

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.52 nr.2 2015

**Psykologi
for barn**

**Meklings-
samtaler med
separerende
foreldre i høy
konflikt**

Robert Whitaker
om negative
konsekvenser ved
psykofarmaka

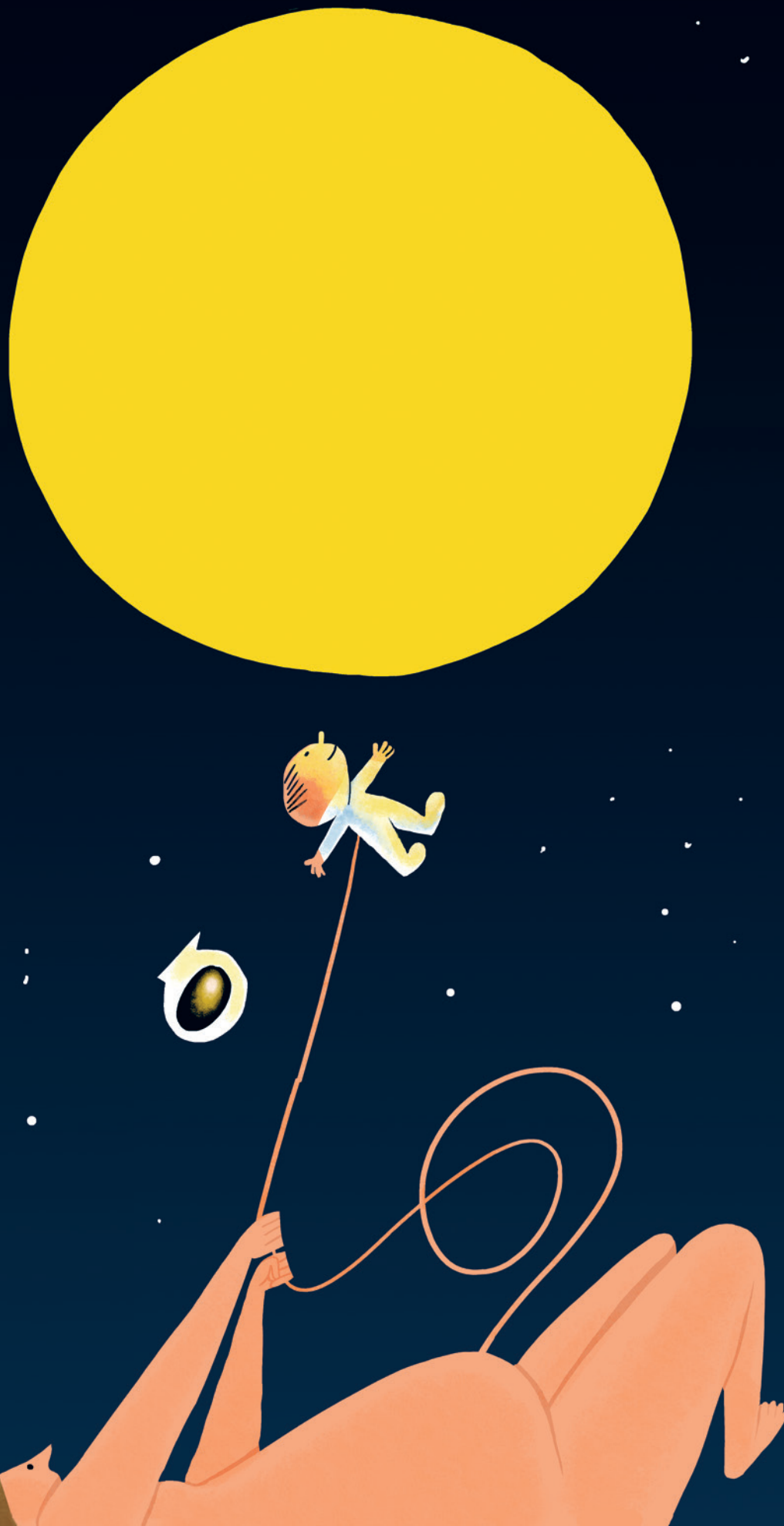
**Islamifisering av
terapien, ja takk!**

ISSN 0332-6470



9 770332 647006

*Barnlik
Kalkunbarn
Bylande*



PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 2** 2015

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

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

og Katharine Williams, katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Redaksjonssjef Per Olav Solberg, perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl (debattansvarlig),

oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978, Nina Elisabeth

Strand, nina.strand@psykologtidsskriftet.no, tlf. 979 59 515 og

Arne Olav Hageberg, arneolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 958 21 895.

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no og debatt@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Markedskonsulent Winnie Engevoid

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.

Behandlingshverdag

FÅ TING ENGASJERER våre lesere mer enn beskrivelser av behandlingshverdagen. Ofte er dette kritiske beskrivelser av den enkelte terapeuts møter med systemets rammer. Som da vi på lederplass i oktober 2011 skrev om unge psykologer som jobber langt utover normal arbeidstid for å tekkes arbeidslivets dokumentasjonskrav. Sjelden har vi fått så mange tilbakemeldinger på en leder. Eller som da vi i mars året etter fulgte opp temaet i en reportasjeserie med tittelen «Psykologer i skvis». Her ble det fortalt hvordan enkeltmennesket forsvant i produksjonstall, diagnoseveiledere og tall på pasientgjennomstrømning. Igjen var responsen massiv.

Møtet med det offentlige styringsbehov engasjerer langt utover våre spalter. «Helsetjenesteaksjonen» ble stiftet i 2013 av – for å bruke deres egen beskrivelse – helsearbeidere, pasienter og pårørende som ikke lenger finner seg i administrativ overstyring fra et viltvoksende byråkrati. Og den 18. november i fjor publiserte Werner Nebelung kronikken «Du har rett Høie: Jeg arbeider ikke nok» på nyemening.no. I løpet av en uke fikk den rundt 25 000 sidehenvisninger på Dagsavisens nettsider. Og da vi rundt nyttår delte linker til våre gamle saker om psykologer i skvis på Facebook, var kommentaren: «Like aktuelt».

Det er altså all mulig grunn til fortsatt å spørre om hvordan det egentlig står til i behandlingshverdagen. Og spørsmålet handler, som vi ser, om mer enn psykologers faglige autonomi og arbeidspress. Det handler om hvilke arbeidsoppgaver som utløser ressurser og midler, det forteller om et engasjement for klienters ve og vel, og det handler om hva god behandling er sett opp mot prioriteringer og kvalitetssikring.

Beskrivelsene over og tilbakemeldinger vi har fått, tyder på at mye er som før. Samtidig er det også et behov for å gå nærmere inn i sakene, være mer konkret. Hvilke problemer finner vi i en psykologs hverdag? Hva kjennetegner en god jobb? Hva er tidstyvene? Hvor er problemene, og hvor er løsningene?

I året som kommer, ønsker vi flere saker om behandlingshverdagen. Da trenger vi også innspill fra leserne. Som et oppspark arrangerer vi den 19. mars, sammen med Psykologforeningens Osloavdeling, et debattmøte på Litteraturhuset i Oslo om profesjonsautonomi og styringsregler i helseforetakene. Ønsker du å være med på å sette dagsorden i forkant av debatten, tar vi gjerne imot innlegg – helst innen 14. februar. Vi lover å ta innspill og innlegg med oss i de redaksjonelle prioriteringene fremover. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@psykologtidsskriftet.no



Det er altså all mulig grunn til fortsatt å spørre om hvordan det står til i behandlingshverdagen

92

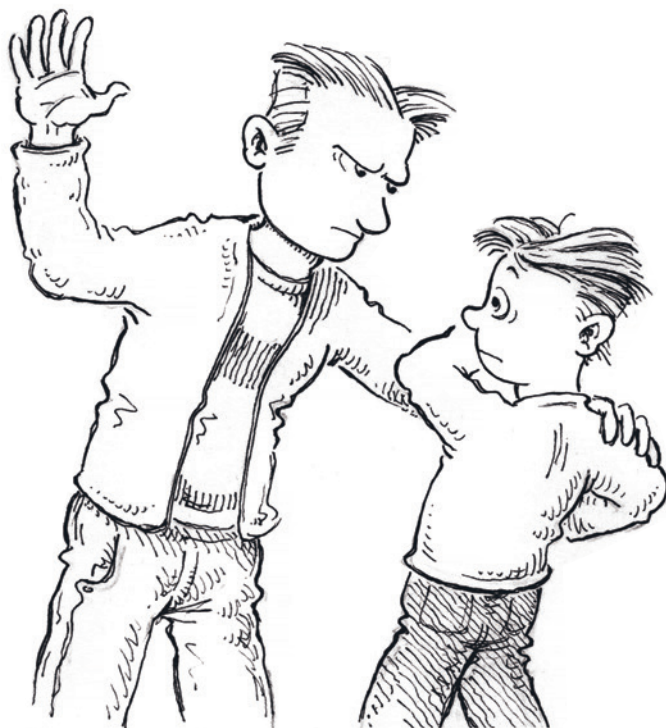


FOTO: ARNE OLAV HAGEBERG

UTFORDRER IMAMENE

Norske muslimer må være villige til å si noe mer enn at IS ikke representerer deres form for islam, mener Nora Sveaass, leder av Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg.

158



ILLUSTRASJON FRA BOKSERIEN «PSYKOLOGI FOR BARN»

HJELP TIL BARNEHJELP

«Bøker byr på erfaring nesten uten risiko», skriver litteraturviter Hedda Vormeland i sin anmeldelse av to nye serier med barnebøker om følelser og psykologi.

108

PSYKOLOGI FOR SPEDBARN

Ved BUP Vesterålen har en ny form for samarbeid med førstelinjetjenesten vært avgjørende for etableringen av poliklinikker for de minste barna.



ILLUSTRASJON: ARNE OLAV HAGEBERG

HUSKER DU WAP?

Om ikke dagens psykiske helsetjenester utvikler seg vil de lide samme skjebne som det monokrome mobile internettet, som raskt ble overgått av smart-telefonen. Helsevesenets «smart-telefon» er brukermedvirkning og feedback, skriver Birgit Valla i boka *Videre*, en av månedens anmeldte bøker.

Innhold

- 89 **Behandlingshverdag**
Leder | Bjørnar Olsen
- 92 **Utfordrer norske muslimer**
Nå: Nora Sveaass, leder for Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg | Nina Strand
- 94 **Meklingsstrategier i møte med det konfliktfylte**
Vitenskapelig artikkel | Wenke Gulbrandsen
- 108 **Hvordan nå de minste barna**
Fra praksis | Risjord & Goksøyr
- 114 **Facebook-skygger**
Fri assosiasjon | Cecilie Benneche
- 117 **Entusiasme og gjenkjennelse - En kvalitativ studie av profesjonell og personlig endring etter opplæring i foreldreveildningsmetoden «Circle of Security Parenting DVD»**
Vitenskapelig artikkel | Berntsen & Holgersen
- 126 **Psykofarmaka på kort og lang sikt**
Intervju med Robert Whitaker | Tjersland et al.
- 132 **Er psykoterapi for barn?**
Oppsummert | Lars Rasborg
- 135 **Psykologenes sikkerhetsnett**
Aktuelt om Norsk Psykologforenings kollegastøtteordning | Nina Strand
- 139 **MENINGER**
Essay: Islamifisering av psykoterapi | Repål & Raknes (s. 139)
Leserombud Odd Volden om nivået på psykisk helsejournalistikk (s. 145)
Debatt: Psykologtidsskriftet (s. 146), Uføretrygd (s. 147), Diagnoser (s. 148), Manglende pietet? (s. 149), Selvhjelp (s. 150)
Perspektiv: Status quo for pårørendes situasjon | Anne-Grethe Terjesen (s. 152)
Kommentar: Psykologi irrelevant | Øystein Helmikstøl (s. 154)
- 158 **INNTRYKK**
Bokanmeldelser: Barnebøker om følelser og psykologi (s. 158), The Psychology of Personhood (s. 164), En psykiatrisk epidemi (s. 166), Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre (s. 168)
- 170 **MINNEORD**
Reidar Hole (1996-2014), Bodil Haavardsholm (1924-2014)
- 172 **Annonser**
- 177 **Stillingsannonser**



UTFORDRER NORSKE MUSLIMER

Muslimer står frem mot terrorisme. Bra, men det er ikke nok, mener Nora Sveaass.

– To terroraksjoner i Paris sjokkerte den vestlige verden. Som leder i Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg, hvordan forstår du disse aksjonene?

– Dette er dypt tragisk. Jeg strever med å forstå og å trekke linjer. Vi ser en eskalerende terror som utføres av ekstreme grupper, de går til ytterligheter uten sidestykke. Jenter som går på skole blir bortført, vestlige hjelpearbeidere henrettes for åpen scene, tegnere man ikke liker, blir drept. Nå rekrutteres terroristene også fra roligere deler i verden, og fellesnevnerne er angrep både på vestlige verdier og vestlig maktpolitikk. Det er en situasjon som avler hat. Terroristene påstår at de er talspersoner for en religion som respekteres av millioner mennesker, rike og fattige. Men nå står muslimer frem og sier med fortvilelse at terroristene trekker dem med seg inn i hatet, at dette er

TEKST

Nina Strand

FOTO

Fartein Rudjord

ekstreme grupper som ikke representerer dem. Disse stemmene er viktige.

– Terrorhandlingene i Paris har ført til intens debatt om ytringsfrihet, også her i landet. Din kommentar?

– Diskusjonen har vært unyansert, etter mitt syn. Det har aldri eksistert full ytringsfrihet. Menneskerettighetene vektlegger også vern mot diskriminering, respekt for menneskers verdighet og integritet, og at folk har rett til å leve uten frykt. Ekstreme ytringer motsier dette, og hatefull tale er faktisk forbudt. Denne dimensjonen synes jeg blir borte i ytringsfrihetsdebatten. Det at terroristene også angrep en jødisk kosherbutikk, har fått mindre oppmerksomhet. Jeg vil sterkt forsvare ytringsfriheten. Men jeg synes ikke det er en menneskerett å krenke det som er hellig for andre. Vi krever respekt for våre verdier, men hvor er dialogen om de andres?

– Du er enig med Jonas Gahr Støre, altså?

– Jeg synes han har et viktig poeng. Men jeg vil heller vise til sosialantropolog Unni Wikan, som har snakket med folk i Egypt om terrorhendelsene. De sa klart at terrorismen er forferdelig, den kan ikke forsvares. Men så la de til: Hvorfor er det så viktig å krenke, og å såre andre menneskers følelser? Det synes jeg vi bør lytte til. Mange av dem som i dag begår voldelige handlinger, har familier i krigsområder som er blitt utsatt for overgrep fra vestlige soldater. Det blir for snevert å gjøre dette til en diskusjon om ytringsfrihet.

– Debatten har også dreid seg om hva stor-samfunnet kan gjøre for å forebygge marginalisering og utenforskap. Noen etterlyser engasjement fra minoritetene selv?

– Ja, og vi ser jo nettopp et slikt engasjement. I Norge har vi hatt demonstrasjoner der muslimer sier «Vi er ikke IS». For meg kan det se ut som at islam er en religion som kan brukes til undertrykking av grupper. Samtidig må vi huske at det har skjedd forferdelige ting både i kristendommens og i jødedommens navn. Jeg kan ikke nok om islam, men skriftlærde som kan vise at brudd på menneskerettighetene strider mot Koranen, vil definitivt være viktige. Menneskerettighetene er jo ikke et vestlig produkt. De er blitt fremforhandlet over lang tid, med østlig og vestlig innsats.

– Hva må gjøres fremover?

– I tillegg til å motarbeide terrorhandlinger er det viktige at vi undersøker hva som avler terror, og hvordan vi stopper den. Det som er så vanskelig, er at de mest ekstreme er knyttet opp mot pågående kriger som ikke stopper. Jihadistgruppene bruker disse krigene for å skaffe seg styrke. For å få til dialog tror jeg det er viktig å begynne i den andre enden, der det er fred. I august i fjor sto ti muslimer sammen med Erna Solberg og Jonas Gahr Støre på en talerstol foran Stortinget, og snakket til 5000 fremmøte i en demonstrasjon som samlet veldig bredt. Temaet var misbruk av islam og uakseptabel terror i religionens navn. Demonstrantene ville ha seg frabedt å bli tatt til inntekt for volden og bli satt i bås med de ansvarlige for kriminelle handlinger. Jeg mener det hviler et stort ansvar på denne gruppen klarttalende individer for å ta dette ett, eller helst mange, skritt videre. De er tydelige med hensyn til at dette er uakseptable handlinger og ikke deres måte å være muslim på. Nå trengs det at de at de fokuserer på

Hvorfor NÅ?

- Terrorangrepene på magasinet Charlie Hebdo og på en jødisk butikk i Paris har skapt debatt om terrorisme og om ytringsfrihet.
- Psykolog Nora Sveaass er førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, leder for Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg, og medlem av FNs underkomité for forebygging av tortur. Folk som kjenner det muslimske miljøet i Norge innenfra, må kunne si hva som kan gjøres for å komme ut av en låst situasjon, mener hun.

det som må gjøres i deres egne miljøer og på hvordan rekruttering til terror kan motvirkes.

– Hvem vil du utfordre?

– Særlig de som har en ledende rolle, imamer for eksempel. De bør kunne si noe om hvordan religionen misbrukes i dag. Jeg jobber med Ungdom mot vold, og her treffer jeg både ungdom og voksne menn med minoritetsbakgrunn. Jeg har søkt om midler til å studere fremmedkrigerne, hvordan de rekrutteres, og hva de bruker som argumenter. Jeg mener folk som kjenner miljøet innenfra, kan si noe om hva som må gjøres for å komme ut av den låste situasjonen. Og om hvordan en kan hindre at norske gutter drar som fremmedkrigere til Syria. Da må de være villige til å si noe mer enn at dette ikke er deres form for islam.

– Hva mer må de snakke om?

– Om hva som gjør at noen tolker skriften som de gjør og om hvilken status sharialovene skal ha. Om man kan mishandle sin hustru eller drepe i Guds navn. Slike teologiske tolkningsdiskusjoner har vært nødvendige også innenfor kristne miljøer. Og bare tenk på korsfarerne, som mente de hadde Gud på sin side i sine voldelige herjinger.

– Hvilke andre debatter trenger vi?

– Vi trenger å komme videre, fra diskusjonen for eller mot ytringsfrihet og over til samtalen om hvordan menneskerettigheter både skal respekteres og samtidig veies opp mot hverandre. Jeg mener det er tull å si at vi ber om konflikter og angrep når vi publiserer karikaturer. På den annen side: Hvorfor er det greit at vi overfor noen grupper går ut med et mye hardere, mer ydmykende skyts enn vi eksempelvis kan tillate oss overfor kvinner eller homofile? Den rettigheten som sterkest kommer i konflikt med ytringsfriheten, er diskrimineringsvernet. Det står så sterkt i Norge at vi har et eget ombud som kan stoppe utsagn og handlinger som krenker det. Vi godtar at vi ikke skal krenke mennesker på grunn av etnisitet, eller kvinner, funksjonshemmede og homofile. Injurielovgivningen begrenser også ytringer. Det krever refleksjon å ta gode avveininger. Noen mener at det nå er om å gjøre å få spredt karikaturtegnene. Da er vi liksom frie! Jeg er redd for at vi da støter bort folk som ellers ville ha støttet kampen mot ekstreme tolkninger og handlinger i islams navn. Komikere spør: Når kan man tulle med 22. juli? Med Holocaust? Aldri, mener jeg. Jeg kan ikke forstå at det noen gang kan bli morsomt. ✘

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 94-138 FAGFELLEVDERT

WENKE GULBRANDSEN, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT wenke.gulbrandsen@bun.oslo.kommune.no

MEKLINGSSTRATEGIER I MØTE MED DET KONFLIKTFYLTE

Studien som presenteres baserer seg på analyser av meklingssamtaler med separerende foreldre i høy konflikt. Flertallet avbryter meklingen uten å komme til enighet om barna. Forfatteren utforsker viktige suksesskriterier i meklingsarbeidet ved å studere dialogene i både brutte og i fullførte saker.

Artikkelen bygger på analyser av meklers samtaler med foreldre i høy konflikt. Datamaterialet ble samlet gjennom FORM-prosjektet (Gulbrandsen & Tjersland, 2013), en empirisk studie av foreldrepar som møtte til obligatorisk meklingsregulert av norsk lov. Ett mål med studien var å frembringe mer kunnskap om hva som kjennetegner konfliktfylte meklingsaker (Gulbrandsen, 2013). Et annet mål, og temaet for denne artikkelen, var å beskrive meklerens tilnærminger til det konfliktfylte og søke å identifisere strategier som syntes å bidra til at foreldrene klarte å få til et bedre samarbeid seg imellom.

ABSTRACT

Analysis of approaches to high conflict cases based on a naturalistic study of mediation practice; looking for helpful strategies

One aim for this qualitative study was to identify and describe patterns in the mediators' approaches to the parents in severe conflicts attached to the break-up. And further more to identify approaches that seemed to keep the parties in dialogues with each other, and approaches that seemed to end them. Qualitative analyses of audiotaped dialogues from 28 high-conflict cases identified five dimensions, each representing contrasts in how the mediators met the parents during the process. They are labeled: Focus on the law and regulations versus the parents themselves, the mediator defining subjects to talk about versus asking the parents, agreement oriented work versus a focus on emotional and relational reactions, verbally versus written orientation, limited versus rich time space, and parent focus versus system focus. Each dimension can also be seen as a space that the mediator has to use with flexibility, and over time, in order help the parents and their children to reorient and make decisions in an emotional difficult time. In summing up the experiences from the study, and with a special address to practitioners handling family conflicts, seven central strategies are highlighted.

Keywords: handling questions about agreements and emotions, mediation with separating parents in severe conflicts, strategies of mediation

Blikket rettes mot meklingspraksis, slik denne kan beskrives etter analyser av samtaler mellom meklere og foreldrepar. Forut for metode- og resultatbeskrivelse gjøres det rede for sentrale ideer som har preget det internasjonale meklingsfeltet, samt for den meklingsordningen som er lovfestet i Norge.

MEKLING SOM INTERVENSJON NÅR FORELDRE SKILLER LAG

Det var pionerene i meklingsfeltet, Coogler (1978) og Haynes (1981), som først fremmet ideen om meklings som et alternativ til rettsprosesser; foreldre skulle få hjelp til å utvikle sine egne løsninger for barn og samarbeid etter bruddet. De beskrev strukturerte arbeidsmodeller som fokuserte på å utforme avtaler om barn og økonomi. Etter hvert kom det røster som hevdet at foreldre med emosjonelle og relasjonelle problemer knyttet til skilsmissten trengte hjelp til å adressere denne siden for å komme frem til avtaler. Fagfeltet begynte å låne virkemidler fra ulike terapitradisjoner (Brown, 1997; Bush & Folger, 1994; Emery, 2012; Iving & Benjamin, 2002; Kruk, 1997; Lang & Taylor, 2000; Tjersland, 1992; Walker, McCarthy & Timms, 1994; Winslade & Monk, 2001). Tjersland og Gulbrandsen (2010) har i en gjennomgang av utviklingen på feltet gitt en definisjon av meklings som synes å samle mange av perspektivene som preger denne litteraturen i dag:

Mekling er en samarbeidsorientert prosess med separerende (separerte) foreldre assistert av en hjelper som tilstreber upartiskhet, og der alle avgjørelser ligger hos foreldrene. Formålet er dels å avklare spørsmål som foreldrene mener det er aktuelt å snakke om, dels å finne frem til ordninger begge kan stå inne for, både når det gjelder samarbeid om barn og i andre spørsmål. Meklerens overordnede oppgave er å holde et beslutningsorientert fokus på spørsmål om nåtid og fremtid, og samtidig bruke relevante virkemidler for å fasilitere samtaleprosessen mellom foreldrene (s. 697).

Selv om det skulle være en relativt bred konsensus om en slik definisjon av foreldremekling, er det mange spørsmål som fortsatt står ubesvarte, blant annet om hva som kan være relevante fasiliterende virkemidler i prosessen? Strategiene som beskrives, fremstår som relativt allmenne, noe som kan henge sammen

med at det foreligger få observasjonsstudier av aktiviteten i meklingsrommet. For eksempel kan man etterspørre skillet mellom emosjoner og avtaler. I én forstand er dette et kunstig skille. Alle avtaler er også emosjonelt fargete. Men samtidig gir det i en meklingskontekst mening i noen grad å separere de to sidene fra hverandre. Innenfor meklingsstradisjonen har det blitt lagt ulik mening i hva det betyr å gi rom for følelsesreaksjoner. Noen har fremhevet betydningen av å «ventilere» følelser (Nordhelle, 2007). Andre har vært langt mer spesifikke i hvordan mekleren aktivt både kan styre og argumentere for å gi plass for følelsesuttrykk, bekrefte dem som legitime, gi mening til dem, samt gi individuell mestringshjelp (Ekeland, 2010; Poitras & Raines, 2013; Tjersland 1997). Det er også en forskjell i hva meklerne har fokusert på, om det er følelsesuttrykkene som sådanne (sinne, sorg, fortvilelse, osv.) og reguleringen av dem, eller om blikket rettes mot betydningen som kan ligge i de opprørte følelsene.

I en annen artikkel har jeg identifisert åtte kilder som hyppig bidrar til fastlåsing av dialogen mellom foreldre som skiller lag. De er knyttet til manglende aksept av bruddet, krenkelse over måten det skjedde på, engstelse for omsorgssvikt hos den andre forelderen, bekymringer for manglende innlevelse i barnet, barn har selv blitt aktører i konflikten, økonomiske bekymringer, uforenlige tanker om fremtid, og at andre utenfor påskynder konflikten mellom foreldrene (Gulbrandsen, 2013). Forsøket på å differensiere kilder til det konfliktfylte kan gi meklere støtte til å utforske disse områdene, fremfor å undertrykke eller usynlig gjøre de emosjonelle reaksjonene. De aktuelle konfliktkildene har gitt føringer når jeg – basert på mye av det samme forskningsmaterialet – har sett etter strategier hos meklerne: Hvordan har de møtt reaksjoner på bruddet, bekymringer for barn, uforenlige ideer om fremtiden, og andre konfliktfremmende motsetninger? Interessen for tilnærminger som kan bringe prosessen videre, er også preget av min egen 25-årig praksis med foreldre i samlivsbrudd; jeg vet mye om hvor fastlåste foreldre kan fremtre. Derfor har jeg også hatt med meg flere andre spørsmål i møtet med materialet, blant annet:

Når meklerne bekrefter følelsesmessige reaksjoner, hvordan går de frem for å opprettholde en allianse med den andre som følelsene er rettet mot? Hvordan søker de å tilpasse sine

innspill til den pågående dialogen («timing»)? Hvordan prøver de å få foreldre som er oppgitte, sårete og sinte til å gi seg selv mer tid i meklingsprosessen? Hvordan orienterer meklerne foreldrene tilbake til avtalemessige spørsmål når vanskelige emosjonelle temaer har stått sentralt i samtalen?

Denne studien av meklingssamtaler med foreldre i store konflikter kan belyse noen av spørsmålene og bidra til å gi beskrivelser av aktuelle meklingsstrategier. Hovedformålet er å identifisere meklingsstrategier som synes konstruktive i møte med det fastlåste.

KONTEKSTEN FOR DENNE STUDIEN: OBLIGATORISK MEKLING VED SEPARASJON

Gjennom en revisjon av ekteskapsloven (lov om ekteskap) vedtok Stortinget i 1991 å innføre obligatorisk mekling i Norge for foreldre med barn under 16 år som skiller lag. Loven ble satt ut i livet fra 1993. Formålet var å forebygge problemer ved å gi foreldre en gratis samtalehjelp til å utforme skriftlige avtaler om barn. Det gjaldt for foreldre som hadde vært gift og foreldre som vurderte å bringe saken inn for retten. Senere ble meklingen også gjort obligatorisk for samboere med barn. Tilbudet gis ved familievernkontorer og av godkjente eksterne meklere. Foreldrene kan få inntil syv timer. Attest utstedes etter ett møte.

Meklingen skjer utenfor retten. Foreldre er pålagt å møte, og får utstedt en attest etter å ha møtt én gang. Den kreves både for å få innvilget separasjon, for å få tilgang til økonomiske støtteordninger og for å kunne bringe saken for retten. I denne forstand avviker den norske ordningen fra den definisjonen av mekling som vi har gitt foran. Flere av foreldrene er ikke selv hjelpsøkende. Det er utformet mange retningslinjer for hvordan man innkaller, hva mekleren skal gi informasjon om, osv. Mekleren er også blitt tildelt en rolle om «å ivareta barns interesser». Som vi skal se, gir lovverket føringer som kan være utfordrende for det å skape gode møter med foreldrene. Samtidig kan det være mye å lære av hvordan meklerne forsøker å arbeide innenfor en obligatorisk ramme. Strategiene kan også være relevante for arbeid med foreldre som har *valgt* meklings som et hjelpetilbud.

METODE Prosjektdesign

154 foreldrepar deltok i Form-prosjektet, rekruttert i en tidsavgrenset periode ved fire familiekontorer og hos én ekstern mekler. Tolv fagfolk utførte meklingsene og samlet inn data. De fleste hadde lang meklingserfaring. Meklerne ble bedt om å utøve sin virksomhet slik de vanligvis pleide å mekle. Det dreier seg altså om en studie av «practice as usual». Konfliktnivået var forskjellig. Noen foreldre var vel forlikte på forhånd, noen strevde med enkelte spørsmål, og andre kunne knapt snakke sammen. Basert på opplysninger om alder, utdanning og antall barn, er utvalget representativt for separerende foreldre som søker meklings i Norge (Gulbrandsen og Tjersland, 2013).

Hver av foreldrene besvarte et spørreskjema på forhånd om egen bakgrunn, hvor likt de så på løsninger (helt uenige (0) – helt enige (7)), forventninger til meklingsen og grad av håp om å komme frem til en avtale (uten håp (0) – høyt håp (7)). De ga også en kort vurdering av hver samtale. Meklerne gjorde det samme (svært vanskelig (0) – lett (7)), beskrev eventuelle utfordringer i arbeidet og rapporterte om utfallet av meklingsene. Det ble tatt lydopptak fra hver samtaletime. 18 måneder senere ble foreldrene »



Romslig tid gir ikke bare mulighet til å snakke bedre igjennom det foreldrene er opptatt av, det gir også anledning til å prøve ut midlertidige samværsordninger

intervjuet på telefon om meklingen, foreldresamarbeidet og bakgrunnen for at de skilte lag.

Analysene av hele materialet viste at nær 59 prosent møtte til én samtale, 27 prosent til to eller tre samtaler, mens kun 14 prosent hadde flere samtaler. 68 prosent kom frem til avtaler begge to kunne stå inne for, 8 prosent inngikk avtaler som en eller begge var svært misfornøyd med, og 25 prosent avsluttet uten noen avtale (Gulbrandsen & Tjersland, 2013). Resultatene er stort sett sammenfallende med funn fra en tverrsnittstudie av mekling som ble gjort på om lag samme tid i Norge (Ådanes, Haugen, Jensberg, Lossius Husum & Rantalaiho, 2011).

Utvalget for denne studien

38 konfliktsaker står i sentrum for analysene her. Disse ble identifisert på grunnlag av to hovedkilder: Forut for meklingen oppga minst én av foreldrene svært ulikt syn på ett eller flere spørsmål (0–3), og etter første time vurderte mekleren arbeidet med foreldrene som svært vanskelig (0–3). Med hensyn til alder, utdanning og beskjeftigelse skilte ikke foreldrene i de 38 sakene seg vesentlig fra de andre som deltok i studien. Derimot var det langt flere «foreldretvistsaker» i høykonfliktgruppen; det vil si foreldre som møtte til mekling fordi de vurderte å gå til retten med sin sak. Foreldrene i konflikt hadde heller lite håp om å finne løsninger (0–3). I overkant av 53 prosent var pessimistiske til dette, mot syv prosent blant de øvrige parene i studien. Det hører med til bildet av konfliktsakene at de fleste foreldreparene ikke brukte vesentlig mer tid på meklingsprosessen. De aller fleste avsluttet etter ett eller to møter. Kun 29 prosent kom frem til en avtale begge foreldre sto inne for, mot 80 prosent for resten av utvalget (Gulbrandsen & Tjersland, 2013).

Meklerne hadde utvilsomt mye strev med å være til hjelp for foreldrene i denne gruppen. Samtidig, for litt under en tredjedel av dem, klarte meklerne å legge til rette for en prosess som førte frem til enighet om avtaler. Et gjennomgående trekk ved disse sakene var at foreldrene brukte mer tid på samtaleprosessen med mekler.

Datamaterialet

Analysene bygger på transkripter av samtaleene i 28 av de 38 konfliktsakene. Utvelgelsen sikret variasjon, blant annet med hensyn til meklingsstype, antall barn og alder, antall timer forel-

drene møtte, samt av prosesser som førte frem til avtaler og som ikke gjorde det. Transkriberingen av samtaletimer ble dels gjort av forfatteren selv, dels av vitenskapelige assistenter som arbeidet med andre problemstillinger. Hva foreldrene snakket om, hvordan de samspilte, og stikkord på utspill fra mekleren i timen ble også skrevet ned i et kort notat fra hver time.

Med hjelp av disse notatene valgte jeg ut et mindre utvalg på seksten saker for inngående analyser av dialogene. Jeg tok med saker som både låste seg fast i første eller andre time, og saker der dialogen fortsatte over tid, samt meklinger med både ektefeller og samboere som skilte lag og foreldretvistsaker (foreldre som vurderte å gå til retten). Videre valgte jeg ut saker fra flest mulig av meklerne i prosjektet (ti ble representert). Slik ble det søkt etter variasjon og kontraster både i problemstillinger og i tilnærminger til det konfliktfylte. Etter at analysene av de 16 sakene var fullført, ble transkriptene i de øvrige tolv sakene gjennomlest. Jeg så etter tilnærminger til foreldrene som ikke var representert i de analyserte sakene, uten at jeg fant dette.

Analyseprosessen

Det som løftes frem i resultatdelen, er uunnværlig preget av mine egne meklingserfaringer og det teoretiske overblikket på feltet som jeg hadde med meg. Jeg hadde en særlig interesse for hvordan emosjonelle reaksjoner og konfliktkilder ble møtt, men også av hvordan samtaleene ble innrammet, hva slags grep mekleren syntes å ta underveis, og hvordan prosessen fremsto i et helhetsperspektiv. Samtidig har jeg hørt til et forskningsmiljø som har ført en kontinuerlig dialog omkring de data som ble hentet inn, og analysene av dem. Det gjelder både medarbeidere ved Psykologisk institutt og studenter som tok for seg deler av materialet (Andersen, 2010; Anbjørnsen & Solheim Eikholm, 2011; Asmyhr, 2011; Fjeldheim-Weyde, 2011; Hagen, 2008; Johnsen Solbakken, 2011; Sels-Agersten & Severinsen, 2011).

Med visshet om den forforståelsen jeg hadde med meg i møtene med materialet, kan man si at analysene er preget av en sosialkonstruksjonistisk forståelse av grounded theory (GT) (Charmaz, 2008). GT er en eksplorerende, induktiv metode, som egner seg til å generere ny og rik informasjon om et fenomen, og som samtidig uvegerlig preges av de spørsmålene forskeren har med seg. Styrt av interessen for

meklerens måter å møte foreldrene på ble det foretatt en innledende koding av tekstmaterialet. I de seksten sakene gikk jeg igjennom transkriptene fra hver samtale og noterte ned det som kunne karakteriseres som utspill fra meklerin sin side, enten dette kom i form av et selvstendig initiativ fra denne, eller det kom som en reaksjon på noe som skjedde i dialogen med foreldrene. Slik satt jeg igjen med en rekke eksempler på «initiativ» og på «responser». Deretter begynte jeg å sortere innenfor hver kategori. Det ble fort tydelig at det dreide seg om ulike typer initiativ. Ved å sette navn på hvert av disse så jeg at flere av dem sto i et slags motsetningsforhold til hverandre, som en type dikotomier, i form av ytterpunkter langs samme akse. Likeså kunne mye av det som i første omgang ble sett på som responser, også betraktes som initiativ langs de samme aksene eller nye som kom til. Slik kom jeg etter hvert frem til seks dikotomier som beskriver motsatser i hva meklerne rettet oppmerksomheten mot i konfliktsakene. Motsatsene kan sies å vise spillerommet en mekler kan ha innenfor rammene av den obligatoriske meklingen i Norge. Vi skal se nærmere på dem i resultatdelen.

RESULTATER

Før vi ser nærmere på motsatsene i meklernes strategier, kan det være på sin plass å gi et oversiktsbilde av utviklingen i de 38 konfliktsakene. Når 71 prosent ikke kom til enighet om avtaler, sier det seg selv at dialogen med foreldrene bød på mange utfordringer for meklerne. Det bekrefter transkriptene av dialogene til fulle. Det typiske prosessbildet i flertallet av sakene var at antagonismen mellom foreldrene økte, dialogen låste seg, noen ganger med meklerin som part, og meklingen ble avsluttet etter en eller to samtaler – ofte i en stemning av resignert utmattelse. Denne utviklingen var særlig fremtredende når meklerens strategier gjennomgående bar preg av initiativ på venstre side av aksene i oversikten ovenfor. I noen tilfeller orienterte meklerin seg enda mer til denne siden når konflikten tiltok. Når utspillene fra meklerin befant seg på den motsatte siden, skjedde det oftere at dialogene fortsatte, tross motsetninger; foreldrene lyttet mer til hverandre, og de kom tilbake til nye samtaler. Noen av dem nådde ikke avtaler, noen fant frem til enighet på *noen* områder, og andre fant frem til forlik som syntes godt forankret i dem begge.



I flertallet av sakene økte antagonismen mellom foreldrene, dialogen låste seg, noen ganger med mekler som part, og meklingen ble avsluttet etter en eller to samtaler – ofte i en stemning av resignert utmattelse

Noen motsatser i spillerommet for mekler

forskriftsorientering	↔	bestillingsorientering
meklerin definerer tema	↔	foreldrene velger tema
avtaleorientering	↔	emosjons- og relasjonsorientering
muntlig orientering	↔	skriftlig orientering
begrenset tid	↔	romslighet på tid
foreldrefokus	↔	systemfokus

» Figur 1

Forskriftsorientering versus bestillingsorientering

Den første samtalen ble innledet på ulike måter. Noen meklere rettet straks oppmerksomheten mot den obligatoriske meklingsens ytre rammer og meklerens rolle, og brukte forholdsvis mye tid på dette:

Mekler: Det er sju meklingsstimer dere har til rådighet, men det er kun en meklingsstund – den dere er til nå – som er obligatorisk, som dere er pliktig å møte til. Så før dere går herfra i dag skal jeg uansett skrive en meklingsattest.

Mor: Hm.

Mekler: Det som er hovedmålet med å be dere komme til meklings, det er å lage en skriftlig avtale rundt barna deres. ... Det er tre punkter som skal avtales.

Mor: Ja, vi har dem begge to (viser til tilsendte brosjyrer).

Mekler: Ja, men her ser dere det går på foreldresansvar, på fast bosted og på samvær. Vi skal gå litt nærmere inn på hva disse begrepene betyr, men det er det som er ønskelig at dere skal lage en skriftlig avtale på, og målet er at det skal bli så forutsigbart som mulig for barna og for dere selv, og at det skal kunne forebygge konflikter mellom dere som foreldre. Det er frivillig om dere vil lage denne avtalen. Jeg har en mal her som man kan bruke for å lage denne avtalen hvis dere ønsker det. Som sagt så er det frivillig ut over denne timen her. Jeg har taushetsplikt ... Jeg skriver ikke journal ...

I starten av denne saken slapp nesten ikke foreldrene til. Til vanlig var meklerne mer åpne i sin henvisning til forskrifter og lover, og samtalen gikk raskere over i dialog. Budskapet handlet stort sett om det samme; at én av syv samtaler er obligatorisk, at man får attesten i første time, og at målet er avtaler om foreldresansvar, samvær og bosted. Noen pekte også på taushetsplikt, journalføring og informasjonsplikt til barnevernet og understreket sin oppgave som å sikre at avtalen hadde barns beste for øyet.

Meklere på den bestillingsorienterte siden omtalte lite av dette. De fremhevet snarere sin oppgave som hjelper og undersøkte hva foreldrene ønsket å snakke om selv:

Mekler: Formålet med meklings, som dere sikkert vet, det er at jeg skal forsøke å bistå dere, i den situasjonen dere er i, og se om det er noe jeg kan bidra med, som hjelper dere som mamma og pappa for guttene deres. Det var du som hadde bestilt time?

Far: Det stemmer det.

Mekler (til mor): Så er det i orden for deg at jeg begynner med han?

Mor: Definitivt.

Mekler: Det er det. Da hører jeg med deg, hva kan jeg hjelpe deg med?

Forskjellene på åpningene er iøynefallende, og responsene hos foreldrene likeså. I møtet med forskriftsorienteringen fremsto de som mer reserverte, avventende, forsiktige og noen ganger utålmodige; «ja, det vet vi», eller en smule defensive, som ved utsagn om å ivareta barns beste; «det er derfor vi er her». Reaksjonene gir assosiasjoner til noen som kjenner seg innkalt til en type kvalitetskontroll, der staten har satt temaene, og der mekleren er utsendt for å undersøke at dette går rett for seg.

De bestillingsorienterte rettet straks oppmerksomheten mot foreldrene selv og hva de ønsket å snakke om. Eksemplet over viser også en individorientert spørning. Mekleren bruker «du» og ikke «dere» når hun spør etter aktuelle temaer. Dette er et poeng som også har blitt fremhevet i meklingslitteraturen (Slaikeu, 1996); når man står i et motsetningsforhold, kjenner man seg ikke som «vi», og mekleren står i fare for å pådytte en forsoning som de ikke er klare til å ta imot ennå. I eksemplet ber mekleren også om tillatelse til å følge en bestemt fremgangsmåte, der hun starter med den som har ringt. I noen andre saker spurte mekleren om å få begynne med den som *ikke* hadde bestilt meklings, og ba denne fortelle hva hun/han hadde forstått at den andre ønsket hjelp med. Ved senere å spørre motsatt vei ble begge invitert til å sette seg inn i den andres situasjon. Det er et tidlig signal om at mekleren er opptatt av relasjonen mellom foreldrene, og hvordan de forstår hverandre.

Mekler definerer tema versus foreldrene velger tema

En vanlig forlengelse av forskriftsorienteringen var at mekleren pekte ut de temaene det var aktuelt å snakke om: foreldresansvar, bosted for barnet og samvær.

Mekler: Ja, hvis dere begynner på punkt én av disse tre spørsmålene som er en del av dette.

Mekler: Dere har i dag foreldresansvar sammen for han. Skal dere ha det fortsatt?

Far: Jeg vil det.

Mekler: Vet dere hva foreldresansvar er...?

Far: Ja, det blir vel... hva tenker du på?

Gjennom denne noe avventende holdningen fikk mekleren ofte ballen tilbake i fanget, og havnet i en posisjon der hun ga mer informasjon. Fortsettelsen i denne saken, som i flere andre, var at mekleren redegjorde for begrepene, grundig og detaljert. Hensikten var åpenbart å bidra til ryddighet i samtalen og tydeliggjøre valgmuligheter, før foreldrene bestemte seg for ordninger. Selv om foreldrene hørte på, var det som om informasjonen ikke nådde frem. De ble tause, knappe og litt formelle selv. Utsagnene deres hadde anstrøk av utålmodighet, som at «ja, det er nettopp bostedet vi er uenig om», og «jo da, det vet vi». Det kunne utvikle seg til et kort møte der mekleren snakket mye og der alle var enige om at de var hjertens uenige, uten at kildene til motsetninger var blitt belyst.

På motsatt side har vi meklerne som overløt denne oppgaven til foreldrene. Det begynte med spørsmålet om hva hver ønsket hjelp med. Mekleren benyttet åpne formuleringer av typen «hva kan jeg bistå deg med?», «hva er det viktigste for deg å snakke om nå?», «hva har du behov for å snakke om slik situasjonen er nå?». Hun lyttet, noterte og sorterte temaene fra hverandre og ga dette tilbake. Krav ble omdefinert til ønsker. Noen brukte flippover. Det var en utforskning som tok utgangspunkt i foreldrenes ståsted og hva de var mest opptatt av i øyeblikket.

En utfordring var foreldre som strevde med å bli enige om hva som skulle stå på agendaen. Ikke sjelden hevdet den ene at det den andre omtalte, var uvesentlig eller irrelevant. Mekleren søkte ikke å begrense hva det var mulig å snakke om. Listene ble fylt av vide og avtaleorienterte temaer: samværet, bosted, samarbeid, ferier, kontakt med besteforeldre, nye kjærester og liknende. Noen ganger kom mer emosjonelt ladete temaer på listen, som 'hva førte til brudet?', 'hva skal vi si til barna?'.
Ikke bare ulikt temavalg hos foreldrene ga utfordringer, men også at en og samme person kunne gi svar som pekte i ulike retninger:

Mekler: Far, jeg spør igjen: Hva tror du det er mor ønsker å drøfte her?

