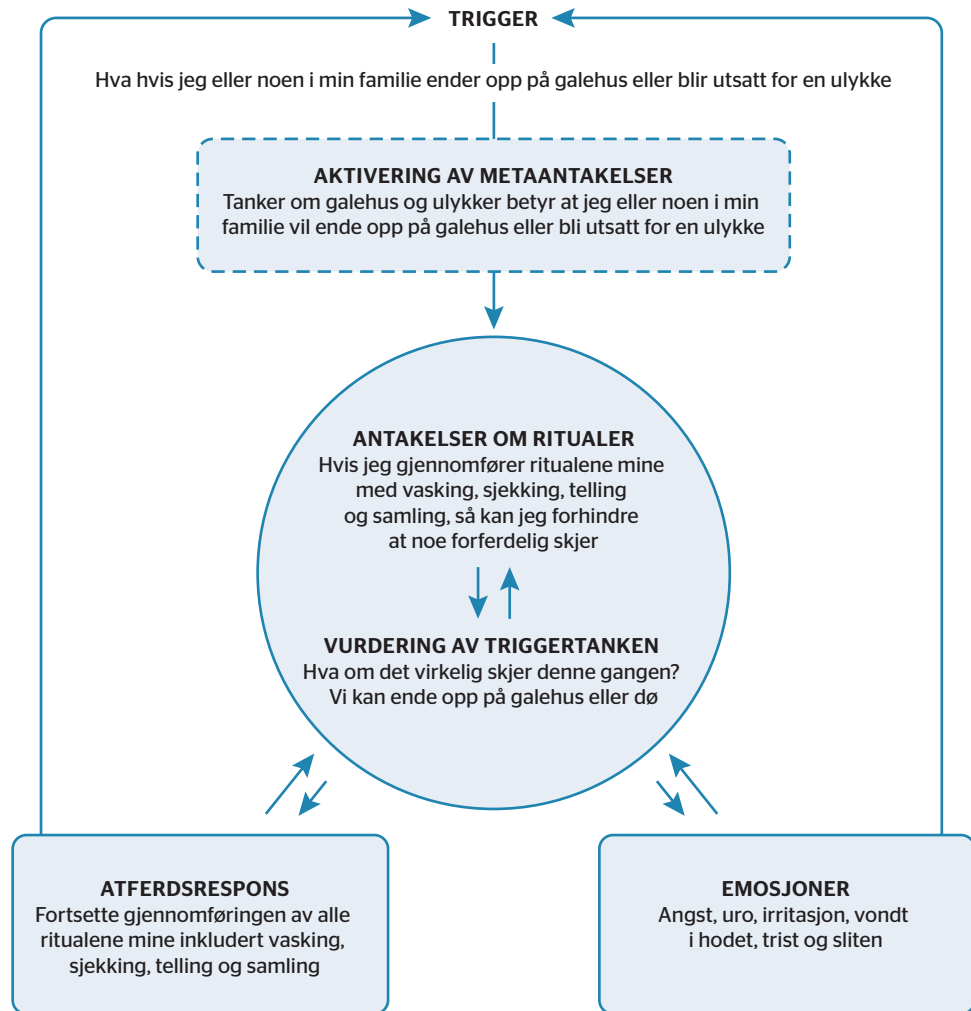
Henriette hadde i flere år vært plaget av tanker om at hun eller noen i familien skulle ende opp på «galehus» eller bli utsatt for en ulykke. Tankene kom uanmeldt, og var ikke knyttet til eksterne stimuli eller hendelser. Disse triggertankene om galskap og ulykker aktiverte flere tanker som «Noe vondt kommer til å skje med meg eller min familie, jeg kommer til å bli gal og/eller jeg kommer til å dø». Dette gjorde henne engstelig, urolig, irritert og trist. Hun fortalte at hun følte seg ofte svært sliten med mye vondt i hodet. Henriette trodde at hvis hun tenkte på noe, så ville det skje i virkeligheten («tanke-handling-fusjon»; Wells, 2009). Henriette strevde med å håndtere de negative tankene og fortalte hvor krevende hun syntes dette var. For å dempe ubehaget forsøkte hun å takle de negative tankene ved kontinuerlig å sjekke at alle i familien var trygge, og innlemmet særlig foreldrene i dette. Hun holdt seg hjemme og brukte denne tiden til å bekymre seg, unngikk hverdagslige situasjoner hvor hun trodde at tvangstankene og ritualene kunne øke i styrke, samt krevde at foreldrene deltok i tvangshandlingene hennes. Henriette prøvde å skyve tankene unna (tankeundertrykking), samt forsøkte på mange andre måter å holde de påtrengende tankene under kontroll. Hun trodde at bekymring hjalp henne å mestre tvangstankene sine, og at bekymring gjorde henne forberedt på eventuelle fremtidige farer. Hennes negative metakognisjoner var at bekymring kunne gjøre henne gal, og hun opplevde bekymringen som ute av kon-



Nye strategier som frakoblet oppmerksomhet og bekymringsutsettelse blir derfor presentert som andre måter å forholde seg til tanker på



**Figur 1** OCD kasus-formulering



troll. Foreldrene uttrykte stor fortvilelse over hennes symptomtrykk og var veldig bekymret for hvordan det skulle gå med henne.

For å få fatt i Henriettes metakognisjoner var det viktig å stille spørsmål som for eksempel: «Gjør du noe for å forhindre at farlige situasjoner skal oppstå?», «Forsøker du å bli roligere i situasjonen ved å gjennomføre tvangshandlingene?», «Har du forsøkt ikke å gjennomføre tvangshandlingene?» «Hvordan vet du når det ville være trygt ikke å gjennomføre tvangshandlingene?» og «Hva vilke skje hvis du ikke gjennomførte tvangshandlingene?». Henriette syntes at det var en helt ny måte å snakke og tenke om sin tvang på. Hun begynte å forstå at det var ikke hennes tanker som var problemet, men hvordan hun reagerte på disse som skapte trøbbel for henne. Foreldrene var med på slutten av hver timeavtale for å kunne ta del i denne

endringen av fokus, og Henriette var ivrig på å fortelle hva vi hadde jobbet med.

### Sosialisering

I MKT tenker man at det er ikke de negative tankene i seg selv som er problemet, men hvordan man forholder seg til dem. Å sosialisere pasienten og hans/hennes foreldre til en metakognitiv forståelse av problemet er neste steg i behandlingen. I terapien snakket vi om at mange barn og voksne sliter med tvang, og at alle kan ha plagsomme og rare tanker. Det kan være spesielt utfordrende å hjelpe barn og unge til å skifte perspektiv når det gjelder tvangstanker. Noen spørsmål som var hjelpsomme for Henriette var: «Hvis du behandlet tvangstankene som andre tanker uten noen spesiell mening, hvor vanskelige ville de da være for deg?», og «Hvis du tenkte at tvangstankene ikke var virkelige,

måtte du da gjøre alle tvangshandlingene for å bli mindre engstelig?».

Henriette forklarte at hun forsøkte å kontrollere de påtrengende tankene ved å tenke på hyggelige tanker (som for eksempel en forelskelse eller gode ferieminner hun hadde). Vi har ofte opplevd at lærere og foreldre rundt barnet i god tro har introdusert bruken av 'positive tanker', som en måte å mestre tvangstanker på. Henriettes foreldre fortalte at de også hadde foreslått at hun skulle prøve å skyve tanken unna og heller prøve å tenke på noe annet (tankeundertrykkelse). For å vise hvordan slike strategier har en motsatt effekt enn først antatt, gjorde vi et eksperiment i en av timene. Vi benyttet en helt nøytral tanke i form av en rosa elefant. Henriette ble bedt om å la være å tenke på den rosa elefanten ett minutt, noe som viste seg å være helt umulig. Rosa elefanter dukket opp hele tiden når hun fikk beskjed om å holde denne tanken unna bevisstheten. Først lo Henriette av eksperimentet, men etterpå så vi paralleller til hvordan Henriette forsøkte å la være å tenke på galehus og ulykker. Henriette ble også spurt om: «Så hvis det ikke nytter å la være å tenke på elefanten, hva er det som gjør at det skal virke på tvangstankene dine?» Dette spørsmålet virket som en invitasjon til å snakke om at vi er tilbøyelige til å tolke noen tanker som viktigere fordi de gjør at vi føler oss triste eller engstelige. Det var også sentralt at foreldrene fikk informasjon om eksperimentet vi gjorde i timen, og hvordan det metakognitive perspektivet i forhold til tanker var ganske annerledes enn andre ting de hadde lært tidligere.

#### Endring av metakognisjoner

Målet med MKT er at barnet eller ungdommen skal få en ny måte å forholde seg på til tankene sine. De gamle strategiene som man har brukt, har ført til store problemer for dem. Nye strategier som frakoblet oppmerksomhet og bekymringsutsettelse blir derfor presentert som andre måter å forholde seg til tanker på. Dette er det motsatte av bekymring. Det at man oppdager at man kan endre reaksjonene sine når negative tanker dukker opp, opplever barnet eller ungdommen (og foreldrene) som veldig befriende. Det er viktig å undersøke hvordan pasienten forstår frakoblet oppmerksomhet og bruken av bekymringsutsettelse for å oppnå en ønsket effekt. Vår erfa-

ring er at det er nyttig å få barnet eller ungdommen til å forklare hvorfor man skal gjøre dette, og hvordan man skal ta det i bruk. Det er også viktig at foreldrene skjønner hva terapeuten mener med de nye måtene barnet kan møte vanskelige tanker på. Foreldrene er viktige støttespillere i arbeidet mellom timene, og det er da essensielt at de har en delt forståelse av de nye strategiene.

For at Henriette skulle kunne nyttiggjøre seg frakoblet oppmerksomhet, måtte hun trene på å gjenkjenne triggertankene sine som startet hennes bekymringsprosess. Frakoblet oppmerksomhet ble deretter introdusert som en ny måte å møte de farlige tankene på. Det kan beskrives som å la tanker komme uten å engasjere seg i dem. Henriette sa at hun gruet seg til om hun ville klare å gjennomføre dette. For å kunne gi Henriette en god opplevelse av hva som menes med frakoblet oppmerksomhet, ble øvelsen med fri assosiasjon brukt som et eksempel. Ulike ord ble presentert for Henriette med noen sekunders mellomrom, og hun ble bedt om å observere hva som skjedde i hodet og kroppen uten å foreta seg noe for å påvirke tankene. Etter at vi hadde gjort dette med nøytrale ord, gjorde vi det en gang til, men denne gangen med Henriettes tvangstanker (triggertanker om ulykker og galehus). Målet var fortsatt å la tanken(e) komme og gå uten å engasjere seg i dem. Det er viktig at barnet eller ungdommen forstår at frakoblet oppmerksomhet ikke skal benyttes som et ritual for å unngå tvangstanker, men lar dem passere uten at man fortsetter å bekymre seg over dem. På nytt ble foreldrene informert om hva vi hadde trent på i timen, slik at de kunne støtte opp under at det Henriette hadde øvd på i timen, kunne overføres på hjemmebane.

Dersom barnet eller ungdommen strever med å forstå dette, kan man bruke mer konkrete metoder for å tydeliggjøre poenget. Man kan skrive den farlige tanken på et papir og feste det på et av vinduene i terapirommet. Barnet eller ungdommen kan da observere tanken fra der hun eller han sitter, uten å forsøke å endre den, samt kjenne hvordan det oppleves å være frakoblet fra tanken. Man ønsker å vise barnet eller ungdommen hva som skjer når man kan la være å bruke vanemessige reaksjoner når disse tankene dukker opp. Målet er at barnet oppdager at tanken er atskilt fra en selv, og at det er en stor forskjell på å tenke en tanke



”  
Ofte kan det  
være nyttig å  
ha foreldrene  
bak speilet  
ved et slikt  
eksperiment for  
å demonstrere  
virkningen

og «virkeligheten». Vi har erfart at dette ofte er en ny forståelse for hele familien, som gjorde det lettere for foreldrene å støtte Henriette i oppgavene hun gjennomførte mellom timene.

I forlengelse av arbeidet med frakoblet oppmerksomhet er det også lurt å arbeide med metakognisjoner om at bekymringer er ukontrollerbare. Bekymring oppleves som svært ubehagelig og intenst hos barn og unge, og bekymringsutsettelse er noe som vi bruker for å hjelpe til med dette. Det innebærer at man avtaler et fast tidspunkt for dette, som gjerne kan være på ettermiddagen etter skolen er ferdig, utenfor faste fritidsaktiviteter og ikke for tett opp til leggetid slik at det påvirker søvnen. Barn og unge er ofte særdeles skeptiske til om dette lar seg gjennomføre, men de snur raskt når de allerede etter 1–2 ganger opplever en effekt om at dette faktisk går bra. Mange av våre unge pasienter har ofte slitt med sin problematikk over lang tid, og har ikke tenkt på hva som vil skje hvis de ikke responderer på de farlige tankene sine. Foreldrene må informeres om bruken av bekymringsutsettelse for å støtte barnet og ungdommen best mulig. De kan innledningsvis være skeptiske til dette og kan tenke at det virker for lett og banalt til å ha en varig effekt. Noen foreldre har også motsatte tanker om at det blir for krevende å gjennomføre. Vårt kliniske inntrykk er at behandlingen har vesentlig bedre effekt når både barnet eller ungdommen og foreldrene har en integrert forståelse av oppgaver og mål for behandlingen.

Henriettes motivasjon økte i takt med økt mestring etter at hun tok i bruk frakoblet oppmerksomhet og utsettelse av bekymring. Hun merket at tankene ikke ble så farlige lenger, og at hun opplevde mer kontroll over bekymringen sin. Da hun innså at hun kunne velge hvordan hun kunne reagere på de negative tankene sine, ble hun også mindre engstelig og trist. Henriette hadde fortsatt noen vedvarende negative metakognisjoner knyttet til ukontrollerbarhet og skade, selv om bruken av frakoblet oppmerksomhet og utsettelse hadde redusert dette betraktelig. Det var likevel viktig å arbeide videre med dette i terapien. Sammen utforsket vi hva som ville skje hvis Henriette ble forstyrret når hun bekymret seg, som når vennene ville «Skype» eller «chatte på Facebook». Kunne det da hende at hun glemte sine bekymringer og begynte å fokusere på noe annet? Videre snakket vi om hva det ville innebære for Henriette å miste kontrollen. For å tydeliggjøre betydningen av tanker knyttet til ukontrollerbarhet ble katastrofetenkning brukt som et eksperiment i terapien. Målet med dette var å sette Henriette i en situasjon som skulle øke hennes bekymring i så stor grad at hun trodde at hun ville miste kontrollen. Hun fikk i oppgave å tenke på at hunden hennes døde og bekymre seg så mye over dette at hun mistet kontrollen over bekymringene sine og ble gal. Istedenfor å miste kontrollen opplevde hun at bekymringen mistet sin styrke og intensitet. Barn og ungdommer kommenterer ofte at når vi gjør dette i timen, er det ikke et «ekte» eksperiment når terapeuten er til stede. Det er da lurt å få dem til å gjennomføre det som en hjemmeoppgave for å se hva som skjer utenfor terapirommet. Foreldrene ble informert om eksperimentet vi hadde gjort, og Henriette gjorde også dette hjemme. Også hjemme oppdaget hun at hun ikke kunne miste kontrollen over bekymringene sine.

Neste steg i behandlingen var å undersøke antagelser knyttet til skade. Henriette hadde antagelser om at 'bekymring kan være farlig og skade meg fysisk eller psykisk'. Vi ble enige om å gjennomføre et nytt atferdseksperiment for å undersøke om bekymring virkelig kunne resultere i

hjerterestans, noe Henriette fryktet. Etter eksperimentet hvor vi hadde en intens gjennomgang av disse tankene, erfarte Henriette på nytt at dette var ikke noe å være redd for. Hun ble ytterligere beroliget, og fortalte stolt foreldrene om erfaringen hun hadde gjort. Ofte kan det være nyttig å ha foreldrene bak speilet knyttet til terapirommet ved et slikt eksperiment for å demonstrere virkningen best mulig.

Når barn eller ungdom opplever at bekymringen er under kontroll, gjenstår arbeidet med de positive metakognisjonene. Eksempler på dette kan være «Bekymringer gjør at jeg mestrer livet mitt på en bedre måte», «jeg er klar for alt som kan gå galt», «bekymring hjelper meg til å få kontroll over de fæle tankene mine», og «jeg kan passe på ikke å komme i vanskelige situasjoner ved hjelp av bekymringene mine». Henriette mente at det var mange fordeler med å bekymre seg. Jo mer plaget Henriette ble av tvangen sin, desto sterkere ble hun i troen på at å bekymre seg hjalp henne. Hun holdt disse metakognitive antagelsene i stor grad skjult for andre (inkludert foreldrene), som var et stort hinder for bedring. I samtalen snakket vi om at de fleste barn og ungdommer har slike tanker om at bekymring er nyttig, men når dette går utover viktige daglige gjøremål og fungering, så bør man prøve å håndtere det på en annen måte. Vi så på hva hun mente var hjelpsomt med å bekymre seg, og hva som faktisk skjedde. Hun oppdaget etter hvert at bekymringer ikke løste noen problemer, og at dette gikk utover humøret hennes (hun ble engstelig og trist), samt at det gikk utover både skolearbeid og kontakt med venner.

#### Å arbeide med unnvikelse og uhjelpsomme mestringsstrategier

Å fange opp andre uhensiktsmessige måter barna og ungdommene bruker for å forholde seg til sine vanskelige tanker og følelser, er viktig. Henriette brukte mye tid på følge med på 'farefulle' situasjoner. I tillegg tilbakeholdt hun tidlig i behandlingen informasjon om sine ritualer og underrapporterte også bruken av disse. Synlige ritualer ved tvang er sjekking, vasking, rydding etc., mens noen kan være mer skjult, for eksempel et trygt sted, overvåkning av ens hukommelse, bønn, telling og tankeundertrykking. Det er svært viktig å fange opp alle uhensiktsmessige mestringsstrategier som barnet eller ungdommen bruker, og

**Figur 2** Gammel versus ny plan for Henriette

#### Triggertanker:

- Hva om jeg eller noen i min familie ender opp på galehus?
- Hva om jeg eller noen i min familie eller blir utsatt for en ulykke?

Gammel plan:	Ny plan:
<p><b>Tankestil:</b> Tanker om galehus og ulykker betyr at dette vil skje</p> <p>Det er viktig at jeg bekymrer meg for å unngå at jeg eller noen i familien min ender opp på galehus eller blir utsatt for en ulykke.</p> <p>Jeg må unngå å tenke på tanker om galehus og ulykker.</p>	<p><b>Tankestil:</b> Hvis jeg får en vond/negativ tanke, utsetter jeg bekymringen til i morgen.</p> <p>Jeg tåler ubehag/bekymring/usikkerhet og minner meg selv om at dette er kun tanker.</p> <p>Jeg bruker frakoblet oppmerksomhet, og fortsetter med det jeg holder på med.</p>
<p><b>Atferd:</b> Hvis jeg gjennomfører ritualene mine med vasking, sjekking, telling og samling, så kan jeg forhindre at noe forferdelig skjer.</p> <p>Jeg unngår sosiale situasjoner og er mindre på skolen for å unngå å komme i situasjoner hvor det kan skje noe farlig.</p> <p>Hvis foreldrene mine sier at alt er ok eller hjelper meg med ritualene, kan vi alle være helt trygge.</p> <p>Det er viktig at jeg har med meg ekstra klær på skolen slik at jeg kan holde meg helt ren og være trygg.</p>	<p><b>Atferd:</b> Jeg har sluttet med ritualer fordi de er med på å øke negative tanker, og gjør at jeg utvikler ny tvangsproblematikk.</p> <p>Jeg vil være sammen med venner, og gå fast på skolen fordi dette gjør at jeg har det bedre.</p> <p>Jeg er fortsatt opptatt av å gjøre ting på best mulig måte, men ber nå ikke om forsikring av andre rundt meg på samme måte som tidligere.</p>
<p><b>Oppmerksomhetsfokus:</b> Jeg må sjekke at jeg og de andre i familien min er trygge.</p> <p>Jeg må sjekke om jeg har negative tanker, og da forsøke å kontrollere eller undertrykke dem.</p>	<p><b>Oppmerksomhetsfokus:</b> Jeg må slutte å sjekke og forsøke å kontrollere tankene mine.</p> <p>Jeg må tenke på de tingene jeg holder på med.</p>

#### Hva har jeg lært i terapien:

- Jeg trenger ikke å leve et liv med tvang.
- Jeg har nå de 'verktøyene' som jeg trenger for å klare meg videre.
- Jeg må ta i bruk den nye planen.

få dem til å slutte med dette for å få en best mulig behandlingseffekt. Det var også slik at Henriettes foreldre hadde 'tilrettelagt' for bruken av ritualer ved å hjelpe henne med å gjennomføre dem, og ved å unngå å konfrontere henne når hun gjennomførte ritualene ('fordi da får jeg henne ikke på skolen den dagen'). Vi samarbeidet med både Henriette og foreldrene for endring av disse strategiene. Det var også slik at Henriette gjennom frakoblet oppmerksomhet og bekymringsutsettelse hadde oppdaget nye måter å møte tanke sine på, slik at hun opplevde at hun enkelt kunne gi slipp på de gamle uhjelpsomme mestringsstrategiene sine.

#### Gammel og ny plan

I den siste fasen av behandlingen arbeidet vi med å lage det man kaller en ny og gammel plan. Her snakker man om ulike fremtidige situasjoner som kan oppstå, eller tanker barnet eller ungdommen kan oppleve som kan gi et tilbakefall. Hvis så: Hvordan kunne Henriette mestre dette ved hjelp av metoder og teknikker hun hadde lært i terapien? (jf. figur 2). Denne avslut-

tende prosessen var med på å understreke de endringene som hadde skjedd i terapien, samtidig som Henriette fikk en påminnelse om hvordan hun skulle håndtere eventuelle nye utfordringer.

#### OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Vi har gjennom dette kaseeksemplet vist hvordan MKT kan være en god behandlingstilnærming for barn og unge. I likhet med andre terapeutiske tilnærminger tenker vi at alliansen er sentral for både gjennomføringen og ikke minst måloppnåelse av behandlingen (Safran & Muran, 2000). Basert på våre erfaringer synes barn og ungdom (og foreldre) at MKT er en hjelpsom og annerledes tilnærming til vanskene deres. Henriette ga uttrykk for stor takknemlighet over å få snakke om problemene sine på en ny måte som ga mening for henne. Klinisk erfaring tyder på at de største endringene ikke skjer i selve terapitimen, men i barnets eller ungdommens daglige liv. Dette viser hvor viktig det er å få foreldrene til å forstå den terapeutiske tilnærmingen og metoden, slik at de i fellesskap kan trene mellom timene. ✕

#### REFERANSER

- Bacow T. L., Pincus D. P. & Brody L. R. (2009). The Metacognitions Questionnaire for Children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescent with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 727–736.
- Cartwright-Hatton, S., Mather, A., Illingworth, V., Brocki, J., Harrington, R. & Wells A. (2004). Development and preliminary validation of the Metacognitions Questionnaire – Adolescent Version. *Journal of Anxiety Disorders* 18, 411–422.
- Ellis, D. M. & Hudson, J. L. (2010). The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 151–163.
- Flavell, J. H. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual Review of Psychology*, 50, 21–45.
- Hjemdal, O. & Hagen, R. (2012). Meta-kognitiv behandling av depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 59–63.
- Matthews, G. & Wells, A. (2004). *Rumination, depression and metacognition: The S-REF model*. I Costas Paganogiorgiou & Adrian Wells (red.), *Depressive rumination. Nature, theory and treatment* (s. 125–152). London: Wiley & Sons.
- Safran, Jeremy D. & Muran, J. Christopher (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Stoltenberg, S. M. K. (2007). Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 11–16.
- Vasey, M. W. (1993). Development and cognition in childhood anxiety: The example of worry. I T. H. Ollendick & R. J. Prinz (red.), *Advances in Clinical Child Psychology* (s. 1–39). New York: Plenum Press.
- Wells, A. (2011). *Metakognitiv terapi for angst og depresjon*. Oslo: Gyldendal.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.

# Meninger



## Når barnas følelser kommer i skyggen av foreldres fortvilelse

*Sissel Gran om skilsmisse, side 1038 - 1045*



ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS

Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 8. i hver måned.

### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

### KRONIKK

Debattinnlegg om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 eller 8000 tegn inkludert mellomrom.

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med.

# Hjemløs

Mange unge voksne skilsmissebarn forteller: Det var et vi som ble knust. Familien min døde da foreldrene mine gikk fra hverandre.

## TEKST

Sissel Gran

## ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

**H**un er på besøk hos Pappa, på besøk hos Mamma/Bor midt imellom/Bor ingen steder/Bor midt i krigen/Et hull i verden.

Fra Gro Dahles «Krigen»

En forelskelse kan ta brått slutt, mens kjærlighet bruker lengre tid på å dø. Den svinner hen, oppløses og visner over tid. Det er som et emosjonelt bånd til partnerens hjerte som langsomt trevles opp. Til slutt skal det bare et lite hugg til, det siste vonde ordet, den siste avvisningen, og så gir båndet etter. Det er knekkpunktet. Mange forteller at de kjente det hugget, fysisk, at de nesten hørte lyden av en tilknytning som brast. Men vanskelige forhold har likevel vist seg å være overraskende stabile, vi kan slite med hverandre lenge, for vi er utrolig tilpassningsdyktige, og mye i oss protesterer mot å gi opp det vi en gang trodde på. Førbruddsfasen karakteriseres av *Karen Kayser og Satya S. Rao* som en årelang og seig tilstand av *disaffection*, en lang periode der hengivenhet og kjærlighet langsomt forsvinner. Denne emosjonelle nedbyggingsprosessen kan være ganske usynlig for omgivelsene – og noen ganger også for den ene av partene. De fleste voksne er mer enn klar over at barn ikke ønsker at mamma og pappa skal gå fra hverandre, i tillegg er mange foreldre engstelige for å havne i en kamp om barna. I spennet mellom det egne, sterke behovet for å redde seg selv på den ene siden og frykten for

å påføre barn (og partner) ubotelige sår på den andre, oppleves dilemmaet som lammende for mange, og bruddet trekkes ut. Slik går det til at mange er ferdige med samlivet lenge før de går, og siden prosessen ikke nødvendigvis er preget av høykonflikt, kan det komme som et sjokk, særlig for barn, når bruddet til slutt annonseres.

## NÅR BARN FORSVINNER I FORELDRES FØLELSER

I den langvarige og vanskelige distanseringsprosessen som foregår mellom foreldre, kan det bli vanskelig å være vår for barnas smerte. Og et brudd er sjelden samkjørt. Det vanligste er at den ene vil gå, mens den andre motsetter seg dette av alle krefter. Begge gjør alt de kan for å beskytte seg selv og komme seg gjennom dagene. Når de to voksne egentlig lider av en form for *dødsangst*, den ene ved tanken på å bli forlatt, den andre ved tanken på å bli, er det krevende å være en konstruktiv og samarbeidende person og forelder, og mange greier det ikke. Barnas følelser risikerer å havne i skyggen av foreldres fortvilelse, noe som er forståelig, men samtidig ille. I artikkelen *The Kids Are Alright (at Least Most of Them): Links Between Divorce and Dissolution and Child Well-Being*, oppsummerer Bonnie L. Barber og David H. Demo trekk ved den forskningen som er gjort rundt skilsmisser og samlivsbrudd og konsekvenser for barn og unge. Forskningen er for så vidt optimistisk, det går bra eller ganske bra med flertallet, det bekreftes av en mengde stu-



dier, blant annet av Paul R. Amatos mangeårige undersøkelser. Samtidig kritiserer Barber og Demo forskningens ensidige bruk av *across-group-designs* (hvordan det går med barn med skilte vs ikke-skilte foreldre) og tendensen til å stole for mye på målinger av generelle, sentrale tendenser (for eksempel at det er en tendens til at barn med skilte foreldre gjør det litt dårligere på skolen), for hva betyr egentlig dette? De påpeker at vi vet altfor lite om hvordan etterdønninger av foreldres skilsmisse påvirker barn og unges livskvalitet over tid. De viser til studier (Ahrns) som forteller at hele 60 prosent av skilte par kan være sinte og i konflikt i flere år etter bruddet, og til forskning (Hetherington og Kelley) som dokumenterer at 20–25 prosent fortsatt er i sterk konflikt seks år etter skilsmis- sen. Å «sette barnet foran» er derfor vanskelig for mange. I Gro Dahle og Kaia Dahle Nyhus' bildebok *Krigen* fortelles historien om barnet Inga som havner i en umulig situasjon når pappa flytter ut. Inga havner i ingenmannsland og blir en flyktning, en pendler og en budbringer med altfor mange oppgaver:

Inga må hjelpe Mamma å levere beskjeder til Pappa. Inga må hjelpe Pappa å huske. Inga må fortelle Mamma hvordan det er hos Pappa. Mamma spør og spør. For Inga må være spion i krigen, lytte og se og bringe videre, dobbeltspion på oppdrag, liste seg over grensene, inn og ut av sonene, spion for Pappa, spion for Mamma, fortelle det som ingen må vite, hemmeligheter, svakheter. For Inga må hjelpe.

*Krigen* er resultat av et samarbeid mellom forfatteren og behandlere ved Familievernet i Vestfold. Teksten er ikke grepet ut av luften, men er virkelige barns beskrivelser av opplevde hendelser og følelser når foreldre skilles. I boken kommer freden langsomt tilbake, og en dag snakker pappa og mamma sammen igjen. Pappa har giftet seg, mamma har fått kjæreste. Krigen er over, og Inga må ikke lenger være soldat. Det er dette vi satser på, at tiden leger alles sår, både voksnes og barns. Men det går aldri helt over, sier mange unge voksne skilsmis- senebarn. Det var et vi som ble knust. Familien min døde.

