

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSYKOLOGI

Vol. 52 nr. 5 2015

## Hvor ble det av foreldrearbeidet?

Debatt, side 422

## Barske gutter gråter

Fra praksis, side 390

## BLUES MOTHERS

Vitenskapelig  
artikkel, side 405

## - Diagnosen psykopati gir lite mening

Forsknings-  
intervju, s. 413

ISSN 0332-6470



9 770332 647006

# PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 5** 2015

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

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

og Peder Kjøs, [peder@psykologtidsskriftet.no](mailto:peder@psykologtidsskriftet.no), tlf. 911 73 609

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Markedskonsulent** Winnie Engevold

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Marianne Hansen, Nasjonalt

kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Anlov P. Mathisen, Mental Helse

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.

# «Scientist or practitioner»-modellen?

**Svekkes forbindelsen** mellom psykologisk forskning og psykologprofesjonen? Selv om psykologer hegner om Boulder-modellen og dens vektlegging av «scientist-practitioner»-modellen i utdanning og yrkesutøvelse, virker Psykologforeningen mer opptatt av «practitioner» enn «scientist» når profesjonspolitikken utformes. Hovedvekten legges på hvordan profesjonen skal fylle det mandatet samfunnet gir, og da særlig mandatet knyttet til psykisk helsearbeid, enten det gjelder spesialisthelsetjenesten eller rollen som kommunepsykologer. Perspektivet er mer enn forståelig. Blikket på psykologen som yrkesutøver har vært vellykket både lønnspolitisk og når det kommer til innflytelse i helsevesenet. Men samtidig har fagets vitenskapelige grunnlag kommet til å spille annenfiolin i foreningens profesjonstenkning, selv om viktige initiativ som dobbeltkompetanseprosjektet skal nevnes.

**Samtidig som** profesjonen betrakter seg primært som praktikere som skal fylle det mandatet samfunnet tilbyr en, er det i academia få insentiver til å publisere i norskspråklige tidsskrifter. Dermed prioriterer ikke forskere et tidsskrift som Psykologtidsskriftet, selv når forskningen kan være svært aktuell for mange av standens 8000 medlemmer. Forskere skal selvsagt dele sin forskning på tvers av landegrensene, og da er engelsk språket. Men det som omtales som «the scientist practitioner gap», blir ikke mindre i vårt fag av at norske publiseringskanaler velges vekk. Samtidig har vi for-

ståelse for utviklingen: Når forskere forteller at deres norskspråklige artikler neglisjeres når karriereløp skal bygges, blir internasjonale tidsskrift det fornuftige valget: Det gir liten, om noen uttelling, å skrive i de tidsskriftene norske psykologer faktisk leser.

**Vi er urolige for** at avstanden mellom psykologien som vitenskap og psykologien som profesjon øker. På sikt kan denne utviklingen forsterkes ved at mye psykologisk forskning etterhvert gjøres av personer uten profesjonstilhørighet. Og når doktorgradsløpene følger tett på profesjons- og masterutdannelsen, begynner også forskerkarrieren langt tidligere enn før. For mange av disse vil nok forskeridentiteten være langt viktigere enn profesjonsidentiteten.

**Kanskje er det dette** vi har sett en stund i vår innbunke. Selv om Psykologtidsskriftet heldigvis mottar mange bidrag fra psykologer, ser vi også at de fleste av disse bidragene best plasseres i sjangrene fagessay eller fra praksis. Og la meg understreke: Det er viktig at psykologer skriver om egen praksis – svært mye psykologisk kunnskap ligger nettopp i den kloke refleksjonen over egen yrkesutøvelse. Og mye av psykologiens kunnskapsfelt består jo historisk sett nettopp av det å dele erfaringer med hverandre. Men det kan også forstås som et signal om at «scientist-practitioner»-modellen beveger seg i retning av en «scientist or practitioner»-modell. Det er verdt mer enn én tanke både blant forskere, foreningen, tidsskriftet og profesjonen. ❖



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Vi er urolige for at avstanden mellom psykologien som vitenskap og psykologien som profesjon øker

# 402



ILLUSTRASJONSFOTO: YAY MICRO

## HOSTEANFALLET

Psykolog Kristin Alve  
Glad deler historien om  
terapitimen da utforskning  
av den forkjølte pasientens  
hostekule gav ny innsikt.

# 427



ILLUSTRASJONSFOTO: GARETH WILLIAMS/Flickr.COM

## SAMLEBÅND?

«Det blir satt likhetstegn mellom evidensbasert  
praksis og samleband. Men å sikre rettigheter og  
utøve skjønn er to sider av samme sak,» skriver  
samfunnspsykolog Heidi Tessand, en av flere som  
kaster seg på debatten om New Public Management.

# 396

«Norske mødres omsorgsoppgaver og  
livssituasjon synes å bidra til at de i større grad  
enn fedrene kommer i området for høyt stress.»

Bjørn Lerdal et al. i vitenskapelig artikkel om forskjeller i stressnivå  
hos mødre og fedre til barn med cerebral parese.

# 416



FOTO: PAAL AUDESTAD

## KJØNN OG SELVSKADING

Hva skal til for at du skal kunne definere deg selv som hjelpetrequende og samtidig bevare en brukbar kjønnsidentitet som mann? spør Lars Mehlum (bildet), professor i psykiatri og suicidologi.

# Innhold

- 385 «Scientist or practitioner»-modellen?  
Leder | Bjørnar Olsen
- 388 - Vi kan tenke oss sterke og verdige  
NÅ: Elin Fjerstad om klinisk helsepsykologi | Nina Strand
- 390 Barske gutter gråter. Kognitiv terapi som psykologisk førstehjelp ved traumatisk armbrudd  
Fra praksis | Elin Fjerstad et al.
- 396 Forskjeller i stressnivå hos mødre og fedre til førskolebarn med cerebral parese  
Vitenskapelig artikkel | Bjørn Lerdal et al.
- 402 Hosteanfallet  
Fri assosiasjon | Kristin Alve Glad
- 405 Blues mothers. Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon  
Vitenskapelig artikkel | Kristin Valen Kristensen et al.
- 413 Psykopatidiagnosen gir lite mening  
Forskningsintervju med Asle Makoto Sandvik | Arne Olav L. Hageberg
- 415 Bryter helsepersonell menneskerettighetene?  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 416 Selvskading, kjønn og makt  
Aktuelt | Nina Strand
- 421 MENINGER  
Hovedinnlegg: Hvor ble det av foreldrearbeidet? (s. 422)  
Debatt: New Public Management (s. 427), «Islamifisering» av psykoterapi (s. 431), Presseetikk (434), Sykelig fedme (s. 436), Mentaliseringsbasert terapi (s. 438)  
Leseombudet: Større enn summen av delene | Else-Marie Molund (s. 441)  
Perspektiv: Kaffe og ledelse | Tor Levin Hofgaard (s. 442)
- 444 INNTRYKK  
Bokanmeldelser: Tvangstanker og tvangshandlinger hos barn og unge (s. 444), I dialog med barnet (s. 446), Expanding your leadership (448)  
Klassikeren: Sigmund Freud, Observations on transference-love, 1915 (s. 447)
- 449 Kurskalender
- 450 Annonser
- 457 Stillingsannonser



**TIDLIG INN:** – Tanker og følelser kan skape trøbbel for mestring lenge før det blir en psykisk diagnose ut av det, sier Elin Fjerstad. (Foto: Aschehoug forlag)

# - VIKAN TENKE OSS STERKE OG VERDIGE

Sykdom i kroppen krever mentale muskler, og interessen for klinisk helsepsykologi øker. Elin Fjerstad (bildet), psykolog og pasient, stiller med dobbeltkompetanse.

– Nylig ble det arrangert en konferanse om klinisk helsepsykologi i Oslo. Pågangen var stor. Er dette et symptom på større gjennomslag for dette feltet?

– Ja. Psykologer viser stadig større interesse. Det er bra, for vi trengs! Vår tids helseutfordring er livsstilssykdommer og kroniske sykdommer; de som ikke kan kureres, men må leves med. Helse er ikke bare et medisinsk anliggende, men krever tverrfaglighet, og psykologens verkøy blir stadig mer aktuelle.

## TEKST

Nina Strand

– Dere er en gruppe psykologer som jobber her på Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Somatiske sykehus har jo lange tradisjoner i måten å organisere seg på, og i hvilke yrkesgrupper som gjør hva. Hvordan har dere greid å få innpass?

– Det er nok flere årsaker. Vi arbeider på et lite sykehus der det å se hele mennesket er en verdi. Selv har jeg jobbet her siden 2001, i revmatologien, hvor de har vært tidlig ute med å tenke biopsykososialt. Torkil Berge er arkitek-

ten bak Prosjekt klinisk helsepsykologi, senere kom Nina Lang, Ingrid Hylgmo og jeg. Da vi fikk midler fra Helsedirektoratet, skrev de at «dette er veien norsk helsevesen må gå, somatisk og psykisk helse må sees i sammenheng». Å ha det utsagnet i ryggen har vært viktig, også innad her på sykehuset. I dag er vi en fast enhet ved sykehuset: Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken.

– Sykepleierne har jo tradisjonelt hatt en omsorgsrolle innenfor somatikken. Har dere psykologer møtt skepsis fra dem?

– Jeg husker en som sa like etter at jeg hadde begynt her: «Hva skal være min rolle nå?» For oss psykologer som kommer inn i somatikken, er det viktig å se og anerkjenne alt det gode hel-sesarbeidet andre gjør. Både psykologer og sykepleiere trengs, og jeg prøver å vise i praksis hva som er mitt fag og hva jeg kan supplere med.

– Hvor er dere psykologer plassert i sykehuset?

– Organisatorisk er vi knyttet til Voksenpsykiatrien, Vinderen, men jobber jo her på selve sykehuset. Pasientene våre er henvist av lege ved medisinsk, kirurgisk eller revmatologisk avdeling. Vi gir korte, avgrensede tiltak rettet mot de psykologiske utfordringene som for eksempel kreft, hjertesykdom, diabetes og revmatiske sykdommer kan gi.

– Dere jobber mest med enkeltpersoner, altså?

– Ja, og med familier. Men så har vi også mye undervisning, konsultasjoner og veiledning til helsepersonell. Eksempelvis refleksjonsgruppe for legene, en mulighet travle leger sjelden har. Her får de rom for å stoppe opp og snakke om utfordringer i arbeidet med pasientene. Vi bidrar også på kommunikasjonskurs for leger og annet helsepersonell. Diakonhjemmet er det første sykehuset i landet som har innført obligatoriske kommunikasjonskurs for alle nyan-satte leger. Det er vi stolte av. De fleste klagesakene dreier seg om kommunikasjon. Den moderne pasienten krever en moderne lege, som kan lytte, vise empati og informere.

– Hva snakker dere med pasientene om?

– Vanlige henvisningsgrunner er smerte, utmattelse, søvnvansker, bekymring, angst og depresjon. Tanker og følelser kan skape trøbbel for mestring lenge før det blir en psykisk diagnose ut av det. Da er det viktig å komme tidlig inn. Vi har for eksempel kurs for de som har utmattelse knyttet til sykdom og som tren-

ger mentale hjelpemidler for å håndtere plagene. Vi har lagd behandlingsmanualer for kursledere og for individualbehandling, og selvhjelpsmateriell for pasienter. Nylig arrangerte vi et åpent seminar for mennesker med utmattelse – det ble fullbooket med 250 deltakere og mange på venteliste!

– Har kognitiv terapi fått monopol i satsingen på kropp og psyke?

– Det har jeg aldri tenkt på. Jeg har selv en psykodynamisk utdanning, og da jeg begynte å jobbe i somatikken, opplevde jeg at jeg kunne hjelpe pasienten med å bearbeide reaksjoner på det å få en sykdom. Men jeg manglet verktøy for å hjelpe dem med plager som smerte, utmattelse og den mentale støyen sykdom gir. Vide-reutdanning i kognitiv terapi var nyttig. Ved sykdom er det jo begrenset hva en kan påvirke, vi kan ikke tenke oss friske, men vi kan tenke oss sterke og verdige! Da har man mer å stå opp med når sykdom herjer med kroppen og med livet og legge premisser for alt. Jeg hjelper folk med å bygge sine mentale muskler. Fordelen med kognitiv terapi er at det er metoder som er lett å forstå, både for pasienter og for annet helsepersonell. Men vi bør kanskje lære av legene: Ingen leger tror at det finnes *en* medisin som hjelper mot alt. Vi mennesker er forskjellige, og derfor må vi også ha ulike metoder.

– Du lever selv med leddgikt. Det betyr vel at du har erfart helsetjenesten før man tenkte mer helhetlig?

– Ja. Jeg fikk sykdommen da jeg var under ett år gammel, så jeg var et av de barna som var månedsvis på sykehus uten foreldre. Vi kom hjem med medisiner for kroppen, men med sår på sjela – sår som jeg siden har måttet jobbe for å reparere. Å la barn være på sykehus uten foreldre er virkelig å skille kropp og sjel.

– Hva synes du om Psykologforeningens engasjement i helsepsykologi?

– Psykologforeningen har helt klart spilt en stor rolle for den økende interessen for klinisk helsepsykologi. De har hjulpet oss å løfte fram feltet, ikke minst med konferansen i mars. Nå skal de også lage et eget utdanningsprogram som del av spesialiseringen. Vi håper foreningen også framover vil legge breidsiden til for å vise at dette er et arbeidsfelt for psykologer. Med tanke på dagens helseutfordringer kan vi psykologer bidra ved å delta i det helseteamet som hjelper folk til å holde seg så friske og så yrkesaktive som mulig – så lenge som mulig. ✘

## Hvorfor NÅ?

- Mens helsepsykologi er et bredt fagfelt om folkehelse og forebygging, er klinisk helsepsykologi ledd i tverrfaglig behandling for pasienter med somatisk sykdom. Feltet merker nå stor interesse.
- Elin Fjerstad er psykolog ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmets sykehus i Oslo. Sammen med Torkil Berge og Lars Dehli skrev hun *Utmattelse i sykdom og hverdag*. Aschehoug, 2014.
- Se også «Barske gutter gråter», Fra praksis, på neste side.



Baudik Kabbabane



# Barske gutter gråter

## Kognitiv terapi som psykologisk førstehjelp ved traumatisk armbrudd

Vi er en gjeng gutter på jobben som trener mye. Vi utfordrer hverandre og konkurrerer om det meste. Denne dagen brøt vi håndbak i lunsjen. Jeg og en annen kar stilte oss ved de høye kafébordene i kantina og startskuddet gikk. Vi hadde holdt på ganske lenge da kollegaen min trår til for å avslutte, tar et lite hopp opp og bryter armen min ned. Jeg hører et skikkelig smell, og tenker at der knakk bordet! Så ser jeg en annen kollega besvime. Først når jeg ser armen min henge og dingle, skjønner jeg at noe har skjedd med den. Og da kjenner jeg hvor vondt det gjør. Da ambulansfolkene kommer, er jeg svett, likbleik og står og holder på armen. Det er nok bicepsen som røyk, sier jeg og får to Paracet. Men da jeg kommer på sykehuset og de ser røntgenbildet, får jeg morfin.

Et tilsynelatende uskyldig brudd i armen kan være skyld i mye. For Christoffer innebar det en lang prosess med smerter, depresjon og identitetskrise. I denne artikkelen ønsker vi å vise psykologiens relevans i somatisk praksis, og spesielt hvordan kognitiv terapi er et nyttig verktøy i akuttmedisin så vel som i rehabilitering. Vi ønsker å fortelle om hvordan kognitiv terapi kan anvendes som psykologisk førstehjelp i etterkant av et smertefullt og traumatisk armbrudd, og som et selvhjelpsverktøy i den videre rehabiliteringen. Bidraget er skrevet i samarbeid med Christoffer. »

Når kroppen rammes av skade eller sykdom, handler det ikke bare om å overleve og å reparere kroppen, men også om å gjenerobre «seg selv» og livet sitt.

**TEKST** Elin Fjerstad, Ingrid Hyldmo, Lars Wabø og Christoffer Egede Høiseith  
Diakonhjemmet Sykehus, Oslo.

**ILLUSTRASJON** Bendik Kaltenborn

## PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP

Jeg har spilt fotball i mange år og pådratt meg brudd før også, sågar *spilt* fotball med brudd i foten. Men jeg har aldri opplevd et så smertefullt brudd før, og smertene ga seg liksom aldri. Å forflytte seg fra sengen til MR-maskinen og å løfte armen gjorde ekstremt vondt. Jeg ble redd og følte meg så hjelpeløs. Hele situasjonen var absurd, jeg hadde jo nettopp brutt håndbak med gutta og nå lå jeg her i en MR-maskin! Hvorfor gir ikke smertene seg? Det er tross alt bare et brudd, og her ligger jeg og griner som en småunge! Dette må være noe mer enn et brudd. Kommer jeg noen gang til å bli bra igjen? Tenk om jeg må amputere armen? Alle bare stresset rundt meg og spurte om ditt og datt, ba meg løfte armen hit og dit. Jeg ble oppkavet og irritert, men samtidig måtte jeg ikke bli sint, for jeg var jo helt prisgitt dem, og ikke ville jeg være til bry heller. Dessuten – noe må man jo tåle.