Far: Det får hun svare på selv! Det er en ganske klar sak dette. Jeg har han nå annenhver langhelg og ønsker en dag ekstra i uken. Det går to uker før jeg har han igjen, og det er

veldig lang tid. ... For noen uker siden ble jeg invitert hjem for å spise og diskutere ferieplanene. Plutselig var alt så kjempekoselig, og hun syntes det var synd at det hadde gått som det hadde gått.

Hva skulle mekleren velge å løfte opp fra dette? Skulle hun holde fast på sitt spørsmål og fremheve det han uttrykte selv; «så du ønsker å snakke om samværet», eller skulle hun adressere det som ble sagt mellom linjene? Temaatiseringen kan skje på flere måter, for eksempel «så du opplevde at det var *hun* som gikk» eller «har du noen ønsker nå vedrørende kontakten mellom dere som foreldre – er det noe vi skal snakke om?» Det hendte ofte at temaer som mekleren løftet frem, ble avvist. Reaksjonen kan skyldes flere forhold, blant annet måten mekleren ordla seg på, eller at temaet ble adressert for tidlig i prosessen. I materialet er det også eksempler på god strategisk timing av dette, der mekleren valgte ut noen temaer og lot andre ligge, for senere å ta dem opp igjen. Temahentingene kunne gå over noe tid.

Noen ganger prøvde en av partene å tilrive seg agendaen ved bare å snakke om sitt tema. Vanligvis stoppet ikke den valgorienterte mekleren dem med én gang. Hun ga dem litt tøyler, for så å vende tilbake til lista over aktuelle temaer. Med en oversikt på plass adresserte hun neste spørsmål: Hva vil dere snakke om først? Igjen kunne det bli diskusjon og avsporinger. Mekleren avbrøt samtaler om innhold inntil valget var tatt: «Er det det dere vil begynne med?» Når det plutselig, under samtale om bosted, dukket opp et annet og nytt tema, for eksempel kjærester, spurte mekleren: «Skal det også med på lista med aktuelle punkter?»

De valgorienterte meklerne holdt på denne måten en tydelig regi på samtaler. «Sakslisten» ga alltid mekleren mulighet til å stoppe repeterende destruktive diskusjoner: «La oss gå tilbake til unntak fra det faste samværet; hva var det dere ville ha med i avtalen om dette?» Men den ga mekleren også mulighet til å bli i temaet, og definere emosjonelle utspill som relevante for saken. Det adresseres i det neste avsnittet.

Avtaleorientering versus emosjons- og relasjonsorientering

Ingen av meklerne i denne studien var utelukkende avtaleorienterte. Likevel hellet flere av »



Skulle mekleren holde fast på sitt spørsmål, eller skulle hun adressere det som ble sagt mellom linjene?

dem til denne siden, om enn på litt ulike måter. Eksempelvis prøvde noen å styre unna sterkt ladete temaer, særlig i innledningsfasen til meklingen. Det skjedde både gjennom meta-kommentarer – «her skal vi først og fremst se på avtalene for barn» – og med utsettelsesforslag – «kan jeg legge det litt til siden og holde fast på samværsordningen først». Imidlertid, når følelser var aktivert av krenkelser eller sterke bekymringer for barn, var slike manøvrer sjelden til nytte. Enda mer iøynefallende var reaksjonene når mekleren forsøkte å ignorere dem helt. Da varte det ikke lenge før de emosjonelle temaene tvang seg frem, og i enda sterkere uttrykksformer. Slik ble samtalene springende og lite bekreftende, og det endte ofte med at meklingen ble avsluttet uten at man fikk snakket igjennom verken avtalespørsmål eller kilder til det konfliktfylte.

Meklerne som befant seg mer på den høyre siden av denne aksens, definerte tidlig konfliktkilder som legitime samtaletemaer, eksempelvis bruddet eller bekymringer for barn. Noen ganger ble konfliktkildene ført opp på temalisten, andre ganger skjedde det ved at mekleren tillot foreldrene å «avspore» fra et avtaletema, særlig når de emosjonelle reaksjonene syntes å stå i veien for en fremdrift i meklingsprosessen. Foreldrenes innspill ble fulgt som en sidesløyfe som etter hvert ble ledet tilbake til avtaletemaet igjen.

Mekleren kunne også aktivt lede samtalen inn på områder med høy emosjonell intensitet. Et eksempel er hentet fra en situasjon der far krevde samvær med spedbarn som fortsatt ble diet, og mor vegret seg for dette. Her valgte mekleren å følge opp bekymringssiden og ikke samværs skjemaet:

Mekler: Ja, men hvis vi nå ikke tenker rettingmessig, men tenker er det noe som du kan si eller gjøre som du tror kan gjøre M(navn) tryggere på at dette...?

Mekleren kunne også søke å få aksept for samtaletemaet gjennom argumenter som løftet blikket:

Mekler: Du ønsker et samarbeid. Nå har du en partner som er utrygg på deg. Kan du akseptere å bruke noe tid på denne utryggheten slik at dette ikke skal hindre samarbeidet?

Tidvis nådde slike budskap frem, men å få aksept fra begge kunne være en utfordring: «Jeg er her for å snakke om samværsordning og ikke for å drøfte skilsmissemisjonen vår på nytt.» Slike utsagn signaliserte til mekleren at protesten må tas på alvor for å få aksept til å adressere bruddet. En av meklerne møtte dette slik:

Mekler: Du har bestemt deg for å gå. Er det i orden at vi bruker litt tid på å snakke litt om bakgrunnen for denne beslutningen? Det ser nok ikke likt ut for dere, og noen ganger kan det være til hjelp å tydeliggjøre forskjellene før vi går til avtalespørsmålet.

Slike utspill kunne føre til at mekleren fikk tillatelse til å oppholde seg ved kilder til det konfliktfylte, før hun vendte tilbake til avtalesporet. Slik ble det etablert et spillerom mellom «avtaler» og «følelser» der mekleren inviterte til samtaler om skuffelser over svik, om bekymringer for barn som hadde vondt i magen, om barn som vegret seg for å reise tilbake etter samvær, om hva mormor hadde sagt til far, og så videre. Ofte var det korte sløyfer, som om det var nok for den berørte å bli hørt om sine reaksjoner og bekymringer uten å bli avbrutt, og med vitner til stede. Andre ganger førte det til samtaler om hvordan foreldrene kunne forholde seg for å minske bekymringer. Stort sett skjedde dette med begge foreldre i rommet. I én sak møtte mekleren dem i hver sin time før meklingen fortsatte.

På denne bakgrunnen kan man si at meklerne på den høyre siden av aksens gikk fra avtaletemaet til kildene for følelsesreaksjoner, og tilbake igjen, flere ganger. I de sakene der det skjedde en utvikling, ble avtalesfokus tydeligere etter hvert. Det typiske i disse prosessene var at mekleren skyttet mellom å se og bekrefte posisjonen til den bekymrede eller sårete og – samtidig – utforsket posisjonen til den som følte seg angrepet eller ville snakke om noe annet. Mekleren ble i det uløste og validerte ulike opplevelser, for etter hvert å søke å differensiere, sortere fra hverandre fenomener som hadde nøstet seg sammen i en uløselig ball. Selvsagt inviterte partene henne til å ta stilling til om deres bekymringer og påstander hadde rot i virkeligheten. I møte med dette hentet noen av meklerne god støtte i en holdning om at opplevelser har en gyldighet i seg selv, at de ikke kan diskuteres som sanne eller falske; de eies kun av den som opplever dem.

Muntlig orientering versus skriftlig orientering

I henhold til norsk lov er målet for mekling å komme frem til skriftlige avtaler. I forskriftene heter det at dette skal «tilstrebes». Meklerne i dette prosjektet nærmet seg det på ganske ulike måter. Noen valgte tidlig å fremheve det frivillige ved skriftlighet:

Mekler: ... Jeg ønsker at dere skal lage en skriftlig avtale. Dere er ikke pliktige til det. Det bestemmer dere. Men det anbefales.

Mekleren sier «jeg ønsker», men velger samtidig å fremheve dette med «ikke plikt». Tatt i betraktning at hun møter et foreldrepar i stor konflikt, er dette bemerkelsesverdig. For flere av parene var dette å tilby en rask vei ut; det å sitte i dette rommet med den andre og skulle lage avtaler fortonte seg både sterkt opprørende og uoppnåelig.

Andre meklere søkte å avgrense det skriftlige til de tre avtaletemaene og tilbød et skjema der ting kunne fylles inn på en enkel måte. De søkte på et vis å minimalisere dette, som om det skriftlige var noe ubehagelig:

Mekler: Det er frivillig om dere vil lage denne avtalen, jeg har for eksempel en mal her som man kan bruke for å lage denne avtalen nå hvis dere ønsker det.

Det finnes også sekvenser i disse samtalene der mekleren selv styrte bort fra det skriftlige. I én sak argumenterte far for å få på plass mer tydelige spilleregler knyttet til uventede endringer i samværet, fordi det oppsto «unødvendige konfliktsituasjoner» av det:

Mekler: Ok. Altså, for det ene du sier, det med å få en skriftlig avtale, det er jo noe håndfast som vi kan jobbe med. Og det andre er mer sånn samarbeidsform. Dette med å informere hverandre, ikke gi forhåpninger for barna, ikke sant?

Far: Ja.

Mekler: Tenker du at det skal formuleres noe på det også, eller er det noe som dere må snakke om og bli enige om hvordan?

Far: Ja, jeg føler at det er, jeg synes ikke det er liksom, det er bare å begynne å tenke annerledes.

Mekler: Ok, så det er noe dere må snakke om, det er et snakketema for så vidt?

Hva unngåelsen av skriftlighet skyldes, kan vi ikke vite, men det førte utvilsomt ikke til mer avklaring og tydelighet i saker som dette. Tilnærmingen sto i sterk kontrast til de meklerne som brukte det skriftlige mer som en aktiv strategi i møte med uenighet. Ofte begynte mekleren med å notere ned det foreldrene sa, ledsaget av utsagn som: «Jeg skriver ned, slik at jeg skal huske, med tanke på avtalen vi skal komme frem til.» Etter timen, og med samtykke fra foreldrene, kunne hun sende via mail et midlertidig referat fra det de snakket om. Referatet omhandlet intensjoner og ønsker foreldrene delte, temaer som ble adressert, ulike synspunkter på disse, eventuelt hva de hadde kommet til enighet om så langt, samt temaer

som sto for tur til å snakkes om. Overskriften på referatet var «arbeidsutkast». Foreldrene ble bedt om å lese igjennom og gjøre endringer når mekleren hadde misforstått eller vært upresis:

Her kommer et råutkast til en begynnende utforming av avtale. Alt kan strykes og endres på:

Samværs- og samarbeidsavtale for vår felles datter Trude f...

Generelt er det viktig for oss at Trude beholder to foreldre etter at vi skiller lag, og at hun får være mest mulig sammen med begge to. Vi legger vekt på å bosette oss slik at vi har adresse innen samme skolekrets (skolestart til høsten).

1. Vi skal ha felles foreldreansvar for Trude.

(Kommentar: Innebærer blant annet at dere skal gå sammen om alle overordnede beslutninger om Trude i fremtiden (mer om dette i brosjyrene).

2. I utgangspunktet ønsker vi at Trude er tilnærmet halvparten av tiden hos begge. Et mulig skjema er at Trude er hos mor fra mandag til tirsdag neste uke. Så overtar far og har henne til neste mandag. Slik fortsetter det. Bytte skjer vanligvis ved at den ene følger og den andre henter i barnehage (senere skole).

(Kommentar: Her var dere i tvil om det faste. Fars arbeid kan medføre at det blir mange unntak. Både forutsigbarhet og fleksibilitet er viktig, sa begge. Mor ser det ikke som en god løsning at farmor overtar når far ikke kan. Drøftes videre neste gang. Samværsomfang kan virke inn på både utbetaling av barnetrygd og bidragets størrelse (sjekk på NAV sine nettsider).

3. Bostedsadresse for Trude: ikke drøftet.

4. Ferier: Blant annet jul, påske og sommer: ikke drøftet.

5. Unntak fra det faste skjemaet: Begge bør spørre minst x dager i forveien om det er i orden å avvike fra det faste skjemaet.

(Kommentar: Mor ønsket 14 dagers varsel, far mener det var vanskelig. Avgjørelse ikke tatt).

Tempoet i arbeidet med de konfliktfylte sakene ble utvilsomt senket, men referatet bidro til tydelighet i temavalg, dokumenterte at forel- >>



I senere år har ideer om å invitere inn barn i meklingen fått betydelig oppmerksomhet. Likevel var det påfallende få som i realiteten snakket med barn

drene var hørt om sine motforestillinger, og det signaliserte at de var på vei mot noe. Ved måten å formulere seg på kunne mekleren søke å bidra til å løse opp i fastlåste narrativer. Eksemplet her er hentet fra en konfliktsak som gikk over flere møter, der mor opplevde at far hadde sviktet som far og var svært skeptisk til hans nye forsetter. I et av prosessreferatene mot slutten skrev mekleren dette om samarbeidet:

Fra Ole var ett år bidro mor til at far kunne holde kontakten med Ole. Hun hadde et ønske om at Ole skulle ha en nær relasjon til sin far, og de besøkte ham jevnlig. Mor gjennomførte dette til tross for at de personene som var rundt henne, ga råd om å bryte kontakten. På denne måten fikk Ole beholde oss begge som foreldre. Far har stor tillit til Eva som mor, og mor tenker Adam er flink med Ole. Dette letter samarbeidet mellom oss.

Historien vår som par preger fortsatt vårt samarbeid som foreldre. Her ser vi utfordringer fremover. Tydelige avtaler virker positivt på vårt samarbeid. Utydelige avtaler kan gjøre mor veldig bekymret for om Ole har det bra. Mor vil i fortsettelsen ta ansvar for å formidle eventuelle bekymringer til far når de er der, ikke vente. Far er klar for å ta imot slike henvendelser og gi rapport. Vi vil oppmuntre Ole til å ta kontakt med oss via telefon eller på e-post.

En motforestilling til slik meklingspraksis er at avtaler er noe foreldre bør utforme selv. Men i sakene jeg refererer fra, var ikke foreldrene i en slik dialog med hverandre at dette var mulig. Selvsagt tok det tid å lage utkast som både beskrev aktuelle samtaletemaer, hva som var avtalt så langt og – kanskje særlig – hva som så ulikt ut for foreldrene. Første gang prosessreferatet ble utformet, var mest arbeidskrevende. Senere tok det kortere tid å skrive inn nye setninger eller slette formuleringer. Det hevdes av noen at meklere ikke har anledning til å skrive e-post til klientene sine. Det er all grunn til å spørre hvor en slik regelfortolkning stammer fra. Så lenge man har foreldrenes skriftlige samtykke til å kommunisere på denne måten og det som sendes går under betegnelsen «midlertidige arbeidsdokumenter», kan dette arbeidsredskapet være til stor hjelp i møte med store konflikter.

Begrenset tid versus romslighet på tid

Fra meklerne på den forskrifts- og avtalemessige siden mottok foreldrene ofte signaler om tidsbegrensninger for meklingen. Det skjedde både gjennom understrekningen av den ene obligatoriske timen og en stram styring mot avtalepunkter. Fleksibiliteten som ligger i syv mulige samtaler, ble underkommunisert. En av meklerne i prosjektet kan illustrere en annen måte å omtale tidsrammene på:

Mekler: Som dere sikkert vet, er denne timen den obligatoriske. I dag utstedes en meklingsattest. Dere har mer tid til rådighet. I første omgang kan dere bruke tre timer til. Ytterligere tre timer er tilgjengelig hvis dere er i nærheten av å komme til en løsning. Det er rammene. Vi har allerede satt av en ekstra time om en uke. Sånn at dere vet dere kan komme raskt tilbake.

Romslig tid gir ikke bare mulighet til å snakke bedre igjennom det foreldrene er opptatt av, det gir også anledning til å prøve ut midlertidige samværsordninger. Bare tanken på å lage en endelig avtale om barn i løpet av én samtale kan ta motet fra foreldre i konflikt. For noen kjennes det for definitivt ut, nærmest risikobetont. Å presentere avtaler som noe de kan prøve ut, uten å binde seg, åpner for å hente inn nye erfaringer. Gjennom møtet med slike holdninger endret dialogen seg i noen av sakene, fra å være en prinsippstyrt dialog til å bli en mer erfaringsbasert dialog. Noen meklere fremhevet også verdien av dette ved å sette foreldreskapet inn i et lengre livsperspektiv:

Mekler: Så langt kom vi i dag. Dette kan bli til noe. Jeg følger dere så lenge dere trenger det. Flott at dere setter av litt ekstra tid til dette. Dere skal være foreldre sammen i lang tid, ja, egentlig slutter dere aldri å være foreldre.

Fokus på foreldre versus på systemet de er en del av

Meklingen er i første omgang et hjelpetilbud til to foreldre. I senere år har ideer om å invitere inn barn i meklingen fått betydelig oppmerksomhet. Meklerne vi fulgte, var godt orientert om aktuelle metoder. Likevel var det påfallende få som i realiteten snakket med barn. En av de

mest uttalte kildene til konflikt i vårt materiale var situasjoner der eldre barn, som hadde fulgt en samværsavtale over tid, begynte å foreta endringer selv eller protesterte på ulike sider ved ordningen. Barna var ikke bare offer for konflikt, de kunne også selv betraktes som aktører i konfliktfeltet. Det er bemerkelsesverdig at så få av dem møtte til samtaler, selv om meklerne syntes å se behovet for dette:

Mekler: I første omgang så pleier vi ikke å gjøre det sånn helt uten videre før vi vet at mor og far faktisk er enige om at en samtale med barnet skal foregå. Og så litt om hva som er hensikten med denne samtalen, og hvordan man skal håndtere det hun (barnet) faktisk sier. Så vi pleier å gjøre en siling på forhånd, men vi snakker med barn og unge ... også.

Kanskje var det ment som en invitasjon til å ta med barn, men det skjedde ikke på en aktiv, førende måte, og hensikten med samtalen forble uklar. Når mekleren luftet spørsmålet om barns deltakelse, var foreldrene gjennomgående svært tilbakeholdne. I en annen sak var mekleren mer instruktiv:

Mekler: Herfra og fremover er det flere muligheter. Vi kan involvere Ida. Det hender at jeg snakker med barn under meklingsprosessen. En måte er at jeg får hjelp av dere til å utforme spørsmål jeg kan stille til henne. Hun informeres om at hun kan få snakke med meg, at hun kan svare på det hun har lyst til, at jeg lager et referat fra vår samtale, og at hun godkjenner referatet før det går tilbake til dere. Så fatter mamma og pappa sine beslutninger...

I de tilfellene der det ble barnesamtaler, skjedde det i tråd med eksemplet over: Mekleren ba foreldre om hjelp til å utforme aktuelle spørsmål, vektla at barnet ble hørt for at foreldrene kunne fatte sine beslutninger, at barnet ble godt informert om hva som skulle skje, at det sto fritt til å besvare spørsmål eller la være, og hva som var meningen med samtalen. Spesielt i konfliktsituasjoner synes det nødvendig å snakke dette grundig igjennom med foreldrene. Er én forelder skeptisk til barnesamtaler, er barn de første til å fange dette opp, og da blir det sjelden noe av samtalen.

Barn er én av flere aktuelle parter utenfor foreldrene som kan inviteres med i en meklingsprosess. Andre «ytre» kilder til konflikt i dette materialet var besteforeldre, rådgivere og advokater. De kunne alle være sterkt nærværende i meklingsrommet i referert form. Foreldrene uttalte seg noen ganger som om det var denne andre som bestemte hva de kunne være med på og å akseptere. En slik kontekst legger store hindringer i veien for en god meklingsprosess. Mekleren sitter ikke med de aktørene som har den reelle innflytelsen. I et par tilfeller benyttet meklerne seg av stol-arbeid; de hadde forestilte intervjuer med andre aktuelle aktører i meklingsrommet.

BETYDNINGEN AV Å MANØVRERE MELLOM YTTERPUNKTER PÅ AKSENE

Jeg har beskrevet hvordan meklere, i sin tilnærming til foreldre i konflikt, har plassert seg langs noen utvalgte dimensjoner i meklingsforløpet. Meklerens strategivalg synes ofte å ha hatt betydning for om samtalen fortsatte eller ikke. Og flere av de prosessene som ikke ble brutt, munnet ut i avtaler. Derfor er det rimelig grunnlag for å hevde at meklere som arbeider innenfor rammen av den norske meklingsordningen, har større mulighet til å hjelpe foreldre i konflikt dersom de holder seg mer på den høyre siden av de aksene jeg har beskrevet, spesielt i en tidlig fase av meklingsprosessen. Samtidig må det understrekes at det snakkes om dimensjoner som angir *et spillerom* for hva meklerne kan bevege seg innenfor i løpet av meklingsprosessen. Det handler om både-og snarere enn om enten-eller, for eksempel både bekrefte og validere emosjonelle reaksjoner og adressere detaljer i avtaler.

Det hører med i dette bildet å peke på at det finnes saker i materialet der mekleren står overfor situasjoner som grenser til omsorgssvikt. Alt som er sagt foran, bygger på en holdning om at foreldrene betraktes som kompetente til å finne gode nok løsninger for barn. Blant annet betyr det at mekleren må kunne forstå at foreldre forbigående kan opptre irrasjonelt i en krisesituasjon, men også at foreldre kan avtale ordninger som avviker betydelig fra meklerens egne verdier. I de tilfellene der mekleren ikke lenger kan stå inne for det som skjer med barna og avtalene om dem, trer hun ut av meklerrollen. Slike situasjoner drøftes ikke i denne artikkelen. »

Noen allmenne strategier i arbeid med store konflikter

- Bær håpet om å finne løsninger, selv om partene ikke ser dem
- Anerkjenn hver av partene og deres positive intensjoner
- Bekreft og synliggjør forskjeller
- Separer og velg ut aktuelle samtaletemaer
- Søk å belyse relasjonelle spørsmål først
- Skriftlig tydeliggjøring når bitene settes tentativt sammen
- Hold på en samtaleprosess over tid

Figur 2

Avsluttende oppsummering

Jeg har tatt for meg 38 foreldrepar som befant seg i fastlåste konflikter da de møtte til mekling. De fleste avbrøt etter ett møte, noen foreldre fortsatte meklingen, og noen av dem kom frem til avtaler i ett eller flere spørsmål. Jeg har løftet frem noen sider ved meklernes tilnærminger som var oftere representert i de sakene der samtalen fortsatte, blant annet betydningen av å spørre etter hva foreldrene selv ønsker å snakke om, foreta tydelige og prioriterte valg innenfor temaene, bekrefte og utforske emosjonelle og relasjonelle reaksjoner knyttet til temaene, bruke skriftlighet for å tydeliggjøre og vinne tid, samt bidra til å bringe inn perspektiver fra barn og andre involverte personer. Og at dette ikke står i motsetning til at meklere under prosessen også har oppmerksomheten rettet mot avtaler om ordninger for barn og et samarbeid til beste for dem. I denne forbindelse er det grunn til å spørre om innholdet i gjeldende forskrifter bør revideres for å motvirke at meklere bruker så mye av tiden i det første møtet til å orientere foreldrene om aktuelle bestemmelser. Det synes i liten grad å være til nytte i saker der foreldrene befinner seg i store konflikter om barn.

Basert på materialet kan det løftes frem noen mer allmenne råd til dem som arbeider med konflikter, blant annet betydningen av at meklere bærer på håpet om å komme frem til løsninger, anerkjenner hver part, bekrefter og utforsker forskjeller, separerer samtaletemaene før de adresseres, prioriterer oppmerksomhet på relasjonelle reaksjoner når de viser seg, samt søker å stimulere til en samtaleprosess som strekker seg over tid.

Som hjelper har man ingen sikkerhet for at prosessen vil føre frem til et bedre liv for foreldre og barn etter et brudd, men jeg håper å ha gitt gode grunner til å prøve ut noen av de veiene som her er beskrevet. ✘

REFERANSER

- Brown, E. M. (1997). Comprehensive divorce mediation. I E. Kruk (red), *Mediation and conflict resolution in social work and human services* (ss. 37–54). Chicago: Nelson-Hall.
- Buch, R. A. B. & Folger, J. P. (2005). *The promise of mediation. The transformative approach to conflict*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Charmaz, K. (2008). Grounded theory. I J. A. Smith (red.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods* (s. 81–110). Los Angeles: Sage Publications.
- Coogler, O. J. (1978). Structured mediation in divorce settlement: A handbook for marital mediators. Lexington, M. A.: Lexington Books.
- Ekeland, T.-J. (2010). Mekling – en kontekstuell modell. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(8), 734–742.
- Emery, R. E. (2012). *Renegotiating Family Relationships. Second Edition*. New York: The Guilford Press.
- Gulbrandsen, W. (2013). Foreldrekonflikter etter samlivsbrudd: En analyse av samspill og kilder til det fastlåsende. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(6), 538–551.
- Gulbrandsen, W. & Tjersland, O. A. (2013). Hvordan virker obligatorisk foreldremekling ved store konflikter? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15, 17–30.
- Haynes, J. M. (1981). Divorce mediation: A practical guide for therapists and counsellors. New York: Springer Publishing Company.
- Irving, H. H. & Benjamin, M. (2002). *The therapeutic family mediation: Helping families resolve conflict*. Thousand Oaks, California: Sage publications.
- Kruk, E. (red.) (1997). Mediation and conflict resolution in social work and the human services. Chicago: Nelson-Hall.
- Lang, M. & Taylor, A. (2000). *The making of a mediator: developing artistry in practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lov om ekteskap (ekteskapsloven). Lov av 4. juli 1991 nr. 47.
- Nordhelle, G. (2007). *Mekling II. Sentrale tema i konflikthåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Poitras, J. & Raines, S. (2013). Expert mediators. Overcoming mediation challenges in workplace, family, and community conflicts. Lanham: Jason Aronson.
- Slaikue, K. (1996). Push comes to shove: A practical guide to mediating disputes. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tjersland, O. A. (1992). *Samlivsbrudd og foreldreskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tjersland, O. A. (1998). Strategies in Mediation Explored and Developed During a Research Project. *Mediation Quarterly*, 15, 105–117.
- Tjersland, O. A. & Gulbrandsen, W. (2010). Mekling ved samlivsbrudd: modeller og ideologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(8), 692–700.
- Walker, J., McCarthy, P., & Timms, N. (1994). *Mediation: The making and remaking of cooperative relationships: an evaluation of the effectiveness of comprehensive mediation*. Newcastle: Relate Centre for Family Studies, Newcastle University.
- Winslade, J. & Monk, G. (2001). *Narrative mediation. A new approach to conflict resolution*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ådanes, M., Haugen, G. M. D., Jensberg, H., Lossius Husum, T. & Rantalaiho, M. (2011). Hva karakteriserer vanskelige saker i foreldremekling, og er meklingsordningen godt nok tilpasset? Resultater fra evaluering av mekling etter ekteskapslov og barnelov. *Fokus på Familien*, 2, 86–115.

PSY
KOL
OGI

Tidsskrift for Norsk psykologforening inviterer til

skrivekurs

Hvordan nå ut med faget? Hvilke kloke grep finnes for å skrive bedre - og raskere? Hva skiller vitenskapelige artikler fra annen formidling? Hvordan kan begreper som sjanger, målgruppe og avsender hjelpe meg til en bedre tekst? Hvilke standarder bør jeg forholde meg til - og hvor stort handlingsrom har jeg?

Psykologtidsskriftet er en viktig kanal for å nå ut med psykologisk forskning til norske psykologer, helsepolitikere og media ellers. Vi ønsker nå å bidra ytterligere til formidling av norsk psykologiforskning. Derfor inviterer vi til skrivekurs. Kurset vil ha to fellessamlinger som kombinerer undervisning, gruppediskusjoner og praktiske oppgaver. I tillegg vil du få individuell oppfølging på din tekst.

Ønsker du å delta på skrivekurset, så send inn et utkast til eller sammendrag av ditt skriveprosjekt innen **20. mars**. Det innsendte forslaget kan være en tydelig projektskisse eller et førsteutkast. Alle er velkomne til å søke, stipendiater vil bli prioritert for opptak. Publisering i Psykologtidsskriftet indekseres i internasjonale søkedatabaser og gir publikasjonspoeng.

Selve seminarene holdes i Psykologforeningens lokaler i Oslo. Den første samlingen er et todagers seminar 3.-4. juni. Dato for høstens oppfølgingsseminar settes på første samling.

Deltagelse er gratis, akkurat som den videre veiledningen. Lunsj er inkludert, mens reise og opphold må dekkes av deltagerne.

Manusene som sendes inn og utvikles, forventes å kunne publiseres i Psykologtidsskriftet, gitt at de oppfyller våre krav til publisering.

Seminaret vil ledes av Bjørnar Olsen og Katharine Cecilia Williams. Begge har forfatterbakgrunn og er psykologer. Olsen jobbet i perioden 1997-2006 som forlagsredaktør i Gyldendal Akademisk med ansvar for psykologi, og har siden 2008 vært sjefredaktør i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Williams har forskerbakgrunn fra Oslo Universitetssykehus. Hun er tilknyttet Gyldendal Akademisk som forlagsredaktør, og er fagredaktør i Psykologtidsskriftet.

For nærmere informasjon/innsendelse av skriveprosjekt:

bjornar@psykologtidsskriftet.no
katharine@psykologtidsskriftet.no

Hvordan nå de minste barna?

Erfaringer fra omorganisering av en BUP i distriktet

Spesialisthelsetjenesten har vært lite eksplisitte på hvordan poliklinikker for barn og unge kan etablere et tilbud for de minste barna. Ved BUP Vesterålen har en ny form for samarbeid med førstelinjetjenesten gitt gode resultater.

ELSA RISJORD,

Vesterålen barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk, Nordlands-sykehuset

ARNOLD GOKSØYR,

Høgskulen i Sogn og Fjordane; RKBU, Uni Helse, Uni Research

SAMTIDIG SOM MYNDIGHETENE oppfordrer poliklinikker for barn og unge til å satse på de aller minste barna, har det i vårt fagfelt vært lite diskutert hvordan spesialisthelsetjenesten for barn og unge skal løse disse utfordringene. Et sentralt spørsmål er hvordan man kan få henvist de minste barna som trenger hjelp fra BUP. Poliklinikken vår, BUP Vesterålen, har med relativt få og enkle grep lyktes med å få flere spedbarn og småbarn henvist, også barn i alderen 0–1 år. I det følgende vil vi beskrive utviklingen av et poliklinisk tilbud for aldersgruppen 0–3 år, hvor vi spesielt drøfter utfordringer rundt henvisninger av 0–1-åringer, og kjennetegn ved henvisninger fra helsestasjonene og barnevern. Vi tror erfaringene våre kan være til nytte for andre som planlegger å etablere et tilbud for denne gruppen av barn i et samarbeid mellom tjenestenivåene.

BAKGRUNN

De minste barna i psykisk helsevern for barn og unge har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Bakgrunnen er indikasjoner på at små barn er like utsatt for psykiske vansker som større barn og ungdom, ledsaget av økt kunn-

skap om diagnostiske og behandlingsmessige tiltak (se blant annet Brandtzæg, Moe og Motlander, 2009; Carter, Briggs-Gowan & Davis, 2004). I dag vet vi også mer om hvordan mors psykiske helse kan påvirke hennes omsorgsutøvelse og kan være en risikofaktor i samspillet med barnet (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Slinning og Eberhard-Gran, 2010).

Et av de viktigste målene i regjeringens samhandlingsreform er at det skal lønne seg å forebygge sykdom. Bergum-Hansen og Jacobsen (2008), Hoel (2010) og Holte (2012) betoner sterkt viktigheten av at kunnskap om sammenhengen mellom tidlige belastninger og senere helse får konsekvenser for praksis på ulike nivåer i hjelpeapparatet, for politiske føringer, utdanning og forskning. Internasjonalt viser organisasjoner som World Association for Infant Mental Health (WAIMH) og Nordisk forening for spedbarns utvikling (NFSU) at satsing på å fremme spedbarns og småbarns psykiske helse har sterk støtte både i forskning og klinikk.

Helsedirektoratet har gjennom Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (2008) og Psykisk helsevern for barn og unge: Prioriteringsveileder (2009) gitt føringer for de inntaksansvarlige ved BUP om å prioritere rask innsats overfor de minste barna og deres familier. Helsedirektoratet forventer at poliklinikker innarbeider forslagene i veilederne i arbeidet sitt.

BUP VESTERÅLEN

Regionen Vesterålen består av 5 kommuner med en befolkning på cirka 30 000, hvorav cirka 6800 er barn i alderen 0–17 år og omtrent 1900 er 0–5 år. BUP Vesterålen har seks psykiologspesialister, to overleger, to kliniske pedagoger, en klinisk sosionom og en og en halv stilling for sekretær. Poliklinikken har siden oppstarten for 25 år siden hatt faste møter med helsestasjon og barnevern en gang per måned i alle kommuner.

Kommunene i vår landsdel har vært vant til å ha en lett tilgang til spesialisthelsetjenesten. Helse Nord har over flere år fått henvist rundt 8–9 prosent av barnebefolkningen, mens landsgjennomsnittet er 4,9 prosent (Norsk pasientregister, NPR; 2012). Ungdom har tradisjonelt fått mye ressurser fra BUP ved Nordlandssykehuset, og det har vært viktig for oss å dreie disse ressursene mer i favør av spedbarn og småbarn.

INTERN OG EKSTERN NYORGANISERING

Nyorganisering og kompetanseøkning internt og eksternt var nødvendig for å etablere et tilbud for de minste barna. Vår hovedsatsing var rettet mot helsestasjonene gjennom opplæring av helsesøstre i kunnskap om hvilke barn som burde henvises til BUP, og i mindre grad rettet mot barnevernet.

I 2008 gjorde vi endringer på flere nivåer i driften av BUP Vesterålen: Vi etablerte et spedbarns og småbarnsteam som består av fire fagpersoner: enhetsleder/psykologspesialist (leder og koordinator av teamet), klinisk pedagog og to barnepsykiatere. Cirka 25 prosent av deres stillinger, til sammen om lag 10 prosent av poliklinikkens totale ressurser, ble satt av til teamet. Alle i teamet jobber i tillegg med de andre aldersgruppene i BUP. Teamet har ansvar for barn i alderen 0–6 år. For å øke vår utrednings- og behandlingskompetanse internt i teamet har vi lært oss metoder for samspillsvurderinger, som *Crowell-prosedyrer* (Crowell & Feldman, 1988), *CARE – Index Infants* (Crittenden, 2006a) og bruk av semi-strukturert intervju med omsorgsgiver som *Working Model of the Child Interview (WMCI)* (Benoit mfl., 1997).

For å få i gang et godt samarbeid med førstelinja rundt spedbarn og småbarn sendte vi et kort informasjonsbrev om det nye spedbarns- og småbarnsteamet ved BUP til helsestasjoner, fastleger og barnevernsledere i alle kommunene. Her fremhevet vi at aktuelle henvisningsgrunner kunne være mors depressive symptomer, andre psykiske vansker hos foreldre og/eller en generell bekymring for barnets utvikling. Vi kommuniserte at det skulle være en lav terskel for de ansatte i disse tjenestene for å kontakte spedbarns- og småbarnsteamet ved BUP per telefon for å drøfte en henvisning, dersom de var usikre i en sak.

I tillegg laget vi en liste over risikofaktorer i barnets miljø, som kan være til hjelp for helsestasjonene når de skal vurdere å henvise videre til BUP. Identifisering av risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer er avgjørende for å forebygge skjevutvikling. Sannsynligheten for utvikling av psykiske lidelser øker med antall risikofaktorer som individet utsettes for (Sameroff, 2010). Både akutte og kroniske belastninger kan være risikofaktorer for psykiske lidelser, men vedvarende belastninger er vanligvis av størst betydning. Risikofakto-



Behovet for økt kompetanse, eventuelt et eget sped- og småbarnsteam i barnevernet, synes å være til stede





BUP VESTERÅLEN har med relativt få og enkle grep lyktes med å få flere sped- og småbarn henvist. Illustrasjonsfoto: Pixabay.com

rer ble definert som problemer i parforholdet, mødre med vanskelig relasjon til sin egen mor, liten støtte i opprinnelsesfamiliene og lite sosialt nettverk.

Lederen i teamet lærte også opp helsesøstrene i en enkel metode for screening av depressive symptomer hos mødrene ved bruk av *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (Krantz mfl., 2008). Metoden ble valgt ut etter anbefalinger fra *Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved RBUP Øst og Sør*. Det ble i tillegg satt av fast møtetid på helsestasjonene med mulighet for å drøfte *kun* spedbarns- og småbarnssaker med to behandlere fra teamet.

Teamet så også nødvendigheten av at viktige samarbeidspartnere fikk undervisning i temaene tilknytning og samspill. Vi valgte å undervise i dette ved helsestasjoner, barnevern, voksenpsykiatrisk poliklinikk, på samhandlingsmøter med kommunene, og til jordmødre, fastleger og barnehager i regionen. To av teamets behandlere har i tillegg i mange år gitt ukentlig veiledning til *Bufetats* foreldre- og barneavdeling i regionen.

FLERE HENVISNINGER

Lyktes vi med vår interne og eksterne nyorganisering å få henvist flere av de minste barna til BUP? For å få indikasjoner på om endringene vi innførte i 2008, hadde effekt, valgte vi å systematisere informasjonen vi hadde om henvisninger i tidsrommet 2007–2010. Ungdom mellom 13 og 18 år utgjør den største gruppen av barn vi får henvist, hvor andelen henviste har ligget rimelig stabilt på cirka 10,5 prosent i tidsrommet 2007–2010. Henvisninger i aldersgruppen 7–12 år har ligget på rundt 7,5 prosent, mens bare omtrent 2 prosent av førskolebarna har mottatt tilbud fra BUP i samme periode. For alle barn i alderen 0–6 år så vi en økning i henvisninger fra 1,6 prosent i 2007 til 2,2 prosent i 2010, mens økningen i gruppen 0–3 år var fra 0,3 prosent i 2007 til 2,2 prosent i 2010. Over en 4-årsperiode så vi altså en trend med økning i henviste førskolebarn til BUP, og spesielt 0–3-åringene. Dette sammenfaller i tid med vårt planmessige samarbeid med kommunehelsetjenesten, og i særdeleshet helsestasjonene. Den samme tendensen har vi sett frem til i 2013, som er siste registrering.

Økningen i henvisninger av de minste indikerer dermed at det er mulig å få henvist de minste barna til BUP ved å organisere oss litt annerledes internt og eksternt. Vi har i tillegg fått svært gode tilbakemeldinger om at mødre har opplevd å få hjelp, og at barnas utvikling har gått i positiv retning (NRK TV, 2013).

HELSESTASJONENE HENVISER

Vi registrerte hvem som henviste de minste barna de to første årene etter nyorganiseringen, og av 72 henviste førskolebarn til *BUP Vesterålen* i

2008/2009 var det 23 barn i alderen 0–1 år. Vi fant at helsestasjonene (helsesøster i samarbeid med fastlege/helsestasjonslege) henviste omtrent tre fjerdedeler av barna (17 barn), mens henvisningene fra barnevernet og andre utgjorde cirka en fjerdedel av barna (henholdsvis 5 barn og 1 barn). Dette var som forventet ut fra at helsestasjonene var den instansen vi satset mest på.

MORS PSYKISKE HELSE SOM ÅRSÅK TIL HENVISNINGER

I forbindelse med omorganiseringen, undersøkte vi kjennetegn ved henvisningene fra helsestasjonene. Vi fant at flesteparten av henvisningene for barn i alderen 0–1 år baserte seg på risikofaktorer hos mor og i hennes miljø, og ikke med bakgrunn i barnets fungering. Likevel opplevde vi at over to tredjedeler av henvisningene var riktige på den måten at mor-barn samspillene ikke var optimale.

Både helsestasjonene og vi erfarte at dersom mor i tillegg til å skåre over terskelverdien på EPDS, har flere enn to risikofaktorer, få beskyttelsesfaktorer og vedvarende belastninger, så bør helsestasjonene henvise spedbarn og småbarn til spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen kan gjerne være en bekymring for hvordan mors psykiske vansker kan gå ut over samspillet med barnet, uten at helsestasjonen nødvendigvis så godt klarer å beskrive avvik hos barnet. Å henvise på grunn av bekymring for mors psykiske helse og risikofaktorer i omsorgsmiljøet, ikke på grunn av avvik hos barnet, synes å være en riktig vei å gå. Disse mødrene var *selv* bekymret for sitt samspill med barnet. Mer kunnskap og kompetanse om spedbarns og småbarns psykiske helse i førstelinjetjenesten samt en kartlegging av antall risikofaktorer hos mor ser ut til å føre til flere riktige henvisninger og at flere får hjelp. Dette er i tråd med erfaringer vi hører fra kollegaer i andre spedbarns- og småbarnsteam (Larsson, 2006).

HENVISNINGER FRA BARNEVERNET

Barnevernet henviste fem saker til spedbarns- og småbarnsteamet ved BUP i den samme perioden. De fem mødrene som ble henvist av barnevernet, var diagnostisert med ADHD, rusproblemer, voldsproblemer, store generelle lærevansker, PTSD eller andre psykiske vansker. Alle mødrene hadde over tre risikofakto-

rer. Fire av fem mødre var *selv* ikke bekymret for sitt samspill med barnet. Generelt var det slik at barna som ble henvist fra barnevernet, hadde foreldre som fungerte langt dårligere enn de som ble henvist fra helsestasjonene. Dette var familier med sammensatte problemer hvor en eller begge foreldrene ruset seg, hadde alvorlige psykiske vansker, brukte vold eller var for passive og uengasjerte i barnet. Omsorgssvikten var imidlertid for stor til at BUP kunne jobbe med sakene.

Vi vet for lite om hvorfor barnevernet ikke henviser spedbarn og småbarn når graden av problemer er mindre alvorlige. En forklaring kan være for lite kunnskap om risikofaktorer og symptomer hos spedbarn og småbarn i samspill med foreldrene deres. Barnevernet har generelt lite «verktøy» og tiltak for så små barn i en utredningsfase. En annen forklaring kan være at barnevernet selv opplyser at de har få henviste spedbarn og småbarn og derfor liten tradisjon for å arbeide med denne aldersgruppen. En henvisning krever en tro på at foreldrene kan endre seg og at de er motivert for behandling. Behovet for økt kompetanse, eventuelt et eget spedbarns og småbarnsteam i barnevernet synes å være til stede.

Å HENVISE MED BAKGRUNN I RISIKOFAKTORER

Vi kan spørre om helsestasjonene vil kunne oppdage flere barn i behov av hjelp dersom de har bedre kompetanse på å vurdere samspill mellom mor og barn. Helsestasjonene melder selv at de ikke opplever seg spesielt gode på å vurdere samspill mellom mor og barn. En vurdering av avvikende utvikling hos barn i alderen 0–1 år krever høy kompetanse på atferdsuttrykk hos små barn. Våre vurderinger av samspillet mellom de mødrene og barna vi fikk henvist har variert fra å være tilfredsstillende til å være avvikende. En slik observasjonskompetanse kan man ikke kreve at helsestasjonen skal kunne ha. Til det kreves en egen opplæring og kunnskap som hører til i spesialiserte tjenester. Det tar tid å utvikle kompetanse på den kompleksiteten som et tidlig samspill utgjør. I tillegg er det en fordel å ha erfaring med å jobbe med voksne individuelt, samt familierapeutisk kompetanse. Løsningen kan være å ha et tett samarbeid med helsestasjonene og støtte og utfordre dem i sine refleksjoner rundt barna, mødrene og familiene de er bekymret for.



Å henvise på grunn av bekymring for mors psykiske helse og risikofaktorer i omsorgsmiljøet, ikke på grunn av avvik hos barnet, synes å være en riktig vei å gå



SUKSESSKRITERIER

Vi har identifisert flere faktorer vi mener var avgjørende for at implementering og drift av spedbarns- og småbarnsteamet fungerte godt ved BUP Vesterålen. En ledelse som støtter opp om utviklingsarbeidet, har vært avgjørende. Fagfolk i BUP som vurderer å etablere et spedbarns- og småbarnsteam må derfor forsikre seg om at ideen er forankret i ledelsen. Å innlemme spedbarns- og småbarnsarbeidet i driften *på lik linje med alle andre saker*, fra inntak til avslutning, fungerer etter vår erfaring godt. Stabilitet i personalet er viktig for å få kontinuitet i utviklingsarbeidet og stadig utvikle kompetansen, og det er hensiktsmessig å ha en person som har ansvar for å lede dette. Vi har en ordning hvor vi alltid er to behandlere på samme sak, vi har etablert gode ferdigheter i bruk av tidligere nevnte metoder for samspillsvurdering og bruk av semistrukturerte intervju med omsorgsgiveren – dette mener vi har vært avgjørende for den faglige kvaliteten på arbeidet. Kunnskap fra spedbarns- og småbarnsfeltet om betydning

av tilknytning, tidlige samspill og mentalisering har virket forfriskende på hele poliklinikkens tenkning og praksis.