I kjølvannet av de motstrebende skilsmis- sedebattene vi innimellom ser tilløp til, debatter som av ulike grunner ikke vil leve, er beskjeden fra mange foreldre sterk: «Ikke gi oss enda mer

dårlig samvittighet, ikke si at vi er egoister som ikke tar hensyn til barna våre!» Vi trenger selv- sagt ikke holde skjennepreken, for mange par investerer tid og krefter for å redde forholdet, og mange holder ut mye for barnas skyld. I forbindelse med en bok jeg arbeider med, har jeg dybdeintervjuet kvinner og menn som har gått ut av sitt parforhold. De aller fleste har brukt lang tid på å gå. Et av spørsmålene jeg har stilt, er hvorfor de ventet så lenge, selv etter at de visste inni seg at det var over. Mange forteller at det er hensynet til barn som har veid tyngst. To ordrette sitater er representative for man- ges erfaring:

– Prisen av å bryte, er stor i forhold til ungene. Det er noe jeg har fått i tillegg. Det har vært vanskelig. Jeg har forferdelig dårlig samvittig- het. Det har jeg. Ja. Fremdeles. Så mange år etter. Jeg har et bilde av sønnen min i hodet da kona holdt på å flytte ut, i de dagene da han måtte etablere et nytt sted å bo. Jeg husker han sto midt mellom oss i en gangvei, og ... det blikket hans, i fortvilelse ... i hvilken retning skal jeg gå nå... Det bildet har brent seg fast. *Mann 50*

– Det som holdt meg igjen i alle år var ungene. Samvittigheten. Hvordan skulle de få det, hvordan skulle vi leve? Jeg visste at jeg måtte tilbake til mitt gamle liv for å bli meg selv igjen, jeg greide ikke det trange småbylivet. Men hva med ungene? De ville jo helst bo der de hadde vokst opp, de trivdes jo. Derfor måtte jeg vente med å skille meg til de var store nok til å reise fram og tilbake mellom meg og faren. Men hva slags menneske er man hvis man flytter fra sine egne barn? Hva slags mor gjør sånt? Jeg hadde lagt alle hensyn til meg selv til side i alle år. Jeg hadde ingen meninger. Men jeg måtte bare holde ut. *Kvinne 48*

For mange mennesker som lever i vanskelige forhold, er løsningen å bli og leve resignert sammen med partneren, men i visshet om at familien holdes intakt. Andre begynner å leve to liv – ett åpent med familien, og ett skjult med en utroskapspartner, utenfor familien. De jeg har snakket med, har valgt å gå, til tross for belastningene det påfører alle, fordi smerten ved å bli i forholdet er større. De har akseptert å betale prisen, for gevinsten ved å få et nytt liv er stor. Ingen av dem jeg har snakket med, »



har levd i forhold som har vært preget av vold, alvorlig psykisk sykdom eller rusmisbruk, men alle kan sette ord på en *hovedfølelse* som vokste i dem i tiden før de tok initiativ til bruddet, og dette er utsagn som går igjen: *Jeg fikk ikke puste/Jeg følte meg kvalt/Jeg kjente ikke meg selv igjen/Jeg følte at jeg døde/Jeg følte meg utslettet/Jeg følte meg ensom, som på en øde øy*. Det er vanskelig å forklare helt hvordan et forhold som har vært godt, over tid kan utvikle seg til å bli uutholdelig, hvordan en opplevelse av å vokse og utvikle seg sammen med en annen – en opplevelse av *Self-Expansion*, for å låne et begrep fra Elaine N. Aron og Arthur Arons tenkning – reverseres og blir til en prosess der personen opplever at selvet krymper og står i fare for å utslettes. Men mennesket higer etter overlevelse, og dersom en annen får oss til å føle oss utsatt, utradert og nær tilintetgjørelse – selv om dette ikke er intendert fra den andres side – så vil vi lengte vekk fra smertens kilde. For mange åpner samlivsbrudd og skilsmisse for et nytt liv, en fersk og etterlengtet mulighet til nok en gang å vokse og utvikle seg, til å oppleve sterk positiv affekt og ny selv-utvidelse gjennom gjensidig bekreftelse og inkludering. Det er med andre ord ingen tvil om at en skilsmisse kan gi mye lykke. Også for den forlatte er det gode muligheter, sier Mavis Hetherington, som har forsket på de forlattes reorienteringsevne. Det store flertallet, sier hun, har et godt eller meget godt liv i vente, på sikt. Det er bare en liten gruppe på ca. 10 prosent som utgjør unntaket, som ikke kommer videre, og som får en svært dårlig livskvalitet. Hun kaller denne gruppen de *utslåtte* og mener å kunne underbygge at dette er mennesker som har vært sårbare i utgangspunktet, med begrenset framdrift og kraft og lite selvvinn-sikt. De fleste andre finner en ny partner og opplever livet som *bra nok* eller *forhøyet*. Andre blir såkalt *kompetente enslige* som utvider sitt selv gjennom jobben, interesser og nære relasjoner til gode venner. De fleste voksne fikser samlivsbruddet, med andre ord.

Men så var det barna, igjen. Hva med dem? De fikser det også, sier forskere, media, behandlere, de skilte foreldrene. Gi dem tid, samarbeid godt, så fikser ungene det. Og det er mye sant i det. Skilsmisser og samlivsbrudd er normalt, mange av barnas venner har skilte foreldre, de er ikke stigmatiserte eller alene om erfaringen. Men det finnes stille stemmer blant barn og unge som på ulikt viser signaliserer at de *ikke* fikser det så bra, inni. På utsiden er alt ok. Ingen spiseforstyrrelse, selvskading eller rusing, gode skoleprestasjoner, alt tilsynelatende vel. Men inni er det en uforståelig tomhets- og hjemløshetsfølelse som det er vanskelig å sette ord på, og som forskning forteller oss lite om.

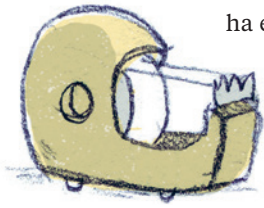
### ET SVEKKET BÅND, ET TOMMERE SELV?

Forsker og terapeut Judith Wallersteins 25-årige oppfølging av skilsmissebarn er et unntak. Resultatene er oppsummert i boken *The Unexpected Legacy of Divorce*. Her forteller voksne barn av skilte foreldre om sitt årelange strev for å håndtere konsekvensene av foreldrenes brudd, om sin konstante frykt for å bli forlatt av egen partner, om sin tilknytningsvegring og sine problemer med å forstå og anerkjenne egne følelser. Boken ble avfeid av mange forskere og terapeuter som gammeldags og altfor preget av «gloom and doom», og den ble sett på som uaktuell kunnskap i vår moderne tid siden informantenes foreldre var blitt skilt på en tid da skilsmisser ikke var så vanlig, og skam fortsatt var forbundet med samlivsbrudd. Dette er relevante innvendinger, men de må ikke hindre oss i å ta opp temaet. For skepsisen til Wallersteins forskning kan også



På utsiden er alt ok.  
Men inni er det en  
uforståelig tomhets-  
og hjemløshetsfølelse





ha et annet opphav; vårt behov for å nedtone en ubehagelig side av virkeligheten som vi ikke vet hvordan vi skal håndtere. Psykolog

Trine Eikrem tok et modig skritt fram da hun i Aftenposten 25. juli 2013 sa rett ut at mange foreldre i skilsmisssituasjoner lyver for seg selv når de unnlater å erkjenne at barna lider og tar skade av at foreldre krangler og slåss. Denne tydeligheten var mat for media, og slik fikk diskusjonen om samlivsbruddets følger for barna heldigvis leve en liten stund. Eikrem fikk til og med gehør for en lite påaktet negativ langtids-effekt av foreldres samlivs- og skilsmissekonflikt, nemlig at mange unge i liten grad forstår egne følelser fordi de har vært mer opptatt av å ta hensyn til foreldrenes følelser enn sine egne. En observasjon som ikke er ulik Wallersteins, med andre ord. Mitt eget arbeid med par og enkeltpersoner over mange år har gjort det mer enn tydelig for meg at mange parkonflikter og mye kjærestestress hos voksne har sitt opphav i en persons barndom og ungdom der far – og noen ganger mor – deserterte i større eller mindre grad. Det er ødeleggende for selvfølelsen å vokse opp med en *premiepappa*, en pappa som aldri er helt til stede, som setter jobben, egne problemer, sin nye familie eller seg selv foran, og som oppfører seg som uoppnåelig pokal. Når barn og unge overtilpasser seg for å oppnå en slik forelders oppmerksomhet og kjærlighet, mister de evnen til selvforståelse og positiv selvregulering, noe som kan disponere for et komplisert og angstfylt kjærlighetsliv siden.

I forrige nummer av Psykologtidsskriftet intervjues barneombud Anne Lindboe om barns forhold til foreldres skilsmisse. Hun vil at barn skal få tilbud om en egen time på Familievernkontoret når foreldrene er til mekling. Lindboe er tydelig når hun sier at hun synes det har vært en tendens til å bagatellisere hva skilsmisse innebærer for barn og unge, at mange sliter lenge med ettervirkningene av foreldrenes brudd, selv om dette ikke nødvendigvis slår ut i alvorlige psykiske lidelser eller dysfunksjonalitet.

Med barneombudet i ryggen tar jeg sjansen på å sitere fra et upublisert manus av Ida Christensen, et manus som bør bli en bok tiljen-

gelig for alle. Hennes avgangsprosjekt på Kunsthøgskolen i mai 2014 er en håndlaget bok der hun presenterer en lang rekke utsagn fra vår tids skilsmissebarn. Prosjektet heter *Jeg husker* og er en samling sitater fra unge og unge voksne som på Idas oppfordring presenterer en setning eller kort skisse av noe de husker fra tiden rundt foreldrenes skilsmisse. Her er tre korte minner:

- Jeg husker jeg følte at jeg ikke lenger kunne låse meg inn hjemme, men måtte ringe på, siden det egentlig var pappauke.
- Jeg husker han stiftet ny familie og slutte å feire julaften med oss. Han og min stemor mente det var viktig å holde familiene atskilt.
- Jeg husker det alltid lå en sjenanse mellom oss, som sakte dempet seg etter som dagene gikk og vi ble vant til hverandre, men aldri helt forsvant før jeg flyttet igjen.

Kunst og forskning kan gå hånd i hånd. I mine øyne går det en linje fra Wallersteins langtidsundersøkelse til de rosa post-it-lappene Idas informanter skrev sine sitater på. «Jeg husker»-prosjektet forteller oss at selv om vi lever i en tid da skilsmisser er vanlig, så har ikke nødvendigvis smerten blitt mindre.

Når foreldre skilles, føler mange barn og unge seg hjemløse, og det lenge etter at foreldrenes krig er over, og også der hvor det aldri var noen krig. De befinner seg et sted midt imellom alt, fordi to hjem ikke er det samme som ett. Mange forteller at de i årevis følte seg som gjest både hos mamma og pappa, med foreldrenes nye kjærestere i sofaen (ofte så altfor tidlig) og nye småsøsken på alle kanter. For barn representerer familien en base, et ankerfeste og et fast punkt langt inn i voksenlivet. Når eldre foreldre skilles, blir også voksne barn med egne barn fortvilet, for hva med julen? Barndomshjemmet? Og familieferien på hytta? Og hvem skal ha Passop når pappa på 63 har fått seg ny dame med allergi og mamma må flytte til en leilighet i et borettslag der man ikke har lov til å ha dyr? Barn i alle aldre er knyttet med emosjonelle bånd til hver av foreldrene, men de er også emosjonelt knyttet til *familien*. Tenker vi nok på det? Vi er flinke til å presisere at bare barn og unge kjenner at foreldrene holder i dem, om enn på hver sin kant, så vil dette gå bra, men så enkelt kan det vel ikke være? Når den ene eller begge foreldrene får hver sin nye familie, med nye tilknytninger og lojaliteter, krever det mye av dem å skulle opprettholde en uforanderlig, solid tilknytning til barn som kommer med bagen sin den ene uken og går ut igjen den neste, år ut og år inn. For mange foreldre glipper det, og tilknytningen til barnet blir svakere. Og barn er hensynsfulle. De vil ikke skape vanskeligheter for mamma og pappa. Heller la båndet bli litt tynnere, også for å beskytte seg selv, kreve litt mindre, tre tilbake. Kan det være her hjemløshetsfølelsen har sitt utspring? I følelsen av å ha et skjørere feste, av å være mer ensom? Og hva skjer for eksempel med barn og unges *selv* når familien «dør»? Handler tomhetsfølelsen mange beskriver om at selvet tappes, at når mamma og pappa skilles, så blekner eller krymper den unges selv, fordi familien er flyttet ut? Hvilke konsekvenser har det for den unges følelse av kraft og påvirkning på eget liv hvis selvet blir svakt og matt? Vet vi nok om dette? Heldigvis forteller mange at de ble sterkere etter foreldrenes skilsmisse. De ble mer selvstendige, tok mer ansvar, de måtte stole mer

på seg selv. Men også *den* medaljen har en bakside som handler om frakobling, i verste fall tvangspreget uavhengighet.

La meg illustrere med en scene fra Richard Linklaters film *Before Midnight* (2013), en film jeg har henvist til tidligere, i Morgenbladet 20. september 2013, da jeg forsøkte å blåse på glørne i en lunken skilsmisdebatt.

Historien handler om paret Jesse (Ethan Hawke) og Celine (Julie Delpy). De bor i Europa med sine 9 år gamle tvillingdøtre, og i filmen møter vi dem på ferie i Hellas. Jesses 13 år gamle sønn fra hans forrige ekteskap er med, og det er 13-åringen som er interessant her, selv om det bare så vidt sveipes innom hans eksistens i filmen. Han og faren treffes bare to ganger i året, for gutten bor hos moren sin i USA. Jesse følger sønnen til flyplassen når han skal reise tilbake til moren, og bemerker at sønnen er blitt så taus de siste dagene. Faren foreslår å komme til USA for å feire en skoleavslutning. Sønnen avslår, ber ham la det være, «mamma hater deg jo». Så går gutten gjennom sikkerhetskontrollen, uten å snu seg, uten å vinke til faren. Det er et sårt øyeblikk for Jesse, og vi som ser på, identifiserer oss med tapsfølelsen hans. Men hva med gutten? Som så mange andre barn med skilte foreldre lever han i to verdener. Han snakker mindre jo nærmere de kommer flyplassen. Han sier: Ikke kom til USA. Han snur seg ikke når han går gjennom sikkerhetskontrollen. Hvorfor? Er han likegyldig? Distré? Nei. Han *kobler seg gradvis* av faren og farens verden jo nærmere avreisen kommer. Han kobler seg kanskje på morens verden – eller befinner seg kanskje i det limboet mange skilsmissebarn snakker om: Midt imellom og ingen steder. Dette har han trent seg selv til å greie gjennom mange år. Han har vært nødt til å holde seg selv oppe, det har vært og er hans overlevelsesstrategi. Hva han har gjort for å få det til, vet vi ikke helt. Vi vet heller ikke hvordan dette vil påvirke hans forhold til nære relasjoner i fremtiden. De som jobber tett på barn og ungdom, vet forhåpentligvis mer om dette, og det må de formidle.

I sin bok *Skånsomme skilsmisser med barnet i fokus* gir Kari Moxnes gode beskrivelser av hva som skjer med både barn og voksne når par går fra hverandre. Boken er fra 2003, men er like aktuell i dag. Moxnes er ikke redd for å trykke på de voksnes smertepunkter, og hun er sterkt kritisk til foreldre som motarbeider hverandre og som «er mer opptatt av å vinne over og gjøre livet vanskelig for den tidligere ektefellen enn av å utvikle et samarbeid til beste for barna». Men foreldrene er ikke onde. Kilden til det dårlige samarbeidet, mener hun, er ofte å finne i asynkrone skilsmis-seprosesser, følelsen av manglende kontroll og et ubearbeidet forhold til ekspartneren. Å bli forlatt er konfliktskapende, og brudd som kommer som kastet på den ene parten, skaper kompliserte følelsemessige reaksjoner. Det er kun en liten gruppe foreldre som greier å samarbeide som «virkelige venner» etter et brudd, sier Moxnes. Langt flere forholder seg til hverandre som «korrekte kollegaer», en samarbeidsstil som også kan fungere rimelig bra for barna, mens verstingene er gruppene «sure samhandlere» og «kampkåte krigere». Alle som arbeider terapeutisk med par, vet hvor vrient det kan være å hjelpe par der følelsene er sterke og motsetningene store. Selv i «vanlige» parkonflikter der paret faktisk ønsker å leve sammen, trengs det iherdig terapeutisk innsats for å få de to til å våge seg over broen inn i hverandres land. Det er vanskelig for par å se hverandres gode intensjoner når frykt og fortvilelse dominerer. Parforsker og psykolog John Gottman snakker om *negative sentiment override*, at når et par over tid har arbeidet seg inn i et ondartet samhand-



Når foreldre skilles, føler mange barn og unge seg hjemløse, og det lenge etter at foreldrenes krig er over, og også der hvor det aldri var noen krig



lingsmønster, vil partene etter hvert tolke de fleste innspill, også de positive, som uttrykk for angrep. Siden begge er overveldet av negative følelser og forventninger, greier de ikke, og tør heller ikke, å slippe den andre inn på seg. På den måten beskytter de seg mot skuffelse og tristhet, det fastlåste mønsteret opprettholdes, og handlingsrepertoar og emosjonelt repertoar innsnevres.

I en artikkel i *Psykologtidsskriftet* (2013) skriver psykolog Wenke Gulbrandsen om mekling og foreldrekonflikter etter samlivsbrudd. Hun peker på det samme, at når negative følelser dominerer en samtale, vil rasjonalitet settes på en sterk prøve og informasjon ha svært begrenset nytteverdi. Hun har analysert foreldres samspill i løpet av meklingstimen og peker på kilder til det som er fastlåsende i deres kommunikasjon. Ikke overraskende er det sterk affekt hos partene som hindrer dem i å snakke om og finne løsninger rundt barn, og dette gjelder mange – hvert fjerde foreldrepår som går fra hverandre, har store konflikter. Gulbrandsen påpeker det bekymringsfulle i at meklingsordningen bidrar lite til å løse konfliktene for de foreldrepårene som trenger det mest, altså de som sitter mest fast i ondartede mønstre. Mange av disse foreldrepårene er ikke ferdige med krenkelser knyttet til bruddet, de uttrykker sterk mistillit til hverandre, de snakker nedsettende til og om hverandre i samtalen, de kverner på gamle krangletemaer, og de slipper ikke meklere til. Gulbrandsen påpeker at siden meklingsforskriftene er innrettet mot sak og avtaler, blir meklere i hovedsak tillagt informative oppgaver. Dette til tross for at retningslinjene som er utarbeidet for den obligatoriske meklingen i Norge, ikke nedlegger noe forbud mot å snakke om kilder til konflikt (opplevelsen av krenkelser i forbindelse med bruddet for eksempel). En fare ved dette, sier hun, er at meklere i møte med sterke følelsesmessige reaksjoner blir for saklighetsorienterte, og at dette kanskje kan være en av grunnene til at så mange konfliktpår etter kort tid avbryter meklingen uten at det er etablert noen avtale rundt barn. Etter min mening bør både forskriftene og lovverket gjøres tydeligere på dette punktet. Det bør faktisk ikke være mulig for foreldrepår å nekte å finne en løsning for felles barn. Og de som arbeider med mekling, må gis mulighet og ressurser til å arbeide med sterk følelsesmessig konflikt. Ikke

alle liker det, og ikke alle orker det. Toleransen for emosjonelt kaos og rabalder er ulikt fordelt hos terapeuter. De som vil arbeide med det, må gis ressurser og mulighet til å arbeide konstruktivt med høykonflikt. Det vil kunne forebygges at stadig flere barn fanges i det Kari Moxnes kaller *det ukontrollerbare feltet* mellom foreldre som lever i en kronisk krigstilstand. Samtidig må vi ikke falle i den fellen at vi gir all oppmerksomhet til de parene som skriker høyest, slik at de mindre konfliktfylte bruddene kommer helt i skyggen av «the squeaky wheel». Vi må også gjøre det legitimt og naturlig, både i faglitteraturen, i familievernnet, i våre terapeutiske praksiser og hos helsesøster på skolen, å snakke om den stille sorgen mange barn og unge bærer på etter mindre konfliktfylte brudd der foreldre greier å samarbeide. Å føle seg hjemløs, trist og tom kan være vanskelig å forstå – og rettferdiggjøre – når alt egentlig er «bra» og mor og far verken krangler eller slåss. Hvis vi lar temaet ligge fordi det er mest behagelig for de voksne, svikter vi barn og unge.

La meg slutte der jeg begynte, med de voksnes helt legitime behov for bekreftelse og ny kjærlighet. Mennesker som føler at de har levd i en emosjonell ørken, som har følt seg utraderte og ensomme, drives gjerne av et inderlig ønske om forandring, om å bli sett og bli gjort levende igjen, og det er høyst forståelig. Alle som har vært der, kan skrive under på det. Problemet er at voksnes sterke behov for å bli sett, elsket og anerkjent kan kollidere med barns behov. Uten å ville det og uten å skjønne det kan en helt flott mamma eller pappa fremstå for barnet sitt som en premieforelder, en det er vanskelig å få ordentlig tilgang til, for mamma eller pappa er bare tilgjengelig sammen med stefar eller stemor eller annenhver uke eller sammen med ste- og halvsøsken. Familien og hjemmet slik det var, er borte, det er hardt nok, men å miste nærheten og førsteretten til en god mamma eller pappa når foreldre skilles, kan være et knusende slag mot følelsen av trygghet og tilknytning. Jeg tror at mange barns, ungdommers og unge voksnes ensomhetsfølelse kan tilbakeføres til opplevelsen av å måtte tre tilbake og nedjustere sitt kjærlighets- og trygghetsbehov for ikke å såre mor og far.

Vi har oppnådd noe svært betydningsfullt og viktig i vårt samfunn. Gjennom et ikke så lite innslag av lovregulert tvang er den gjensidige tilknytningen mellom barn og fedre blitt mye sterkere enn den var før, og likestilling har skapt mer stabile familier og mer fornøydhet i parforhold. Samtidig må vi ta inn over oss at stor frihet og lovfestede rettigheter ikke alltid gjør livet enklere. Når det butter i parforhold der tilknytningen mellom fedre og barn er sterk, er det utelukket at far trer til side når forholdet sprekker, noe det også har vært hensikten å motvirke. Vi er ferdige med et familiesystem der pappa bukker seg ut bakdøra ved skilsmisser. Men systemet må ha både hode og hale. Vi har et godt hode, som lang svangerskapspermisjon, fedrepermisjon, økt likestilling, barnehager, kvinner i utdanning og i jobb. Men halen står ikke helt i forhold til hodet. Vi har ikke et godt nok sikkerhetsnett for å forebygges og fange opp de uforutsette negative konsekvensene av vårt velmente system. Stor kjærlighet og sterk ansvarsfølelse kan forårsake intens protest. Foreldre som føler seg likestilte i omsorgsrollen, kan oppleve det som så hardt å «gi avkall på» barnet sitt at de blir krigere, mot alle odds, fordi det emosjonelle båndet til barnet er så solid etablert. Vi trenger noe mer for å gjøre familiepolitikken hale, altså sikkerhetsnettet, bedre: Barns stemmer må i større grad inn i meklings situasjoner, derfor må timeantallet utvides for dem som trenger det, familievernets terapitilbud

må utbygges for å forebygge ødeleggende parkonflikter, og det må satses mer på gode samlivskurs for førstegangsførelde, for å nevne noe. Dette handler om politisk prioritering, så anmodningen rettes direkte mot Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og statsråd Solveig Horne.

Å gå ut av ekteskapet er en hardt tilkjempet rettighet i det norske samfunnet. Ingen ønsker seg tilbake til fornuftsekteskapet eller samliv basert på tvang og plikt. Skilsmissemisjonen er kommet for å bli, og bra er det. Moraliserende overfor voksne som velger å skille seg, uansett om de har aldri så «dårlige» grunner, er fortid. Men den åpenhjertige diskusjonen om barn og unges situasjon, fristilt fra hensynet til de voksnes dårlige samvittighet, har forhåpentligvis så vidt begynt. ✕

## REFERANSELISTE

- Aron, A. & Aron, E. (2006) Romantic Relationships from the Perspectives of the Self-Expansion Model and Attachment Theory. Partially Overlapping Circles. I Miculincer & Goodman (Red.) *Dynamics of Romantic Love - Attachment, Caregiving and Sex*. New York, The Guildford Press (p359-382)
- Barber, B.L. & Demo, D.H (2006) The Kids Are Alright (at Least Most of Them) Links Between Divorce and Dissolution and Child Well-Being I Fine & Harvey (Red.) *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution*. New York, Routledge (p289-311)
- Christensen, Ida *Den lykkelige skilsmissemisjonen – Jeg husker*. (2014) Avgangsprosjekt Kunsthøgskolen
- Dahle, G. & Dahle Nyhus, K. (2013) *Krigen*. Cappelen Damm
- Gottman, J. M. (1994/2009) *What Predicts Divorce? The Relationship Between Marital Processes and Marital Outcomes* New York, Psychology Press
- Gulbrandsen, W. (2013): Foreldrekonflikter etter samlivsbrudd: En analyse av samspill og kilder til det fastlåsende I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 50, nummer 6 (p538-551)
- Hetherington, M. & Kelly, J. (2002) *For Better or for Worse – Divorce reconsidered* New York, W.W. Norton & Company
- Kayser, K & Rao, S.R. (2006) Process of Disaffection in Relationship Breakdown I Fine & Harvey (Red.) *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution*. New York, Routledge (p201-221)
- Linklater, R. *Before Midnight* (2013) (film)
- Moxnes, K. (2003) *Skånsomme skilsmissemisjonen med barnet i fokus* Kristiansand, Høyskoleforlaget AS
- Wallerstein, J., Lewis, J. & Blakeslee, S. *The Unexpected Legacy of Divorce. A 25 Year Landmark Study* London, Fusion Press



## Grusomme forsider

Nå blir det pinlig å låne Psykologtidsskriftet ut til kolleger.

### KJELL EINAR ERSTAD

Psykologspesialist, NAV Arbeidsrådgivning Hordaland

### PSYKOLOGTIDSSKRIFTET

Tidsskriftet fikk nytt utseende i oktober.

De to siste utgavene av Psykologtidsskriftet (nr. 10 og 11) har hatt noen grusomme omslag/forsider.

Kan vi få tilbake det gode gamle?

Jeg er stolt av å ha tatt vare på alle tidsskriftene siden jeg ble medlem, og låner gjerne ut til kolleger, men nå blir det pinlig. Jeg regner meg ikke som «prippen» i forhold til bildende kunst, jeg elsker Salvador Dali og har mye musikk/platetecover i den tyngste delen av rocken.

Jeg vil også komme med ros: Innholdet i novemberutgaven er sannsynligvis det beste dere har kommet med så lenge jeg har vært medlem/abonnet (fra januar 1982).

Fortsett slik! ✕

# Tilfeldig om gruppeterapi

Det er fortsatt opp til den enkelte institusjon hvorvidt de vil drive gruppeterapi eller ikke. Hvorfor er det sånn?



## STEINAR LORENTZEN,

professor emeritus,  
Institutt for Klinisk  
Medisin, UiO;  
psykoanalytiker,  
gruppeanalytiker  
og forsker.

## GRUPPETERAPI

**I AUGUST HADDE** Psykologtidsskriftet en interessant journalistisk sak om gruppeterapiens (manglende) plass i psykologutdannelsen og dens vekstvilkår innenfor feltet psykisk helse. Saken var basert på intervjuer med framtrepende fagfolk som representerte undervisning, forskning og klinikk. Særlig befriende var det å lese uttalelsene fra Kari Lossius, klinisk direktør ved Bergensklinikkene, som lever opp til en leders ansvar, både når det gjelder å tilby evidensbasert behandling og å skape best mulig behandlings- og utviklingsmuligheter for pasienter og ansatte.

Kontrasten er stor fra 1970-tallet, da jeg selv startet i psykiatrien. Hvis det fantes grupper i det hele tatt, var det de yngste legene som ble satt til å drive dem, ofte med de dårligste pasientene. Heldigvis startet Norsk Psykiatrisk Forening på midten av 1980-tallet et landsdekkende utdanningsprogram i gruppeterapi som har oppfylt målsettingen om å styrke kvaliteten på gruppearbeid innenfor psykisk helsevern i Norge (Lorentzen, Herlofsen, Karterud & Ruud, 1995).

I augustnummeret av tidsskriftet fortalte likevel formannen ved Institutt for Gruppeanalyse, C. Hjort, at mange arbeidsteder ikke ønsket å drive gruppeterapi og derfor heller ikke tilbød veiledning. Dessuten er det på grunn av refusjonsordningen mindre lønnsomt å drive grupper enn individuell terapi i distriktpsykiatriske sentre.

## GOD EFFEKT

I den samme saken kom det klart fram at effekten av gruppeterapi er godt dokumentert, og at resultatene for de fleste tilstander er like god som for individuell terapi. Jeg mener også at den er mer kostnadseffektiv. Da blir det under-

lig at det skal være opp til enkelte avdelingens «likes/dislikes» om de skal tilby gruppeterapi eller ikke. En kollega og jeg (Lorentzen & Ruud, 2014) kartla for en tid tilbake bruk av grupper innenfor psykisk helsevern i Norge og fikk svar fra både sykehus og distriktpsykiatriske sentre. Mest vanlige var psykodynamiske grupper, fulgt av kognitiv atferdsterapi og psykoedukative grupper. Det kom fram at det skjer mye bra gruppearbeid mange steder, men institusjonene C. Hjort siktet til, var nok underrepresentert. Allikevel viste undersøkelsen vår tre forhold som er aktuelle for de problemene som ble presentert i tidsskriftet: 1) At gruppearbeid i mange former og på mange fronter er meget utbredt i psykisk helsevern og derfor må være et viktig område for de som utdanner helsearbeidere. 2) En del grupper drives etter avdelingens eller terapeutenes eget skjønn eller egen overbevisning, uten at det tas hensyn til den evidensen som foreligger. Slike «private initiativ» kan være av det gode, men burde ikke skje uten at man samtidig evaluerer virksomheten. 3) Bare halvparten av terapeutene som driver disse gruppene, har en systematisk utdanning i gruppeterapi.

## VIKTIG FELT

Dette sier noe om hvor viktig gruppeterapi er i praksis, og at behovet for så vel veiledning som kvalifiserende utdanning er stort. På den bakgrunnen er det underlig at Per-Einar Binder, som representant for akademia, ikke ser hva som kan tas ut av studieplanen hvis gruppeterapi skal inn. Hvis dette er riktig, ville det kanskje være en løsning å fordele tiden likt til undervisning i to likeverdige terapiformer (individuell og gruppe). Jeg har også inntrykk av at svært mange psykoterapeuter foretrekker å drive individuell terapi;



# Tall som knapt nok finnes

**Mye journalistikk** begynner med at en kilde eller informant forteller at noe har blitt verre enn det var før. I dette tilfellet dreier det seg om alvorlig psykisk syke som ikke får jobb. Situasjonen er verre enn noen gang. Dette er påstanden som er utgangspunktet for Aktuelt-saken på side 1056 i dette nummeret av Psykologtidsskriftet. Sannsynligvis har påstanden noe sant ved seg, psykologspesialist Torill Ueland er en troverdig kilde som ikke ville sagt dette uten grunn. Samtidig er påstanden vanskelig å trenge til bunns i.