Christoffer hadde et komplisert og ustabil brudd i overarmen med feilstilling og flere fragmenter. Det krevde et kirurgisk inngrep og smertemedikasjon, med andre ord ordinær medisinsk førstehjelp. Hva innebærer *psykologisk førstehjelp* (Fjerstad & Lang, 2013)? Selve opplevelsen fra lystig håndbak til akuttinnleggelse med ekstreme smerter var en traumatisk opplevelse for Christoffer, en opplevelse med påtrengende og opprivende minner og følelsesmessige ettervirkninger som trengte bearbeidelse; gjennomgang av hendelsesforløpet, hjelp til å forstå at faren var over og til å håndtere situasjonen på sykehuset. Dernest innebar psykologisk førstehjelp en mer indirekte hjelp, nemlig at helsepersonell forsto at Christoffers smerteopplevelse ikke bare ble påvirket av selve skaden og de anatomiske forholdene, men også av psykologiske og sosiale faktorer. Vi starter med å vise de ulike aktørenes vurderinger av Christoffers behov i den akutte fasen; kirurgen som møter Christoffer første gang på operasjonsbordet samme dag som ulykken inntreffer, og som henviser til sykehusets Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, psykologen (IH) som møter Christoffer første gang tre dager etter ulykken, og hovedpersonen, Christoffer selv.

Kirurgen: Etter operasjonen fortalte Christoffer om redsel rett etter at armen brakk, før operasjonen og etterpå. Særlig var han redd for at de sterke smertene skulle komme tilbake. Han gjenopplevde synet av armen som hang og slang, og lyden da den brakk. Han fortalte om dramatiske drømmer og sterke sanseintrykk i våken tilstand, og han hadde også episoder med hyperventilasjon. Dette til tross for at han hadde fått informasjon om at operasjonen hadde gått fint, og at han allerede nå kunne begynne å bruke armen forsiktig. Han virket utafør og fortvilet. Han hadde, slik jeg oppfattet det, både fysiske og psykiske symptomer på redsel av en sånn grad at jeg tilbød å henvise ham til *Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken* her på sykehuset.

Christoffer: Så kom vendepunktet. Kirurgen kom innom for å snakke om operasjonen. Han skjønnte at jeg var tøff, eller i hvert fall ønsket å være tøff. Han spurte rett ut: Har du panikk? Er du redd? Vil du snakke med en psykolog? «JA», sa jeg spontant. I hvert fall så tror jeg at jeg svarte spontant. Jeg ville ha takket ja til hva som helst. Alt for å slippe det marerittet jeg følte jeg var fanget i.

Psykologen: Christoffer lå i sengen og var tydelig anspent i kroppen. Han liksom vernet om armen sin, og var fortsatt i sjokk da jeg traff ham første gangen. Jeg snakket rolig og formidlet at han skulle puste rolig, at han var i trygge hender, og at «faren var over». Jeg normaliserte hans reaksjoner og sa at vi ville hjelpe ham igjennom dette.

## TRAUMBEBARBEIDELSE

For å bearbeide et traume er det viktig å erfare både kognitivt og emosjonelt at «faren er over». Minner fra en traumatisk opplevelse kan ofte være kaotiske, utydelige eller fragmenterte (Ekeberg, 2014). For å bearbeide opplevelsen er det viktig å lage en sammenhengende historie om det som har skjedd og prøve å fylle hull i hukommelsen. Dersom man har gått glipp av betydningsfull informasjon, kan det være vanskelig å lage en meningsbærende historie. Christoffer og psykologen gikk i detalj igjennom hendelsesforløpet fra den lystige bryte-kampen til *lyden* av smellet da armen brakk, til *synet* av armen, til smertene, redselen og opplevelsen av ikke å ha kontroll. Traumbearbeidelsen vekket sterke kroppsreaksjoner. Igjen var Christoffer tilbake til kafébordet og kollegaene, smellet, synet, den ubehagelige kvalmen etterpå og det ubegripelige som skjedde. Det var viktig å normalisere disse krisereaksjonene, og gi informasjon om at økt adrenalinutskillelse, puls, svimmelhet, respirasjon, varmeproduksjon og skjerpet avstandssyn (sympatikusstimulering) er normale måter kroppen reagerer på når den er i alarmberedskap. Det hjalp ham å forstå sine egne reaksjoner, og ga ham dessuten aksept for at reaksjonene var så sterke. I ettertid beskrev Christoffer denne gjennomgangen som en sterk påkjønning, men samtidig som en opplevelse av at noe slapp taket. Det hadde stor betydning at han følte seg trygg under gjennomgangen av det som hadde skjedd, og at han ikke følte seg presset. Han husker at smertene ble mindre intense, og at han ble mindre anspent: «Nå kunne jeg begynne å slappe mer av, som om en tre dagers anspent alarmberedskap var i ferd med å slippe taket. Endelig fikk jeg en god natts søvn.»

Det var dessuten viktig for Christoffer å snakke med både håndbakmakkeren og kollegaer som hadde vært vitner til hendelsen. Møtet med håndbakmakkeren og hans følelser av skyld ble sterkt for begge. Christoffer ønsket å hjelpe kollegaen til ikke å føle skyld, samtidig som selve møtet framkalte sterke minner fra selve hendelsen og et intenst ønske om at det ikke skulle ha skjedd. Å høre andre kollegaer fortelle om sine egne sterke følelsesmessige reaksjoner som vitner til det som skjedde, gjorde det lettere for Christoffer å anerkjenne sine egne følelser – kanskje var han ikke en pin-gle likevel.

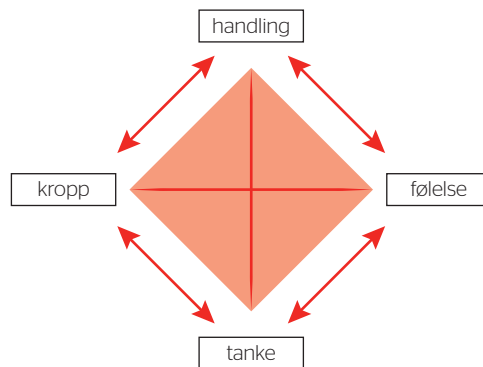
## EN BIOPSYKOSOSIAL FORSTÅELSE AV SMERTE

Smerte blir i dag definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som forbindes med faktisk eller mulig vevsødeleggelse, eller som beskrives som vevsødeleggelse (International Association for the Study of Pain, IASP). Smerte er altså en individuell *opplevelse* som påvirkes av psykologiske og sosiale faktorer. Bakgrunnen for moderne smerteforståelse er Melzack og Walls *portteori* fra 1965 (Melzack & Wall, 1965). Den tar utgangspunkt i at psykologiske faktorer som oppmerksomhet, stress, tanker, forventninger og følelser virker inn på overføringen av selve smerteimpulsene på ryggmargsnivå.

La oss illustrere den rollen oppmerksomheten spiller for smerteopplevelsen. Det første Christoffer ble oppmerksom på, var smellet – lyden av armen som brakk. Dernest ser han kollegaen besvime, og først når han oppdager sin egen arm og den underlige fasongen den har fått, kjenner han hvor vondt det gjør. For å kjenne smerte må vi altså være oppmerksomme på den. Hvordan smerte så oppleves, påvirkes av den *meningen* man knytter til smerten. De ekstreme smertene som Christoffer etter hvert opplevde, ga ingen mening, for det var jo bare et brudd, og bruddsmerter pleide av erfaring å gå over etter hvert. Da erfaringen ikke stemte med forventningene, tolket han smertene som tegn på noe langt mer alvorlig og faretruende enn et brudd. Dermed fikk *katastrofetankene* fritt spillerom: Tenk om armen måtte amputeres, og tenk om han aldri ble bra igjen! Dette er tankegods som naturlig nok fører med seg følelser som frykt, engstelse og uro – en skremmende opplevelse av ikke å ha kontroll. I tillegg ble smerteopplevelsen forsterket av det stresset han opplevde i omgivelsene rundt, det vil si på akuttavdelingen, hvor det er det mange å forholde seg til, stadige spørsmål og undersøkelser, samt medpasienter som også lider.

## DEN KOGNITIVE DIAMANTEN

En biopsykososial forståelse av smerte kan illustreres ved hjelp av den kognitive diamanten (Berge & Repål, 2008). Modellen er et redskap for å få fram, sortere og illustrere sammenhenger mellom tanker, følelser, kroppsreaksjoner og handlinger (se figur 1), som hjalp Christoffer til å sortere og å forstå mer av sine egne reaksjoner. Signalene fra *kroppen* var smerte, intens



FIGUR 1 Den kognitive diamanten

uro og sterke spenninger, men også perioder med svimmelhet og kvalme. *Tankene* var preget av katastrofer og bekymringer som forsterket *følelser* som frykt, uro og hjelpeløshet. Han hadde ikke så mange muligheter for *handling*er der han lå i sykesengen, men han ble anspent, gråt og var «lukket inne i sin egen boble av frykt». Han ble paralyisert og maktet ikke å konsentrere seg om gjøremål som kunne bidra til øyeblikk med noe mindre oppmerksomhet på smerter, fortvilelse og bekymringer. Alle disse fire sidene av diamanten forsterket hverandre og bidro til kaosfølelse og en ond smertesirkel.

Psykologisk førstehjelp for Christoffer innebar i tillegg informasjon og tiltak som bidro til å redusere katastrofetanker, frykt og usikkerhet, og som samtidig skapte forståelse i kaoset. Informasjon fra kirurgen ble sentralt. Kirurgen beskrev operasjonen som vellykket, og at armen nå var reparert på en solid måte. Ordene «vellykket» og «solid» var beskrivelser «til innvortes bruk» for Christoffer. Disse ordene ga en helt annen klang enn katastrofetankenes ord, som «ødelagt», «knust» og «komplisert». Selv om smertene fortsatt var der, ble de ikke forurenset av lyntanker og bilder på netthinnen som forsterket smertene. Vi kan skille mellom «ren» og «forurenset» smerte, mye avhengig av den mentale innstillingen til og den følelsesmessige reaksjonen på smerte. Her var det viktig at kirurgen ga Christoffer mulighet for en annen fortolkning av smertene, nemlig at smertene var et signal om at kroppen jobbet med å hele skaden: fra «ødelagt» til «gjenoppbygging». Det var en alternativ tanke og et mentalt forestillingsbilde som erstattet Christoffers katastrofetanker, og som han aktivt brukte i sin indre dialog for å forholde seg til smertene på en annen måte.

”

Selv et armbrudd kan få dramatiske følger dersom man ikke ser hele mennesket

»

## MENTALE STRATEGIER

Jeg var en sterk fyr med høye mål. Jeg har aldri strevd med å utføre praktiske gjøremål, men tvert om vært den som har båret andres koffert, og hjulpet familie og venner med tunge tak. Nå kom jeg ikke opp av senga uten hjelp, jeg kunne ikke kle på meg eller gå på do selv. Forbanna ydmykende.

Å være fysisk sterk var en del av Christoffers identitet. Han bygde kropp og trente mye. Nå trengte han andres hjelp til de mest intime gjøremål, han var blitt til en mann som i egne øyne ikke dugde eller var til nytte for noen – hvem er man da? Tap av fysisk funksjon truet hans selvopplevelse og autonomi, og førte til tilbakefall av tidligere depressive plager. Han følte seg fanget i en svak kropp. Et bilde han stadig fikk på netthinnen, var at samboeren slepte rundt på tunge kofferters mens han sto hjelpeløs og så på. Christoffer og psykologen brukte ABC-skjema i dette arbeidet.

Jeg trengte å få ting i perspektiv, dele den store kaosklumpen opp i ett og ett problem av gangen, dele opp tankene og henge følelsene på de rette knaggene.

ABC-skjema er et enkelt sorteringsverktøy som skiller mellom situasjon (A), tanker i situasjonen (B) og følelsesmessige reaksjoner (C) som følge av hvordan situasjonen fortolkes, for eksempel som farlig eller håpløs (Berge & Repål, 2008; Berge, Fjerstad, Hyldmo & Lang, 2014) (se figur 2). For Christoffer ble dette et selvhjelpsverktøy som han brukte systematisk for å bygge opp en mer støttende og konstruktiv holdning til seg selv og framtiden. Det ble

tydelig for ham hvordan situasjoner der han for eksempel trengte hjelp, utløste en automatisert strøm av nedlatende tanker om egen verdi, følelse av avmakt, selvforakt og skam. Det ble et hjelpemiddel ikke bare for å identifisere de tankene som «trakk han ned», men også for å få løftet fram alternative tanker (D) som var mer nyanserte, og som kunne styrke selvfølelsen og åpne opp for muligheter. «Jeg-gjør-så-godt-jeg-kan» ble gradvis en støttetanke.

«Jeg gjør så godt jeg kan» har aldri vært godt nok for meg. Snarere har det vært en billig unnskyldning for ikke å gidde å strekke seg og gi alt. Nå møtte jeg meg selv i døra, for her var jeg i en situasjon der jeg faktisk *trengte* en slik tanke å lene meg til. Jeg var nødt til å tenke annerledes, hvis ikke kom jeg ikke videre.

Psykologen og Christoffer brukte også *tidslinje* som et verktøy. Den illustrerte hvordan hans nedsatte fysiske funksjon sakte, men sikkert ble bedre, og at små mål med tiden ville føre til at han nådde større mål.

Jeg har vært vant til å trene og å sette meg konkrete mål. Jeg var vant til å presse kroppen og overtrene, men jeg hadde ingen erfaring med å justere *ned* målene. Nå var «Jeg gjør så godt jeg kan» det eneste jeg hadde. Hvis det å gå 100 meter nesten gjorde at jeg besvimte, så var jo det maks av det jeg kunne oppnå på det tidspunktet. Det var utrolig krevende å forholde seg annerledes til mål og tid.

Christoffer ble også utfordret på egne holdninger og verdier; var det slik at han måtte bli minst like fysisk sterk som han var før bruddet, for å

FIGUR 2 ABC-skjema

A: SITUASJONEN	B: TANKER	C: KONSEKVENSER Kroppsreaksjoner, følelser, handlinger	D: ALTERNATIVE TANKER
<b>Eksempel 1.</b>			
Jeg klarer ikke å reise meg opp av sengen ved egen hjelp	Jeg er svak. Jeg kommer til å få varige skader og vil aldri bli den samme igjen. Andre synes jeg er en pingle.	Avmakt, trist, redd	Jeg kommer til å klare dette, det tar tid. Andre husker at jeg er sterk selv om jeg ikke er sterk nå. Det går framover.
<b>Eksempel 2.</b>			
Noen kommer på vondsiden – nær den brukne armen	Nå kan de komme borti armen og skade den igjen	Anspent, alarmert, frykt. Rygger tilbake, og holder avstand	Armen tåler at andre kommer borti den, og den kommer ikke til å gå i stykker igjen. Den smerten jeg føler nå, er ikke farlig.

tenke om seg selv at han var robust og sterk som person? Eller var han en fin fyr selv om han ikke lenger presterte det samme fysiske sett som han gjorde før? Det satte i gang refleksjoner som ga andre tanker om identitet og selvfølelse – en endring som dessuten ble heiet fram av kjæresten på sidelinjen.

### MINIMESTRING

«Minimestring» er Christoffers eget stikkord for rehabiliteringsprosessen. Det er hverdagens praktiske gjøremål som skal mestres: ta på klær, stelle seg, gre håret. Det krevde opptrening av så vel fysiske som mentale muskler. Mentalt innebar det å flytte oppmerksomheten bort fra «alt-jeg-ikke-lenger-klarer», til «hva-jeg-faktisk-kan-nå». Christoffer fikk hjelp til å se at riktignok kan han ikke velge seg en ny arm, men han kan velge hva han vil gi oppmerksomhet – hvilke tanker fortjener min oppmerksomhet nå? Han så urettferdigheten i å sammenligne seg selv med den han var før armbruddet, og utviklet etter hvert en mer vennlig og medfølelse holdning til seg selv. Store mål må vente, og små mål må få verdi. Det krevde målrettethet, motivasjon og utholdenhet. Ikke minst trengte han å ta et metaperspektiv på sitt eget tankegods og velge hva han ville gi oppmerksomhet. «Minimestring» involverer for Christoffer mentale treningsoppgaver i tråd med hva som kreves av en toppidrettsutøver for å prestere på sitt beste. For eksempel å trene systematisk på ferdigheter en trenger å utvikle for å bli stadig bedre, og ikke å fokusere på alle som går (løper) fortere, men heller på hvordan en selv kan oppnå optimale fraspark. Ikke minst å finne sin egen takt, og unngå å bli stresset av «konkurrentens». For Christoffer så vel som for toppidrettsutøveren innebærer det å stadig minne seg selv på hva som er målet, være tålmodig, håndtere motgang og heie på seg selv.

### EKSPONERING

Etter hvert som han ble mer oppegående, ble det tydelig at sikringsatferden, å beskytte armen, var uheldig. Christoffer turte ikke bruke armen, men gikk rundt og bar på den og var veldig redd for at andre skulle komme for nær – et atferdsmønster som på sikt kan ha bidratt til både å opprettholde smerte og å redusere hans funksjon. En vesentlig del av rehabiliteringsprosessen ble derfor å oppdage og å bryte den onde smertesirkelen gjennom eksponering for både smerten og angsten for den. Fysioterapeutens forsikringer om at smerten ikke betyr fare, at armen gradvis blir sterkere og tåler mer, ble alternative tanker til katastrofetankene. Erfaringene han får – det gjør vondt å bruke armen, men er ikke farlig, gjør at han gradvis tør stole mer på mestringstankene slik

at katastrofetankene ikke fikk bestemme aktiviteten. Den dagen han turte å hilse på andre med høyre og ikke venstre hånd, ble en stor seier. Hendelsen bekreftet at han igjen var en person som mestret – det skal mye mot og mental styrke til for å tørre å eksponere en vond arm for enda mer smerte.