Poliklinikken vår har ikke fått noen ekstra ressurser til dette arbeidet, og etter fem års drift med spedbarns- og småbarnsteamet har vi vurdert om vi har fått økt arbeidsmengde, færre tiltak per pasient, flere fristbrudd, lengre ventetid eller mer slitasje på de ansatte. Vi mener at svaret er nei på alle spørsmålene. Dette skyldes særlig to forhold; vi har redusert antallet som får innvilget rett til helsehjelp med cirka 20 prosent de siste to årene, og antall henviste pasienter har gått ned med 20 prosent i de siste to år. Alle poliklinikkene i Nordlandssykehuset har over mange år hatt for mange henvisninger og det har vært en administrativ bestemmelse at vi skulle høyne kravene om at tiltak i førstelinja skulle være prøvd ut før de fikk rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

KONKLUSJON

Spedbarns- og småbarnsarbeidet er det viktigste forebyggende arbeidet BUP kan gjøre, og bringer spesialisthelsetjenesten nærmere kommunehelsetjenesten. Dette er et viktig bidrag i satsning på samhandling. En svært viktig milepæl for spedbarns- og småbarnsfeltet i Helse Nord er at Helse Nord i sitt Oppdragsdokument for 2014 nå har satt opp følgende mål: «sørge for at gruppen sped- og småbarn innen psykisk helse for barn og unge får et tilbud.» Da blir det ikke lenger opp til hver poliklinikkleder eller «ildsjel» om det skal etableres slike team. ✕

REFERANSER

- Beardslee, W. R., Versage, E. M. & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134–1141.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Parker, K. C. H., Nicholson, E. & Coolbear, J. (1997). Working model of the child interview: Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18, 107–121.
- Brandtzæg, I., Moe, R. & Mothander, P. R. (2009). Hva kjennetegner de minste barna uten akse 1-diagnose i DC: 0–3-systemet? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 850–856.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J. & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: Recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 109–134.
- Crittenden, P. M. (2006a). *CARE-Index Infants (birth – 15 months) Coding Manual*. Miami: Family Relations Institute pmcrittenden@gmail.com Norsk oversettelse (Bente Nilssen, 2010).
- Crowell, J. A. & Feldman, S. S. (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioural and development status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59, 1273–1285.
- Hansen, M. B. & Jacobsen, H. (2008). *Sped- og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus*. Oslo: RBUP.
- Helsedirektoratet (2008). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2009). *Prioriteringsveileder. Psykisk helsevern for barn og unge* (IS-1581). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2012 (IS-2068). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse Nord RHF (2014). *Oppdragsdokument (OD)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hoel, G. (2010). Helse i tidlige livsfaser. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 130, 1063.
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 693–695.
- Krantz, I., Eriksson, B., Lundquist-Persson, C., Ahlberg, B. M. & Nilstun, T. (2008). Screening for postpartum depression with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: An ethical analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 211–216.
- Larsson, M. & Heimann, M. (2006) Konsultasjons- og lavterskeltilbud til helsestasjonene i Nordfjord fra Nordfjord BUP. Rapport fra RBUP Vest, Bergen Norsk rikskringkasting (NRK TV 2013). *Psykiatrien hjelper småbarn*. www.nrk.no Dagsrevyen 21, 19.06.2013.
- Sameroff, A. J. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81, 6–22.
- Slinning, K. & Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I V. Moe, K. Slinning, & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 323–346). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Glade folk tenkjer for godt om eigen empati

Forsøkspersonar med godt humør har jamt over for høge tankar om eiga evne til innleving og medkjensle.

Dette fann Hillary Devlin ved Yale då ho målte snittet på godt humør hos 121 forsøkspersonar og deretter spurte dei kva dei meinte om si eiga evne til empati. Så fekk dei 121 sjå fire videoar av folk som fortalde om noko dei hadde opplevd, to negative hendingar og to positive. Deltakarane i studien poengsette sekund for sekund graden av negative eller positive emosjonar dei meinte å observera hjå forteljarane i videoane.

Dei som var lysast til sinns, vurderte sine egne observasjonar som meir nøyaktige enn det dei meir melankolske i forsamlinga gjorde. Men, samanlikna med forteljarane sine egne fråsegner om kjenslenivå, viste det seg at dei durstemte personane ikkje var meir treffsikre enn dei meir mollstemte. Tvert om så hadde den glade gjengen større problem med å lesa stemningsnivået i ein video der forteljarane delte opplevingar rundt dødsfallet til ein av foreldra sine, skriv BPS Research Digest.

Dei durstemte var marginalt betre enn dei mollstemte på å lesa små stigingar i glede hos forteljarane, noko som kan bety ei større finkjensle for endringar som fell saman med det dei sjølve har lett for. Men denne finkjensla var ikkje sterk nok til å vega opp for mangelen på inntoning med forteljarane i dei triste videoane. Alt i alt eit viktig memento, ikkje minst for dei som driv med psykologisk forskning der empati blir målt gjennom sjølvrapportering.

Kjelde: Devlin, H. et al. (2014). Not As Good as You Think? Trait Positive Emotion Is Associated with Increased Self-Reported Empathy but Decreased Empathic Performance *PLOS ONE*, 9 (10) DOI: 10.1371/journal.pone.0110470

”

Dei som var lysast til sinns, vurderte sine egne observasjonar som meir nøyaktige



ILLUSTRASJONSFOTO: NIKLAS MORBERG/FLICKR.COM

Kriminelle er ærlegare enn folk flest, meiner dei sjølve

Fengsla kriminelle meiner sjølv dei er snillare, meir pålitelege og meir ærlege enn ein gjennomsnittleg samfunnsborgar.

Mange studiar har vist at folk har ein tendens til å overdriva sine egne positive trekk og evner. Ein finn til dømes at bilistar flest sjølv meiner dei er betre enn snittet til å køyra bil. Dei som tenker at denne «betre enn snittet-effekten» skuldast dårleg sjølvinnsett hos den gemene hop, er blitt utfordra av andre som peikar på at folk flest faktisk kan vera betre enn snittet. Kanskje bilistar flest er betre enn snittet til å køyra, men at det er nokre få heilt elendige sjåførar der ute som dreg snittet til dei grader ned.

Eit forskarlag leia av Constantine Sedikides sette seg føre å undesøka dette, og fekk difor 85 lovbrytarar som sona i eit fengsel sør-aust i England til å svare på spørsmål om sin eigen personlegdom. Dei innsette var mellom 18 og 34 år og sat for det meste inne for vald og ran.

Samanlikna med «gjennomsnittsfangen» meinte dei spurte at dei sjølve var meir moralske, snillare, hadde større sjølvkontroll, var meir lovlydige, hadde større medkjensle og sjenerøsitet, var meir ærlege og meir til å stola på. Overraskande rangerte dei også seg sjølv som høgare på desse trekka enn «eit gjennomsnittleg samfunnsmedlem» – med eitt unntak: lovlydigheit. Her meinte dei seg å vera heilt på nivå med snittet i befolkninga.

Ifølge Sedikides sparkar denne studien bein under tanken om at folk flest faktisk er betre enn snittet, fordi det i dette tilfellet er gode grunnar til å tru at den gjennomsnittlege ikkje-fangen er meir ærleg og lovlydig enn den gjennomsnittlege fangen.

Tidlegare studiar av intelligens har vist at dei som skårar lågast også har sterkast tendens til å tenka for godt om seg sjølv. Sedikides og kollegar undrar om ikkje resultatata deira passar inn i dette mønsteret, skriv PBS Media Center.

Kjelde: Sedikides C., et al. (2014). Behind bars but above the bar: Prisoners consider themselves more prosocial than non-prisoners. *The British journal of social psychology / the British Psychological Society* PMID: 24359153

Facebook-skygger

«Hun 'laika' ikke bildene mine i hele går, det kan ikke forstås som noe annet enn en avvisning», sa han. Den skråsikre tolkningen hans gjorde meg nysgjerrig.

TEKST

Cecilie Benneche,
privatpraksis

Da jeg startet som terapeut, hadde jeg fått med meg at terapirommet til tider kunne være fylt opp av flere enn meg og klienten. Ved siden av meg satt skyggene av psykoanalytikere, DPS-psykologer eller gestaltterapeuter som hadde hatt terapi med klientene tidligere. Langt fra alle disse oppførte seg ordentlig. Og i tillegg kom mor, far, søsken, barn og ektefeller. Venner og uvenner. Før jeg åpnet munnen, ville jeg kunne minne om dem, irritere som dem og gi omsorg som dem. Jeg følte meg forberedt på dette. Det jeg ikke hadde hørt noe om, var Facebook-figurene som skulle fylle rommet og som etter hvert forvirret meg med sin blanding av konkrete tilstedeværelse og interaktive luftighet.

Jeg begynte å legge merke til det i vår. Jeg hadde Facebook-skygger på kontoret. Og jeg ante ikke hvordan jeg skulle behandle dem.

Klienten min fortalte om venninner og venner, om kjærester og ekskjærester. Og det var først og fremst gjennom Facebook jeg ble kjent med dem. Noen ganger fant han frem en status på iPhoneen, som oftest fikk jeg bare referert innholdet. Men det var først etter at han hadde forsikret seg om at jeg kjente til oppsett og bruk av det blå mediet. Da han ble trygg på det, fortalte han levende om hvem som likte

hva, hvem som ikke likte noe av det han la ut, hva han la ut (var det dumt?), og hva andre la ut (aldri dumt). Det handlet om hvordan det følte å bli ignorert. Eller sett. Eller trakassert. Og jeg måtte gå i meg selv. Opplevtes det faktisk så reelt, det interaktive livet?

Jeg tror jeg må svare ja. Jeg begynte å kjenne etter på meg selv, og jeg kjente at jeg kunne føle meg akkurat like sett eller avvist på Facebook og Twitter som i livet mitt ellers. Like dum eller modig, like pinlig fylt med sympatier og antipatier. Hvordan følte det for eksempel å invitere til en fest via sosiale medier og vente på svar? Jeg tolket noen venners manglende svar med et godmodig «de er alltid litt trege», mens jeg med andre jeg fra før av var litt irritert på, fort konkluderte med at de aldri burde vært invitert, fordi de «er så ignorante». Man leser respons ut fra tidligere erfaringer. Det vanskelige er at den forsterkningen som oppstår på det sosiale mediet, ikke lar seg korrigere. For den andre vet ikke at man sitter der og tolker. Han er kanskje ikke online engang.

Da klienten min fortalte meg at han var opp-tatt av antall «likes» på det han la ut, samt at han fulgte med på *hvem* som likte hva, måtte jeg komme meg forbi min egen trang til å minimere eller latterliggjøre. Jeg måtte gå hjem til mac-en min for å undersøke mine egne reakt-



sjoner. Var jeg selv likegyldig til hvem som fulgte med på mine bilder av unger og ferieturer? Hvem som likte morsomhetene mine? Nei da, det var jeg ikke. Jeg kunne late som ved å ikke nevne det, jeg kunne latterliggjøre det som et ungdomsfenomen, men jeg vet faktisk hvor mange Facebook-hilsener jeg fikk på bursdagen min i år. Jeg ble glad for dem. Og da jeg begynte å undersøke med mine yngre klienter, kunne de alle gi meg et tall og fortelle noe om hvem de gjerne skulle hatt en hilsen fra eller hva de ble ekstra glade for å høre. Og de så ut til å være helt fremmede for den Facebook-skammen jeg selv kan kjenne ved å si at jeg er opptatt av tilbakemeldinger. «Alle teller», sa de. «Alle teller alt.»

KONTEKSTKOLLAPS

I terapirommet blir det likevel komplisert. For er det reelle avvísninger eller projeksjoner vi snakker om? Hvis det virtuelle landskapet er en fantasi, har vi et problem når vi behandler det som virkelighet. Kan klienten vite hvem som er online til enhver tid, og er det sikkert at det å ikke anerkjenne noen ved å trykke «liker» er det samme som å ikke hilse på gata – selv om det kan kjennes som en like sterk avvísning?

I terapirommet vil jeg gjerne få frem hva som virkelig hendte, slik at vi kan se på følelsene knyttet til den konkrete situasjonen. Men en

«ikke-situasjon» som *kanskje* skjer i et «ikke-reelt fellesskap» der ikke alle er til stede til samme tid? Jeg måtte arbeide hardt for å forstå hva vi snakket om. Og jeg måtte lære meg litt mer om hvordan sosiale medier fungerer.

Å logge inn på Facebook er ikke som å gå på en gate eller være i et selskap. Alt vektas ikke likt, og du ser ikke det samme som vennene dine. Du ser ikke engang alle vennene dine, men får et utvalg basert på din egen og andres aktivitet. I tillegg vektas oppdateringer, bilder og lenker ulikt. Dette kalles logaritmer, og de er relativt kompliserte. Du kan i tillegg dele vennene inn i undergrupper, og du kan ha venner på lista som er «begrenset», det vil si at de ikke får se stort annet enn det som er offentlig tilgjengelig. Følelsen av å være i en felles verden lurar oss. Din verden (newsfeed) er ikke min. Dette gir rom for en enorm mengde avvísningsmateriale. En enorm mengde spørsmål. Og en like enorm mengde misforståelser. På sett og vis kan man tenke seg at det krever en annen type mentalisering, fordi både konteksten vi skriver i og måten det vises på, er delvis skjult for oss. De fleste av oss leser den imidlertid som om den er åpen. Det blir det fort misforståelser av, og de kan kjennes vonde.

Jeg snakker om mange av disse misforståelsene i mitt terapirom, og jeg er interessert i »



Hvis det virtuelle landskapet er en fantasi, har vi et problem når vi behandler det som virkelighet

hvor det «går galt». Det er jeg for så vidt alltid, men når vi snakker om en virtuell verden, dukker det fort opp tilleggsvansker. Jeg har hatt nytte av å lese sosialpsykologi, men fant det jeg lette etter, i en diskusjonstråd blant medievitere på Facebook. Der dukket begrepet «kontekstkollaps» opp. Det betyr ganske enkelt at både avsender og mottaker tenker seg en sosial kontekst, men at denne kan bryte sammen eller misforstås. Vi kan ikke se for oss alle som følger oss, eller alle «vennene» våre, så vi ser for oss en ideal-leser eller noen nære venner. Vi glemmer fort at bestemor er med. Eller sjefen. Eller at 500 «venner» nødvendigvis må bety at noen av dem ikke er så nære. Og så legger vi noe ut «der ute» og overraskes over at det blir mottatt annerledes. Som om vi har snakket i et offentlig rom, ikke til de fem nære vennene vi så for oss. Og det har vi jo gjort.

Det var dette klienten min hadde fortalt om. Han opplevde seg misforstått og var sår over å ikke bli lest riktig. Når mor kommenterte det som egentlig ble skrevet for å imponere en jente, ble han flau og sint. Når han så at han fikk tredobbelt med «likes» når han hadde bilde av seg selv sammen med en kamerat som var offentlig kjent, ble han rasende. «Hvem er jeg, er jeg ingenting?» Det gjorde vondt, og vi brukte tid på å se på følelsene. Men jeg var ofte usikker på hvem de var rettet mot, og vi måtte nøste oss frem til hvordan møter i det virkelige liv blandet seg med det som foregikk på nett.

I terapirommet begynte jeg å se for meg at vi noen ganger snakket om en type kontekstkollaps og andre ganger hadde en – mellom oss. Når noe ble lest feil av mottakeren, var skammen like stor som om det hadde skjedd IRL. Og frykten for at det *kunne* tolkes feil, var like lammende. Og når jeg ikke forstod innebyrden av det han fortalte, eller han opplevde at jeg minimerte hvor vondt eller godt noe følte ved å forhøre meg om virkeligheten som om nettet ikke var virkelig, oppstod kollapsen fort mellom oss. Medieviternes begrep om «kontekstkollaps» hadde gitt dybde til min interesse for mentalisering.

I terapirommet fortsetter jeg å høre om Facebook, tinder, snapchat og instagram. Jeg tar alle følelser som kommer frem gjennom sosiale medier på alvor. Det er en arena både for trakassering, ignorering og favorisering – og det kjennes like vondt. Å være utenfor der er å kjenne seg utenfor. Når nære venner viser et mønster i tilbakemeldinger der, er det like virksomt og merkbart som om du var sammen med dem. Og vi viser oss der, som vi viser hvem vi er når vi møter hverandre. Språket kan dekke til, forkludre og forvirre, men ikke mer enn at vi stort sett kjenner hverandre igjen. Så når klienter beskriver sosiale medier som en ukomplisert virkelighet, blir jeg på vakt. Det er noe i landskapet vi ikke ser, og da er det lett å sette vårt eget indre liv inn i det tomrommet. Da jeg skjønnte at jeg kunne forstå sosiale medier som en virkelighet som hadde noe skjult ved seg, ble det lettere for meg å være terapeut. Jeg tror ikke alt er tilfeldig, jeg tror til og med at vi kan vise mer av hvem vi er når vi er online. Jeg synes ofte selv at det er tydelig hvor mye eller lite folk våger å vise av seg selv gjennom det de legger ut. Men det er ikke hele bildet. Jeg har gjennom å nærme meg en skamfølelse som stadig fortalte meg at dette er pinlig og ikke noe å være opptatt av, arbeidet meg sakte, men sikkert frem til at det er en virkelighet som absolutt hører hjemme i terapirommet og andre steder der følelser berøres. Men ikke uten et visst sideblikk til logaritmene, kontekstkollapsen og den vanskelige mentaliseringen. ✕

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 117-138 FAGFELLEVDERT

LINN SYNNØVE BERNTSEN, Psykisk helsevern for barn og unge, BUP Voss

HELGE HOLGERSEN, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT: linn.berntsen@gmail.com, tlf: 91360441.

KONTAKT: helge.holgersen@uni.no

ENTUSIASME OG GJENKJENNELSE

- En kvalitativ studie av profesjonell og personlig endring etter opplæring i foreldreveiledningsmetoden «Circle of Security Parenting DVD»

Etter opplæring i Circle of Security Parenting DVD forteller psykologer lite om hvorvidt praktisering av metoden er til hjelp for deres klienter.

Intervensjonsprogrammet Circle of Security (COS) ble utviklet av Marvin, Cooper, Hoffman og Powell (2002). Formålet med programmet er å styrke tilknytning mellom barn og nære omsorgspersoner. I senere tid er et selvstendig psykoedukativt foreldreveiledningsprogram, Circle of Security Parenting© DVD (COS-P-DVD), videreutviklet av Cooper, Hoffman og Powell (Circle of Security International, 2012). Gjennom en rekke kurs implementeres foreldreveiledningsprogrammet her til lands. Det skjer ved at terapeuter gis opplæring i programmet gjennom et kurs over fire dager. Etter kurset får deltakerne lisens til å anvende kursmaterialet, men det følger ingen sertifisering gjennom uttesting av konkrete ferdigheter etter endt kurs. Opplæringen i COS-P-DVD skriver seg inn i en lang tradisjon særskilt opprettholdt gjennom kort-

ABSTRACT

Enthusiasm and recognition - A qualitative study of professional and personal change after training in the parent education program «Circle of Security Parenting and DVD»

This qualitative study explores psychologists' experiences of personal and professional change after training in Circle of Security Parenting© DVD (COS-P-DVD). Circle of Security is a program developed to strengthen attachment between caregiver and child. Eleven psychologists were interviewed concerning their experiences of change after training. Five meaning categories emerged through the content analysis: an experience of meaningfulness and enthusiasm, about using elements from the COS-P-DVD to customize guidance, about personal change and own children, I recognize this, I recognize myself, and the need for additional follow-up. The informants reported finding it useful to apply the course material in their daily practices, but their practices deviated from the COS-manual and the training intention. Possibilities and limitations in light of implementation of COS-P-DVD in a Norwegian treatment context are discussed.

Key words: attachment, Circle of Security Parenting©DVD, (COS-P-DVD), implementation, qualitative research method

varige enkeltstående kurs i regi av Norsk Psykologforening. Implisitt formidles det til offentligheten at denne formen for kurs bidrar til bedre praksis samt bedre psykisk helse for våre klienter. Å utvikle terapeutiske ferdigheter og ekspertise er noe som krever intensiv trening, refleksiv praksis og veiledning over tid (Orlinsky & Rønnestad, 2005). I denne artikkelen spør vi hva terapeutene selv mener de har ervervet seg av kunnskap og ferdigheter gjennom dette kurset. Kvalitative intervjuer med kursdeltakerne kan gi oss kunnskap om prosessen fra kursdeltakelse til hvordan den enkelte terapeut rapporterer og gjør bruk av ervervede ferdigheter i sin praksis.

FORELDREVEILEDNINGSPROGRAMMET COS-P-DVD

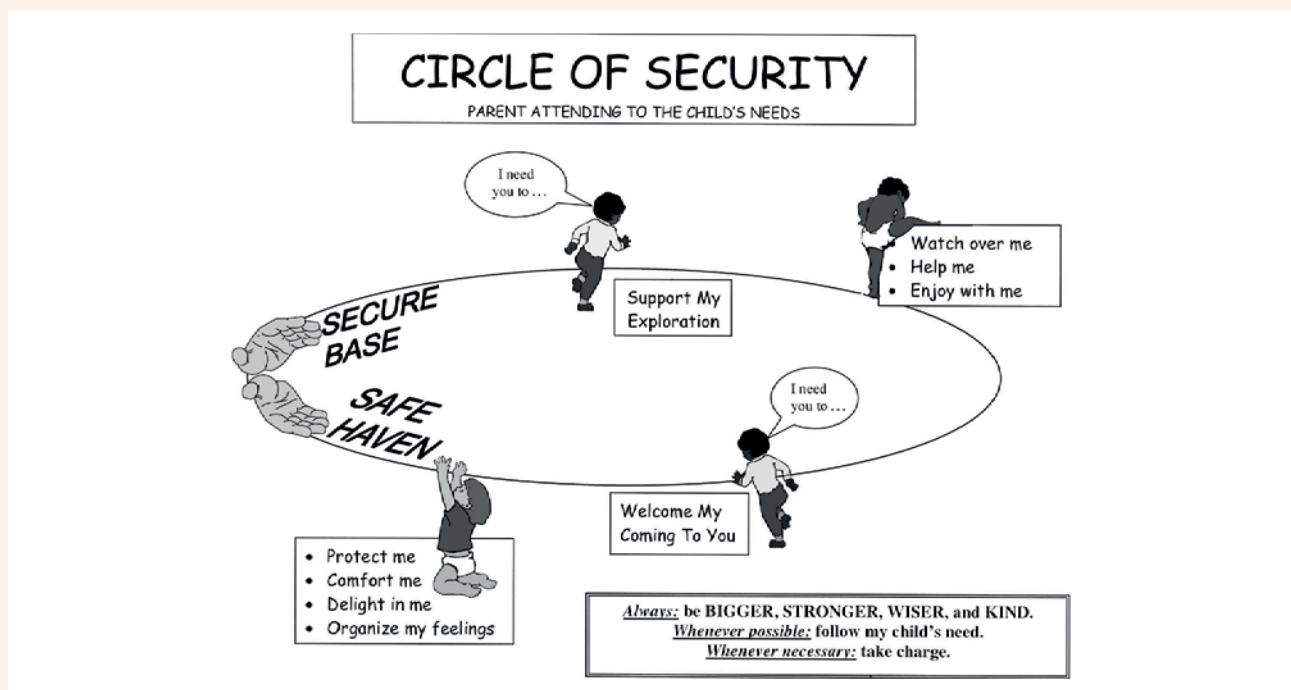
COS-P-DVD består av en manual med nøkkelkomponenter som tenkes gjennomgått sekvensielt. Elementene i modellen gjennomgås med foreldre eller nære omsorgspersoner ved bruk av illustrasjoner og en DVD med psykoedukativt materiale (Circle of Security International, 2012). Begrepet Circle of Security viser til COS-sirkelen (se figur 1), også kalt trygghetssirkelen, og tilknytningsbegrepene denne sirkelen illustrerer (Zanetti, Powell, Cooper & Hoffman, 2011).

Barnets utforskningsystem og behov er representert på toppen av sirkelen, mens bar-

nets tilknytningssystem er representert på bunnen av sirkelen; ytterkantene av sirkelen viser ulike behov hos barnet ved aktivisering av de to systemene (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002). «Hendene» på sirkelen representerer omsorgspersonene som holder verden sammen for barnet, gjennom å være både en trygg base og en trygg havn (Zanetti, Powell, Cooper & Hoffman, 2011).

Det overordnede målet er ifølge Brandtzæg, Smith og Torsteinson (2011) at foreldrene får en forståelse for barnets ulike behov i forbindelse med utforskningsystemet og tilknytningssystemet, samt hvordan deres egen tilgjengelighet påvirker hvordan barnet uttrykker behovene sine. Omsorgspersonene øver på å anvende sirkelen gjennom å se videosekvenser av foreldre-barn-dyader hvor terapeuten inviterer dem til å reflektere rundt hvor de tenker at barnet er på sirkelen.

Et kjernemål er at foreldre skal kunne oppdage at deres egne erfaringer med nære omsorgspersoner kan påvirke deres responser overfor sine egne barn. Disse erfaringene kan føre til at foreldre feiltolker barnets signaler og behov, noe som igjen kan lede til uheldige responser (Cooper, Hoffman, Powell & Marvin, 2005). Sentralt står begrepet og videoklippet «haimusikk», hvor foreldrene får se to videoklipp av samme kystlinje (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002). Videoklippet demonstrerer hvordan ulik musikk sammen med videobildene gir ulik opplevelse av spenningsnivå og fare. Foreldrene vil slik kunne få en forståelse av at egen «indre musikk», det vil si hvordan egne erfaringer med nære omsorgspersoner kan påvirke deres forståelse og væremåte med barna sine. Målet er at omsorgspersonen i konfliktfylte eller stressende situasjoner skal kunne ta et steg tilbake fra sin egen følelsesmessige opplevelse og reflektere rundt barnets følelser eller behov. Dette skal bevisstgjøre en mentaliseringskapasitet som i utgangspunktet var implisitt, og danne grunnlaget for at denne evnen kan utvikle seg (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011).



FIGUR 1. Circle of security-sirkelen, også kalt trygghetssirkelen (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002).

METODE

Utgangspunktet for studien er en fenomenologisk-hermeneutisk epistemologisk posisjon: Det enkelte menneskets særegne opplevelser og erfaringer tenkes skapt gjennom dialog innenfor en gitt historisk kontekst. Ut fra denne posisjonen gjorde vi en innholdsanalyse av psykologers beskrivelser av sine opplevelser knyttet til deltakelse på kurset. En slik tilnærming, med en gjennomgående refleksivitet omkring egne fortolkningsbetingelser, gir grunnlag for å forstå hvordan våre informanter opplever og erfarer seg selv og sin praksis på sine særskilte måter (Binder, Holgersen & Moltu, 2012). Kunnskap om hverdagslige erfaringer innhentes gjennom en dialog med informanten og senere i analysen av transkribert tekst.

Informanter

Informantene i studien deltok på et fire dagers kurs i Bergen i mai 2011. Kurset ble ledet av en av opphavspersonene til COS-programmet, professor Bert Powell. Kurset var ikke forbeholdt en spesiell yrkesgruppe, men henvendte seg til alle som arbeider med foreldreveiledning. Informantene ble rekruttert fra kursdeltakerlisten til COS-P-DVD-kurset. Vi fikk tilgang til deltakerlisten gjennom Bert Powell, som også tilrådte studien og har gitt oss tillatelse til å benytte trykghets sirkelen i artikkelen. Fra deltakerlisten ble elleve psykologer i førstelinjetjenesten strategisk valgt ut. Alle informantene var kvinner, aldersspennet på informantene var mellom 33 og 53 år, ($M = 40,5$ år, $SD = 5,43$). Alle informantene hadde flere års arbeidserfaring og majoriteten var psykologspesialister. Samtlige informanter ble intervjuet våren 2012.

Intervjuguide og intervjuet

Det ble utviklet en intervjuguide med ønske om å fange informantenes opplevelse av selve kurset samt om de hadde endret sin praksis i tiden etter kurset. Intervjuene var semistrukturerte, hvor fokuset var å følge informantene i deres beretninger (Kvale, 1996). Intervjuet var bygget opp rundt ni spørsmål, med oppfølgingsspørsmål blant annet om konkrete eksempler på anvendelse av metoden ut fra tanken om at dette kunne utløse erfaringer og slik bidra til et mer rikholdig materiale. Det første spørsmålet var: «Du har jo gått på et sånt fire dagers COS-P-DVD kurs i Bergen i mai i fjor, og nå, i ettertid, kan du fortelle noe om hvordan du opplevde dette kurset?» Informantene ble videre spurt om de syntes de hadde endret seg etter kurset, med oppfølgingsspørsmål om endring på et privat og yrkesmessig plan. Intervjuguiden tematiserte avslutningsvis i hvilken grad informantene mente at COS-P-DVD ville være anvendbart på et lite sted, eksempelvis i mindre kommuner. Ti av informantene ble intervjuet på sitt eget arbeidsted, og en ble intervjuet på Psykologisk fakultet ved Universitetet i Bergen. Alle intervjuene ble analysert. Intervjuene varte gjennomsnittlig i 32 minutter, med en median på 34. Alle intervjuene ble gjennomført med lydopptak og senere transkribert verbatim.

Etikk

Informantene fikk på forhånd utdelt informasjon om studien. Samme informasjon og informert samtykke ble gjennomgått og signert før intervjuet startet. Informantene fikk opplyst at de når som helst kunne trekke seg fra studien dersom de ønsket det. De ble opplyst om at studien ikke



Innholdet i kurset har blitt til «briller», språk og særskilte refleksjoner i møte med pasienter



I vårt materiale fremstår metode-etterlevelse heller som et unntak enn som en regel

var meldepliktig til Regional etisk komité, men meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NSD.

Dataanalyse

Intervjuene ble analysert ved hjelp av dataprogrammet NVivo 10 (QSR International, 2012) for å organisere materialet og videre identifisere mening (Binder, Holgersen & Nielsen, 2010). Målet med analysen var å etablere meningsenheter for å beskrive de opplevelser og erfaringer som var mest fremtredende og dekkende for informantene etter kursdeltakelsen. Det ble benyttet systematisk tekstkondensering for å sammenligne likheter og forskjeller i informantenes beretninger (Binder, Holgersen & Moltu, 2012; Malterud, 1993; 2001).

I analysen ble det vekslet mellom helheter og deler i transkripsjonene (Finlay, 2003). Et mønster som er tematisk meningsrikt, trer frem når informantenes opplevelse er noe sammenfallende, samtidig som det også er en moderat grad av ulikhet i deres opplevelse (Binder, Holgersen & Nielsen, 2010).

Refleksivitet

I tråd med Finlay (2003) og Binder, Holgersen, og Moltu (2012) ble det reflektert over hvordan vi som forskere med vår personlige og faglige bakgrunn påvirket frembringelsen og tolkningen av materialet. Noe kjennskap til Circle of Security generelt gjennom lesning og deltakelse på et en dags introduksjonskurs gjorde intervjueren i bedre stand til å stille relevante oppfølgingsspørsmål. Det var noe overraskende hvor private informantene ble i sine beretninger. At intervjueren var psykologstudent, kan kanskje ha medført mer frihet og mindre prestisje knyttet til å kunne gi uttrykk for usikkerhet og undring. Det er også blitt reflektert rundt hvilke spørsmål som motiverer undersøkelse. Berntsen har vært opptatt av Circle of Security-tilnærmingen til styrking av relasjonen mellom omsorgsperson og barn. Holgersen har tilsvarende interesse for metoder som styrker samspill mellom foreldre og barn, med videreutdanning i psykoterapi med barn og veiledningsmetodikk. Kunnskap om og engasjement for metoden kan medføre at en

.....

1. Forfatterne har ingen formelle bindinger til Circle of Security Parenting-programmet.

får en bias på å korrigere informantenes uttalelser om metoden eller opplæringen, og slik ikke ser det særskilte ved deres opplevelse. En gjennomgående bevissthet og kontinuerlig dialog om dette forholdet har etter vårt syn bidratt til å redusere muligheten for at så har skjedd.

RESULTATER

Fem kategorier skilte seg ut: 1. En opplevelse av begeistring og meningsfullhet, 2. Om å plukke ut elementer fra COS-P-DVD for å skreddersy veiledning, 3. Et fokus på egen endring og egne barn, 4. Jeg kjenner det igjen, jeg kjenner meg igjen, 5. Behov for ytterligere oppfølging.

Kategori 1: En opplevelse av begeistring og meningsfullhet

Kategorien beskriver informantenes opplevelse av meningsfullhet i forbindelse med deltakelse på selve kurset samt i ettertid både av privat og yrkesmessig karakter. Opplevelsen av faglig nytte er et gjennomgående overordnet tema i intervjuene, og majoriteten av informantene forteller at opplæringen har gitt dem et nytt, verdifullt verktøy de kan bruke i møte med klienter. Mest iøynefallende var det at opplevelsen av meningsfullhet i så stor grad ble knyttet til begeistring for innholdet i kurset, og hvordan kurset var bygget opp, mens nytteverdi for klientene kom mer i bakgrunnen. Flere informanter formidler også begeistring for kursholderen. «Jeg tror vi var mange som ganske sånn der... litt sånn ruset på Bert Powell (...)... det har nok sikkert noe med hans personlighet å gjøre.»

Kursets vektlegging av at deltakerne vekselvis reflekterte over teori, privatliv og følelser, ble trukket fram som meningsfullt av en av informantene: «Tenk om en kunne lært mer sånn både på studiet og ellers...»

En annen informant knytter begeistringen til det å ha fått et konkret verktøy: «Jeg følte at jeg ble godt rustet etterpå (...) det å få den manualen og få den dvd sånn at du har noe konkret verktøy samtidig som jeg føler at det er langt fra alt... jeg kunne ikke bare fått det uten å fått kurset og vært like godt rustet.»

En informant forteller at metoden gjør det lettere for henne å formidle kunnskap til foreldre, og trekker frem verdien av at verktøyet på en ivaretagende måte gjør det trygt for foreldre å gå inn og reflektere over gjenkjennelige utfordringer gjennom enkle metaforer.

Det er noe med... hvordan de har bygget det opp, både hvordan de klarer å illustrere og samle den kunnskapen på en veldig lett tilgjengelig måte.. så det er så lett å videreformidle ganske kompliserte ting (...) pluss at gir de en sånn veldig vektlegging av at dette ikke handler om teknikker, men på en måte en måte å se barnet, og forstå barnet på og en egen refleksjon... ja så hjelper der foreldre mer til å oppdage veien selv på et vis, og ved at det er så masse gjenkjennelige utfordringer og situasjoner for foreldre... og med det her begrepet det der med «hai-musikk» og disse tingene som begrep, metaforer på hva som på en måte vekkes i foreldrene... så blir det trygt nok for foreldrene å gå inn i disse vanskelige...

Også andre trekker frem meningsfullheten og gleden over å ha fått en modell som gjør det enklere for henne å formidle teoretisk kunnskap på en forståelig måte til klienter. En informant trekker frem all forskningen og litteraturen som ligger bak:

Det var utrolig godt å hva skal jeg si... få en modell (...) det ligger utrolig mye forskning sant, litteratur i forhold til tilknytningsteori og (...) det som «popper» inn i tilknytning (...) men det å få en modell, som setter det inn som kan gjøre det håndgripelig i forhold (...) å både forstå og formidle det...

Kategori 2: Om å plukke ut elementer fra COS-P-DVD for å skreddersy veiledning

Alle informantene gir uttrykk for at de anvender COS-P-DVD i sitt arbeid. Flere informanter forteller at de anvender det på foreldrekurs, i veiledning av foreldre, fosterforeldre, foreldregrupper, barnehager og med par, eller når de jobber individuelt med materialet. Flertallet viser til direkte anvendelse av materialet de fikk med seg etter kurset, altså bruk av manual, dvd og illustrasjoner. For andre refererer bruk av elementer fra kurset til at innholdet har blitt til «briller», et språk og særskilte refleksjoner i møte med pasienter. Flere informanter sier at COS-P-DVD preger måten de snakker på. En informant beskriver at hun veksler mellom å bruke verktøyet konkret, samtidig som hun opplever at det generelt er «med henne» i møte med klienter. «Jeg har ikke prøvd ut så veldig mange familier med selve hele videoveilednin-

gen, men jeg merker at jeg bruker mange av ordene, jeg bruker mye av tankene i mitt faglige virke...» En annen informant opplever ikke at COS-P-DVD begrenses til visse situasjoner, men at det er universelt anvendelig.

Jeg bruker mye av de ordene og begrepene og tankene og bildene og «hai-musikken» er jo en gjenganger, den kan jo brukes i alle sammenhenger, tenker jeg. Det der med følelsesbevissthet, det med å vite hva er det som, hvor kommer den følelsen fra, er jo veldig nyttig å snakke med folk om...

Majoriteten av informantene forteller at de integrerer kursmaterialet i tidligere ervervet kunnskap. En informant forteller om hvordan hun plukker fra den kunnskapen hun har, for å skreddersy behandlingen etter klientens behov.

Jeg har PMTO-terapeututdanningen² og så har jeg dette Circle of Security-kurset, (...) så jeg føler jeg har driver og så plukker sånn litt og da ser jeg på de familiene som jeg har og de sakene jeg har særlig familier (...) der noe har skjært seg tidlig... så er Circle of Security noe jeg kan tenke...

En annen informant forteller at hun legger til elementer fra Marte-Meo, som hun opplever stemmer overens med og styrker det COS-P-DVD ønsker å formidle.

Jeg følger manualen, men jeg legger til (...) altså jeg har Marte-Meo sertifisering og har jobbet ganske mye med Marte-Meo veiledning, noen ganger så gir jeg de noe fra Marte-Meo, fordi jeg syns at det matcher hundreogti prosent med det som jeg ønsker å formidle i Circle of Security-timen... Så jeg reduserer ikke på innholdet i programmet, men jeg tror jeg prøver å plusse på, for å gjøre det litt bedre... tilstreber i hvert fall det...

En informant forteller om at hun anvender aspekter av COS-P-DVD, og beskriver samtidig et ønske om å bruke det mer slavisk «etter boken». «Det ligger jo et ønske om å få bruke manualen mer, (...) men så langt så er det på en måte illustrasjonene og videoen som jeg har brukt ganske mye...»

.....

2. PMTO betyr «Parent Management Training - Oregon».

Kategori 3: Et fokus på egen endring og egne barn

Alle informantene beskriver en form for endring etter deltakelsen på kurset. Noen forteller at de har endret arbeidet på kontoret eller behandlingstilbudet de gir. Andre forteller om endring i form av økt bevissthet om tilknytning i veiledning av foreldre. Flertallet forteller imidlertid at disse endringene ikke har forandret deres grunnleggende forståelse av kliniske fenomener. Det er også slående at halvparten av informantene beskriver at kurset har skapt endring gjennom nye refleksjoner rundt forholdet til egne barn. Det er også verdt å merke seg at bare to av informantene spontant forteller om klienter som har endret seg, ved at de har fått en annerledes og økt forståelse gjennom å bli veiledet i COS-P-DVD.

Circle of Security var på en måte prikken over i-en (...) det har gitt meg økte ferdigheter i det å kunne formidle den forståelsen og kunnskapen til andre, som ikke har den samme utdanningsbakgrunnen som vi psykologer har. Fordi det er egentlig en ganske kompleks menneskelig mekanisme dette med tilknytning, men COS ga meg et verktøy som økte muligheten for at jeg kunne dele dette med mine klienter...

En annen av informantene forteller om endring ved at hun erfarer at klienter plutselig får en ny forståelse og endrer seg som et resultat av å ha blitt veiledet gjennom COS-P-DVD.

Jeg har jo eksempler på at folk som har... har blitt veiledet... gjennom mange år mer sånn teknisk... uten at de har blitt noen endring, men (...) jeg tenker denne tilnærmingen her den fokuserer veldig mye mer (...) på en egen prosess i forhold til hvordan du ser og forstår barnet ditt på og følelsene som vekkes i deg selv... og der det da kommer en endring innenfra helt plutselig... og da gjør de ting på en helt annen måte som folk føler de har gitt de råd om i mange år, men som aldri har hatt effekt...

Materialet inneholder også flere eksempler på hvordan informantene opplever at kurset har hatt personlig eller privat betydning for dem, ved at de opplever å ha endret seg i forhold til sine nærmeste.

Nå har jeg en jente fra før som jeg opplever jo at det har gitt meg... hva skal jeg si.(...) jeg tror jeg vil kalle det et språk jeg... sant i forhold til hvordan jeg kan reflektere selv rundt både mine egne reaksjoner og reaksjonen som hun har...

En annen informant viser til hvordan kurset har bidratt til at hun i større grad formidler viktigheten av tidlige relasjoner. «Jeg tror kanskje at jeg snakker om enda mer om tilknytning og viktigheten av å skape trygghet for barn når de er små og betydningen det har inn i voksenlivet. At jeg bruker det enda litt mer...»

Kategori 4: Jeg kjenner det igjen, jeg kjenner meg igjen

Alle informantene forteller at deltakelsen på kurset traff noe personlig, eller forsterket noe de allerede ut fra et faglig ståsted hadde sett på som viktig. Flere informanter beskriver at innholdet i kurset var kjent stoff, satt i et system.

Det er jo ikke noe nye... ting i dette her det er jo på en måte bare det å gjenoppdage eller sette ord på noe eller sette ting litt i system, som man... på mange måter vet veldig mye fra før hvis man i hvert fall har... vært litt opptatt av tilknytning og utviklingspsykologi da...

En annen informant opplevde å få bekreftet ting hun allerede tenkte. «Det er noe med at det stemte så godt i forhold til sånn jeg allerede hadde tenkt... ja... så det var en mer styrking av troen på det... ja ...»

En informant fremhever at det er på det personlige plan hun kjenner seg igjen:

Plutselig ble jeg trigget på... dette her med å være mor og masse dårlig samvittighet for det dårlige jeg gjør ikke sant... til å greie å hente meg ut igjen av det og så faktisk å greie å være psykolog igjen og prøve å tenke klienter og relasjonen som jeg sitter med...

Hun fortalte at hun videre gjennom kurset vekslet mellom å gå inn i og ut av refleksjoner omkring sine roller som mor, som fagperson og hvordan hun selv hadde hatt det da hun vokste opp.

Sånn underveis i kurset så kjente jeg at det er jo et kurs som treffer deg selv som person sant vel, som treffer din egen, din egen... du må på en måte reflektere over din egen oppvekst og dine egne tilknytningspersoner... og det var veldig sterkt å gå gjennom den her «being with»-sirkelen ja... for da må du begynne å tenke litt på hva du møter på selv, hvor har jeg min «hai-musikk» hen i forhold til møte med mine barn...

Kategori 5: Behov for ytterligere oppfølging

Samtlige informanter mente at foreldreveiledningsprogrammet ville være anvendbart ute i distriktene, og nesten alle informantene oppgav at de enten var eller ønsket å være del av en faggruppe som arbeidet med metoden. De fleste av informantene kom samtidig helt uoppfordret med ideer, tilbakemeldinger og refleksjoner rundt implementeringen på siden av de spørsmålene som ble stilt, og da med innspill til hva de ønsket skulle vært annerledes. Det handlet om temaer som hvordan sikre kvaliteten, vedlikeholde kunnskapen om metoden gjennom opp-

følgingsamlinger, endringer i hvordan kursdagene legges opp, og gjennomføringen av selve COS-P-DVD.

En informant formidlet ønsket om oppfølging for å sikre at hun gjør COS-P-DVD godt nok slik:

Jeg kunne veldig gjerne ønske meg at et eller annet forum eller et eller annet på en måte hvor man kunne fått diskutert det og holdt det litt varmt innimellom... Det er på en måte bakkdelen med det... at en blir sittende alene på et kontor med det sant (...) ja lager sine egne måter å gjøre det på som kanskje ikke er helt slik det skal gjøres... og får liksom ikke noen korreksjon på det...

En informant trekker frem mangel på planer for hvordan en landsomfattende implementering av COS-P-DVD-praksis i Norge skal kunne skje, og ytrer bekymring for om praksisen slik den nå formidles, kvalitetssikres godt nok.

Dette er nettopp startet implementert i Norge, vi er helt i startgropen og veien videre håper jeg at vil bestå av... regionale eller nasjonale kompetansesenter som tar COS til seg, lager nasjonale implementeringsplaner... som sikrer at COS blir spredt i stor grad, men at man også sikrer kvaliteten... sånn at sitter det en helsesøster i et grissgrendt område og utfører COS, så skal det også være kvalitetssikret... sånn at vi ikke får en utvanning av metoden, men at vi heller får en så stor grad av kompetansestyrking av COS-terapeutene at det som leveres ut blir bra...

En annen informant uttrykker sine tanker om at ulike faggrupper anvender COS-P-DVD på følgende måte:

Det som jeg tenker mangler når det gjelder COS..... det er at det er klart som psykologer så sitter du jo (...) med mye sånn relasjonskompetanse og psykologisk teoretisk kompetanse som gjør at COS blir liksom prikken over i-en... mens fundamentet er all den kunnskapen og erfaringen du har i bunnen sant... vi vet at det er veldig komplekse ting man skal på en måte fremme i COS og man skal fremme tilknytning mellom foreldre og barnet sant...(...) og faren med å dele det med barnehager og skole og høyskoleutdannende uten det teoretiske fundamentet er jo at man vanner ut en metode.