**Dette er noe** av det interessante ved journalistikkens vesen. Noe sies, og så må journalisten, så nøytralt som mulig, forsøke å finne belegg for påstanden – eller tvert imot finne ut at påstanden er gal. Allerede her er det lett å trå feil. I denne rollen er det fristende å få bekreftet det man ønsker å fortelle, da har man en sak.

**Problemet** i dette tilfellet er at tallene som indikerer at påstanden er sann, ikke er nye nok. Hva som har skjedd i de siste 6–8 årene, har jeg ikke klart å finne ut, hverken gjennom forskningsrapporter eller offisiell statistikk fra NAV eller Statistisk sentralbyrå.

**Hvorfor er** det ikke interessant å lage en årlig statistikk som viser hvordan det går med de alvorligst psykisk syke på arbeidsmarkedet? Er det vanskelig statistikk å utarbeide? Eller kan det handle om at denne gruppen blir betraktet som så syke at de uansett ikke kan jobbe. Da trenger man jo heller ikke arbeidsstatistikk.

**Slike holdninger** er utbredt både i NAV og blant helsepersonell. De er velmente, man ønsker å behandle de aller sykeste pent og gi dem uføretrygd og økonomisk stabilitet. Men som flere kilder i Aktuelt-saken sier, er dette misforstått. De fleste mennesker med psykoselidelser får det – som resten av oss – mye bedre av å jobbe enn å gå hjemme.

**Tall** har en merkelig effekt. Når man blir telt, blir man også synlig. Da kan man lettere iverksette politisk handling. Derfor følgende etterlysning: En årlig statistikk fra NAV som viser hvor mange alvorlig psykisk syke som mottar uføretrygd.

Og enda viktigere: tall over hvor mange av dem som er i jobb.

*Per Olav Solberg, redaksjonssjef i Psykologtidsskriftet*



**GRUPPETERAPI:** Temasaken sto på trykk i august.

det er det de kan best, og det er lettere å administrere. Kanskje føler man seg også tryggere på det man lærer først? Det kan derfor være av stor betydning *når* undervisningen i gruppeterapi gis i utdanningsløpet.

Noen psykoterapeuter skyver pasientene foran seg og sier at de helst vil ha individuell terapi. Ofte stemmer dette, men det fritar ikke fagpersonen fra å gjøre en selvstendig vurdering. Det er også slik at mange pasienter «skvetter» når ordet gruppe blir nevnt. Dette er heller ikke unaturlig; mange sentrale interpersonelle problemer aktualiseres umiddelbart ved tanken på å stå ansikt til ansikt med andre. Det gir behandleren anledning til å gå direkte inn i de områdene som er vanskeligst, og diskutere disse med pasienten.

Det er beklagelig at det fortsatt er opp til den enkelte institusjon hvorvidt de vil drive gruppeterapi eller ikke. Det er også tankevekkende at kun halvparten av dem som driver gruppeterapi i institusjon, har en systematisk utdanning i dette. Ville man tillatt det samme i kirurgien eller nevrologien? ❌

# Empiri, ikke personlig smak

Vi som individuelle klinikere trenger hjelp av klinisk forskning, faglig ledelse og gode behandlingsmanualer.



## SVERRE URNES JOHNSON

Dobbeltkompetansestipendiat Modum Bad/UIO

## ERLING W. ROGNLI

Dobbeltkompetansestipendiat Ahus/UIO

## DIAGNOSER

Temanummer i september var om diagnoser. Psykologtidsskriftet markerte utgivelsen med paneldebatt. Debatten har fortsatt i spaltene våre.

**I SITT TILSVAR** i novemberutgaven hevder Per Are Løkke at manualiserte terapier kan være et overgrep mot barns livsverden. Sterke ord. Som psykologer i stillinger som kombinerer klinikk og forskning innenfor henholdsvis voksen- (Urnes Johnson) og barne- og ungdomsfeltet (Rognli), mener vi poengene i det opprinnelige innlegget (oktoberutgaven) står seg like godt om barn og ungdom som om voksne.

## UENIGHETEN OPPSUMMERT

Løkke ser det som et sunnhetstegn om psykologer konsekvent driver sin praksis uten å skjele til hva han kaller vilkårlig forskning, byråkrati og manualer. Slik oppsummerer han presist uenigheten som ligger til grunn for denne debatten. Det handler om uenighet knyttet til to ting. For det første et spørsmål om hva som bør være målet for psykologisk behandling, og hvilke metoder vi skal bruke for å vurdere måloppnåelse. For det andre et spørsmål om hva slags klinisk autonomi psykologer bør ha innenfor et offentlig finansiert helsevesen.

Løkke fremhever at man i all psykologisk behandling må ta utgangspunkt i pasientens unike livsverden, og at dette svikter i «evidensbaserte manualer for symptombehandling». Her misforstår han behandlingsformer som kognitiv atferdsterapi (KAT). Pasientens opplevelse er det sentrale, der som i andre terapier. Uten en presis forståelse av pasientens opplevelser og kontekst blir det ikke mulig å konstruere en unik kasusformulering, noe som er sentralt i all KAT-behandling. Vi mener Løkkes kritikk bygger på en gal og stereotyp fremstilling av KAT. Psykoterapi hvor en teoretisk fundert forforståelse påføres pasientens opp-

levelse på en rigid måte, er inkompetent utført, både med og uten manual.

## FELLES PROSESSER

Enhver pasient er unik, men det er også åpne felles prosesser. Denne antagelsen er en forutsetning for all erfaringsbasert psykoterapeutisk praksis. Spørsmålet er hva som opprettholder og driver pasientens problemer, og i så måte må symptomer «dekodes». Forskning kan hjelpe oss å besvare spørsmålet. Den resulterende forståelsen av problemets struktur kan deles, og danne grunnlag for enighet om behandlingsmål. Men det er problematisk å hevde at dekodningen skal lede frem til ting som barnets «sovende begjær». Den typen behandlingsmål er uspesifikke, og lar seg vanskelig beskrive på en måte ulike klinikere så vel som pasienter og foresatte kan forstå og være enige om. Vi tror ikke denne typen konstrukt fører til økt kunnskapsutvikling i faget, eller bidrar til brukermedvirkning.

## FELLESSKAPETS MIDLER

Vi forstår at psykologer kan se seg lei på at retningslinjer oftest viser til manualer basert på KAT. Dette er imidlertid en direkte konsekvens av en sterk forskningstradisjon. Heldigvis er landskapet i ferd med å endre seg, og det vokser frem godt beskrevne, dokumentert effektive behandlingsmetoder fra andre terapeutiske tradisjoner. Dette er en utvikling vi hilser velkommen, og vi vil hevde at vi psykologer i større grad burde tilstrebe å fri oss fra metode som en markør på identitet, og i stedet forholde oss til forskning.

Løkke skriver videre, med en viss sarkasme, at KAT kan dokumentere effektiv symptombe-



## Vi mener Løkkes kritikk bygger på en gal og stereotyp fremstilling av KAT

handling i alt fra traumer til depresjon på mellom 10 til 16 timer. Men er ikke det egentlig en god ting? Empiri og studier av effekt kan generere håp hos pasienter, fordi de får vite at andre har fått hjelp før dem.

Psykoterapeutiske prosesser kan ha mange slags mål. Innenfor et offentlig finansiert helsetesen synes det for oss rimelig å holde frem at målsettingen for behandling må være reduksjon i symptomer og/eller bedre fungering. I hvilken grad behandling fører frem til dette, må være målestokken for om den er god eller ikke, og om en bør bruke begrensede felles resurser på å tilby den.

Som klinikere møter vi en rekke pasienter som ikke har forsøkt manualbasert behandling. Når vi spør dem om hva slags behandling de har hatt tidligere, så svarer de ofte «vet ikke» og «vi satt bare der og snakket og terapeuten sa mmm». Vi tror ikke klinikerne har hatt onde hensikter, eller at vedkommende ikke har ønsket å hjelpe pasienten. Problemet er at pasienten ikke har forstått tankegangen bak terapien, eller meningen med den. Uten eksplisitt enighet om mål og oppgaver i terapien har man ingen arbeidsallianse, selv med et sterkt emosjonelt bånd. Den skjulte livsverden, som Løkke kaller det, forblir skjult. Det hjelper ikke å ha kompliserte teorier om menneskesinnet hvis det ikke kan spille seg ut i terapirommet på en måte som gjør at pasienten kan delta aktivt i sin egen bedringsprosess.

Når vi forvalter fellesskapets midler, har vi en etisk forpliktelse til å bruke dem på en så effektiv måte vi klarer, slik at flest mulig får mest mulig hjelp. Da trenger vi som individuelle klinikere hjelp av solid klinisk forskning, tydelig faglig ledelse og gode, fleksible behandlingsmanualer. ✘



## Når behandleren tviler på dommen

Er helsepersonell i stand til å yte forsvarlig behandling til innsatte pasienter hvis de tviler på dommen?

ANDREAS HØSTMÆLINGEN, fagsjef i Norsk psykologforening

### FORSVARLIG BEHANDLING

**SPØRSMÅLET DUKKER OPP** i kjølvannet av Psykologtidsskriftets aktuellsak «Den draptsdømtes forsvarer» i utgave 10–2014.

Saken forteller historien om psykolog Atle Austad, som er i tvil om pasienten han hadde i terapi, var skyldig i det han var dømt for. Saken reiser flere prinsipielt viktige spørsmål, blant annet om helsepersonell er i stand til å yte forsvarlig behandling til innsatte pasienter hvis de tviler på dommen.

Man kan ikke behandle noen for en kriminell handling. Man behandler noen for en lidelse som kan være mer eller mindre relatert til det man er dømt for. Riktignok har fengselspopulasjonen høyere forekomst av psykiske lidelser enn normalpopulasjonen, men innsatte kan ha mange forskjellige utfordringer og ha behov for psykologhjelp som har lite eller ingenting å gjøre med handlingen vedkommende er dømt for. I tillegg er det viktig å skille mellom hvem som gjør hvilke oppgaver. Mens domstol og fengselsvesen skal sørge for at den dømte får sin straff, er helsepersonell forpliktet til å yte pasienten den hjelpen han eller hun har behov for. At behandleren har en oppfatning av skyldspørsmålet, trenger derfor ikke påvirke muligheten til å gi adekvat behandling, så lenge man jobber med et terapeutisk prosjekt som er relevant for pasienten.

Et eksempel: Hvis man skal behandle noen for pedofili og tviler på at pasienten er pedofil, faller forutsetningen for å yte adekvat behandling bort. Imidlertid går det fortsatt an å behandle noen for pedofili selv om man tror at en spesifikk pedofil handling ikke er begått. Det kan fortsatt være andre pedofile handlinger, drifter, tanker eller følelser som gir et godt nok utgangspunkt for et meningsfylt terapeutisk prosjekt.

Itilfeller hvor skyldspørsmålet er direkte relevant for psykologens oppdrag, vil en forhåndsoppfatning av skyldspørsmålet kunne gjøre psykologen inhabil (f. eks. hvis man skal gjøre en sakkyndig vurdering). I mange andre tilfeller vil dette være irrelevant for evnen og muligheten til å yte god behandling. ✘

# Forskning og klinikk - Psykologenes fremtid

Psykologforeningen må fortelle hvilken rolle psykologer bør ha innenfor et kunnskaps- og forskningsbasert helsevesen.



## ANDERS HOVLAND

Styremedlem  
i Hordaland  
lokallag, Norsk  
psykologforening,  
psykolog og  
forskningsleder  
ved Solli DPS,  
førsteamanuensis  
ved Institutt for  
klinisk psykologi,  
Universitetet i Bergen

## FORSKNING

Innlegget er en forkortet versjon av et fremlegg på årets Lederkonferanse på vegne av Hordaland lokallag og Rogaland lokallag.

**178. DET ER ANTALLET** ganger ordet forskning er nevnt i Stortingsmelding 16, også kalt Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Her kan vi blant annet lese at «det er behov for en helhetlig tilnærming til hvordan forskningsbasert kunnskap kan støtte beslutninger i alle deler av helse- og omsorgstjenesten» (s. 95), og at «all utdanning, forebygging, diagnostisering, behandling, oppfølging, pleie og omsorg skal bygge på best mulig forskningsbasert kunnskap» (s. 96). Også i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstragi for helse og omsorg – HelseOmsorg21 – er kunnskapsutvikling, forskning, folkehelse og god behandling presentert som flere sider av samme sak.

## INGEN SATSNING

Forskning og forskningskompetanse spiller altså en sentral rolle både i nåtidens og fremtidens helsevesen. Dette gjelder både i utformingen av behandlingstilbudet, evalueringen av dette, og utviklingen av ny kunnskap. Også i psykologutdannelsen vektlegges forskningskompetanse, og utdanningen er slik sett godt tilpasset et forsknings- og kunnskapsbasert helsevesen.

Men etter endt utdanning er det ingen videre satsing på forskning. Går man inn på Psykologforeningens nettsider, er det ikke lett å få med seg at psykologer har et spesielt fortrinn i det å gjennomføre en forskerutdanning, bistå i helseforskning og oversette forskningsresultater til klinisk praksis. I Psykologforeningens prinsipp-program, som ble vedtatt i 2010,

er forskning nevnt syv ganger, og vi kan lese at «det skal drives omfattende psykologisk forskning» og at «gode rammevilkår for forskning på alle psykologiske fagområder er viktig for å sikre forskning som en integrert og naturlig del av psykologisk virksomhet». Det tilbys imidlertid ikke vedlikeholdskurs i forskningsmetodikk i regi av foreningen, og forskningskompetanse har i liten grad vært prioritert inn i lønnsforhandlinger i klinikken.

Vår appell er at Psykologforeningen får en offensiv og tydelig profil når det kommer til forskning, og ikke minst: at de forteller hvilken rolle psykologer kan ha innenfor et kunnskaps- og forskningsbasert helsevesen. Det er flere grunner til at psykologer bør komme på banen med dette: 1) Vi må aktivt definere hva som er god evidensbasert praksis og styre fagutviklingen. Bare slik kan vi være med på å legge premissene for vårt eget psykologiske arbeid og vårt fagfelt. 2) Ved at psykologer tar roller både inn mot forskningssamarbeid og i ledelse av forskningsprosjekter, vil de legge premissene for hva det forskes på, hvordan denne forskningen organiseres, og hvem som deltar i gjennomføringen av den. 3) At psykologisk behandling baserer seg på dokumentert kunnskap og forskning av høy kvalitet, er viktig for at våre klienter får best mulig, og ikke minst sikker, behandling.

## STATUSHEVING OG SYNLIGGJØRING

Hordaland lokallag og Rogaland lokallag ber derfor sentralstyret i Psykologforeningen om



## Forskning spiller en sentral rolle både i nåtidens og fremtidens helsevesen

at psykologers forskningskompetanse profileres langs to hovedmål: 1) Synliggjøring av psykologers forskningskompetanse og standens gode forutsetninger for å oppnå dokumentert forskningskompetanse. 2) En heving av status for forskning og forskningskompetanse i klinikken. For å nå disse to hovedmålene foreslår vi følgende virkemidler:

- Psykologers forskningskompetanse fra grunnutdanningen må synliggjøres på foreningens nettside, og det må fortelles gode historier på nettsiden og i Psykologtidsskriftet om erfaringer fra forskning i klinikk.
- Psykologers forutsetninger for å delta som ressurspersoner i forsknings- og evalueringsprosjekter må markedsføres.
- Det må opprettes egne vedlikeholdskurs i forskningsmetodei regi av Psykologforeningen, slik at psykologer vedlikeholder sin forskningskompetanse.
- Psykologers forskningskompetanse må fremheves også i lønnsforhandlingene. Blant annet kan man trekke frem psykologenes forutsetninger for å oversette forskningsresultater til klinisk praksis og hvordan psykologer kan bistå i helseforskning.
- Oppnådd doktorgrad bør gi like stor lønnsøkning som spesialistkompetanse. Lønnsøkningen bør gis til psykologer og psykologspesialister.
- I dag gir oppnådd spesialistkompetanse en markert lønnsøkning. Velger du derimot å ta en doktorgrad parallelt med eller i forkant av spesialiseringen, taper du ca. 700 000,- på doktorgraden din. Det må utarbeides en kompensasjonsordning som gjør det økonomisk forsvarlig å ta en doktorgrad parallelt med eller i forkant av avsluttet spesialisering.
- Psykologforeningen må legge til rette for at det skal være praktisk mulig å oppnå spesialistkompetanse parallelt med at man gjennomfører en doktorgrad. ✕

## Debattert

# Skilsmisse

**Ikke to hjem:** Hovedregelen *Foreningen for sakkyndige psykologer* (FOSAP) anbefaler er enkel: Barn bør ikke ha to hjem før de blir tre år. – Etterspørselen etter råd fra fagfolk er sterk. Mange som opplever skilsmisse og samlivsbrudd søker ekspertråd. Derfor har vi laget denne veilederen, sier psykolog Gunnar Ekeid. Han er styremedlem i FOSAP.

*Vårt Land 7. november*

**Merkelig råd:** Rådet fra psykologene, om at barn under tre år bør ha en fast base med én hovedomsorgsperson, synes hun er merkelig. – Jeg ser ikke logikken. I tillegg til at foreldrene ikke er kjæresten skal barna risikere å miste kontakten med den ene forelderen sin. Jeg hadde aldri tilgitt meg selv om det hadde skjedd mine jenter, sier Leander.

*Sølvi Leander til Vårt Land, 8. november*

**Skilsmiseregnskap:** Verken SSB, Folkehelseinstituttet, Institutt for samfunnsforskning, Høgskolen i Bergen eller Modum Bad kjenner til forskning på skilsmisenes samfunnskostnad. – Om vi hadde hatt et regnestykke ville det vært lettere å satse på skilsmisseforebyggende arbeid, sa Frode Thuen, familieterapeut og professor ved Høgskolen i Bergen.

*Dagen, 12. november*

**Syk skilsmisse:** En skilsmisse er en prosess som starter mange år før paret formelt skiller seg og medfører økende sykefravær og har langvarige helsemessige konsekvenser. De økonomiske kostnadene ved økt sykefravær på grunn av skilsmisse, helsekostnadene for de involverte og de ekstra byrdene for kvinner med barn er en utfordring. Hovedspørsmålene er derfor for det første om og eventuelt hvordan en kan unngå skilsmisser, og for det andre hvordan en kan gjøre det lettere, og da særlig for skilte kvinner med barn, å håndtere hverdagene.

*Svenn-Åge Dahl, Hans-Tore Hansen og Bo Vignes i Dagens Næringsliv, 14. november*

# Lov å være utålmodig

Også presidenten i Norsk psykologforening har lov til å være utålmodig. Men når Tor Levin Hofgaard omtaler regjeringens statsbudsjett med så lite optimisme som i forrige utgave, føler jeg et behov for å nyansere bildet.

**TONE WILHELMSEN TRØEN** Helsepolitisk talsperson for Høyre  
Medlem i Stortingets helse- og omsorgskomite

## STATSBUDSJETTET

**VI ER HELT** enige om at det er på høy tid at psykisk helse løftes høyere opp på den politiske dagsorden. Uten å snakke altfor mye om «*snøen som falt i fjor*» må det være lov å minne om at åtte år med rødgrønn helsepolitikk ikke ga noe løft for den psykiske helsen.

### VIKTIG SATSNING

Det kan ikke ha gått så mange hus forbi at psykisk helse er en av de viktige satsingene til Høyre/FrP regjeringen. Da Erna Solberg holdt sin første nyttårstale som statsminister, løftet hun psykiske lidelser frem spesielt. Særlig fordi større åpenhet er viktig for å nedkjempe de mange tabuer som fortsatt eksisterer.

Regjeringen er nå i ferd med å sikre at vi kan møte barn, unge og voksnes behov for psykisk helsehjelp, bedre og raskere. Det handler om større tverrfaglighet i den kommunale helsetjenesten, om å få lovregulert psykologer i kommunene, om et bedre finansieringssystem for å sikre at kommunene ansetter flere psykologer. Det handler også om å gjøre helsestasjonstjenesten mer tilgjengelig, om å se psykisk helse som en av de viktigste faktorene for god folkehelse og om å lage en egen ungdomshelsestrategi som skal ta på alvor ansvaret vi har for å bygge tryggere barn, unge og unge voksne.

### JOBBER PARALLELT

Jeg er også utålmodig. Jeg er enig med Hofgaard i at det hjelper lite å vente på en stortingsmelding som skal gjøre tilbudet bedre i 2016, når man trenger hjelp i dag. Derfor jobber regjeringen parallelt med dagens utfordringer og fremtidens veikart for den psykiske helsestjenesten. Vi gjeninnførte regelen om høyere

vekst i psykisk helse enn somatikk i alle helseforetak. Vi gjeninnførte øremerkingen til rus i kommunene. Vi viderefører rekrutteringstilskuddet i 2015, som gir rom for å nyrekruttere om lag 40 nye psykologstillinger i 2015. Vi øker satsingen på raskere behandling i helseforetak og DPS ved å foreslå mer bruk av private og høyere aktivitetstak i sykehusene, og vi dobler bevilgningen til kommunenes forebyggende innsats gjennom helsestasjonstjenesten. Bare i kommunene kan den totale økte satsingen innenfor rus, psykisk helse og forebyggende arbeid i neste års statsbudsjett bety mellom 600 og 650 flere fagfolk.

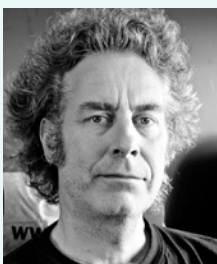
Regjeringens arbeid med å styrke det psykiske helsetilbudet stopper ikke ved Erna Solbergs nyttårstale. Det er der det starter. Større åpenhet er viktig. Vi må våge å se hverandre, bry oss mer og prate med dem vi ser trenger det. Får vi ned antallet med psykiske lidelser i Norge, er vi med på å løse en av vår tids største helseutfordringer. Da må vi ta i bruk alle gode, kompetente krefter, og psykologene er definitivt blant disse. ✕



Åtte år med rødgrønn helsepolitikk ga ikke noe løft for den psykiske helsen

# Ikke la de unge bli stående alene

Det er ikke *fraværet av brukerstemmer* i Psykologtidsskriftets temautgave om diagnoser som bør plage oss mest.



**TEKST** Odd Volden  
Brukeraktivist

**DET ER IKKE** helt enkelt å være kritisk leser når redaktøren er flagellant. I en lederartikkel i tidsskriftets temanummer om diagnostikk (september) er vi vitne til noe så sjeldent som redaksjonell selvpisking: Fraværet av brukerstemmer i den aktuelle utgaven, riktignok «med et viktig unntak», peker mot redaksjonell likegyldighet (s. 689).

Vi kan vanskelig tolke sjefredaktørens påstand om «et viktig unntak» annerledes enn at han ikke har fått med seg at det faktisk er *to* artikler i temanummeret om diagnoser som løfter fram tydelige brukerstemmer.

Artikkelen sjefredaktøren peker på, er Aina Olsvolds artikkel om barns refleksjoner over sin ADHD-diagnose (s. 699–707). Jeg opplever artikkelen som oppsiktsvekkende, på flere måter: Vi har å gjøre med en psykolog som i 2014 bruker *klasse* som analytisk kategori. Vi har å gjøre med en psykolog som gir så mye plass til barnas stemmer at vi nesten glemmer at det er en fagartikkel.

Innholdet i barnas utsagn er rystende. Forskeren konkluderer med at «(d)e fleste av barna opplever diagnosen negativt, og kjennskap til diagnosen fører til et identitetsstrev som de psykologisk arbeider med på forskjellig måte» (s. 706).

Den andre artikkelen som i sterk grad løfter fram brukerstemmer, er Per Are Løkkes artikkel om diagnosekulturens bidrag til å usynliggjøre jenters anstrengelser i en verden som i foruroligende grad krever lydighet (s. 767–772). Denne artikkelen bringer ikke bare anonymiserte brukerstemmer; vi møter her også navngitte borgere som har skrevet om sine erfaringer

med fenomener og tjenester (Linnea Myhre, Erica Löfström, Sylvia Åkerman og Gine Cornelia Pedersen).

Med fare for å høres ut som Finn Skårderud: Jeg leser Olsvold og Løkkes konklusjoner, og temanummeret om diagnoser i sin helhet, som *fravær*. Slik sett gir sjefredaktørens selvpisking mening. Men det er ikke fraværet av brukerstemmer i den aktuelle utgaven som bør plage oss mest.

Diagnostikk vil, i ulik grad og for ulike formål, kunne være nyttig – for beslutningstakere, forskere, klinikere og brukere. Jeg finner alle artiklene i temanummeret om diagnoser interessante. Men fraværet av alternative perspektiver (utover kritikk av diagnostikk) gjør likevel temanummeret om diagnoser som helhet til lite mer enn en rituell botsøvelse.

Så lenge Psykologforeningen kan vise til at det fortsatt finnes motstemmer, også i deres rekker, kan tilpasningen til den diagnostiske kultur fortsette. Fraværet av beskrivelser av *alternativer* til diagnostikk, og fraværet av beskrivelser av *botemidler* mot bivirkningene av diagnostikk, bidrar etter mitt skjønn til en grov feilspeiling av feltet.

Refleksjoner knyttet til identitet, narrativ, diagnose, sykdom, tilstand, lidelse og funksjonsnedsettelse må inviteres til og forhandles utvungent av alle tjenesteytere på feltet. Når det gjelder bivirkningene, og nå knytter jeg primært an til Aina Olsvolds artikkel, må det være et klart ansvar for psykologer å sørge for at unge klienter ikke blir stående alene på sine ordinære arenaer etter diagnostisering. ✕



**KERSTIN SÖDERSTRÖM** er barnepsykolog ved BUP Lillehammer og postdoktor ved Høgskolen i Lillehammer. Sammen med Tor Levin Hofgaard, Anne-Grete Terjesen og Bent Høie er hun fast kronikør.

# Et juleevangelium

Ethvert nyfødt barn bærer i seg uante muligheter, og blir seg selv i møtet med sine nærmeste omsorgspersoner. Det er omstendighetene og forståelsen av hva og hvem barnet er, som vi kan gjøre noe med.

Det er Carola som sørger for julestemningen. Sånn midt i desember finner jeg fram CD-en med fin bakgrunnsmusikk til rydding og pynting. Når *Himlen i min famn* begynner, stopper jeg opp og gir meg hen til tekst og melodi. Lytter, føler og sipper rørt. Sangen åpner en dør til dype mammafølelser, helt vanlige følelser som henger sammen med hverdagslige erfaringer, som i denne sangen blir satt i et svimlende perspektiv. Det er nært og stort, vakert og meningsmettet. Det er mors og barnepsykologens juleevangelium.

Är du en av tusen små, er du han dom väntat på?  
 Du mitt lilla barn, en ängel givit namn.  
 Är du jordens dolda skatt jag fått skydda här i natt?  
 Är det själva himlen som jag gungar i min famn?

## ET NYFØDT BLIKK

Mens morshjertet banker og minnene fra spedbarnstiden kommer nærmere, tenker jeg på Maria, den pur unge jenta fra Nazareth i svært ulykkelige omstendigheter. Hvem og hva beskyttet henne fra å bli steinet i hjel? Maria så på gutten sin, og lurte på om han var en alminnelig unge eller noe helt spesielt. Lille engel, skatten min, hvem er du? Hvordan blir livet ditt? Hun undret seg, og hun så, slik jeg gjorde, slik foreldre til alle tider, i alle verdenshjørner har sett inn i evigheten, inn i hav og himmel speilet i den nyfødtes åpne blikk.

Vem har väckt den rädslan, som lät ditt hjärta gråta?  
 Varför tar din hand så hårt ett grepp om mammas hår?

Sangen handler om det hellige, men beskriver situasjoner og følelser som enhver nybakt mor vil kjenne igjen. Teksten plasserer Maria på jorden, en mor blant tusen mødre, og løfter alle nyfødte barn opp mot himmelen. Dette er min lesning av juleevangeliet:

Maria var 13–14 år gammel da hun ble gravid ved et samleie som absolutt ikke burde funnet sted. Gamle skrifter antyder at 12 friere konkurrerte om Marias hånd. Da svangerskapet var et faktum, valgte foreldrene å beskytte og støtte henne, ikke drepe henne. Tidlig i graviditeten dro Maria til Elisabeth, en eldre slektning som også var gravid. Lukas forteller at Elisabeths ufødte barn hoppet i fryd da Maria kom inn. Elisabeth tolket det som at Marias tilstand og barnet i magen bar bud om en stor glede, og sa: Velsignet er du blant kvinner, og velsignet er ditt livs frukt. De to kvinnene



tilbrakte tre måneder sammen. Etter oppholdet hos Elisabeth dro Maria tilbake til Josef, som sannsynligvis var en god stefar til barnet. Eller kanskje han var den biologiske faren?

### FRA SKAM TIL VELSIGNELSE

Maria og hennes nærmeste var godt kjent med profetiene fra Det gamle testamentet, og ungpikens overraskende graviditet ble fortolket inn i forventninger om noe godt. Elisabeth ga Maria håp og beskyttelse, og snudde skam og ulykke til en velsignelse. Den narrative tråden som ble spunnet rundt svangerskapet og det ufødte barnet, gjorde spedbarnet Jesus betydningsfull før han ble født. Til tross for fattigslige omstendigheter ble han tatt imot med stor kjærlighet. Den omsorg og forventning han vokste opp med, ga næring og form til et menneske som har satt varige spor i vår kultur.

Ethvert nytt menneske er en potensiell revolusjon. Jesus var en revolusjon. I fjor på denne tiden døde Nelson Mandela. Han var en revolusjon i Sør-Afrika, slik Mahatma Ghandi var det i India. Barn kan vokse opp og kaste om på den forrige generasjons levesett, slik disse historiske personene gjorde. Slik er det også med oss vanlige hverdagsmennesker. Noen settes fri fra slektens belastninger og blir noe helt annet enn det som er forventet. Andre blir født inn i og viderefører livsproblemer og belastninger som begrenser individets muligheter. Hvor ligger forskjellen, i barnet eller i omstendighetene? For meg er svaret enkelt: Ethvert nyfødt barn kommer som det er. Det bærer i seg uante muligheter, og blir seg selv i møtet med sine nærmeste omsorgspersoner og i de fortellinger som spinnes rundt barnets eksistens. Det er omstendighetene og forståelsen av hva og hvem barnet er, som vi kan gjøre noe med.