### AVSLUTNING

Christoffers historie viser betydningen av en helhetlig tilnærming til helse og rehabilitering. Selv et armbrudd kan få dramatiske følger dersom man ikke ser hele mennesket. Helsepersonell i somatisk helsevern er spesialister på ulike kroppsdelene, på å reparere og å trene opp kropp og funksjon. Psykologen kan bidra med å se hvordan det mentale virker inn; se sammenhengen mellom kropp, tanke, følelse og handling. Behovet for psykologisk kunnskap blir særlig tydelig ved smerte og smertemestring, men psykologens bidrag i somatisk praksis er ellers svært ofte å gi pasienten verktøy slik at han eller hun kan anvende råd og informasjon fra kirurg, lege, fysioterapeut og annet helsepersonell. Samtidig minner Christoffer oss på det som er grunnleggende i all hjelpekunst, nemlig å se pasienten:

Jeg har lært veldig mye om meg selv. Samtalene med fysioterapeuten og psykologen har fått meg gjennom mitt livs verste opplevelse. Psykologen har hjulpet meg å redefinere meg selv, hvem jeg er liksom, og gitt meg verktøy til bruk i hverdagen. Fysioterapeuten har hjulpet meg med opptrening, men også med mye jeg har brukt i samtalene med psykologen. Noe av det som har hjulpet meg aller mest, har vært stundene hvor menneskene rundt har tatt seg tid til å se meg – et blikk eller en berøring. Opplevelsen av å bli sett, tatt på alvor, har vært ekstremt viktig for meg. ❌

### REFERANSER:

Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Kognitiv terapi ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Berge, T. & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeberg, Ø. (2014). Kriser og kriseintervensjon. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Fjerstad, E. & Lang, N. (2013). «Dantes inferno» – Psykologisk førstehjelp ved postoperativt delirium. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 10(133), 1084-1086.

Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 396–401 FAGFELLEVDERT

**BJØRN LERDAL**, Habiliteringsseksjonen for barn og unge (HABU), Barnesenteret Sørlandet, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand, **KRISTIAN SØRENSEN**, Habiliteringsseksjonen for barn og unge (HABU), Barnesenteret Sørlandet, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand, **IDA VESTRHEIM**, Habiliteringsseksjonen for barn og unge (HABU), Barnesenteret Sørlandet, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand  
**JON SKRANES**, Habiliteringsseksjonen for barn og unge (HABU), Barnesenteret Sørlandet, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand og Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim  
**KONTAKT** bjorn.lerdal@sshf.no

# FORSKJELLER I STRESSNIVÅ HOS MØDRE OG FEDRE TIL FØRSKOLEBARN MED CEREBRAL PARESE

På tross av at norske kvinner og menn regnes som noen av verdens mest likestilte, finner vi i vår forskning blant førskolebarn med cerebral parese at mødrene opplever betydelig mer stress enn fedrene.

Foreldre til barn med funksjonsnedsettelse møter andre og flere utfordringer i livsløpet enn foreldre til friske barn (Majnemer, Shevell, Law, Poulin & Rosenbaum, 2011; Raina et al., 2005). Foreldrenes omsorgsoppgaver for barnet med funksjonsnedsettelse er større og annerledes, og i tillegg må foreldrene forholde seg til et stort og uoversiktlig offentlig hjelpeapparat. I en engelsk studie oppgir omtrent 75 prosent av nesten 1 000 foreldre til barn med ulike hjerneskader, inkludert cerebral parese (CP), at deres foreldrerolle er betydelig eller ekstremt stressende (Edworthy, 2005). Stress- og belastningsnivået hos foreldre til barn med funksjonsnedsettelse påvirkes av forhold hos den enkelte forelder, forhold ved barnet og familien som helhet (Whittingham et al., 2013), samt ulike samfunnsmessige forhold. Vi har i en tidligere publikasjon funnet en sammenheng mellom barnets funksjonsnivå og fedrenes stressnivå. Økt grad av motoriske vansker hos barnet korrelerte signifikant med økt stress hos fedrene. Vi fant ikke denne sammenhengen hos mødrene (Lerdal, Sørensen, Vestrheim, & Skranes, 2013).

### KREVENDE OMSORGSOPPGAVER

CP er en av de vanligste nevrologiske tilstandene hos barn, med forekomst på ca. 2–3 pr. 1 000 levende fødte barn (Andersen et al., 2008). Barn med CP følges opp ved alle landets barnehabiliteringstjenester. Mødre er hovedomsorgspersoner i rundt 95 prosent av familier til barn med cerebral parese (Raina et al., 2005). I en nylig publisert undersøkelse om norske foreldre til barn med funksjonshemninger fant man

### ABSTRACT

#### *Gender differences in parenting stress of preschool children with cerebral palsy*

This non-randomized study was conducted in 2004 to 2011 and included 76 parents of 42 children aged 3–4 years with cerebral palsy participating in the Program Intensified Habilitation, (PIH), Sørlandet hospital.

The aim of the study was to explore whether gender influenced parental coping and stress level. Stress was measured by Parenting Stress Index.

We found that that mothers and fathers experience similar patterns of stress related to their child. However, they experience stress related to their own life situation very differently. The mothers experienced significantly more stress than fathers in the areas health, role restriction, depression and relation to spouse. A higher proportion of the mothers had clinically elevated levels of stress compared with the fathers.

*Keywords: Parenting Stress Index (PSI), cerebral palsy, child rehabilitation, preschool children.*

at også i Norge faller de fleste arbeidsoppgaver i hjemmet på mor. Det gjelder alt fra daglig stell, leksehjelp, kontakt med skole og hjelpeapparat, husarbeid til skriving av søknader. (Tøssebro, Paulsen & Wendelborg, 2014). Tøssebro og medarbeidere rapporterer at 96 prosent av norske foreldre til 4–6 år gamle barn med funksjonshemming sier at barnet medfører ekstraarbeid, 60 prosent hevder at dette gjelder «i stor grad». Det fremkommer likevel lite om hva dette ekstraarbeidet medfører når det gjelder total stressbelastning på foreldrene. Vi har begrenset kunnskap om hvorvidt det er spesielle stress- eller belastningsområder, om det er kjønnsmessige forskjeller, og hvilke mestringsstrategier foreldrene benytter seg av.

Det er godt forskningsmessig belegg for å si at helse og livskvalitet hos barn er nær knyttet til deres foreldres helse, sosiale situasjon og samhandling med barna (Rye, 2002). Foreldre som skårer høyt på skalaer for stress, har økt sannsynlighet for å være mer autoritære, strenge og negative i sin væremåte og mindre involvert i barnet (Skreden et al., 2012). Arnaud og medarbeidere finner også at foreldre til barn med CP med høyere stressnivå har større sannsynlighet for å rapportere dårligere livskvalitet hos barna (Arnaud et al., 2012).

Hensikten med studien er å belyse stress og belastningssituasjonen til norske foreldre med førskolebarn med CP. I hvilken grad og på hvilke livsområder opplever norske mødre og fedre stress og belastning? Vår hypotese var at de norske mødre ville angi større stressbelastning enn sine ektefeller.

## METODE

### Design

Foreldre til førskolebarn med CP som deltok i Program Intensivert Rehabilitering (Vestheim et al, 2007), fylte ut spørreskjema om foreldrestress ved oppstart i programmet. Datainnsamlingen skjedde i perioden 2004–2011.

### Deltakere

Syttiseks foreldre (38 mødre og 38 fedre) til 42 førskolebarn (27 gutter) med CP som deltok i Program Intensivert Rehabilitering (PIH), Sørlandet sykehus, inngikk i studien. Inklusjonskriterier for deltakelse i PIH var at foreldre ønsket å lære mer om hvordan trene og stimulere barnet sitt. Gjennomsnittsalderen på barna var 40 md. (SD 10 md.). Tjue (48 %) av barna hadde CP type spastisk hemiplegi (13 barn) eller diplegi (7 barn), mens 22 (52 %) av barna hadde spastisk kvadriplegi (18 barn), dystoni eller andre typer. Alle barna var kartlagt med Gross Motor Function Classification System – GMFCS (Palisano et al., 1997). Barnas grovmotoriske funksjonsnivå vurdert ut fra GMFCS-nivå viste 16 barn med mild CP (nivå I–II), 6 med moderat (nivå III), og 20 med alvorlig CP (nivå IV–V).

### Parenting Stress Index (PSI)

PSI er et internasjonalt anerkjent standardisert spørreskjema for foreldre til barn i alderen 3 måneder til 12 år og inneholder 120 spørsmål/påstander som rangeres på en skala fra 1 (svært uenig) til 5 (svært enig). PSI bygger på en relasjonell forståelse av stress og belastning og studier har vist tilfredsstillende psykometrisk egenskaper med gjennomsnittlig Cronbachs alpha .81 for de ulike delskalene (Abidin, 1995). PSI gir et bilde av den enkelte forelders opplevelse av stress knyttet til karakteristika/samhandling med barnet (barnets område), samt egen livssituasjon

(foreldres område). PSI er for eksempel brukt i The Study of Participation of Children with Cerebral Palsy Living in Europe (SPARCLE), som omfatter barn med CP og deres foreldre i 7 europeiske land (Arnaud et al., 2012).

Sumskåren for barnets område (Child Domain Total – CDT) består av 6 underskalaer: avledbarhet, tilpasningsferdighet, belønner foreldrene, kravfullhet, humor, annerledeshet. Sumskåren for foreldreområdet (Parent Domain Total – PDT) består av 7 underskalaer: kompetanse, isolasjon, tilknytning, egen helse, opplevde rollerestriksjoner, depresjon og ektefelle. Total stress-skår (Total Stress Index – TSI) utgjør summen av skår på barnets og foreldres områder. Samtlige stresskårer kan konverteres til prosentilskårer. Skårer over 85. prosentil beskrives som «høyt stress», mens skårer over 95. prosentil beskrives som «svært høyt stress». Det er generelt antatt at alle foreldre som skårer over 85. prosentil på total stress-skår (TSI), befinner seg på et stressnivå som vil kunne medføre redusert livskvalitet for den enkelte forelder og reduserte samhandlingsferdigheter med barna (Abidin, 1995).

### Analyse av data

Dataanalysene ble gjennomført ved hjelp av statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics versjon 21.0. Sammenligninger av gjennomsnittskårer mellom grupper av foreldre er foretatt ved hjelp av *independent samples t-test*. Det benyttede signifikansnivået ble satt til  $p < 0,05$  for sumskårer og  $p < 0,01$  for deltestene for å korrigere for multiple tester.

### Etiske spørsmål

Regional komité for medisinsk- og helsefaglig forskningsetikk (REK) HSØ har godkjent forskningsprotokollen (referanse nr: S-07351a). Studien er registrert i Clinical Trials.gov (NCT00202761) <https://clinicaltrials.gov/>. Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra alle deltakende foreldre.

## RESULTATER

### Stressnivå hos foreldre

På skalaen for samlet stress (TSI) skåret 27,3 % av mødre i vår studie i området for høyt stress og 9,1 % i området for svært høyt stress (figur 1, side 400). Tall for fedrene viste at 17,1 % befant seg i området for høyt stress, 5,7 % i området for svært høyt stress. Totalt befant



<b>Barnets område (6 underskalaer)</b>	
	<b>Forklaring</b>
Avledbarhet	Høye skårer på dette området er nært knyttet opp til oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet.
Tilpasningsferdighet	Foreldrenes opplevelse av barnets ferdigheter mht å tilpasse seg endringer i det fysiske og/eller sosiale miljøet.
Belønner foreldrene	Høye skårer er uttrykk for foreldrenes opplevelse av å få positive tilbakemeldinger fra barnet.
Kravfullhet	Høy skår på dette området indikerer at foreldrene opplever som barnet som særlig krevende i det daglige.
Humør	Høy skår er uttrykk for at foreldrene opplever barnet som ulykkelig, deprimert, at det gråter ofte eller ikke gir uttrykk for glede.
Annerledeshet	Høy skår er et uttrykk for at foreldrene opplever barnet som annerledes enn det de hadde forventet.
<b>Foreldrenes område (7 underskalaer)</b>	
	<b>Forklaring</b>
Kompetanse	Foreldrenes opplevelse av kunnskap og praktiske omsorgsferdigheter knyttet til det aktuelle barnet.
Isolasjon	Foreldrenes opplevelse av å være isolert fra familie, sosialt nettverk eller andre som kunne bidra med følelsesmessig støtte.
Tilknytning	Foreldrenes opplevelse av følelsesmessig tilknytning til barnet.
Egen helse	Foreldrenes opplevelse av egen helse.
Rollerestriksjoner	Foreldre som skårer høyt på rollerestriksjoner, opplever seg som styrt og kontrollert av barnets krav og behov.
Depresjon	Tilstedeværelsen av depressive symptomer hos foreldrene.
Ektefelle	Høy skår på denne underskalaen indikerer at mor eller far opplever manglende følelsesmessig og/eller aktiv støtte fra ektefellen i forhold til omsorgen for det aktuelle barnet.

**Tabell 1** Tabellen gir en kort oversikt over de ulike underskalaene som inngår i Parenting Stress Index (PSI) og en kort forklaring mht hva som inngår i den enkelte skalaen (Abidin, 1995).

36,4 % av mødrene og 22,8 % av fedrene seg på et stressnivå som regnes innenfor klinisk bekymringsområde (figur 1, neste side).

Når vi så isolert på foreldreområdet (PDT) av PSI, fant vi at 30,3 % av mødrene og 11,4 % av fedrene skåret i det kliniske bekymringsområdet for høyt stress. Mødrene skåret høyere enn fedrene på sumskåren for dette området ( $t(66) = 2.060, p = 0,043$ ).

På delskalaene i foreldreområdet skåret mødrene høyere enn fedrene på egen helse ( $t(66) = 3.181, p = 0,002$ ), opplevde rollerestriksjoner ( $t(66) = 2.848, p = 0,006$ ), depresjon ( $t(66) = 2.636, p = 0,010$ ) og ektefelle ( $t(66) = 3.163, p = 0,002$ ) (Figur 2, neste side).

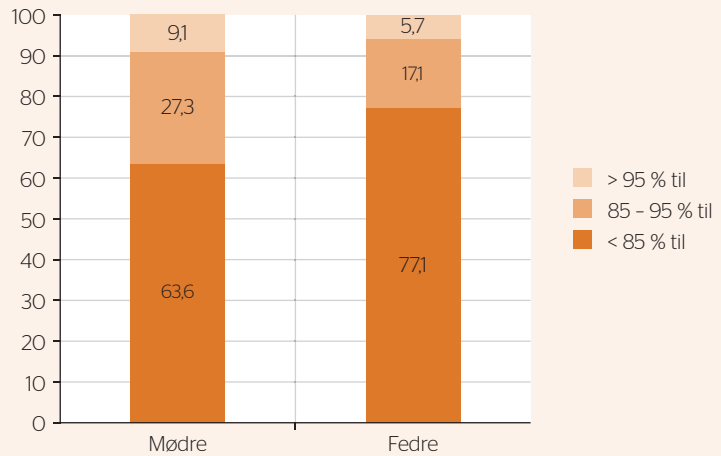
På barnets område (CDT) av PSI var stressprofilen blant mødre og fedre svært lik, uten signifikante forskjeller i gjennomsnittsskåre (figur 3, neste side). Fedre og mødre skåret høyest på delområdet kravfullhet. Dette omhandler hvor krevende og belastende barnets adferd og helsesituasjon opplevs.

## DISKUSJON

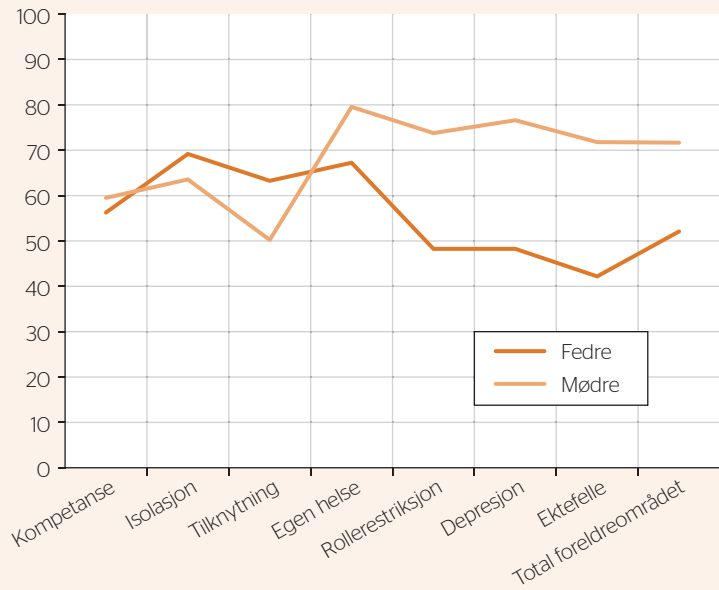
Vår undersøkelse viser at 36,4 prosent av mødrene og 22,8 prosent av fedrene til norske førskolebarn med CP ligger i et klinisk bekymringsfullt område med hensyn til totalt stress. Både fedre og mødre opplever at omsorgen for barna er belastende og opplever stress knyttet til barnets funksjonsnedsettelse og adferd relativt likt (figur 3). Det er på området som gjelder foreldrenes opplevelse av sin egen livssituasjon, at fedre og mødre som grupper skiller seg fra hverandre. Vår studie viser at mødrene i langt større grad enn fedrene opplever økt stress knyttet til rollerestriksjon, egen helse, depresjon og ektefelle (figur 2). Foreldre som skårer høyt på rollerestriksjoner, opplever seg som styrt og kontrollert av barnets krav og behov (Abidin, 1995). Fedrene i vår studie skiller seg ikke fra gjennomsnittet i befolkningen og ser ut til å være lite påvirket av å være fedre til barn med funksjonshemming når det gjelder disse faktorene.