DISKUSJON

Informantene forteller gjennomgående og med begeistring om verdien av å ha fått et konkret verktøy, og materialet domineres av hvor meningsfullt og nyttig det følte å delta på kurset. Det er holdepunkter i materialet for at denne begeistringen kan knyttes til en foreleser med både karisma og gode pedagogiske evner. Dette er ikke problematisk i seg selv, men fokuset på person og det personlige hos kursdeltakerne kan tenkes å komme i veien for den innsatsen som må legges ned i trening og kritisk refleksjon for å endre praksis. Majoriteten av informantene trekker frem at det er blitt enklere å formidle sentrale forhold i tilknytningsteori til foreldre. Kun to av informantene fortalte spontant at de har erfart at klienter plutselig har fått en ny forståelse for barnet og egne følelser gjennom å bli veiledet i COS-P-DVD. Det er mulig at flere informanter deler denne opplevelsen ved at de tenker at klientenes økte forståelse for materialet som kommuni- >>



Det er slående at halvparten av informantene beskriver at kurset har skapt endring gjennom nye refleksjoner rundt forholdet til egne barn



Det er
holdepunkter i
materialet for at
begeistring
kan knyttes til
en foreleser med
både karisma
og gode
pedagogiske
evner

seres, er synonymt med at klientene forholder seg til sine egne barn på en mer hensiktsmessig måte. Det er også mulig at de setter likhetstegn mellom at de opplever at forholdet mellom dem selv og klientene blir bedre, og at klientene vil handle på en mer hensiktsmessig måte som foreldre i forhold til sine egne barn. Samlet er det imidlertid interessant at så få av informantene konkret fokuserer på at deres klienter erverver seg bedre foreldreferdigheter som en følge av sin egen kursdeltakelse.

Flere informanter rapporterer at kurssets vektlegging av både det private og det kliniske fikk dem til å kjenne seg igjen faglig, men også personlig og emosjonelt. Dette synes å bidra til begeistring for kurssets innhold og tro på at metoden er virksom for klienter. At informantene fremhever det som en styrke ved kurset at de kjenner igjen situasjoner fra sitt eget liv, kan imidlertid også potensielt innebære en økt risiko for overidentifikasjon med klientene ved at man tror man vet hvordan de har det, og så handler ut fra sitt eget og ikke ut fra det klienten bringer inn i behandlingen.

Når et kurs går over fire dager, hvor en får opplæring og gjennomgår en manual, DVD, og illustrasjoner, kan det tenkes at kursholderne forventer en høy grad av metodeetterlevelse, altså anvendelse av manual, DVD og illustrasjoner. I vårt materiale fremstår metodeetterlevelse heller som et unntak enn som en regel. Majoriteten av informantene anvender det vi sammen med en informant kunne kalle en «plukkmetode» for klinisk praksis. Det er i denne sammenhengen interessant at så mange informanter tilpasser metoden før de noen gang har anvendt den som helhet.

Det er selvsagt ofte klinisk hensiktsmessig og til det beste for pasienten at behandlingen skreddersys for å kunne avhjelpe de særskilte vansker pasienten måtte ha. Dette utgjør et logisk og faglig grunnlag for å tilpasse metoden til det enkelte tilfelle (Kendall, Gosch, Furr & Sood, 2008). I opplæringsøyemed er det imidlertid interessant at majoriteten av våre informanter aldri synes å ha gjennomført hele manualen etter intensjonen før de har begynt å hente ut deler og tilpasse den til klienten. Å beskrive dette som å tilpasse metoden er gjerne også feilaktig begrepsbruk, da flere av informantene aldri synes å ha anvendt metoden sekvensielt før de gjør sine tilpasninger. Vi kan spørre om denne tilpasningen startet allerede på kurset, ut fra hva terapeuten allerede den gang kjente igjen og tenkte kunne passe med deres egen praksis.

Metoden er i seg selv laget for å kunne anvendes fleksibelt i forhold til den enkelte klient, ved at måten elementene presenteres og arbeides med, kan variere. Den innebærer like fullt en systematikk i forhold til rekkefølge på de ulike elementene og de overordnede målsettingene som tenkes å virke styrende på praksis. Informantene forteller mer om bruk av enkelte elementer enn at de søker å anvende tiltak i tråd med de overordnede premissene i modellen.

Flere av informantene forteller også at de integrerer deler av COS-P-DVD sammen med for eksempel Marte-Meo og PMTO. Dersom hensikten med kurset var å lære noe «helhetlig nytt», så er det altså ikke slik informantene i denne studien opplever kurset og beskriver sin egen praksis i etterkant av kurset. Barber (2009) fremhever at det med utforming av manualer alltid er en implisitt idé om at jo bedre en terapeut følger manualen, desto bedre er utfallet. Det er imidlertid viktig å presisere at dette er en idé og ikke nødvendigvis et empirisk faktum. Disse refleksjonene over avvik fra manualen må ikke misforståes dithen at vårt materiale skulle gi indikasjoner på at informantene ikke hjelper klientene sine med sin bruk av elementer fra COS-P-DVD. For alt vi vet, kan deres tilpasninger

ut fra egen kompetanse og særtrekk ved pasienten optimalisere behandlingsutfallet for de enkelte klientene.

Våre informanter formidler stor personlig og faglig interesse i å anvende COS-P-DVD, men flere er usikre på om de alene kan anvende verktøyet på en tilstrekkelig god måte. Det er et interessant paradoks at alle våre informanter på tross av dette tenker at foreldreveiledningsprogrammet vil være anvendbart på et lite sted, hvor en skulle tro at en i større grad ble sittende faglig alene.

Flere informanter ytrer på tross av omfattende klinisk bakgrunn og kursets lisens til å anvende manual, DVD og illustrasjoner at de har behov for oppfølgingssamlinger og kvalitetssikring av metoden over tid. Informantene bekrefter med dette implisitt at terapeututvikling er en langvarig prosess (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Videre gir de uttrykk for at COS-P-DVD bør kvalitetssikres bedre, da metoden også anvendes av faggrupper med mindre formell kunnskap om tilknytning og relasjonsarbeid. Dette kan oppfattes som et paradoks, da de ikke selv anvender metoden etter manualen, men er samtidig forståelig, da de synes å mene at deres grunnlagskompetanse som psykologer og spesialister setter dem i stand til å vurdere og velge ut elementer fra COS-P-DVD til beste for klientene deres.

SAMMENFATNING

Våre informanter er psykologer med mye klinisk erfaring, og vi vil derfor avslutningsvis mane til forsiktighet når det gjelder generalisering

av våre funn til andre faggrupper og til opplevelsen av klinisk nytte i andrelinjetjenesten. Det er likevel interessant at få av våre informanter har anvendt COS-P-DVD sekvensielt etter manualen, men likevel mener å ha god nytte av opplæringen ved at de velger ut elementer de finner hensiktsmessige. Særskilt synes illustrasjonene og filmmaterialet å være elementer informantene har affinitet for. Det synes imidlertid noe uklart hvilke konkrete faglige vurderinger som ligger til grunn for en slik bruk. Våre informanter mener selv å ha fått svært godt utbytte av kurset, men etterlyser samtidig oppfølging og kvalitetssikring av metoden. Informantenes tanker om kvalitetssikring av metoden kan synes som et paradoks, da majoriteten selv ikke synes å anvende metoden slik den er ment å brukes, før de gjør egne tilpasninger. Det kan tenkes at informantene opplever at de gjør praksisen sin ekstra virksom ved å plukke ut de delene fra COS-P-DVD som de personlig opplever som relevante for klientene. ✘

REFERANSER

- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy research, 19*(1), 1–12.
- Binder, P. E., Holgersen, H. & Nielsen, G. H. (2010). What is a «good outcome» in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research, 20*(3), 285–294.
- Binder, P. E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An exploratory and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology, 64*(2), 103–117.
- Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparatorer. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Circle of Security International. (2012). *Parenting training and DVD*. Hentet 20.11.12 fra: <http://circleofsecurity.net/seminars/parenting-training/>
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. & Marvin, R. S. (2005). The Circle of Security intervention: Differential Diagnosis and Differential treatment. I L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (red.), *Enhancing early attachment. Theory, research, intervention and policy* (s. 127–152). New York: The Guilford Press.
- Finlay, L. (2003). Through the looking glass: Intersubjectivity and hermeneutic reflection. I L. Finlay & B. Gough (red.), *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences* (s. 105–119). Oxford: Blackwell Publishing.
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M. & Sood, E. (2008). Flexibility Within Fidelity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(9), 987–993.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative research process. *Guidelines for the medical researcher. Family Practice, 10*(2), 201–206.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet, 358*, 483–488.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K. & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-preschool child dyads. *Attachment & Human Development, 4*(1), 107–124.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. E. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- QSR International. (2012). NVivo 10 [Dataprogram]. Australia: Doncaster, Victoria.
- Zanetti, C. A., Powell, B., Cooper, G. & Hoffman, K. (2011). The Circle of Security Intervention: Using the Therapeutic Relationship to Ameliorate Attachment Security in Disorganized Dyads. I J. Solomon & C. George (red.), *Disorganized attachment & caregiving* (s. 318–342). New York: Guildford Publication.

INTERVJU



PSYKO- FARMAKA PÅ KORT OG LANG SIKT

Langvarig bruk av psykofarmaka har svært negative konsekvenser for mennesker med psykiske lidelser. Det hevder forfatteren av boka *En psykiatrisk epidemi*, Robert Whitaker. Tre norske fagfolk møtte ham til intervju da han nylig besøkte Oslo.

TEKST Odd Arne Tjersland og Jon T. Monsen, professorer ved Psykologisk institutt, UiO
Jon Lund Hansen, privatpraktiserende psykolog

– *Hva fikk deg til å begynne arbeidet med psykiatri og psykiske lidelser?*

– Det var helt tilfeldig. Etter noen år som avisjournalist, var jeg i 1994 med på å etablere CenterWatch, et forlag som utga rapporter om klinisk utprøving av medisiner. Det vi publiserte den gangen var nokså industrivennlig. Så kom jeg i 1998 over noen rapporter fra NIMH [National Institute of Mental Health]. Disse rap-

portene beskrev hvordan schizofrene pasienter ble tatt av antipsykotiske medisiner på eksperimentell basis. Jeg mente dette var uetisk, fordi jeg trodde at medisinene utbedret en kjemisk ubalanse i hjernen, parallelt til hvordan insulin virker på diabetes. Dette var utgangspunktet for arbeidet mitt med psykiatri. Så begynte jeg å grave i studiene som var gjort på seponering av antipsykotiske og antidepressive legemidler. »



Kritisk til psykofarmaka

- Amerikaneren Robert Whitaker er forskningsjournalist, og forfatter av boka *Anatomy of an Epidemic. Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Boka kom ut i norsk oversettelse på Abstrakt forlag i november 2014 med tittelen *En psykiatrisk epidemi* (se anmeldelse side 166). Whitaker var i Oslo i forbindelse med lanseringen og holdt også en gjesteforelesning ved psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Whitaker har gått gjennom et svært stort antall publiserte og fagfellevurderte forskningsartikler som blant annet tar opp hvordan psykofarmakabruk virker på kort og lang sikt. Whitakers bok oppsummerer hva denne forskningen viser.
- Whitaker oppfattes som kontroversiell i flere fagmiljøer på grunn av konklusjonene han trekker. Dette til tross for at Whitaker kun formidler og sammenstiller resultater av utgitt, tilgjengelig forskning.

– Dette er altså studier av pasienter som etter noen uker holder opp med antipsykotiske medisiner. Hva viste seponeringsstudiene av psykotiske pasienter?

– Hvis du gjennomgår evidensbasen for antipsykotiske medisiner, ser du at den består av to deler. Blindete studier viste at når psykotiske pasienter ble randomisert til medisinering eller ikke medisinering, så hadde de som fikk medisiner, best resultater på kort sikt. Medisinene hadde positiv effekt. Videre fant forskerne at når pasienter som var stabilisert på medisiner, fikk denne seponert, fikk de tilbakefall i høyere grad enn de som fortsatt gikk på medisinene. Dette er evidensgrunnlaget for langtidsbruk av antipsykotiske medisiner. Det samme mønsteret gjelder medisinert depresjon, men med den forskjellen at korttidseffekten av antidepressive medisiner er svært liten.

– Så antipsykotiske medisiner synes å ha gode korttidsvirkninger for psykotiske pasienter. Og det samme er dokumentert for medikamentell behandling av andre psykiatriske lidelser?

– Vel, her kommer vi til problemet med «evidensgrunnlaget». For det første, når det gjelder seponeringsstudiene, kan vi gi en annen forklaring på tilbakefall enn lidelsen i seg selv. Kanskje tilbakevending av symptomer etter seponering er en effekt av seponeringen, ikke en effekt av lidelsen. Da jeg tok for meg langtidsstudier, pekte disse nettopp i den retningen. Pasientene hadde først en negativ reaksjon på å bli tatt av medisinene, men etter hvert ble de bedre. Og over tid hadde gruppen av pasienter som sluttet med medisiner, bedre resultater enn gruppen som fortsatte på antipsykotiske midler.

Det andre problemet med evidensgrunnlaget er følgende: Det er svært få studier som følger medisinerte pasienter over flere år. Og for det tredje: De fleste studiene fokuserer kun på symptomer, ikke på hvordan pasientene fungerer i det store og hele. Dette gjelder de fleste studier som er gjort på hovedkategoriene av psykiatriske lidelser.

– Skal vi forstå deg dit hen at psykiatere som forskriver psykiatriske medisiner, kun bør gjøre det for kort tid, og så bistå pasientene med å trappe kontrollert ned bruken av medisinene – for å unngå forverring som skyldes selve seponeringen? Og så høste de heldige effektene av ikke å være medisinert i det lange løp?

– I all hovedsak er mitt svar «ja». Jeg mener at psykiatere bør bistå så mange av pasientene som mulig i å gå av medisinene på en gunstig måte. Det må skje kontrollert for å hindre symptomforverring forårsaket av abstinens. Dette er en fremgangsmåte som deretter gir pasienter muligheter til å høste godene av å være medikamentfrie, og dessuten spare dem for skadelige bivirkninger. En høy prosent av pasienter på for eksempel antipsykotiske medisiner lider etter lengre tids medisinbruk av seksuelle dysfunksjoner, muskelspasmer, overvekt, apati og så videre.

De heldige langtidsvirkningene av å være medikamentfrie er blant annet vist i en studie som pågikk i årene fra 1975 til 1983, ledet av Martin Harrow ved University of Illinois. Av 64 pasienter med schizofrenidiagnose var det etter to år ingen vesentlig forskjell mellom pasienter som var på medisiner, og de som var medikamentfrie. Etter femten år var 40 prosent vesentlig bedre i den medikamentfrie gruppen (over 50 prosent var i arbeid og 28 prosent var aktivt psykotiske), mens bare 5 prosent i

den medisinerne gruppen var vesentlig bedre (64 prosent var aktivt psykotiske).

Jeg snakket med Harrow på en av APAs [American Psychiatric Association] kongresser der han presenterte disse funnene, i 2008. Han var svært forsiktig med å tolke resultatene, men han våget i det minste å trekke den konklusjonen at ikke alle schizofrene pasienter trenger å gå gjennom livet på medisiner.

– *Hva med pasienter som har en første gangs psykotisk hendelse, og som ikke i det hele tatt blir medisinert? Det virker som det er opplest og vedtatt at medikamentering med antipsykotiske medisiner representerer et stort fremskritt for disse pasientene?*

– Det er svært få langtidsstudier som sammenlikner pasienter med førstegangs psykotisk hendelse som blir medikamentert, med ikke medikamenterte pasienter. Men det ble gjennomført flere slike studier i USA i 70-årene, og i samtlige var det en signifikant prosent av pasientene som kom igjennom denne hendelsen uten hjelp av antipsykotisk medisin, og det var gruppen som aldri ble medisinert, som kom best ut ved oppfølginger etter ett, to og tre år.

– Dette gir grunnlag for å si følgende: Hvis du ønsker et best mulig langsiktig utfall for førstegangs psykotiske pasienter, bør du først forsøke å få dem igjennom hendelsen uten å benytte antipsykotiske medisiner. Dernest bør du, for de som trenger medisiner, forsøke å holde bruken på et minimum over tid.

– Når det gjelder antidepressive medisiner, fines det noen gode studier av langtidseffekter blant annet fra Nederland, England og Canada. Disse studiene viser systematisk at over tid har medisinerne pasienter dårligere resultater enn ikke-medisinerne pasienter. Vi har for eksempel en studie fra WHO (World Health Organization) der forskerne fant frem til 740 deprimerte personer, som de fulgte over tid. De som aldri tok i bruk psykiatrisk medisin hadde best «generell helsetilstand» ved slutten av studien. Disse langtidsstudiene underbygger det synspunktet at umedikamentert depresjon vanligvis ikke blir kronisk. Derimot antyder de at langtidsbruk av antidepressive medisiner øker sannsynligheten for at en depresjon kan utvikle seg til en kronisk tilstand.

– *Nå snakker vi om ikke-randomiserte studier. Så de resultatene du nevner, kan vel like*

gjærne forklares ved seleksjon: De som ble bedre, trengte ikke medisiner, og derfor sluttet de å bruke dem, mens de som trengte medisiner, fortsatte med dem?

– Det stemmer at de fleste av disse naturalistiske studiene ikke er randomiserte. Men de utgjør bare en del av totalgrunnlaget for å hevde at medikamentering forverrer langtidsresultatene. Andre studier leder til samme konklusjon. Dette er et sentralt poeng: Hvilke konklusjoner kan vi trekke om vi gjennomgår samtlige studier som belyser psykiatriske medikamenters langtidsvirkninger? Peger studiene og resultatene i samme retning? Det er en slik sammenstilling av resultater som til syvende og sist gir styrke til en konklusjon, og en slik sammenstilling av all tilgjengelig evidens viser at medikamentering i hovedsak over tid bidrar til å gjøre psykiatriske lidelser mer kroniske.

– *La oss gå tilbake til den tiden da du begynte å legge dette puslespillet: Du begynte altså med seponeringsstudiene. Var det flere ting som skjedde i 1998, og som vekket din interesse for temaet?*

– Midt på 90-tallet kom en ny generasjon antipsykotiske medisiner på markedet, slike som Zyprexa og Risperdal. Det ble selvfølgelig påstått at disse representerte et stort fremskritt for psykosebehandlingen. Jeg undersøkte imidlertid FDAs (Food and Drug Administration) egen gjennomgang av studiene som var gjort for medikamentene, og oppdaget at FDA ikke hadde funnet noe grunnlag for å hevde at de nye medisinerne var bedre enn de gamle. Det var et stort gap mellom det som ble hevdet offentlig, og hva studiene, kritisk vurdert av FDA, faktisk viste.

– Jeg snublet også over hypotesen om at psykiatriske lidelser skyldes kjemisk ubalanse i hjernen. Ideen er at for mye dopamin gir psykose og for lite serotonin forårsaker depresjon. Til å begynne med trodde jeg også dette, men da jeg intervjuet ledende forskere på feltet, og ba om referanser i den vitenskapelige litteraturen som kunne underbygge dette synet, fortalte de at studiene hadde mislyktes med å bekrefte hypotesen. I stedet sa de: Fortellingen om den kjemiske ubalansen måtte ikke tas bokstavelig – det var en metafor! Jeg må innrømme at som journalist ble jeg forferdet ved tanken. Jeg hadde jo tidligere skrevet om hvordan forskere

»



Alt jeg har gjort i denne boken, er å rapportere om hva forskningslitteraturen sier om langtidseffekter av psykiatriske legemidler

Robert Whitaker

hadde oppdaget en kjemisk ubalanse i hjernens transmittersubstanser hos mennesker med schizofreni eller depresjon, og på hvilken måte medisinene reparerte denne ubalansen. Jeg hadde aldri hatt noen mistanke om at det hele var en metafor som skulle forklare hvorfor medisinene var gunstige for mennesker med slike diagnoser. Jeg følte at jeg, som journalist, var blitt brukt til å formidle en usann fortelling til offentligheten.

– *I Norge formidler helsefaglige lærebøker denne fortellingen, og mange leger forklarer medisineringen med at «den skal gjenopprette den kjemiske ubalansen i hjernen». Hva er din kommentar til det?*

– Heller ikke i Norge har informasjon om psykiatriske medisiners virkninger blitt kommunisert godt nok til offentligheten. Basert på den beste forskningen vi har tilgjengelig i dag, kan vi tegne dette bildet for hele spekteret av psykiske lidelser: Mennesker som har slike lidelser, har generelt ikke forstyrrelser i neurotransmitternivåene. Slike abnormiteter er ikke påvist. Derimot forstyrrer antipsykotiske, antidepressive, angstdempende og sentralstimulerende medisiner neurotransmitteraktiviteten i hjernen, og derigjennom *skaper de* slike ubalanser. Det er det ironiske... medisinene *skaper* faktisk den kjemiske ubalansen de var ment å skulle rette opp.

Psykiatrisk medisin er altså ikke rettet mot noen *spesifikk* sykdomsårsak eller abnormitet som gir symptomer, slik navnene – «antipsykotisk medisin», for eksempel – skulle tilsi. Videre viser forskningen i det store og hele at medisinene forverrer langtidsresultatene av behandlingen. Over kort tid kan de være til hjelp for mange mennesker, og noen kan ha nytte av dem over lengre tid. Men i det store og hele *øker* medisinene sannsynligheten for at en person blir kronisk syk og får nedsatt funksjonsevne. Jeg vet at dette er kontroversielt, men det er hva en grundig gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen viser. Jeg mener forskningen tilsier at psykiatere bør tilstrebe en forsiktigere og mer selektiv bruk av disse medisinene, og at de må forsøke å redusere antallet mennesker på langtidsmedisinerings.

– *Ut fra det du sier, kan det virke som medikamentene som finnes for psykiatriske lidelser, likevel ikke representerer noe stort medisinsk fremskritt? De er blitt sammenliknet med antibiotika for infeksjonssykdommer, et av de store fremskrittene i medisins historie?*

– Hvis man gjennomgår studier og rapporter fra tiden før de psykiatriske medikamentene kom, finner man at tilfriskningsprosenten for pasienter med førstegangs psykotiske hendelser og for deprimerte pasienter var høyere enn den er i dag. Det samme mønsteret gjelder bipolar lidelse, som den gang ble kalt manisk-depressiv lidelse. Og om man gjennomgår langtidsstudier av medikamenterte ADHD-pasienter, finner man ikke evidensgrunnlag for å hevde at medikamentell behandling gir noen langtidsgevinst.

– Da jeg begynte å arbeide systematisk med psykiatri og psykiatrisk medisin, var det en sak jeg undret meg over: I 1955 var det bare én av 468 amerikanere som hadde alvorlig nedsatt funksjonsevne på grunn av en psykisk lidelse, i den forstand at de trengte offentlig omsorg. I 2007 var dette tallet steget til én av 76. Det representerer en seksdobling! Samtidig har salget av psykiatrisk medisin gått til himmels og ligger i dag på over 40 milliarder amerikanske dollar per år. I dag tar en av fem voksne innbyggere i USA psykiatrisk medisin daglig. Men hvis disse medisinene er så effektive som det hevdes, skulle ikke den utstrakte bruken av dem føre til en *reduksjon* i antallet mennesker på trygd og sosialhjelp [Supplemental Security Income og Social Security Disability Insurance] grunnet psykiatriske lidelser?

– *Hva er din oppfatning av «beste praksis» for psykiatriske lidelser?*

– På slutten av boken har jeg sett etter fremgangsmåter som har gode resultater. For eksempel virker det som åpen dialog-modellen som praktiseres i den vestre lapplandsregionen i Finland, har de beste resultatene for psykotiske pasienter i dag. De arbeider med reetablering og styrking av sosiale nettverk for psykotiske pasienter, de har en «så lite som mulig»-tilnærming til bruk av antipsykotisk medisin, og de skreddersyr den helhetlige behandlingen til hver enkelt pasient. 80 prosent av førsteepisode psykotiske pasienter der er i arbeid eller tilbake i studier etter fem år, og de er symptomfrie. Bare 20 prosent er kronisk syke og må ta antipsykotisk medisin regelmessig.



– *Du er ikke lege eller direkte involvert i disse studiene som profesjonell forsker, ei heller har du utdannelse i noe helsefag. Det du hevder synes å motsi et helt laug av toppskolerte fagfolk innenfor deres eget revir. Hvorfor skulle noen i det hele tatt ta meningene dine på alvor?*

– Svaret på det er enkelt: Jeg er bare budbringeren i dette. Jeg ledet ikke disse studiene, jeg har heller ikke noen personlige interesser involvert. Jeg er en journalist som i lang tid har skrevet om medisin og forskning, og alt jeg har gjort i denne boken, er å rapportere om hva forskningslitteraturen sier om langtidseffekter av psykiatriske legemidler. De studiene jeg bygger på, er finansiert av NIMH, WHO og andre lands myndigheter, og resultatene er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Alt jeg har gjort, er å sette dette sammen til en sammenhengende fortelling.

– *Hvis du har rett: Hvorfor stopper ikke praksisen med overmedisinering umiddelbart? Er ikke konklusjonene klare nok, er ikke evidensgrunnlaget overbevisende nok?*

– Beklageligvis tror jeg ikke «evidens» for langtidsresultater kommer til å skape endring. Det er flere grunner til det. For det første har det rådende paradigmet skapt stor økonomisk profitt for den farmasøytiske industrien. Industrien finansierer også mye av forskningen, noe vi vet kan gi partiske rapporter om medisiners sikkerhet og grad av effekt. Legemiddelindustrien betaler også psykiatere i en rekke land for å opptre som rådgivere, konsulenter og foredragsholdere, noe som dramatisk påvirker hva folk tror om medisinene.

– For det andre har du en medisinsk profesjon – psykiatrien – som har tro på medisinene. De har korttidsstudier som viser at medisinene virker, og de har seponeringsstudier som viser at folk ofte får tilbakefall når de slutter å bruke medisinene. Og så viser den subjektive kliniske erfaringen det samme: medisinene virker, og de minsker risikoen for tilbakefall. Ofte ser ikke legene alle de pasientene som *slutter* å bruke medisiner, og som dermed klarer seg godt... disse pasientene kommer jo ikke lenger for å få hjelp. Forskningsgrunnlaget for langtidseffekter fremstår som paradoksalt, noe en medisinsk profesjon med en opparbeidet interesse i favør av medisinene lett kan se bort fra.

– For det tredje vil pasienter gjerne ha rask og effektiv hjelp, noe som gjerne innebærer medisinering. For det fjerde, industrien finansierer pasientrettighetsorganisasjoner for at de skal drive påvirkningsarbeid for det rådende paradigmet. I tillegg har samfunnet organisert helsetjenestene rundt medisinbasert behandling. Hvis de skulle ta funnene fra langtidsstudiene til følge, måtte de reorganisere behandlingen. Det ville kreve investeringer i psykososiale programmer som kunne gi intensiv hjelp til mennesker i psykose, mani, depresjon etc. Det er enklere bare å gi mennesker medisin. ✕

Ler av vold mot menn

Hvorfor fordømmer vi menns vold mot kvinner, men ler av kvinners vold mot menn? Professor i kulturvitenskap Tove Ingebjørg Fjell har forsket på om partnervoldshumoren har forandret seg over tid. Dette skriver Kilden, et nettbasert informasjonssenter for kjønnsforskning. Fjell har studert hvordan partnervold mot menn fremstilles i et knippe tegneserier og humorprogrammer i en periode på 70 år. – At vi fremdeles ler av dette, viser seige strukturer og at vi fortsatt opplever situasjonene som gjenkjennelige. Forandringene i samfunnet vises i mindre grad i populærkulturen, sier Fjell.

Fransk psykologforening mobiliserer

Frankrikes største psykologforening er liten. Psykologer i landet har tradisjonelt organisert seg rundt landets klinikker, så det har vært vanskelig å samle mange i en nasjonal forening. Federation Francaise des Psychologues et de Psychologie (FFPP) teller i dag 1700 medlemmer, med et sekretariat på 2 ansatte. – Hele Frankrike har hatt en krevende start på året. Sosial uro har preget landet. Dette håper vi skal bedre seg, sier foreningsleder Jeannine Accoce til Psykologtidsskriftet. Hun understreker at den interne strukturen i foreningen er god og at de har et godt samarbeid med andre foreninger. – Vi planlegger en markant økning av medlemmer i år, sier Accoce.

Er psykoterapi for børn?

Psykoterapi anses for at være den mest dybtgående form for psykologisk hjælp, for børn og voksne. Måske er det mere virkningsfuldt, hvis børn i stedet får hjælpen af deres omsorgspersoner i hverdagen?



LARS RASBORG,

Cand.Psych.,
Specialist i klinisk
børnepsykologi,
praktiserende
psykolog i København,
Danmark.

KONTAKT

post@lrpsykolog.dk

DE OMFATTENDE udviklingsvanskeligheder, som kendetegner det svigtede barn, kan sædvanligvis forstås ud fra barnets historie med sine omsorgspersoner. Det samme gælder for afgrænsede vanskeligheder hos det ellers normalt udviklede barn. Spørgsmålet er derfor nærliggende, om løsningerne også bedst kan skabes i omsorgsrelationen? Det vil sige ved, at psykologen vejleder omsorgspersonerne i at give en terapeutisk hjælp i levemiljøet, i stedet for at have barnet eller familien i psykoterapi.

Blandt børnepsykoterapeuter er der bred enighed om, at indsatsen for børn må inddrage deres omsorgspersoner, fordi børn er afhængige af dem. Men der er mange måder at gøre det på. Et mere klassisk syn repræsenteres ved Bjørg Røed Hansen (2012), som nævner, at individuel psykoterapi med børn i dag har et gammeldags præg, men mener, at metoden kan supplere andre metoder, der henvender sig til forældrene og andre rundt om barnet. Der er i dag mere almindeligt at arbejde med familien, som i Somatic Experiencing, Theraplay, udviklingsstøttende samtaler (Øvreide) og flerfamilieterapi (Asen) (se f.eks. Hart & Bentzen, 2013).

I en nyligt publiceret artikel (Rasborg, 2014b) tager jeg et nyt skridt og foreslår, at det i mange tilfælde er at gå en omvej, når man arbejder med barnet eller familien, og at det kan være bedre alene at rette indsatsen mod omsorgspersonerne. Jeg baserer mig på egne, terapeutiske erfaringer med omsorgssvigtede, utrygt tilknyttede børn, der er anbragt i miljøterapi uden for hjemmet, og som i nogle tilfælde desuden går i psykoterapi. Desuden inddrages erfaringer med hjemmeboende, normalt udviklede børn, der har afgrænsede vanskeligheder.

Artiklen bygger på mine bøger om miljøterapi med børn og unge (Rasborg, 2007; 2013 og 2014a) og om rådgivning af normalt udviklede børns forældre (Rasborg, 2009). Det er et gennemgående synspunkt, at pædagogiske metoder ikke er velegnede, hverken for omsorgssvigtede børn eller for sunde børn, der er belastede af afgrænsede udviklingsproblemer. Pædagogiske metoder vil ændre barnet, for eksempel fra at bryde ind i andres leg, til at spørge, om det må være med. De fremkalder derfor meget ofte kamp eller overtilpasning hos svigtede eller sunde, men belastede børn. I bøgerne udvikler jeg på baggrund af erfaringer særlige varianter

af spejling, der fremmer både den voksnes og barnets egen forståelse af adfærden, før ændringer kan forventes. Og jeg udvikler varianter af jeg-støtte, der for eksempel guider barnet ind i legen med andre, i stedet for at stille pædagogiske krav om at spørge om lov til at være med, som det blot kæmper imod eller kun kortvarigt lever op til.

PROBLEMER UDVIKLET I OMSORGSRELATIONEN

Indenfor psykoanalytisk psykoterapi er der tradition for at anbefale, at *ydre* belastninger i barnets hverdag, som for eksempel drillerier i skolen, løses af de personer, som er omkring barnet i hverdagen (i eksemplet: lærere og forældre). Det er *indre*, psykiske problemer, som kan give anledning til psykoterapi. Fra et nutidigt relationelt standpunkt kan man imidlertid spørge: Hvad er indre problemer, andet end resultatet af ydre belastninger, som har bestået længe nok til at være blevet indre?

Historien om Adam kan illustrere dette. Hans forældre henvendte sig til mig, fordi han trivedes dårligt i skolen på grund af drillerier. Alle troede ellers, at skolen havde fået løst problemet, men det var genopstået, og denne gang var det ikke lykkedes for skolen at løse det.

Adams forældre havde en fornemmelse af, at problemet stak dybere, og derfor opsøgte de psykologisk rådgivning. I vore samtaler udvikledes den tanke, at Adam måske var et let offer for drillerier, fordi han generelt havde svært ved at hævde sig over for andre. Forældrene beskrev sig selv som ambitiøse, både på egne, Adams og hans søsters vegne. De havde en fornemmelse af, at Adam var utilfreds med mange af deres krav til ham, men at han, i modsætning til sin søster, ikke turde sige dem imod.

Anskuet sådan havde den ydre belastning, drillerierne i skolen, baggrund i en ydre belastning i hjemmet, som Adam 'tog med sig' hen til skolen, og som dermed var blevet indre. Dette kan pege på, at der findes problemer, som ikke er *enten* ydre *eller* indre, men som både har en 'ydside' og en 'inderside'. Hvis det er sandt, forekommer der at være brug for også at kunne samle de to interventionsformer: afhjælpning i det daglige miljø og psykoterapi i én og samme hjælp.

Det er netop, hvad man gør, når omsorgspersonerne anvender spejling og jeg-støtte. Forældrene retter opmærksomheden mod bar-



NÅR HJÆLPEN GIVES i omsorgsrelationen, kan barnet få den når som helst og i tæt forbindelse med, at vanskelighederne viser sig. Foto: Pixabay.com

Behandling i omsorgsrelationen

- Børns psykosociale udviklingsproblemer er sædvanligvis udviklet i relationen til deres omsorgspersoner, det vil sige som følge af ydre belastninger.
- Den traditionelle skelnen mellem ydre belastninger og indre (internaliserede) problemer bør i mange tilfælde erstattes af en skelnen mellem ydersiden og indersiden af det selvsamme problem.
- I mange tilfælde er det mere effektivt, når psykologen støtter omsorgspersonerne i at hjælpe barnet i hverdagen, end når psykologen hjælper barnet direkte, for eksempel i individuel psykoterapi eller familiebehandling.
- En effektiv hjælp består af spejlinger, der er rensset for spørgsmål og som giver forslag til, hvordan barnet kan forstås, og jeg-støtte, der guider barnet gennem hverdagen, så den går godt.
- Spejling og jeg-støtte er ikke nye metoder, men velkendte i omsorgen for spædbarnet. Jeg-støtte er dog tydeligst i forældres hjælp til småbørn, så de ikke kommer galt afsted.



Hvad er indre problemer, andet end resultatet af ydre belastninger, som har bestået længe nok til at være blevet indre?

nets indre verden (som psykoterapeuten ellers gjorde), og mod den ydre verden, som både barnet og de selv er en del af.

Spejlingen retter opmærksomheden mod barnets indre verden. Adams forældre spejlede ham, idet de blandt andet sagde: «Måske bliver du drillet, fordi du ikke siger noget igen. Og måske siger du ikke noget igen, fordi vi har lært dig at gøre, som vi siger, selv om du måske har lyst til at sige: 'Nej!'» Forældrene foreslog med denne spejling, hvilke erfaringer, følelser og tanker, der kunne ligge bag Adams adfærd og gøre den meningsfuld. Spejling kan inspirere barnet til at reflektere over sig selv, og dermed virker metoden mentaliserende. Spejlingen er et udsagn, ikke et spørgsmål. Den stiller derved ingen krav om et svar eller om at ændre sig, hvilket svarer til, hvordan en mor spontant kan tale til sit spædbarn om den formodede indre tilstand, for eksempel når barnet er overtræt og græder, men ikke kan finde ro til at falde i søvn.

Senere, efter mange flere og andre spejlinger, begyndte Adam at udtrykke kritik af forældrene for deres mange krav, og der skete ændringer der hjemme. Derefter begyndte forældrene at give Adam jeg-støtte ved blandt andet at foreslå, hvordan han kunne reagere, når han blev drillet i skolen. Det er en variation af jeg-støtte. I sin grundform ses metoden tydeligst i forældres spontane adfærd, når de tager ansvar over for deres lille barn ved at tage det i hånden og for eksempel sige: «Kom! Nu skal vi ud og børste tænder!» og med enkle anvisninger guider barnet igennem processen.

MENINGSFULD HJÆLP

Når hjælpen gives i omsorgsrelationen, kan barnet få den når som helst og i tæt forbindelse med, at vanskelighederne viser sig. I psykoterapi må barnet derimod nøjes med et antal ugentlige samtaler, og det skal kunne overføre udbyttet af samtalerne til hverdagen. Hjælp fra omsorgspersonen ser endvidere ud til at være mere meningsfuld, end psykoterapi, særligt for svigtede børn (hvilket Adam ikke var), fordi de ofte ikke selv oplever, at de har et problem og derfor ikke ønsker psykoterapi.

I en norsk sammenhæng kan det tilføjes, at den *miljøterapi*, som spejling og jeg-støtte er metoder i, er et alternativ til Erik Larsens miljøterapi (2004), der gør organisationen til terapeuten, og til Finn Skårderud og Bente Sommerfeldts miljøterapi (2013), der anvender undrende spørgsmål i stedet for spejling, og som ikke omtaler metoder af jeg-støttende art.

I min forskning har jeg været optaget af at formulere en miljøterapi, der er anvendelig, når børn ikke er i stand til at undre sig, for eksempel fordi de er for uudviklede eller belastede. Her tilbyder spejling dem noget mere, i form af forslag til, hvordan deres adfærd kan forstås, som eksemplificeret i forhold til Adam. Jeg har desuden været optaget af, at børn, der er præget af modvilje eller kaos, ud over spejling, har brug for en jeg-støtte, hvor den voksne tager ansvar for, at alting går godt. Endelig har jeg været optaget af, at metoderne både kan anvendes af pædagoger og lærere i forhold til omsorgssvigtede, anbragte børn, og af forældre i forhold til deres sunde børn med afgrænsede problemer. ✕

LITTERATUR

- Hansen, B. R. (2012): *I dialog med barnet – intersubjektivitet i udvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Hart, S. & Bentzen, M. (2013): *Jagten på de nonspecifikke faktorer i psykoterapi med børn*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, E. (2004): *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rasborg, L. (2007): *Miljøterapi med børn og unge*, 2. udg. København: Akademisk Forlag.
- Rasborg, L. (2009): *Sunde børns problemer*. København: Akademisk Forlag.
- Rasborg, L. (2013): *Miljøterapi i gruppe og organisation*. København: Akademisk Forlag.
- Rasborg, L. (2014a): *Spejling og jeg-støtte. Metodeoversigt*. København: Psykologi, Tekst, Billede.
- Rasborg, L. (2014b): Milieu therapy for neglected children: Treatment in a caring relationship, *International Forum of Psychoanalysis*, <http://dx.doi.org/10.1080/0803706X.2014.936504>
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013): *Miljøterapi-boken. Mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



Foto: Elisabeth Tønnessen.

Psykologenes sikkerhetsnett

Da livet tok en brå sving og hun merket at det påvirket henne i jobben, visste Ane Johnsen Lien (bildet) råd. – Foreningens kollegastøtteordning ga rom for sortering av tanker og følelser, sier hun.

ET PLUTSELIG DØDSFALL i familien for et par år siden gjorde det vanskelig for henne i møtet med klienter som hadde lignende opplevelser bak seg.

– Det å være terapeut for mennesker som selv hadde mistet noen, traff meg særlig sterkt, og jeg forsto at det var nødvendig med et sorteringsarbeid, sier Lien, som er psykologspesialist og faglig leder ved Bjørnson Psykologsenter i Sandnes.

Privat følte hun ansvar for å være til stede for familie og barn, det ble ikke så mye rom for å bearbeide egne reaksjoner og tanker. I første

omgang var kollegaveiledningsgruppa på jobben et naturlig forum å luftenemaene i, men Lien forsto at hun trengte noe mer og annet.

– Fokus i veiledning er jo *klienten*, og hvordan terapeuten skal bli i stand til å hjelpe klienten best mulig. Jeg trengte en arena som var helt min egen, der jeg kunne være helt åpen med hvordan *jeg* hadde det.

TO SAMTALER – STOR HJELP

Som tidligere leder i Psykologforeningens lokalavdeling i Rogaland kjente hun godt til foreningens kollegastøtteordning. På lokalav- »

TEKST

Nina Strand

Psykologer og uførhet

En dansk undersøkelse fra 2012 (www.arbejdsmiljoforskning.dk) viste at danske psykologer hadde forholdsvis høy grad av depressive symptomer og stress. Psykologer lå her på nivå med «kasseassistenter, gymnasielærere, køkkenmedhjelpere og postbude» når det gjaldt depressive symptomer. Stress var særlig forbundet med at kollegaene ikke hjalp hverandre for å oppnå et godt resultat.

I Sverige har særlig kvinnelige psykologer hatt en urovekkende vekst i sykemeldinger på grunn av psykisk uhelse, viser statistikk fra Försäkringskassan (Psykologtidningen 3/2013). For mannlige psykologer er sykemeldinger på grunn av psykisk uhelse omtrent halvparten av kvinners, og øker ikke.

Hvor hyppig er det at psykologer uansett diagnose er så syke at de blir uføretrygdet? Det var bakgrunnen for Per Arne Tufte's artikkel (se www.hioa.no) «Risk of Disability in Professions in Norway» (2013). Studien kopler uførhet med hvilken profesjon/utdanning vedkommende har, og karakteriserer hver profesjon ut fra sosial status. Og om det er en ting-profesjon eller en velferdsprofesjon (life profession).

Tufte fant at 1,9 % av psykologene ble uføretrygdet i perioden 1992–2008. Om dette er mye eller lite, kommer an på hva man sammenligner med. Dersom en sammenligner med profesjonsutdanninger som sosialarbeider, lærer eller sykepleier, er det lavt. Sosialarbeidere er på topp med en uføretrygding på 7,7 %, mens sykepleieres risiko for å bli uføretrygdet ligger på 2,8 %. Men hvem kommer bedre ut enn psykologer? Tannleger (1,7 %), leger (1,6 %) og journalister (1,4 %) kommer omtrent likt ut. Mens eksempelvis farmasøyter, ingeniører og sivilingeniører hadde rundt 1,0 % risiko for uføretrygding. Det er altså minimal forskjell mellom psykologer og de som har enda lavere tall.

Det er et stort hopp i uføretrygding fra de med en velferdsprofesjonsutdanning kombinert med en lav sosial status for yrket – og til velferdsprofesjonsutdanning og høy status (og lang utdanning) for yrket som psykologer tilhører. Ting-profesjoner, yrker som ikke direkte er involvert i velferd for den enkelte (som ingeniører) kom omtrent likt ut med høystatus velferdsprofesjoner. Mulige forklaringsmodeller kan være seleksjon til yrkene, fysiske og mentale jobb-belastninger og etikk.

I Tufte's studie er psykolog karakterisert som høystatusyrke basert på vitenskapelig kunnskap. Det er grunn til å tro at kunnskap beskytter mot uføretrygding. Psykologer deltar i et aktivt fagmiljø og med veiledning som tematiserer problemer psykologen møter i jobben. I tillegg finnes det et knippe støttetiltak: fra å snakke med en kollega til å motta veiledning, også senere i karrieren, og støttekollega. Yrkets spesielle belastninger vil derfor sjelden føre til uføretrygding i Norge.

Kilde: Eilert Ringdal, Psykologforeningen

delingens nettside fant hun navn på tre psykologer som sto til disposisjon som kollegastøtte, og tok kontakt med en av dem.

– Han reagerte kjapt, og forsto hva jeg sto i. «Det høres tungt ut, du kan komme hit og så snakkes vi», sa han, og fikk skvist meg inn mellom andre avtaler. Jeg ble spesielt glad for at han kunne ta så raskt imot meg, uten å ta opp en diskusjon om det var andre ting jeg kunne gjøre. Det var som om ti kilo raste ned av skuldrene mine, sier Lien.

Hun mener de bare hadde to samtaler – men de var til stor hjelp. Her kunne hun senke skuldrene og vite at nå var det hennes egne opplevelser som var fokus. Hun fikk rom for å rydde i tanker og følelser.

– Jeg kunne lene meg tilbake og reflektere: Hvordan preger denne hendelsen meg i jobben? Hva trenger jeg nå? Samtaler med kollegastøtten er ikke nødvendigvis terapi, men de fungerte terapeutisk for meg. Nå kunne jeg gå videre, jeg hadde ikke behov for mer.

I ALLE LOKALAVDELINGER

Ordningen med kollegastøtte har eksistert i rundt 30 år og finnes nå i alle Psykologforeningens lokalavdelinger, ifølge Eilert Ringdal, spesialrådgiver i Psykologforeningen. Sammen med seniorrådgiver Tove Beate Pedersen arrangerte han i november en samling for rundt 30 kollegastøtter fra hele landet, med faglig påfyll og rom for å dele erfaringer som kollegastøtte. Presentasjonsrunden der deltakerne kort refererte hva de hadde blitt kontaktet om, viste stor bredde i temaer. Mange hadde trengt råd i sammenheng med private kriser, mens andre tok kontakt om konflikter på jobben eller om utmattelse og motløshet. Kollegastøttene opplevde å være til nytte, men flere syntes de ble lite brukt, og mente at tilbudet er for dårlig kjent blant medlemmene. Noen av dem hadde terapeuter i terapi, det handlet om livskriser eller om vanskeligheter på jobben – temaer som også er vanlige i kollegastøttesamtaler.