Giv att dina dagar får bli till andras glädje  
giv att alla möter dig med kärlek mild och god  
Aldrig ska jag glömma, de ord som jag fick höra  
vad som än oss händer vill de ge oss kraft och  
mod

Denne tolkningen av juleevangeliet gjør en helig hendelse til noe alminnelig. Det jeg mener å si er: Det alminnelige er hellig! Den som har opplevd en fødsel og har fordypet seg i et nyfødt barns blikk, kjenner at en står overfor noe helig, noe hellig, alminnelig. I barnets mørke blikk ligger punktet som forbinder fortid, nåtid og

framtid. I barnet ligger muligheter som kan løses eller hindres. Kvinner som føder i Norge, opplever det samme som kvinner som føder i USA, Sudan eller Palestina. De som føder i dag, går igjennom det samme som Maria, morsskikkelsen over alle mødre, gjennomgikk for over 2000 år siden. Det Maria så i øynene til sitt guttebarn, er det samme som foreldre, i både lykkelige og ulykkelige omstendigheter, ser i sine barn. Og barnet ser seg selv speilet i foreldrenes blikk. Noen barn får blikk de kan vokse på, vokse inn i og kanskje bli en revolusjon.

### ØMHETEN I HENDENE

Adventstiden har begynt. Snart setter jeg på Carolas vakre Mariahymne. Det er verken avansert eller høykulturelt. Barna mine har ledd av meg opp gjennom årene. Mannen pleier å himle med øynene og be meg skru ned volumet. Men det preller av – for dette er mitt juleevangelium, og jeg tror på det. De siste årene har døtrene ringt hjem i desember: Hei mamma, hører du hva jeg spiller? Bak samtalen hører jeg Carola. Barndommens julemusikk lager stemning i de unge voksnes nye hjem. I år får *Himlen i min favn* en ny kraft. Denne julen samles vi rundt et nytt familiemedlem, en liten gutt, en potensiell revolusjon, et bitte lite menneske som allerede har spent en himmel over familien. Han har forandret min datter. Han åpner hjertene våre. Hvem er han? Hva kan han bli? «Vem har tänt den stjärnan som speglas i ditt öga?» Jo, det er kjærligheten i øynene som ser han, og ømheten i hendene som holder han.

Når låten toner ut, snufser jeg ømt og takknemlig, og sender de varmeste juletanker til alle som gjør som Elisabeth. Alle som tar imot gravide i en vanskelig situasjon, og jobber for å snu ulykke til lykke. Alle som arbeider ved krisesentre, i barnevernet, i rusbehandling og i psykisk helsevern for å rydde vekk belastninger og bygge trygghet. Alle som tror at ethvert nyfødt barn er en velsignelse, en potensiell revolusjon. Alle ved NAV, fastleger, jordmødre og helsesøstre som ser foreldres strev, og tilbyr hjelp uten å dømme, men som aldri mister barnets beste av syne. Alle kloke politikere og handlekraftige ledere som vet at fremtiden bygges inn i de minste, og legger til rette for god hjelp der det trengs. God jul til dere alle! ✕

*Kerstin Söderström*



Denne julen samles vi rundt et nytt familiemedlem, en liten gutt, en potensiell revolusjon



**SYSTEMFEIL** Mennesker med alvorlig psykisk sykdom får uføretrygd istedenfor jobbtilbud. Det er godt ment, men gir ingen opplevelse av mestring og mening. (Foto: Holly Lay/Flickr)

ARBEIDSLIV:

# MINDRE Plass Til ALVORLIG PSYKISK SYKE

Antall uføre i gruppen alvorlig psykisk syke ser ut til å øke. Dette til tross for at det både på arbeidsplassen og blant de folkevalgte er større bevissthet rundt psykisk sykdom

**D**enne saken handler om de alvorligst psykisk syke, de som har schizofreni og andre psykotiske lidelser. Å finne ut hvor mange av dem som ikke er i jobb – og utviklingen her over tid – er vanskelig. Det finnes ingen oppdaterte og gode data som måler dette direkte. Det finnes kun indisier som peker i negativ retning.<sup>1</sup>

Dette er noe av det vi har: Ifølge Folkehelseinstituttet er forekomsten av schizofreni og andre psykotiske lidelser i befolkningen på 3,5 prosent. Antall personer med psykoselidelser som hadde vanlig arbeid som hovedinntektskilde, gikk ned fra 11 til 5 prosent fra 2000 til 2004, ifølge en studie fra 2007, publi-

sert i *Psykologtidsskriftet*.<sup>2</sup> Tallene er allerede gamle, vi vet lite om den senere utviklingen. En enda eldre oppfølgingsstudie (Ingrid Melle et al., 2000) fant at 94 prosent av de som lider av schizofreni, var arbeidsløse.<sup>3</sup>

For unge voksne har vi noe ferskere tall. En artikkel av Helene Berg og Trude Thorbjørnsrud fra 2009<sup>4</sup> viser en dramatisk vekst i uførehet på grunn av psykoselidelser blant unge voksne. I perioden 1977–1993 var 5–6 av 100 000 personer i denne gruppen uføre på grunn av psykoselidelser. I 2006 var dette tallet økt til 48. Det betyr en seksdobling. Antallet er lavt i forhold til totalen. Men utviklingen er negativ også her.

TEKST

Per Olav Solberg

1. NAV har til enhver tid oversikt over antallet uføretrygdede i Norge, men de har ikke statistikk over hvor mange uføre det er innenfor mer spesifikke diagnosegrupper – for eksempel psykoselidelser. NAV bruker sekkebetegnelsen «Psykiske lidelser» for alle som er uføre på grunn av psykiske helseplager. Forskningsfeltet etterlyser mer presise tall for alvorlig psykisk syke for å kunne følge med på utviklingen over tid.

2. Helle, S., Gråwe, R. W. (2007). Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrendiagnose. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44 (11), 1358–1362.  
3. Melle, I., Friis, S., Hauff, E. & Vaglum, P. (2000). Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies. *Psychiatric Services*, 51(2), 223–228.  
4. Berg, H., Thorbjørnsrud, T. (2009). Hvorfor blir det flere unge uføre? *Søkelys på arbeidslivet*, 26 (3), 389–399.



**NAVI BERGEN** har i samarbeid med de lokale helseforetakene begynt å bruke IPS-metodikken for å få mennesker med psykoselidelser ut i arbeid. (Foto: Dag G. Nordsveen/Samfoto)



SSB forteller at antall uføre – uansett årsak – har fortsatt å vokse siden 2006: Omtrent 10 500 personer i denne aldersgruppen mottok uførepensjon ved utgangen av 2013. I 2006 var tallet om lag 7 400 personer. Og 60 prosent av de uføre er det på grunn av psykiske lidelser, sier SSBs tall fra 2011.

#### ØNSKER Å JOBBE

Et sted å begynne å nøste i årsakene til den antatt negative utviklingen, er på kontoret til seniorforsker og psykologspesialist i klinisk nevropsykologi, Torill Ueland. Hun jobber ved K.G. Jebsen Senter for Psykoseforskning ved Oslo Universitetssykehus og har bidratt i det som kalles «Jobbmestrende Oppfølging.» Dette var et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet som ble avsluttet i 2012. De ønsket å undersøke hvordan kognitiv trening og bruk av teknikker fra kognitiv adferdsterapi kan hjelpe mennesker med psykoselidelser å stå i arbeid.

– Du har sagt at det blir stadig vanskeligere for alvorlig psykisk syke å få jobb. Hvordan kan du være så sikker på dette?

– Vi vet at det er svært lav arbeidsdeltagelse blant personer med psykoselidelser. Arbeidsraten for personer med schizofreni ligger mellom

13 og 26% i nyere norske studier (Tandberg et al., 2011; 2012). Disse tallene er imidlertid basert på personer som har deltatt i forskningsprosjekter, de faktiske tallene for hele populasjonen på landsbasis er mer usikkert. For unge uføre har vi tall som indikerer at utviklingen går feil vei, for den mer voksne aldersgruppen har vi mindre oversikt.

– I min forskning møter jeg mange unge mennesker med disse lidelsene og svært få av dem er i jobb, selv om de ønsker å være det. Når jeg spør hva de er opptatt av, er det ikke nødvendigvis symptomer som stemmer i hodet de nevner. Det er tvert imot et ønske om å fungere bedre i hverdagen, å få en utdanning og komme i arbeid de snakker om. Det er et svært stort gap mellom alle de som ønsker å komme seg i arbeid og de som faktisk er det. Det er tankevekkende og gir grunn til bekymring, sier Ueland.

Amerikansk forskning tyder på at mellom 50–75 prosent av de med psykoselidelser ønsker å stå i jobb, forteller Ueland. Det er ingen grunn til å tro at tallene i Norge er særlig annerledes.

– Mange blir isolerte, ensomme og deprimerede. Årsakene til dette er sammensatte, men en grunn er trolig nettopp mangel på meningsfull aktivitet i hverdagen. Arbeid står veldig sentralt for folk flest sin følelse av identitet

og opplevelse av mestring og betydning. Dette er ikke annerledes for de som har psykoselidelser. De har bare større utfordringer enn andre med å fullføre utdannelsen sin, komme seg i jobb og holde fast ved den, sier Ueland.

– *Hva er etter din oppfatning hovedgrunnene til at mennesker med psykoselidelser ikke får arbeid?*

– Det er en kombinasjon av sykdomsrelaterte og systemiske faktorer. Eksempler på det første kan være kognitive vansker som følge av sykdommen, samt negative symptomer som apati og tilbaketrekning. En sentral del av «Jobbmestrende Oppfølging» har nettopp handlet om å tilby systematisk kognitiv trening eller teknikker fra kognitiv atferds-terapi slik at man lettere kan stå i en jobb og mestre den bedre. Systemfaktorer dreier seg om mangel på kunnskap om psykoselidelser i NAV og hos arbeidsgivere. Mange tenker nok at denne gruppen ikke kan jobbe. Fasttømrede holdninger mot denne pasientgruppen hos helsearbeidere spiller også inn, hvor man tradisjonelt har vært mer opptatt av symptomer enn funksjon og ressurser. Mange tenker nok at denne gruppen mennesker ikke tåler å jobbe, at jobb vil utløse stress som forsterker symptomene. Det er forståelig at det tenkes slik, men det er ikke nødvendigvis riktig, påpeker Ueland.

#### **HVA KAN MAN FORVENTE AV ARBEIDSGIVERE?**

Som journalist kan man lett få *for* mye sympati med den svake part i en sak som denne: Arbeidsgivere er feige som ikke ansetter folk med psykoselidelser. Men er det egentlig så rart at de vegrer seg? Tekstilbedriften Stormberg i Kristiansand nevnes ofte som et unntak. Hver fjerde ansatte de rekrutterer har hatt problemer med å komme ut i arbeidslivet, blant annet på grunn av alvorlige psykiske lidelser. Hvorfor er det så få bedrifter som gjør som Stormberg?

Jeg spør Rolv Mohn som er daglig leder i Psykologbistand i Oslo. De er «leverandør av psykologisk kunnskap til arbeidslivet» og vet mye om hvordan virksomheter tenker rundt rekruttering. Han mener en hovedårsak til at alvorlig psykisk syke står uten jobb, handler om et mer komplekst arbeidsliv som i mindre grad enn før kan tilby jobber som ikke er så kognitivt krevende.

– Det er færre rom i herberget enn tidligere. Det er ikke så mange arbeidsgivere som fristes av å ha folk med store psykiske plager i staben, personer som kanskje krever mye oppfølging. En arbeidsgiver er opptatt av å minimere risiko ved ansettelser og produsere bedre og bedre kvalitet ut. Disse målene kan komme i konflikt med et mer inkluderende arbeidsliv. Svært mange jobber og arbeidsoppgaver i det moderne arbeidslivet handler om samspill, kundebehandling og å håndtere risikosituasjoner. Det gjør situasjonen utfordrende både for arbeidsgivere og alvorlig psykisk syke som har lyst til å komme i jobb. Et inkluderende arbeidsliv kan ikke vedtas, selv om man kan bruke mer ressurser på å få det til, mener Mohn.

– *På lengre sikt kan vel dette forsterkes ytterligere: Manuelle og enkle jobber automatiseres, og jobbene som står igjen vil bli kognitivt enda mer krevende og komplekse?*

– Mye tyder på at vi beveger oss i en slik retning. De alvorligst psykisk syke har nok større behov for stabilitet, forutsigbarhet og trygghet på jobben enn oss andre. Samtidig er dette temmelig grunnleggende menneskelige behov. Mye tyder på at den formen for arbeidsliv vi utvikler, »

– Som samfunn tror jeg vi for lett gir mennesker med psykiske plager anledning til å være hjemme.

*Psykologspesialist Marit Hannisdal*

– Ikke for høye forventninger, ikke for lave, det er nøkkelen for å lykkes

*Susan Savides,  
prosjektleder IPS  
Bergen*

er utstøtende også for andre grupper, og også fører til større omfang av lettere psykiske lidelser, avslutter Mohn.

#### HAR DE ALLER SYKESTE BLITT GLEMT?

Tall fra NAV viser at antall sykemeldinger grunnet lettere psykiske lidelser som angst og depresjon økte med hele 145 prosent fra 2000 til 2011. Denne økningen gjør sitt til at ressursene allokteres til disse lidelsene, og ikke til de med tyngre psykiske lidelser, mener psykologspesialist Marit Hannisdal.

– Uførestatistikken for de alvorligst psykisk syke er rimelig konstant. Det er gruppene som øker i antall, de med lette og moderate psykiske lidelser, man har hatt sterkest fokus på. Det kan hende det har gått utover satsingen på de aller sykeste.

Hannisdal har permisjon fra NAVs Senter for jobbmestring og jobber for tiden med «Raskere tilbake»-pasienter ved Vinderen DPS. Hannisdal er også leder av spesialistutvalget for klinisk arbeidspsykologi i Norsk psykologforening. Hun mener i likhet med Torill Ueland at hjelpeapparatet har en for «snill» holdning til de alvorligst psykiske syke.

– Både helsepersonell og NAV-ansatte tror det beste man kan gjøre er å gi dem uføretrygd, for å unngå usikkerhet og stress knyttet til økonomi. Det er godt ment, og jeg tror denne tankegangen ligger dypt forankret i Helse-Norge. Noe hviler også på brukerne: For personer med moderate psykiske lidelser og høyt symptomtrykk kan det virke attraktivt med sykemelding og uføretrygd. Der og da kjennes det godt å få denne retten. Men mange hadde fått det langt bedre ved å få systematisk oppfølging i jobben sin isteden. Forskning viser også at livskvaliteten på sikt er bedre ved å stå i jobb enn ved å gå hjemme. Som samfunn tror jeg vi for lett gir mennesker med psykiske plager uføretrygd.

– *Kan det ikke bli for ressurskrevende både for arbeidsgiver og hjelpeapparat å ha alvorlig psykisk syke i jobb?*

– En person med schizofreni vil kreve mye oppfølging på jobb. Men det vil antakelig kreve enda mer oppfølging å ikke ha vedkommende i jobb. Internasjonalt er det forsket mye på dette gjennom en jobbmetodikk som heter IPS (Individual Placement and Support). Der har man sett på hvor mye ressurser som brukes for å følge opp folk hjemme kontra i

jobb. Man vrir disse ressursene over på arbeid, uten at det krever mer oppfølging totalt, sier Hannisdal.

#### VARIG ARBEID

«Jobbmestrende oppfølging» var et tidsavgrenset forskningsprosjekt. Rett nok høstet man erfaringer om alvorlig psykisk syke og arbeidsliv, men det var ikke et tiltak som ga deltakerne en fast jobb over lang tid. Det er imidlertid målet med nevnte IPS.

IPS (på norsk: Individuell jobbstøtte) er en internasjonalt anerkjent metode for å få alvorlig psykisk syke ut i varig jobb. Metoden er utviklet i USA på 80-tallet og er utbredt i europeiske land som England og Nederland. Metoden har vist seg å ha god effekt. Ifølge Hannisdal viser utenlandske studier at mellom 50 og 60 prosent av de som er med i ordningen, står i jobb uten å falle fra.

I Norge har man nylig tatt i bruk IPS, og det er opprettet 8 pilotprosjekter ulike steder i landet. Et av dem er IPS Bergen.

Prosjektet startet opp tidlig i 2013 og er et samarbeid mellom NAV, Helse Bergen og Bergen kommune. Målet er å få flest mulig med psykoselidelser ut i fast arbeid. Erfaringene så langt er positive, sier prosjektleder i IPS Bergen Susan Savides som jobber i NAV.

– Vår pilot er del av et større forskningsprosjekt hvor seks av de åtte IPS-pilotene er med. Vi kan derfor ikke si noe konkret om foreløpige resultater ennå. Det jeg kan si, er at vi i dag har rundt 55 jobbsøkere med i IPS-programmet i Bergen, og at mange av disse kommer seg ut i jobb, sier hun.

Kort forklart fungerer IPS som følger: Psykosepasienter som får behandling ved tre institusjoner i Bergen, har mulighet til å bli med på IPS hvis de selv ønsker det. Takker de ja, henvises de til en jobbspesialist som har som oppgave å finne riktig jobb, ut fra brukernes interesser og behov. Jobbspesialisten oppsøker potensielle arbeidsgivere aktivt og gir informasjon tilbake til brukerne. Gjennom denne dialogen finner man fram til egnet arbeid. Fem jobbspesialister er tilknyttet IPS Bergen.

– *Hvilke arbeidsgivere er villige til å satse på alvorlig psykisk syke?*

– Vi har arbeidsgivere i alle bransjer: bygg og anlegg, butikk og konfeksjon, barnehage og skole, lager og logistikk, kafé- og restaurant, for å nevne noen. Brukerne er også svært

forskjellige med tanke på bakgrunn og utdanning. Noen har ikke fullført videregående, mens andre er godt utdannede med eksamen fra høyskoler og universitet. Vår filosofi er at det finnes en jobb for alle. Poenget er å finne den riktige jobben, på det riktige stedet og hvor man får den støtten man trenger.

– *Det er en oppfatning at personer med psykoselidelser ikke kan ha for komplekse og krevende arbeidsoppgaver. Hva er din erfaring?*

– Jeg tenker at dette i stor grad er en myte, selv om det er individuelle forskjeller. Det vi ser, er at mange må bli introdusert for nye arbeidsoppgaver litt etter litt og over tid, men når man mestrer disse kan man lære nye oppgaver, uten at det blir for mye totalt sett. Noen kan også ha problemer med å ta initiativ og selv finne ut av hva som må gjøres. De må settes i gang.

– *Er arbeidsgivere skeptiske til å ta inn personer med psykoselidelser?*

– Ja, det er ikke uvanlig. En sentral del av jobben til jobbspesialistene er å få en god relasjon med potensielle arbeidsgivere og betrygge dem. Det er viktig å bruke et hverdagsspråk om de plagene det er snakk om; jobbspesialistene unngår bevisst å bruke begrepet «psykose». Vi forsøker også å ufarliggjøre ved å legge vekt på at dette ikke er noen endelig beslutning for arbeidsgiver. Man kan forsøke med noen prøvewakter og se hvordan det går, og så ta en evaluering av om man vil fortsette eller ikke. Vi har også et konkret virkemiddel i at arbeidsgiveren ikke trenger å betale for sykefravær. Det gjør at flere blir med. Et annet virkemiddel er mentorordningen. Det betyr at en arbeidskollega frikjøpes for å følge opp vedkommende og gi ekstra opplæring i startfasen, og over tid hvis det er et behov.

– *Hvor ofte skjer det at arbeidsforhold som har kommet godt i gang, brytes og avsluttes?*

– Det har kun skjedd et par ganger siden oppstarten. Ved den ene anledningen var det rus involvert. Vi merker at IPS-tilbudet blir mer og mer brukt. Vi får stadig oftere henvisninger til jobbspesialistene, og for første gang har vi nå en liten venteliste for å komme med på ordningen. Noe av det sterkeste vi opplever, er hvordan brukerne får nytt livsmot og arbeidshåp ved å bli sett på som ressurser som det stilles krav til og som kan bidra. Ikke for høye forventninger – ikke for lave, det er nøkkelen for å lykkes, avslutter Susan Savides. ✘

## Psykologer som folkehelsearbeidere

På nyåret setter Psykologforeningen i gang et prosjekt for at psykologers kompetanse skal brukes i lokalt folkehelsearbeid. Psykologer som har deltatt i nettverkssamlinger som foreningen har gjennomført i perioden 2009–2013 på oppdrag fra Helsedirektoratet, har vist at psykologer i kommunen opplever at de ikke får mandat og myndighet til å drive folkehelseiltak. De etterspør en tydeliggjøring av egen kompetanse og rolle på dette området.

## Kjønnsforskjeller i skolen

Flere kvinner i utdanningssystemet er ikke til ulempe for guttene. Og hjerneforskjeller er større enn kjønnsforskjeller. Det går ikke an å bruke evidens for kjønnsforskjeller i hjernen som begrunnelse for å utarbeide ulike pedagogiske opplegg basert på kjønn. Dette er noen av konklusjonene som kommer fram i NOVA-rapporten 5/14, referert i Lektorbladet. Rapporten presenterer forskning fra 2008 og senere om årsaken til kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner. Nytt siden forrige kunnskapsoppdatering er et nevrovitenskapelig bidrag.

## - Norge på «nyfødtstadiet»

Norge er på «nyfødtstadiet» i brukerkompetanse sammenlignet med England og USA, som har jobbet lenger med det, mener familie- og nettverksterapeut Rita K. Klausen. I doktorgradsavhandlingen har hun intervjuet 30 pasienter ved tre ulike distriktspyskiatriske sentre. – Det diagnosebaserte språket hemmer brukermedvirkning. Ta heller i bruk kunnskapen fra pasienten og det erfaringsbaserte språket, sier Klausen, ifølge Erfaringskompetanse.no.



FOTO: UIT

## Mamma slår

Mødre står bak en ikke ubetydelig del av volden mot barn i Norge. Forskerne Anja Emilie Kruse og Solveig Bergman ved NKVTS har spurt mødre selv om hvorfor de gikk over streken, ifølge Kilden, informasjonssenter for kjønnsforskning. – Mødrenes bruk av fysisk vold kan tolkes som forsøk på å stadfeste kontrollen over barna. Men volden kan også være et uttrykk for en opplevelse av mangel på kontroll, sier Kruse. I forskningsrapporten har Kruse og Bergman gjort kvalitative dybdeintervju med sju mødre.





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2014 S. 1062-1069 FAGFELLEVDERT

**EIRIN LORENTZEN**, Avd. for psykosomatikk, Oslo universitetssykehus – Rikshospitalet, Oslo, Norge, **K. BARBARA TUBYLEWICZ-OLSNES**, Privatpraksis, Oslo, Norge, **JIANJUN ZHU**, Psychometrics, Clinical Assessment, Pearson Assessment, San Antonio, USA, **KARI TROLAND**, Norsk senter for dykkermedisin, Yrkesmedisinsk avd., Haukeland universitetssykehus, Bergen, Norge **KONTAKT** elorentz@gmail.com

# SAMMENLIKNING AV NORSKE OG AMERIKANSKE NORMER PÅ WAIS-IV

Sammenlikning av resultatene på to undersøkelses-tidspunkt viste en tendens til lavere skår på WAIS-IV sammenliknet med nye normer fra WAIS-III. For å vurdere hvorvidt dette skyldes forhold ved de skandinaviske normene, ble resultatet reskåret med amerikanske normer. De to normsettene gav tilnærmet identiske resultater.

Wechsler Adult Intelligence Scale, 4. utgave (WAIS-IV) ble utgitt i 2008 i USA (Wechsler Adult Intelligence Scale, 4th ed.), og i 2011 i Norge med skandinaviske normer, felles for Norge, Sverige og Danmark (*Wechsler adult intelligence scale – fourth edition.*). Den tidligere versjonen, WAIS-III norsk utgave (2005), benyttet amerikanske normer. Det er viktige forskjeller mellom WAIS-III og WAIS-IV. Noen deltester er modifisert, andre er erstattet av nye deltester. Deltestene Puslespill og Tegneserier er tatt ut for å minske tidsbruk og krav til håndmotorikk hos testpersonen. Deltestene Visuelle puslespill, Figurvekter og Utstrykning er nye. I WAIS-IV går man bort fra begrepene Verbal- og utførings-IQ, og erstatter det med indeksene Verbal forståelse og Perseptuell resonnering.

### KRYSSKULTURELL VALIDERING

Endring i normer på IQ-test har konsekvenser for hvor mange som blir diagnostisert som psykisk utviklingshemmet (Scullin, 2006). Ved oversettelse av en test til et annet språk, med tilhørende lokal normering, blir det i tillegg et spørsmål om den oversatte versjonens sammenlignbarhet med originalen. Dette kan kort sagt også defineres som det som utgjør

### ABSTRACT

#### *Comparison between Norwegian and American norms of WAIS-IV*

16 patients diagnosed with mild mental retardation, F70/ICD-10, were tested with Wechsler Adult Intelligence Scale - 4th ed. (WAIS-IV). The patients have previously been tested with WAIS-III. The time span between the WAIS-III and the WAIS-IV testing was 6 years. Comparisons of the results from test to retest showed a tendency towards lower score on WAIS-IV with the new norms. To consider whether this would apply to the Scandinavian norms, the results were rescored with American norms. The two sets of the norm results gave approximately identical results.

*Keywords: WAIS-IV, WAIS-III, mild mental retardation, Scandinavian norms, American norms*



Vi vurderte at resultatet kunne gi grunnlag for en viss bekymring for at de skandinaviske normene for WAIS-IV er for strenge

krysskulturell validering. Norge er et lite land som er avhengig av oversatte tester. Spørsmålet omkring validitet og normering av oversatte tester har med jevne mellomrom vært debattert i Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Særlig var det i en periode knyttet bekymring til normene for WISC-III (Strand, 2005). Fordi IQ inngår som et diagnostisk kriterium, vil psykisk utviklingshemning (PUH) være den viktigste kliniske gruppen med tanke på krysskulturell validering av intelligens tester. Krysskulturell validering vil gi bedre vurdering av hvorvidt testledd har progressiv vanskelighetsgrad i en gitt populasjon. I noen kulturer vil et gitt ord kunne forstås av et barn i tidlig alder, i andre kulturer vil det samme ordet ikke forstås før barnet har nådd en viss modning.

På International Neuropsychological Society-møtet (INS) i Oslo 2012 presenterte vi en studie der vi sammenliknet resultatene på WAIS-IV med resultatene på WAIS-III tatt seks år tidligere i et utvalg personer med mild PUH (Lorentzen, Tubylewicz-Olsnes & Troland, 2012).

Utvalget viste gjennomgående svakere resultat på WAIS-IV skåren med skandinaviske normer enn på WAIS-III. Forskjellene var signifikante for Prosesseringshastighet (PSI) og Fullskala IQ (FSIQ), men ikke signifikante for Verbal forståelsesindeks (VCI) eller Perseptuell organisering (POI i WAIS-III), som er parallell til Perseptuell resonnering (PRI i WAIS-IV). Arbeidsminne-indeksen (WMI) var ikke beregnet med WAIS-III.

For WAIS-III lå gjennomsnittlig FSIQ på 57,8, og alle deltakerne skåret innenfor det forventede IQ-området for mild psykisk utviklingshemning i henhold til ICD-10 kriterier. For WAIS-IV lå gjennomsnittlig FSIQ på 53,5, som også ligger innenfor det forventede IQ-området for mild PUH. Et liknende studium ble publisert (Zhou & Zhu, 2007, referert i Wechsler 2008a), der pasienter med mild psykisk utviklingshemning undersøkt med WAIS-III og WAIS-IV oppnådde lavere resultater på FSIQ med gjennomsnittlig 4,1 poeng, og vårt studium viste FSIQ med gjennomsnittlig forskjell 4,3. Selv om gjennomsnittet for gruppen lå innenfor det forventede, fant vi noen avvik. Nær 1/3 av deltakerne i vår studie oppnådde skårer i området moderat psykisk utviklingshemning. Nærmere inspeksjon av data viste at de det gjaldt, skåret i nederste del av området for mild PUH da de ble testet med WAIS-III. Likevel vurderte vi at resultatet kunne gi grunnlag for en viss bekymring for at de skandinaviske normene for WAIS-IV er for strenge. For å forstå disse forskjellene fant vi det riktig i første omgang å sammenlikne de skandinaviske normene på WAIS-IV med de originale, amerikanske normene. Problemstillingen er av vesentlig betydning for klinisk praktiserende psykologer som bruker WAIS i diagnostisering. På tross av ITCs (International Test Commission) uttalte anbefalinger er uavhengige krysskulturelle studier av tester og test-normer fortsatt mangelvare.

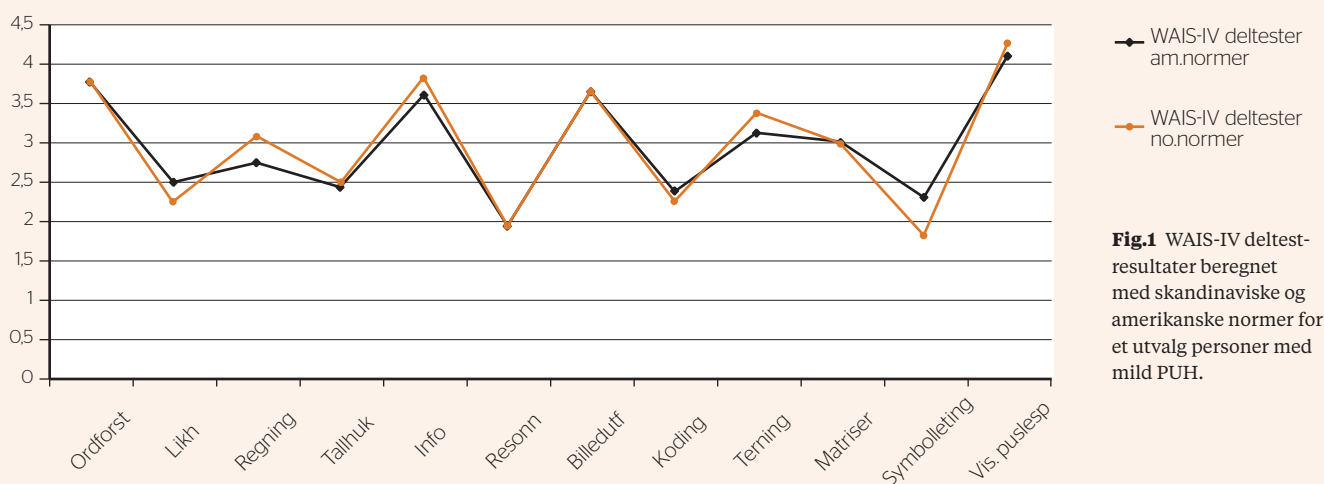
Målsettingen med vår studie var å vurdere hvorvidt de skandinaviske normene samsvarer med de originale amerikanske normene på WAIS-IV i et utvalg av personer med mild PUH. Så vidt vi kjenner til, er det ikke gjort noen tilsvarende studie.