En sannsynlig årsak til den merbelastningen mødrene opplever, kan være arbeidsdelingen i hjemmet og merarbeidet mødrene har på denne arenaen. Tøssebro og medarbeidere (2014) fant at de fleste arbeidsoppgaver i hjemmet falt på mor. De fant også at arbeidsdelingen i familien sjelden drøftes, og at det er liten konflikt rundt dette temaet (Tøssebro et al., 2014). Funnene i vår undersøkelse tegner et mer nyansert bilde, der mange mødre opplever et redusert handlingsrom på grunn av omsorgen for sitt funksjonshemmede barn og arbeidsdelingen på hjemmefronten, »

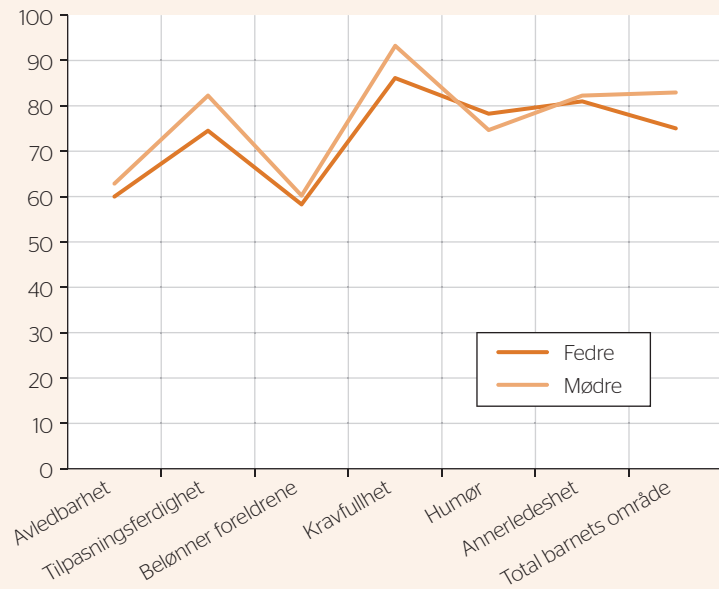
**Figur 1** Prosentvis fordeling av mødres og fedres skår på Total stress-skår (TSI) ved oppstart i Program Intensivert Habilitering (PIH). Skåre mellom 85- og 95-prosentil defineres som høyt stress, skåre over 95-prosentil defineres som svært høyt stress.



**Figur 2** Mødre og fedre på foreldreområdet, skåren er omregnet til prosentilverdi.



**Figur 3** Mødre og fedre på barnets område, skåren er omregnet til prosentilverdi.



samtidig som mødre i større grad opplever mer stress i relasjonen til ektefellen. I dette bildet hører det også med at vi i vår studie finner at mødre i større grad enn fedre opplever økt belastning både knyttet til egen helse og depresjon. I samtalene vi har med foreldrene, finner vi svært ofte at mødrene forteller at rollefordelingen i hjemmet «bare har blitt slik», uten at foreldrene har gjort åpne og gjennomdrøftede valg om hvordan man skal leve som familie. I den grad de er misfornøyde, handler det mer om at deres ekstrainnsats ikke blir sett og verdsatt av ektefellen, enn at de ønsker en total omfordeling av arbeidsoppgavene i familien.

Internasjonale fagmiljøer har tatt til orde for at hele familiens livs- og belastningssituasjon periodisk bør vurderes av hjelpeapparatet slik at adekvate hjelpetiltak kan settes inn ved behov (Majnemer et al., 2011). Vår studie støtter disse synspunktene, og synliggjør behovet for at hjelpeapparatet har et spesielt fokus på mødrenes livssituasjon.

### Begrensninger ved studien

Da deltakelse i PIH er frivillig, kan man ikke utelukke en viss seleksjonsbias blant familiene som deltar. Det er en svakhet ved studiet at vi har få demografiske opplysninger om foreldrene, og at vi derfor ikke vet om faktorer som f.eks. arbeid utenfor hjemmet, omsorgslønn, avlastning, nettverk osv. kan ha påvirket graden av opplevd stress. Foreldrene som

har valgt å delta i PIH, hører muligens til de mest initiativrike og endringsorienterte foreldrene, noe som kan redusere generaliserbarheten av våre funn til andre foreldre til førskolebarn med CP.

### KONKLUSJON

Norske mødres omsorgsoppgaver og livssituasjon synes å bidra til at de i større grad enn fedrene kommer i området for høyt stress. Det er viktig at hjelpeapparatet har kjennskap til faktorer som indikerer høyt stress hos foreldrene generelt og mødrene spesielt, og tidlig klarer å gi adekvat hjelp. Å bistå disse foreldrene til en konstruktiv drøfting av familieliv og arbeidsfordeling vil kunne øke handlingsrommet for foreldrene og sannsynligvis redusere stressnivået i familien. Det trengs imidlertid mer kunnskap om personlige, familiemessige og samfunnsmessige faktorer som virker inn på foreldrenes tilpasning. ✕

### REFERANSER

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index. Professional manual*. Psychological Assessment Resources, Florida.
- Andersen, G. L., Irgens, L. M., Haagaas, I., Skranes, J. S., Meberg, A. E. & Vik, T. (2008). Cerebral palsy in Norway: prevalence, subtypes and severity. *European Journal of Paediatric Neurology*, 12(1), 4–13.
- Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S. I., Parkes, J., Parkinson, K., Thyen, U., Beckung, E., Dickinson, H. O., Fauconier, J., Marcelli, M., McManus, V. & Colver, A. (2012). Parent-Reported Quality of Life of children With Cerebral Palsy in Europe. *Pediatrics*, 121, 54–64.
- Edworthy, A. (2005). *Managing stress for carers*. Carmarthenshire: Cerebra.
- Lerdal, B., Sørensen, K., Vestrheim, I. & Skranes, J. (2013) Stress og mestring hos foreldre til førskolebarn med cerebral parese ved deltakelse i et intensivert habiliteringsprogram. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 901–903.
- Majnemer, A., Shevell, M., Law, M., Poulin, C. & Rosenbaum, P. (2012). Indicators of distress in families of children with cerebral palsy. *Disability & Rehabilitation*, 34(14): 1202–1207.
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E. & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 214–223.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., Swinton, M., Zhu, B. & Wood, E. (2005). The Health and Well-Being of Caregivers of Children With Cerebral Palsy. *Pediatrics*, 115(6), 626–636.
- Rye, H. (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skreden, M., Skari, H., Malt, U., Pripp, A., Björk, M. D., Faugli, A. & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40: 596–604.
- Tøssebro, J., Paulsen, V., & Wendelborg, C. (2014). En vanlig familie? – om parforhold, familiestruktur og belastning. I Tøssebro, J. & Wendelborg, C. (red.), *Oppvekst med funksjonshemming*. Familie, livsløp og overganger. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vestrheim, I. E., Johnsen S., Lied Ø., Modahl M., Sunde A., Sørensen, K. & Lerdal B. (2007). Program Intensivert Habilitering (PIH-programmet) Et familientrert habiliteringsprogram for førskolebarn med funksjonsnedsettelse.
- Whittingham, K., Wee, D., Sanders, M. R. & Boyd, R. (2013). Predictors of psychological adjustment, experienced parenting burden and chronic sorrow symptoms in parents of children with cerebral palsy. *Child: care, health and development*, 39(3), 366–373.

# Hosteanfallet

Av og til får tilsynelatende ubetydelige hendelser avgjørende betydning for et terapiforløp.

## TEKST

Kristin Alve Glad,  
privat praksis

**KUNNSKAP OM DE** ubevisste scenarioene som utspiller seg mellom klient og terapeut, er viktig for å fange opp det som skjer i terapirommet. Gjennom å presentere bruddstykker fra én enkelt terapitime ønsker jeg å vekke nysgjerrighet hos leseren om overføringsfenomenet: Hvilke tidligere erfaringer har denne klienten gjort seg? Hvem er jeg for henne? Hva er det som gjør et hosteanfall så vanskelig for henne?

## HOSTEANFALLET

Julie, en kvinne i begynnelsen av 40-årene, kom til meg fordi hun slet med posttraumatiske plager etter å ha vært utsatt for en alvorlig bilulykke. Etter cirka 20 terapitimer var hun kvitt de fleste posttraumatiske symptomene, og vi begynte å snakke om å avslutte behandlingen.

Vel 45 minutter ut i en dobbelttime begynner Julie å hoste. Hun hoster kraftig. Mellom hostene sier hun: «Unnskyld!» og «Oi, oi, oi!». Hun tar frem et papir fra vesken og tørker øynene. «Det går bra, jeg gråter ikke!» Hun hoster videre. «Unnskyld! Unnskyld!» Hun reiser seg opp, tar et par skritt mot hjørnet av rommet, og setter seg ned på huk og hoster. Etter hvert slutter hun å hoste, reiser seg opp, og setter seg igjen. Hun tar et par pastiller fra en Fisherman's Fri-

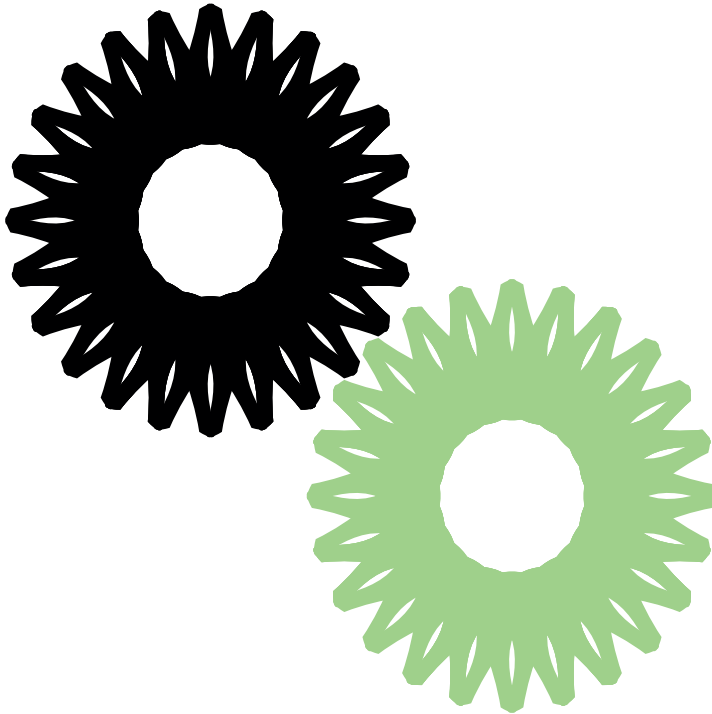
ends-pose som ligger på bordet, «ja, sånn, nå!». Hun drikker litt vann.

Mens Julie hoster, merker jeg at jeg får dårlig samvittighet. Jeg tenker: «Herregud, dette er mitt ansvar, jeg burde ikke ha foreslått at vi skulle ha en dobbelttime. Hun er jo forkjølet!» Da hun reiser seg opp for å få hostet bedre, tenker jeg at jeg burde dunke henne i ryggen – men jeg har aldri dunket noen i ryggen før, og jeg synes det var vanskelig å skulle gjøre det for første gang med en klient. Så, etter en kort stund, slår det meg: Hun står og unnskylder seg! Dette har skjedd i en tidligere terapitime også – at Julie hostet og unnskyldte seg, men siden vi var midt inni noe annet den gangen, tok jeg det ikke opp. Nå bestemmer jeg meg for å tematisere det:

Terapeut (T): «Unnskyld», «unnskyld», hva var det?

Julie (J): Jeg vet ikke, men det er den der: «Å, nå avbrøt jeg noe» (...) «Unnskyld» (...) Det er noe jeg sier *hele* tiden. Hvis noen trækker meg på tåa, så sier jeg «unnskyld» fordi jeg er i veien for dem.

«Å være i veien», «å være til bry» og «å forstyrre» er temaer vi har vært inne på flere ganger i løpet



av terapien, og jeg bemerker at vi igjen er tilbake der. Ettersom det virket som at hun var svært ukomfortabel med å hoste foran meg, spør jeg hva hun følte da hun hostet. Hun svarer spontant:

J: Jeg følte meg *kjempe i veien!* (...) Jeg synes det er så ubehagelig med hosteanfall nettopp fordi jeg merker at: «Oi, nå ble det *sånn* fokus på meg», og det er jo ikke noe særlig.

T: Hva slags fokus ble det?

J: Nei, det at jeg hoster og hoster, jeg klarer ikke å gi noe konstruktivt bidrag.

Opplever Julie at jeg krever et konstruktivt bidrag? At det ikke er rom for sårbarhet eller sykdom? Ifølge Freuds teori om overføring opplever klienter tidligere psykiske opplevelser som aktuelle her og nå, i samspillet med terapeuten. Med Siri Gullestads ord betyr dette at klientens indre bilder av seg selv og andre, samt hennes forventninger til relasjonen, blir spilt ut i forholdet til terapeuten. Jeg tenker at Julies reaksjon under hosteanfallet er sterkt påvirket av hennes relasjonelle erfaringer som barn (strengt regler, høye krav, lite rom for å vise følelser), og at den viser hvor-

dan disse erfaringene fortsatt farger hennes forventninger til andre. En trygg terapeutisk relasjon, som denne, gir en spesielt god mulighet til å utforske og arbeide med overføringsmateriale, og jeg ber Julie fortelle meg hva som skjer inni henne når hun hoster og nyser foran meg. Hun svarer:

Det er ubehagelig, og jeg tenker: «Nå må du bli fortest mulig ferdig, slik at du kan komme tilbake til det du *egentlig* gjør, komme ut av den [tilstanden] hvor du ikke gjør noe annet enn å hoste.»

Jeg har flere ganger merket meg at når jeg spør etter følelsene hennes, svarer Julie med tanker. Jeg prøver derfor å sette ord på noen følelser, for å se om de gir gjenklang hos henne. Jeg undrer meg på om hun føler seg «eksponert», «sårbar», eller «ikke i kontroll» når hun hoster foran meg? Julie svarer at hun opplever seg både eksponert og uten kontroll; at det er reflekser som bare tar helt over og avbryter alt hun gjør: «Jeg kan ikke styre hvilke inntrykk eller uttrykk jeg gir, eller hvordan jeg fremstår.»

Hvordan tror Julie at hun fremstår? Hvordan er hun redd for å fremstå? Jeg sier at jeg »



Så, etter en kort stund, slår det meg: Hun står og unnskylder seg!

tror at gråting, hosting og intens frykt (som hun kjente under og like etter bilulykken) fratrar henne hennes sterkeste våpen, nemlig at hun er verbalt sterk. Når hun hoster, kan hun ikke snakke, hun får bare sagt noen få, korte setninger, som: «Nei, det går bra!», «Jeg gråter ikke!», og «Unnskyld!». Jeg undrer meg over hva det er hun prøver å formidle når hun sier disse tingene:

J: Jeg tror jeg prøver å normalisere situasjonen:

«Nei, nei, det er ikke *sånn!*»

T: Hva kunne jeg tenkt at det var?

J: Det vet jeg ikke (ler), men det er *utrolig* ubehagelig... Men det er ikke ubehagelig når andre hoster... Nå er jeg tilbake til det: At når jeg gjør det, er det annerledes. Det blir veldig, veldig spesielt, alltid det samme: «Ikke når andre gjør det, men når jeg gjør det». I alle dager!

At hun har strengere regler for seg selv enn for andre, er også et tema vi har vært inne på tidligere. Julie virker overrasket når dette dukker opp igjen, og når hun blir seg bevisst tankene som ligger bak denne følelsen av ubehag.

J: Når jeg hoster og det er andre mennesker der, så tenker jeg: «Å, Gud, dette ødelegger *helt* planen. Vi snakker, og så avbryter jeg det med et totalt unødvendig, nå er vi tilbake på det, unødvendig, hosteanfall.» Men jeg trengte jo å hoste òg...

T: Mmm, det er den der «avbryter» og «ødelegger» og «det er unødvendig».

J: Jeg hører at det er litt destruktivt det jeg sier.

T: Det høres bare så jævlig kjipt ut.

J: Det er jo på en måte en del av min virkelighet, men når jeg hører det, tenker jeg: «Hva faen har fått meg til å bli sånn?»

Jeg spør Julie hvordan hun tror hostingen var for meg. Hun svarer: «Jeg vet ikke hvorfor, men jeg tror det må være veldig ubehagelig for andre. Tilbake til det... det er jo ikke ubehagelig for meg når andre hoster...». Jeg merker meg at hun generaliserer meg vekk, ved å bruke ordet «andre», og at hun igjen bruker det noe vage ordet «ubehagelig» når hun skal beskrive en følelse. Jeg prøver derfor å linke dette tilbake til *meg*, samt å sette navn på en tanke og en følelse, for å se om det gir gjengklang:

T: Du tenker at jeg synes det er ubehagelig, at jeg tenker «bli ferdig!», at jeg er utålmodig?