«Hensikten med kollegastøtteordningen er å bistå medlemmer som er i en vanskelig situasjon i kraft av sitt profesjonelle virke, og som kan ha nytte av en kollegial samtale» ifølge Psykologforeningen (www.psykologforeningen.no/Medlem/Kollegastøtte). Kollegastøttene er erfarne psykologer som trår til som samtalepartnere når en psykolog har problemer, pri-

vat eller profesjonelt, på en måte som går ut over jobben de gjør. Sammen med kollegastøtten kan psykologen diskutere situasjonen og klargjøre hvordan han eller hun kan gå videre for å løse problemet. Kontakten skal være en konfidensiell kollegial støtte til problemløsning for den som søker hjelp, og være innenfor de normer og forventninger som er sentrale for profesjonen.

Tove Beate Pedersen deler oppfatningen om at ordningen er for lite kjent.

– Vi tror at en del psykologer strever unødig, og at de kunne hatt nytte av noen samtaler med en erfaren psykolog. Det å være psykolog er en tøff jobb. Først og fremst fordi man skal tåle sterke følelser hos folk, og romme mye lidelse. Så kan jo psykologens eget liv floke seg til. Med en krevende jobb i tillegg kan det bli for mye. Da kan dette tilbudet være akkurat det som trengs, svarer seniorrådgiveren, som understreker at psykologer ikke er mer uføre enn sammenlignbare grupper, som tannleger og leger (se forrige side).

Hun kaller det likemannsarbeid. Ideen er at rollene som kollega og kollegastøtte i en annen sammenheng like gjerne kunne vært snudd om. Det handler om å tenke sammen, ifølge Pedersen.

– Psykologer er jo flinke til å hjelpe andre med å rydde og sortere. Men vi kan også selv gå oss vill i egne knuter og ting som vokser oss over hodet, sier hun, og poengterer at det ikke behøver å dreie seg om dramatiske temaer.

HODET FUNGERTE IKKE

Blant de rundt 30 deltakerne på møtet om kollegastøtte var Astrid Nygård, psykolog på Statens barnehus, Bodø. I løpet av året hadde hun hatt tre støttesamtaler med en psykolog hvor temaet var en vanskelig samlivshistorie som gjorde det vanskelig å fungere på jobben. Hodet fungerte ikke, psykologen var i ferd med å utvikle en depresjon, og psykologen visste ikke sin arme råd, forteller Nygård til Psykologtidsskriftet.

Etter den første kollegasamtalen kontaktet denne psykologen selv lege og ble sykmeldt. Senere møttes de to til nye kollegastøttesamtaler, der temaer var hva som skulle til for at psykologen kunne gå videre.

– Var det best å fortsette i jobben? Flytte? Forlate klinisk arbeid og begynne med forskning? Slike spørsmål diskuterte vi, sier Nygård. »

Kollegastøtteordningen i Norsk psykologforening

- Startet av Norsk Psykologforening (Akershusavdelingen) i 1993
- Finnes nå i alle landets lokalavdelinger
- Tilbyr normalt fra en til fem samtaler med kollegastøtte
- Kollegastøtten får honorar av lokalavdelingen
- Man kan, om nødvendig, kontakte kollegastøtter i andre lokalavdelinger enn ens egen
- Felles retningslinjer på www.psykologforeningen.no



ANBEFALER: – Vi tror at en del psykologer strever unødig, og at de kunne hatt nytte av noen samtaler med en erfaren psykolog, sier Tove Beate Pedersen i Psykologforeningen. Foto: Arne Olav L. Hageberg



FIKK STØTTE: - Det skjer en prosessering mens man snakker. Tankene kommer fram i lyset. Og så stilte kollegastøtten gode oppfølgingsspørsmål, sier Astrid Nygård.

Foto: Privat

- Samtalene gjorde at det roet seg inni meg, jeg fikk nye innfallsvinkler og mot til å jobbe videre med utfordringene

Astrid Nygård

- Du har oppsøkt kollegastøtte selv også?

- Ja, det var i sammenheng med at jeg startet i ny jobb ved Statens barnehus i Bodø for ett års tid siden. Jobben var annerledes enn jeg hadde trodd, og jeg syntes ikke at jeg fikk brukt psykologkompetansen min godt nok. Jeg brukte mye tid på å tenke over hva jeg skulle gjøre, svarer Nygård.

Samtalene med en av lokalavdelingens kollegastøtter var til stor hjelp. Det var fint å kunne snakke med en kollega som fikk godtgjørelse for samtalen, synes hun.

- Det førte til at samtalen ble annerledes enn uformelle diskusjoner med kolleger. Samtalen ble rensket for småprat, mer målrettet og fokusert.

Nygård fikk bekreftet at lytteferdighet er grunnleggende for å hjelpe noen til å finne veien videre.

- Det skjer en prosessering mens man snakker. Tankene kommer fram i lyset. Og så stilte kollegastøtten gode oppfølgingsspørsmål. Jeg hadde grublet så mye, det førte med seg indre uro. Samtalene gjorde at det roet seg inni meg, jeg fikk nye innfallsvinkler og mot til å jobbe videre med utfordringene.

SAMFUNNSØKONOMISK

En av foreleserne på kollegastøttemøtet var psykolog Per Isdal, som fortalte om hvordan han selv ble sterkt preget etter mange års terapi med voldelige og utagerende mennesker. Han utfordret Psykologforeningen: Man lærer for lite både i grunnutdanningen og i spesialistutdanningen om å ta vare på seg selv.

- Ja, dette innspillet tar jeg med meg videre, kommenterer seniorrådgiver Tove Beate Pedersen.

Ane Johnsen Lien på sin side legger vekt på at kollegastøtteordningen bygger på god samfunnsøkonomisk tenkning.

- Enten det dreier seg om personlige temaer, en konflikt eller om fage-tiske problemstillinger, kan disse samtalene bidra til at folk står i jobben. Men ikke minst til å forebygge etiske brudd. Det er lett å trå feil når stress og bekymringer gjør at hjernen er som en teflonpanne. Det er viktig og riktig at Psykologforeningen sørger for at psykologer har et sted å gå og får rask hjelp når det røyner på, sier psykologen, som i dag sitter i foreningens sentralstyre.

- Hvem er det som velges til å bli kollegastøtter?

- Det er psykologer med lang erfaring, som ikke er ledere eller har tilittsverv på de største psykiologarbeidsplassene som gjør at de risikerer å ha en rolle i en arbeidskonflikt, for eksempel.

Kollegastøttene får honorar fra lokalavdelingen for støtten de yter. I likhet med deltakerne på kollegastøttemøtet i Oslo ser Lien ingen fare for overforbruk av ordningen.

- Hvis en kollega lurer på om hun kan plage en kollegastøtte med problemene sine, vil jeg si: Ja! Gjør det, anbefaler hun. ✘

Meninger



ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS

Send innlegg til 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.



Islamifisering av psykoterapi

For at hjelpetiltak skal nå frem til muslimer, kan en strategi være å integrere behandlingstiltaket i pasientens trossystem.

MUSLIMER BENYTTET SEG relativt sett mindre av psykiske helsetjenester enn ikke-muslimer, også i vestlige land (Amri & Bemak, 2012). Muslimer er Norges nest største minoritet, og andelen muslimer i Norge er økende. Etter 11. september 2001 har det å leve som muslim i Vesten blitt mer utfordrende. Islamofobien vokser (Kunst, Sam & Ulleberg, 2013), og med angrepet på Charlie Hebdo kan utfordringer knyttet til islamofobi vokse. «Arbeidsledighet, skoletapere og kriminalitet har ingen ting med islam å gjøre, men det er viktig å forstå hvilke årsaker som forklarer at det er muslimske borgere som er mest rammet av disse realitetene», påpeker filosof og professor Tariq Ramadan

(2010). Fiendebilder, manglende kunnskap og frykt er sterke krefter som kan påvirke relasjoner på mange plan, også i helsesystemene. Relasjonen vi terapeuter bygger til muslimske pasienter, og måten vi utformer informasjon og tilpasser tiltak på for muslimer, er avhengig av hva vi tenker, tror og frykter. I denne sammenhengen er det interessant når Silje Endresen Reme med flere (2009) viser til studier som tyder på at psykologer er en av de minst troende profesjonsgruppene og således synes å ha et distansert forhold til religiøsitet i sitt eget liv. Hun viser også til at over 90 % av psykologstudenter som ble spurt, svarte at det ikke var noe fokus i undervisningen på religiøsitet

TEKST

Arne Repål,
spesialrådgiver ved
klinikk psykisk helse
og rusbehandling,
sykehuset i Vestfold HF

Solfrid Raknes,
psykologspesialist og
forsker III, Uni Helse

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens





Det er et tankekors
(et kristent ord!) å bli
oppmerksom på hvor
lite kulturnøytrale våre
standard terapeutiske
verktøy er

og tro. Dette ble bekreftet av gjennomgangen av studieplaner, forelesningsrekker og pensum ved de fire universitetene som ble kartlagt i 2006. I Verdens Helseorganisasjons selvmordsforebyggingsplan (WHO, 2014) fremheves det at stigmatisering av hjelpesøking kan reduseres ved hjelp av systematiske tiltak. Er det på tide å gjøre mer for at psykologiske tiltak skal nå frem til og bli til hjelp for flere muslimer i Norge?

RELIGIONLØS DISHARMONI?

Den 4. internasjonale konferansen for muslimske psykologer fant sted i Indonesia 15.–18. juni 2014. Konferansen hadde tittelen «Islamization and Indigenization of Psychotherapy and Mental Health» og ble organisert av International Association Of Muslim Psychologists (IAOMP). Et hovedtema var tilpasning av vestlige behandlingstilnærminger til islam, og vi var invitert til å holde plenumsinnlegg med bakgrunn i arbeid med selvhjelpsmateriell for muslimer. Å møte mennesker som snakket varmt for *islamifisering* av psykoterapi og som samtidig møtte oss med toleranse, varme, interesse og intellekt, satte noe i gang i oss. Vi har gått fra å steile når islamifisering av psykoterapi nevnes, til å undres om ikke dette kan være en god, kulturtilpasset implementeringsstrategi for å nå frem med psykisk helsehjelp til muslimer også i Norge.

Det som nærer vår nysgjerrighet for psykologiske tiltak innenfor islamsk kultur, var oppdagelsen av et manuskript skrevet av den persiske muslimen Abu- Zayd al-Balkhi så tidlig som i det 9. århundre. Manuskriptet er oversatt til engelsk av Malik Badri, som er president for IAOMP. Det er tre sider ved manuskriptet som er spesielt interessante. Det ene er at det rokker ved vår tradisjonelle oppfattelse av at det er den vestlige verden som har videreutviklet tankegodset til de gamle greske filosofene. Her har muslimers kultur spilt en langt større rolle enn hva som vanligvis refereres til i vestlig-skrevet psykologihistorie. For det andre: manuskriptet viser at mye av det vi anser som nytt i anvendelse av kognitiv terapi i dag, har røtter langt tilbake i tid. For det tredje viser dette muslimske bidraget at anvendt kognitiv terapi har røtter både i vestlige, buddhistiske og islamske kulturer og trossamfunn; med andre ord på tvers av ulike trosretninger. Boken er oversatt fra arabisk til engelsk av professor Malik Badri, som også har utstyrt boken med en rekke fotnoter hvor han setter teksten inn i en større historisk og faglig teoretisk sammenheng. Boken er under oversettelse til norsk.

I muslimsk tankegang rundt psykisk helse står harmoni og helhet sentralt. Å betrakte religion og psykisk helse som adskilte fenomener bryter med det grunnleggende trossystemet i Islam. Islam fremstilles som et helhetlig psykologisk trossystem og hviler på en oppfatning av selvet som består av flere komponenter og funksjoner: Det indre hjertet (Qalb), intellektet (Aql), lavere drifter (Nafs Amara) og kroppen. Komponentene er hierarkisk strukturerte og påvirker hverandre gjensidig og dynamisk. Det indre selvet blir sett på som en kjerne, der de fineste følelsene (for eksempel respons på det vakre) og medfødt naturlig visdom kan få inspirasjon som vil utvide, utvikle og omforme selvet (Skinner, 2010).

Historier som tematiserer selvstendighetsutvikling og hvordan en skal forholde seg til andre og til fremtiden, påvirkes av kontekst. Historier knyttes til steder, til en tid og til personer: «De store linjene i muslimsk barneoppdragelse er som å oppdra kameler», sa våre muslimske venner. «Når barn er 0–7 år: Lek med dem! Når barna er 7–14 år: Lær dem det de trenger. Når barna er 14–21 år, skal foreldre behandle dem som om

de var jevnbyrdige, ved å invitere dem med seg, reflektere sammen med og lytte til dem! Etter at barna er 21, skal foreldre gi slipp. Det fins kameler som ikke vil løpe selv om repet er tatt av. Noen må hjelpes litt bort!» Videre var muslimene vi møtte, opptatt av at barna fra tidlig av skal lære tillit til seg selv, fremtiden og andre gjennom å kjenne Allah. Barnet skal utvikle tillit til at Allah passer på og har en mening med det som skjer. Bekymringer er bortkastet, fremtiden ligger i Allahs hånd. Det siste ble sagt med et lite forbehold hvor forholdet mellom egen ansvar og hva som er Allahs ansvar, ble belyst med nok en kamel-historie: «Når du går fra en kamel, skal du tjore den fast. Deretter kan du legge alt i Allahs hender.» Igjen ser vi at hovedbudskapet bakes inn i en historie. Historien sier noe om avsenderen. Tillit til og identifikasjon med avsenderen er sentral i kommunikasjonen.

Det er et tankekors (et kristent ord!) å bli oppmerksom på hvor lite kulturøytrale våre standard terapeutiske verktøy er. Om terapier og psykologiske tiltak *kan* være kulturelt og religiøst nøytrale, er en påstand som kan drøftes, og om det i det hele tatt er *ønskelig*, er et annet og sentralt spørsmål. I valgene som tas for å tilpasse psykologiske tiltak til muslimer (og andre minoritetsgrupper), ser vi to veier å gå: 1) Å lage tiltak som er så verdi- og religionøytrale som mulig eller 2) å lage tiltak som er tilpasset målgruppen.

VERDIFORMIDLENDE TILTAK

Arbeidet med digitalisering av småbarnsversjonen av Psykologisk førstehjelp (Raknes, 2014) for arabiskspråklige barn kan fungere som eksempel på hvordan verdier og religion farger tiltak. I en av historiene i materialet ser vi en liten, lys, gutt i en vannsklie. Han smiler, rutsjer og er kliss naken. Illustrasjonen avslører nåtidige norske verdier der et barns glede, fart, nakenhet og fri lek kan sees som symboler på trygghet, trivsel og autonomi. Når gutten senere i historien katastrofetenker, illustreres dette ved at han sitter helt alene ved middagsbordet; juletreet er fint pyntet, og det er selveste julaften. Kristne høytidssymboler brukes for å gi historien kraft og humor. I tilpasningen for arabiskspråklige småbarn, der de aller fleste er muslimer, har vi eksperimentert i ulike retninger: Hva skjer om vi prøver å lage materialet verdi- og religionsnøytralt? Vi tegnet Roald anstendig påkledd i badesituasjonen og

tok bort juletreet fra katastrofetankene hans. Det vi oppdaget, var at materialet med disse endringene mistet fortellerkraft. Historiene ble mindre gøyale og medrivende. Så prøvde vi oss på å tilpasse materialet til ulike målgrupper ved å tilføre flere historier med ulike kulturelle og religiøse identiteter. Lille muslimske arabisk- og norskspråklige Fatima fikk en mamma med hijab, og Allah passer på henne og familien hennes. Dette har vi fått gode tilbakemeldinger på, fra arabiskspråklige miljøer både i Norge, i Sudan og i Indonesia. Så nå prøver vi å formidle grunnprinsippene fra den kognitive modellen til muslimske småbarn på en måte der vi lager historier for å skape gjenkjennelse og som omfavner muslimsk visuell estetikk og symbolbruk. Og i den norske versjonen bader lille Roald kliss naken igjen.

Implementeringslitteraturen (Joyce & Showers, 2002, referert i Fixen, 2005) peker på at «aksept for tiltaket» er en forutsetning for at tiltak blir tatt i bruk og kan få effekt. Skillet mellom religion og behandling, som i moderne vestlig sekularisert behandling er regelen fremfor unntaket, kan øke terskelen for at muslimer takker ja til et tjenestetilbud. Muslimske pasienter som får hjelp til å se hvordan psykologiske tiltak som tilbys, henger sammen med den modellen for helse og endring pasienten allerede har, vil trolig lettere takke ja til tiltaket. Helsetiltak som inkluderer grunnleggende muslimsk tankegods, øker sannsynligheten for at muslimer tar det i bruk. Professor Badri ser det som en selvfølge å integrere pasientens religion i behandlingen, siden de kognitive aspektene ved behandling avhenger av hva pasienten tror på og hva som gir mening i pasientens nærmiljø. En nøytral tilnærming, hvor man unngår religion, er etter hans mening ikke ønskelig og heller ikke mulig når man skal forholde seg til menneskers følelser, tanker og levde liv. Lignende synspunkter som tilkjenner en avvisning av verdinøytral terapi, gir også flere vestlige psykologer uttrykk for (Passmore, 2003; Skinner, 2010).

1001, 1002, 1003

Å ta den andres perspektiv er sentralt i all hjelpekunst. Forskning peker på tre sentrale elementer som påvirker perspektivtakings-evne: Sosial koordinering, kognitiv fleksibilitet og selvsikkerhet (Galinski, Gilin & Mad-dux, 2011). Psykologisk kunnskap kan brukes



Muslimers reaksjon på at Vesten fortier muslimske bidrag til vitenskapen, også i psykologfaget, synes å være på sin plass

for å utvide verdensbilder, til å redusere emosjonstrykk som bidrar til konflikteskalering, og til å forene. I historieskriving vil det i en tid da konfliktnivået mellom Vesten og muslimer eskalerer, være ekstra viktig å gi kreditt til kunnskapsutviklere også fra den muslimske verden. Muslimers reaksjon på at Vesten fortier muslimske bidrag til vitenskapen, også i psykologfaget, synes også å være på sin plass. Den sterke, vestlige, psykologihistorien hopper glatt fra de gamle grekerne til 1700-tallet, og dermed over den arabiske gullalderen for utvikling av hjelpekunst. At det muslimske psykiatriske sykehuset Ottoman i Tyrkia behandlet pasienter med musikkterapi, ergoterapi, lyden av vann og synet av vakre blomster for 600 år siden, nevnes ikke når psykiatrihistorien skrives; og når vi har gjennomgått faglitteratur, selvhjelpsmateriell og tiltak vi har tilgang til på norsk i vårt arbeid både for barn og voksne, finner vi at de forteller historier om vestlige mennesker i en vestlig kontekst. I letingen har

vi ikke funnet et eneste bilde som synes å være satt inn i teksten for å skape identifikasjon med muslimske barn eller voksne.

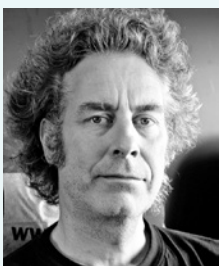
Resultater fra Modum Bads forskning på konsekvenser av å integrere kristne pasienters religiøse temaer i behandlingen, er lovende både med hensyn til pasientens rapporterte symptomer på angst og depresjon, på andel pasienter som kommer tilbake i jobb, og omfang av medisinbruk (Stålsett, Austad, Gude & Martinsen, 2010). Å kultur- og religionstilpasse psykologiske tiltak bygger videre på «1001 natt-prinsippet»: Man kan tilby tiltak som fenger, utvider fortolkningsrommene, reduserer stigma, endrer følelser og som i praksis når frem og gir helsegevinst for flere. For å nå ut til minoritetsgrupper som er underforbrukere av hjelpetiltak, er en mulig vei å gå å skreddersy tiltakene til gruppen man retter seg mot. Psykisk helsevern i Norge har en jobb å gjøre for at minoritetshelse-problematikk skal møtes med mer enn fargerike festtaler. ✕

REFERANSER

- Amri, S. & Bemak, F. (2012). Mental Health Help-Seeking Behaviors of Muslim Immigrants in the United States: Overcoming Social Stigma and Cultural Mistrust. *Journal of Muslim Mental Health*, 7, 43–63.
- Badri, M. (2013). *Abu Zayed al-Balhi's Sus-tenance of the Soul*. London Office: International Institute of Islamic Thought.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Florida: University of South Florida.
- Galinski, A. D., Gilin, D. & Maddux, W. W. (2011). Using both your head and your heart. The Role of Perspective Taking and Empathy in Resolving Social Conflict. I J. P. Forgas, A. W. Kruglanski & K. D. Williams (red.), *The psychology of social conflict and aggression* (s. 285–299). New York: Psychology Press.
- Kunst, J. R., Sam, D. L. & Uilleberg, P. (2013). Perceived Islamophobia: Scale Development and Validation. *International Journal of Intercultural relations*, 37, 225–237.
- Raknes, S. (2014). *Grønne tanker – glade barn*. Oslo: Gyldendal.
- Ramadan, T. (2009). *Islam og friheten*. Oslo: Cappelen-Damm.
- Reme, S. E., Berggraf, L., Anderssen, N. & Johnsen, T. B. (2009). Er religion neglisjert i psykologutdanningen? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, 837–842.
- Repål, A. (2014) Intervju med Malik Badri. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, 1, 28–37.
- Skinner, R. (2010). An Islamic approach to psychology and mental health. *Mental Health, Religion & Culture*, 13, 547–551.
- Stifossen-Hanssen, H.; Hestad, K. Og Lien, L. (red), *Religionspsykologi* (s. 371–382). Gyldendal. Akademisk.
- Stålsett, G., Austad, A., Gude, T. & Martinsen, E. (2010). Existential Issues and Representations of God in Psychotherapy: A Naturalistic Study of 40 Patients in the VITA Treatment Model. *Psyche & Geloof*, 21(2), 15.
- WHO (2014). Preventing Suicide: a global imperative.

Hos naboene

Kan Psykologtidsskriftet bidra til å løfte den norske psykisk helse-journalistikken?



TEKST Odd Volden
Brukeraktivist

LESEROMBUDET SKAL PRIMÆRT konsentrere seg om Psykologtidsskriftets journalistikk. Slik sett driver leserombudet kontinuerlig revisjon og bidrar til at tidsskriftet forhåpentligvis har gått inn i det nye året med enda rakere rygg.

Men psykologenes tidsskrift er ikke en øde øy. En meningsfull kritikk av tidsskriftets journalistikk kan bare finne sted om man iblant løfter blikket og skjeler til hvordan andre journalister og redaksjoner løser sine oppdrag. Jeg tillater meg derfor i denne utgaven av Leserombudet å kikke over gjerdet til noen av naboene.

Den verste unnlåtelsessynden på feltet begås uavlatelig av redaksjonene i norske riksa-viser. Jeg har i femten år lett relativt systematisk etter oppslag om hvordan psykisk helsearbeid organiseres i andre deler av verden. Jeg kan ikke huske å ha funnet en eneste artikkel av dette slaget, til tross for at vi snakker om en stor og vedvarende økonomisk og samfunns-messig utfordring, i Norge, og i verden for øvrig, og til tross for at dette er en type journalistikk som uten tvil ligger i løypa til Morgenbladet, Klassekampen, Dagsavisen og Aftenposten, og magasinene til Aftenposten, Dagbladet og Dagens Næringsliv.

Dette er dypt problematisk, ettersom det skaper en underliggende forståelse av at alle problemer, utfordringer og endringer i feltet er «nye og norske»: Hvis ikke vi har løst dem, er det fordi de er uløselige, fordi vi ikke har prøvd hardt nok, fordi vi mangler penger, fordi vi mangler fagfolk, eller fordi vi mangler *de rette* fagfolkene.

Jeg har ikke lest Psykologtidsskriftet lenge nok og grundig nok til å kunne si noe om hvor-

vidt også denne redaksjonen bør ta en tur i skriftestolen, men jeg har merket meg at sjefredaktøren er seg bevisst tidsskriftets rolle som dagsordensetter for dagspressen. Tidsskriftets redaksjon bør kanskje sjekke om de har et sterkt nok internasjonalt perspektiv til også å kunne sette dagsorden for slike spørsmål.

Det andre problemet jeg vil peke på, har det tatt meg lengre tid å formulere. Forholdet mellom uavhengige journalister og kommunikasjons- og informasjonsmedarbeidere har vært debattert lenge, på overordnet nivå. Men hvordan er situasjonen på psykisk helse-feltet?

Mental Helse, Rådet for psykisk helse, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og NAPHA holder seg alle med journalister og/eller informasjonsmedarbeidere. Er disse tydelige nok på hvilken rolle de har? For seg selv, for arbeidsgiveren, for myndighetene og for leserne?

Jeg er ikke sikker på det. Jeg har nylig sett et par stygge eksempler på noe som sikkert blir vurdert som godt informasjonshåndverk, men som samtidig representerer kritikkløs samlebåndsjournalistikk. Dette får jeg eventuelt konkretisere i en annen sammenheng, men det skal nevnes her, fordi det hører hjemme i en kontekstualisering av Psykologtidsskriftets journalistikk.

Det er mye skattepenger i omløp i det norske psykiske helsefeltet. Samhandling er en klar politisk føring. Det går an å hevde at Psykologtidsskriftet, som den flinkeste jenta i klassen, bør ta et initiativ i retning av å løfte den norske psykisk helse-journalistikken; både den vi finner i riksmidlene, og i fagpressen. ✕

Debattert

Forskningsformidling

Slurv: – Å vere etterretteleg er forskarens ansvar, og ikke noko ein kan fråskrive seg ved å vise til ein stil. Likevel er manglande sidetilvisning så utbreidd at ein kan kalle det ein tradisjon.

Solveig Østrem til Forskerforum, nr. 1 2015

Når flere: Jeg er overbevist om at kvaliteten på både tanke og form – kunnskapsutvikling og -formidling – blir bedre når jeg skriver på norsk, enn om jeg hadde skrevet på engelsk. Og jeg er overbevist om at forskningen min når flere, og flere av dem jeg er opptatt av at den skal nå. At jeg samtidig bidrar til å styrke norsk som akademisk språk, og til mer mangfold i et stadig mer ensrettet akademia, er en flott bonus.

Irmelin Kjelaas, Aftenposten, 4. januar

Urovekkende: Sett fra praksisfeltet kan det fortone seg som merkelig og urovekkende at publisering av vitenskapelige funn i gitte tidsskrift verdsettes høyt, mens utviklingsprosjekt i barnehager eller skoler og fagartikler i tidsskrift som leses av praktikere, gis liten verdi.

Clas Jostein Claussen, på Khrono.no, 16. januar

Internasjonal: Forskningsverdenen er internasjonal. Om norske forskere skal delta internasjonalt, må vi publisere på engelsk. Jeg vil råde alle til å gjøre sin forskning tilgjengelig også utenfor Skandinavia.

Kari Bø, Aftenposten, 18. januar

ANBEFALT: Psykolog Egil-Arne Skaun Knutsen skrev om Ylvis-videoen «Intolerant» i spalten «Anbefalt» i januar.



«Psykologi» - tuller dere?

Tidsskriftet anno 2015 på glanset papir fremstår som et ukeblad hvor det akademiske innholdet er på vikende front.

ANJA VASKINN

Postdoktor, spesialist i klinisk voksenpsykologi Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo & NORMENT KG Jebsen Senter for psykoseforskning, Oslo universitetssykehus

PSYKOLOGTIDSSKRIFTET

SELV ETTER Å ha fulgt Tidsskrift for Norsk psykologforening i forvandlingen fra akademisk tidsskrift til dagens pludremagasin, trodde jeg at jeg så feil da jeg leste første utgave i år. Jeg spurte meg om det var 1. april og tid for narring, saumfarte redaktørens spalte for en mulig forklaring, og lurte på om jeg var dum som ikke skjønnte et eller annet. Det siste er sikkert tilfellet, men jeg har ikke funnet noen indikasjoner på at anmeldelsen av Ylvis' musikkvideo under overskriften «Anbefalt» var ment som en spøk. Seriøst, redaktører?

Dette vil jeg ikke at mine abonnementspenger brukes på. Tidsskriftet anno 2015 på glanset papir fremstår som et ukeblad hvor det akademiske innholdet er på vikende front til fordel for spissformulert debatt og intervjuer og en vulgarisering av psykologifaget. Man har lagt seg på kun 2 vitenskapelige artikler per nummer hvorav 1 gjemmes bort langt uti bladet. Psykologprofesjonen har et sterkt akademisk ståsted og er i stand til å fordøye vitenskapelige artikler.

Det skiftes vel neppe kurs etter å ha lest dette, så da utfordrer jeg isteden. Finn noen til å anmelde en ny musikkvideo, gjerne med dynamisk tilsnitt. Jeg foreslår at dere tar en med mitt favorittband, Mötley Crüe. Skal vi si «Girls, girls, girls» siden den låta er ganske kjent? Det kan bli gøy. I mellomtiden skal jeg finne ut hvordan jeg kan være medlem av Norsk psykologforening uten at deler av min medlemsavgift går til bladet deres. ✘



ILLUSTRASJON: ARNE OLAV HAGEBERG

NAV gjør vondt verre

Det er hjerteskjærende å være vitne til nedbygginga av velferdsstaten.

I MØTE MED mennesker som av mange ulike årsaker har blitt klienter i NAV-systemet, erfarer jeg at mange får forverret sin psykiske helse etter møtet med NAV. De blir møtt med et byråkrati/juridisk språk og formuleringer som er vanskelige å forstå. De når nesten ikke fram til saksbehandler, saksbehandlere skifter stadig, og de får ikke vite hvem saksbehandleren er. Etter søknad om en ytelse lever man i stor uvisshet om når svaret/vedtaket kommer. Gjør man ikke det NAV krever, blir ytelsen stoppet.

Mange føler seg «fremmedgjorte», avmektige og krenket. NAV-systemet skaper nye «traumer» og mer lidelse.

Jeg har nylig hatt samtale med en mann som er torturoffer. Han er sterkt skadet både psykisk og fysisk. Han fikk avslag på uførepensjon og har søkt på nytt. Jeg håper at min erklæring og mine argumenter til slutt vil føre fram. Men han vet ikke hvor mye lenger han får arbeidsavklaringspenger. Hele hans tilværelse er preget av økonomisk utrygghet, han klarer nesten ikke å tenke på noe annet.

Nylig hadde jeg en samtale med en mann som gledestrålende kunne fortelle at han var innvilget uførepensjon. Etter nedleggelse av jobb og mange års utprøvinger av arbeidsmarkedstiltak som ikke virket. Hele kroppsspråket og stemmen var annerledes. Han kunne senke skuldrene, reise seg opp, han var blitt «trodd», han var nesten «fri».

Det jeg erfarer, er at det gradvis har blitt innstramninger i kriteriene for å få uføretrygd. Uføretrygden er blitt et «nåløye». Dagens debatt handler om å kombinere uføretrygd og arbeid. Debatten ser bort fra at de uføre har fått trygd fordi de er for syke til å jobbe. Debatten ser også bort fra at vi har fått et «brutalt» arbeidsmarked, hvor det kan være flere hundre søkere på én stilling.

De som til slutt har fått innvilget uførepensjon, har vært igjennom en rekke tiltak og uttetteringer av «restarbeidsevne». Bare de som blir vurdert til ikke å ha restarbeidsevne, får uførepensjon.

Når samfunnet blir mer og mer høyrevridd, er det stor fare for at den videre utvikling av velferdsstaten blir slik vi har sett under Høyre-regjeringa i Sverige.

For hva skjer med dem som får endelig avslag på uførepensjon? De er syke, de kan ikke jobbe, og det som da gjenstår, er sosialhjelp eller hjelp fra familien. Sosialhjelp er fortsatt som den gamle «fattigkassa» – en må selge alt en eier og har (hvis en har noe) og leve på eksistensminimum med NAV som kontrollør og «overvåker».

Dette handler i høy grad om psykisk helse, og at psykiske helseplager kan bli sterkt forverret i en hel befolkningsgruppe. Jeg håper Psykologforeningen vil engasjere seg i denne problematikken, og om mulig ta den opp på et høyere plan. ✕



ÅSNE TVEITO

Klinisk sosionom og privatpraktiserende psykolog

UFØRETRYGD

Trenger mer gyldig kunnskap om effekten av psykoterapi

Ut fra vår kjennskap til psykoterapilitteraturen finnes det ingen gode studier som har sammenlignet terapeuter som bruker manualer med terapeuter som ikke bruker manualer.



SVERRE URNES JOHNSON

Dobbeltkompetansestipendiat UIO/
Modum Bad

ERLING W.

ROGNLI Dobbeltkompetansesstipendiat
UIO/Ahus

DIAGNOSER

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

NÅR DEBATTEN RUNDT kunnskapsgrunnlaget for faget vårt reises, blir det dessverre raskt steile fronter og polarisering. Vi synes det er synd at Eivind Våpenstad i sitt tilsvaret til vårt innlegg i januarutgaven av Psykologtidsskriftet gjør seg til et eksempel på dette fruktesløse mønsteret. Han bruker mye plass på å hevde at vi har en mangelfull forståelse av vitenskapsteori og lite selvinnsett, for deretter å stemple oss som evangeliserende fundamentalister med personlighetsmessig trang til manualisering. Det er en beskrivelse vi ikke kjenner oss særlig godt igjen i, og en debattmessig blindgate.

Våpenstad baserer seg på klassisk stråmannsargumentasjon, hvor han tillegger oss meninger vi ikke har, og argumenterer ut fra dette. Selvsagt har vi en personlig smak. Det er nettopp derfor vi ønsker å basere oss på forskning, fordi den vitenskapelige prosessen motvirker mange av de feilkildene mennesker er utsatt for. Alle forskningsmetoder har epistemologiske begrensninger. Det bør likevel ikke være kontroversielt å mene at det finnes mer og mindre pålitelig kunnskap, og at ulike typer spørsmål kan belyses mer eller mindre godt av ulike metoder.

I sitt tilsvaret hevder Våpenstad at terapeuter uten en manual arbeider profesjonelt, kunnskapsbasert og med effekt. Ja, det kan være tilfellet, men hvordan vet Våpenstad dette? Ut fra vår kjennskap til psykoterapilitteraturen finnes det ingen gode studier som har sammenlignet terapeuter som bruker manualer med terapeuter som ikke bruker manualer. Det å måle effekt av en intervensjon er komplisert. Randomiserte kontrollerte studier er ikke tilstrekkelig metodologi for å studere alle prosesser i psykoterapi, men for vurdering av behandlingseffekt er slike studier likevel nødvendige.

Etter vårt syn burde Våpenstad ha benyttet sin tilmålte spalteplass til å gå inn i en reell diskusjon om de punktene av faktisk uenighet vi forsøkte å trekke opp, og som vi oppfatter som viktige og aktuelle spørsmål for psykologstanden: Hva bør være målene for psykologisk behandling, og hvordan skal måloppnåelse vurderes? Hva slags klinisk autonomi bør psykologer ha innenfor et offentlig finansiert helsevesen? Det kan være at Våpenstad ikke kjenner seg igjen i denne formuleringen av uenighet. Det kan også være at hans svar på disse spørsmålene er grunnleggende annerledes enn våre. Vi aner faktisk ikke. Alt vi kan forstå ut fra innlegget, er at han tror vi er fiender av psykodynamisk terapi, og at han synes å blankt avvise muligheten for å fremskaffe gyldig kunnskap om effekten av psykoterapi gjennom kliniske studier og kvantitativ metode. ✘

– Hva slags klinisk autonomi bør psykologer ha innenfor et offentlig finansiert helsevesen?

Manglende respekt for etterlatte

Jeg kjenner meg ubekvem ved å bli representert av Volden, for jeg kjenner meg ikke igjen i hans kritikk.

BRUKERAKTIVIST ODD VOLDEN omtaler seg selv i Psykologtidsskriftet nr. 1–2015 som «leserombud». Han svinger pennen mot intervjuer Nina Strand og intervjuobjekt Renate Grønvold Bugge (nr. 10, 2014). Han klager over at intervjuet har latt ham uberørt, og påstår at Renate Grønvold Bugge stiller ut sin sorg over sin sønns selvmord som en gjennomarbeidet hendelse som nå er «hengt på veggen». Han anklager dem for manglende pietet overfor den avdøde sønnen fordi hun siterer en annen sønn som sa: «Er det ikke nok at han tok fra deg hverdagen, om han ikke skal ødelegge det profesjonelle livet ditt også?», og at hun selv sier om selvmordet: «Jeg visste han hadde det tungt en periode på grunn av samlivsbrudd.» Volden ber Tidsskriftets redaksjon være oppmerksom på at man blant leserne også vil finne selvmordstruede mennesker, og han mener de fortjener en egen leserkontrakt.

Hvem er det Odd Volden representerer, egentlig? Jeg kjenner meg ubekvem ved å bli representert av Volden på denne måten, for jeg kjenner meg ikke igjen i hans kritikk. Jeg opplever at han viser manglende respekt for etterlatte ved selvmord. Når Renate Grønvold Bugge lar seg intervju om sine vondeste barnomsminner og åpent står fram og forteller om sønnens selvmord, gjør hun seg selv svært sårbar. Voldens avfeiling av dette sier mer om ham selv enn om intervjuobjektet, og er nettopp en type avvísning som smerter når man orker å stå fram med livserfaringer man aldri helt blir ferdig med. Når Volden hevder at hun beskriver

sorgen over sønnens selvmord som noe ferdig bearbeidet, som hun pynter seg med, mangler han innlevelse og forståelse for hva det innebærer å være etterlatt ved selvmord. Ved å trykke Voldens kommentarer risikerer Tidsskriftet at andre psykologer som er etterlatte ved selvmord i privat eller profesjonell sammenheng, ikke tør vise den samme åpenhet. Det vil være et tilbakeskritt.

Jeg tolker ikke Grønvold Bugge dithen at hun forenkler sønnens selvmord til å skyldes samlivsbrudd, men at hun formidler hva hun visste plaget ham forut for selvmordet. Jeg tolker heller ikke brorens utsagn som noen moralsk anklage mot mennesker med selvmordstanker, men som en beskrivelse av konsekvensene et selvmord kan ha for de etterlatte. Hensynet til pietet for den avdøde bidro til at pressen påla seg selv å ikke omtalte selvmordet. Nå er man enige om at åpenhet er med på å fjerne fordommer og skam, mens taushet og omskrivninger forsterker dem. Fra 2006 ble § 4.9 om omtale av selvmord i Vær varsom-plakaten til Norsk Presseforbund endret. Når det gjelder lesere som selv er selvmordstruede, vet vi at det er måter å omtale selvmord som kan sette dem i ytterligere fare. Dette er det advart mot i § 4.9 og i Verdens Helseorganisasjons veileder for mediefolk (<http://www.selvmord.no/Lenker/Veileder-for-mediafolk>). Det er dette som bør være grunnlaget for Tidsskriftet leserkontrakt med offentligheten. Det er ingen ting i intervjuet som bryter med noen av disse hensynene. ❌

HENNING HERRESTAD

Styreleder for LEVE
– Landsforeningen
for etterlatte ved
selvmord

MANGLENDE PIETET?

I januar-utgaven mente brukeraktivist Odd Volden at Psykologtidsskriftet har utvist manglende pietet overfor en avdød medborger i portrettintervjuet med krisepsykolog Renate Grønvold Bugge.

Faglitteratur for folk flest

Mennesker som oppsøker selvhjelps litteratur, er ikke bare opptatt av selvrealisering, suksess og lykke.



ELIN FJERSTAD

Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken. Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmets sykehus i Oslo

TORKIL BERGE

Forsknings- og fagutviklingsleder og sjefpsykolog ved Distriktpsykiatriske senter Vinderen, Diakonhjemmet sykehus i Oslo

SELVHJELP

I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV har vi alle ansvar for egen helse og for å forebygge sykdom gjennom trening, sunt kosthold og livsstil. Vi trenger strategier for å ivareta vår psykiske og fysiske helse – i den utstrekning som det er mulig å gjøre. Hvilke kunnskapskilder finnes for vårt eget helsearbeid? Fagfolk og studenter har tilgang på fagbøker og lærebøker for å øke sin kompetanse på helseområdet. Det er bøker som har til hensikt å gi informasjon, kunnskap og innsikt, og målgruppen kjennetegnes av at de er lesere som allerede kan sitt fag, men som ønsker oppdatering og ny kunnskap.

Men hva når folk flest trenger den samme kunnskapen for å hjelpe seg selv og sin egen helse, enten det er for kroniske smerter, depresjon eller søvnproblemer? De må gå til en helt annen sjanger, nemlig til selvhjelps bøker. Det innebærer å lete i en jungel av mer eller mindre seriøse titler der man risikerer å få alt fra god og oppdatert helseinformasjon, via udokumenterte og skadelige helseråd, til dårlig samvittighet og skamfølelse for ikke å makte å følge alle rådene. Det vil si, om man i det hele tatt kommer så langt som til hylla for selvhjelps litteratur i bokhandelen. For først må man passere selvhjelps litteraturens dårlige rykte. I den generelle omtalen av selvhjelps bøker, spesielt fra en del fagfolk, kritiseres de for å gi altfor enkle løsninger på kompliserte problemer. De kan i verste fall føre til «en tvungen form for narsissisme og selvopptatthet», politisk passi-

vitet og adjø solidaritet. Sant nok, men når alle selvhjelps bøker skjæres over én kam, rammes mennesker som faktisk trenger det supplementet og den kunnskapskilden selvhjelps litteratur kan være, for å håndtere vedvarende fysiske og psykiske helseplager.

Den store helseutfordringen her i landet er verken epidemier eller å overleve akutt sykdom, men å gjenerobre livet etter sykdom eller mestre det med sykdom på slep, og/eller å ha psykiske plager og lidelser. Selvhjelps bøker basert på forskning og god klinisk praksis utgjør i denne sammenhengen viktige tiltak, for pasient og pårørende, og ikke minst for helsevesenet som skal hjelpe det store antall mennesker dette faktisk gjelder. Her kan god selvhjelps litteratur på Internett eller i bokform være et tiltrengt supplement.

Denne type dokumentert fagformidling for folk flest er tilgjengelig, både som selvhjelps bøker og nettbaserte programmer. Ifølge en gjennomgang av 21 studier, der veiledet selvhjelp ble sammenliknet med psykoterapi ansikt-til-ansikt, hadde slik selvhjelp kombinert med oppfølgende samtaler med helsepersonell, gode resultater (Cuijpers et al., 2010). En undersøkelse blant 815 psykologer i Norge fant tilsvarende at de aller fleste fikk spørsmål fra sine pasienter om selvhjelps litteratur, og at de hadde anbefalt slik litteratur (Nordgreen & Havik, 2011). Ved å gjøre det fremhever de poenget som dokumenteres i forskningsstudiene,

- Mange er ikke ute etter noen annen suksess enn å håndtere hverdagen og holde seg frisk og yrkesaktiv så lenge som mulig

nemlig at det viktigste endringsarbeidet i folks liv foretas av personen selv og av de som står nær personen.

Det har i det siste blitt sagt mye klokt om selvhjelpslitteraturens mulige bivirkninger, blant annet at menneskets viktigste evne – å være sammen med andre mennesker, er prisen vi betaler for selvrealisering. Målet med selvhjelpslitteratur sies av kritikerne å være å hjelpe leseren til å realisere seg selv, bli best og oppnå indre eller ytre skjønnhet, suksess, harmoni og lykke. Men er det virkelig den slags luksus man er ute etter når man har kronisk og alvorlig sykdom eller psykiske helseproblemer? Vår erfaring er tvert imot at mange søker etter kunnskap og virkemidler for å kunne møte høyst reelle og vonde problemer i hverdagen – smerter, utmattelse, søvnproblemer, helsebekymringer, kvernetanker, funksjonshemninger, rusmiddelproblemer, spiseforstyrrelser, angstlidelser og depresjon. De er ikke ute etter noen annen suksess enn å håndtere hverdagen og holde seg frisk og yrkesaktiv så lenge som mulig.

Disse personene, og her snakker vi om en betydelig andel av befolkningen, kanskje også deg og meg, fortjener seriøse kunnskapskilder. Her kan psykologer være én faggruppe som er raus med sin kunnskap og gir råd om psykologiske tiltak som har dokumentert sin nytteverdi gjennom forskning. Vi snakker om råd basert på prinsipper for motivasjonsbygging og endring som fagfolk bruker i psykologisk behandling, der validering og normalisering motvirker følelser av isolasjon og annerledeshet, skam og stigma.