#### UTVALG

16 pasienter med mild PUH som 6 år tidligere hadde deltatt i en studie av WAIS-III (Lorentzen og Troland, 2010), ble undersøkt med WAIS-IV på Avd. for nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus – Ullevål. Deltakerne ble rekruttert gjennom tilfeldig uttrekk fra pasientarkiv eller ved henvisning til avdeling for voksenhabilitering. Gjennomsnittlig alder hos

**Tabell 1** WAIS-IV indeksskårer med skandinaviske og amerikanske normer i et utvalg personer med mild PUH.

N=16	Skandinaviske normer		Amerikanske normer	
	Gjennomsnitt	SD	Gjennomsnitt	SD
Verb.forståelse	60.9	6.4	61.2	5.8
Persept.res.	61.8	6.0	61.6	6.7
Arbeidsminne	59.7	6.0	58.4	6.8
Prosess.hast.	56.3	6.0	55.8	6.4
FSIQ	53.5	5.6	53.4	5.5



**Fig.1** WAIS-IV deltest-resultater beregnet med skandinaviske og amerikanske normer for et utvalg personer med mild PUH.

pasientene, hvorav 62,5 %, kvinner, var 38,6 (SD 14,2). Alle deltakerne fylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene for mild MR, som ble brukt i valideringsstudiene til WAIS-III (jf. WAIS-III technical manual, 2002). Inklusjonskriterier for deltakelsen var at intelligensen skal være under 70, utviklingshemmingen skal ha vist seg før 18 års alder, og det skal ikke være noen kjent ervervet hjerneskade. I tillegg skal deltakerne ha deltatt på studien vår fra 2010. Deltakerne ga informert samtykke. Deltakernes samtykkekompetanse ble vurdert. Prosjektet var godkjent av Regional Etisk Komité.

### STATISTIKK

Råskårerresultater ble omregnet til avledede skårer med skandinaviske og amerikanske normer, ved henholdsvis Oslo universitetssykehus – Ullevål og Pearson Clinical Assessment, San Antonio, USA. Dataanalysene ble gjort med Statistical Package for Social Sciences, versjon 17.0 (SPSS17.0). Gjennomsnitt og standardavvik ble beregnet for IQ og indeksskårer. De samme beregningene ble gjort for skalerte skå-

rer på alle gjennomførte delprøver. Det er brukt alderskorrigerte skårer i alle analysene. Resultatene for WAIS-IV ble skåret henholdsvis med skandinaviske og amerikanske normer sammenliknet ved hjelp av Paired sample T-test.

### RESULTATER

Tabell 2 viser Fullskala IQ og indekser beregnet med henholdsvis skandinaviske og amerikanske normer. Det var bare små forskjeller mellom de skandinaviske og de amerikanske skårene. Arbeidsminne-indeksen viste den største forskjellen, der de skandinaviske normene gir 1,3 poeng bedre skår enn det de amerikanske normene gjør. Ingen av forskjellene var signifikante.

Y-aksen representerer alderskorrigerte skalerte skårer på WAIS-IV deltester. Den røde linjen viser skalerte skårer basert på skandinaviske normer, og den blå linjen viser skalerte skårer basert på amerikanske normer.

Som det fremgår av figur 1, var det ingen forskjeller i skår basert på henholdsvis skandinaviske og amerikanske normer for 10 av 12 del-

»

tester. De skandinaviske normene ga litt høyere skår på deltestene Regning og Terningmønster, og litt svakere skår på deltesten Symbolleting. Forskjellene var ikke signifikante.

### DISKUSJON

I vår studie av 16 personer med kjent mild psykisk utviklingshemning finner vi ingen signifikante forskjeller mellom de skandinaviske og de amerikanske normene på WAIS-IV, verken på deltester, indekser eller fullskala IQ.

Forskjellene vi tidligere fant mellom WAIS-III og WAIS-IV, kan ha flere årsaker. Våre funn tyder på at forskjellene ikke skyldes at de skandinaviske normene avviker fra den amerikanske originalen.

Ved renormering eller nye utgaver av tester må en forvente strengere normer som følge av Flynn-effekten (Flynn, 2009). I vårt materiale var forskjellene imidlertid noe større enn det man ville forvente som Flynn-effekt. En mulig forklaring kan være, som Flynn (2009) antyder, at WAIS-III allerede ved normering gav for høye IQ-skårer. På den annen side fant Bosnes & Troland (2012) i motsetning til de skandinaviske normene at de amerikanske normene på WAIS-III passer godt på et utvalg av HUNT 3-populasjonen. Tidsintervallet mellom testingene er 6 år, og en kan heller ikke utelukke at forskjellene skyldes en reell reduksjon i kognitiv fungering hos deltakerne (Krinsky-McHale & Silverman,

2013). Dette motsies ved at en fant en tilsvarende forskjell i den svenske valideringsstudien WAIS-III/WAIS-IV, beskrevet i WAIS-IV manual (2011, s. 60), hvor man fant WAIS-IV IQ 108,6 og WAIS-III 113,7. Resultatene er akkurat maken som vår studie, bare at våre pasienter fungerte dårligere i utgangspunktet, gjennomsnitt WAIS-IV 58,5, og WAIS-III 62,6. Med andre ord viser det at svakere resultat kan skyldes både en objektiv lavere fungering av pasienten så vel som aspekt ved testens psykometriske egenskaper.

Utvalget i denne studien er for lite og studiedesignen uegnet til å gi noe nærmere svar på hva som kan være årsakene til de observerte forskjellene mellom WAIS-III- og WAIS-IV-skårer, ut over det at forskjellen ikke kan tilskrives forskjeller mellom skandinaviske WAIS-IV-normer og de originale amerikanske WAIS-IV-normene. Bruk av tester i diagnostisering krever et bevisst forhold til normer og valg av testversjon. For streng normering kan i verste fall føre til overdiagnostisering av PUH og omvendt underkjenning av PUH ved svak normering, eller bruk av gamle tester (Strand, 2005). Ved langsiktig oppfølging av pasienter må man ta hensyn til at nye versjoner av test kan gi et svakere resultat uten at det skyldes en reell reduksjon i funksjon. Hvis en vil se på utvikling hos en enkelt pasient, kan det være grunn til å anbefale at en bruker samme versjon av test og samme normsett ved oppfølging. ✘

### REFERANSER

- Bosnes, O. & Troland, K. (2012). Wechsler Memory Scale-III og Wechsler Adult Intelligence Scale-III utprøvd i et utvalg av HUNT-3 populasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 462–467.
- Flynn, J. R. (2009). The WAIS-III and WAIS-IV: Daubert motions favor the certainly false over the approximately true. *Applied Neuropsychology*, 16(2), 98–104.
- Krinsky-McHale, S. J. & Silverman, W. (2013). Dementia and mild cognitive impairment in adults with intellectual disability: issues of diagnosis. *Developmental disabilities research reviews*, 18(1), 31–42. doi: 10.1002/ddrr.1126
- Lorentzen, E. & Troland, K. (2010). Cross-Cultural Validation of WAIS-III in Mental Retardation. Posterpresentasjon på Internasjonal Neuropsychological Society, Mid-Year Meeting, Krakow/Polen.
- Lorentzen, E., Tubylewicz-Olsnes, K. B. & Troland, K. (2012). The Changing Methods: comparing WAIS-III and WAIS-IV results in patients with Mild Mental Retardation. Posterpresentasjon på International Neuropsychological Society, Mid-Year Meeting Oslo/Norge.
- Scullin, M. H. (2006). Large state-level fluctuations in mental retardation classifications related to introduction of renormed intelligence test. *American Journal of Mental Retardation*, vol.111, 5:322–335 (2006).
- WAIS-III Wechsler Adult Intelligence Scale-third edition WMS-III Wechsler Memory Scale third edition (2002) Psychological Corporation; USA. Wechsler, D (2008). *Wechsler adult intelligence scale – fourth edition*. San Antonio, TX: NCS Pearson Inc.
- Wechsler, D (2008b). *WAIS-IV Technical and Interpretive manual*. San Antonio, TX: PearsonWechsler, D (2011). *Wechsler adult intelligence scale – (4th ed.)*. (Norsk versjon). Stockholm: NCS Pearson NCS



## God jul ... på grunn av kva då?

Litt gamal (men veldig sesongrelevant) amerikansk forskning viser at KrF-veljarar kanskje er dei mest lukkelege når juleklokkene ringer.

I 2002 publiserte Tim Kasser og Kennon Sheldon ved Knox Universitet i Illinois, USA ein artikkel som dei kalla *What makes for a Merry Christmas?*. Tidlegare studiar hadde indikert at sju (sic!) ingrediensar utgjer julefeiringa for dei fleste: tid med familien, religiøse aktivitetar, oppretthald av tradisjonar (for eksempel pynting av tre), bruke pengar på andre ved å kjøpa gåver, ta imot gåver frå andre, hjelpa vanskelegstilte rundt seg, og nyting av sanseintrykk knytt til høgtida (som god mat og drikke).

Kasser og Sheldon undersøkte dei sju ingrediensane ved hjelp av Satisfaction With Life Scale. Deltakarane fekk presentert 25 erfaringar og aktivitetar og blei bedne om å poengsetta i kor stor grad dei opplevde desse i høgtida som nett var omme. Eitt poeng betydde at aktiviteten var heilt fråverande, fem poeng betydde at dei hadde opplevd mykje av dette i si julefeiring.

Tre firedelar av dei 117 personane mellom 18 og 80 som tok del i studien, karakteriserte julefeiringa si som tilfredsstillande. Ein av ti hadde hatt ei veldig dårleg jul. 44 prosent hadde ei stressande jul, men hevdar likevel å vera tilfredse. Snittskåren på dei sju aktivitetane var som følgjer: tid med familien: 4,05, nyting av mat og drikke: 3,22, religiøs aktivitet: 2,88, tradisjonar: 2,87, bruke pengar på andre: 2,84, mottak av gåver: 2,40, hjelpa andre: 2,44.

Folk rapporterte mest lukke når dei la stor vekt på familie og religiøse opplevingar, medan vektlegging av å bruka pengar og å få gåver førte til lågare lukkekjenle. Studien viste også at menn i snitt var lukkelegare og mindre stressa i jula enn kvinner. Eldre var lukkelegare enn yngre, men dette, meiner Kasser og Sheldon, lét seg i stor grad forklara med at denne gruppa tok del i fleire religiøse aktivitetar. Ingen andre demografiske mål gjorde utslag. At du er rik, smart og har fast følgje, ser altså ikkje ut til å spela inn på julelukka, ifølgje denne studien.

Dei materialistiske sidene ved moderne julefeiring kan undergrava trivnaden, medan familie og andelge aktivitetar kan hjelpa folk til å kjenna seg meir tilfredse, konkluderte Kasser og Sheldon.

**Referanse:** Kasser & Sheldon (2002). What makes for a happy christmas? *Journal of Happiness Studies*. Side 313-329.

## Bedre forskning når pasienter deltar

Brukermedvirkning i forskning gir mer relevante funn, mener forskere.

Økt brukermedvirkning i forskning og innovasjonsprosesser er et satsingsområde i HelseOmsorg21, som skal utvikle en forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorgssektoren i Norge. Forskningsrådet jobber nå med å finne nye måter å involvere brukere i helseforskningen på.

I november arrangerte Kunnskapscenteret og Norges forskningsråd konferansen *Fra ord til handling*. En av hovedtalerne var den nederlandske pasienten og forskeren Maarten de Wit. Han mener helseforskere som involverer pasienter i prosjektene, enten det er grunnforskning eller utvikling av nye behandlingsformer, kan få resultater som er mer anvendelige og tar mer hensyn til pasientenes behov. De Witt tror pasienter oftere ønsker råd om temaer som fysisk trening, kosthold og livsstilsendringer.

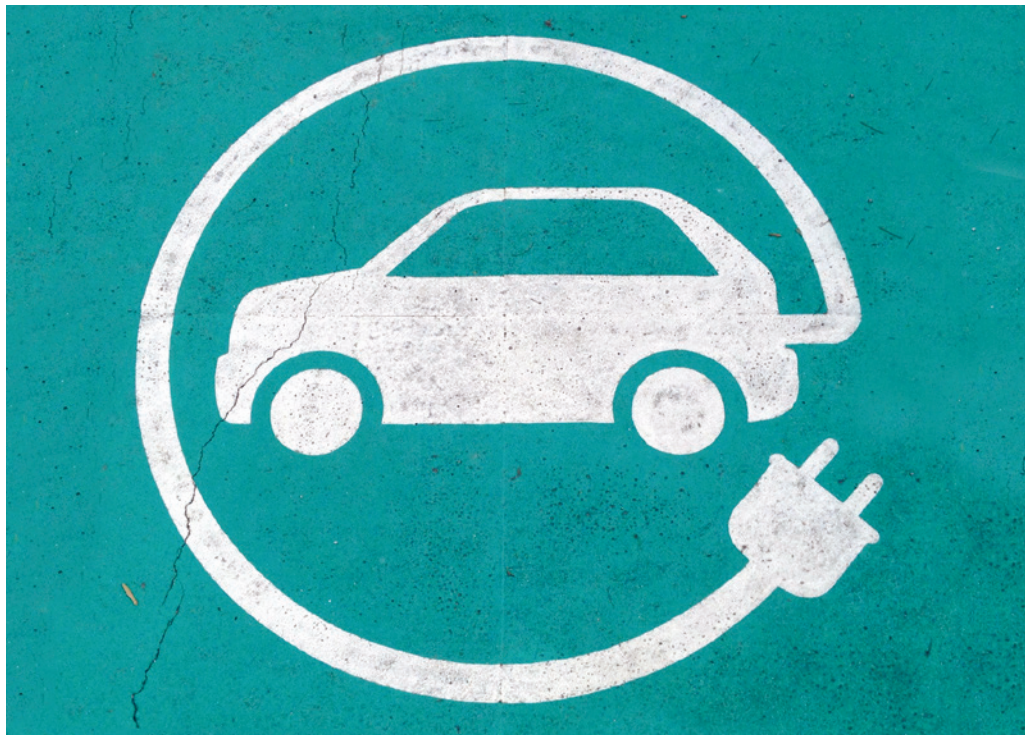
– Vi trenger mer forskning om hvordan vi kan tilrettelegge for at folk kan fortsette med livet sitt, sier han.

Brukermedvirkning i helseforskning kan også dreie seg om prioriteringer av hva det skal forskes på, hvordan forskningen skal gjennomføres og hvordan resultatene skal formidles, ifølgje avdelingsdirektør Gro Jamtvedt ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Hovedgrunnen til økt satsing på brukermedvirkning er at det er lagt frem flere rapporter som viser at forskernes prioriteringer ikke er i samsvar med det store pasientgrupper opplever som relevant, opplyser hun.

– Det er for eksempel slik at mange pasienter ønsker mer informasjon om hvordan de kan leve med sykdommene sine, slik de Wit sier.

**Kilde:** Når pasienter blir forskere, blir forskningen bedre. *forskning.no*



**PROFESSOR  
DR. CHRISTIAN  
A. KLÖCKNER,**

Psykologisk institutt,  
NTNU. Utdannet som  
miljøpsykolog ved  
Ruhr-Universitetet  
Bochum i Tyskland.

# Elbil gir god samvittighet

Hvordan kan psykologisk forskning forklare miljøvalg? Et nylig avsluttet forskningsprosjekt undersøkte hva som motiverer nordmenn når de kjøper bil.

**SAMFUNN I DAG** står overfor mange og alvorlige miljøproblemer forårsaket av måten vi lever på. Lenge har ingeniørene, økonomene og politikerne vært dem som skulle finne svarene på hvordan vi kan sikre en bærekraftig utvikling. Men erfaring viser at ny teknologi ikke blir tatt i bruk eller brukt på en optimal måte, økonomisk styring har mindre effekt enn man skulle forvente, og politiske endringer lar vente på seg. Psykologisk forskning kan bidra i denne sammenhengen.

Miljøpsykologien har i mange tiår, siden oljekrisen på 70-tallet, undersøkt hvordan vi kan forstå, predikere og endre menneskers atferd i en mer bærekraftig retning. Steg, van den Berg og de Groot (2012) gir en god oversikt over den aktuelle europeiske miljøpsykologien; Fyhri, Hauge og Nordh (2012) oppsummerer den norske miljøpsykologien.

Valg og bruk av bil har mye å si for utslipp av CO<sub>2</sub> og for bymiljøet. I et nylig avsluttet forsk-

ningsprosjekt utforsket doktorgradsstudent Alim Nayum og undertegnede hvilke vurderinger individer gjør ved kjøp av ny bil, og hvordan valg av bil påvirker måten bilen ble brukt på i etterkant av kjøpet. Vi undersøkte hvilke faktorer som påvirker kjøp og bruk av stor bil, liten bil eller elbil. Alle nordmenn som kjøpte ny personbil til privat bruk i november eller desember 2011, pluss alle som kjøpte elbil i løpet av 2011, ble spurt om å delta i undersøkelsen.

### ELBILEIERE KJØRER MER

Funnene knyttet til anskaffelse og bruk av elbil var spesielt interessante. Vi fant at elbilkjøpere ikke er mer opptatt av miljø og heller ikke har sterkere miljøverdier enn vanlige bilkjøpere, men allikevel er mest *motiverte* av alle bilkjøpere til å eie elbil. Så hvor kommer motivasjonen til å eie elbil fra, hvis gruppen ikke er mer miljøbevisste enn andre bilkjøpere? Det som virkelig skiller elbilkjøpere fra andre, er at de vurderer selve *bilen* på en annen måte. Vi fant at elbileierne opplever det som enklere enn andre å bruke denne typen biler. Sammenlignet med kjøpere av ordinære biler, synes de det er mye mindre viktig at bilen er komfortabel og at det skal være *gøy* å kjøre, de synes det er mye mindre viktig at bilen har mye teknisk tilleggsutstyr, og de er mer opptatt av miljøaspekter ved bilen. Med andre ord synes det som at valg av elbil handler vel så mye om praktiske hensyn som om miljøhensyn.

Måten elbilkjøperne brukte bilen på, var iøynefallende. Kjøpere av elbil rapporterer at de bruker den mye. Etter anskaffelse av elbil erstatter de mange turer med vanlig bil med elbil, men de kjører også *mer* enn andre bileiere, det vil si, en større andel av deres mobilitet blir knyttet til bil. Dette gjenspeiles særlig i enkelte psykologiske variabler: De er atskillig mindre opptatt av at bilkjøring forårsaker miljøproblemer, de bryr seg i mindre grad om reduksjon av bilbruk eller om å la bilen bli stående (Klößner, Nayum & Mehmetoglu, 2013). Man kan si at elbilkjøpere får god samvittighet med på kjøpet.

### PSYKOLOGISKE BESLUTNINGER

Norge er verdensledende i elbilbruk, samtidig som temaet er omdiskutert. Om elbilen i seg selv er et godt miljøtiltak, ble ikke tematisert i studien, men undersøkelsen berører spørsmålet om hva det i realiteten innebærer å elektrifisere større deler av bilparken. Bilkjøring belaster byene ikke bare på grunn av utslipp, men også på grunn av plassbruk, mer trafikk og trafikkulykker. God samvittighet for å eie elbil kan dermed føre til utiliserte negative konsekvenser.

Studien viser også at den personlige intensjonen om å kjøpe en miljøvennlig bil er den viktigste faktoren som bestemmer valg av bil sammenlignet med demografiske forhold som inntekt eller familiestruktur. Dette understreker betydningen av psykologiske vurderinger i viktige beslutninger. Den nest største faktoren er forresten merkeloyalitet, særlig hos kjøpere av store biler (Nayum & Klößner, 2014). Så lenge produsentene av de største bilene med de mest lojale kundene ikke kommer på banen med bil med mindre utslipp, så er denne gruppen av kunder vanskelig å nå.

Skal vi redusere utslipp fra transportnæringen betydelig, er det fra mitt ståsted viktig å forstå forbrukerpsykologien på en helhetlig måte som omfatter både kjøp og bruk av teknologi. ❖

## Kjøp og bruk av bil i Norge

- 1421 kjøpere av konvensjonelle biler og 372 kjøpere av elbiler ble spurt med to omfattende online-spørreskjemaer om variabler angående bilkjøpet (retrospektivt) og bilbruk. Spørreskjemaene tok for seg psykologiske, strukturelle og demografiske variabler.
- Informasjonen ble brukt til å se på kjøperprofiler til bilkjøperne, variabler som påvirker bilkjøpet, og sammenhengen mellom kjøpet og bruken av bilen i ettertid.
- Studien viste at elbilkjøpere generelt ikke er mer miljøvennlige enn andre bilkjøpere.
- De synes det er mindre viktig at bilen er komfortabel. De er også mindre merkelojale enn andre bilkjøpere. Sammenlignet med andre bilkjøpere synes de at det er enklere å bruke en elbil i hverdagen.
- Elbilkjøpere bruker bilen oftere enn andre bilkjøpere.
- Å slippe å betale bompenger er det viktigste insentivet for elbilkjøpere, noe som har en tydelig psykologisk komponent, nemlig at man «hevner» seg mot staten som krever dem inn.

### REFERANSER

- Fyhri, A., Hauge, Å. L. & Nordh, H. (2012). *Norsk Miljøpsykologi – Mennesker og omgivelser*. Oslo: Sintef akademisk forlag.
- Klößner, C. A., Nayum, A. & Mehmetoglu, M. (2013). Positive and negative spillover effects from electric car purchase to car use. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, 21, 32–38.
- Nayum, A. & Klößner, C. A. (2014). A comprehensive socio-psychological approach to car type choice. *Journal of Environmental Psychology*.
- Steg, L., van den Berg, A. E. & de Groot, J. I. M. (2012). *Environmental Psychology: An Introduction*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

# Inntrykk



Doktorgradsoppgaven til Jon Morgan Stokkeland har gjort inntrykk på Henrik Kamphus.

Side 1075

Hva skaper vekst og hva skaper stagnasjon hos terapeuter?

Side 1076

Andrew Solomon skriver engasjerende, men for omfattende, synes vår anmelder Pål Grøndahl.

Side 1074

## Har du lyst å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Send forespørsel/ teksutkast på e-post til perolav@psykologtidsskriftet.no eller nina@psykologtidsskriftet.no.

Vi ønsker også bokessay/ kulturessay som har en psykologisk tematikk og forankring.

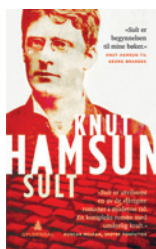
## ESSAY

# Når to menn våkner

Det er flere likhetstrekk enn man skulle tro mellom Hamsuns modernistiske roman, *Sult*, og tv-serien *The Walking Dead*, produsert 120 år senere.



**FRANK DARABONT**  
*The Walking Dead*  
– sesong 1  
AMC, 2010



**KNUT HAMSUN**  
*Sult*  
Gyldendal, 2009 [1890]

**ANMELDT AV**  
Svein Øverland,  
psykologspesialist

**TO MENN** I sin beste alder våkner opp, men i verdener som på hver sin måte er ødelagt. Den ene av borgerskapets dobbeltmoral og manglende kontakt med det som er viktig. Den andre av en epidemi som gjør menneskene til zombier på stadig jakt etter ferskt kjøtt.

De blir begge liggende og se seg rundt. Den ene ser et fattigslig innredet rom, «som en gisten, uhyggelig Ligkiste». Den andre ser forundret på noen visne blomster som er plassert ved siden av sykesengen. Han vet det ikke ennå, men han har våknet opp til en død verden befolket av levende døde. Begge reiser seg og går ut i verden. To sultne menn som i hver sin verden og på hver sin måte forsøker å overleve. De har ikke noe annet valg. Slik starter henholdsvis *Sult* av Knut Hamsun og TV-serien *The Walking Dead*.

I Knut Hamsuns *Sult* møter vi en navnløs person som vandrer planløst rundt i Kristiania halvdød og halvgal av sult. Sulten handler ikke bare om mat. Den gjelder også noe annet som han eller vi ikke helt vet hva er.

I *The Walking Dead* møter vi Rick, som i tillegg til å være på jakt etter noe å spise, også må unngå å selv bli spist av levende døde. Både Den navnløse og Rick forstår at å leve handler om noe mer enn bare å overleve, men de er ute av stand til å gjøre noe med det. Mens Den navnløse i *Sult* vikler seg inn i sin fortvilelse og feilslåtte fantasier, må Rick stadig redde seg ut av en uendelig rekke av desperate situasjoner.





### EN STOR INTETHET

De fleste har lest eller husker i hvert fall starten av *Sult*. Romanen begynner med de kjente ordene: «Det var i den tid jeg gikk omkring og sultet i Kristiania». Paul Auster (1997) har, rundt 100 år etter, oppsummert historien på følgende måte: «Hamsuns character systematically unburdens himself of every belief in every system, and in the end, by means of the hunger he has inflicted upon himself, he arrives at nothing. There is nothing to keep him going and yet he keeps going». Atle Kitang (1984) viser til at den typiske Hamsun-helten er «Vandraren, mennesket utan heimstavn som lever i kraft av ei kvilelaus rørsle mellom verkets geografiske, moralske og eksistensielle 'stader', i eit permanent symbolsk grenseland». Det samme kan sies om Rick i *The Walking Dead*. Vi følger ham og føler med ham når hans kone og venner dør en etter en. Vi befinner oss i en post-apokalyptisk verden. Vi får ikke vite mye om hva som har forårsaket katastrofen. Rick vet enda mindre ettersom han våkner opp til denne verdenen etter en koma og i første omgang må komme seg ut av sykehuset uten selv å ende opp som en zombie. Rick blir traumatisert, blir psykotisk, og

mister alt håp. Men han fortsetter. Vi som ser på, fortsetter å følge ham på tross av at det ikke er noen Happy Ending i sikte.

Auster fremhever dessuten noe annet om *Sult* som passer like godt til *The Walking Dead*: «Although *Hunger* puts us in the jaws of misery, it offers no analysis of that misery, contains no call to political actions.» I de klassiske zombiefilmene er det særlig de umoralske og selvhøytidelige som får unngjelde. Men i *The Walking Dead* blir ingen spart. Som i det virkelige livet er det ikke rettferdig hvem som får leve og hvem som må dø.

TV-serien er løselig basert på Robert Kirkmans omfattende tegneserieepos med samme navn. Den har kommet ut siden 2003, og det er ingenting som tyder på at den noen gang kommer til å avsluttes. Kirkman har sagt at hans prosjekt er å «utforske hvordan mennesker reagerer på ekstreme situasjoner, og hvordan disse hendelsene forandrer dem». Han tilføyer at det er en bonus hvis folk blir skremt, men at det ikke er det viktigste. *The Walking Dead* finnes dessuten som dataspill og i bokform, med andre ord representerer historien en sjangerblanding som synes å ha fått sin egen dynamikk. Igjen er likheten med *Sult* slående.

**ANDREW LINCOLN**  
(fremst i bildet) spiller hovedpersonen Rick i serien *The Walking Dead*. (Foto: AMC)





I Sverige brukes en lærerversjon av «The Walking Dead» i skolen for å få elevene til å interessere seg for litteratur og filosofi

Også *Sult* har blitt filmatisert (1966), og et besøk på Hamsun-senteret (både online og på Hamarøy) viser at romanen har ført til en omfattende «spin-off produksjon». Og som *The Walking Dead* var også *Sult* sjangersprengende da den utkom. Hamsun var en av flere forfattere fra «fin de siècle»-generasjonen som så på seg selv som et korrektiv til naturalismen. De var heller opptatt av det mystiske, av undergangsfantasier og det fremmedgjorte massefunnet. De beskrev ikke akkurat zombier, men sammenlignet gjerne Kvinnen med Vampyren.

Hamsuns forfatterskap generelt, og *Sult* spesielt, har vært gjenstand for flere tolkninger ut fra et psykologisk og særlig psykoanalytisk perspektiv (for eksempel Hitschmann, 1924 og Braatøy, 1929). Det samme skjer nå med «The Walking Dead» og zombiefenomenet. Filosofen David Chalmers har i sin bok *The Conscious Mind* brukt zombier som utgangspunkt for et tankeeksperiment knyttet til den evige diskusjonen om sjelen er en del av eller uavhengig av kroppen. Nylig utkom også boken «The Walking Dead and Philosophy» (2012), der en rekke fremstående filosofer behandler etiske og filosofiske temaer fra tegne-/TV-serien.

Den kjente danske skribenten Henrik Palle anmeldte i fjor *The Walking Dead* for avisa Politiken med følgende morsomme betraktning:

Havde man en forkærlighed for zombiefilm, holdt man det for sig selv, og bragte man endelig emnet op i selskabelige sammenhænge, måtte man finde sig i at blive set på med øjne, som havde man netop bekendt for selskabet, at man altså gik og døjede med et grimt og halsstarrigt angreb af neglesvamp; ikke for alvor socialt stigmatiserende, men stadig lidt pinligt og ikke en del af selv den bredt accepterede gode smag.

*The Walking Dead* er i ferd med å endre dette. I Sverige brukes en lærerversjon av serien i skolen for å få elevene til å interessere seg for litteratur og filosofi, og i enkelte stater i USA brukes også dataspillet for å spille ut etiske dilemmaer.

#### MENNESKEDYRET

Psykologi er filosofi i praksis. Som psykologer må vi forholde oss til etiske og filosofiske dilemmaer både som terapeuter, maktmennesker og medmennesker. Alle vet at innsikt og refleksjon er en forutsetning for å løse slike dilemmaer.

Men vi glemmer ofte at vi i tillegg trenger et tilfang av ideer for å bevare og utvikle nysgjerrigheten og til å utforske dilemmaene. Selv har jeg alltid lest mye, og som mange før meg har jeg funnet trøst og inspirasjon hos Shakespeare, Hesse og Kierkegaard. Jeg vokste opp med Fjersynsteateret og *Pompej og Pilt*. Jeg har ledd av Donald, vært kåt på Månestråle og vært fortvilet over å stå fast i dataspillet *Donkey Kong*. Alt dette har lært meg å sette pris på både seriøse og «useriøse» kulturuttrykk. Og selv om jeg i de siste årene har lært å bli glad i «nye» forfattere som Askildsen og Murakami, finner jeg stadig oftere de grensesprengende ideene i Science fiction (for eksempel hos Ian Banks og Dan Simmons), i dataspill (for eksempel *Last of Us*) og tegneserier (for eksempel Paul Kirkland).