J: Jeg tror nok jeg ilegger deg, dette høres veldig slemt ut, men: «Nå er det på tide å bli ferdig, nå fortsetter vi.» Ikke at jeg nå rasjonelt tror at du tenker det, men jeg går nok inn i en posisjon: «Nå må jeg bli ferdig, for dette er *utrolig* plagsomt for andre; nå avbryter jeg *alt*».

T: Og før du sa det nå, var du bevisst at det var sånn du tenkte?

J: Nei.

Timen er nesten over. Jeg spør hvordan hun synes det var å snakke så mye om hosteanfallet. Julie sier at hun er fascinert, først og fremst, og nesten litt overrasket: «Vi har jobbet lenge, og gått så grundig til verks, og så er det en forkjølelse som får en så interessant nyanse inn i det, noe så vanlig som et hosteanfall!» Hun reflekterer over hvor mye språket betyr for henne; at det er hennes fremste styrke, som gir henne trygghet, men samtidig hennes «akilleshæl, som trolig har skjult en del ting...».

### VEIEN VIDERE

Vi blir enige om å fortsette terapien, og vi har over 40 timer til, men da med en mer psykodynamisk tilnærming: Fra først og fremst å arbeide med å forstå og bearbeide de posttraumatiske reaksjonene etter bilulykken begynner vi nå å fokusere mer på vår interaksjon og relasjon. Vi utforsker hennes opplevelser og reaksjoner overfor meg i terapirommet, forstår hvordan dette er nær knyttet til hennes tidligere opplevelser, og identifiserer og utfordrer hennes ubevisste, negative oppfatninger av, og forventninger til, seg selv og andre. Flere sentrale temaer ble spesielt tydelige for oss gjennom hosteanfallet, som opplevelsen av at reaksjonene og de vanskelige følelsene hennes er «unødvendige», hvor vanskelig det er for henne «å ta plass» og å kjenne på og vise sårbarhet, og at hun har strengere krav til seg selv enn til andre.

Senere i terapiforløpet forteller Julie meg at hun har hatt et nytt hosteanfall, denne gangen på jobb. Hun forteller hvor deilig det var å kunne fokusere på å hoste for å bli kvitt det hun hadde i halsen, uten en følelse av panikk og tap av kontroll. Hun sier at hun nå kunne prøve å slutte å hoste for *sin egen del* – ikke for de andre som var på møtet. ✕

## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 405–412 FAGFELLEVDERT

**KRISTIN VALEN KRISTENSEN**, Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet, Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Mosjøen, Helgelandssykehuset, **ANETTE KARLSEN DALSETH**, Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet, **LINE MOLDESTAD**, Familiens hus, Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune, **SOLVEIG WALLAN**, Familiens hus, Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune, **GEIR LOREM**, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, **GRETA JENTOFT**, Familiens hus, Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune, **CATHARINA ELISABETH ARFWEDSON WANG**, Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet, BUPA, Barne- og ungdomsklinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge

**KONTAKT** Kristinvk@gmail.com

# BLUES MOTHERS

## Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon

Kvinner som sliter psykisk under svangerskap og etter fødsel trenger å møtes på sine særskilte behov. Vi har erfart at mestringstrupper er et nyttig tiltak som kan ivareta kvinnenes psykiske helse.

Fødselsdepresjon forekommer hos mellom 9 og 14,4 % av norske kvinner (Glavin, Smith & Sørnum, 2009). Forskning viser at ubehandlede depresjoner hos mor negativt påvirker etableringen av et godt samspill mellom mor og barn, og at forstyrrelser i dette samspillet kan få uheldige konsekvenser for barnets kognitive og sosioemosjonelle utvikling (Kingston, Tough & Whitfield, 2012). Kartleggingsverktøyet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) har blitt innført i flere norske kommuner som en konsekvens av behovet for å avdekke fødselsdepresjon (Folkehel-

### ABSTRACT

#### *Blues Mothers: A coping group for postpartum depression*

The coping group Blues Mothers was developed to meet the needs of women who struggle during pregnancy or after birth. The aim of this qualitative study was to explore the participants' experience of the group, pregnancy and the postpartum period. Thematic analysis of audio recordings of interviews with nine women resulted in three main themes: 1) a situation loaded with strains beyond the women's capacity for coping, and 2) that this situation led to vicious circles caused by shame and worries related to being an inadequate mother. Finally, it was found that 3) Blues Mothers contributed to breaking these vicious circles by adjusting the women's ideals, providing new perspectives and strengthen the women's own coping resources.

*Keywords: coping group, expectations, postpartum depression, shame, social support*

seinstituttet, 2007). Dette har ført til at flere kvinner fanges opp og tilbys samtaler hos helsesøster (Glavin, Smith, Sørnum & Ellefsen, 2010).

Til tross for at det kommunale tilbudet er styrket flere steder i landet, befinner mange kvinner seg ofte i en livssituasjon med mangel på sosialt nettverk. Erfaringer fra Tromsø kommune viser at disse kvinnene i liten grad klarer å nyttiggjøre seg etablerte kvinnettverk som eksempelvis barselgrupper. I tillegg til ivaretagelse av egen psykiske helse skal kvinnene også ivareta barnet i en livsfase med store omveltninger. Dette stiller kvinnene overfor særskilte utfordringer og fordrer behov for tiltak.

I denne artikkelen beskriver vi et gruppebasert mestringstiltak utviklet for å imøtekomme noen av behovene som disse kvinnene har. Vi har intervjuet ni kvinner om deres erfaringer fra tiden før og etter fødsel, og fra deltagelse i mestringsgruppen Blues Mothers. Nedenfor vil vi presentere resultatene fra disse intervjuene.

### FØDSELSDEPRESJON OG FORVENTNINGER OM DEN LYKKELIGE MOR

En fødsel innebærer både fysiske, emosjonelle og psykososiale endringer. Kvinnens økte følsomhet og sårbarhet kan forberede henne til det følelsesmessige båndet som skal utvikles mellom henne og barnet (Førde & Smith, 2006), men noen kvinner opplever at den følelsesmessige labiliteten vedvarer etter at barseltårene normalt skulle gått over, og utvikler fødselsdepresjon. Årsakene til at noen kvinner utvikler depresjon i forbindelse med fødsel, overlapper i stor grad med årsakene til utvikling av annen depresjon (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen & Opjordsmoen, 2002). Likevel har hendelser spesifikt forbundet med fødsel og barseltid, slik som at kvinnen opplever lite nærhet og støtte fra partneren eller ammeproblemer, vist seg å være sentrale risikofaktorer for fødselsdepresjon (Eberhard-Gran et al., 2002; Logsdon & Usui, 2001).

Samfunnets sterke forventninger om at kvinner skal være lykkelige i barseltiden bidrar til at depresjon i denne livsfasen oppleves som mer stigmatiserende enn depresjon ellers i livet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Disse forventningene står i sterk kontrast til håpløsheten og uroen som kvinner med fødselsdepresjon opplever. Kvinnene føler seg unormale, annerledes og skammer seg, noe som gjør temaet til et tabu (Røseth, Binder & Malt, 2011). En konsekvens kan være at kvinnene isolerer seg og ikke klarer å fortelle andre hvordan de har det.

### SAMFUNNSENDRINGER, IDENTIFISERING AV SÅRBARE KVINNER OG IVERKSETTING AV TILTAK

Samfunnsendringer har ført til en redusert tilgang til storfamilie og naturlige kvinnettverk som kan tre støttende til ved belastninger knyttet til svangerskap og fødsel (Eberhard-Gran, Nordhagen, Heiberg, Bergsjø & Eskild, 2003). Liggetiden på barselavdelingen har også blitt kraftig redusert i de siste tiårene. Dette nødvendiggjør at sårbare kvinner blir identifisert og får en tettere oppfølging (Helsedirektoratet, 2013).

De nye retningslinjene for barselomsorgen er imidlertid ikke tydelige på hvordan sårbarhet skal avdekkes, og hvilke typer tiltak som bør iverksettes. Prioriteringsrådet tilrår ikke nasjonal screening av fødselsdepresjon ved hjelp av EPDS (Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, 2013), og det foreligger heller ikke alternative forslag til hvordan sårbare kvinner skal identifiseres.

En nylig publisert rapport fra Storbritannia viser til mangelfull identifisering av, og evidensbaserte tiltak for, kvinner som sliter med psykisk helse i perinatal periode, det vil si fra svangerskap og frem til ett år etter fødsel. Samtidig viser rapporten at det kan være en stor samfunnsøkonomisk gevinst å gi denne målgruppen et tilbud (Bauer, Parsonage, Knapp, Lemmi & Adelaja, 2014). I Norge har satsningen på sped- og småbarnsteam i spesialisthelsetjenesten økt i de siste årene (Risjord & Goksøyr, 2015), men lavterskeltilbud knyttet til forebyggende helsetjenester på kommunalt nivå er fortsatt mangelvare. Dette er uheldig fordi lavterskeltilbud kan potensielt identifisere og forebygge psykisk uhelse både hos foreldre og barn. Dette var bakgrunnen for at vi ønsket å utvikle et mestringstilbud i gruppeformat på kommunalt nivå.

### MESTRINGSGRUPPEN BLUES MOTHERS

Mange gruppetiltak bygger på tanken om at mennesker profitterer på å møte likesinnede. Ifølge Dennis og medarbeidere (2009) er likekvinne støtte effektivt i forebygging av fødselsdepresjon. Videre viser forskning at gruppebehandling er effektivt for redusering av fødselsdepresjonssymptomer (Goodman & Santangelo, 2011). I mange effektive gruppetilbud er psykoedukasjon et element fordi det bidrar til en bedre forståelse av egne problemer, normalisering av egen tilstand og blir et rammeverk for å endre destruktive handlings- og tankemønstre (Lukens & MacFarlane, 2004).

Fordi fødselsdepresjon kan påvirke samspillet mellom mor og barn, er det gjort studier for å undersøke om aktiviteter kan fremme samspill. Onozawa, Glover, Adams, Modi og Kumar (2001) fant at deltagelse i en baby massasje gruppe reduserte mødrenes depresjon og forbedret kvaliteten på mor-barn-samspillet. Forskerne hevder at mødrene gjennom baby massasje lærer å tolke barnets signaler, blir mer bevisst på samspillet, og at opplevelsen av mestring påvirker tilknytningen. Babysang og babysvømming er populære sosiale aktiviteter blant småbarnsfamilier og kan potensielt fremme positive samhandlingserfaringer med barnet.

Blues Mothers ble utviklet med prosjektmidler fra Regionalt kompetansesenter for barn og unge (RKBU Nord) våren 2012 som et forebyggende tiltak for kvinner som opplever



nedstemthet eller depresjon i tiden etter fødsel, og ble deretter implementert som et fast tilbud i Familiens hus i Tromsø kommune. Gruppe-tilbudet er utviklet på bakgrunn av forskning på mestringsgrupper, depresjonsmestring og samspillsfremmende tiltak. Vektleggingen av sosial samhandling skal bidra til at gruppen er et trygt sted å komme og er sosialt stimulerende. Lokaliseringen i Åpen barnehage i Familiens hus skal gjøre gruppen lett tilgjengelig. Blues Mothers er et supplement til indidrettede tiltak.

Mestringstilbudet består av ti gruppesamlinger med to timers varighet per samling. Barna er med på hver samling, og samspillsfremmende tiltak er babymassasje, babysang, babysvømming og informasjonsfilm om samspill. For å bevisstgjøre og normalisere kvinnes situasjon blir det gitt psykoedukasjon om depresjon med hovedvekt på informasjon om årsaker, symptomer og negative tanker. Kvinnene får enkle hjemmeoppgaver for å fremme deres opplevelse av mestring. Sosial samhandling mellom kvinnene blir understøttet av erfaringsutveksling i gruppen og kafébesøk. Gruppen ledes av to ansatte i Familiens hus med pedagogisk fagbakgrunn. Fagpersoner med spesialkompetanse på de temaene som det undervises om, blir invitert inn for å lede gruppen gjennom de ulike temaene og aktivitetene. En helsesøster er tilgjengelig i den siste halvtime for å svare på spørsmål.

Formålet med studien var å undersøke en gruppe kvinners erfaringer fra tiden før og etter fødsel, og fra deltakelse i mestringsgruppen Blues Mothers, for å få mer kunnskap om kvinnes behov og om mestringsgruppen kunne ivareta noen av disse behovene.

### METODE<sup>1</sup>

Dette er en kvalitativ studie som benytter en narrativ innfallsvinkel med en forklarende design. Tiltaksmetoden er velegnet for å få deltakere til å artikulere sine erfaringer, sin selvopplevelse og sin vurdering av egen livssitu-

1. Blues Mothers er et ikke-kommersielt tiltak i regi av Tromsø kommune, og det foreligger derfor ingen økonomiske interessekonflikter. Imidlertid står samtlige medforfattere med unntak av GL bak idé og innhold til mestringstilbudet. Vi har derfor tilstrebet å være kritiske til egne tolkninger av datamaterialet, og GL har hatt en viktig korrigerende rolle i samarbeidet.

asjon (Frank, 2010). En forklarende design brukes for å kunne redegjøre for et fenomen ut fra deltakernes forestillinger om hvorfor noe har skjedd eller har oppstått (Edmonds & Kennedy, 2013). Studien er basert på intervjuer med kvinner som har deltatt i Blues Mothers. Intervjuerne brukte åpne, fortellingsinduserende spørsmål slik at deltakerne kunne fortelle fritt. Intervjuerne fulgte videre opp med spørsmål og avklaringer for å utdype kvinnenes erfaringer. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (nr. 31083).

### Utvalg

Alle de ti kvinnene som var med i Blues Mothers høsten 2012, ble spurt om å delta i forskningsprosjektet hvorav ni kvinner i alderen 21 til 35 år samtykket skriftlig, mens én ikke hadde anledning til å delta. Syv av ni kvinner var førstegangs fødende, seks av ni bodde sammen med barnefaren. Deltakerne ble rekruttert på bakgrunn av en samtale med helsesøster syv uker etter fødsel. Inkludering baserte seg på EPDS-skår tilsvarende mild til moderat depresjon, at de behersket norsk, hadde født innen en til seks måneder før oppstart av gruppen, samt motivasjon for deltakelse. Mestringsgruppen er tenkt som et supplement til andre tilbud, og enkelte av kvinnene fulgte i tillegg andre behandlingsopplegg. Kvinner som ble vurdert å ha en symptombelastning tilsvarende en alvorlig depresjon ble henvist til spesialisthelsetjenesten, eller fikk tilbud om samtaler med kommune-psykolog.

### Intervju

Kvinnene ble intervjuet individuelt av to av artikkelforfatterne, henholdsvis AKD og KVK. Intervjuerne hadde ingen tidligere relasjon til kvinnene, men var på et tidlig tidspunkt med i utviklingen av Blues Mothers. Intervjuet ble innledet med narrativt induserende spørsmål om kvinnenes erfaringer med Blues Mothers, og ble fulgt opp ved å be dem utdype hendelser, eller å gi eksempler. Vi stilte spørsmål om deres bakgrunn, mestringsgruppen og tanker om fremtiden, eksempelvis «Hvilket behov hadde du for hjelp?» og «Kan du fortelle om en gruppesamling du husker spesielt godt?». Intervjuene ble foretatt på tomannshånd hjemme hos kvinnene. Intervjuene hadde en varighet på 40 til 90 minutter. Refleksjonsnotat ble ført under og i etterkant av intervjuet. Transkripsjo-



Utfordringene startet for flere med fysiske belastninger i svangerskapet



nene av intervjuene og de ferdigstilte resultatene var tilgjengelig for deltakerne, men ingen etterspurte det.

### Analysesstrategi

Materialet ble analysert i tråd med en tematisk-narrativ analyse (Riessman, 2008). Hvert enkelt intervju ble gjennomlest flere ganger med tanke på innhold, inntil mønstre eller tema begynte å fremtre. Vi vekslet stadig mellom å se hver enkelt kvinnes fortelling hver for seg og sammenliknet disse på tvers av alle fortellingene i materialet. Alle uvanlige eller motsigende forhold ble diskutert av AKD, CEAW, GL og KVK for å beskrive både sammenheng og mangfold i de personlige fortellingene. Generelle inntrykk ble notert, og ved hjelp av hensiktsmessig koding kunne vi undersøke hvordan temaer gjentok seg innenfor enkeltfortellinger og mellom de ulike fortellingene i materialet. Vi samlet og strukturerte fortellinger i hovedfunn som representerte kvinnenes erfaringer med gruppen. Intensjonen var å etablere en overordnet og samlet beretning om gruppen. Hovedtemaene ble derfor satt inn i en tabell og understøttet av sitater og parafrauseringer. Ut fra dette ble det tydeligere for oss hvilke fellesnevner som brakte kvinnene til mestringsgruppen, og hvilke felles opplevelser de hadde ved å delta i gruppen, samt forklaringer til at de opplevde gruppen som virkningsfull. Valideringen ble foretatt internt gjennom sammenlikningen mellom de ulike fortellingene med hverandre og eksternt i forhold til relevant forskning og litteratur. Det ble ikke benyttet programvare i analysen.

### RESULTATER

Vi fant tre hovedtemaer: Belastninger utover mestringsevne, De onde sirklene og Bryte onde sirkler. Disse temaene ble videre delt inn i åtte undertemaer. Hvert undertema er omtalt hver for seg og inkluderer deltakernes utsagn. Funnene forklarer og gir innsikt i hvilke erfaringer kvinnene gjorde seg i forbindelse med svangerskap og fødsel, og hvordan disse erfaringene førte til at de valgte å bli med i mestringsgruppen.