Kunsten å hjelpe seg selv er enda mer krevende enn kunsten å hjelpe andre, men til begge formål trengs solid fagkunnskap og god litteratur. Kanskje sjangerskillet ikke skal gå mellom *hvem* som skal hjelpes – andre eller en selv – men *hva* man skal hjelpes med – faktiske problemer eller luksus? ❌

DERFOR

Redaksjonen begrunner sine valg

Klart eller overforklart?

Psykologtidsskriftet er ikke et rent vitenskapelig tidsskrift, men et fagtidsskrift som også inneholder vitenskapelige artikler. Målgruppen vår er først og fremst den gjengse psykolog, noe som i stor grad betyr kliniske psykologer. Med målgruppen for øye vil det derfor tidvis være nødvendig å gi mer utfyllende redegjørelser av begreper og modeller enn det som ville falt naturlig i et mer spesialisert fagtidsskrift. Kan man ta for gitt at leseren kjenner til «depressogene skjema»? Blir det for overtydelig hvis man redegjør for begrepet fellesfaktorer? Trenger begrepet å defineres, eller er teksten forståelig selv om begrepet ikke er direkte selvforklarende?

Målgruppen «psykologer generelt, ikke minst klinikere» gjør at tidsskriftet har en viktig rolle i formidling av klinikknær forskning i Norge. Men psykologer er ingen ensartet gruppe: Noen er studenter, andre erfarne klinikere eller forskere; noen jobber i Nav eller eldreomsorgen, andre med barn eller nevropsykologi. Som tommelfingerregel bør man legge til grunn at en tekst i størst mulig grad bør være selvbærende – altså at leseren ikke skal trenge å gå til andre kilder for å forstå det han eller hun leser. Samtidig kan lesere med kunnskap om feltet oppleve teksten som for basal hvis vi går for langt i forklaringsiveren.

Som redaktører er vår oppgave å hjelpe forfatterne å tilpasse sin tekst til vår målgruppe. Men det handler aldri om å ta over forfatterens tekst. Det som står på trykk, skal alltid representere forfatterens ståsted, ikke redaksjonens. Hvis ikke forfatterne kan stå for det som kommer på trykk, har vi feilet i den redaksjonelle prosessen og vår dialog med forfatterne. ❌

Bjørnar Olsen, sjefredaktør og Katharine Williams, fagredaktør

NYHETSNOTIS

Krever mer for barnevernsbarn

Helseminister Bent Høie (H) krever at ansatte innenfor psykisk helse og rusbehandling i større grad skal drive oppsøkende virksomhet, skriver Kommunal-Rapport.no. Høie har også et mål om bedre samarbeid med kommuner, skoler, barnevern og fengsler. I nytt oppdragsbrev krever helseministeren at helseforetakene rapporterer om hva de kan gjøre for å sikre barn i barneverninstitusjoner nødvendig psykiatrisk utredning og behandling. Dette vil ministeren ha innen 1. mai. Leder Gunnar Toresen i Norsk barnevernlederorganisasjon (NOBO) synes oppdragsdokumentet sier lite om hvordan målene skal nås.



ANNE-GRETHER TERJESEN er landsstyreleder i Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP). Sammen med Bent Høie, Kerstin Söderström og Tor Levin Hofgaard er hun fast kronikør.

Status quo for pårørendes situasjon

En ny studie dokumenterer at pårørende er utsatt for selv å bli syke. Nå håper vi på større engasjement fra helseministeren og fra Psykologforeningen.

ETTER VÅRT FØRSTE innlegg i denne spalten i psykologforeningens tidsskrift tenkte vi at helseministeren eller psykologforeningen hadde tatt opp ballen vedrørende pårørendepolitikk og det enorme arbeidet de pårørende utfører. Det skjedde ikke.

Er det fordi man ser at den norske velferdsmodellen ikke har økonomisk handlingsrom for å åpne for familiearbeid? Ser man seg blind på bedriftsøkonomien og uten blick for samfunnsøkonomien i dette?

I det Svenska Dagbladet ble vi i den 7. januar informert om en ny studie fra Eleni Siouta og Ann Mannerheim fra Karolinska Institutet, samt Ulla Hellström Muhli fra Uppsala Universitet. Her har man på nytt fått påvist at pårørende er utsatt for selv å bli psykisk syke. Pårørende føler seg utilstrekkelige og isolert. Man står alene i en ensom kamp mot systemet. Konsekvensene er raskt både sykemeldinger, førtidspensjonering og frafall fra både arbeidslivet og samfunnet for øvrig.

KREVER GJENNOMFØRING

Når man snakker om at pårørende skal involveres, så ser vi jo at dette vil rokke ved profesjonenes yrkesutøvelse. Det betyr at fagfolk forpliktes til å lytte til pårørendes erfaringer og forholde seg til våre tankemåter, innfallsvinkler og forslag.

Pårørende må få en tydeligere og formell stemme. Tiltak må gjennomføres, ikke bare foreslås. Pårørende ønsker medvirkning i behandling. Kommunen bør være pålagt å ha et felles kontaktpunkt for pårørende. Det er vanskelig å vite hvor man skal henvende seg, derfor må det være en rådgivningstelefon, der man kan henvende seg for å få hjelp og svar på aktuelle spørsmål.

Det bør være flere lovpålagte tjenester for pårørende og brukerne. I dag oppleves det tilfeldig når såpass mye skal være opp til den enkelte kommune og være skjønsmessig vurdert av den enkelte kommunepolitiker og helsepersonell ute i kommunene. Pårørende skal sees på som en samarbeidspartner. Det bør være en forpliktende pårørendekontrakt mellom pårørende og kommunen.

Samhandlingen i behandlingslinjen må sees på, da det er pårørende som i stor grad merker konsekvensene når det svikter. Man bør hente og høste av hverandres erfaringer i formaliserte samarbeid. Slik det er nå, ender pårørende med å utfylle og erstatte det offentliges manglende tilbud. Dette forverrer familiens livssituasjon og rammer i stor grad også søsken.

FORESLÅR PÅRØRENDESENTER

Pårørende står langt nede på listen over prioriterte oppgaver i kommunene. Dette kan delvis skyldes manglende kompetanse og derved man-

glende bevissthet rundt denne gruppens behov. Et pårørendesenter kan her helt klart være en kjempestor fordel. Å få samlet og systematisert pårørendekompetanse- og kunnskap, vil innebære en klar styrking av tjenestetilbudet til landets pårørende. Pårørendesenteret i Oslo (www.piosenteret.no) er et slikt eksempel. Der kan pårørende komme, uten henvisning, for å få hjelp, råd og støtte, og helsepersonell kan hente tips og innspill til møtet med de pårørende.

Pårørende blir i økende grad betraktet som en ressurs. Men det må likevel være en forståelse i hjelpeapparatet for at ikke alle pårørende ønsker denne rollen, og at andre pårørende kan være en ressurs i perioder, men ikke hele tiden. Dette er det viktig at hjelpeapparatet forstår og evner å kommunisere og avklare sammen med familien. Også her er kompetansen ofte for lav hos tjenesteytere. Pårørende sitter med en uvurderlig kompetanse og kunnskap som helsepersonell må evne å benytte seg av.

RAMMES AV FRAGMENTERING

Familien ekskluderes i dag fra et stadig mer fragmentert hjelpesystem. Omleggingen fra institusjonsbasert behandling til lokalbasert behandling har også ført til større belastninger på de nærmeste. Stadig mer flyttes nedover i systemet og helst helt inn i hjemmet. Dette krever en helt annen involvering av pårørende og samarbeid med disse enn tidligere. Familie- og nettverksarbeid burde derfor være en integrert del av all behandling og oppfølging av mennesker med psykiske lidelser.

Pårørende kan være en viktig drivkraft og en ressurs i behandlingen når den ivaretas. På samme måte kan familiens påvirkning være avgjørende for en bedringsprosess. Desto viktigere er det at behandlingsinstanser gjør seg kjent med familien og de nærmeste. Arbeids-

metodene og verktøyene er der, som inkluderingen av familien, nettverksmøter, familieråd, flerfamiliegrupper og enfamiliegrupper, men de tas ikke i bruk. Nå kommer også «ODIN-håndboken», som skal kunne fungere som et godt hjelpemiddel i gjennomføringen av nettverksmøter.

VELKOMMEN TIL MØTE I MARS

På tross av politiske føringer og forskningsbasert kunnskap om betydningen og verdien av samarbeid med pårørende blir ikke dette fulgt opp i praksis, hører vi daglig om at familie og nettverk holdes utenfor i det psykiske helsearbeidet og i spesialisthelsetjenesten.

En grunnleggende omskolering av helsepersonell, psykiatere, psykologer og psykisk helsearbeidere, der familiearbeid er en integrert og direkte del av hverdagen, er nødvendig. For bare ved å sette samarbeid og kommunikasjon med familie og nettverk på pensum vil vi kunne oppnå grunnleggende holdningsendringer som kan føre til en endring i praksis.

Den 25. mars samles 100 fagfolk, myndigheter og andre som jobber med pårørende til pårørendekonferansen 2015. Her skal gode tiltak og eksempler løftes, slik at de spres rundt i landet. Dette er en oppstart for å påvirke den nye pårørendepolitikken som skal komme.

Dette arbeidet er vi avhengig av å jobbe sammen om. Her trenger vi drahjelp med mer entusiasme og engasjement av både politikere og fagfolk. Noe er på gang, men det er fortsatt et stykke igjen. Velkommen til å bidra! ✕



Omleggingen fra institusjonsbasert behandling til lokalbasert behandling har ført til større belastninger på de nærmeste

A.G P Tegesum

Psykologi irrelevant

Etter angrepene på franske jøder og tegnere i Paris: Hvilken psykologi og hvilken debatt trenger vi nå?



TEKST

Øystein Helmiøstøl
Journalist og
debattansvarlig i
Tidsskrift for Norsk
psykologforening

HVORFOR GIKK DET så galt? Hvordan kan vi alle sammen, også ulike religiøse grupper, leve side om side i verden? Hvilke andre måter å være menneske på enn «det psykologiske mennesket», dyrket fram i liberale demokratier, finnes det? Er «det religiøse mennesket» helt fremmed for «oss»? Verden skjelver, i alle fall litt. Er det nå vi bør stille sånne spørsmål?

På 70-tallet var det flere samfunnsorienterte psykologer enn det er i dag, uten at jeg har drevet med fintelling. Det var flere psykologer som brukte faget sitt til å målbarere meninger i politisk brennbare spørsmål, selv om de fort ble forutsigbare og politisk korrekte. De var i alle fall opplært til å bruke faget til å si noe om verden rundt dem. Faget samfunnspsykologi sto for eksempel sterkere den gang. I årene etterpå er psykologifaget her hjemme blitt et stadig mer individuelt fag. Det kan se ut til at samfunnsordninger har blitt mindre viktig for psykologer. «Psykologien er blitt det individuelle sjellivets fagforening», skrev forfatter og forlegger Geir Gulliksen i *Psykologtidsskriftet* i fjor høst. Rune Slagstad og Jan Messels *Profesjonshistorier* viser at helseprofesjonene står sterkt, mens sosialfagene ikke har klart å etablere noen klar, myndig profesjon. Sosialpolitiske problemstillinger blir gjort om til helsepolitikk. Det er der makten og æren ligger.

Politikk har blitt individualisert. Løsningen ligger hos den enkelte, enten det gjelder miljøvern eller bekjempelse av fattigdom. Psykologien er både en pådriver og et resultat av denne utviklingen. Psykologien er blitt stadig mer avpolitisert, og det er grunn til å spørre om det har sammenheng med at psykologen også har blitt for opptatt av å ligne på dronningen blant profesjonene: legen. Kanskje er det ikke gode nok argumenter for å si at alle folks problemer, også de mentale, bare skyldes økonomisk ulikhet. Men det finnes vel eksempler

på problematiske sider ved måten vi har bygd opp samfunnet vårt på, som også kan påvirke psyken? Bør psykologer snakke mer med pasientene (kundene?) om det? Eller påpeke det til politikerne? Eller si noe om det her på debatt-sidene i dette tidsskriftet?

Kanskje det er en debatt om hvilke spørsmål vi skal stille nå, vi trenger. Heller det enn flere skråsikre svar. Noen få dager etter terroren i Paris skrev journalist Geir Rakvaag en petit (kort, humoristisk kåseri) i *Dagsavisen* med tittelen «Vet ikke». Han skrev om tegningene av Muhammed at han ikke visste hva han skulle mene i debatten om alle norske medier burde trykke eller ikke trykke dem. Rakvaag er ikke sikker på så mye lenger, han skrev at skråsikkerhet i moralske spørsmål ikke fører så mye godt med seg. Petiten nådde ikke massene. I skrivende stund: 5 likes. 525 visninger.

Det må være lov å gjøre som man vil, og det må være opp til mediene å trykke hva de vil når de vil. Jeg tegnet for ytringsfriheten markeringen på Universitetsplassen i Oslo 11. januar, og skrev dette på papirveggen som var satt opp:

Hvis en tegning av Muhammed kan føre til krig, så kan en petit av Geir Rakvaag hindre den

Redaktører skal selv avgjøre hvilke tekster eller tegninger de vil sette på trykk til enhver tid. Foreløpig ser det ikke ut til at daglig trykking av respektløse karikaturer av Muhammed vil redde verden. Noen bør foreslå Geir Rakvaag til Fritt Ords pris 2015! Prisen trenger ikke alltid deles ut til kontroversielle personer med de sterkeste, mest skråsikre og alltid kontroversielle meningene.

Heller ikke Charlie Hebdo var noen søndags-skole. I 2008 fikk Maurice Sinet sparken etter å ha tegnet det redaktøren hans mente var en



Psykologien er blitt stadig mer avpolitisert

antisemittisk tegning. Det fantes altså grenser, også hos Charlie. Tegneren fikk heldigvis seinere erstatning og oppreisning etter å ha vunnet fram i retten. Kjente intellektuelle, med blant annet historiker og psykoanalytiker Elisabeth Roudinesco i spissen, støttet redaktøren. Hun har sjelden vært redd for å si sin mening om politiske spørsmål, og hun har ytret seg fritt blant annet som *Le Monde*-spaltist i mange år. Hun hadde sine grenser. Jeg var sammen med en fransk komiker da han blidt åpnet den utgaven av Charlie Hebdo som hundretusener sto i kø for å kjøpe. Komikeren hadde et avslappet forhold til karikaturen på forsiden. På side to tuller Charlie Hebdo med Søster Emmanuelle, nonnen som ble kalt Frankrikes Mor Teresa. Det lo ikke komikeren av. Han er katolikk.

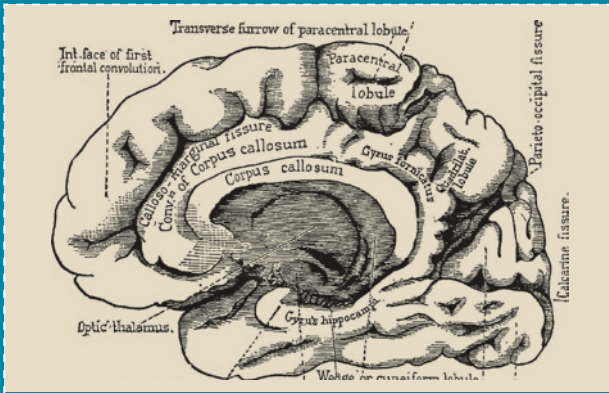
En kulturpsykolog ville kanskje sagt at tegningene i Charlie Hebdo inngår i en pubertetsdiskurs «moderne» samfunn er gjennomsyret av. Vi dyrker det barnslige, det pubertale blir heltemodig. Populismen er ikke langt unna. Angrepet på jøder og på satirikerne i Charlie Hebdo 7. januar handler mest om ideologi og religion, ikke så mye om ytringsfrihet og hva man kan tegne. Vi problematiserer ikke barns rett til skolegang når skolebarn blir massakrert av terrorister. Det franske ukemagasinet *Le Point* hadde et vakkert maleri av Muhammed på forsiden etter Paristerroren. Det er malt for mange hundre år siden. Å avbilde Muhammed har ikke alltid vært blasfemisk. Du finner ikke forbudet i Koranen. Angrepet på Charlie Hebdo handler mer om at en global bevegelse vil bruke Europa som scene for en krig de vil spre mest mulig. De ser ikke ut til å ha så mange skrupler mot å myrde de av oss som ikke deler deres tro. Foreløpig har de drept flest muslimer. Politisk psykologi kan bidra til at vi stiller bedre spørsmål om hva som ligger bak den militære maktkampen.

På twitter i fjor høst foreslo teolog og forkle-feminist Ellen Hageman religionspsykologi som et viktig tema vi burde skrive om i *Psykologtidsskriftet* i 2015. Jeg noterte det, men plasserte det i kategorien interessant og sært. I ettertid er det lett å se at det var en bom. Nå er det vel opplagt for både journalister og psykologer at dette kan være noe av det mest relevante, forutsatt at religionspsykologien kan fungere som aktuell samfunnspsykologi. Noe av problemet er at få psykologer kan religionspsykologi. Er det nok et bevis på at psykologer har meldt seg ut av diskursen om de viktigste utfordringene verden har?

Etterlyst: Kulturpsykologer. Samfunnspsykologer. Religionspsykologer. Kanskje kan disse stemmene bidra til at samtalen etter Paris 7. januar blir mer meningsfull? Som debattansvarlig her i tidsskriftet kan jeg si: #JeSuisUnMicrophone. ✕



FAST LESER: Nadege Missoupe var først i den lange køen av kunder på Place de la République for å sikre seg Charlie Hebdo en uke etter terroren i Paris. – Frihet er verdt å stå opp for, dessuten har jeg alltid hatt sans for humoren i Charlie og i søsteravisen *Le Canard enchaîné*, sa Missoupe til *Psykologtidsskriftet*. Foto: Øystein Helmikstøl



Mindre empati når forklaringa er biologi

Biologiske forklaringar reduserer helsearbeidarar sin empati med pasientane.

Matthew Lebowitz og Woo-young Ahn viste 200 psykologar, psykiatrar og psykisk helse-arbeidarar kliniske vignettar av pasientar med tilstandar som sosial fobi, depresjon eller schizofreni. Nokre lidningar blei forklarte med reine biologiske modellar som handla om gener og kjemiske prosessar i hjernen, andre med psykologiske faktorar som tapserfaringar eller å ha vore utsette for mobbing. Etter kvar vignett skulle helsearbeidarane skåra kjenslene sine i høve til ord som «medfølande», «uroa» og «varm».

Vignettar som blei følgde av biologiske forklaringar, førte til mindre empati enn psykologiske forklaringar gjorde. Dette gjaldt uavhengig av helsearbeidarane sin profesjon. Helsearbeidarane kjente like stor uro i møte med dei ulike forklaringane, så empatien med dei med psykologiske forklaringar kan ikkje vera ein effekt av at psykologiske forklaringar opplevest som meir urovekkande. Effekten blei gjenskap i ein oppfølgingsstudie der pasientane blei ustyrte med forklaringar som blanda biologiske og psykologiske element, men der det eine eller det andre dominerte.

Lebowitz og Ahn meiner effekten kan koma av at biologiske forklaringar har ein avhumaniserande effekt, at pasienten står fram som eit system av interagerande mekanismar. Dessutan forsterkar slike forklaringar inntrykket av at lidinga er permanent, skriv BPS Media Centre.

Kjelde: Lebowitz, M. & Ahn, W. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111 (50), 17786-17790. DOI: 10.1073/pnas.1414058111

Gode tall på terapi mot selvmord

En dansk studie finner at forebyggende behandling hjelper mot suicidale tanker og gjentatte selvmordsforsøk.

Forskerne fant at det forekom 26 prosent færre selvmord fem år etter i en gruppe som fikk samtaleterapi, sammenlignet med deltakere som ikke fikk terapi. Studien ble gjennomført ved Forskningsenheten ved Region Hovedstadens Psykiatri i Danmark.

- Nå har vi bevis for at psykososial behandling - som ikke er medisinsk, men støttebehandlende - er i stand til å forebygge selvmord hos en gruppe med høy risiko for å dø ved selvmord, sier førsteforfatter Annette Erlangsen, ifølge forskning.no.

Opplysninger om over 65 000 pasienter ble brukt i studien, og tallene baserer seg på data fra 1992-2010. Alle hadde tidligere forsøkt å begå selvmord. Forskerne brukte pasientregistre fra åtte forskjellige selvmordsforebyggende poliklinikker og vanlige sykehus i Danmark.

- Våre funn gir et solid grunnlag for å anbefale denne typen behandling hos personer som risikerer å begå selvmord, sier Erlangsen.

Referanse: Annette Erlangsen et al. (2014). Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *The Lancet Psychiatry*, november 2014.

Smart og engsteleg

Det ser ut til å vera ein samanheng mellom høg intelligens og det å vera engsteleg.

Alexander Penney og kollegaer fekk over hundre studentar til å svara på testar som kartla uro, angst, depresjon, grubling (rumination), sosial fobi, grubling på sosiale hendingar i fortida, verbal intelligens og ikkjeverbal intelligens. Deltakarane rapporterte også stemningsleiet sitt i testsituasjonen og angst i testsituasjonar, slik at ein kunne kontrollera for dette.

Dei som engsta seg og/eller grubla mykje, skåra høgare på verbal intelligens (målt med Wechsler Adult Intelligence Scale). Den positive korrelasjonen mellom verbal intelligens og tendensen til å uroa seg var statistisk signifikant (0,19). Saman med målingar av grubling, stemning og testangst blei verbal intelligens berekna til å forklara 46 prosent av variansen i engsting (worry).

Studentane som grubla mykje på sosiale hendingar i fortida, skåra derimot lågare på ikkje-verbal IQ.

Resultata må lesast med varsemnd; dette er ein liten studie med eit ikkje-klinisk utval. Men det finst òg ein klinisk studie frå 2012 som fann korrelasjon mellom engsting og intelligens i ei testgruppe som var diagnostisert med generalisert angstlidning, fortel BPS Media Centre.

Kjelde: Penney, Alexander et al. (2015). Intelligence and emotional disorders: Is the worrying and ruminating mind a more intelligent mind? *Personality and Individual Differences*, 74, S. 90-93. DOI: 10.1016/j.paid.2014.10.005

Fra arkivet: 1986

Styrke og svakhet ved dagens norske psykologi

Som man vil forstå, står psykologiprofesjonen sterkt i Norge. Ved en egen lov er psykologens rettigheter og plikter fastsatt og ca. 1300 psykologer er i arbeid i Norge, og stort sett tror jeg det er riktig å si at de nyter respekt for sitt arbeid. (...) Meget er vunnet i de åtti år som er gått siden de første psykologer begynte sitt arbeid. Psykologiene har ervervet mye nyttig kunnskap – både av vitenskapelig og praktisk art, og den norske psykologstand har i dag flere gode forskere. Med årene er også debatten psykologene imellom blitt preget av større toleranse og romslighet.

Utviklingen har imidlertid ført med seg sider som kanskje ikke er så gunstige, og som kanskje kan bli uheldige for den fremtidige utvikling. I likhet med som har skjedd i U.S.A. og andre land er psykologien blitt splittet opp i en mengde spesialområder. Det gjøres lite for å integrere områdene. I det hele tatt synes det å være liten interesse for å prøve og skape et helhetlig syn på psykologien. Som følge av dette vil sannsynligvis forståelsen og interessen for teoretiske problemstillinger avta. (...).

Et annet trekk som jeg tror er uheldig, er at psykologien nærmest fullstendig har løsrevet seg fra filosofien. Som vi har sett, begynte psykologien som en del av filosofien. I 1928 fikk vi den første rene universitetsstillingen i psykologi, og utover i dette århundret er forbindelsen mellom filosofi og psykologi blitt stadig svakere. Jeg tror løsrivelsen fra filosofien har resultert i en redusert evne hos psykologene til å håndtere store og kompliserte spørsmålsstillinger. Psykologien – kanskje med unntagelse av sensorisk- og nevropsyko-

logi – er av en slik art at den krever evne til å behandle omfattende problemkompleks. For å kunne problematisere sin egen virksomhet og for å drive forskningen fremover er det selvfølgelig nødvendig at psykologer har den evnen.

Et tredje uheldig trekk ved utviklingen er at norske psykologer i for stor grad synes å være blitt avhengig av impulser fra utlandet og da spesielt U.S.A. Mange psykologiske forskere har til og med anlagt det syn at en forskers innsats kan vurderes etter det antall ganger han er sitert av amerikanske kolleger (...). Det er sterke tendenser til at man kaster seg på motebølger og ikke lar sine problemstillinger modnes gjennom en langsom refleksjon. Hvis ingen vil løpe risikoen ved å følge opp særpregede interesser, vil miljøet raskt kunne komme til å bli dominert av flinke jenter eller gutter som bare gjør det som forventes av dem av deres amerikanske (eller engelske) kolleger. (...)

Tross de nevnte tegn på en avtagende selvstendighet i faglige spørsmål er det grunn til å tro at norsk psykologi kan få en blomstring. Det gode nivå man begynner å få i praktisk psykologisk arbeid og den sterke utbygningen man har fått av universitetene, skulle kunne gjøre det mulig for psykologer å veksle mellom praktisk arbeid og forskning. På denne måten burde det kunne skapes en grobunn for et fruktbart vekselspill mellom på den ene side en personlig livserfaring og særpregede interesser og på den annen side impulser fra internasjonal psykologi.

Fra Per Saugstads artikkel «Norsk psykologis historie», februar 1986

– Løsrivelsen fra filosofien har resultert i en redusert evne hos psykologene til å håndtere store og kompliserte spørsmålsstillinger

Inntrykk



Whitakers bok tør å stille ubehagelige spørsmål om medisinerer av personer med psykiske lidelser.

Side 166

Birgit Valla skriver i sin nye bok at feedback fra brukerne må settes i sentrum for å utvikle gode tjenester.

Side 168

Nytt språkverktøy gjør at du kan finne ut av bruken av ulike psykologiske begreper over tid.

Side 169

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

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

ANMELDT

Psykisk sikringskost

Både å forebygge og å avhjelpe psykiske vansker hos barn er viktige oppgaver for de voksne som omgir dem. To nye serier med barnebøker om følelser og psykologi har mye å by på, kanskje først og fremst for disse hjelperne.



ANNE VIBEKE FLEISCHER OG RIKKE MØLBAK
Gyldendals serie
«Psykologi for barn»
Gyldendal Akademisk,
2013

SÅ LENGE JEG kan huske, har jeg vært opptatt av barnelitteratur. Først fordi det var de bøkene som var tilgjengelige for meg, naturligvis – men etter hvert som jeg gikk fram i alder og visdom, la jeg aldri fra meg de bøkene jeg hadde «vokst fra». Etter hvert ble interessen mer distansert og handlet først og fremst om faglig nysgjerrighet på hva som bys førstereisgutter og -jenter på litteraturskuta. Både som litteraturviter og i løpet av de årene jeg var bokhandler, har jeg brukt veldig mye tid på barnebøker.

Da jeg fikk barn og begynte å lese for dem, skiftet interessen ham enda en gang. Det å lese en bok høyt med en fireåring på fanget, og å kjenne barnets anspenthet og den tydelige lettelsen når det går bra til slutt, er vesensforskjellig fra det å analysere den samme teksten intellektuelt. Gjennom nesten et tiår nå har jeg oppdaget og gjenoppdaget barnelitteratur sammen med de fire barna mine – fra de første pekebøkene via billedbøker og eventyr, til kapittelbøker og fantasy. Sistnevnte leses for tida av en niåring som foretrekker tjukke bøker og finner fram på biblioteket på egen hånd. Sjuåringen trenger iblant mye oppmuntring for å komme gjennom leseleksa, andre ganger slukes bøker i rask takt. Femåringen elsker høytlesning av alle slag og hører gjerne det samme eventyret utallige ganger. Og halvannetåringen hviner av glede når han peker på bildet av kua og får bekreftet sin antakelse om at det dyret sier «mø».

ANMELDT AV

Hedda Vormeland,
litteraturviter
og oversetter



SKJØNNLITTERATUR OG SAKPROSA HÅND I HÅND

Faglitteratur kan gi kunnskap om alt mellom himmel og jord. Men skjønnlitteraturen byr på opplevelser, og dermed erfaring nesten uten risiko. Begge deler kan hjelpe barn som strever med vanskelige følelser eller en uholdbar omsorgssituasjon, og i to nye bokverk gjøres det et forsøk på å få sakprosa og skjønnlitteratur til å dra lasset sammen. Gyldendal Akademisk har gitt ut serien «Psykologi for barn», som er skrevet av Anne Vibeke Fleischer og Rikke Mølbak, mens Universitetsforlaget står bak serien «Jenny og Jakob», som er skrevet og illustrert av Arnhild Lauveng.

Ved første øyekast ser de to seriene påfallende ulike ut. Universitetsforlagets serie likner vanlige skjønnlitterære innbundne billedbøker for førskole- og småskolebarn, mens Gyldendal Akademisk har gitt de heftede titlene i sin serie et utseende som kan minne om skolebøker, med avdempet fargebruk og enkle, tegnede illustrasjoner (illustratøren, Claes Movin, er bare nevnt i kolofonen, som et ekstra signal om at hans bidrag har en sekundær funksjon her). Denne serien er oversatt fra dansk og behandler seks temaer (sinnemestring, venn-

skap, sorg, familievold, overvekt, tvangsproblematikk). For hvert tema finnes det to bøker, én beregnet på barn i aldersgruppen 4–8 år og én for aldersgruppen 9–13 år. Visuelle signaler om målgruppe gis ved at bøkene for de største barna er i svart-hvitt, mens bøkene for de yngste har et farget felt nederst på forsiden og fargelagte illustrasjoner både utenpå og inni.

De skjønnlitterære tekstene i «Psykologi for barn» er korte fortellinger (et par tekstsider) med vekslende hovedpersoner. I hver bok er det to gjennomgangsfigurer, én gutt og én jente, som har det til felles at de for eksempel «lever med vold» eller «har tvangstanker og -handlinger» (dette gjøres eksplisitt i undertitlene). Fortellingene gjengir fragmenter av disse barnas hverdag, og gjennom dem forstår vi hvordan barnas/ungdommenes vansker fører til problemer for dem og omgivelsene. I noen tilfeller kan vi se ansatsen til en løsning (barnet tør å fortelle en voksen om det som skjer, eller foreldrene forstår og finner løsninger), men mange av historiene slutter midt i en vond eller vanskelig situasjon. Her skiller bøkene seg fra det meste av skjønnlitteratur for disse aldersgruppene, og bruddet merkes. Da jeg leste høyt om at Rasmus, etter et uhell, får kjeft av faren og

ORD OG BILDER

Arnhild Lauveng har både skrevet og illustrert Jenny og Jakob-serien. Illustrasjonen er hentet fra omslaget til boka *De blå elgers skog*



ARNHILD LAUVENG
Jenny og Jakob-serien
Universitetsforlaget,
2013



blir stengt inne i hageskuret, utbrøt andreklassingen min fortørnet: «Det burde jo ikke slutte sånn, da!»

Småbarnsbøkene åpner med en instruks til oss voksne. Vi får beskjed om å lese forord og etterord, først deretter skal vi lese historiene sammen med barnet. Forordet gir veiledning om bruken av boka, ikke minst om spørsmålene som er plassert nederst på hver side i bokas skjønnlitterære del. Den voksne høytleseren oppfordres til å spare spørsmålene til slutt, eller til neste gang, dersom barnet vil ha historien ferdig lest uten avbrytelser. Muligheten for at barn og voksne sammen kommer på helt andre spørsmål, nevnes også. I forordet til flere av titlene understrekes det at det ikke finnes «riktige eller gale svar» på disse spørsmålene. Dette er viktige kommentarer, for det å veve spørsmål til samtale inn i en løpende tekst er vanskelig å få til på en god måte. Barn sosialiseres til nettopp å lete etter riktige svar, så spørsmålene må være svært generelle og åpne dersom de skal føre til noe mer og bedre enn at barnet reproducerer teoretisk kunnskap. I tillegg kan spørsmålene peke ut bestemte detaljer og dermed overskygge andre, som kanskje ville vært vel så fruktbare for et gitt barn. Flere av spørsmålene i disse bøkene er gode, men litt for mange er ja/nei-spørsmål som ikke inviterer til dialog.

I bøkene som er beregnet på de eldre barna, blir ikke de skjønnlitterære tekstene avbrutt av spørsmål, men i en egen del etterpå får leseren et drøftingsgrunnlag til hver historie, enten med en kortfattet oppsummering av historien fulgt av spørsmål, eller med bare spørsmål. Noen av bøkene har også forslag til klasseoppgaver.

I alle bøkene for begge aldersgruppene i «Psykologi for barn» er det et fyldig etterord beregnet på den voksne leseren, hvor temaet for boka forklares, det foreslås strategier og gis eksempler. I boka *For alltid og aldri mer – William og Anna sørger* står det i forordet at «Etterordet bakerst i boken er for de voksne som skal støtte barna.» (side 7, min uth.) Dette understreker hvem målgruppen er, noe forlaget også er inne på i sin presentasjon av bøkene: «Serien henvender seg til deg som ønsker å forstå og hjelpe barn som har det vanskelig.» (fra forlagets nettsider, min uth.) Bøkene er altså beregnet på voksne som ser et problem og vil hjelpe barnet med å finne en løsning, men skal også være et verktøy for barnet i samspill med den voksne. Bøkene er med andre ord et middel, ikke et mål i seg selv. Det er først og fremst samtale med den voksne som skal hjelpe barnet til å reflektere over sin egen situasjon og ta imot støtte for å arbeide fram forandring.

FABEL OM FØLELSER

Universitetsforlagets bøker om Jenny og Jakob har et helt annet visuelt uttrykk enn Gyldendals serie. De sju bøkene har fargesterke, nesten glørete omslag, hvor en naivistisk illustrasjon vies mest plass, over boktittelen i en farge som matcher illustrasjonen. Temaene overlapper til dels med dem som tas opp i «Psykologi for barn» (engstelse, selvfølelse, sorg, sjalusi og misunnelse, kognitive teknikker, forandring, ansvarsfordeling mellom barn og voksne). Men der barna i eksempelfortellingene i de danske bøkene har problemer som åpenbart hører hjemme i hjelpeapparatet, handler Jenny og Jakob-serien med forlagets ord om «helt vanlige følelser». Det er et tydelig prosjekt for disse bøkene å ufarliggjøre og avdramatisere følelser, både hos barn («Alle er redde av og til. Alle barn, alle voksne, alle kaniner, alle er redde av og til.») og voksne («et generelt råd kan være å fokusere mer på konkrete, hverdagslige utfordringer barnet,

og omgivelsene, opplever, enn på å finne ut av hva 'som er galt'»).

I bøkene i Jenny og Jakob-serien er det en sammenhengende fortelling som utgjør den skjønnlitterære delen, fulgt av en «faktatekst for barn» og en «fagtekst for voksne». Fortellingen har én tekstsider og én helsides illustrasjon på hvert oppslag. Teksten åpner for ulike lesninger – av en voksen leser kan den oppfattes som en realistisk fortelling om Jenny og kosekaninen Jakob, men med avstikkere inn i Jennys fantasiverden, hvor Jakob kan snakke og bevege seg, og hvor det dukker opp underlige vesener som forklarer de to vennene om følelser. Men samtidig er fortellingene en slags fabler, etter fremmedordbokas definisjon en «kort fortelling på vers el. prosa som allegorisk anskueliggjør en praktisk leveregel ved at dyr, planter el. livløse ting opptrer talende og handlende». I Arnhild Lauvengs bøker møter vi (i tillegg til en talende og handlende tøykanin) blant annet en tankefisk, en fargofant, en drømmeløve og flokker av glemmefrosker. Fortellingene er bygd opp over samme lest, nærmest som eventyr, med en formelaktig innledning: Hver bok åpner med samme illustrasjon (Jenny og Jakob hånd i hånd) og setningen «Jenny og Jakob er bestevenner.» Resten av teksten på det første oppslaget er variasjoner over en beskrivelse av forholdet mellom dem – at de alltid er sammen, at de liker å leke sammen, at de sovner sammen hver kveld. Først på neste side begynner fortellingen. Også den følger en kjent mal – Jenny og Jakob har et prosjekt, det oppstår problemer, løsningen kommer, harmonien er gjenopprettet. Men samtidig peker fortellingen videre, for når Jenny har fått hjelp til å håndtere en vanskelig følelse (fargofanten Busjram blåser bort gråsugerne som fikk henne til å føle seg liten og dum, spesialstorken Edward spiser glemmefroskene som fikk henne til å glemme alle gode ting), får hun samtidig beskjed om at hun også må lære å klare seg selv – og noen tips om hvordan hun kan klare det.

Gjennom hele den skjønnlitterære teksten er fortellerstemmen lojal mot Jennys univers, selv om det iblant nevnes at Jakob ikke snakker eller spiser når mamma og pappa er til stede. Men i faktateksten til slutt brytes denne illusjonen, og forfatteren henvender seg direkte til barna med en utlegning av liknelsen: «Jeg tror Jenny og Jakob sovnet (...) og at de drømte at de var i skogen og møtte tankefisken. For jeg

tror egentlig ikke at det går an å snakke med andre menneskers tankefisker. Jeg tror faktisk ikke at mennesker *har* tankefisker, ikke ordentlige, svømmende fisker, ikke inne i hodet. Nei, det går ikke, ikke på ordentlig.» Forfatteren tar her tydelig plass som formidler, men i en høytlesnings-situasjon låner jo den voksne leseren ut sin stemme til Lauveng, og på den måten inviterer hun alle voksne med på sin aksjon for å betrygge og oppmuntre barn. Budskapet er som tidligere nevnt tydelig og oppbyggelig: Alle har mange forskjellige følelser, det er helt i orden; av og til er noe vanskelig, da kan det hjelpe å tenke lurt og/eller snakke med en voksen.

Begge de to bokseriene forutsetter som vi ser at barnet har minst én trygg og nærværende voksen. Men begge seriene kan også bidra til å skaffe barn som strever, slike livsnødvendige hjelpere, både ved å fortelle barna at det nytter å be om hjelp, og (ikke minst!) ved å gjøre barnas «førstelinjevoksne» tryggere. I Gyldendals serie er det etterordet som er klart sterkest. De skjønnlitterære skissene er både språklig og litterært sett nødtørftige, og teksten skjennes av smitte fra dansk (ett representativt eksempel: Det er lett å gjette at den forunderlig forbeholdne setningen «Jeg skal nok være der hele tiden» fra en omsorgsfull nabo til ei jente som trenger hjelp, skyldes at en likelydende setning på dansk er en betryggende forsikring). Men etterordene gir nøktern og god informasjon til voksne som ønsker å hjelpe – relevant og rett på sak, og med mange eksempler og gode råd. På samme måte gir Arnhild Lauvengs fagtekster for voksne matnyttig informasjon og en og annen aha-opplevelse. Samtidig er barna i mindre grad avhengig av den voksne i møtet med hennes bøker, hvor den skjønnlitterære historien bærer et helt eksplisitt budskap – inkludert forslag til løsninger.

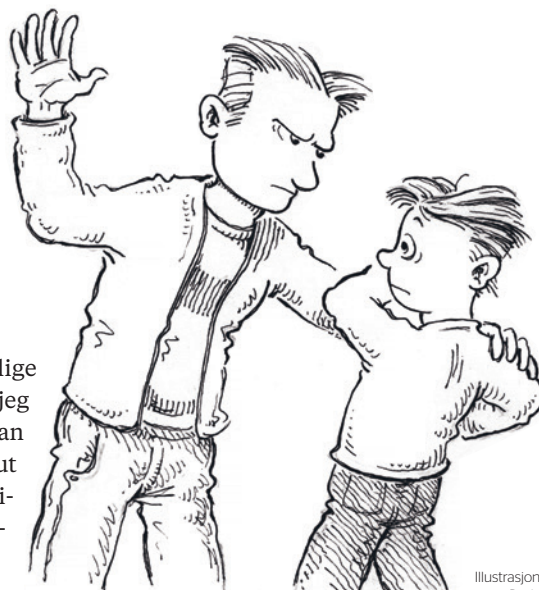
Jeg er overbevist om at ingen før- eller småskolebarn vil velge en av titlene i «Psykologi for barn» til fornøyelseslesning. Det forhindrer ikke at bøkene kan fungere etter hensikten, men de gjør det bare hvis en voksen vil det. Teksten i Lauvengs «Jenny og Jakob»-serie kunne vært mer gjennomarbeidet (et talende eksempel: et par steder bytter kosekaninen plutselig navn), men bøkene appellerer til barna med fargesterke illustrasjoner og gjenkjennelige problemstillinger. Og sammenliknet med Gyldendals serie får barna mer igjen for investeringen når de har blitt kjent med Jenny og Jakob, ettersom de får møte igjen de samme figurene i hver bok i serien. Det er med andre ord tydelig at disse to seriene vil ha noe ulikt bruksområde. Universitetsforlagets bøker er de som fungerer best skjønnlitterært, de kan brukes forebyggende og gjerne leses i sammenheng, og de kan også antakelig med hell brukes i for eksempel barnehager. «Psykologi for barn» krever tettere oppfølging både i høytlesningssituasjonen og i etterkant, de er primært tenkt brukt for å løse problemer, og det er usannsynlig at man vil lese hele serien for et barn. »

SKATTEJAKT MELLOM TO PERMER

Jeg nevnte innledningsvis at barna mine befinner seg på forskjellige stadier på veien mot å bli voksne lesere. Det er halvannetåringen jeg vil hente fram igjen her, fordi det er så fascinerende lett å se hvordan han bruker bøkene i det altoppplukende prosjektet sitt: det å finne ut av hvem han er i verden. Stadig sammenlikner han sine egne omgivelser med det han finner på boksidene. Ser han en hund, er reaksjonen den samme enten hunden er et fotografi, en tegning eller et vesen av kjøtt og blod – da peker han og sier (for et par måneder siden

”

Jeg er overbevist om at ingen før- eller småskolebarn vil velge en av titlene i «Psykologi for barn» til fornøyelseslesning



Illustrasjon fra bokserien «Psykologi for barn»

”

Til sitt bruk er det fint og matnyttig, men det gjør også at de skjønnlitterære innslagene blir tynget ned av nyttelast

spørrende, nå med stadig større myndighet): Vau-vau! Da en av søstrene hans var på samme alder, leste vi for n-te gang en kartongbok om å kle på seg. Boka, *Lille Leo kler på seg*, er nærmest en pekebok. Den lille pjokken boka handler om, får på seg bleie, body, sokker, trøye og bukse. Senere samme dag kom datteren min trekkende med et plagg hun hadde dratt ut av en skuff. «Har du funnet en body?» sa jeg og gjentok: «Det er en body. Body.» Jeg kunne nesten se tannhjulene begynne å snurre i hodet på henne, hun ble veldig travel og for omkring. Da hun fikk øye på Leo-boka, pekte hun og sa: «Den!» Vi åpnet boka og fant igjen tegningen av bodyen, noe hun ble så glad for at hun lo høyt. Akkurat samme fryd ser vi hos lillebroren nå når han ser at et barn i en bok har en ball, og straks begynner å lete etter sin egen.

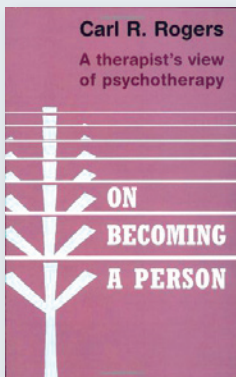
Mine barns vei inn i bøkens verden kan illustrere at det å hente kunnskap fra litteraturen ikke er noe små barn trenger å lære – det faller dem naturlig, det er en uunnværlig del av deres litterære liv. Og behovet for å trekke linjer fra litteraturen til den fysiske virkeligheten oppstår altså samtidig som og sammen med det vi kanskje kan kalle ufiltrert litteraturliglede – fryden over rytmer og rim, behovet for å få vite *hvordan det går*, øyeblikkets nytelse.

I lys av barnas iver etter å hente de skattene som er gjemt i barneøkene, kan man fristes til å tro at det er enkelt å putte svaret i en barnebok, bare man vet hva spørsmålet er. Men slik er det naturligvis ikke – nettopp på grunn av iveren og det indre drivet. Barna venter ikke på veiledning – de er uforutsigbare som Askeladden, de har med seg sitt eget liv til bøkene og henter ut akkurat det som passer dem. Bibelens liknelser har som regel én kanonisk lesning, men et barn kan komme til å overse farens glede når den bortkomne sønnen kommer hjem igjen, og i stedet bli forarget på den trofaste storebrorens vegne. På samme måte kan en detalj vi voksne nesten overser, for et barn overskygge hele resten av fortellingen: Hvor ble det egentlig av det kosedyret etterpå? Klarte barna å dele godteriet helt likt? Dermed må kanskje bøker som er ute etter å skape en bestemt endring, legge ganske tydelige føringer for hvordan de skal brukes. Begge de seriene jeg har sett på, kommer med et eksplisitt budskap. Til sitt bruk er det fint og matnyttig, men det gjør også at de skjønnlitterære innslagene blir tynget ned av nyttelast. Et barn som sliter med vanskelige følelser, kan antakelig få vel så mye ut av å lese et rent skjønnlitterært verk. Det finnes mengder av gode barnebøker om sorg, sinne, frykt, vold, sjalusi, mobbing og så videre, men det krever innsats å finne den rette i hvert enkelt tilfelle. De omtalte bokseriene kan dermed bli en fristende smørbrødtype å velge fra, men de bør ikke fortrenge skjønnlitteratur som gir leseren mer rom for medskapning.