Som tittelen viser til, spiller *The Walking Dead* på en tvetydig dobbelthet mellom de udøde zombiene og de overlevende menneskene. Den verden de kjente, er borte for alltid. Deres nærmeste er drept, spist eller selv blitt til zombier. De må selv drepe både zombier og noen ganger mennesker for å beholde livet. Resultatet er for mange et sjelelig forfall eller en sjelelig død som gjør det vanskelig å skille mellom de to gruppene.

Nylig begynte femte episode av TV-serien. Jeg skal snart røpe noe fra den, men vil først beskrive en scene fra siste episode av forrige sesong. Rick og sønnen Carl har kommet vekk fra sine venner, men har nylig blitt funnet av vennen Michonne. Fengselet som de hadde hatt som trygg base(!), er brent ned, de har ikke spist eller sovet ordentlig på mange døgn, og Rick har så vidt unngått å bli drept av en gruppe ekstremt voldelige menn. På tross av dette begynner den lille gruppen å finne tilbake til et håp om at ting kan bli bedre. Både Rick og Carl har balansert på grensen mellom psykose og villskap, men har funnet tilbake til seg selv og hverandre. Så blir de overmannet. Ikke av zombier, men av mennesker. Av den samme gjengen som Rick trodde han hadde kommet seg unna. Rick blir presset til å se på mens de andre forbereder seg på å voldta og drepe både Michonne og Carl. Rick er uten våpen og uten mulighet til å slå. Men han kan bite. Og med et kast på hodet, river han av en stor bit av halsen på gjenglederen. Blodet spruter slik det bare gjør i ordentlige splatterfilmer, men med en mørk ikke-ironisk grufullhet som får oss til å forstå at menneskene kan bli verre monster

# Ferskvare

enn zombieene noen gang kan bli. Ricks handling er så brutal at alt annet stopper opp, og Rick og Michonne dreper overfallsmennene i kaoset som følger. Rick fortsetter å stikke kniven i mannen som forsøkte å voldta hans sønn selv lenge etter at han er død. Når det er over, zoomes det inn på hvordan Michonne forsøker å trøste Carl. Vi forstår at det ikke er traumatet han har blitt utsatt for, som er problemet, men at han har sett sin far miste kontrollen over seg selv.

I den nåværende sesongen er dette temaet enda tydeligere. Verden begynner å bli mer oversiktlig. Små grupper av mennesker begynner å organisere seg, og et lite håp tennes om at verden kan bli som før. Samtidig er det stadig mer tydelig at det er menneskene som er monstrene, ikke de viljeløse og saktegående zombieene. De overlevende synes å ha ulike og til dels konkurrerende måter å forstå verden på. Rick forsøker å overbevise Carl om at han aldri *kan* eller *må* føle seg trygg. Carl forsøker derimot å overbevise sin far om at trygghet er og *må* være mulig. Spørsmålet er om vi er vitne til en «restart» av sivilisasjonen, via fasene vi kjenner fra menneskets evolusjon, fra de første primatene – eller er vi vitne til en «devolusjon», til en alternativ virkelighetsforståelse og moral? Og som alltid lurar de virkelige store spørsmålene i bakgrunnen: Hva er meningen med det hele? Er det en mening med livet annet enn å holde seg levende? Har vi muligheten til individuelle valg? Er mennesket godt eller ondt? Og har slike spørsmål noen verdi i det hele tatt?

Slutten på *Sult* er også tveetydig. Den navnløse finner endelig noe å spise. Men når sulten er stillet, kommer kvalmen. Det han så lenge har lengtet etter, gir ham ikke det han så lenge har ønsket seg. «Nu sulted jeg ikke mer, blot den søde Mad, jeg hadde nydt, begynte at volde mig ondt». Fraværet av sult fører hverken til bedre tanker eller bedre handlinger. Isteden fantasierer han om å skjære over fortøyningen til skipet som ligger til havn der han sitter. Og selv om Den navnløse kommer seg ut og vekk fra byen, skjer det ikke som et resultat av noe overveid eller bevisst valg. Nærmest ved en tilfeldighet kommer han i snakk med han som gir ham hyre om bord. Fortellingen slutter med at han «vaad af Feber og Mathed» sier farvel til Kristiania. Men det er et farvel «for denne Gang...», – et «to be continued» i beste TV-serie- og Walking Dead-tradisjon. ❌



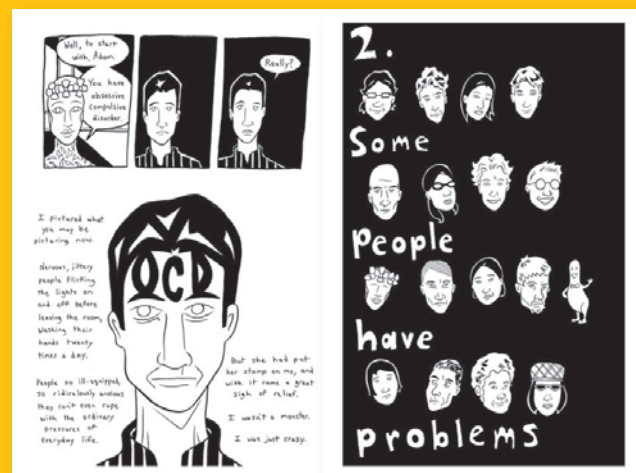
## 17 terapeutisk metoder

Boka presenterer norsk psykoterapeutisk praksis gjennom 17 metoder og tilnærminger innenfor individualterapi, familie- og barneterapi og gruppeterapi. Gjennom kasusbeskrivelser tar forfatterne leseren med inn i terapirommet og viser frem de enkelte metodenes særpreg. Den nyeste forskningen om psykologisk behandling blir pre-

sentert, og boken viser også hvordan og hva man skal fokusere på for å bli en god terapeut, uavhengig av hvilken metode man velger å ta i bruk for å hjelpe.

Leif Edward Ottesen Kennair, Roger Hagen:  
**Psykoterapi. Tilnærminger og metoder**

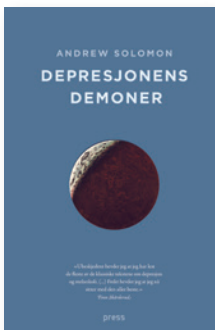
**JOBBS FOR ALLE:** Nettportalen [jobbforalle.no](http://jobbforalle.no) er et stillingsmarked som skal bidra til inkluderende arbeidsliv i praksis. Nettsiden drives av magasinet Velferd, og målet er å høvle ned den høye terskelen mange snubler i når de forsøker å få seg jobb. Her kan mennesker som sliter med å dra veksler på vanlige rekrutteringskanaler møte virksomheter som tar sin del av ansvaret for et mer inkluderende arbeidsliv. For en annonse her forteller om arbeidsgivere som har en åpen holdning og tilrettelegger for ulike søkere. Og det kan kjennes trygt for mange arbeidssøkere med hull i CVen.



**JEG ER GAL:** På Facebook kan du lese tegneserien «I'm Crazy» av Adam Bourret. Dette er - for å låne fra forfatterens egne ord - en sann fortelling om Bourrets liv med tvangslidelse, ikke minst tvangstanker som setter seg fast og påvirker både ham selv og hans relasjoner.

# Depresjonens herjinger

Forfatteren Andrew Solomon beskriver sin egen og andres depresjoner på en inngående og følsom måte, men boken er omfattende og ujevn.



Andrew Solomon  
*Depresjonens demoner*  
Forlaget Press, 2014

I sin 600 sider lange bok «Depresjonens demoner» beskriver forfatteren Andrew Solomon depresjon fra omtrent alle mulige vinkler. Han beskriver sin egen og andres depresjoner på en inngående og følsom måte. I arbeidet med boken har han intervjuet hundrevis av deprimerte mennesker, noe som må være en prestasjon for en person som har vært så tungt deprimert som han har vært.

Solomons bok har vært utgitt tidligere, og i en telefon til forlaget fremkommer det at boken i lengre tid har vært utilgjengelig i Norge. Da boken første gang kom ut i 2001, skrev den allestedsnærværende psykiater Finn Skårderud en nærmest panegyrisk omtale av den. Nå ønsket forlaget en nyttegivelse i og med at temaet slett ikke har gått ut på dato.

## PRØVE DET ALLER MESTE

De fire første kapitlene tar leseren igjennom depresjon som fenomen, og reflekterer mye av forfatterens egen historie. Man kan trygt si at han har prøvd det aller meste av både tradisjonell og alternativ behandling. Hans evaluering i kapittel tre av de 11 terapeutene han oppsøkte før han fant en han trivdes med, er kostelig lesning. Hans forsøk på alternative behandlingsformer virker forvirrende og skremmende. Et kapittel vies rusmiddelmisbruk, et annet selvmord og ett handler om ulike populasjoner. I det sistnevnte kapitlet skriver han om homofili, depresjon og identitetsutvikling på en glimrende måte. Samtidig synes jeg at han viser en noe bagatelliserende holdning overfor vold utøvet i depressive faser.

Kapittelet om depresjon og historikk kan leses som en ganske god gjennomgang av psy-

kiatriens historie. Solomon skriver også om evolusjonsperspektivet på depresjon, samt at han gjennomgår helsepolitikken i USA og ender opp om håp i sitt siste kapittel. Det er altså en omfattende bok, og et av de få temaene jeg ikke fant omtalt, var mulig effekt av fysisk aktivitet på depresjon. Men tungt deprimerte er neppe aktive joggere.

## ENGASJERENDE, MEN FOR OMFATTENDE

Denne boken har sin klare styrke i Solomons evne til å skrive lett, levende og engasjert. Og den er oversatt til utmerket norsk. Kimen til bokens svakheter ligger i dens omfang. Solomons skrivestil kan minne om Knausgård. Av og til er det glitrende passuser med gode, om enn ikke representative kliniske skildringer. Men av og til blir det bare altfor mange ord, og

”

Av og til er det glitrende passuser med gode, om enn ikke representative kliniske skildringer. Men av og til blir det bare altfor mange ord

## ANMELDT AV

Pål Grøndahl,  
rettspsykolog  
og forsker,  
Kompetansesenter for  
sikkerhets-, fengsels-  
og rettspsykiatri, Oslo  
universitetssykehus

## ANBEFALT


**JON MORGAN  
STOKKELAND:**

*Å gi og å ta imot. Donald  
Meltzers psykoanalytiske  
tenkning i tradisjonen fra  
Melanie Klein og Wilfred Bion*  
Universitetet i Tromsø, 2011

det er lett å miste tråden. Å lese om helsevesenets tilstand i USA kan være greit nok, men kanskje ikke så spennende for et norsk publikum i lengden. Et irritasjonsmoment er notene, som utgjør om lag 100 sider. De er samlet bakerst i boken, men det vises ikke til dem fortløpende i teksten. I nevnte telefon til forlaget svarer de at forlaget bare har gjort som i den amerikanske originalutgaven, droppet henvisninger til notene for å øke leservennligheten. Det er synd, for det svekker bokens etterrettelighet. Ikke kan jeg forstå at det skal være så ødeleggende for leservennligheten å putte inn noen nummer i teksten.

**MEST FOR FAGFOLK**

Jeg er usikker på om jeg ville anbefalt boken til pasienter. Den vil antageligvis passe best for de med intellektuelle ressurser. Den er svært omfattende, og jeg er usikker på om det lar seg overføre til norske forhold å sjonglere med 11 ulike medikamenter og å ha en farmakolog som tar seg av medisineringsen og en egen terapeut som tar seg av terapien. Hans skildring av alternative behandlingsformer virker heller ikke helt betryggende.

Jeg ville heller anbefalt boken som en populærvitenskapelig skildring til allmennpraktiserende psykologer, psykiatere, allmennleger og sykepleiere. Leser man ett og ett kapittel av boken etter tematisk interesse fremfor fra perm til perm, er den god som en klinisk bevisstgjøring av en av vår tids folkesykdommer. For det er ikke rent lite hva mennesker kan gjennomgå av prøvelser i ulike depressive faser. ❌

## Livslover og objektrelasjonsteori

«Hvorfor er vi redde for kjærlighet? Hva er det som gjør at vi så ofte viker unna idet vi har mulighet til å komme nær?» Slik starter doktorgradsoppgaven til overlege og psykiater Jon Morgan Stokkeland, hvor han belyser disse vanskelige spørsmålene om å gi og å ta imot kjærlighet.

Det krever mye av det mentale apparat å være i kontakt med de allerede gitte livsrealiteter – sin egen dødelighet, avhengighet og sårbarhet. Det er forfriskende å lese Stokkeland der han binder disse tilværelsens eksistensielle grunntemaer sammen ved hjelp av psykoanalytisk utviklingspsykologi og personlighetsutvikling. Særlig spennende synes jeg det er å få en innføring i Wilfred Bions begrepsapparat om spedbarnets tidlige utvikling og Bions betraktninger og begreper omkring den ordløse kommunikasjonen mellom mor og barn.

Mye tid og penger investeres i psykologi og psykologisk arbeid i samtiden. Men det er ikke alle, eller alt i oss, som vil ha det gode som gis. For meg blir en bedre kjennskap til denne avvisingens psykologi til hjelp for å tenke rundt psykologiske intervensjoner, det være seg i terapirommet eller på samfunnsplan. Stokkelands arbeid om den vanskelige kjærligheten er et svært velkomment bidrag til dette. Og så godt det er å få lest om de store temaene på norsk!

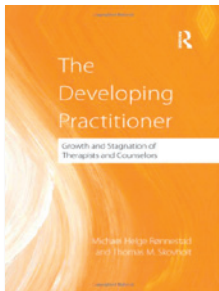
Oppgaven kan for øvrig bestilles i bokform direkte fra forfatteren: jon.stokkeland@lyse.net

*Anbefalt av Henrik Kamphus, psykolog  
ved BUP Nordstrand i Oslo.*

# Om terapeuter i endring

Hva skaper vekst og hva skaper stagnasjon hos terapeuter?

Et stort forskningsarbeid om terapeuters utvikling gir mye kunnskap.



Michael Rønnestad og Thomas M. Skovholdt  
*The Developing Practitioner - Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*  
Routledge, 2013

**RØNNESTAD OG SKOVHOLT** har gjennomført et imponerende grundig forskningsarbeid på terapeuters profesjonelle utvikling. De har samlet data på hvordan 11 000 terapeuter fra 41 land opplever sin egen faglige utvikling, og har analysert svarene. I tillegg har de fulgt tettere 100 amerikanske psykologer fra studietiden til 40 år etter.

## TERAPEUTEN SOM PERSON

Boken er en viktig akademisk referansebok om terapeuters utvikling. Hovedfokus er hvilke betingelser som påvirker både vekst og stagnasjon i terapeuters profesjonelle utvikling. Boken er viktig på flere måter. Den tar for seg terapeuten som person. I en tid da det legges stor vekt på ulike evidensbaserte behandlingsformer, blir det ofte underkommunisert at effekten av behandlingsformene ikke kan løsrives fra den som leverer behandlingen, altså terapeuten som person. Psykoterapiforskning av terapieffekter viser at det er mer variasjon knyttet til terapeuter som jobber innenfor samme behandlingsmodell enn mellom ulike behandlingsmodeller.

På denne måten blir terapeuters utvikling og stagnasjon ikke bare viktig for terapeuten selv, men også for de klientene han eller hun arbeider med. En uttalt målsetting som forfatterne har i boken er: «We feel that the knowledge ... has a potential to enhance the professional development...».

## UTFORDRINGER SKAPER UTVIKLING

Jeg opplever at boken på mange måter har realisert denne målsettingen. Forfatterne har gjennom sin forskning vist sentrale betingelser for utvikling: Terapeutene opplever hovedsakelig

en helende og i mindre grad en stressende involvering med klientene. De opplever en umiddelbar utvikling gjennom den direkte kontakten med klientene, og hva terapeutene gjennom kontinuerlig åpnende refleksjon lærer fra dem. Terapeutene oppnår en bredde i problemstillinger, behandlingsformer og behandlingsteorier.

Et viktig premiss i utviklingsmodellen de presenterer, er at det nettopp er de vanskeligheter terapeutene opplever i sitt arbeid, og måten disse vanskelighetene blir håndtert på, som kan lede terapeuten til utvikling eller stagnasjon. Forfatterne har også vist gjennom sin forskning hvordan en konstruktiv utvikling kan være beskyttende mot utbrenthet. Et meget interessant forskningsfunn i boken er at terapeutenes opplevelse av sin generelle utvikling over tid, bare er moderat korrelert med år i klinisk praksis. Dette peker mot at det ikke er tilstrekkelig for terapeututvikling bare å oppnå år med klinisk praksis, en må også gjøre noe med den for at utvikling skal skje.

## SAVNER KLIENTPERSPEKTIVET

For meg ville boken blitt enda mere interessant hvis forfatterne i tillegg hadde brakt inn klientperspektivet på terapeututvikling. Det er ikke tilstrekkelig at de fleste terapeuter har en selvopplevelse av egenutvikling når forskning ofte viser at år med klinisk praksis ikke predikerer endring slik klientene opplever det. Forskingen har i de siste årene også frambrakt systemer for å måle klientens opplevelse av endring i terapi. Disse systemene gjør det mulig for terapeutene å kartlegge og kvalitetssikre sin egen utvikling som terapeut. Det ville vært naturlig om boken også hadde drøftet nærmere hvordan dette kan være til hjelp i terapeututvikling. ✘

**ANMELDT AV** Morten Anker, Ph.D., spesialist i klinisk psykologi og klinisk familiepsykologi. Sertifisert KOR-PCOMS-trener, arbeider på familievernkantoret i Vestfold, Tønsberg.

## KURS OG SEMINAR

**KURS ARRANGERT  
AV NORSK  
PSYKOLOGFORENING  
RETNINGSLINJER**

Alle våre kurs har opptak etter «først til mølla»-prinsippet.

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

**Avmelding** må skje skriftlig. Ved avmelding senere enn 5 uker før kursstart må hele kursavgiften betales. Unntak er kun når en kan legge frem sykemelding, rettsinnkallelse eller innkallelse til militærtjeneste.

**Ved avlysning** på grunn av uforutsette hendelser, dekker vi ikke reise- og oppholdsutgifter for kursdeltakerne.

**Ytterligere informasjon** og innbetalingsgiro blir sendt ut ca. 5 uker før kursstart.

**Kursavgift** for 2015 for medlemmer av Norsk psykologforening er kr 3 150 per kursdag (inkl. kaffe/lunsj). Noen kurs kan ha høyere kursavgift.

**Se ellers** Norsk psykologforenings hjemmeside [www.psykologforeningen.no/](http://www.psykologforeningen.no/)  
Kurs og utdanning

## DESEMBER

**Fordypningsprogram  
klinisk nevropsykologi,  
5. samling**

2.–4. desember 2014, Oslo  
Kursledere: Nina Wold og Heine Hagenberg  
Kurs 435-14

**Fordypningsprogram i  
klinisk samfunnspsykologi,  
3. samling**

2.–5. desember 2014, Oslo  
Kursleder: Åste Herheim  
Kurs 573-14

**Fellesprogram 781-14,  
1. samling**

3.–5. desember 2014, Oslo  
Kursledere: Ingrid Sønstebø og Bettina Sunde

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
5. samling**

4.–5. desember 2014, Oslo  
Kursledere: Wendy Hanson og Bjørn Vere  
Kurs 235-14

**Fordypningsprogram  
klinisk nevropsykologi,  
6. samling**

5. desember 2014, Oslo  
Kursledere: Nina Wold og Heine Hagenberg  
Kurs 436-14

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
1. samling**

8.–9. desember 2014, Oslo  
Kursleder: Torkil Berge  
Kurs 281-14

**Fellesprogram 823-14,  
3. samling**

10.–12. desember 2014, Oslo  
Kursledere: Stella Kennair Ottesen og Anne Grete M. Greaker

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
5. samling**

11.–12. desember 2014, Oslo  
Kursleder: Halvor Kjølstad  
Kurs 245-14

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
4. samling**

11.–12. desember 2014, Oslo  
Kursleder: Anne Lill Ørbeck  
Kurs 254-14

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
3. samling**

11.–12. desember 2014, Oslo  
Kursledere: Didrik Heggdal og Trym N. Jacobsen  
Kurs 263-14

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
2. samling**

11.–12. desember 2014, Bergen  
Kursledere: Bjarte Kyte og Margrethe C. Øglænd  
Kurs 312-14

**Fordypningsprogram  
klinisk arbeidspsykologi,  
5. samling**

11.–12. desember 2014, Oslo  
Kursledere: Borrik Schjødt og Kari Lossius  
Kurs 525-14

**Fordypningsprogram  
klinisk barne- og ungdoms-  
psykologi, 3. samling**

15.–16. desember 2014, Oslo  
Kursledere: Anett Apeland og Elisabeth Askeland  
Kurs 373-14

**Fellesprogram 833-14,  
3. samling**

15.–17. desember 2014, Oslo  
Kursledere: Marius Råkil og Per A. Nørbech

## JANUAR

**Fellesprogram 814-15,  
4. samling**

12.–14. januar 2015, Oslo  
Kursledere: Guro Øiestad og Inger Margrete Svendsen

**Fellesprogram 843-15,  
3. samling**

12.–14. januar 2015, Oslo  
Kursledere: Ingrid Sønstebø og Bettina Sunde

**Fellesprogram 862-15,  
2. samling**

14.–16. januar 2015, Oslo  
Kursledere: Knut Ivar Karevold og Eivind Mo

**Fellesprogram 601-15,  
1. samling**

14.–16. januar 2015, Oslo  
Kursledere: Marianne Hansen og Iselin Sætre

**Fellesprogram 804-15,  
4. samling**

14.–16. januar 2015, Oslo  
Kursledere: Ingrid Hyldmo og Tonja Løve

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
7. samling**

15.–16. januar 2015, Oslo  
Kursleder: Arne Repål  
Kurs 227-15

**Fordypningsprogram  
klinisk eldrepsykologi,  
1. samling**

15.–16. januar 2015, Oslo  
Kursledere: Siv Tove Engebråten m. fl.  
Kurs 401-15

**Fellesprogram 872-15,  
2. samling**

19.–21. januar 2015, Oslo  
Kursledere: Asbjørn Kolseth og Rolv Mohn

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
8. samling**

22.–23. januar 2015, Oslo  
Kursleder: Arne Repål  
Kurs 208-15

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
2. samling**

22.–23. januar 2015, Oslo  
Kursledere: Marit Råbu og  
Einar Johan Vestnes  
Kurs 272-15

**FEBRUAR**

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
6. samling**

5.–6. februar 2015, Oslo  
Kursleder: Halvor Kjølstad  
Kurs 246-15

**Fellesprogram 611-15,  
1. samling**

9.–11. februar 2015, Oslo  
Kursledere: Rolv Mohn og  
Ann Kristin Hegdal

**Fellesprogram 753-15,  
3. samling**

11.–13. februar 2015, Bergen  
Kursledere:  
Ragnhild Inderhaug og  
Espen Rutle Johansson

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
1. samling**

16.–17. februar 2015, Oslo  
Kursleder: Torkil Berge  
Kurs 201-15

**Suicidologi og vurdering  
av selvmordsfare**

(fritt spesialkurs)  
19.–20. februar 2015, Oslo  
Kursleder: Kim Larsen  
Kurs 101-15

**Fellesprogram 621-15,  
1. samling**

23.–25. februar 2015, Oslo  
Kursledere: Bettina Sunde og  
Ingrid Sønstebo

**Fordypningsprogram  
klinisk barne- og  
ungdomspsykologi,  
6. samling**

25.–26. februar 2015, Oslo  
Kursledere: Kjersti Karlsen  
og Trine Nebell  
Kurs 366-15

**Fellesprogram 882-15,  
2. samling**

25.–27. februar 2015, Oslo  
Kursledere: Guro Øiestad og  
Rolv Mohn

**Fordypningsprogram  
klinisk voksenspsykologi,  
1. samling**

26.–27. februar 2015, Oslo  
Kursledere: Wendy Hanson  
og Bjørn Vere  
Kurs 236-15

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
Min medlemsside

eller send e-post til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)





Kristin Raumli

## Store oppgaver i Små Enheter

### Traumebehandling er store oppgaver i Små Enheter.

Vi gjør klienten i stand til å gjennomgå traumespesifikk behandling ved først å styrke kognitiv, emosjonell og fysisk mestring. Personalets kompetanse ligger blant annet i å inneha de verktøy som er nødvendige for å tåle den enkeltes reaksjoner på sin fortid. Det søkes oppnådd nødvendig trygghet, stødighet og praktisk og teoretisk forståelse for de bakenforliggende årsaker til klientens adferdsuttrykk.

Vi styrker og bygger selvregulerende ferdigheter ved at det skapes en strukturert og forutsigbar hverdag gjennom rutiner og faste gjøremål.

Vi søker å skape en trygg tilknytning mellom den unge og de voksne. Dette skal bidra til en helhetlig omsorgssituasjon som igjen skal bidra til økt selvstendighet og økt livsutfoldelse.



For barn og unge:  
[www.behandlingssenteret.no](http://www.behandlingssenteret.no)  
[dag@behandlingssenteret.no](mailto:dag@behandlingssenteret.no)  
 Tlf. 66 77 45 00

### KLINIKK RØA – ledige kontorer for praksis

Vi holder til i nyoppussede lokaler med flott beliggenhet i Samfunnshus Vest på Røa, 10 meter fra T-banestasjon. Det er gode parkeringsmuligheter rett utenfor, og inngang fra bakkeplan. Trivelig nærområde hvor nærmeste nabo blir Røa Bad med stort treningsstudio og badeanlegg. Det er romslige lokaler på 540 kvm med egen personaldel og plass til 11 behandlere og 5 laboratorier. Kontorstørrelse på 16 og 24 kvm. Klinikken har i dag blant annet 1 avtalespesialist i psykiatri, og 1 psykomotorisk fysioterapeut. Det er moderne infrastruktur med blant annet fjerndrift IT, System X som elektronisk journal, hjemmekontorløsning, Melin betalingssentral og trådløst nett. Fast husleie som dekker andel felleskostnader (lokaler, IT, infrastruktur og resepsjonstjenester). Kostnadsnivået er gunstig også for spesialister uten driftstilskudd. Henvendelse avtalespesialist ØNH, **Kirsten Hannisdal**, e-post [kirsten.hannisdal@klinikkroa.no](mailto:kirsten.hannisdal@klinikkroa.no) eller tlf. **905 22 909**. [www.klinikkroa.no](http://www.klinikkroa.no)

## 2.5 Day Training Workshop for Therapists

### “A COUPLE OF INDIVIDUALS”

**Individual and Couples Gestalt Therapy**  
 From a *Fusion* model to a *Connection* Model

**Rita Resnick, Ph.D. Robert Resnick, Ph.D.**  
 International Therapy Trainers

- Theory
- Live demonstrations
- Supervised Practice (optional)
- Comments, questions & comparisons

**Where:** Oslo

**When:** 2015: March 13 (18:00 – 21:00) March 14 (9:30 – 17:00), March 15 (9:30 – 16:00)

**Tuition:** 3000NOK + lunch

**Contact:** Erling Magne Thorkildsen  
[erlingmt@gmail.com](mailto:erlingmt@gmail.com)

Følg Tidsskrift for Norsk Psykologforening på

facebook

## Kognitiv behandling av ME/ kronisk utmattelsessyndrom

Behandlingen består av kognitiv terapi og gradert trening, supplert med elementer fra blant annet ACT, SIT og mindfulness. Kurset gir en grundig innføring gjennom forelesning, øvelser og bruk av kasus. Deltagerne inviteres til å legge frem egne kasus.

Kursholder, Lars Dehli, er klinisk psykolog med lang erfaring i behandling av utmattelse. Han har blant annet utgitt boka «Energityvene – utmattelse i sykdom og hverdag» med Torkil Berge og Elin Fjerstad.

**Fredag 20. mars 2015.**

Sagene Samfunnshus i Oslo.

Kursavgift: kr 4.200,- inkluderer bevertning, lunsj og kurslitteratur (blant annet boka «Energityvene»).

Påmelding: [mementostudier@gmail.com](mailto:mementostudier@gmail.com)

For ytterligere informasjon se: [www.mementostudier.no](http://www.mementostudier.no)

Kurset er godkjent som 8 timers fritt spesialkurs og 8 timers vedlikeholdsaktivitet av Norsk psykologforening.

**Memento Studier**



*Vil du lære effektiv behandling og utvikle deg som terapeut?*

## Delta på 2-dagers ACT-workshop for psykologer!

Hensikten med workshopen er å utvikle ferdigheter for å praktisere ACT (Acceptance and Commitment Therapy).

Målet med ACT er å skape et rikt og meningsfylt liv ved å forholde seg til vonde tanker og følelser på en mer aksepterende og hensiktsmessig måte. Kurset er erfaringsbasert og knytter teori til praktiske øvelser. Det kreves ingen forkunnskap om ACT for å delta.

For mer informasjon, se:

<http://unicare.no/psykolog/utdanning/>

**Tid og sted:**

26.01.15. kl. 09–16 og 27.01.15 kl. 09–16  
i Unicare Psykolog sine lokaler i Pilestredet 56 i Oslo

**Pris:** Kr 4 500, inkludert kaffe og lunsj

Meld deg på nå ved å sende en e-post til  
[act@unicare.no](mailto:act@unicare.no)

## HYPNOSEKURS I OSLO

29.–30. januar 2015

Grunnkurs for deg som trenger en innføring, eller en oppdatering av metoden. Basert på vitenskap og forskning får du lære mer om hvordan bruke hypnose blant annet innenfor områder som smerte, stress, angst og depresjon. Vi har samarbeide med Den norske legeforening, Den norske tannlegeforening og Norsk psykologforening. Det er her godkjent som spesialistkurs og egnet for leger, tannleger og psykologer.

Vi har flere dyktige forelesere som underviser og veileder.

Dr. Gunnar Rosén er kursansvarlig og koordinator, e-post [Gunnar@hypnoseforeningen.no](mailto:Gunnar@hypnoseforeningen.no), tlf. 900 39 441.