#### Belastninger utover mestringsevne

Under svangerskapet eller etter fødsel opplevde kvinnene at utfordringene økte i omfang. Hver for seg var utfordringene håndterbare, men til sammen overgikk belastningene kvinnenes mestringsevne og førte til et sammenbrudd.

#### *Fysiske belastninger*

Utfordringene startet for flere med fysiske belastninger i svangerskapet. For andre var svangerskapet problemfritt, men de opplevde å bli svært slitne i barselperioden grunnet søvnmangel, ammeproblemer, aleneansvar for husarbeid eller faktorer ved barnet. Da belastningene ble for store, påvirket det hvordan de tenkte om seg selv og omsorgsevnen. En kvinne beskrev det slik:

(...) det var i denne tilstanden, denne utkjørte tilstanden, jeg skulle ta meg av et barn, sant, men selvfølgelig ville jeg jo slutte å spy når jeg bare hadde fått ungen ut, men det var veldig sånn vanskelig å liksom se for seg det når man er på en måte oppi det.

#### *Manglende sosial støtte*

Mange fortalte at de ikke hadde et sosialt nettverk. Konsekvensen ble utmattelse, da avlastning, trøst, praktisk hjelp og støtte uteble. En kvinne fortalte at hun som nyinnflyttet til byen ble sykemeldet og isolert hjemme grunnet fysiske plager under svangerskapet. Hennes samboer bidro mye, men omfanget av gjøremålene oversteg det de begge hadde kapasitet til. Behovet for et støttende nettverk kom frem da hun fortalte hva hun ville råde andre vordende mødre til å gjøre: «Skaff deg et nettverk! (...) for å ha noen rundt deg som vil prioritere deg, da tenker jeg at det ikke holder bare med partneren din.»

#### *Å miste seg selv*

Flere beskrev at tilværelsen som småbarnsmamma representerte et tap av frihet og drømmer, og at tidligere mestringsstrategier ikke fungerte lenger. De følte at de hadde mistet deler av seg selv eller det livet de før hadde levd. En kvinne beskrev at livet som småbarnsforelder skremte henne fordi det sto i konflikt med hennes frihetsbehov og tidligere drømmer og idealer. Hun begynte å bekymre seg for fremtiden: «(...) drømmen min har bestandig vært å reise jorda rundt. (...) jeg liker å planlegge, og da på en måte gikk det opp for meg at liksom, herregud, jeg kommer aldri til å få drømmen min oppfylt.»

#### De onde sirklene

Da de vanskelige følelsene oppsto i en livsfase hvor det var sterke forventninger om at kvinnene skulle være lykkelige, førte dette til at de følte seg annerledes, ensomme, mindreverdige og skamfulle. De snakket ikke med andre om dette, og mange valgte å isolere seg, noe som forsterket bekymringene og skamfølelsen.

#### *I konflikt med idealer om den lykkelige mor*

Konflikten mellom de idealiserte forestillingene om hvordan man skal være, tenke og føle som nybakt mamma, og kvinnenes egne erfaringer, bidro til at flere følte at de ikke strakk til. Forestillingene ble en målestokk på om de fungerte godt nok som mødre. Sosiale medier, velmenende råd, og det å se andre mødre som var tilsynelatende lykkelige ble vanskelig for kvinnene, da dette minnet dem om at det de følte og opplevde, sto i kontrast til hva som er forventet av en nybakt mamma:

Det presset man har fra samfunnet ellers, spesielt sånne som har litt sånne eldre barn. De sier gjerne sånn, eller kommer med sånne kommentarer at «Å, du er vel bare hjemme og koser deg, og den her tiden er jo så fin». Så sitter man der og ja, vonde brystvorter, null søvn, og i det hele tatt, og føler ikke helt at man er på topp.

#### *Bekymringer*

For flere av kvinnene ble livet preget av bekymringer knyttet til økonomi, egen psykiske helse, omsorgsevne og om de ville komme til å skade barnet sitt. Bekymringene representerte et brudd med hva kvinnene skulle tenke ifølge idealet, noe som bidro til at de ikke snakket med andre om dette. Og når de ikke delte bekymringene, økte følelsen av ikke å strekke til, noe som igjen gjorde at de bekymret seg enda mer. En kvinne fortalte følgende:

Jeg våkner klokken fem om morgenen av meg selv, ikke av [barnet], og da begynner med en gang tankene mine å spinne på alt jeg skal få gjort, alt jeg burde fått gjort, alt som jeg er bekymret for, alt jeg gruer meg til. Så blir det bare verre og verre og det blir bare mer og mer. Og det har endt med på en måte at man nesten blir apatisk.

Noen av kvinnene fortalte om ammeproblemer som kilde til bekymring og stress. En kvinne følte seg presset fra helsestasjonen til å fullamme:

(...) de har vel ikke egentlig vært noe sånn støttende føler jeg, det har vært sånn press på at «jo, du skal amme, og du må få det til, og morsmelkerstatning er ikke noe vi liker å gi». Så jeg føler at de har vært med på å gi meg litt dårligere samvittighet fordi at jeg ikke har kunnet fullamme henne.

#### *Skam*

Flere av kvinnene beskrev skamfølelse som konsekvens av at de ikke opplevde den forventede lykken. Fraværet av lykke bidro til at de følte seg unormale, og frykten for at noen skulle få vite hvordan de hadde det, gjorde at de isolerte seg og ikke snakket med noen om dette. Ettersom skammen viste til en svakhet ved kvinnene, ble derfor terskelen for å søke hjelp ekstra høy. En kvinne sa at det var bra at helsesøsteren foreslo Blues Mothers for henne, fordi hun opplevde det som en «dørstokkmil» selv å ta initiativet. På spørsmål om hvorfor svarte hun:

Kanskje flaut eller tabu, at man... Det er ikke så lett å ringe og si: «du, jeg har det ikke så bra» (...) eller kanskje å innrømme at man har det sånn, for det er jo veldig fokus på at man skal bare være lykkelig, og når man kanskje ikke vet at det er mange andre som kanskje har det sånn så vil man kanskje ikke. Ja, man får kanskje litt dårlig samvittighet for det og, at man har det sånn.

#### **Bryte onde sirkler**

Alle kvinnene opplevde Blues Mothers som et positivt tiltak. Gruppen bidro til å løse opp en fastlåst situasjon hvor psykoedukasjon, møtet med de andre kvinnene, og det å kunne ha et tilgjengelig tilbud stimu-



Mange fortalte at de ikke hadde et sosialt nettverk. Konsekvensen ble utmattelse da avlastning, trøst, praktisk hjelp og støtte uteble

lerte deres egne mestringsressurser. En kvinne beskrev det på følgende vis:

Akkurat nå føles det jo mye bedre enn det det var. Jeg har fått litt verktøy til å gjøre noe med bekymringer og negative tanker, selv om det ikke er blitt borte, så vet jeg liksom jeg har mer kunnskap til å gjøre noe med det, og det synes jeg har hjulpet.

Deltakelse i gruppen ga også nye perspektiver og justerte etablerte idealer om morsrollen.

#### *Nye perspektiver*

Flere fortalte at de hadde det bedre etter mestringsgruppen, så lysere på fremtiden og hadde endret syn på seg selv. Gruppen bidro til å redusere skammen mange opplevde, og synliggjorde at det var flere som hadde det på samme måte. Det gjorde det lettere å snakke om tabubelagte temaer som det å oppleve seg selv som ikke å være god nok som mor. Flere av kvinnene trakk frem at deltakelse i gruppen var nyttig fordi de ble oppfordret til å snakke åpent om sine vansker, og at de følte lettelse over å sette ord på hvordan de hadde det. Mestringsgruppen representerte et alternativ til isolasjon fordi kvinnene hadde noe fast å gå til. Aktivisering ble derfor det første steget i retning av å bryte de onde sirkelene.

Samtlige deltakere trakk frem psykoedukasjonen som en av de mest betydningsfulle delene av mestringstilbudet. Informasjonen de fikk gjorde at de ble klar over hva nedstemtheten førte til, og hva det gjorde med tankene deres. Psykoedukasjonen bidro også til at flere klarte å tolke signaler fra barnet på en mer adekvat måte. En kvinne fortalte: «hvis [barnet] gråter betyr det ikke at han hater meg eller sånn, det betyr kanskje at han har vondt noe sted eller, eller at han vil spise eller noe sånt.»

#### *Justering av idealer*

I tillegg til psykoedukasjonen beskrev flere at møtet med de andre kvinnene var viktig. Kvinnene gikk igjennom en bevisstgjøringsprosess omkring hva de tenkte om seg selv og idealene de målte seg opp mot. En kvinne beskrev at hun endret sitt syn på seg selv som mor. Etter deltakelse i gruppen klarte hun å vurdere kommentarer fra andre på en mer kritisk måte og prioriterte annerledes:

Jeg har hatt et par venninner som er sånn at de skal ha det dyreste og det beste. De sier til meg: «åh, herregud har du bare ei sånn skje, har du ikke den andre skjeen (...).», før så var jeg litt sånn at jeg tenkte... «holder det med den bilstolen eller burde jeg hatt en dyrere bilstol?», men nå tenker jeg at så lenge hun har det bra og er trygg og sånn, så har det ikke så mye å si, de materielle tingene.

#### DISKUSJON

For mange av kvinnene var fysisk utmattelse det første de opplevde som utfordrende. Det foreligger lite forskning på fysisk utmattelse som utløsende årsak til fødselsdepresjon (Dennis & Ross, 2005), men Dørheim og kolleger (2009) viser at kvinners subjektive opplevelse av lite søvn og dårlig søvnkvalitet kan sette dem i risiko for utvikling av fødselsdepresjon. I de siste tiårene har det vært økt oppmerksomhet på å fremme tidlig nærkontakt og amming mellom mor og barn, noe Eberhard-Gran, Eskild, Opjordsmoen og Schei (2000) hevder kan ha gått på bekostning av nybakte mødres mulighet for hvile. Dette er i samsvar med opplevelser flere av kvinnene i vår studie beskriver, hvor det også fremkommer at fokus på amming kan forsterke bekymringene for kvinner som allerede sliter psykisk.

Goffman (1959) mener at vi i møte med andre bevisst velger å fremheve det positive ved oss selv («front staging»), mens de mindre ønskelige sidene ved oss selv ikke blir framstilt («back staging»). Fortellingene til kvinnene i vår studie tyder på at de hadde vanskeligheter med å gjennomskue dette sosiale spillet. En årsak kan være negative tankemønstre forbundet med depresjon som fører til at man feiltolker informasjon (Thingnæs, 2011). Konsekvensen for kvinnene ble derfor at andre framsto som mer vellykkede enn de i realiteten var, mens kvinnene opplevde seg selv som lite mestrende. Sammen med samfunnets forventning om «den lykkelige mor» ble denne diskrepansen grobunn for skammen de følte.

Skammen førte til at kvinnene unngikk å snakke om alle feil de opplevde ved seg selv. Dette ble etter hvert en ond sirkel hvor tilbaketrekking og isolasjon førte til at de ikke fikk den støtten de trengte, noe som igjen resulterte i at de følte seg mer unormale, bekymret seg mer og skammet seg mer. Den samme dynamikken førte også til taushet: Skammen gjorde det van-

skelig å snakke med andre, noe som førte til at kvinnene ikke fikk nyanisert og justert sine tanker om seg selv, og dermed ble skammen forsterket. Man kan derfor se på skammen som en sentral faktor i fødselsdepresjon, fordi den bidrar til å opprettholde symptomene.

Forskning på fødselsdepresjon viser de samme tendensene som i vår studie: Kvinnene følte ikke at deres nedstemthet i barseltiden kunne deles med noen, og dermed tiet de (Røseth, Binder & Malt, 2011). Redusering av skam var derfor viktig for at kvinnene kunne påbegynne bedringsprosessen. Mestringsgruppen som en trygg arena bidro til større åpenhet om vanskelige følelser, utfordringer knyttet til morsrollen, og innsikt i andre kvinners opplevelser. Kvinnenes fortellinger om å møte likekvinner er i tråd med forskning som viser at likekvinnestøtte bidrar til større åpenhet, trøst og normalisering av følelser (Slinning, Holme & Valla, 2012). I tillegg bidro likekvinnestøtten til at forestillingen om den perfekte mor ble avmystifisert. Dette førte til nyansering av tankene de hadde om seg selv som mødre ved at de sluttet å sammenlikne seg med et uopnåelig ideal. Kvinnene ble rausere med seg selv og fikk dermed et større handlingsrom.

Til tross for at gruppetilbudet adresserte samspill fortalte kvinnene lite om samspillet med barna. Forklaringene kan være flere, for eksempel at gruppetilbudet reduserte skammen over å ikke leve opp til egne idealer, at kvinnenes opplevelse av samspillet med barna forble tabubelagt, eller at kvinnene opplevde å fungere adekvat sammen med barna sine.

#### Studiens begrensinger

To av forfatterne (AKD og KVK), to kvinnelige psykologistudenter i tyveårene, var med på store deler av prosessen, fra å utvikle gruppetilbudet til å intervju kvinnene og analysere data. Det kan argumenteres for at dette kan ha brakt inn en forforståelse som har påvirket intervjusituasjonen ved å bringe inn begreper som kan ha lagt føringer på hva kvinnene snakket om. Videre kan det ikke utelukkes at intervjuernes alder og utdanning kan ha påvirket hvordan kvinnene valgte å fremstille seg selv og sin opplevelse av mestringsgruppa. Det er også mulig at andre fortellinger hadde fremkommet dersom vi hadde intervjuet kvinnenes familier eller helsepersonell som de hadde kontakt med. Vi har derfor tilstrebet å være kritiske ved gjennomgangen av intervjuene og tolkningen av data, hvor GL og CEAW har hatt en viktig korrigerende rolle i samarbeidet. Alternative tolkninger av datamaterialet har vært diskutert, og vi har etterstrebet å være oss bevisste potensielle rollekonflikter og interesser som har kunnet påvirket forskningen. Vi er således enige om at temaene som er fremstilt er de som reflekterer kvinnenes erfaringer best.

#### KONKLUSJON

Vår studie viser at fysiske belastninger og mangel på sosial støtte kan være sentrale faktorer ved utvikling av nedstemthet og depresjon i forbindelse med svangerskap og barseltid, hvor skamfølelse med påfølgende isolasjon kan være opprettholdende faktorer. Studien viser også at mestringsgrupper med fokus på psykoedukasjon og samspillfremmende aktiviteter kan være viktige tiltak hvor sentrale elementer synes å være å bryte isolasjon, fremme erfaringsutveksling, kunnskap om depresjon, redusere skam, samt å styrke kvinnenes mestringsressurser. Studien ga lite informasjon om hvordan kvinnene opplevde de samspillfremmende aktivitetene med barna, eller om disse aktivitetene faktisk fremmet samspillet mellom mor og barn. Dette gjenstår å undersøke i fremtidige studier. ✖ »



Likekvinne-  
støtten bidro  
til at fore-  
stillingen om  
den perfekte  
mor ble  
avmystifisert

## REFERANSELISTE

- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., & Adelaja, B. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. London: London School of Economics and Centre for Mental Health.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*, 782–786.
- Dennis, C.-L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E., & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *338*, 1–9.
- Dennis, C.-L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, *32*, 187–193.
- Dørheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: A population-based study. *Sleep*, *32*, 847–855.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Opjordsmoen, S., & Schei, B. (2000). Barselomsorg – søvn, hvile og tilfredshet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *120*, 1405–1409.
- Eberhard-Gran M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, 426–433.
- Eberhard-Gran, M., Nordhagen, R., Heiberg, E., Bergsjø, P., & Eskild, A. (2003). Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *123*, 3553–3556.
- Eberhard-Gran, M., & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Edmonds, W. A., & Kennedy, T. D. (2013). *An applied reference guide to research designs: quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Folkehelseinstituttet. (2007). *Barseldepresjon – symptomer og skåringsverktøy*. Hentet 01.02.2013 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=66539>.
- Frank, A.W. (2010). *Letting stories breathe: A Socio-Narratology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Førde, R., & Smith, E. C. (2006). Svangerskapet som livsfase. I P. Bergsjø, M. Heiberg, J. Telje & J. Thesen (Red.), *Svangerskapsomsorg*. (4. utg., s. 114–122). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Glavin, K., Smith, L., & Sørnum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *23*, 705–710.
- Glavin, K., Smith, L., Sørnum, R., & Ellefsen, B. (2010). Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, *19*, 3051–3062.
- Goodman, J. H., & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, *14*, 277–293.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal retningslinje for barselomsorgen. *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, *43*, 683–714.
- Logsdon, M. C., & Usui, W. (2001). Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. *Western Journal of Nursing Research*, *23*, 563–574.
- Lukens, E. P., & MacFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *4*, 205–225.
- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten (2013). *Depresjonsscreening av kvinner ved svangerskap og fødsel*. Hentet 01.05.13, fra <http://www.kvalitetogprioritering.no/saker/depresjonsscreening-av-kvinner-ved-svangerskap-og-barsel>
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, R., C. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *63*, 201–207.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Risjord, E., & Goksøy, A. (2015). Hvordan nå de minste barna? Erfaringer fra omorganisering av en BUP i distriktet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *52*, 108–112.
- Røseth, I., Binder, P.-E., & Malt, F. U. (2011). Two ways of living through postpartum depression. *Journal of Phenomenological Psychology*, *42*, 174–196.
- Slinning, K., Holme, H., & Valla, L. (2012). Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *49*, 69–73.
- Thingnæs, G. (2011). *En kort presentasjon av kognitiv terapi*. Hentet 05.04.13, fra Norsk forening for kognitiv terapi sine nettsider: [http://www.kognitiv.no/filar-kiv/File/En\\_kort\\_presentasjon\\_av\\_kognitiv\\_terapi\\_v\\_Thingnaes.pdf](http://www.kognitiv.no/filar-kiv/File/En_kort_presentasjon_av_kognitiv_terapi_v_Thingnaes.pdf).