Budskapet til den voksne er som vi har sett viktig, fordi det er den voksne som skal veilede barnet. Men den voksne må også ta ansvar for å vurdere hva hvert enkelt barn trenger og tåler. Når bøkene skal være et verktøy for å hjelpe barn med til dels alvorlige psykiske problemer, ligger det i sakens natur at det ikke nødvendigvis blir særlig lystig lesning. Men når en småbarnsbok om sorg inneholder fortellinger ikke bare om at en elsket hund må gis bort, men også om at et nyfødt barn dør uventet, er det åpenbart at det trengs et voksenfilter. Både «Psykologi for barn» og «Jenny og Jakob» kan gi verdifull hjelp til barn som strever. Men begge serienes viktigste bidrag er at de tilbyr foreldre og lærere «hjelp til barnehjelp». Dette er en slags psykologiens posesuppe – hvor vannet som må tilsettes, er en klok og trygg voksen. ❌



KLASSIKEREN



Carl R. Rogers, *On becoming a person.* *A therapist's view of psychotherapy, 1961*

På 50 år har ikke forskningen om gunstige terapeutegenskaper kommet lenger enn det Rogers klarte, skriver Helene Nissen-Lie.

Jeg ble tidlig interessert i psykoterapi som student. På grunn av lang ventetid for å komme inn på det som het embetsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo, dro jeg til London og studerte der, og kom tilfeldigvis over bøkene til Carl Rogers. Jeg ble grepet av hans *On becoming a person* fra 1961, som jeg satt og leste på biblioteket. For en bok! Det var befriende lesning; vakert, klokt og for meg et innblikk inn i en ny måte å tenke om mennesket på. Et dypt humanistisk syn der menneskets frihet, subjektive opplevelse, valg, og betydningen av aksept, står sentralt. Rogers får det hele til å henge sammen, også med terapi, og terapeutens grunnleggende holdninger om *aktelse*, *empati* og *ekthet*, som kan høres enkelt ut å få til, men som er alt annet. Min videre vei i psykologien har vært psykoterapiforskning – og vi kan kanskje si at på 50 år har ikke forskningen om gunstige terapeutegenskaper kommet lenger enn det Rogers klarte. Det er ikke noe dårlig skussmål.

*Helene Nissen-Lie utfordrer Margrethe Seeger
Halvorsen til å ta stafettpinnen videre.*

Ferskvare



I et nøtteskall

Tidligere fagredaktør i Psykologtidsskriftet, Pål Johan Karlsen, er aktuell med ny bok på Flux forlag: **Psyko-**

logi i et nøtteskall. Hvorfor er vi som vi er og gjør som vi gjør? spør forfatteren i denne boken. Ved å forsøke å se andre innenfra og oss selv utenfra, kommer vi nærmere en større forståelse av både andre og oss selv. Forfatteren beskriver psykologiske fenomener samt aktuelle tenkeres og forskeres tilnærming til det kompliserte samspillet mellom mennesker. Denne boken er ment å gi leseren et utgangspunkt for – og et ønske om – å vite mer om psykologiens verden.



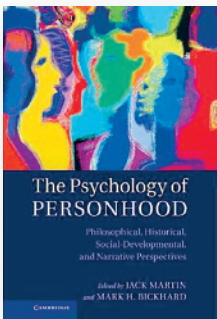
Å vende tilbake

Regissør Henrik Martin Dahlsbakken er aktuell med en ny film om psykiske følger av krigstraumer. I **Å vende tilbake**

møter vi den nylig hjemvendte soldaten Einar (spilt av Ingar Helge Gimle), som har tjenestegjort i Afghanistan over en lengre periode. Hjemme venter den sengeliggende konen Anna (spilt av Lia Boysen) og deres to tenårings sønner Oscar og Fredrik (spilt av Åsmund Høeg og Fredrik Grøndahl). Dahlsbakken belyser menn sin stille lidelse, og en families skadeskutte hverdag i møte med fars problemer. Når de to guttene bestemmer seg for å reise ut på leting etter faren som ikke vender tilbake fra jakt, stilles det høye krav til barnas egen psyke og deres brødreforhold. Filmen hadde premiere i slutten av januar.

Den fraværende personen

Personen er en nærmest uhåndterlig størrelse i psykologisk teori, forskning og praksis, hevder forfatterne av denne boken.



MARTIN, J., BICKHARD, M. H. (RED.) *The Psychology of Personhood. Philosophical, Historical, Social-Developmental, and Narrative Perspectives* Cambridge University Press, 2014

ANMELDT AV

Anna Luise Kirkengen, professor i allmennmedisin ved Allmennmedisinsk forskningsenhet Trondheim (NTNU) og Institutt for samfunnsmedisin ved UiT, Det arktiske universitet Tromsø

DENNE ANTOLOGIEN OMFATTER tolv kapitler som belyser filosofiske, historiske, sosiale, utviklingsmessige og fortellingspregede aspekter av *Personen* eller personstatus. Kapitlene er skrevet av til sammen 15 fagpersoner fra filosofi, psykologi og pedagogikk.

Redaktørene opplyser i bokens forord at *Personen* utrolig nok ikke har hatt en sentral plass i de siste 100 til 150 år av psykologifagets historie. Boken er derfor en samling av bidrag fra fagpersoner som vil fremheve dagens økende interesse for personen ved å belyse dennes aspekter – ikke i reduserende forstand som «mentalt liv», «adferd» eller «nevrofysiologiske prosesser», men som levende mennesker med sine hverdagslige opplevelser, formål og livsprosjekter.

Til tross for bokens formål er dens forståelsesramme i utgangspunktet klassisk dualistisk: kunnskapsobjektet «psyken» har ikke kroppen som forutsetning og uttrykkfelt når det skal drøftes hva en person er. Boken er derfor også en metakommentar til psykologifagets grunnlagsproblem, nemlig det epistemologiske skisma som er iboende i faget. Den tematiserer hvordan faget psykologi, som har «mind» og ikke «matter» som sakfelt, i sin streben etter å bli vitenskap ble mer og mer preget av et naturalistisk episteme. Faget utforsket «mind» som om det var «matter». Dermed forlot det samtidig sin opprinnelige interesse for personen i dennes sosiale kontekst, til fordel for objektiveringen av psykens aspekter. Da kunne fagpersonene ved kontrollerte eksperimenter studere psyken i laboratorier etter naturvitenskapelige metodologier – atskilt fra enhver sosial kon-

tekst. Personen gled derved ut av psykologiens synsfelt og faglige horisont.

PERSONEN - ET SÆREGENT BINDELEDD

Sentralt i bokens drøftinger er at ordet *Person* betegner mennesker forstått som sosiale vesener som er medlemmer av et moralsk fellesskap. Som sådant har konseptet *Personhood* eller *Personstatus* en vesentlig betydning i religiøse, politiske, juridiske og pedagogiske kontekster. Personer kjennetegnes altså ikke bare av sine kroppslige og adaptive evner, men også av sin selvfortolkning og sitt sosiokulturelle bidrag til sitt samfunns normer og strukturer. Personen angår altså naturvitenskapen, samfunnsvitenskapene og humaniora. Den er nemlig et biologisk-kulturelt hybridvesen og bindeleddet mellom den biofysiske og den sosiokulturelle verden.

Bokens konsept og «budskap» er svært bemerkelsesverdig for meg som lege. Det bekrefter nemlig noe jeg også observerer i mitt eget fag, medisinen. Som i psykologien er også medisinen forståelsesramme for mennesket subjektløs. Følgelig mangler psykologien, som medisinen, et konsistent teoretisk grunnlag for å ha et begrep om, og å forholde seg til, personen i terapeutiske møter. Grupper av fagpersoner både i medisinen og i psykologien forsøker å gjeninnføre personen. Miljøene gir uttrykk for en økende bevissthet om at det sosialt og kulturelt situerte subjektet, personen som en moralsk aktør i sin tid og samtid, er uunnngåelig i begge fagene. Både legevitenskapen og psykologien nærmer seg erkjennelsen av at etikken er selve premisset for adekvat kunnskap om

mennesket. Etikken bør komme foran epistemologien. Det innebærer at kun rammeverk som også er sensible for sosiokulturelle, relasjonelle og historiske forhold, er adekvate for forståelse av hva mennesker er. Og bare metodologier som kan favne verdi- og symbolsystemer, er egnede forskningsansatser til å bygge kunnskap om mennesker.

PERSONEN - EN SENTRAL FORUTSETNING

I psykologifagets historiske utvikling ble derimot vitenskapelig observasjon av dyrs atferd behaviorismens bidrag. Slutninger trukket på grunnlag av dyreatferd ble overført på menneskeatferd og brukt til å introdusere atferdskorrigerende metoder i ulike behandlingstilstander. Parallelt med dette ble psykometri et sentralt kunnskapsregime. Den skulle gjøre personlighet – ordnet i en typologi av trekk slik som ekstroverthet eller nevrotisme – målbar basert på såkalte batterier av standardiserte spørsmål.

Vår tids bevegelse i psykologien, og da spesielt kognitiv psykologi, overskrider teoretisk behaviorismens horisont ved å ta aspekter av selvet, slik som selvrespekt, selvforståelse og selvutvikling, i betraktning. Samtidig lener den seg sterkt til konsepter av mennesket som en prosessor av informasjon eller et nevralt nettverk. Her må personen igjen vike, men nå for computertenkning slik som «koding, gjenkalling, lagring» etc. Det fører til at forskere i nevrovitenskapene nå snakker som om en persons tanker, erfaringer og handlinger *egentlig* er prosesser i bestemte, antatt autonome, hjernedeler.

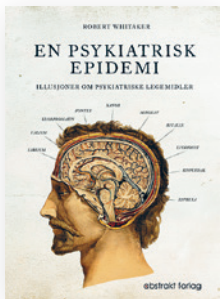
Psykologiens historie – fra mentalisme via behaviorisme til kognitivisme – fremstår som en rad med forsøk på å redusere personer til noe målbart og observerbart. Først nå ser det ut til at tiden er inne til å gjenopplive a «psychology of personhood», en personens psykologi. Forfatterne av denne boken er advokater for «the importance of the person as a concept that is necessarily central to the development and maintenance of any viable psychology». Bokens nav er, slik jeg oppfatter det, denne viktige erkjennelsen: at en levedyktig psykologi trenger en forståelse av personen. Fra mitt eget faglige ståsted kan jeg ikke bare slutte meg til forfatternes credo, men utvide det uten forbehold: også en levedyktig og bærekraftig medisin forutsetter denne anerkjennelsen. Behandlingsfagene møtes i *Personen*. Og i hvert faglige møte er behandlerne selv alltid og uunngåelig til stede som personer. ❌



Psykologiens historie fremstår som en rad med forsøk på å redusere personer til noe målbart og observerbart

Myten om en kjemisk ubalanse

Er behandlingen verre enn lidelsen?



ROBERT WHITAKER
En psykiatrisk epidemi. Illusjoner om psykiatriske legemidler
 Abstrakt forlag, 2014

I STUDIETIDEN JOBBET jeg i «psykiatrien», både på langtidsavdelinger og akuttpost. Som fersk psykologistudent gjorde det inntrykk å tre inn i en verden av kriser, galskap, tvangstiltak og institusjonelle rutiner. Det var fortvilende å se runddansens av akuttinnleggelser, utskrivninger og reinnleggelser. Behandlingen disse menneskene fikk, ga ikke alltid mening. Mange av pasientene fortalte at de ikke ønsket å gå på medisiner. Hva handlet dette om?

Vitenskapsjournalisten Robert Whitaker har lurt på det samme. I dokumentarboken *En psykiatrisk epidemi*, med undertittelen *Illusjoner om psykiatriske legemidler*, hevder forfatteren at «den psykofarmakologiske revolusjonen» den psykiatriske vitenskapen har sett de siste 60 årene, har vært med på å skape en epidemi av psykisk syke voksne og barn i USA. Bokens formål er å vise hvordan veksten i psykiske lidelser og den økte bruken av psykofarmaka er utsiden og vrangsidene av det samme problemet.

EVIDENSJAKTEN

Det er først og fremst langtidsvirkningene av psykofarmaka forfatteren er kritisk til. Effekten av vår tids psykiatriske legemidler, som Prozac (Fontex), Cipralax, Valium, Zyprexa, Risperdal, Ritalin, med mer, får gjennomgå. Gjennom et rikt forskningsmateriale, nytt og gammelt, longitudinelt, komparativt og en rekke placebo-studier, belyser forfatteren virkninger og bivirkninger av medisiner. I tur og orden undersøker han gruppedata om behandlingsutfall for personer med diagnosene schizofreni, angst, depresjon, bipolar lidelse og ADHD. Han finner at ulike former for psykofarmaka kan være hensiktsmessige i korte perioder, men både vane-

dannende og skadelige i langtidsbehandlinger. Dette poenget holder vitenskapsjournalisten hardt tak i og rister det intenst framfor øynene til leseren gjennom bokens 400 sider.

I boken veves et historisk bakteppe av forklaringer på utbredelsen av psykiatriske legemidler i vår tid. Forfatteren beskriver en veldig optimisme på medisinenes vegne i forrige århundre, hvor forskere lette etter mirakelkurer for de psykiske lidelsene, inspirert av oppdagelsene av en rekke kurer for fysiske lidelser. Han forteller om en truet profesjonsidentitetskamp i tospann med en pengesulten legemiddelinndustri, om snedig markedsføring og salg. Spesielt interessant er Whitakers blikk for måten historien om psykiske lidelser har blitt fortalt på. Han kritiserer ideen lansert på 50–60-tallet om at psykiske lidelser skyldes en «kjemisk ubalanse» i hjernen. Den biologiske forklaringen av lidelsene forble ukjent, samtidig som metaforen om en «kjemisk ubalanse» levde videre.

Whitaker fremmer, kort fortalt, en teori om at psykiatriske legemidler fungerer ved å forstyrre de homeostatiske mekanismene i hjernen. Ifølge forfatteren skapes alvorlige, og tidvis kroniske, bivirkninger gjennom at medikamenter blokkerer nervebaner som tidligere fungerte normalt. Teorien om at middelet skaper problemene, gjentas igjen og igjen i boken. Forfatteren setter ikke sitt lys under en skjeppe – noe boktittelen vitner om. Ifølge Whitaker kan langtidsbruk av antidepressiver utløse mani, antipsykotika utløse psykoser og benzodiazepiner utløse sterk angst. Overraskende for meg var hypotesen om at langtidsbruk av ADHD-medisiner, og antidepressiver for barn, kan utløse andre og mer alvorlige lidelser, for eksempel bipolar lidelse. En diagnose jeg får

ANMELDT AV

Ida Holth, fagredaktør
 i Psykologtidsskriftet

opplyst at én av 40 amerikanere har i dag, mens lidelsen i tidligere tider var svært sjelden.

PERSONLIGE BERETNINGER

Innimellom gjennomgangen av forskningslitteraturen maler forfatteren et levende bilde av de menneskene forskningen jo til syvende og sist handler om. Whitaker har møtt en rekke personer med rystende og dypt tragiske historier å fortelle. De personlige beretningene blir narrativer om medisinbruk og påfølgende utvikling av kroniske plager. Som et fortellerteknisk grep fungerer det godt. Fortellingene gir leseren en pause fra tallenes tale, og levedegjør de selvsamme dataene. Eksempler på personer som har hatt utbytte av medisiner over lengre tid, vies imidlertid liten oppmerksomhet i boken. Jeg savner her mer nyansering av årsaker, behandlingsforløp og utfall for ulike personer med forskjellig problematikk.

NORSK KONTEKST

Selv om boken er oversatt, og enkelte steder tilpasset norske forhold, spør jeg meg i hvilken grad de amerikanske dataene er overførbare til Norge. Alt synes mer ekstremt over dammen – den biomedisinske modellens tilsynelatende dominans, de raske løsningene og de tette båndene mellom forskning og forretning. I Norge fraråder Helsedirektoratet langtidsbruk av benzodiazepiner. Fagmiljøer har viet oppmerksomhet til negative konsekvenser av antidepressiver, som depresjon og selvmord. Samtidig vet vi for eksempel at bruken av antidepressiver øker i befolkningen, også blant unge (www.helsedirektoratet.no). For meg var kapitlene om virkninger av antipsykotisk medisin og behandling av barn med psykofarmaka

de mest oppsiktsvekkende. Beskrivelsen av hvordan amerikanske fosterhjemsbarn og barn fra fattige kår blir behandlet med medisin fra ung alder, er urovekkende lesning, og kan fungere som et varsko i en norsk kontekst.

MOTSTRØMS

Som ekstravakt møtte jeg pasienter som brått hadde sluttet med medisiner og blitt psykotiske, såkalte «svingdørspasienter». Ifølge de forskerne Whitaker lener seg på, skyldes psykosen deres mest sannsynlig en hypersensitivitet for dopamin, forårsaket av langtidsmedisinering. For en leser med begrenset kunnskap om psykiatriske legemidler er det ikke godt å vite om denne forklaringsmodellen kan være troverdig. Whitaker har blitt kritisert for å blande sammen årsak og korrelasjon. Fører virkelig de medikamentene som var ment å hjelpe for en lidelse, til lidelsen? Enkelte deler av argumentasjonen fremstår så motstrøms at jeg følgelig begynner å lete etter motargumenter. Kan så mange ta feil? Boken er like fullt viktig fordi forfatteren tør å stille de ubehagelige spørsmålene knyttet til medisinering av personer med psykiske lidelser, samtidig som han kaster et skarpt og kritisk lys over interessene som har ligget bak utviklingen av medikamenter. *En psykiatrisk epidemi* er et stykke moderne psykiatrikritikk. Splitter den mer enn den bygger bro? Kanskje skylder vi pasientene å komme mer til enighet om hva som er god behandling over tid, enn slik feltet ser ut i dag. Avslutningsvis berøres alternative behandlingsformer for psykiske plager, for eksempel et behandlingsprosjekt i Tornio i Finland med gode resultater. Gjennom beskrivelsen av dette behandlingsopplegget slår forfatteren til sist et slag for intensiv, teambasert familierapi. ✕



Boken er viktig fordi forfatteren tør å stille de ubehagelige spørsmålene knyttet til medisinering av personer med psykiske lidelser

Mener psykologene må gi fra seg makt

Vi behandler stadig flere pasienter, men kvaliteten på tilbudene diskuteres. Valla mener feedback fra brukerne må settes i sentrum for å utvikle gode tjenester.



BIRGIT VALLA *Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre* Gyldendal Akademisk, 2014

I BOKA VIDERE, med undertittelen *Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*, viser Birgit Valla tydelig sin misnøye med dagens psykiske helsetjenester. Om ikke tjenestene utvikler seg vil de ifølge Valla lide samme skjebne som «WAP» – et monokromt mobilt internett som raskt ble overgått av smart-telefonen, fordi folk etterspurte bilder og farger. Helsevesenets «smart-telefon» er brukermedvirkning og feedback, som må til for å oppnå lærende og mer horisontale tjenester, mener Valla.

Boka er bygget opp rundt Vallas egne kliniske erfaringer samt suksesshistorien om Familiehjelpa i Stange Kommune, en tjeneste Valla som psykolog og leder har utviklet fra bunnen. Bokstavelig talt, ettersom tilbakemeldinger fra de som mottar hjelpen, etter forfatterens syn er det viktigste premisset for god helsehjelp og går som en rød tråd gjennom boka. Denne overbevisningen sammenstilles jevnt over med solid faglig argumentasjon, og det er spesielt interessant å lese delene hvor forfatteren går i dialog med forskere som Bruce Wampold og Scott Miller.

PEKER PÅ SVAKHETER

Boka kan grovt deles opp i en diskusjon om terapiforskning, gjennomgang av feedbackinstrumenter, eksempler på hvordan klinikere og organisasjoner kan forbedre seg, samt en siste del med lange tanker om de psykiske helsetjenestene.

Det er lett å nikke anerkjennende til mye av kritikken fra Valla, for eksempel er det velkjent at de fleste klinikere rangerer seg selv som flinkere enn gjennomsnittet. Dette overmodige selvbildet får et mer alvorlig skjær i lys av forskningen Valla trekker frem om negative effekter av terapi, og det at det ikke står så godt til med resultatene i klinikken som vi liker å tro. Valla beskriver også det hun mener er et nesten parodisk metodevelde, diagnostisering som stigmatiserer og en snever fortolkning av evidensbasert kunnskap. Alle disse skjevhetene, enten de gjelder for terapirommet eller for tjenestene, kan og bør ifølge Valla korrigeres ved hjelp av systematiske tilbakemeldinger fra brukerne.

Så hvorfor gjøres ikke dette, utover de spredte brukerundersøkelsene som Valla mener er for få og for usystematiske? Ifølge Valla er psykisk helse et felt med høy grad av «ekspertstyring, med et tydelig profesjonshi-

”

Jeg opplever fremstillingen til Valla som et viktig pionérarbeid, men hvor brukermedvirkning blir svaret på alt

ANMELDT AV

Tage Wester, psykolog og skribent

erarki og kunnskapshierarki». Valla mener psykologene i for liten grad utfordrer «sykdomsmodellen» og det rådende kunnskapsparadigmet. Dersom tilbakemeldinger fra klientene skal få gjennomslagskraft, må fagfolk «tåle å bli mindre viktige og tåle usikkerhet om hva som vil være til best hjelp for den enkelte» (s.79).

KARIKATUR AV SPESIALISTHELSETJENESTEN

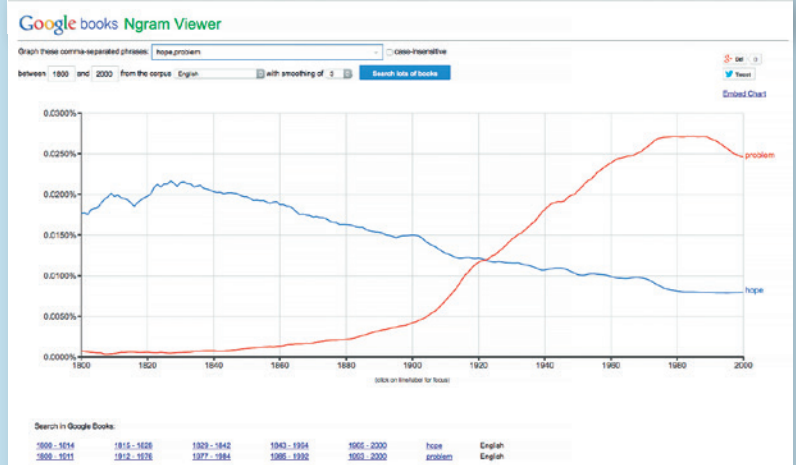
Jeg er enig med forfatteren i at det strider mot både forskning og sunn fornuft å systematisk neglisjere tilbakemeldinger fra brukerne av tjenestene. Påstanden om at psykisk helsevern har mye igjen for å bli en lærende organisasjon, er dessuten en underdrivelse, for bare de færreste avdelinger utfører i dag systematisk måling og evaluering utover det som er pålagt. På tross av dette opplever jeg til tider at bokens kritikk av spesialisthelsetjenesten fremstår karikert. For eksempel er min erfaring at en «bio-psykososial» tenkemåte i hovedtrekk står sterkere enn det Valla avfeier som «sykdomsmodellen». I arbeidet med dødelige sykdommer som spiseforstyrrelser og akutte forbigående hjerneorganiske tilstander som delir tror jeg videre det kan bli farlig om det ikke anerkjennes at medisinsk systematikk og psykologfaglig ekspertkunnskap bør ha forrang. Dessuten virker det for meg som at Valla ikke ser muligheten for å ha to tanker i hodet samtidig, idet hun avviser at en diagnostisk prosess kan være både et allianseskapende samarbeid og noe pasienten opplever som nyttig.

I tillegg er det langt fra sikkert at et bruker-samarbeid som fungerer i førstelinje vil være like velegnet på et DPS. Istedenfor det entydige kravet om at psykologer og psykiatere må «oppgi makt og posisjon» savner jeg flere slike nyanser rundt utfordringene med å etablere gode samarbeidsmodeller.

PIONÉRARBEID

Jeg opplever fremstillingen til Valla som et viktig pionérbearbeid, men hvor brukermedvirkning blir svaret på alt. Ingen bør være uenig i at vi trenger både reell brukerinnflytelse og mer feedback i terapirommet. Men for å løse utfordringene innenfor psykisk helsevern og bygge de lærende organisasjonene Valla ønsker seg tror jeg også vi trenger bedre samhandling mellom første- og andrelinje, styrket fagledelse, faglig fundert kvalitetsmåling og klinikknær forskning, for å nevne noe. ❌

ANBEFALT



Digitale språkleker

Jeg vil gjerne få anbefale psykologer å leke seg med Googles søkeverktøy «Google Ngram viewer». Du finner den her: <https://books.google.com/ngrams/>

Her kan du søke på populariteten av et hvilket som helst ord eller begrep fra 1800 til 2010. Riktignok ikke på norsk – foreløpig bare på store språk som engelsk, tysk og kinesisk.

Prøv f.eks. å skrive inn søkebegrepet «hope, problem» akkurat sånn, og trykk på «search lots of books». Du finner da en vakker, sakseformet kurve for de to ordene. Mens man på 1800-tallet var mest opptatt av håp, ble vi fra 1920 og utover mest opptatt av problemer.

Ngram går nemlig inn i alt som er utgitt av litteratur i alle disse årene, og viser den stigende og synkende populariteten til ord over tid. Sammenlikninger er ofte morsomst.

Ngram gir oss en påminnelse om hvilket ord-skapt univers vi lever i. Femti år etter at Berger og Luckman skrev om vår sosialt konstruerte virkelighet, tror psykologer og folk flest fortsatt på begreper som ledelse, motivasjon og nevroses. Psykologer trøster seg med statistikk og tror på konstrukt.

Men sjekk dette: Ordet «leadership» ble oppfunnet i 1850, «motivation» rundt 1910. Den store interessen for «neurosis» har tapt seg, mens «psychosis» holder seg. «Terrorism» har vært eksplosjonsartet siden 1970-tallet (forleng tidsperioden til 2008 og se på kurven).

Ngram er en slående påminnelse om språkets mektige, men flyktige programmering av vår virkelighetsforståelse – grensene for vår verden, ifølge Wittgenstein.

God fornøyelse på oppdagelsestur!

Anbefalt av Jan Ketil Arnulf, førsteamanuensis ved Institutt for ledelse og organisasjon, Handelshøyskolen BI.

MINNEORD

REIDAR HOLE

1966–2014



Jeg ble kjent med Reidar på Steinkjersannan sommeren 1985. Vi møttes en måneds tid etter at vi hadde tatt grunnfag i psykologi på hvert vårt universitet, i Trondheim og i Oslo. Etter militærtjenesten i Trøndelag flyttet vi til Oslo, og bodde i studentkollektivet vårt gjennom hele studietiden frem til vi avla eksamen våren 1992.

Vi ble raskt nære venner som delte mye, både i form av felles interesser, for psykologi, sport, fjellturer, deltidsjobbing, og friske fester i kollektivet. Vi var sammen omtrent hver dag hele tiden, lo mye og hadde det veldig fint. Reidar var en uvanlig glad gutt som alle likte fordi han var i så godt humør, imøtekommende, positiv – og ikke minst spesielt god til å danse. Han hadde god humor.

Reidar ble en sentral person på kullet vårt, og utviklet vennskap og knyttet relasjoner til mange av dem vi studerte psykologi sammen med. Han var både omsorgsfull og den som kunne utfordre med direkte spørsmål, påstander og observasjoner. Reidar var flink til å planlegge og organisere, og tok ofte ledelsen for gruppearbeid og prosjekter. På fritiden trente han mye, danset blant annet jazzballett og spilte frisbee. Vi fire som bodde sammen i studentkollektivet i seks år, ble venner for livet.

Reidar var en uvanlig dyktig og kreativ psykologstudent, og fullførte studiene som en av de beste blant oss. Faglig var han opptatt av å integrere ulike teoretiske og metodiske perspektiver, og å tydeliggjøre hvordan de kunne utfylle hverandre og danne grunnlaget for best mulig psykologisk praksis. Her skilte han seg fra dem som er opptatt av forskjeller og motsetninger mellom ulike psykologiske retninger, og han utviklet tanker som pekte fremover mot rollen han fikk innenfor det tverrfaglige rusfeltet i helsetjenesten i de kommende årene.

De første par årene som psykolog jobbet Reidar som studiekonsulent ved Psykologisk institutt, og var også engasjert i Prosjektforum for arbeidslivsstudier ved SV-fakultetet. Kort tid etter startet han sin karriere i rusfeltet som klinisk psykolog og sjefspsykolog ved Ullvin behandlingssenter. Han var en pioner innenfor legemiddelbasert rehabilitering, og ledet de neste syv årene senteret for legemiddelbasert rusbehandling i Midt-Norge. De siste åtte årene av arbeidslivet sitt var han prosjektrådgiver og fagdirektør ved Rusbehandling Midt-Norge. Han var også engasjert i å lage nasjonale retningslinjer for rusmiddelområdet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Da han døde, arbeidet han som psykologspesialist ved Trondheimsklubben og hadde nylig publisert læreboken *Forebygging og behandling av rusproblemer* om rusforståelse, forebygging og behandling av rusproblematikk. Reidar var kjent som en sterk fagressurs og en utadvendt leder som med sitt vinnende vesen var en pådriver for faglig utvikling i hele rusbehandlingsmiljøet.

Reidar og jeg var nære venner i 30 år. Vi holdt kontakten i årene etter at Reidar flyttet til Trondheim med ektefellen Maria og de to barna Edvard og Nora. Vi møttes regelmessig i Trondheim eller i Oslo, vi var koordinatorene for Psykologforeningens fellesprogram, og vi møttes i sommerferiene sammen med familiene våre.

Reidar satte varige spor hos de som fikk gleden av å bli kjent med ham og hos de som møtte ham i profesjonelle sammenhenger. Ingen av oss som kjente Reidar kan forstå hvorfor han avsluttet livet sitt. Vi husker ham som en optimistisk og glad ung mann som alltid visste råd og alltid hadde overskudd til andre.

Knut Ivar Karevold

MINNEORD

BODIL HAAVARDSHOLM

1924-2014

Psykolog Bodil Haavardsholm er gått bort, 90 år gammel. Fram til uken før hun døde, drev Bodil privatpraksis i annekset til huset sitt i eplehagen på Ekeberg. Etter nesten 60 år i full jobb var hun fortsatt en glødende terapeut. Hun fulgte engasjert med i faget, og delte sjenerøst med oss kollegaverner til det siste.¹

Bodil Haavardsholm var cand.psychol. fra Universitetet Oslo i 1955, og tok i 1959 klinisk fordypping ved Nic Waals Institutt. Bodil og psykolog-ektemannen Borger Haavardsholm var del av miljøet rundt Nic Waal, som startet norsk barne- og ungdomspsykiatri. Sammenhengen mellom individ og samfunnsforhold sto her sentralt, noe Bodil hadde med seg fra ungdomsdagene som politisk radikal, og fra krigen som aktivt involvert i motstandsarbeid. Fra den første tiden på Nic Waal mintes hun med skråblikk de mange sterke personlighetene, trang økonomi med usikre lønnsutbetalinger, arbeidsdager og oppgaver milevidt ut over dagens BUP-hverdag, ansatte som gikk i terapi hos sjefen eller hos hverandre, og teorier og arbeidsformer som nå er forlatt. Men hun fortalte også om et samhold, en entusiasme, et bedriftsdemokrati og en faglig kreativitet som mange nok vil savne i feltet i dag.

Bortsett fra tre år rundt midten av 1960-tallet som forskningsstipendiat og kliniker ved Psykiatrisk avdeling for kvinner ved Ullevål sykehus, var Bodil ansatt som psykolog ved Nic Waal fram til pensjonering i 1993. Bodil var kliniker med stor K, og man kan nesten si hun var et eget institutt i Instituttet. Hun skal ha en stor del av æren for at så mange multiproblemfamilier søkte og fikk hjelp her. Familie- og generasjonsperspektivet opptok henne. Bodil underviste også om dette sammen med Borger, og hun veiledet mange av instituttets utdanningskandidater. Et større arbeid hun skrev om

skolefobi, ble publisert som særtrykk ved Nic Waal i 1973.

For de involverte i pionertiden på Nic Waal var faget ikke bare et yrke, men del av et menneskesyn og en livsstil. Da Bodil som 70-åring gikk av med pensjon, fortsatte hun naturlig nok praksisen hun hadde drevet parallelt med full jobb i alle år. 15 år etter pensjonering hadde hun fortsatt en tettere avtalebok enn de fleste. Hun jobbet mest individuelt, men tenkte nettverk og ressurs. Som poliorammet allerede 24 gammel brukte Bodil rullestol, men hun drev utstrakt faglig samarbeid på telefon, og mobiliserte myndig alle gode krefter til pasientenes beste.

Det var fantastisk morsomt og lærerikt å snakke fag med Bodil. Det helhetlige perspektivet var en rød tråd. Kropp og sjel, familie, bolig, økonomi og jobb, alt var med. Med en dypt integrert faglig forståelse og evne til kompleksitet gjorde hun raskt ny viten praksisrelevant. Bodil var faglig trygg, men aldri skråsikker. Teori og teknikk ble brukt fleksibelt og oppdatert, alltid med blikk for det unike i personen og situasjonen.

Med årene snakket hun stadig oftere om å avslutte praksisen. Papirarbeidet tappet krefter, mens terapi, veiledning og coaching inspirerte. I de siste årene spøkte hun med at å si 'Ring før du kommer' til pasienter, som om det var usikkert om hun fortsatt levde ved neste avtale. Sannheten var at hun passerte alle årlige helse-sjekker med glans.

Da hun brått ble syk rett før jul, kom det derfor uventet at det skulle være så alvorlig. Bodil selv virket heller ikke innstilt på det. På sykehuset sammen med sine aller nærmeste, psykologdatteren Vigdis og barnebarna, var hun full av humor og omtanke. Sengelektyren var fagtidsskrifter. Bodil sovnet inn den 17. desember. Senest dagen før spurte hun legen om når hun kunne komme hjem og tilbake til pasientene sine.

Et stort menneske og en glødende kollega er gått bort, men det hun ga, er bevart i alle oss som kjente henne.



1. Takk til avdelingssjef Mette Bengtson ved Nic Waals Institutt og Bodils tidligere kollegaer og venner Rigmor og Einar Moe for verdifulle innspill.

LEDIG LOKALE PÅ DIAKONHJEMMETS OMRÅDE FRA MAI. For psykolog/familierapeut. Hyggelige og stille lokaler. Velfungerende, tverrfaglig arbeidsmiljø. Henv. gro.krefting@bedringensvei.com, tlf. 974 24 128

LEDIG KONTOR I OSLO SENTRUM.

Vi har et kontor til leie i Grensen 18. I tillegg er det mulighet for deltidsløse kveld. Henvendelse post@traumepsykologi.no eller ring Rune på tlf. 957 47 647.

OSLO. Kontor til leie hel-/deltid i flotte lokaler i Bygdøy Allé. Møblert. Sam.lok. med psykolog og psykiater. Ledig omgående og frem til høsten 2016. Kontakt tlf. 958 56 400 / 938 42 629.

VIKTIG FORELESNING 28.9.2014:

Allan Schore: Mors kjærlighet utvikler babys høyre hjernehalvdel. Fullt DVD-opptak ca 3,5 time.

Bestilling: www.schoreoslo.com



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Trinn 1 Bergen 11. – 13. mai 2015
Trinn 1 Oslo 15. – 17. september 2015
Trinn 2 Trondheim 6. – 8. mai 2015
Trinn 2 Oslo 9. – 11. desember 2015

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen, EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
03/15	2. mars	17. februar
04/15	1. april	18. mars
05/15	4. mai	17. april

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

Senter for Stressreduksjon, www.scat.no

«Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness» – Kurs i Oslo, 2015

INTRODUKSJONSKURS

Våren 2015: fredag – lørdag, 24. – 25. april

OT: En selvutviklingsmetode gjennom bevisstgjøring.

Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt psykologer.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte.

Godkjent av Norsk psykologforening med 14 t. vedlikeholdsutdanning.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., forfatter av flere bøker om OT. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

For mer informasjon kontakt:

ajkroese@online.no, tlf. 901 51 734 eller www.scat.no

UTDANNING SOM INSTRUKTØR I OT (3 x 2 dager + daglig egen trening)

Godkjent av Norsk psykologforening med 42 t. vedlikeholdsutdanning.

Høsten 2015: fredag og lørdag, 21. – 22. august, 18. – 19. september, 23. – 24. oktober.

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.



DR. MICHAEL J. LAMBERT

KOMMER TIL NORGE

OQ Measures med tester som OQ45.2, er en verdensledende aktør innen «outcome measures». Gjennom systematisk bruk av måleinstrumenter underveis i behandlingen, kan man forbedre behandlingskvaliteten.

Dr. Michael J. Lambert fra OQ Measures holder kurs i bruken av deres instrumenter. Han er professor i psykologi og har mer enn 40 års erfaring fra forskning innen psykoterapi.

Lær om måleinstrumenter som underveis i behandlingen gir tilbakemeldinger om pasientens opplevelse av endring. Finn ut hvordan disse tilbakemeldingene kan brukes i arbeidshverdagen, for å forbedre behandlingen og korrigere eventuelle negative trender.

Tidspunkt: 18. mars 2015, kl. 09.00-16.00

Sted: Bjørvika Konferansesenter, Dronning Eufemias gate 6, Oslo

Påmeldingsfrist: 16. februar 2015

Påmeldingen er bindende

Pris: kr 3900 pr deltaker

Vårt neste kurs vil omhandle M.I.N.I. og holdes av David V. Sheehan

Mer informasjon om kurs og påmelding finnes på www.checkware.com/kurs

Nasjonalt diabetesforum

Oslo Kongressenter, Folkets Hus
22.-23. april 2015

«Diabetes gjennom livet - alles ansvar»
Medarrangør: Helsedirektoratet

To intensive dager med faglig påfyll.

For psykologer godkjennes Diabetesforum som 17 timers vedlikeholdsaktivitet. Fagseminaret godkjennes som 3 timers fritt spesialkurs og som 3 timers vedlikeholdsaktivitet.

Program og påmelding:
diabetes.no/diabetesforum2015

diabetesforbundet
diabetes.no

2-ÅRIG VIDEREUTDANNING I KOGNITIV TERAPI

FOR LEGER OG PSYKOLOGER

(Pilot inkl. ferdighetstrening)

Sted: Oslo

Oppstart: 23. mars 2015

Omfang: 160t forelesning, 32t ferdighetstrening og 50t veiledning

Påmelding og ytterligere informasjon via vår nettside www.kognitiv.no

Frist: 1. mars 2015

E-post: post@kognitiv.no – Tlf: 905 43 754





Ta ordet!

Hvordan skrive kronikker og andre avisinnlegg som får frem det du har på hjertet slik at mottakerne liker det de leser.

Målgruppe

Samfunnsinteresserte psykologer.

Målsetting

Psykologer har historier å fortelle og kunnskap som angår et bredt publikum. Gjennom media kan man drive med alt fra ren folkeopplysning til politisk påvirkning. Selv tre av fire politikere mener at det er pressen som styrer verden (Frank Aarebrot, 2009). Målet med kurset er å lære å kommunisere tydeligere og klarere i trykte og digitale medier, og å få kjennskap til hvilke arenaer det kan være lurt å opptre på dersom man ønsker å få gjennomslag.

Innhold

- Foredrag om pressens samfunnsrolle, medieutviklingen i en digital hverdag og retoriske og kommunikasjonsmessige grep som vil gi deltakerne økt forståelse for feltets mangfold og utfordringer
- Praktiske skriveøvelser

Etter kurset

Vil deltakerne ha tilegnet seg noen enkle skrivegrep og større formidlingsbevissthet, og bli bedre i stand til å nå flere lesere med målrettet budskap.

NB! De færreste vil sitte igjen med et ferdig produkt etter skrivekurset. De som ønsker det, kan imidlertid i ettertid få kommentarer av kursledelsen via e-post.

Om kurslederne

Gøril Wiker, kommunikasjonssjef i Norsk psykologforening har arbeidet i trykt presse og radio og tv. Hun har også bakgrunn som forfatter.

Per Halvorsen er utdannet og har arbeidserfaring som journalist, og er ansatt som nettredektør i Norsk psykologforening.

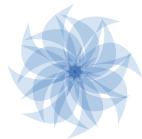
Sted og dato: Oslo, 18. mars 2015

Avmeldingsfrist: 11. februar 2015

Medlemspris: kr 1 900

Kursnr.: 117-15

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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

Årets festspillkurs

28.–29. mai 2015, Radisson BLU Royal Hotel, Bryggen

Kursnr.: 108-15: NEPSY II

Kursledere: Kirsten Møller-Pedersen og Anne-Siri Øyen

Kursnr.: 109-15: Metakognitiv terapi

Kursleder: Hans Morten Nordahl

Kursnr.: 111-15: Forebygging for barn og unge

Kursleder: Britt Randi Hjartnes Schjødt

Kursnr.: 112-15: Hvordan gjennomføre effektive medarbeiderundersøkelser?

Kursledere: Jon Anders Lone og Thomas Hoff

Kursnr.: 114-15: Demensutredning

Kursleder: Peter Bekkhus-Wetterberg

MEDELEMSPRIS: kr 6 500

PÅMELDING OG AVMELDINGSFRIST: 23. april 2015



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30, FAKS 22 42 42 92
FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning)



Empatisk Kommunikasjon – et verktøy for menneskemøter

Hovedtemaer i kurset er: **Empati** som en medfødt evne til å speile og gjenkjenne andre menneskers følelser og intensjoner. Menneskets medfødte **behov for kontakt og samspill**. **Nevrobiologi med vekt på speilnevroner**.

Målgruppe

Psykologer innen helse, skole og lederutdanning. Kurset retter seg særlig mot kommunepsykologer.

Målsetting

Opplæring i bruk av Empatisk Kommunikasjon i arbeid som psykolog. Trening i å vurdere egen rolle i kommunikasjon. Oppøve evnen til å formidle Empatisk Kommunikasjon i eget arbeidsmiljø.

Etter kurset

Ønsket læringsutbytte er at deltakerne erfarer og tilegner seg en ny form for relasjonskompetanse basert på hovedtemaene i kurset.

Etter endt kurs kan deltakere som ønsker det bli sertifisert i Empatisk Kommunikasjon ved å skrive et essay på 8–10 maskinskrevne sider. Essayet godkjennes av kursleder.

Om kursleder

Lisbeth Holter Brudal er dr. philos., spesialist i klinisk psykologi og forfatter av 16 fagbøker. Har arbeidet i flere år som førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved UiO og startet i 1985 et eget institutt: Institutt for Tokologi og Familiepsykologi. Arbeider nå som forfatter, veileder, foreleser og kursholder i Empatisk Kommunikasjon.

Kurset har seks kurssamlinger (totalt 35 timer), og godkjennes som fritt spesialkurs/vedlikeholdsaktivitet. Ved påmelding til 1. samling er det automatisk påmelding til alle seks kurssamlingene. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 35 timer.

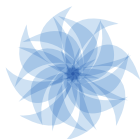
Sted og datoer: Oslo, 21. april, 5. mai, 26. mai, 16. juni, 25. august og 15. september 2015

Avmeldingsfrist: 17. mars 2015

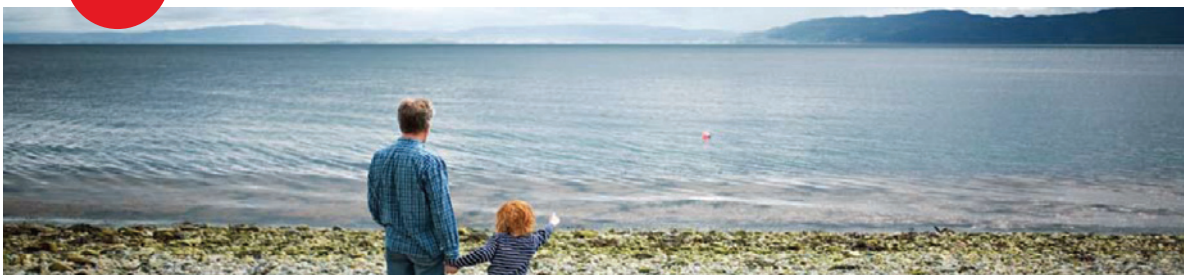
Medlemspris: kr 3 250 per kurssamling

Kursnr.: 100-15

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



Psykolog - NAV Arbeidsrådgjeving Rogaland

NAV Arbeidsrådgjeving Rogaland er ei spesialeining i NAV som skal gi bistand til NAV-kontora med utgreiing og rettleiing av brukarar som har hindringar for deltaking i arbeidslivet på grunn av helse eller andre forhold.

NAV Arbeidsrådgjeving skal ha utfyllande kompetanse i forhold til NAV-kontora, og skal yte tenester til brukarar med bistandsbehov ut over det lokalkontoret ordinært kan imøtekomma. Kontoret skal også bidra til kompetansebygging i NAV gjennom rettleiing og rådgjeving til tilsette i NAV, samt delta i opplæring innanfor områda der NAV Arbeidsrådgjeving har kompetanse.