For mer informasjon, program og påmelding se [www.hypnoseforeningen.no](http://www.hypnoseforeningen.no)



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

**Trinn 2 Oslo** 10. – 12. desember 2014

**Trinn 1 Oslo** 14. – 16. januar 2015

**Trinn 2 Trondheim** 6. – 8. mai 2015

**Trinn 1 Bergen** 11. – 13. mai 2015

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

**Påmelding og nærmere informasjon:**  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

### NYTT OM ANNONSER I 2015

Psykologtidsskriftet har ny design. Da endres annonseformatene fra og med nr. 01.15. Mer informasjon på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no), tlf. 23 10 31 33 eller [www.psykologtidsskriftet.no/](http://www.psykologtidsskriftet.no/) for annonsører/Stillinger og profil eller Kurs og rubrikk



## Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

*Kurset vil ta for seg forskning og metodeproblemer fra suicidologien. Metodeproblemer i selvmordsforskning skyldes at det er et lavfrekvent og multikausalt fenomen. Viktige funn fra suicidologien er blant annet effekten av begrensninger i adgang til selvmordsmetoder og spredning av selvmord gjennom medieomtale.*

Det vil bli lagt vekt på hvorfor det er vanskelig å predikere selvmord på individnivå og hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk. Kronisk suicidalitet og selvskading vil også bli tema på kurset.

Det gis opplæring i å vurdere risiko og beskyttelsesfaktorer, innhold i selvmordsvurdering og journal. Egne reaksjoner i møte med suicidalitet og depresjon, samt etiske dilemma ved selvmordsforebygging vil også være tema.

### **Målsetting:**

Etter kurset vil deltakerne være i stand til å vurdere og dokumentere selvmordsrisiko.

### **Målgruppe: psykologer**

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

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs med 16 timer.

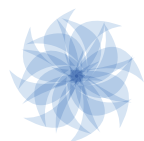
Sted og dato: Oslo, 19.-20. februar 2015

Avmeldingsfrist: 15. januar 2015

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr.: 101-15

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



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

## Psykoterapiseminarer

**Havanna – Cuba** 5. – 8. mai 2015  
**Cuenca – Spania** 20. – 25. september 2015  
**Se: [www.almagroforeningen.no](http://www.almagroforeningen.no)**



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

## Eldrepsykologi Livsløpspsykologi og aldring

### Samling 1. Livsløpspsykologien og aldringen

*Kurset vil ta for seg hvordan utviklingen og aldring er knyttet til ulike utviklingsmodeller og hvilke forutsetninger disse modellene har. Teori om menneskets utvikling i sammenheng med kontinuerlig historisk endrende samfunnsstrukturer vil bli aktualisert gjennom praktiske eksempler.*

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs med 16 timer.

Sted og dato: Oslo, 15.–16. januar 2015  
 Avmeldingsfrist: 11. desember 2014  
 Medlemspris: kr 6 500  
 Kursnr.: 401-15

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

<http://www.psykologforeningen.no/Kurs-og-utdanning/Kurskalender/Kursaktuelt/Oppstart-fordypning-i-eldrepsykologi>



Norsk psykologforening  
 Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN

## Ressursorientert Kroppspsykoterapi

MOAIKU Bodydynamic • Brantbjerg

### Mestring af vrede og afsky.

30.januar-1.februar 2015 - 2 ½ dag i Oslo

Vrede og afsky udgør begge vigtige elementer i en traumerapeutisk helingsproces. Arbejde med de 2 emotioner støtter genetablering af grænser, værdighed og integritet på hver deres måde. Psykomotorisk færdighedstræning anvendes som støtte til selvregulering og evne til at indgå i gensidig arousalregulering i gruppen.

Pris: kr 3.350 ved påmelding før 2.januar, derefter kr 3.650

### 15 dages Efteruddannelse i Relational traumerapi starter 12.-15.marts 2015 i København.

Forudgående deltagelse i kortere kurser er påkrævet - f.eks. ovenstående kursus. At arbejde med traumer rører ved de dybeste lag i hvem vi er som mennesker - og det udfordrer personligheden. At udvide personlighedens platform, kropsligt, følelsesmæssigt, kognitivt og at udvikle evnen til gensidig arousalregulering er essensen i den form for traumerapi, der præsenteres på efteruddannelsen. Brochure kan rekvireres.

**Kursleder:** Merete Holm Brantbjerg, psykoterapeut MPF.  
 Kontakt og yderligere information:

[moaiku@brantbjerg.dk](mailto:moaiku@brantbjerg.dk) [www.moaiku.dk](http://www.moaiku.dk)

### Introduksjonskurs:

## Forståelse, kartlegging og behandling av kronisk traumatisering

Bergen, 13.–17. april 2015

Psykologspesialist Arne Blindheim

Pris: kr 6 800,-

Påmelding og nærmere informasjon:  
[www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no)

Neste utgivelse er **2. januar**,  
 frist for å bestille annonse er

**fredag 12. desember**

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

Agenda Kaupang er et selveid konsultentselskap og blant de fremste rådgivingselskapene som bidrar til omstilling og utvikling i offentlig sektor. Vi tilbyr analyse, utredning og rådgiving innen områdene ledelse, styring, økonomi og organisasjonsutvikling. Vår bistand er løsningsfokusert, basert på metoder fra forskning og beste erfaringsbaserte praksis. Vi er 28 ansatte/eiere, i vekst, har god lønnsomhet og høy kundetilfredshet.

AGENDA  
K A U P A N G

## Rådgivere i Agenda Kaupang

Vi søker to dyktige rådgivere som er samfunnsengasjerte og har sterk interesse for å bidra til utvikling av offentlig sektor. Ønsket kompetanseprofil:

- Høyere utdanning, minimum på masternivå, gjerne en ph.d. innen fag som psykologi, økonomi, statsvitenskap, ledelse, sosiologi, pedagogikk eller andre relevante fag
- Dyktig til å formidle fagstoff og å legge til rette for gode lærings- og utviklingsprosesser

### Rådgiver Ledelse- og organisasjonsutvikling

Du ønsker å jobbe med, og har erfaring fra, noen av disse oppgavene: design og gjennomføring av lederutviklingsprogrammer, ledergruppeutvikling, lederveiledning, HR-målinger og arbeidsmiljørelaterte problemstillinger. Du har erfaring fra statlig, kommunal eller privat sektor.

### Rådgiver Styring, økonomi og organisering

Du ønsker å jobbe med, og har erfaring fra, noen av disse oppgavene: evalueringer, økonomisk analyse, økonomistyring og gevinstrealisering, strategiutvikling, mål- og resultatstyring, organisasjonsanalyse og omorganiseringer, prosessforbedringer/Lean. Du har erfaring fra statlig eller privat sektor.

Som rådgiver hos oss bør du trives med å selge din og Agenda Kaupangs kompetanse. Du vil inngå i et høyt kvalifisert fagmiljø som legger vekt på å skape størst mulig verdi for våre kunder.

Hos oss vil du inngå i et usedvanlig trivelig arbeidsfellesskap. Vi har et transparent lønnsystem som premierer innsats, og en bedriftskultur som evner å balansere faglig fordyping og spisskompetanse med tverrfaglighet. Vi tilbyr nye kollegaer eierandel i selskapet.

**Kontakt:** gruppeleder Per Ole Tomassen, tlf. 951 00 474 (stilling 1),  
gruppeleder Gitte Haugnæss, tlf. 982 63 987 (stilling 2)  
eller adm. direktør Dag Stokland, tlf. 922 85 050.

**Søknadsfrist:** 15. desember 2014.

Send søknad og CV til [firmapost@agendakaupang.no](mailto:firmapost@agendakaupang.no),  
merket aktuell stillingstittel.

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





DPS Kolvereid



Kommunene Leka, Vikna, Nærøy, Bindal

## Interkommunal psykolog – 100 % stilling

Kommunene Bindal, Leka, Nærøy og Vikna har i samarbeid med Helse Nord-Trøndelag HF gjennomført et felles prosjekt: «Lokale helsetjenester – psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal». Prosjektet skal ivareta alle aldersgrupper, og sikre et «sømløst» behandlingstilbud til mennesker som står i fare for å utvikle – eller har utviklet helseproblemer i dette geografiske området. Opprettelse av denne stillingen er et av 17 tiltak som er anbefalt igangsatt.

### Om stillingen:

- Stillingen lyses ut for en forsøksperiode på 3 år, med mulighet for fast ansettelse
- Psykolog med norsk autorisasjon. Ønsket tilleggs-kompetanse som spesialist i klinisk psykologi. Relevant arbeidserfaring
- Kommunepsykologen vil delta aktivt i utviklingen av tjenestetilbudet i denne regionen
- Evne til selvstendighet, tverrfaglig samarbeid og personlig egnethet vil bli vektlagt
- Kommunepsykologen vil også ha tilknytning til og kontorsted ved DPS Kolvereid



Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til samhandlingskoordinator **Reidun Korssjøen**, tlf. **74 38 26 28 / 412 33 057**, e-post **reidun.korssjoen@naroy.kommune.no**

Nærøy kommune er vertskommune for prosjektet, og søknad sendes **postmottak@naroy.kommune.no** eller til Nærøy kommune, Idrettsveien 1, 7970 Kolvereid.

**Søknadsfrist:** 09.01.2015.


**FREDRIKSTAD KOMMUNE**

## Ledig stilling som psykolog Fredrikstad kommune

I Friskliv og mestring, Seksjon for helse og velferd er det ledig en 100 % fast stilling som psykolog.

Vi søker en psykolog med kompetanse og/eller erfaring med endringsfokusert veiledning, helsefremmende grupper og arbeid med voksne med rus- og/eller psykiske lidelser.

Hovedoppgaver vil være å:

- Bidra til å styrke det kommunale arbeidet på psykisk helse- og rusfeltet
- Delta i utvikling av lærings- og mestringstilbud sammen med brukere og andre faggrupper
- Delta i tverrfaglig samarbeid internt og eksternt, veiledning og gjensidig kompetanseutvikling
- Bidra til å etablere gode rutiner for bruk av kartleggings- og utredningsverktøy

Stillingen er direkteplassert i stillingskode 8470 med en årslønn på kr. 525.000,-

**Søknadsfrist 10. desember.**  
**Full utlysning og søknadsskjema:**  
**www.fredrikstad.kommune.no**


**VADSØ KOMMUNE**

## KOMMUNEPSYKOLOG

• **100 % fast stilling**

Hovedformålet med stillingen er å bedre tjenestetilbudet til mennesker med milde til moderate psykiske plager og rusrelaterte lidelser - herunder tidlig intervensjon og innsats.

**Søknadsfrist: 04.01.15, stilling nr 71/14**

**For fullstendig utlysningstekst, se [www.vadso.kommune.no](http://www.vadso.kommune.no) under ledige stillinger.**

**VADSØ KOMMUNE**

Postboks 614, 9811 VADSØ Telefon 78 94 23 00. Telefaks 78 94 23 09  
postmottak@vadso.kommune.no www.vadso.kommune.no





Alta kommune

*Alta er en ung by og en stor kommune med omlag 1 500 ansatte og en historie som strekker seg 10 000 år tilbake i tid. Her er vi 19 800 innbyggere pluss en god del tilreisende skoleelever og studenter. Vi har en svært ung befolkning, en av landets yngste. Derfor er kommunen også fylt av byggeaktivitet, kreative uttrykk og fremtidstro. Barn og unge er vårt store satsingsområde de neste årene. Alta er et utdannings- og kommunikasjonssenter med blant annet universitet og stamflyplass. Langt nord – ja, men kort vei: Oslo – to timer, Tromsø – en halv time, Russland /Sverige/Finland – en «liten» tur over vidda. I Alta betaler staten ned store deler av studielånet ditt og du har lavere skatt.*

## PSYKOLOG

Alta kommune har opprettet en ny psykologstilling 100 % fast.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til Frode Øvrejord, kommuneoverlege, tlf. 78 45 54 05 / 901 02 059 eller Turid Pedersen, rådgiver, tlf. 926 12 009.

Se fullstendige utlysningstekst [www.alta.kommune.no](http://www.alta.kommune.no)

Søknad sendes elektronisk via Alta kommunes hjemmeside [www.alta.kommune.no](http://www.alta.kommune.no) innen **15.12.14**

Dersom du har problemer med søknad over nett, ta kontakt med servicetorget på tlf. 78 45 50 00 eller personalkontoret på tlf. 78 45 54 03/04.

Helse Sør-Øst RHF

## Inntil 12 avtalehjemler for kliniske psykologer i Oslo Øst

**Inntil 12 100 % avtalehjemler for godkjente spesialister i klinisk psykologi vil bli ledig for tiltredelse vår, sommer eller tidlig høst 2015.**

Praksis skal drives i samsvar med den til enhver tid gjeldende rammeavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Norsk psykologforening. 100 % avtalehjemmel forutsetter 37,5 timers ukentlig arbeidstid i 44 uker pr. år, inkludert administrasjon av praksis. Databasert pasientadministrativt system forutsettes.

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF. Det innebærer blant annet at avtalespesialisten skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i samsvar med regionale og nasjonale mål og prioriteringer og lovverk, jf. rammeavtalens punkt 6.1.

Søker må ha evne og vilje til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med øvrig primær- og spesialisthelsetjeneste, blant annet i forhold til prioritering av pasienter. Avtalespesialistene skal samarbeide med helseforetaket bl.a. om behandlingslinjer og pasientflyt. Søkerne vil bli vurdert ut fra faglige kvalifikasjoner og erfaring, samarbeidsevner og personlig egnethet. Det er ønskelig med bred poliklinisk erfaring.

Alle hjemlene skal etableres i de østlige bydelene.

Helse Sør-Øst RHF ønsker at avtalespesialistene etablerer seg i gruppepraksiser eller kontorfellesskap. Dette kan være sammen med andre avtalespesialister men også sammen med fastleger eller annet helsepersonell.

Spørsmål om hjemlene kan rettes til Helse Sør-Øst RHF v/Marit Folkestad, Eksterne helsetjenester, telefon 02411.

**Søknadsfrist:** 22. desember 2014.

Skriftlig søknad med relevante opplysninger/CV og nødvendige godkjenninger sendes:

**Helse Sør-Øst RHF, Eksterne Helsetjenester, Postboks 404, 2303 Hamar.**



## Enhetsleder

BUPA, enhet Østensjø

**Seksjon BUP Oslo Syd har ledig en fast stilling som enhetsleder ved enhet Østensjø. Tiltredelse fra 13.04.2015. Vi søker etter psykologspesialist, overlege eller person med relevant 3-årig helse og sosialfaglig høgskoleutdanning, med erfaring fra psykisk helsevern.**

Vårt opptaksområde er Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand. Opptaksområde til enheten er bydel Østensjø med ca. 12 000 barn og unge i alderen 0-18 år. Arbeidet er tverrfaglig basert og forutsetter et nært samarbeid med 1. linjen og distriktets barnehager og skoler. Seksjonen samarbeider også nært med avdelingens øvrige seksjoner og andre avdelinger i klinikk psykisk helse og avhengighet. Til seksjonen er det også knyttet et lavterskeltilbud i de videregående skolene som er et samarbeid med skolehelsetjenesten. I tillegg har vi en ambulans enhet for mer intensivt arbeid i saker som krever en slik tilnærming og et TIPS team, spesielt for tidlig oppdagelse og intervensjon i forhold til psykoser.

Enheden har 16,5 fagstillinger knyttet til hovedteamet, som inkluderer to hjemler for overleger og to for LIS-leger. Det forventes at leder har gode evner til å organisere og styre pasientforløp i spesialisthelsetjenesten.

Seksjonen er i en spennende utvikling da den skal samlokaliseres med DPS og RUPO i nytt bygg på Mortensrud mai 2015. Seksjonen jobber målrettet med kompetanseutvikling og planlegging. Det satses på aldersgruppen 15-25 og DBT behandling. Avdelingen har en uttalt målsetning om mer forskning i klinikk for å utvikle bedre tjenester.

Kun søkere som søker elektronisk via WebCruiter vil bli vurdert.

**Kontaktinfo:** Cathrin Alexandra Leinhardt, seksjonsleder, tlf. 23 42 86 50 / 975 19 131

**Ref.nr. 2412685806      Søknadsfrist: 05.01.2015**

For fullstendig annonse se: [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



## Psykologspesialist og psykolog

Gruppeenheten, Josefinesgate DPS

Josefinesgate DPS er en del av OUS og består av fire seksjoner. Januar 2015 vil den polikliniske virksomheten samlokaliseres og flyttes til nye lokaler i Nydalen. I disse lokalene vil også vår nyopprettede gruppeenhet holde til. Gruppeenheten består av seks kliniske stillinger. Vi lyser nå ut to 100 % faste stillinger for henholdsvis psykolog og psykologspesialist. Vi søker engasjerte psykologer med erfaring og gjerne utdanning innen gruppepsykoterapi.

Kontaktinfo: Enhetsleder Olav Kneppen, tlf. 22 06 69 00, seksjonsleder Christine Bringager, tlf. 22 06 69 00 eller ass. avdelingsleder Inger Selvaag, tlf. 22 80 51 00.

**Ref.nr. 2401725295      Søknadsfrist: 12.12.2014**

For fullstendig annonse se: [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



## Lovisenberg Diakonale Sykehus

*Pionér i kompetanse og omsorg*

*Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,5 mrd.kr. og ca. 1280 årsverk. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er lokalsykehus for 170 000 innbyggere i flere sentrumsbydeler i Oslo innen indremedisin og psykiatri. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO. Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommerielt formål. Se [www.LDS.no](http://www.LDS.no).*

### Lovisenberg DPS Psykologspesialist/ teamkoordinator

**Fast 100 % stilling fra 01.02.2015.**

Stillingen er p.t. lagt til SOFT (Storby- og flykntingteam) et spesialteam for mennesker med mulig alvorlig psykisk lidelse, flykntinger med traumbakgrunn, mennesker med stort funksjonstap som ikke nyttiggjør seg det ordinære behandlingsapparatet. **Søk via LDS.no innen 10.12.14.**

### Se full utlysningstekst på LDS.no

Det forventes at alle ansatte bidrar til at vi lever opp til våre kjerneverdier kvalitet og nestekjærlighet. Sykehuset har sosiale ordninger tilsvarende statlige helseforetak. Sykehuset foretrekker elektronisk søknad, men den kan eventuelt sendes pr. post til Lovisenberg Diakonale Sykehus, personalavdelingen, 0440 Oslo. Innsendte papirer og attester returneres ikke.





## MODUMBAD

- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

### Psykologspesialist Avdeling for depressive lidelser

Ved avdelingen er det ledig to 100 % faste stillinger for psykologspesialister. Tiltredelse etter avtale.

**KONTAKTPERSONER:** Avdelingsleder/overlege  
Torben Bergland eller nestleder Kari Nedberg  
Tlf. 32 74 97 00

Søk elektronisk via  
[www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no).

Her finner du også  
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 15. desember 2014 [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)

Helse Fonna HF omfattar sjukehusa Haugesund, Stord, Odda, Valen og fire psykiatriske senter (DPS). Organisasjonen er delt inn i sju klinikkar/område som er organisert på tvers av dei ulike sjukehusa. Ein legg vekt på fleksibilitet, også med omsyn til arbeidsområde og arbeidsstad. Helse Fonna skal så langt som råd avspegle mangfaldet i befolkninga.

### Helse Fonna søker

## Psykologspesialist/psykolog

#### OM STILLINGA

Psykiatrisk poliklinikk for personar med utviklingshemming (PPU) har ledig fast stilling. Vi søker primært etter psykologspesialist, men andre er også velkommen til å søkje.

#### KVALIFIKASJONAR

- Til stillinga søker vi autorisert psykolog.
- Spesialisering i habilitering eller nevropsykologi blir vektlagt.
- Det er viktig at søker er personleg eigna og har relevant erfaring.

#### OVERSKRIFT:

Psykiatrisk poliklinikk for personar med utviklingshemming (PPU) er eit multidisiplinært team med psykiater, psykologspesialist (PhD) og to fag-konsulentar. Teamet arbeider med vaksne personar med utviklingshemming og psykiske lidingar.

For meir informasjon om stillinga, kontakt funksjonsleiar Nina Olsen, tlf: 52 73 27 00 - eller sjå: [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) - her kan du også søkje stillinga. Søknadsfrist: 04.01.2015



Bærum kommunes barnevernstjeneste har et team som tilbyr Funksjonell familierapi (FFT), en evidensbasert familiebehandling for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Implementeringen av FFT i Norge ledes av Atferdssenteret tilknyttet Universitetet i Oslo i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Det er til nå opprettet fem FFT-team i Norge, herav ett i Bærum.

## Psykolog/psykologspesialist (evt. familierapeut) – FFT

Til vårt FFT-team i barnevernstjenestens avdeling tiltak søker vi nå en psykolog/psykologspesialist (evt. familierapeut) til et vikariat i 100% terapeut-stilling fra 01.04.2015 til 01.04.2016. Stillingen inngår i et team av FFT-terapeuter som ledes av en teamleder med faglig og administrativt ansvar for teamet.

Stillingen innebærer en unik mulighet for grundig opplæring i en integrativ familierapeutisk behandlingsmodell som har vist gode resultater for familier og ungdom med atferdsvansker. FFT bygger på en bredde av teoretiske retninger innen psykoterapi og familierapi, og utgjør en faglig spennende utviklingsmulighet. Behandlingsmodellen krever en høy grad av klinisk kompetanse og utgjør et terapeutisk rammeverk med både klare retningslinjer for behandlingen og fleksibilitet for terapeutisk tilpasning til den enkelte familie.

Tiltredelse som FFT-terapeut vil i tillegg innebære en sjelden sjanse til å kunne bidra i den kliniske intervensjonsstudien av FFT i Norge. Studien er en omfattende undersøkelse av både utfalls- og prosessevalueringer og skal omfatte 200 familier.

#### Er du interessert i å vite mer:

Mer informasjon om FFT finner du på <http://www.atferdssenteret.no>

For fullstendig utlysning og elektronisk søknad se <https://www.baerum.kommune.no/Jobb-i-Barum/>

Søknadsfrist: 20. desember 2014

**Kirkens Sosialtjeneste** starter ny døgneklinikk (TSB) i Sandnes-/Stavangerområdet.

**Kirkens Sosialtjeneste** er en landsomfattende, ideell og diakonal stiftelse med 17 virksomheter. Vi tilbyr tjenester innen barnevern, rus- og avhengighetsbehandling, psykisk helsevern og oppfølgingstilbud til mennesker under- og etter soning eller behandling, samt tilbud for psykisk utviklingshemmede. I Kirkens Sosialtjeneste er vi rundt 350 ansatte og over 100 frivillige medarbeidere. Vårt slagord er: Det finnes alltid muligheter! Les mer på [www.kirkenssosialtjeneste.no](http://www.kirkenssosialtjeneste.no)

Den nye døgneklinikken skal, på oppdrag fra Helse Vest RHF, tilby tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for unge rusmiddelavhengige i regionen. Virksomheten skal tilby 15 døgnplasser, polikliniske- og ambulante tjenester. Klinikken skal bemannes med sosionomer, sykepleiere, leger, psykologer, samt personell med annen relevant utdanning.

## Psykologer og psykologspesialist

Tilknyttet både døgnet- og poliklinikken

### Ønskede kvalifikasjoner

- Erfaring og spesialisering innen rus- og avhengighetsbehandling
- Søkere må og beherske norsk skriftlig og muntlig
- Personlig egnethet vektlegges

### Vi tilbyr

- Du vil ta del i et tverrfaglig samarbeid
- Dekket utgifter til spesialisering
- Lønn etter avtale
- Gode forsikrings- og pensjonsordninger

Det forventes lojalitet til Kirkens Sosialtjeneste sitt verdigrunnlag.

Ta gjerne kontakt med generalsekretær Helmuth M. Liessem, tlf. 970 66 127 for mer informasjon.

Søknad med CV sendes til: [h.liessem@s-ks.no](mailto:h.liessem@s-ks.no) innen 10. desember 2014

Kirkens Sosialtjeneste



Stiftelsen Bergensklinikkene er en selveiende og livssynsnytral stiftelse for behandling, forebygging, undervisning, kompetanseutvikling, forskning og dokumentasjon for mestring av rusproblemer; helse, livsstil og avhengighet.

Stiftelsen Bergensklinikkene driver Tverrfaglig Spesialisert Behandling for rusmiddelavhengige på oppdrag fra Helse Vest RHF. Stiftelsen Bergensklinikkene har behandlingsvirksomhet på Hjeltestad, i Skuteviken og i sentrum av Bergen. Bergensklinikkene driver eget Kompetansesenter KoRus vest Bergen på oppdrag for Helsedirektoratet.

## Stiftelsen Bergensklinikkene

søker etter psykologer til faste stillinger

- Teamleder
- Pårørendeansvarlig
- Behandlingsansvar for døgnet-/dagpasienter
- Fokus på de yngste
- Psykiatrisk Ungdomsteam

Se fullstendig utlysningstekst på vår hjemmeside:

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



**VALLE KOMMUNE**  
Gjestfri for nye tankar

## Pedagogisk psykologisk rådgjevar i PPT for Setesdal

**Vi treng ein engasjert PP-rådgjevar i fast 100 % stilling frå 01.01.15**

PPT for Setesdal er organisert som ei interkommunal teneste for dei tre kommunane Bygland, Valle og Bykle. Tenesta har hovudkontor i Valle.

Fullstendig utlysningstekst og elektronisk søknadsskjema på [www.valle.kommune.no](http://www.valle.kommune.no)

**Søknadsfrist: 15.12.14**

[www.valle.kommune.no](http://www.valle.kommune.no)



Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsettinger: a) behandling, b) kunnskapsformidling og c) forskning. ATV driver 11 behandlingssentre i Norge. Klientgruppen er i hovedsak voksne utøvere av vold, men noen kontorer arbeider også med voldsutsatte voksne, ungdom og barn. Stiftelsen har 44 ansatte, hovedsakelig psykologer.

**Alternativ til Vold – Oslo.** Vi søker nå:

### 1 års svangerskapsvikariat som psykolog/psykologspesialist i 100 % stilling

### 1 års vikariat som psykolog/psykologspesialist i 100 % stilling med mulighet for forlengelse

ATV søker engasjerte medarbeidere som er motivert for kontinuerlig faglig oppdatering og som ønsker å delta i et spennende faglig fellesskap. Erfaring fra arbeid med vold er ønskelig, men erfaring fra psykisk helsevern eller rusbehandling vil også være relevant. Søkeren må ha et eksplisitt ønske om å lære mer om vold og behandling. Personlig egnethet vektlegges. Menn oppfordres til å søke.

**Tiltredelse:** etter avtale | Se fullstendig utlysningstekst på [www.atv-stiftelsen.no](http://www.atv-stiftelsen.no)  
**Søknadsfrist:** 9.12.2014

*Sykehuset Østfold gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Vi samarbeider med fastleger, kommunehelsetjenesten og andre helseforetak for å gi Østfolds befolkning et best mulig helsetilbud. Vi er et sykehus i utvikling. Nytt sykehus på Kalnes i Sarpsborg vil stå ferdig i 2015, og Sykehuset Østfold Moss er oppgradert. Dette skal, sammen med helsetjenester i Østfolds fem regioner, gi gode helsetjenester til befolkningen i fremtiden. Vi er en av Østfolds største arbeidsplasser med 4800 medarbeidere, og er lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Sarpsborg, Askim og Eidsberg.*

### Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering - Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Askim

## Psykologspesialist/psykolog

100 % fast stilling ledig fra 02.02.2015

Kontaktinfo: Seksjonsleder Lill Margrethe Eiken Hanssen, tlf. 69 86 41 00 / 948 35 848

**Søknadsfrist: 14. desember 2014**

Fullstendig utlysningstekst finnes på [www.sykehuset-ostfold.no](http://www.sykehuset-ostfold.no) og [www.nav.no](http://www.nav.no). Søknad sendes elektronisk via link på [www.sykehuset-ostfold.no](http://www.sykehuset-ostfold.no).



frantz.no



Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsettinger: a) behandling, b) kunnskapsformidling og c) forskning. ATV driver 11 behandlingssentre i Norge, i tillegg til behandlingssamarbeid med ATV-kontorer i Norden. Klientgruppen er i hovedsak voksne utøvere av vold, men noen kontorer arbeider også med voldsutsatte voksne, ungdom og barn. Stiftelsen har 44 ansatte, hovedsakelig psykologer.

## Alternativ til Vold – Arendal

Vi søker nå:

### 1 psykolog/psykologspesialist/psykoterapeut i 9 mnd. engasjement (med mulighet for forlengelse)

ATV Arendal gir et spesialisert behandlingstilbud til mennesker som utøver vold i nære relasjoner – både kvinner og menn. Vi søker etter en engasjert fagperson som;

- Liker å være psykoterapeut
- Liker å jobbe i små team
- Synes at vold kan være en spennende terapeutisk utfordring
- Liker å bygge gode relasjoner til viktige samarbeidspartnere som familievern, barnevern, krisesentre, RVTS, spesialisthelsetjenesten o.a.
- Liker at det settes av mye tid til fagutvikling
- Liker at jobben også inneholder formidling og undervisning
- Liker å jobbe innenfor et større nasjonalt psykologfellesskap
- Liker å få nye utfordringer som fagperson

Hovedoppgaven for stillingen vil først og fremst være knyttet til behandling av utøvere av vold i nære relasjoner både individuelt og i grupper. Det er også oppgaver knyttet til utadrettet virksomhet, fagutvikling, fagformidling og veiledningsoppdrag. Erfaring fra arbeid med vold er ønskelig, men erfaring fra psykisk helsevern eller rusbehandling vil også være relevant. Personlig egnethet vektlegges. Vi ønsker en person med gode samarbeidsevner og som ønsker å by på seg selv.

**Tiltredelse:** snarest etter avtale

**Søknadsfrist:** 9.12.2014

Søknader sendes på e-post til:

**Kine Blekkerud; [kine@atv-stiftelsen.no](mailto:kine@atv-stiftelsen.no).** Spørsmål om stillingen rettes til leder i ATV Region Sør; psykologspesialist **Cecilie Guldvog, mobil 907 51 814.**

**Postadresse:** Stiftelsen Alternativ til Vold, Lilletorget 1, 0184 Oslo.

[www.atv-stiftelsen.no](http://www.atv-stiftelsen.no)



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Psykisk helsevern

## Distriktpsikiatrisk senter, Elverum-Hamar, Poliklinikk Hamar 1

I vår poliklinikk for allmennpsykiatri ved Distriktpsikiatrisk senter Elverum-Hamar ønsker vi å rekruttere inn deg som er psykolog, og som kan være med å gi og utvikle vårt tilbud til innbyggerne på Hedmarken. Vi har 21 stillinger her, hvorav 10 av dem er psykologer.