**BERGEN FENGSEL** Asle Makoto Sandvik si forskning viser at dei innsette her ikkje er ein eigen type menneske. Vi har felles trekk, men i forskjellig grad. (Arkivfoto: Hallgeir Vågenes / Scanpix)

# Psykopatidiagnosen gir lite mening

Psykopati er ikkje ein samlande kategori, konkluderer Asle M. Sandvik etter å ha intervjuet 94 innsette i Bergen fengsel.

**TEKST** Arne Olav L. Hageberg

- **PSYKOPATIOMGREPET GIR** lite mening når ein forskar på det som ein skapleg diagnose. Det overraska meg kor klart dette blei da eg gjekk inn i det, seier psykologen etter eitt år saman med folk dømde for alt frå vinningskriminalitet og sedskapsbrot til vald og narkotika. Asle Makoto Sandvik sin doktorgrad handlar om samanhengen mellom ulike personlegdomstrekk og kriminell åtferd. Arbeidet loggar seg direkte på diskusjonen om kor vidt ein skal forstå personlegdomsforstyringar som unike forstyringar, eller som ei samling ulike dimensjonale trekk ved personlegdomen.

## UPÅLITELEG SJØLVRAPPORTERING

Kva er samanhengen mellom ulike instrument for vurdering av personlegdom, og korleis heng personlegdomstrekk saman med andre biologiske, emosjonelle, kognitive og psykisk helse relaterte faktorar? Dette ville Sandvik og kollegar sjå nærare på.

For å måla psykopatiske trekk brukte dei fleire instrument. Sjølvrapportering blei gjort med The Self-report Psychopathy Scale [SRP-III]. To »



**NYANSERT:** – Folk i fengsel er ei utsett og marginalisert gruppe. Studien min nyanserer biletet gjennom å visa at dette ikkje er ein eigen type menneske, seier Asle Makoto Sandvik. (Foto: Privat)

## Asle Makoto Sandvik

- Ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen 2014 med avhandlinga «Psychopathy – the heterogeneity of the construct»
- Førsteamanuensis i psykologi ved politihøgskolen i Stavern

Kontakt: [aslsan@phs.no](mailto:aslsan@phs.no)

kliniske mål blei utarbeidde på bakgrunn av eit djupneintervju og gjennomgang av arkivinformasjon (The Psychopathy Checklist – revised [PCL-R] og The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality – Institutional Rating Scale [CAPP-IRS]). I tillegg blei kognitive funksjonar målt gjennom databaserte utføringsoppgåver. På toppen av dette samla forskarane også inn ein del biologiske mål, som blod- og spyttprøver og hjartefrekvens.

Resultata viser at val av forskingsmetode kan ha mykje å seia. Sjølvrapporteringsskjema gjer til dømes at ein kan gå glipp av viktige poeng ved vurdering av personlegdom. Men det viktigaste funnet i doktorgradsarbeidet hans handlar altså om det lite eintydige psykopatiomgrepet.

### STOR VARIASJON

Alle dei tre studiane som inngår i avhandlinga, viser stor variasjon av element internt i det som tradisjonelt blir kalla psykopati.

– Alle dei tre studiane viser skilnad i psykopatiomgrepet når vi ser det opp mot andre variablar, som affektivitet og emosjonsgjenkjenning.

Nokre affektive trekk er assosierte med gode evner til å tolka andre sine kjensler, medan meir åtferdsmessige antisosiale trekk er assosierte med ei svekka evne til å tolka andre.

– Dei affektive forstyrringane blir ofte kalla primærpsykopatiske trekk, fortel Sandvik. Men han er likevel ikkje tilhengar av å kalla personar som skårar høgt på desse trekk, for psykopatar – til det er diagnosen for uviss. Men det gir meining å snakka om grader av psykopatiske trekk. Ein kan seia at personar som skårar høgt på affektive forstyrningar, har høg grad av psykopatiske trekk. Psykopati diagnostisert ut frå antisosiale trekk blir av nokre forskarar kalla falsk psykopati, fortel Sandvik.

### PLAN B

Eit doktorgradsarbeid kan by på overraskingar, og for Sandvik var kanskje den største kor lang tid det kan ta å venta på godkjenning frå den forskningsetiske komiteen. Planen var å utføra ein behandlingsstudie blant innsette i Bergen fengsel, knytt til forskingsgruppa for Operativ psykologi ved universitetet same stad. Men godkjenninga av denne studien lét venta på seg. Psykopatistudien han enda opp med, var altså plan B.

– Dei innsette er ei sårbar gruppe, og historia har mange døme på at dei er blitt utnytta i forskning. Men fråværet av sjansen til å vera med på forskning er også etisk problematisk, seier Sandvik.

– Det handlar om ein må få reelt frivillig samtykke, og at dei ikkje skal føla seg pressa. Dei må veta at det er frivillig.

Då det kom til stykket, var dei innsette svært villige. Ein stor del av dei innsette som sat i Bergen fengsel og snakka norsk, stilte opp og gjennomførte, anten dei var innom seks veker eller hadde 20 år pluss forvaring som perspektiv.

### I FENGSEL VED EI TILFELDIGHET

Soldaten Sandvik, med teneste bak seg både i Kosovo og Kirgisistan, fortel at han eigentleg var mest interessert i militærpsykologi og prøvde å finna eit doktorgradsprosjekt i det landskapet. No hadde det seg slik at operativ psykologi-miljøet han blei del av i løpet av studiet, også dreiv med forskning rundt kriminell åtferd, knytt til Bergen fengsel. Her fann Sandvik noko som fanga interessa. I dag fortel han korleis dette arbeidet har endra synet hans på dei innsette.



– Det blei mykje enklare å sjå dei menneskelege sidene deira. Dei er ikkje så ulike oss, samtidig ser du kvifor dei har hamna der.

Det finst grunnar, men dei fleste hadde ikkje reelle val. Livsvala er nær sagt allereie tekne for dei, gjennom barndom og oppvekst. Dette er òg bakgrunnen for at han meiner forskinga hans er viktig.

– Folk i fengsel er ei utsett og marginalisert gruppe. Studien vår nyanserer biletet gjennom å visa at dette ikkje er ein eigen type menneske. Vi har felles trekk, men i forskjellig grad. Psykopatiske trekk er normaltrett som er ekstreme. Det handlar om dimensjonalitet. Her føyer studiane våre seg inn i rekka av forskning som viser at det ikkje går klare skilje for personlegdomsforsyringar – det er meir snakk om flytande overgangar mellom normal og sjukeleg styrke på trekk.

Denne innsikta er viktig også for behandling og rehabilitering av dei innsette. Den gjer det enklare å laga individuelt tilpassa behandling. Personar med affektiv psykopati vil ha heilt andre behov for behandling enn personar med åtferdsmessige symptom.

### OMVEG MED FORDELAR

Den opphavlege behandlingsstudien er ikkje lagt på is, og Sandvik er framleis involvert. Men som følge av doktorgradsarbeidet hans vil den nok få endra design, og bli ein betre studie.

– Det tar lang tid å halda på med dette, og det er mykje som kunne gått galt i ein slik behandlingsstudie. No har eg erfaring med å jobba i fengsel, eg veit korleis systema fungerer der.

Kan henda var det altså til sjuande og sist bra at godkjenninga av behandlingsstudien lét venta på seg.

– *Du fekk fem år fri og uavgrensa med midlar. Kva ville du forska på?*

– Då ville eg halde fram med psykopati og emosjonalitet. Eg skulle gjerne sett meir på korleis personar med psykopatiske trekk tolkar emosjonar hos andre, og kva dei føler sjølv. Og så ville eg sett det opp mot andre kognitive og biologiske mål. Eit anna felt eg har begynt å lukta på, er forholdet mellom politi og psykiatriske pasientar, korleis politiet si framferd påverkar sjukdomsbiletet når dei hentar inn folk. Bergen har psykiatriambulans, og det viser seg at folk som blir henta av denne, ofte verkar rolegare enn dei som er henta av politiet, seier psykologen som no er førsteamanuensis ved politihøgskulen i Stavern. ✘

## AKTUELT



Tor Levin Hofgaard, president i Psykologforeningen. (Foto: Arne Olav L. Hageberg)

## BRYTER HELSEPERSONELL MENNESKERETTIGHETENE?

Psykologforeningens president har etterlyst svar fra regjeringen.

TEKST Øystein Helmikstøl

**BRYTER HELSEPERSONELL MENNESKERETTIGHETENE** når de følger Lov om psykisk helseverns tvangsbestemmelser? Psykologforeningens president Tor Levin Hofgaard har etterlyst svar fra regjeringen til Ligestillings- og diskrimineringsombudet (LDO). Svaret kom i mai i fjor, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet. I brevet står det at Helse- og omsorgsdepartementet mener at reglene om bruk av tvang i lov om psykisk helsevern er forenlig med FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Psykologforeningens president mener at svaret var som ventet.

– Det ville jo vært oppsiktsvekkende dersom regjeringen skulle mene at vi bryter menneskerettighetene når vi følger en lov som de ikke har igangsatt endringer av, og når de tidligere har ment at vi ikke bryter menneskerettighetene ved å følge den, sier Levin Hofgaard til Psykologtidsskriftet.

Hofgaard opplever dette som en «forpostfekting» for det som vil kunne skje når Norge får CRPD-tilsyn.

– De gjør sannsynligvis som i Australia; ser bort fra fortolkningsprotokollene og utelukkende forholder seg til CRPD-konvensjonen.

Ligestillings- og diskrimineringsombudet bekrefter at de fikk svar i fjor, men er uenige med departementet og fastholder sin konklusjon: Norske tvangshjemler og praksis er for vidtgående sammenliknet med kravene i CRPD.

Psykologforeningen har nylig gitt innspill til deler av statens rapport til FN-komiteen for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Foreningen mener at det er faglig og etisk problematisk at kunnskapsgrunnlaget for å tvangsmedisinere mennesker med alvorlige psykiske lidelser er så mangelfullt.

Psykologforeningens innspill kan lastes ned fra psykologforeningen.no. ✘



**AVVIST** Unge som skader seg selv, forteller om helsepersonell som mener de skader seg for å få oppmerksomhet, forteller etnolog Anna Johansson. (Illustrasjonsfoto: Brian Donovan/Flickr.com)

# SELVSKADING, KJØNN OG MAK

Vi må snakke mer om makt og kjønn i debatten om forebygging og hjelp til de som skader seg selv, mener forskerne Anna Johansson og Lars Mehlum.

**TEKST:** Nina Strand

**- HVA SKAL** til for at du skal kunne definere deg selv som hjelpetrengende og samtidig bevare en brukbar kjønnsidentitet som mann?

Det er Lars Mehlum, professor i psykiatri og suicidologi, som spør. Vi sitter på hans kontor, og han er midt i et resonnement om skam og om hvorfor gutter og menn så mye sjeldnere enn jenter og kvinner søker hjelp for å slutte med å skade seg selv. Den erfarne psykiateren mener vi har et psykisk helsevern som er langt bedre tilpasset jenters og kvinners behov enn menns, og som kommuniserer om psykiske problemer på en måte som passer best for kvinner. Han mener det trengs nytenkning, og har

mange ideer om hvordan det kan gjøres. Alt fra radikale ideer om rekruttering av ansatte i psykisk helsevern til nytenkning om kroppsovingsfaget.

Mehlum er leder ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Han har nettopp fortalt meg om internasjonale kliniske studier, som viser at blant 15–16-åringene er det ni jenter for hver gutt som skader seg selv. I ungdomsbefolkningen generelt derimot er forskjellene mindre. Her svarer 5,5 prosent av guttene at de skader seg, mot 16,2 prosent av jentene. Men guttene søker langt sjeldnere enn jentene hjelp for problemene sine.

– Vi får altså ikke tak i mange av disse guttene. Vi er ikke så likestilte i psykisk helsevern som vi gjerne vil tro, konkluderer professoren.

– *Skyldes det større skam blant guttene at de ikke søker hjelp?*

– Det er jo én hypotese. Vi vet ikke hvorfor, siden de ikke kommer. Dette gjelder ikke bare tenåringsgutta, men menn generelt. Vi kunne jo trodd at denne skjevheten var et kohort-fenomen, og at kjønnsforskjellene ville jevne seg ut i fremtidens psykiske helsevern. Men ser vi på dagens tenåringsgutter, virker det ikke som at de er noe særlig mer tilbøyelige enn gårdsdagens gutter til å søke hjelp, sier han.

På mange områder har vi fått mer likestilling mellom kjønnene. Men selv i dag er det å gråte, være lei seg og hjelpeløs mer truende for en gutt eller en mann enn for ei jente eller en kvinne, mener Mehlum. Det er sosialt akseptert for dem å gi uttrykk for at en ikke har det bra.

–Tårene reduserer ikke hennes kvinnelighet, men styrker den. Gråten fremkaller beskytterinstinkter hos dem rundt henne, også hos menn. En mann eller en gutt risikerer andre reaksjoner. Han får medynk, ja, men vil en ha det som mann? Ikke i vår kultur, sier han.

## STEREOTYPIER

Som journalist i *Psykologtidsskriftet* var jeg i fjor på konferansen «Normkritiska perspektiv på självskaðebeteende». Den foregikk i Stockholm, og jeg hørte etnologen Anna Johansson fra Universitetet i Umeå forelese om selvskading, kjønn og makt. Hennes doktorgradsavhandling fra 2010 har tittelen «Självskaða – En etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande». For å finne ut hvordan selvskading ble forstått og tolket i samfunnsdebatten og blant de som skader seg selv, hadde Johansson foretatt dypdykk i helsepolitiske dokumenter, i kunnskapsoversikter og i presseoppslag. Hun hadde også intervjuet personer som skader seg selv, lest selvbiografier, og fulgt diskusjoner dem imellom på svenske internettfora.

Studien viste ifølge Johansson at forståelsen av gutters og jenters uro var preget av kjønnsstereotyper. Det å vise sinne, bruke vold og misbruke alkohol, slik gutter kan gjøre, knyttes ikke nødvendigvis til dårlig psykisk helse. Jentenes selvskading derimot tolkes som uttrykk for psykisk smerte og at de vender aggresjonen innover, mot seg selv. «Men hvorfor tenker vi

ikke på jentenes skjæring som aggresjon mot eksempelvis press og overdrevne forventninger fra foreldre og samfunn?» spurte Johansson, som mente de gjengse forklaringene på selvskadingen ofte begrenset seg til å peke mot individuelle forhold og i liten grad interesserte seg for samfunnsanalyse.

Johansson spissformulerte konklusjonen slik: Kvinners uttrykk blir forstått som sykdom og lidelse. Selv om det å skjære seg er en voldsom handling, er man for kvinnenes del mer opptatt av at kuttingen er uttrykk for følelser av hjelpeløshet og sårbarhet. Menns uttrykk derimot kriminaliseres eller ses på som atferdsproblemer. Etnologen mente slike fortolkninger kan stenge for forståelsen av at mennene trenger hjelp, samtidig som det kan utelukke andre forståelsesrammer enn de individuelle for både kvinner og menn.

## REGULERING AV FØLELSER

Selvskading defineres ofte som skade en person har påført seg med vilje, men uten intensjon om å dø. Men kan man skille mellom selvskading og selvmordsforsøk? Og hva vet man om mekanismene bak selvskadingen? Lars Mehlum forklarer at forskning i varierende grad fanger opp selvskading isolert.

– Men i de nyeste studiene vårt forsknings-senter er involvert i, har vi skilt mellom de to fenomenene. Og når vi spør etter selvskading og selvmordsforsøk, får vi vite at noen gjør bare en av delene, andre begge deler. Fem prosent av alle ungdommer svarer ja på begge spørsmålene.

Ungdom som både selvskader og gjør selvmordsforsøk, har betydelig hyppigere problemer med rusmisbruk, skoletilpasning, sosial fungering og psykiske problemer enn dem som rapporterer «bare» selvskading eller selvmordsforsøk.

– Vi mener fellesnevneren hos mange som skader seg selv, er problemer med å regulere følelser. Med slike reguleringsvansker er det vanskelig å takle emosjonelle belastninger uten å komme helt ut av balanse. Vanskene innebærer mangel på evne til å kunne trøste seg selv og roe seg ned under og etter belastninger. Måten de reagerer på, gjør situasjonen bare verre, og problemene eskalerer. Da er gode råd dyre, og det er her problematferd som rusmisbruk, selvskading og spiseforstyrrelser kan komme inn, sier forskeren.