Kontoret har omlag 10 tilsette med bakgrunn som psykolog, lege, ergoterapeut og rådgjevarar. Vi har ledig ei stilling som psykolog i eit vikariat i eitt år. Varigheit/slutt dato: 01.03.15 - 29.02.16

Arbeids- og ansvarsområder

- Samtaler, utgreiing og rettleiing av brukarar som er tilvist frå NAV-kontor
- Kartlegging av kognitive funksjonar, personlegdom samt evt. screening av psykiske symptomar
- Bidra til kompetansebygging i NAV gjennom rådgjeving og rettleiing i tverrfaglige grupper og individuell rettleiing. Væra ressursperson ovanfor NAV-kontor innanfor spesifikke område av ulik art, avhengig av kompetanse og behov
- Delta i opplæring av tilsette i NAV
- Arb. oppg. kan endrast i takt med utvikl. av tenesta
- Du må rekna med å reisa i fylket

Du må ha

- Godkjenning som psykolog
- Gode servicehaldningar og kommunikasjonsevner

Vi ynskjer at du har

- Engasjement og initiativ
- Evne til å arbeide målretta, sjølvstendig og effektivt innan fleire områder
- Gode evner til å arbeide i team
- God skriftleg og munnleg framstillingsevne
- Erfaring frå utgreiingsarbeid
- Gode IKT-ferdigheter
- Erfaring frå arbeid med til dømes: unge vaksne, vaksne, nevropsykologi, menneskjer i endring

Personlege eigenskapar vil bli tillagt stor vekt.

Vi kan tilby

- Eit aktivt og engasjert arbeidsmiljø
- Løn som psykolog i kode 0794. Psykolog med godkjent spesialitet blir tilsett i lønningskode 1304.
- Løn i ltr. 62-65, kr ft. 528.800 – 559.600.
- God pensjonsordning gjennom Statens Pensjonskasse (frå løna blir det trekt 2 %)

Les meir om våre personalordningar på nav.no under punktet «Jobbe i NAV».

Har du spørsmål om stillingane, ta kontakt med konstituert leiar/psykolog Katrine Sand på telefon 52 04 71 33/401 03 296 eller psykolog Christin Poole på telefon 52 04 71 32.

Søknad og CV kan sendast til NAV Arbeidsrådgjeving Rogaland, Pb. 420, 4002 Stavanger. Vi gjer merksam på at CV blir brukt i utvida søkjarliste. Vitnemål og attestar skal takast med på eit eventuelt intervju.

Dersom du ønskjer å reservere deg frå å bli oppført på ei offentleg søkjarliste, må du opplysa om og grunngi det i søknaden. Opplysningar kan bli offentleggjorde sjølv om du har bedd om ikkje å bli oppført på søkjarlista. Du blir varsla dersom ønsket om reservasjon ikkje blir teke til følgje.

Arbeidsstad: **NAV Arbeidsrådgjeving Rogaland**

Ref.nr. **1196-2015-01**

Søknadsfrist: **16. februar 2015**

Fullstendig utlysning: www.nav.no/navstillinger eller ring: 800 33 166

NAV er Noregs arbeids- og velferdsforvaltning med 19 000 medarbeidarar. Vi leverer tenester og stønader til 2,8 millionar menneske. Gjennom innsatsen vår skal fleire få moglegheit til å vere i arbeid, delta i samfunnet og vere sikra inntekt. Vi ser etter deg med pågangsmot og engasjement, og som ønskjer å gjere ein forskjell.



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Sør

MST-terapeut (100% fast stilling) til MST Buskerud (Drammen)

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo. I region sør drives det totalt fem MST-team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stilling som MST-terapeut innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer. Det er ledig en 100% fast stilling i MST Buskerud, lokalisert i Drammen. Søknadsfrist 17.02.15

Se fullstendig utlysning og søk på Bufetat.no/ledigestillinger

www.bufetat.no



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

Psykolog søkes til 100% stilling i MST (Multisystemisk Terapi) i MST teamet i Lillestrøm

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo. I region øst drives det totalt 5 MST-team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

Se fullstendig utlysning og søk på Bufetat.no/ledigestillinger

www.bufetat.no

Enhetsleder

Avd. rus- og avhengighetsbehandling, Seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung, Døgnbehandlingsenhet, Gaustad

Avdeling rus- og avhengighetsbehandling ved Klinikken psykisk helse og avhengighet er landets største enhet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og har ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Oslo sykehusområde. Avdelingen består av 6 seksjoner og har et differensiert behandlingstilbud (poliklinikk, dag- og døgnbehandling, akuttbehandling og avgiftning).

Avdelingen er en sentral faglig rådgiver for Helse Sør-Øst og har rådgivning og analyseoppdrag for private avtalepartnere på oppdrag for Helse Sør-Øst. Nasjonal kompetansetjeneste TSB (inkl. LAR) er organisert i avdelingen og avdelingen er engasjert i forskning og fagutvikling i samarbeid med flere kompetansemiljøer herunder SERAF (Senter for rus og avhengighetsforskning) ved Universitetet i Oslo.

Seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung tilbyr differensiert, fleksibel, individuelt tilpasset behandlingstilbud for rusavhengige under 26 år. Vi tilbyr døgnbehandling, utredning og intermedieær opphold, uteteam og hesteassistert behandling. Vi tilbyr ikke langtids døgnbehandling, men langtids behandling. Seksjonen holder til i idylliske omgivelser på Gaustad sykehus.

Til Døgnbehandlingsenheten søker vi etter enhetsleder.

Kopi av norsk vitnemål/autorisasjon og attester tas med ved eventuelt intervju. Innleverte papirer blir ikke returnert.

Oslo universitetssykehus sender tilbudsbrev med arbeidskontrakter til aktuelle kandidater per e-post. Kun elektroniske søknader via WebCruiter vil komme i betraktning.

Arbeidsoppgaver

- Lederkrav for Oslo universitetssykehus gjelder.
- Fag-, budsjett-, personal- og resultatansvar for enhetens samlede virksomhet, herunder ansvar for enhetens planlagte aktivitetsnivå og iverksettelse av tiltak for måloppnåelse.
- Lede enheten slik at personalet sammen med seksjonen, avdelingen og sykehuset forøvrig yter tverrfaglig spesialisert rusbehandling av god kvalitet.
- Drifte og aktivt videreutvikle enheten i tråd med seksjonens, avdelingens og sykehusets rammer og prioriteringer og med basis i relevant kunnskap og klinisk erfaring.
- Sørge for kontinuerlige bidrag til seksjonens forskningsaktivitet (YATEP - Youth addiction treatment evaluation project), slik den til enhver tid er utformet.
- Bidra i ledergruppen ved seksjonen.

Kvalifikasjoner

- Minimum 3 årig helse- eller sosialfaglig utdanning med minimum 180 studiepoeng
- Lederutdanning og/eller ledererfaring.

Personlige egenskaper

- Gode samarbeidsevner og evne til helhetstenkning. Resultatorientert og strukturert. Trives med mye ansvar og høyt tempo.

Vi tilbyr

- Gode muligheter til å påvirke et behandlingsfelt i utvikling.
- En attraktiv arbeidsplass - spennende miljø med faglige utfordringer og tverrfaglig samarbeid i en høyt kvalifisert personalgruppe. Det er stort fokus på fagutvikling, kompetanseheving og forskning internt og eksternt.
- Mulighet for personlig og faglig utvikling.

Kontaktinfo

- Kari Bakke Larring, seksjonsleder, tlf. 941 61 272

Ref.nr. 2466105179

Søknadsfrist: 15.02.2015

Søknader sendes elektronisk: www.oslo-universitetssykehus.no



Til vår avdeling på Skien søker vi etter:

• PSYKOLOGSPESIALIST / PSYKOLOG

100 % fast stilling

Enheten tilbyr et individuelt tilpasset og tverrfaglig døgntilbud til 21 pasienter med avhengighetsrelatert problematikk, både legale og illegale rusmidler, medikamenter og spill.

Arbeidet omfatter utredning, individualterapi, gruppeterapi, parsamtaler, familiesamtaler, og samarbeid med kommunen og øvrig spesialisthelsetjeneste.

Vi kan tilby et godt og engasjerende arbeidsmiljø, god pensjonsordning i KLP og mulighet for å bruke ferieleilighet i Spania og hytte på Hovden.

Ytterligere informasjon om stillingen:

Seksjonsleder Hilde Marianne Kristoffersen, tlf. 91 80 65 49, e-post: hilde.marianne.kristoffersen@borgestadklinikken.no
 Enhetsleder Vegard Moen, tlf. 35 90 47 00, e-post: vegard.moen@borgestadklinikken.no

Søknadsfrist: 20. februar 2015

For fullstendig utlysning og elektronisk søknadsmottak:
www.jobbdirekte.no/borgestadklinikken eller www.borgestadklinikken.no/stilling-ledig



Til vår avdeling på Bragernes i Drammen søker vi etter:

• PSYKOLOGSPESIALIST / PSYKOLOG

100 % fast stilling

Borgestadklinikken Bragernes har tre enheter, og tilbyr behandling for rus- og avhengighetsrelaterte problemer med vekt på alkohol-, medikament- og spilleavhengighet.

Psykologen vil ha oppgaver knyttet til faglig ledelse, kompetanseheving, fagutvikling og klinisk arbeid. Nærmeste leder vil være fagsjef ved Borgestadklinikken, og psykologen vil være en del av direktørens fagstab. Dette er en nyopprettet stilling, og den som blir ansatt vil være med på å utforme stillingen.

Vi kan tilby et godt og engasjerende arbeidsmiljø, god pensjonsordning i KLP og mulighet for å bruke ferieleilighet i Spania og hytte på Hovden.

Ytterligere informasjon om stillingen:

Fagsjef/psykologspesialist Guro Brekke, telefon 94 88 74 38, e-post: guro.brekke@borgestadklinikken.no
 Direktør Ellen Sofie Øvrum, telefon 41 65 55 66, e-post: ellen.sofie.ovrum@borgestadklinikken.no

Søknadsfrist: 20. februar 2015

For fullstendig utlysning og elektronisk søknadsmottak:
www.jobbdirekte.no/borgestadklinikken eller www.borgestadklinikken.no/stilling-ledig





Statens barnehus er et tverrfaglig kompetansehus for barn og unge som har vært vitne til eller utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Tilbudet gjelder også for voksne med utviklingshemming. Det er barnehusets oppgave å medvirke til at barns rettsikkerhet styrkes, samt ivareta intensjon om å sette barnet i sentrum i alle faser av det tverrfaglige arbeidsfeltet som gjennomføres ved Statens barnehus Bodø. For mer informasjon se www.statensbarnehus.no

Den statlige arbeidsstyrken skal i størst mulig grad gjenspeile befolkningen. Det er derfor et mål å ha en balansert alders- og kjønns sammensetning og rekruttere flere personer med innvandrerbakgrunn. Det er en forutsetning at den som tilsettes har plettfriandel. Politiattest (uttømmende) vil bli innhentet. Etter at søknadsfristen er gått ut, vil det bli satt opp en offentlig søkerliste inneholdende navn, alder, stilling eller yrkestittel og bosted-arbeidskommune for hver søker. Det kan gjøres unntak fra innsyn for opplysninger om en søker dersom vedkommende selv ber om det. Vær likevel oppmerksom på at opplysninger om en søker kan bli offentlige selv om søkeren har anmodet om ikke å bli ført opp på søkerlisten. Dersom anmodningen ikke blir tatt til følge, vil søkeren bli varslet om dette. Aktuelle søkere vil innkalles til intervju.

Som IA-virksomhet legger Salten politidistrikt vekt på å tilrettelegge arbeidsforholdene for personer med redusert funksjonsevne.



Ledig stilling som psykolog/-spesialist – Statens Barnehus Bodø, 100 %, fast stilling Salten politidistrikt, Ref.nr.: 201401221

Salten politidistrikt ligger i Nordland fylke, og omfatter 12 kommuner. Politidistriktet betjener rundt 80.000 innbyggere i de 12 kommunene, av disse bor ca. 50.000 i Nord-Norges nest største by, Bodø. Salten politidistrikt er delt opp i tre regioner; ytre, indre og sentrum.

Salten politidistrikt benytter elektronisk søknadsbehandling, og du søker på stillingen her: www.tinyurl.com/lwv7udx

Arbeidsoppgaver:

- Tilrettelegge både før, under og i etterkant av dommeravhør og/eller medisinske undersøkelser. Som saksansvarlig vil du fungere som kontaktperson for barnet og dets pårørende i det tverretatlige arbeidet ivareta intensjon om å sette barnet i sentrum i alle faser av saken
- Konsultasjon/råd /veiledning overfor enkeltpersoner og samarbeidende etater
- Kartlegging og oppfølging inntil barnet er sikret oppfølging i den lokale helsetjenesten/spesialisthelsetjenesten
- Delta i fagnettverk
- Bidra til fagutvikling innen feltet

Kvalifikasjoner:

- Offentlig godkjent psykolog eller godkjent psykologspesialist innen klinisk samfunnspsykologi, klinisk barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi eller annen relevant spesialisering fra høgskole / Universitet
- Relevant arbeidserfaring fra minst et av fagfeltene psykisk helsevern for barn og unge, familievern, kommunal helsetjeneste eller barnevern
- Erfaring med kartlegging og krisehåndtering

Utdanningsnivå:

Høgskole/Universitet

Personlige egenskaper:

- Evne til å arbeide selvstendig
- God evne til å kommunisere med barn og deres omsorgspersoner
- Gode samarbeids- og kommunikasjonsevner med ulike fagpersoner
- Struktureert, målrettet og etterrettelig
- Evne og vilje til å bidra til fagutvikling innen feltet
- Fleksibel, og gjerne nytenkende
- Plettfriandel

Vi tilbyr:

- Et spennende fagfelt og videreutvikling av et ungt tiltak
- Muligheter for deltagelse på kurs og andre kompetansegivende aktiviteter
- Muligheten til å arbeide innen et relativt nytt satsingsområde med helhetlig ivaretagelse av personer i målgruppen, sammen med andre dyktige og engasjerte fagfolk
- Et godt arbeidsmiljø
- Stillingen lønnes som psykolog med godkjent spesialitet kode 1304 ltr. 68-76 eller som psykolog kode 0794 ltr. 50-66
- God pensjonsordning i Statens pensjonskasse
- Bedriftshelsetjeneste

Språk:

- Norsk

Kontaktinformasjon: Siv Anita Bjørnsen, seksjonsleder, tlf. 992 05 109.

Søknadsfrist: 22.02.2015

Arbeidssted er Salten politidistrikt, 8006 Bodø.



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Psykisk helsevern

Distriktpsikiatrisk senter Gjøvik, Enhet for allmennpsykiatri Gjøvik

Distriktpsikiatrisk senter Gjøvik har ca 220 årsverk og består av 8 kliniske enheter; Poliklinikk Hadeland, Poliklinikk Valdres, Poliklinikk Gjøvik, Enhet for akuttpsykiatri Gjøvik, Enhet for allmennpsykiatri Gjøvik, Enhet for spiseforstyrrelser Gjøvik, Enhet for allmennpsykiatri Valdres, og Ambulant Akuttenhet Gjøvik. Enhet for allmennpsykiatri Gjøvik er lokalisert i det somatiske sykehuset i Gjøvik.

Psykologspesialist

100 % fast stilling. Ref.nr. 2464201267.

Psykologer som er i gang med spesialisering kan også søke.

Kontakt:

Janniche P. Nereng, tlf. 61 15 82 20 / 994 98 430.

Søknadsfrist: 25. februar 2015

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider 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 tilretteleggelse.



framiz.no



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Psykisk helsevern

Distriktpsikiatrisk senter Tynset, Døgnerhet

Distriktpsikiatrisk senter Tynset har to behandlingseenheter: poliklinikk og døgnerhet.

Døgnerheten har 10 plasser, hvorav 4 er akutt plasser (dagtid). Enheten har overlege, psykolog, leder og miljøpersonale.

Vi holder til i hensiktsmessige lokaler, nær poliklinikk og er samlokalisert med somatisk sykehus.

Vi får fra mai 2015 ledig stilling som:

Psykologspesialist/psykolog

100 % fast. Ref.nr. 2466285258.

Kontakt:

Guro Leren eller Nina Bekken, tlf. 62 47 12 00.

Søknadsfrist: 25. februar 2015

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider 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 tilretteleggelse.



framiz.no



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Psykisk helsevern

Distriktpsikiatrisk senter Gjøvik, Poliklinikk Valdres

Poliklinikken har en tverrfaglig sammensatt personalgruppe med 14,6 fagstillinger, derav 1 overlege, 4 stillinger for psykologspesialist/psykolog. Enheten består av allmenteam, ambulant team og rusteam. Poliklinikken tilbyr et allsidig tilbud med bl.a. utredning, individuell behandling, nettverksmøter og gruppeterapi.

Poliklinikk Valdres er samlokalisert med Enhet for allmennpsykiatri Valdres som har 10 døgnplasser og BUP med 3 stillinger.

Psykologspesialist/psykolog

100 % fast. Ref.nr. 2448201703.

Kontakt:

Enhetsleder Kristina Andrén, tlf. 61 11 74 50 / 948 32 863 eller psykologspesialist Karen Bratrud, tlf. 61 11 74 50.

Søknadsfrist: 18. februar 2015

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider 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 tilretteleggelse.



framiz.no



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 975. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

For bestilling av standard stempel med kun logo – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til firmapost@adprofil.no

Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: winnie@psykologtidsskriftet.no





Os kommune ligg sør på Bergenshalvøya, der kyst- og fjordlandskapet møtest. Kommunen kan by på dei vakraste natur- og kulturopplevingar, og elles dei fleste tenester både fastbuande og tilreisande har bruk for. Os er ein inspirerende kommune med stor vekst og utvikling. Vi treng medarbeidarar som meiner entusiasme inspirerer, som lyttar med respekt, gjer det dei seier og skaper resultat.

Einingsleiar for PP-tenesta

Er du tydeleg og engasjert, og har lyst til å vera med og leia og forma framtida i Pedagogisk Psykologiske teneste? Os PPT har ledig fast 100 % stilling som einingsleiar for PP-tenesta.

Arbeidsstad

PPT i Os kommune har 15 fast tilsette og er ein del av området Oppvekst og kultur. Einingsleiar inngår i kommunalsjefen sitt leiarteam.

Sentrale arbeidsoppgåver

- Leie PP-tenesta og ha økonomi-, budsjett- og personalansvar
- Pådrivar i fagleg utviklingsarbeid og systemarbeid i skulane og barnehagane
- Sakkunnig utgreiing/rettleiing
- Bidra i tverrfaglege satsingar

Vi tilbyr

- Faglege og personlege utfordringar i eit godt og inspirerende arbeidsmiljø
- Tverrfagleg samarbeid med dei ulike fagtenestene i kommunen
- Gode pensjons- og forsikringsordningar og løn etter avtale

Søknadsfrist: 08.02.2015

For nærare informasjon – sjå <https://oskommune.no/recruitment/jobid/1174>



Til vår avdeling på Loland i Vennesla søker vi etter:

• PSYKOLOGSPESIALIST / PSYKOLOG

100 % fast stilling

Vi ønsker søkere med erfaring med og / eller interesse for rusbehandling. Behandlers arbeid vil kunne omfatte utredning, individualterapi, gruppeterapi, og par- og familiesamtaler.

Borgestadklinikken avd. Loland tilbyr døgntilbud for rus- og avhengighetsrelaterte problemer, både korttids- (inntil 6 måneder) og langtidsbehandling (inntil 12 måneder). Seksjonen har til sammen 42 pasientplasser.

Vi kan tilby et godt og engasjerende arbeidsmiljø, god pensjonsordning i KLP og mulighet for å bruke ferieledighet i Spania og hytte på Hovden.

Ytterligere informasjon om stillingen:

Seksjonsleder Frode Dunsæd, telefon 941 33 479, e-post: frode.dunsaed@borgestadklinikken.no
 Psykolog Rannveig Rypestøl, telefon 35 58 38 42, e-post: rannveig.rypestol@borgestadklinikken.no

Søknadsfrist: 20. februar 2015

For fullstendig utlysning og elektronisk søknadsmottak:
www.jobbdirekte.no/borgestadklinikken eller www.borgestadklinikken.no/stilling-ledig



Psykolog/psykologspesialist i Interkommunalt ressursteam

Det er ledig stilling i Interkommunalt ressursteam barnevern for kommunene Moss, Råde og Våler. Interkommunalt ressursteam tilbyr spesialiserte tiltak til barn og familier i de aktuelle kommunene. Teamet har tiltak i form av individualterapi, par- og familierapi, miljøterapi, Marte Meo og PMTO. I tillegg til dette skal teamet gi faglige tilrådinger til de lokale barnevernstjenestene i enkeltsaker. Stillingen tilhører organisatorisk barnevernet i Råde kommune, men har arbeidsplass i det Interkommunale ressursteamet som er lokalisert felles kontorarbeidsplasser i Moss kommune.

Beskrivelse avdeling

I teamet arbeider det psykolog, familierapeut, Marte Meo- og PMTO-terapeut. Tverrfaglig arbeid i team vektlegges.

Arbeidsoppgaver

Vi ønsker å styrke teamet med ytterligere en psykolog med interesse og engasjement for arbeid med enkeltbarn og familier. Det er ønskelig med tilsetning i 100 %, men med mulighet for redusert stilling.

Vi søker

Psykolog/psykologspesialist med relevant arbeids-erfaring; gjerne innenfor barnevernsområdet eller med veiledningserfaring i forhold til barn, unge og familier.

Ønskede kvalifikasjoner

- Psykolog eller psykologspesialist
- Variert erfaring fra arbeid med barn og familier
- Førerkort klasse B

Personlige egenskaper

Råde kommunes verdier er raushet, glede og respekt. Vi søker en selvstendig, initiativrik og kreativ medarbeider, som ønsker å være med å utvikle det interkommunale ressursteamet for barnevern i Mosseregionen.

Vi tilbyr

Lønn etter avtale. Det vil bli trukket 2 % av lønnen til KLP. Kommunen er opptatt av og legger til rette for faglig utvikling.

Søknad sendes

Vi oppfordrer kandidatene å bruke elektronisk søknadsskjema. Det søkes via Råde kommunes søkesenter på kommunens hjemmeside:

<https://www.rade.kommune.no/selvbetjening/ledige-stillinger>

Søknadsfrist: 20.02.2015

Utløst dato: 19.01.2015 **Vår ref:** 448

Kontaktperson

Kjell Skåre, barnevernleder,
tlf. 69 29 50 00 / 982 40 152,
e-post Kjell.Skare@Rade.Kommune.no

Hans Sigurd Moan, virksomhetsleder
tlf. 69 29 50 00 / 982 13 355,

e-post HansSigurd.Moan@Rade.Kommune.no



NTNU – kunnskap for en bedre verden

Ved NTNU i Trondheim er den teknologiske kunnskapen i Norge samlet. I tillegg til teknologi og naturvitenskap har vi et rikt fagtilbud i samfunnsvitenskap, humanistiske fag, realfag, medisin, lærerutdanning, arkitektur og kunstfag. Samarbeid på tvers av faggrensene gjør oss i stand til å tenke tanker ingen har tenkt før, og skape løsninger som forandrer hverdagen.



Det medisinske fakultet

Institutt for nevromedisin

Professor/førsteamanuensis i medisin (medisinske atferdsfag)

Ved Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er det ledig fast 50 % stilling som professor/førsteamanuensis i medisin (medisinske atferdsfag). For kvalifiserte søkere kan det være mulighet for 50 % klinisk stilling som overlege ved DPS Nidaros eller eventuelt en annen enhet ved Divisjon for psykisk helsevern, St Olavs Hospital HF.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til:

Professor Gunnar Morken, Institutt for nevromedisin, NTNU,
tlf. 72823034, e-post: gunnar.morken@ntnu.no, eller avdelingssjef
Odd Gunnar Ellingsen, Nidaros DPS, St. Olavs Hospital, tlf. 72829804;
e-post: odd.gunnar.ellingsen@stolav.no

Søknad sendes elektronisk via www.jobbnorge.no. **Søknadsfrist 22.03.15.**

Se fullstendig utlysningstekst på www.jobbnorge.no eller på NTNUs hjemmesider <http://www.ntnu.no/ledige-stillinger>



jobbnorge.no

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 5 helseforetak. Den samlede virksomheten omfatter ca. 21 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 17,5 milliarder kroner. Helse Midt-Norge RHF er lokalisert på Stjørdal rett ved Værnes. Se ytterligere informasjon på www.helse-midt.no.

Helse Midt-Norge RHF, Trondheim

Avtalespesialist i klinisk psykologi

Det er ledig 100 % hjemmel for avtalespesialist i klinisk psykologi. Hjemmelen er besluttet lokalisert i Trondheim.

Helse Midt-Norge RHF ønsker en praksis rettet mot voksne som er innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Hjemmelen vil kreve et godt samarbeid med helseforetaket, og sammen skal det på denne måten skapes balanse og stabilitet innen dette fagområdet i denne delen av regionen.

Kontaktinfo: Rådgiver Karin Bostad, tlf. 412 14 382.

Søknadsfrist: 18. februar 2015

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-midt.no - der du også finner fullstendig utlysningstekst.

frantz.no





Universitetet i Oslo er Norges største forsknings- og undervisningsinstitusjon med 28 000 studenter og 7000 ansatte. Faglig bredde og internasjonalt anerkjente forskningsmiljøer gjør UiO til en viktig samfunnsaktor.

Psykolog (seniorrådgiver)

Enhet for bedriftshelsetjeneste (BHT)

Ref. nr.: 2015/564

Ledig fast 50% stilling som psykolog (seniorrådgiver) med faglig ansvar for psykososialt område ved BHT.

Søknadsfrist: 8. februar 2015



For fullstendig utlysningstekst, se www.uio.no/om/jobb/ledige-stillinger/



Kriminalomsorgen region øst
Ila fengsel og forvaringsanstalt

RÅDGIVER/PSYKOLOG

Det er ledig fast stilling som rådgiver/psykolog ved Ila fengsel og forvaringsanstalt med tiltredelse snarest

Nærmere opplysninger om stillingen ligger på www.jobbnorge.no, www.kriminalomsorgen.no eller på NAV sine sider.



Enhetsleder

BUPA, enhet Østensjø

Seksjon BUP Oslo Syd har ledig en fast stilling som enhetsleder ved enhet Østensjø da nåværende leder skal over i en annen lederstilling i seksjonen. Tiltredelse fra 01.05.2015. Stillingen ønskes fortrinnsvis besatt av psykologspesialist eller overlege, men andre faggrupper med klinisk spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri kan komme i betraktning. Erfaring fra BUP er ønskelig, samt ledererfaring eller erfaring som teamleder.

Seksjonens opptaksområde er bydelene Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand, der bydel Østensjø har ca. 12 000 barn og unge i alderen 0-18 år, og er i vekst. Arbeidet er tverrfaglig basert og forutsetter et nært samarbeid med 1. linjen og distriktets barnehager og skoler. Enheten har utstrakt samarbeid med bydel, skole/barnehager, helsestasjon, ppt, barnevern og fastleger. I tillegg er det samarbeid med døgn og spesialseksjoner i BUPA forøvrig. Enheten består av 16 fagstillinger i tillegg til enhetsleder. Dette inkluderer to stillinger for overleger og to for LIS-leger. Enheten er organisert i to team med hver sin teamkoordinator.

Seksjonen er i en spennende utvikling da den skal sam-lokaliseres med DPS og RUPO i nytt bygg på Mortensrud mai 2015. Seksjonen jobber målrettet med kompetanseutvikling og planlegging av hvilke synergieffekter vi kan få ved en samlokalisering av tjenestetilbudet til befolkningen i Oslo Syd. Det er flere satsningsområder i både avdelingen og seksjonen; der aldersgruppen 15-25 og forebygging av "dropout", DBT behandling, utvikling av et spe- og småbarns matriseteam og økt nevropsykologisk kompetanse er noe av det. 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 eller Lene Chr. Holum, enhetsleder/psykologspesialist, tlf. 23 42 86 50 / 992 77 358.

Ref.nr. 2412685806

Søknadsfrist: 02.03.2015

For fullstendig annonse se: 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.

- 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.

Flekkefjord**Psykolog - DPS Lister**

Vi har fra 01.03.2015 ledig 100 % fast stilling som psykolog i Flekkefjord.

DPS Lister dekker de 6 vestligste kommunene i Vest-Agder, og har et opptaksområde med 35.000 innbyggere. Vi har 3 poliklinikkteam i hhv Flekkefjord, Farsund og Kvinesdal og en døgnpost med 16 plasser i Kvinesdal.

Opplysninger: Enhetsleder Eli Lende Lindeland, tlf. 38 32 73 70

Søknadsfrist: 25.02.2015

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.



frantz.no

UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Stilling ledig**Det helsevitenskapelige fakultet**

Institutt for psykologi

Stipendiat i prosjektet søvn og smerte

Forskningsprosjektet omhandler sammenhenger mellom langvarige smertepåklager og søvnvansker, og mulige døgn- og årstidsvariasjoner i dette ved 69 grader nord. Studien vil gi viktig kunnskap om sammenhenger mellom smerter og søvn, og hvilke søvnproblemer som spesifikt bør adresseres klinisk for å optimalisere smertebehandlingen.

Du må ha grad som cand. psychol. eller cand. med. eller ha mastergrad i psykologi eller annet relevant helsefag.

Flere opplysninger om stillingen får du hos førsteamanuensis Svein Bergvik, tlf. 77 64 63 23, e-post: svein.bergvik@uit.no eller konstituert kontorsjef Trine Dahl Krane, tlf. 77 64 59 49, e-post: trine.d.krane@uit.no

Søknadsfrist 9.3.2015

For fullstendig kunngjøring se: www.jobbnorge.no

UiT Norges arktiske universitet

uit.no/ledigestillinger

**- 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 - Habiliteringsseksjonen for barn og unge (HABU), Barne- og ungdomsavdelingen**

100 % st. fast.

HABU er en av landets største barnehabiliteringstjeneste med kontorer i Arendal og Kristiansand. Vi har ansatt 9 psykologer. En av våre psykologer går til sommeren av med pensjon og vi søker hennes erstatter. Stillingen inngår i team 3, som har hovedansvar for utredning, diagnostikk og oppfølging av barn og unge med autismespekterforstyrrelser. Vi søker en medarbeider som har interesse for målgruppen.

Opplysninger: Seksjonsleder Bjørn Lerdal, tlf 38 07 43 95/ 482 49 962 eller teamleder Øyvind Lied, tlf. 38 07 43 95

Søknadsfrist: 23.02.2015

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobsok



frantz.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.

Mandal**Psykologspesialist/psykolog - DPS Strømme, Psykiatrisk poliklinikk**

Vi har fra 02.03.2015 ledig et vikariat som psykologspesialist/psykolog i 100 % st. fram til utgangen av februar 2016. Stillingen er knyttet til poliklinikken i Mandal.

Hovedfunksjonen for stillingen vil være utredning, behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser.

Opplysninger: Enhetsleder Frida Sandvik, tlf. 38 07 96 90

Søknadsfrist: 15.02.2015

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.



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, Regionalt senter for spiseforstyrrelser

Psykologspesialist / psykolog

- 100 % fast stilling.

Vi ønsker en psykolog med interesse for kognitiv terapi og som kan tenke seg å ta videreutdanning i CBT-E. Stillingen vil i all hovedsak være klinisk rettet og i første omgang knyttet til poliklinikken.

Vi tilbyr bl.a. gode muligheter for videreutdanning og faglig påfyll, vakker natur og en by som blomstrer.

For nærmere opplysninger kontakt psykologspesialist Silje Kathrine Fredheim, tlf. 913 27 884.

Søknadsfrist: 28. februar 2015

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
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:

Lofoten DPS, BUP

Psykolog

- 50 % vikariat 16.02.2015.

For nærmere opplysninger kontakt avdelingsoverlege Sveinung Skårset, tlf. 76 06 02 64, sveinung.skarset@nordlandssykehuset.no eller avdelingsleder Finn Borgvatn, tlf. 76 06 02 64, finn.borgvatn@nordlandssykehuset.no

Lofoten DPS, Ambulerende akutteam

Psykologspesialist/psykolog

- 100 % fast stilling.

For nærmere opplysninger kontakt avdelingsleder Finn Borgvatn, tlf. 76 06 02 64, finn.borgvatn@nordlandssykehuset.no

Søknadsfrist for begge stillingene: 16. februar 2015

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
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 framtidig tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.

Psykologspesialister/psykologer

Rehabilitering Sandnessjøen

Avdelingen tilbyr spesialisert rehabiliteringsmedisin gjennom tverrfaglig poliklinikk, heldøgnsenger og ambulerende rehabiliteringsteam. I tillegg har avdelingen utredning, lærings- og mestringstilbud og behandlingstilbud innen CFS/ME. Fagpersonellet ved avdelingen består av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, sykepleiere, ernæringsfysiolog. Flere av fagpersonellet har kompetanse i kognitiv terapi. Avdelingen samarbeider med medisinsk avdeling om døgnpst for rehabilitering.

Vi ønsker en psykolog/psykologspesialist som har spesialisering innen nevropsykologi, ev. annen relevant spesialisering eller interesse for å fullføre spesialisering.

Kontaktpersoner:

Avdelingsleder Kristin Eide Nordøy, tlf. 970 84 172/75 06 51 77, e-post: kristin.nordoy@helgelandssykehuset.no, områdesjef Ann Merete Brevik, tlf. 907 17 957 / 75 06 51 06, e-post: ann.merete.brevik@helgelandssykehuset.no.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Mo i Rana

BUP er en avdeling ved Psykiatrisk senter Mo i Rana og er en allmennpsykiatrisk poliklinikk som driver med utredning og behandling av barn og unge i alderen 0 - 18 år.

Vi har et spennende og variert arbeidsområde som innebærer både selvstendig arbeid og teamarbeid. Avdelingen har sped/småbarnsteam og DBT tema. Avdelingen er tverrfaglig sammensatt - vi har både overlege/spesialist i barne- og ungdomspsykiatri, lege i spesialisering, psykologer, pedagoger, sosionomer og barnevernpedagoger.

Det er ønskelig med erfaring og interesse innenfor fagfeltet barne- og ungdomspsykiatri.

Kontaktpersoner:

Avdelingsoverlege Ragnhild Walla, tlf. 75 12 52 90, e-post: ragnhild.walla@helgelandssykehuset.no og avdelingsleder Thor Pettersen, tlf. 75 12 52 90, e-post: thor.pettersen@helgelandssykehuset.no.

Voksenpsykiatrisk poliklinikk Mo i Rana

VOP yter differensiert spesialisthelsetjeneste og poliklinikk behandling til personer over 18 år. Vi behandler pasienter med psykiatriske lidelser som angst, depresjon, tvangslidelse, alvorlige kriser, tilpasningsvansker, traumer, personlighetsproblematikk, rus/psykiatri, dobbeltdiagnoser, psykose m.m. Behandling består av individuell- og gruppeterapi, samt ambulant behandlingsteam. Vi tilbyr veiledning og gode muligheter for spesialistutdanning.

Vi har i dag 24 behandlerstillinger, derav 6 psykologer. Vi har to psykiatere, to assistentleger samt blant annet psykiatriske sykepleiere, kliniske sosionomer og rusbehandlere.

Vi søker en psykolog som kan være med å utvikle arbeidsmetoder og strategier for videre utvikling av vårt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten.

Kontaktpersoner:

Avdelingsleder Wenche Strøm Nordnes, tlf. 75 12 52 70, e-post: wenche.strom.nordnes@helgelandssykehuset.no, ass.avd.leder Ørjan Svenøy, tlf. 75 12 52 70, e-post: orjan.svenoy@helgelandssykehuset.no.

Søknadsfrist: 22. februar 2015

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

frantz.no



Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus, har nærare 12.000 tilsette som har som mål å gi best mogleg behandling og pleie til pasientane våre. Kwart år behandlar vi nesten 600.000 pasientar og bidreg i utdanninga av eit par tusen helsearbeidarar. Forsking er ei viktig oppgåve, og vi er blant dei fremste i landet innanfor dette feltet. Les meir på www.helse-bergen.no eller facebook.

Kronstad distriktpsikiatriske senter søker Seksjonsleiar

Kronstad DPS har ansvar for bydelane Bergenhus, Årstad og Ytrebygda i Bergen kommune, med ca. 90 000 innbyggjarar over 18 år og eit stort tal studentar. I mai 2013 vart Kronstad DPS samlokalisert i eit nytt, flott og moderne bygg på Danmarks plass. Allmennpoliklinikk Årstad held til i 3. etasje og er samlokalisert med allmennpoliklinikk Bergenhus og deler av Allmenn dagbehandling. Poliklinikken har ansvaret for bydelane Årstad og Ytrebygda og er organisert i 3 behandlarteam, leia av spesialistar. Poliklinikken har ni psykologspesialistar, to psykologar, fire overlegar i full stilling, og ein lege i spesialisering. Det jobbar også klinisk sosionom og to psykiatriske sjukepleiarar i poliklinikken. Vi tar imot tilvisingar frå fastlegar, legevakta, sjukehus og private spesialistar. Saman med allmennpoliklinikk Bergenhus har vi eit dagleg tilbod om akutt vurdering av pasientar som treng dette. Vi samarbeider tett med andre seksjonar i Kronstad DPS, mellom anna dag- og døgnbehandling, gruppepoliklinikk og ambulant verksemd.

Poliklinikken har eit godt arbeidsmiljø, er tverrfagleg samansett og har brei kompetanse i mellom anna psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi, traumebehandling og ADHD behandling. Poliklinikken har fleire tilsette med forskingskompetanse.

Vi søker ein engasjert lege- eller psykologspesialist som ønsker å leie og videreutvikle den polikliniske verksemda i Kronstad DPS. Søkar må vere spesialist i klinisk vaksenpsykologi eller spesialist i vaksenpsykiatri.

Arbeidsoppgåver:

- Totalt leiaransvar for poliklinikken. I dette ligg fag, utvikling, personal- og økonomiansvar
- Ansvar for at poliklinikken sine ressursar og kompetanse blir nytta optimalt og for at Kronstad DPS leverer polikliniske tenester i tråd med faglege retningslinjer og overordna krav.
- Klinisk arbeid i deler av stillinga.

Kontakt:

Klinikkoverlege Lars Onsrud eller Klinikkdirtør Randi-Luise Møgster, telefon 55956000

Referansenr. 2457016516 - Søknadsfrist: 10.02.2015



HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus

Les meir og søk stilling: www.helse-bergen.no

PSYKOLOGSPESIALIST 100 %

Ved **Stiftelsen Bjørgvin Familierådgivning** er det ledig psykologspesialist-stilling. Det er ønskelig med vidareutdanning i familierapi og kompetanse innen mekling.

I hht. Lov om familievernkontorer arbeider vi med par- og familiebehandling, foreldremekling samt utadrettede tiltak (kurs, gruppevirksomhet ol.).

Vi har et særlig ansvar for familier som lever med høykonflikt og vold. Vi møter også ganske mange med minoritetsetnisk bakgrunn. Relevant erfaring på disse områdene er ønskelig. Personlig egnethet vektlegges. Menn oppfordres til å søke.

Personalet arbeider i team og består av konsulent i ekspedisjon/mottak samt sosionomer, psykologer og psykiater, alle med vidareutdanning i familierapi.

Søknad til

Bjørgvin Familierådgivning
v/styret, Slottsgt.3,
5003 Bergen
innen den 16.2.2015

Kontaktperson

Daglig leder Inger Gallefoss,
tlf. 55 31 05 42.



Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

BUP Hammerfest

Psykologspesialist/ psykolog

Ved BUP Hammerfest er det ledig 100% fast stilling som Psykologspesialist/psykolog med tiltredelse snarest

Brenner du for faget og ønsker å kombinere jobben med mulighet for en aktiv fritid – da er dette noe for deg!

Kontaktinfo:

Øyvind Krystad, enhetsleder, tlf. 78 42 14 70.

Søknadsfrist: 15. februar 2015

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.jucan.no, samt på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKUBUOHČCEVIESU



Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for menneskes

Assisterende avdelingssjef ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, er det ledig 100 % fast stilling som assisterende avdelingssjef. Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 2249 8412 / 9203 2854

Les mer om stillingen på www.diaconhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 26.02.15



Psykologspesialist/ psykolog

Psykiatrisk klinikk, DPS nedre Telemark, Seksjon for poliklinisk behandling Vestmar

Har du lyst på et godt arbeidsmiljø og inngå i et tverrfaglig team? Da er du velkommen til å søke på stilling hos oss.

Seksjonen består av team for allmennpsykiatri og ambulant team. Vi er lokalisert i Kragerø og Bamble.

Du vil inngå i et tverrfaglig team bestående av psykiater, psykolog, spesialsykepleiere og sosionom og være ansvarlig for utredning, vurdering, diagnostisering og behandling.

Nærmere informasjon ved teamleder Anne Irene Øya, tlf. 35 98 60 66 eller seksjonsleder Heidi Aatangen, tlf. 35 98 60 76.

Søknadsfrist: 20. februar 2015

Se hele utlysningsteksten og søk på stillingen på www.sthf.no

frantz.no



N.K.S. Kvamsgrindkollektivet AS driver tverrfaglig spesialisert behandling av unge mennesker med rusrelaterede problemer i alderen 16–24 år. Kvamsgrindkollektivet er et ideelt AS, som i sin helhet eies av Norske Kvinners Sanitetsforening, Sør-Trøndelag. Kvamsgrindkollektivet har en driftsavtale med Helse Midt-Norge RHF på samtlige behandlingsplasser. Enheten består av tre døgnavdelinger med til sammen 22 plasser, samt en poliklinisk avdeling som utfører ca 1300 konsultasjoner årlig. Kvamsgrindkollektivet har en regional funksjon, og tilbyr lang tids behandling av sammensatte lidelser, både i døgn og gjennom ambulante polikliniske tjenester. Virksomheten består av 31 årsverk, og er tverrfaglig sammensatt av dyktige og engasjerte tilsatte.

Vi søker nå

Psykolog

100 % fast stilling

For nærmere informasjon kontakt fagleder Kristin Øien Kvam, tlf. 410 03 055.

Fullstendig utlysningstekst og ytterligere informasjon om Kvamsgrindkollektivet finner du på www.kvamsgrind.no.

Søknadsfrist: fredag 20. februar 2015



DPS Follo, Enhet for gruppeterapi Psykologspesialist

Er du en dyktig psykologspesialist som ønsker nye utfordringer i et trivelig miljø?

Ved DPS Follo, Enhet for gruppeterapi er det ledig en 100 % fast stilling for psykologspesialist, fra 01.08.2015.

Kontaktinfo:

Kjell-Einar Zahl, enhetsleder, tlf. 64 85 21 66

Referansenr: 2460119567

Søknadsfrist: 28. februar 2015

For å søke på stillingen, gå inn på www.ahus.no/jobb

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttsykehus, og lokal- og områdesykehus 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.

Les mer på www.ahus.no

HELSE SØR-ØST

frantz.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Universitetssykehuset Nord-Norge søker dyktige kandidater til følgende stillinger:

Psykologspesialist

2 faste stillinger ved Rusbehandling - Nordlandsklinikken.

Nordlandsklinikken er lokalisert i Håkvik utenfor Narvik, og tilbyr døgnbasert behandling samt avrusning til ulike grupper rusavhengige.

Kontakt:

Lisa Augensen, tlf. 76 96 56 20 / 416 11 543.

Søknadsfrist: 15. februar 2015

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobbsok

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEISSU



frantiz.no

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.

Psykiatrisk intermediæravdeling og voksenalderhabilitering

Alderspsykiatrisk seksjon

Psykologspesialist

100 % fast stilling.

Stillingen er knyttet til døgnavdelingen.

Kontaktinfo: Seksjonsleder Tone Christin Nordmark, tlf. 958 08 659

Søknadsfrist: 15. februar 2015

Fullstendig utlysningstekst finnes på www.sykehuset-ostfold.no og www.nav.no. Søknad sendes elektronisk via link på www.sykehuset-ostfold.no



SYKEHUSET ØSTFOLD

frantiz.no

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG PRISER I 2015

SPELPLASSERING:

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 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 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
3	17.02	02.03
4	18.03	01.04
5	17.04	04.05

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

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**
ragnhildkstocke@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 Øverland
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
Cathrine Sangereid
cathrine.sangereid@sshf.no
957 80 006

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

SPECIALITETSRADET

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 Reigstad,
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 Mølman,
administrasjonssjef,
e-post heidi.molman@
psykologforeningen.no
Bjørn T. Kristensen,
kontorsjef, tlf. 23 10 31 46

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef

Joakim Solhaug,

spesialrådgiver
Kontakt:
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Andreas Høstmælingen,
fagsjef, e-post andreas@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

FAGLIGE MEDARBEIDERE I PSYKOLOGTIDSSKRIFTET

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, Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress
Thomas von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal inneholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk Psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnements-prisen 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 eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
17.02, 18.03, 17.04, 18.05, 18.06, 20.07,
18.08, 18.09, 19.10, 18.11