DPS Elverum-Hamar har allmennpsykiatriske poliklinikker i Hamar og Elverum. I tillegg har vi spesialiserte poliklinikker og sengeposter for allmennpsykiatri og akutte tjenester.

### Psykolog

100 % fast. Ref.nr. 2407648938.

#### Kontakt:

Rune Leistad Amundsen, tlf. 62 53 73 22/ 975 10 991.

#### Søknadsfrist: 4. januar 2015

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeföreningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden. Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert før søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse.



frantiz.no



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Psykisk helsevern

## Distriktpsikiatrisk senter Elverum-Hamar, Poliklinikk Hamar 2

I vårt fellesskap ved det distriktpsikiatriske senteret på Hamar ønsker vi å rekruttere inn deg som er psykologspesialist og som kan være med forbedre vårt tilbud til innbyggerne på Hedmarken. Vi har 17 fagstillinger her, 11 av dem er psykologer. Arbeidsoppgavene vil være like mangfoldige som vår innbyggere er. Vi har allmennpsykiatriske poliklinikker i Hamar og Elverum. I tillegg har vi en egen enhet for rehabilitering og for Rus/LAR. Ut over dette har vi også sengeposter for allmennpsykiatri og akutte tjenester.

### Psykologspesialist

100 % fast. Ref.nr. 2400141700

#### Kontakt:

Terje Sollien, enhetsleder/psykologspesialist, tlf. 62 53 72 91.

#### Søknadsfrist: 4. januar 2015

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeföreningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden. Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert før søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse.



frantiz.no



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Psykisk helsevern

## Distriktpsikiatrisk senter Kongsvinger - poliklinikk

Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Kongsvinger er et distriktpsikiatrisk senter i vekst. Kongsvinger ligger ca 1,5 times reisevei fra Oslo med gode muligheter for dagpendling.

### Psykolog (Ref.nr. 2392817925)

- 100 % fast

#### Arbeidsoppgaver vil bl.a. bestå i:

- Samtaleterapi
- Individualbehandling
- Rådgive/veilede kommunen

#### Kontaktperson:

Aino Svarverud, tlf. 62 88 75 00 / 994 80 453

#### Søknadsfrist: 25. desember 2014

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeföreningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden. Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert før søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse.



frantiz.no



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Psykisk helsevern

## Avd. for akuttpsykiatri og psykosebehandling, enhet for psykosebehandling Løbakk

Målgruppen er pasienter med diagnostisert psykoselidelse, med hovedvekt på schizofreni. Det legges vekt på en bred tilnærming i behandling. Kompleksiteten i pasientens livssituasjon kan gi store utfordringer, og vi har et utstrakt samarbeid med DPS-enheter innen Hedmark fylke samt Kommunehelsetjenesten.

### Psykolog/psykologspesialist

100 % fast. Ref.nr. 2383076998

#### Kontakt:

Sofie B Løvseth, tlf. 62 58 17 08 / 976 54 068 eller  
Kirsti Stavø, tlf. 62 58 17 54 / 476 86 124

#### Søknadsfrist: 25. desember 2014

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeföreningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden. Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert før søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse.



frantiz.no



## Lyngdal kommune

Lyngdal kommune er en vakker sørlandskommune og et geografisk og kommunikasjonsmessig knutepunkt i Vest-Agder. Kommunegrensene strekker seg fra heiområdene, over fine ferskvannsområder, ned til brytende bølger og lange sandstrender i en 90 km lang kystlinje. Kommunen har ca 8200 innbyggere, et aktivt idrettsmiljø og et spennende kulturtilbud.

**Tjenesteenheten Barn og unge og tjenesteenhet Psykisk helse / Rehabilitering har ledig**

## Psykolog – barn og unge 100 % stilling

I Lyngdal kommune har vi ledig nyopprettet fast stilling som psykolog/psykologspesialist. Vi søker etter deg som med din psykologfaglige kompetanse kan være med å styrke vårt tverrfaglige tilbud til barn, unge og voksne og tilbyr blant annet muligheter for å kunne påvirke stillingen og delta i spennende utviklingsarbeid.

**Søknadsfrist: 20.12.14**

For fulltekstannonse og søknadskjema se [www.lyngdal.kommune.no](http://www.lyngdal.kommune.no)

### - Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

### Kristiansand

## Psykologspesialist/psykolog - DPS Strømme, Poliklinisk oppfølgingsteam

2 x 100 % st. fast

Hovedfunksjonen for stillingene vil være utredning, behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser. Behandlingen skjer i poliklinikk eller hjemme hos pasient.

Opplysninger: Enhetsleder Karen E. Bjørnstad Havåg, tlf. 38 07 63 00 eller teamleder Poliklinisk oppfølgingsteam Marta Eline Martinsen, tlf. 38 07 63 00

**Søknadsfrist: 15.12.2014**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no/jobb](http://www.sshf.no/jobb)

**Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.**

frantz.no



## Divisjon psykisk helsevern, Avd. voksenhabilitering Psykologspesialist

2 x 100 % fast stilling.

Avdelingen har ledig stilling for spesialist i klinisk voksenpsykologi, nevropsykologi eller habiliteringspsykologi.

Avdeling voksenhabilitering er organisert i Divisjon psykisk helsevern. Avdelingen ledes av spesialist i nevrologi. For øvrig består legegruppen av ytterligere seks overleger med spesialiteter innen nevrologi og psykiatri. Andre relevante faggrupper er vernepleiere, spesialpedagoger og fysioterapeuter.

Vi gir spesialisthelsetjenester til mennesker med sammensatte tilstander i forbindelse med psykisk utviklingshemming, ulike former for lærevansker og autismespekterforstyrrelser. Pasientene har ofte tilleggsproblematikk med psykiatriske, nevropsykiatriske og nevrologiske lidelser. Arbeid med mennesker med utfordrende atferd og psykiatrisk differensialdiagnostikk utgjør sentrale oppgaver i avdelingen. Vi tilstreber i arbeidet vårt å ha en helhetlig tilnærming hvor både individet og konteksten personen lever i, blir vurdert. Vi yter både ambulante og polikliniske tjenester.

### Arbeidsoppgaver

- Utredning og diagnostikk av mennesker med sammensatte funksjonshemminger i forbindelse med psykisk utviklingshemming, psykiske vansker og/eller nevropsykiatriske tilstander som ADHD, Tourette og autismespektertilstander
- Klinisk arbeid med oppfølging og behandling av pasienter etter utredning
- Veiledning og tiltaksarbeid mot pasient, pårørende og bistandsyttere
- Tverrfaglig samarbeid

### Kvalifikasjoner

- Spesialist i klinisk voksenpsykologi, nevropsykologi eller psykologisk habilitering
- Det er en fordel om søker har erfaring med avdelingens målgruppe og habiliteringsarbeid, men dette er ingen forutsetning
- Psykologer uten spesialisering er også velkomne til å søke

**Kontaktinfo:** Teamleder Jan Erik Østvik, tlf. 67 96 84 50

**Referansenr: 2404934703**

**Søknadsfrist: 16. desember 2014**

**For å søke på stillingen, gå inn på [www.ahus.no/jobsok](http://www.ahus.no/jobsok)**

Akershus universitetssykehus er Norges største akutt sykehus, og lokal- og område sykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag.

"Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

Divisjon psykisk helsevern består av Avdeling DPS, Avdeling BUP, Avdeling rus og avhengighet, Avdeling akuttpsykiatri, Avdeling spesialpsykiatri, Avdeling alderspsykiatri, Avdeling voksenhabilitering og Avdeling FoU. Divisjonen har ca. 1.700 årsverk og er lokalisert på Øvre og Nedre Romerike, inkl. Nordbyhagen, samt i Groruddalen og i Follo.

frantz.no

Les mer på [www.ahus.no](http://www.ahus.no)

HELSE  SØR-ØST

Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 130.000 innbyggere i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen. Nordlandssykehuset HF har gunstige pensjons- og forsikringsordninger gjennom KLP.

**Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:**

Vesterålen distriktpsykiatrisk senter

## Psykologspesialist / psykolog

- 2 x 100 % fast stilling.

Det utlyses to stillinger, en ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk og en ved Allmennpsykiatrisk døgnerhet. Vi søker personer som vil være med på videreutvikling av tilbudet til Vesterålen DPS.

Se gjerne vår hjemmeside [www.vdps.no](http://www.vdps.no)

For nærmere opplysninger kontakt enhetsleder Marit Lovise Fleines, tlf. 996 38 492 eller enhetsleder Bjørn Klaussen, tlf. 928 87 591.

**Søknadsfrist: 15. desember 2014**

**Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:**  
[www.nlsh.no](http://www.nlsh.no)



frantz.no

Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 130.000 innbyggere i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen. Nordlandssykehuset HF har gunstige pensjons- og forsikringsordninger gjennom KLP.

**Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:**

Nordlandssykehuset Bodø,  
Phr alm regionalt senter for spisefortyrrelser

## Psykologspesialist / psykolog

- 100 % vikariat.

Vi søker etter psykologer med interesse og ønske om fordypning i fagfeltet. Hvis du vil bli del av et spennende fagfelt og er du velkommen til å søke denne stillingen.

Stillingen vil i all hovedsak være klinisk rettet og i første omgang knyttet til poliklinikken. Arbeidsoppgavene er bl.a utredning, individualterapi, og samarbeid/veiledning i forhold til eksterne samarbeidspartnere.

Nærmere opplysninger fås hos avdelingsleder Silje Kathrine Fredheim, tlf. 913 27 884.

**Søknadsfrist: 14. desember 2014**

**Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:**  
[www.nlsh.no](http://www.nlsh.no)



frantz.no

Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.

Voksenpsykiatrisk poliklinikk – Brønnøysund

## Psykolog

**Ledig fast stilling som psykologspesialist/psykolog.**

VOP Brønnøysund har i dag 15 behandlerstillinger, bestående av fire psykologstillinger, psykologspesialist, psykiater, to leger i spesialisering, psykomotorisk fysioterapeut, klinisk sosionom og psykiatriske sykepleiere.

Vi er en allmennpsykiatrisk poliklinikk med differensierte behandlingstilbud. Behandlingen består av individuell terapi, gruppeterapi, familierapi samt ambulant behandling.

Vi tilbyr blant annet tilrettelegging for spesialisering, intern og ekstern veiledning samt studiepermisjon for spesialister.

Brønnøysund ligger på Helgelandskysten, i et vakkert øyrike som har rike muligheter for friluftsliv på fjell, land og vann.

**Kontaktpersoner:**

Avdelingsleder Turid Wærstad, tlf. 75 06 06 60 / 993 26 344 eller psykologspesialist Heidi Slåttøy, tlf. 75 06 06 60 / 913 96 993

**Søknadsfrist: 14. desember 2014**

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [helgelandssykehuset.no/jobb](http://helgelandssykehuset.no/jobb)

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



frantz.no

Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 130.000 innbyggere i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen. Nordlandssykehuset HF har gunstige pensjons- og forsikringsordninger gjennom KLP.

**Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:**

Phr alm regionalt senter for spisefortyrrelser

## Psykologspesialist / psykolog

- 100 % fast stilling.

Vi lyser nå ut en fast stilling på døgnerheten. Vi søker etter psykologer med interesse og ønske om fordypning i fagfeltet. Hvis du vil bli del av et spennende og dynamisk miljø, er du velkommen til å søke denne stillingen. Det er et ønske at du har kunnskap om/er interessert i å lære mentaliseringsbasert terapi. Det er også ønskelig at psykolog vil ta videreutdanning i kognitiv terapi for spiseforstyrrelser.

Nærmere opplysninger fås hos avdelingsleder Silje Kathrine Fredheim, tlf. 913 27 884.

**Søknadsfrist: 14. desember 2014**

**Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:**  
[www.nlsh.no](http://www.nlsh.no)



frantz.no



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

Fra 01.02.2015 har Familievernkontoret i Ålesund ledig et årsvikariat som

## PSYKOLOG I 100 %

Vikariatet er med mulighet for fast stilling.

Familievernkontoret i Ålesund består av leder, 1,5 sekretærstilling, og 8,8 fagstillinger. Kontoret dekker Sunnmøre med 125.000 innbyggere og 17 kommuner. Kontoret er samlokalisert med Fagteam Sunnmøre i nye lokaler på Moa, indre bydel av Ålesund.

Vi kan tilby et godt faglig og sosialt fellesskap, med systematisk brukerrettet kvalitetsutvikling

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

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

*Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelta i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)*

### Volda sjukehus

#### KLINIKK FOR PSYKISK HELSEVERN

Avdeling for barn og unge, BUP poliklinikken Volda

## Psykolog/psykologspesialist

St.nr. 2014/5383. Vi har ledig ei 100 % fast stilling for psykolog/psykologspesialist, med oppstartdato etter avtale med avdelingslingsleiinga.

Avdelinga har eit breitt samansett og spanande fagmiljø som gir differensierte polikliniske behandlingstilbod til barn, unge og deira familier i kommunane på Sunnmøre. Vi legg vekt på formelle faglege kvalifikasjonar og relevant praksis

#### Kontaktinformasjon:

Kari Standal, seksjonsleiar, tlf. 70 05 85 70

Søknadsfrist: 19.12.2014

Søknad blir sendt elektronisk via [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no) - der du og finn fullstendig utlysningstekst.

Kopi av attestar og vitnemål vil bli etterspurt ved intervju.

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*



## Psykolog/Psykologspesialist (14/7221) Virksomhet psykisk helse og rustiltak

Ålesund kommune ved virksomhet Psykisk helse og rustiltak har ledig stilling til psykolog/psykologspesialist i videreføring av ROP-prosjektet. Siden oppstart i januar 2014 har prosjektet jobbet opp mot anbefalingene i ROP-retningslinjene. Kommunenes oppgaver går på avdekking, kartlegging, henvisning, oppfølging, og rehabilitering av brukere med psykiske problemer og substansmisbruk.

Prosjektmedarbeider jobber derfor både med brukernære tjenester, og bidrar til utvikling av gode samarbeidsrutiner både innenfor kommunen, og inn i spesialisthelsetjenesten. Direkte brukerkontakt skjer innenfor oppsøkende virksomhet, siden brukergruppen responderer bra på denne måten å jobbe på. Hjemmebesøk, hjemmebehandling, aktivitet ute, transport og andre nødvendige tjenester er en del av psykologens ambulerende virksomhet. Psykologen skal videre utforme henvisninger til spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Organisatorisk bli prosjektet samordnet med Ambulerende team rus, og med basen integrering. Det forventes at psykologen jobber tidlig- og senkvart, og 3. hver helg.

Virksomhet psykisk helse og rus har lang erfaring med oppstart og drift av vellykkede samarbeidsprosjekt innen rusfaget, som etter endt prosjektperiode er blitt overført til kommunal drift.

#### Kvalifikasjoner:

Psykolog med autorisasjon/psykologspesialist, gode norskkunnskaper, relevant arbeidserfaring. Sertifikat for bil.

#### Personlige egenskaper:

Vilje til å ta imot og å gi veiledning, fleksibel i forhold til arbeidssted og arbeidstid (turnus), samarbeidsvillig både med kollegene i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

#### Vi tilbyr:

- Lønn etter gjeldende tariff og avtaleverk
- Veiledning for ikke-spesialiserte psykologer.
- Godt arbeidsmiljø med engasjerte kolleger og et fagfelt i utvikling.

#### For nærmere opplysninger, kontakt:

Anne-Marie Aasen, teamleder tlf. 975 96 206.

Regina Steinberger, nåværende psykologspesialist i ROP-prosjektet, tlf. 926 52 438.

#### Søknadsfrist: 1. januar 2015.

Vi ser helst at søknaden sendes elektronisk, se annonse på [www.alesund.kommune.no](http://www.alesund.kommune.no) under "Ledige stillinger". Du finner også søknadsskjemaet på <https://e-skjema.no/alesund/> Ev. papirsøknader sendes Ålesund kommune, postboks 1521, 6025 Ålesund.

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelt i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)

## Kristiansund sjukehus

KLINIKK FOR BARN OG UNGE

Seksjon for habilitering av barn og unge, Kristiansund

## Psykologspesialist

Ref.nr. 2400393157. Vi har ledig ei 100 % fast stilling for psykologspesialist frå snarast.

Seksjon for habilitering av barn og unge har sitt arbeidsområde innanfor 15 kommuner. Arbeidet er prega av utfordrande og tverrfagleg samarbeid med vekt på heilheitlege tiltak. Hovudmålgruppa er barn og unge med medfødde eller tidleg erverva funksjonshemmingar.

### Kontaktinformasjon:

Eva Løkvik, seksjonsleiar, tlf. 71 12 16 14 / 957 23 221, e-post: [eva.unni.lokvik@helse-mr.no](mailto:eva.unni.lokvik@helse-mr.no)

**Søknadsfrist: 12.12.2014**

Søknad blir sendt elektronisk via [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)

- der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Kopi av attestar og vitnemål vil bli etterspurt ved intervju.

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*



HELSE MØRE OG ROMSDAL

frantz.no

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelt i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)

## Molde behandlingssenter, poliklinikken

KLINIKK FOR RUS- OG AVHENGIGHEITSBEHANDLING

## Psykologspesialist/psykolog

Ref.nr. 2410277522. Ved Molde behandlingssenter er det ledig ei 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog. Stillinga er tilknytt poliklinikken.

Det er ynskeleg med spesialist i klinisk voksenpsykiologi, gjerne med fordjupning i psykologiarbeid innan rus og avhengigheit. Erfarne psykologar utan fullført spesialitet vil òg verte vurdert.

### Kontaktinformasjon:

Berit Kalgraff, kst. avdelingssjef, tlf. 71 21 98 00 / 410 47 627 eller Arnfinn Holbø, seksjonsleiar, tlf. 71 21 98 00 / 913 78 614

**Søknadsfrist: 18.01.2015**

Søknad blir sendt elektronisk via [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)

- der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Kopi av attestar og vitnemål vil bli etterspurt ved intervju.

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*



HELSE MØRE OG ROMSDAL

frantz.no

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG PRISER I 2015

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 22 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 530, samme format i farger kr 3 853.

### SMÅANNONSER:

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

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 850, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 350. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 3 550 kan kursannonser annonsert i Tidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

**NYHET!** Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 4 850 (inntil en måneds visning) kan logo vises på forsiden [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillingsannonse.

### ANNONSEFORMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
1	12.12	02.01
2	19.01	02.02
3	17.02	02.03

### Priser stillingsannonser/profilannonser:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 250	14 850
1/2 side	11 850	10 850
1/4 side	10 350	9 650

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

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



**NORSK  
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

**Tor Levin Hofgaard**  
tor.levin.hofgaard@  
psykologforeningen.no  
918 65 931

**Visepresidenter**

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

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

**Medlemmer**

**Kjetil Kaasin**  
kjetil.kaasin@sthf.no  
35 00 57 00

**Geir Skauli**  
geir.oyvind.skauli@larvik.  
kommune.no  
907 90 513

**Aina Holmén**  
aina@psykologforeningen.no  
986 64 501

**Ane Johnsen Lien**  
ane@bjornson.no  
414 02 259

**Jarle Refnin**  
jarref@so-hf.no  
916 90 509

**Børge Mathiassen**  
borge.idar.mathiassen@  
unn.no  
996 29 438

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

**Studentrepresentanter**

**Jørgen Edvin Westgren**  
joergenwestgren@gmail.com  
911 16 616

**Tonje Kvande**  
tonje.kvande@gmail.com  
480 98 665

**Varamedlemmer**

**Nina Dalen**  
nina.dalen@  
nevropsykolog.no  
909 41 650

**Joar Øveraas Halvorsen**  
joar.halvorsen@svt.ntnu.no  
922 56 656

**Ragnhild Klingenberg  
Stokke**  
ragnhildkrokke@gmail.com  
414 21 366

**Anne Kulseng Berg**  
akulseng@online.no  
928 60 119

**LOKALAVDELINGER**

**Akershus**  
**Helene Kindle-Skau**  
hkindleh@hotmail.com  
924 28 703

**Aust-Agder**  
**Else Håvås**  
elsehav@hotmail.com  
920 44 329

**Buskerud**  
**Elisabeth Pettersson**  
elisp2@online.no  
950 68 460

**Finnmark**  
**Kristine Knappskog**  
kristineknappskog@gmail.  
com  
977 93 644

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

**Hordaland**  
**Bjarte Bruntveit**  
bjarte.bruntveit@helse-  
bergen.no  
909 98 052

**Møre og Romsdal**  
**Magne Storvik**  
magne.storvik@helse-mr.no  
482 82 553

**Nord-Trøndelag**  
**Stein Aage Henriksen**  
stein.aage.henriksen@nav.no  
472 37 900

**Nordland**

**Ruth Ellen Steinsvik**  
ruth.ellen.steinsvik@  
bufetat.no  
466 15 670 (arb.) / 943 67 322  
(priv.)

**Oppland**  
**Gro Fodstad Eng**  
gro@gjovik-psykolog.no  
417 62 971

**Oslo**  
**Inge-Arne Teigset**  
psykolog.teigset@gmail.com  
22 02 92 44

**Rogaland**  
**Klara Overland**  
klara.overland@uis.no  
406 08 818

**Sogn og Fjordane**  
**Karen-Merete Bruland**  
karen-merete.bruland@  
bufetat.no  
991 08 520

**Sør-Trøndelag**  
**Morten Thorsen**  
morten.thorsen@nav.no  
73 43 81 80

**Telemark**  
**Birgitte Lindø**  
birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

**Troms**  
**Elisabeth Growen Borch**  
elisabeth@njaal.net  
988 75 422

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

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

**Østfold**  
**Harald Sandnes**  
hasandne@online.no  
930 94 209

**FAGETISK RÅD**

**Gisken Holst**, leder  
Rådgivningstelefon  
480 58 723, onsdager  
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG  
FOR FAGETISKE  
KLAGESAKER**

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

**LØNNS- OG ARBEIDS-  
MARKEDSUTVALGET**

**Rune Frøyland**, leder,  
tlf. 450 30 522  
**Birgit Aanderaa**, nestleder,  
tlf. 917 12 983  
**Bjarte Bønes Bruntveit**,  
Spekter-helse, tlf. 909 98 052  
**Ingvild Gregersen**, Spekter-  
helse, tlf. 957 27 801  
**Lone Løvschall**, KS,  
tlf. 952 28 184  
**Marianne Sand**, Stat,  
tlf. 930 56 103  
**Helene Kindle-Skau**, Virke/  
HUK, tlf. 924 28 703  
**Knut Follesø**, Privatpraksis,  
tlf. 920 37 744  
**Erik Holand**, Helse Nord,  
tlf. 958 28 018  
**Mats Larssen**, Helse Sør-Øst,  
tlf. 952 80 577

**FORHANDLINGS-  
UTVALG FOR PRIVAT  
PRAKSIS**

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

**SPELIALITETSRÅDET**

**Birgit Aanderaa**, leder,  
e-post biraan@ous-hf.no,  
tlf. 917 12 983

**KVALITETSUTVALGET**

**Birgit Aanderaa**, leder,  
e-post biraan@ous-hf.no,  
tlf. 917 12 983

**SPESIALIST-  
UTVALGENE***Felleselementene*

**Geir Høstmark Nielsen**,  
leder, e-post geir.nielsen@  
psych.uib.no, tlf. 911 48 183

*Klinisk barne- og  
ungdomspsykologi*

**Krister Westlye Fjermestad**,  
leder, e-post kjf@frambu.no,  
tlf. 942 01 947

*Klinisk familiepsykologi*

**Hans Christian Lunder**,  
leder, e-post hans.chr.  
lunder@hotmail.com,  
tlf. 994 82 181

*Psykologisk arbeid med rus  
og avhengighetsproblemer*

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

*Klinisk eldrepsykologi*

**Eli Soldal**, leder, e-post  
eli@soldal.org, tlf. 481 11 153

*Klinisk psykologi  
med psykoterapi*

**Roar Olsen**, leder,  
e-post roar9@online.no,  
tlf. 920 95 894

*Klinisk voksenpsykologi*

**Elisabet Engelstad  
Romøren**, leder, e-post  
elisabet@romoren.no,  
tlf. 977 53 107

*Klinisk nevropsykologi*

**Jørgen Sundby**, leder,  
e-post jorgen.sundby@uit.no,  
tlf. 992 68 772

*Psykologisk habilitering*

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

*Klinisk arbeidspsykologi*

**Marit Hannisdal**, leder,  
e-post marit.hannisdal@nav.  
no, tlf. 950 65 234

*Klinisk samfunnspsykologi*

**Kjersti Hildonen**, leder,  
e-post kj\_hildonen@hotmail.  
com, tlf. 907 85 288

*Organisasjonspsykologi*

**Rudi Myrvang**, leder, e-post  
rudi.myrvang@cut-e.no,  
tlf. 906 03 555

**GODKJENNINGS-  
UTVALGET**

**Odd Arne Tjersland**,  
leder, e-post o.a.tjersland@  
psykologi.uio.no,  
tlf. 977 37 785

**ANKEUTVALGET FOR  
SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR  
RETTSPSYKOLOGI OG  
SAKKYNDIGHET**

**Kirsten Rasmussen**, leder,  
e-post kirsten.rasmussen@  
svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

**STUDENTPOLITISK  
UTVALG**

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

**FORSKNINGSPOLITISK  
UTVALG**

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

**MENNESKERETTIG-  
HETSUTVALGET**

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

**TESTPOLITISK UTVALG**

**Jens Egeland**, leder, e-post  
jens.egeland@piv.no,  
tlf. 908 91 121

**YNGRE PSYKOLOGERS  
UTVALG**

**Henriette Linnea Alsaker**,  
leder, e-post ypu@  
psykologforeningen.no,  
tlf. 997 22 725

**VALGKOMITEEN  
I NORSK  
PSYKOLOGFORENING**

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

**SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**Gøril Wiker**,  
kommunikasjonssjef,  
e-post goril.wiker@  
psykologforeningen.no  
**Per Halvorsen**, webredaktør,  
e-post per.halvorsen@  
psykologforeningen.no

*Administrasjonsavdeling*

**Heidi Mølmann**,  
administrasjonssjef,  
e-post heidi.molmann@  
psykologforeningen.no  
**Toril Dyrhovd**,  
nestleder, epost toril@  
psykologforeningen.no

*Forhandlingsavdeling*

**Christian Zimmermann**,  
forhandlingssjef

**Joakim Solhaug**,

spesialrådgiver  
Kontakt  
forhandlingsavdelingen@  
psykologforeningen.no

*Fagpolitisk avdeling*

**Andreas Høstmælingen**,  
fagsjef, e-post andreas@  
psykologforeningen.no

*Utdanningsavdeling*

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

**NORSK  
PSYKOLOGFORENING**

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

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

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

**Trine Anstorp**, Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging  
**Kjersti Arefjord**, Universitetet i Bergen  
**Eva Dalsgaard Axelsen**, Universitetet i Oslo  
**Henning Bang**, Universitetet i Oslo  
**Per-Einar Binder**, Universitetet i Bergen  
**Anne Inger Helmen Borge**, Universitetet i Oslo  
**Tim Brennen**, Universitetet i Oslo  
**William Brochs-Haukedal**, Norges handelshøyskole  
**Nikolai Czajkowski**, Universitetet i Oslo  
**Knut Dalen**, Universitetet i Bergen  
**Gudrun Dieserud**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Fanny Duckert**, Universitetet i Oslo  
**Atle Dyregrov**, Senter for krisepsykologi  
**Tor-Johan Ekeland**, Høgskulen i Volda

**Ståle Einarsen**, Universitetet i Bergen  
**Hege R. Eriksen**, Universitetsforskning Bergen  
**Anders Martin Fjell**, Universitetet i Oslo  
**Magne Arve Flaten**, Universitetet i Tromsø  
**Rolf W. Gråwe**, St. Olavs hospital  
**Siri Erika Gullestad**, Universitetet i Oslo  
**Roger Hagen**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Odd E. Havik**, Universitetet i Bergen  
**Anthony Hawke**, Familievernkontoret i Stavanger  
**Asle Hoffart**, Modum Bad  
**Arne Holte**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Hanne Haavind**, Universitetet i Oslo  
**Reidun Ingebretsen**, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
**Tine K. Jensen**, Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress  
**Leif Edward Ottesen Kennair**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Stein Knardahl**, Statens arbeidsmiljøinstitutt  
**Gerd Kvale**, Universitetet i Bergen  
**Øyvind Kvello**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Kim Larsen**, Sykehuset Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**, Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**, Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**, Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**, Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**, Handelshøyskolen BI  
**Monica Martinussen**, Universitetet i Tromsø  
**Willy-Tore Mørch**, Universitetet i Tromsø  
**Simon-Peter Neumer**, RBUP Øst og Sør, Oslo  
**Geir Høstmark Nielsen**, Universitetet i Bergen  
**Hans Nordahl**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Inger Hilde Nordhus**, Universitetet i Bergen  
**Terje Ogden**, Atferdssenteret – Unirand  
**Ståle Pallesen**, Universitetet i Bergen  
**Magne Raundalen**, Senter for krisepsykologi  
**Sissel Reichelt**, Universitetet i Oslo  
**Ivar Reinvang**, Universitetet i Oslo  
**Astrid M. Richardsen**, Handelshøyskolen BI  
**Jan H. Rosenvinge**, Universitetet i Tromsø

**Bjørn Rishovd Rund**, Universitetet i Oslo  
**Frida Gullestad Rø**, Universitetet i Oslo  
**Michael Helge Rønnestad**, Universitetet i Oslo  
**Gro Mjeldheim Sandal**, Universitetet i Bergen  
**Per Øystein Saksvik**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Borrik Schjødt**, Haukeland universitetssykehus  
**Jan Skjerve**, Universitetet i Bergen  
**Ingunn Skre**, Universitetet i Tromsø  
**Arvid Skutle**, Stiftelsen Bergensklinikkene  
**Lars Smith**, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse  
**Håkan Sundberg**, Universitetet i Bergen  
**Frode Svartdal**, Universitetet i Tromsø  
**Nora Sveaass**, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo  
**Stephen von Tetzchner**, Universitetet i Oslo  
**Odd Arne Tjersland**, Universitetet i Oslo  
**Bente Træen**, Universitetet i Oslo  
**Merete Øie**, Sykehuset Innlandet HF  
**Simon Øverland**, Universitetet i Bergen

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

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1395 per år, bedriftsabonnement kr 1950, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

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

**Frist for innlevering av annonser:**  
12.12, 19.01, 17.02, 18.03, 17.04, 18.05, 18.06,  
20.07, 18.08, 18.09, 19.10, 18.11