– Skammen øker, og den er gift for selvfølelsen. Og for guttene kommer det i tillegg til at selvskading gjerne betraktes som en jenteting

Lars Mehlum



**SAVNER DEBATT** – Jeg synes det er drøyt at vi ikke engang spør oss selv om det har noen betydning at det nesten bare er kvinnelige ansatte i psykisk helsevern for barn og unge, sier Lars Mehlum. (Foto: Paal Audestad)

## Selvskading

- Defineres som skade en person påfører seg med vilje, men uten intensjon om å dø.
- De som selvskader, har ofte problemer med å mestre overveldende og ubehagelige følelser, som sterk angst eller tristhet.
- Mange opplever at selvskadingen demper vanskelige følelser, eller gir opplevelse av å gjenvinne kontroll over kropp, tanke eller følelser.
- Selvskading kan være en måte å uttrykke følelser på, og å kommunisere om hvordan en har det.
- Forekomst blant ungdom mellom 15 og 16 år: 16,2 prosent av jentene og 5,5 prosent av guttene svarer at de skader seg selv. I kliniske undersøkelser er kjønnsforskjellen større: 9 jenter for hver gutt.

Kilde: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging

Han peker på at rus, selvskading og spiseforstyrrelser har til felles at det for enkelte kan gi en øyeblikkelig lindrende eller beroligende virkning på uutholdelige emosjoner. Her ligger en nøkkel til å forstå hvorfor noen frivillig skjærer dype kutt i egen hud. Selvskading virker, og for den som ikke kjenner andre like effektive metoder til å kontrollere uutholdelige følelser, er det vanskelig å stoppe med det når en først har begynt.

### LETTESEN NÅR BLODET FLYTER

– Det kan synes paradoksalt at det kjennes beroligende å påføre seg selv enda mer smerte. Hva er egentlig virkningen av selvskading?

– Det finnes mange interessante måter å studere dette på. En hypotese er knyttet til kroppens egne morfinlignende stoffer. Når du tilfører deg selv smerte i huden, kan du utløse lignende responser som når du gir deg selv en morfindose. Du påvirker nevroner som er involvert i smerte, frykt og agitasjon. Noen vil si at det er selve smerten, opplevelsen av å se blodet flyte, eller det å selv kunne gjøre noe fra eller til som er det sentrale, sier han.

Mange ungdommer forteller ifølge Mehlum om opplevelsen av at smerten og det vonde renner ut sammen med blodet. Akkurat som at folk med spiseproblemer kan føle en lettelse eller renselse ved å tømme ut oppsamlet emosjonell smerte når de kvitter seg med det med som er i magen. Noen kjenner det som at en demning av vonde følelser bygger seg opp, de finner ingen gode måter å takle det på, og ender opp med å kutte seg. Det finnes terapimetoder som retter seg mot nettopp dette.

Dialektisk atferdsterapi (DBT) er én slik terapimetode, og Mehlum er en av frontfigurene i opplæring og bruk av den her til lands.

– DBT bruker mange behandlingsstrategier. En av de viktigste er å lære pasientene ferdigheter i å regulere følelser som alternativ til selvskading og selvmordsatferd, sier han, og forklarer at ikke alle som gjør selvmordsforsøk også skader seg selv. Men selvskading baner i mange tilfeller veien for selvmordsforsøk på ulike måter som vi bare delvis forstår. Én mekanisme kan være at selvskadingen undergraver selvfølelsen og øker håpløshetsfølelser og depresjon.

Ungdommene skammer seg ofte over selvskadingen, og de ser at de er på feil vei.

– Skammen øker, og den er gift for selvfølelsen. Skam kan dessverre også blokkere det å søke hjelp: Jeg skammer meg, jeg vil ikke vise dette til noen. Og for guttene kommer det i tillegg til at selvskading gjerne betraktes som en jenteting.

### «INAUTENTISKE» SELVSKADERE

Anna Johansson ved Universitetet i Umeå ville se på hvilken rolle fellesskapet i sosiale medier spilte for selvskadende ungdommer. Hva slags normer og debatter dominerte her, og hvilke holdninger hadde de til hverandre? Ikke uventet besto flertallet av jenter og kvinner, selv om også enkelte gutter var innom. De ble godt mottatt av jentene.

– Hva var dine viktigste funn?

– Det var nok koblingen mellom selvskading og det å skape seg en identitet. En del av medlemmene i diskusjonsforaene på nettet la vekt på å posisjonere seg som en kontrast til voksenverdenen, gjerne representert ved psykiatrien. Men også internt blant jentene var det spenninger, der mange var opptatt av å markere seg som en motsetning til de «inautentiske» selvskaderne. Det var viktig å te seg på rett måte, ellers kunne man

bli plassert i kategorien «wannabee-selvskader», eller «drama-queen,» svarer Johansson på telefon fra Umeå.

Hun så det samme i intervjuene hun gjorde med enkeltpersoner. Det fantes altså en strenghet medlemmene imellom på internettgruppene. Det var ikke bra å bruke selvskadingen for å gjøre seg interessant eller populær, eller som ledd i det å tilhøre en subkultur. Framsto du ikke på en akseptert måte, risikerte du å ikke bli tatt på alvor. En «ekte» selvskader skulle ikke vise seg fram, men holde handlingene for seg selv. Det var akseptert å kommunisere at man ikke hadde det bra, men ikke å overdrive ved uttrykke seg for sterkt.

– Og hvis en ikke virkelig hadde det vanskelig, ble man ikke tatt alvorlig, forteller Johansson.

Hun mener ungdommenes oppdeling i «autentiske» og «inautentiske» selvskadere ligner rådende kulturelle forestillinger om selvmord og selvmordsfare, som går ut på at de som snakker om at de vil gjøre selvmord, ikke kommer til å gjøre det, mens den som ikke prater om det, er den som virkelig har det vanskelig. Funnene er tankevekkende, og paradoksale, synes hun. Særlig når en vet at mange som skader seg selv, har møtt lignende holdninger innenfor helsetjeneste, eller hos en rådgiver, lærer eller helsesøster på skolen. Relativt mange forteller at de har blitt avfeid når de søkte hjelp. De har fått høre at de skader seg selv fordi det er populært, eller fordi de ønsker oppmerksomhet. Og selv om de ikke opplevde dette, hadde mange vært redde for å bli avvist av helsetjenesten.

– Slik bidrar de selv til å opprettholde en ond sirkel. Mange har følt seg tvunget til å skjule problemene. Om de viste frem for mye, risikerte de å ikke bli tatt på alvor. Men for å få hjelp må man jo kommunisere om problemene sine.

### FØLER SEG IKKE RESPEKTERT

Johansson ble overrasket over ungdommenes kritiske holdning til helsetjenesten, og over mengden av negative fortellinger om møtet med behandlingsapparatet.

– Det var et fremtredende trekk i materialet. Men det burde kanskje ikke være så overraskende med tanke på hvordan maktrelasjonen ser ut, og at også mennesker som har det vanskelig, ønsker selvbestemmelse. Ungdommene savnet nettopp det.

– *Kan det også henge sammen med holdninger hos de ansatte?*

– Ja. Mange fortalte om ansatte som hadde gitt uttrykk for at selvskadingen bare var en måte å få oppmerksomhet på. Så vet vi jo fra undersøkelser at helsepersonell synes selvskadende unge er en utfordrende gruppe å arbeide med, og kanskje kan også det ha sammenheng med opplevelsene ungdommene har, svarer Johansson.

Ungdommene beskriver en maktkamp mellom dem og personalet, der de selv smugler inn barberblad og saboterer behandlingen ved å bryte regler eller ved å være helt tause i terapitimer. På den måten kjenner de en slags kontroll. Mange beskriver fellesskapet på diskusjonsforaene som en kontrast til den manglende forståelsen i psykisk helsevern. Det å snakke negativt om helsetjenesten bidrar til et fellesskap og til å etablere forumet som noe annet; et sted for støtte, fellesskap og destigmatisering.

### MAKT OG STIGMATISERING

En del av ungdommene hadde opplevd tvang. De hadde blitt overvåket eller innelåst, og var kritiske til det. Men Johansson tror slike enkelthen-

delser bare er en del av forklaringen på ungdommens negative forhold til helsetjenesten. Hennes analyse er at frustrasjonen og sinnet bunner i en grunnleggende opplevelse av maktesløshet, en uvilje mot det å være den underlegne i relasjonen med behandleren.

– For all del; dette er min tolkning og blir ikke så direkte formulert av intervjuobjektene, understreker forskeren. Hun er blant annet inspirert av Michel Foucaults teori om at vår forståelse av sykdom og hvordan sykdom bør håndteres alltid formes av den sosiale og kulturelle sammenhengen.

– Mange ungdommer fortalte at de ikke ble lyttet til, ikke respektert. De mente at deres erfaringer og ønsker ikke ble tatt hensyn til, og at de ikke ble sett som en hel person med både syke og friske sider, sier hun.

Dette er temaer Johansson har forsket mye på og skrevet om, for eksempel artikkelen «'Låt dom aldrig slå ner dig.' Bloggen som arena for patientaktivisme»<sup>1</sup>. Hun peker på at forholdet mellom pasient og behandler er mer komplekst helsevern enn i somatikken, og at maktrelasjonen er mer ujevn. I psykisk helsevern har de ansatte muligheten til å bruke tvang og til å fatte beslutninger som bygger på oppfatningen om at personen selv ikke vet sitt eget beste.

– Vi har en lang historie der samfunnets definisjon av psykisk sykdom innebærer at den syke ikke er helt tilregnelig, ikke helt rasjonell. Da risikerer man å bli sett som en som ikke kan svare for seg selv, noe som kanskje gjelder enda mer for unge personer og for kvinner, sier etnologen, som mener dette påvirker relasjonen mellom pasient og terapeut i sin alminnelighet – ikke bare ved bruk av tvang.

### BUP FINNER DEM IKKE

Lars Mehlum mener at verken samfunnet eller helsetjenesten har nok oppmerksomhet på selvskading. Og han utvider bildet til ikke bare å snakke om selvskading, men om psykisk helse generelt:

– Riktignok er det mer åpenhet i dagens samfunn. Men dette handler ikke bare om å *snakke om* problemer. Jeg tror evnen til å *handle*, til å be om hjelp, fortsatt sitter langt inne. Kanskje

.....

1. Sosialvetenskaplig tidskrift, 2013



**FANT STEREOTYPIER** Selv om det å skjære seg er en voldsom handling, forstås jentenes kutting som uttrykk for hjelpeløshet og sårbarhet. Menns selvskading derimot kriminaliseres, eller ses på som atferdsproblemer, ifølge Anna Johansson. (Foto: Privat)

– Mange forteller at de har blitt avfeid når de søkte hjelp. De har fått høre at de skader seg selv fordi det er populært, eller fordi de ønsker oppmerksomhet

*Anna Johansson*

spesielt hos guttene. Psykisk helse bør inn som fag i skolen. Vi kunne også bruke kroppsøvingsfaget til å styrke mestring og velvære både for gutter og jenter. Det å ha et godt forhold til kroppen sin er viktig for å kunne regulere følelser.

– *Du har snakket om manglende oppmerksomhet om selvskading generelt i samfunnet. Hvordan er det i helsetjenesten?*

– Vi gjorde en undersøkelse i Oslo, og fant at eksisterende kartleggingsrutiner i liten grad fanget opp unge som selvskadet i den første samtalen på BUP. Det er nedslående, ikke minst siden tall fra Oslo viser at en av tre ungdommer som rapporterer å ha selvskadet, svarer at de har vært pasient i BUP. Men BUP-ene har altså ofte ikke gode nok rutiner på dette området, og dermed oppdager de ikke selvskadingen. Det hører med i historien at gjennom prosjektet ble det innført nye rutiner som viste at ca. 25 prosent av alle de nyhenviste ungdommene i alderen 12–18 år hadde selvskadet.

Mehlum mener noe må gjøres for å fange opp selvskadende ungdom generelt, men ikke minst guttene.

#### **GUTTER I MØTE MED DAMER**

– *Så du mener det er mer utfordrende å fange opp guttene?*

– Ja, og det er vel litt tabu å si det jeg skal si nå. Men er det rart at det er vanskelig for mange gutter å snakke om sin selvskading og sine problemer når de de aller fleste av dem som de får tilbud om å snakke med i helsetjenesten, er kvinner?

Han er nøye med å poengtere: Kvinnelige ansatte kan være gode hjelpere for gutter. Det viktigste er hva en helsearbeider vet og kan, og hvordan vedkommende er som menneske.

– Jeg synes bare det er drøyt at vi ikke engang spør oss selv om det har noen betydning at det nesten bare er kvinnelige ansatte i psykisk helsevern for barn og unge. Jeg mener vi må tenke igjennom hvordan vi kan få flere menn til å interessere seg mer for dette feltet. For det er jo faktisk ikke kvinnene som sitter med nøkkelen til endring her; det er mennene som må på banen.

– *Hvilke forskjeller ville det blitt med flere menn? Ville de tenke annerledes? Gjort tingene annerledes?*

– Dette er veldig spennende spørsmål, og jeg spør meg: Hva ville jeg gjort hvis jeg fikk bestemme? Jeg ville i alle fall ikke rekruttert nye mannlige medarbeidere bare blant de som allerede er interessert i barne- og ungdomspsykiatri. De fleste som jobber i systemet, inkludert meg selv, er jo allerede sterkt sosialisert inn i det kvinnelige verdisystemet. Da er vi trolig ikke de beste til å skape noe nytt.

#### **BORT MED TANTE SOFIE**

Men det handler om så mye mer enn kjønn, understreker psykiateren. Minoritetsungdommer – både jenter og gutter – er også en gruppe som ikke fanges godt nok opp av dagens psykiske helsetjenester. For å bøte på dette, og for å gi ungdommer bedre hjelp, vil han ha inn fagfolk som jobber med annet enn helse, og som kan bidra med andre perspektiver: ungdomsarbeidere, idrettsledere, folk fra arbeidslivet og fra skolen. Og ikke minst: de unge selv som rådgivere.

– For vi kan ikke fortsette å si som tante Sofie: «Jeg kan bare én sang, den synger jeg, og det blir verst for dere.» Nei, la oss finne nye sanger! Vi må lage systemer og hjelpetiltak for folk som lever i dag, sier Lars Mehlum. ✘

# Meninger



## Tellekrise?

I marsutgaven skrev psykologspesialist Sverre Bryn om styring av psykologers praksis.

*Debatten fortsetter fra side 427*



## Mer enn kalorier

Psykologen og den sykelig fete pasienten.

*Se innlegg side 431*

## Presseetikk

Psykologtidsskriftet beklager.

*Side 434*

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

### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

### KRONIKK

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

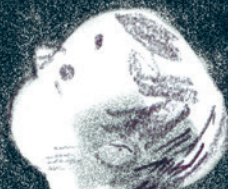
### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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





# Hvor ble det av foreldrearbeidet?

Det er uforståelig at arbeid med foreldre er nedprioritert i BUP.

**VI LEVER I** en tid da det meste skal skje raskt, effektivt og målrettet. Også i BUP er denne tenkningen styrende. De individbaserte, veilederstyrte og manualbaserte behandlingsformene som nå dominerer psykisk helsevern, passer som hånd i hanske til den finansbaserte mål- og resultatstyringen i offentlig sektor. Her krediteres høye produksjonstall i form av rask pasientgjennomstrømming, god og effektiv «produktivitet» samt høye pasienttall. I BUP er det barnet eller ungdommen som er primær-pasienten. Samarbeid med foreldrene kommer i tillegg, men inngår sjelden i de manualstyrte programmene og vil derfor ikke være et 'must' i det helhetlige behandlingstilbudet. Det kan gjøre foreldrearbeidet lettere å nedprioritere i kampen om behandlingsressursene.

## HVORFOR FORELDREARBEID?

Samarbeidet med barnets eller ungdommens foreldre skjer gjerne med en annen fagperson enn barnets terapeut, derav navnet foreldrearbeider. Tanken bak foreldrearbeidet i BUP er

å bidra til økt forståelse av barnets reaksjoner, følelsesuttrykk og atferd gjennom behandlingsprosessen. Om barnet fullt ut skal nyttiggjøre seg behandlingen, forutsetter det en aktiv deltagelse og forståelse fra foreldrene. De må ha tillit til behandlerne og tro på at behandlingen hjelper. I dag er det de kognitive og atferdsregulerende behandlingsformene som har dominans, mens vi mer sjelden hører at et barn blir tilbudt en psykodynamisk orientert behandling.

Hvilke refleksjoner og vurderinger som ligger bak valget av behandlingsform, er ikke alltid så lett å forstå. Det vi vet, er at en psykodynamisk behandlingsform er emosjonelt krevende og tidsbelastende for så vel familien som behandleren, og at den fordrer gode og stabile rammer over tid. Vi er usikre på i hvilken grad de kontekstuelle forholdene som strekker seg utover relasjonen mellom barn og foreldre, og som omhandler de sosioøkonomiske og kulturelle betingelsene i familiens hverdagsliv, inngår i vurderingene. Et barn kan ha plager eller lidelser som tilsier et individual- »

## TEKST

Brit Jørgensen, klinisk sosionom og cand. polit. i sosialt arbeid. Tidl. ansatt ved NWI og Hamar BUP.

Laila Granli Aamodt, klinisk sosionom og cand.polit. i sosialt arbeid. Tidl. ansatt ved SSBU og Bærum BUP.

## ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

terapeutisk behandlingstilbud, mens ytre forhold kan begrunne det motsatte. Og her kommer foreldrearbeidet inn som en viktig faktor. Foreldrene må ha både emosjonell og kognitiv kapasitet, samt modenhet til å romme og tåle barnets utviklingsprosess i behandlingen. Men det er ikke tilstrekkelig. Også de praktiske forholdene i familien må inngå i vurderingen. Foreldrene må ha tid, økonomi og forståelse for hva tilbudet innebærer, før en ressurskrevende behandling iverksettes.

Eystein Victor Våpenstad skrev en artikkel i Psykologtidsskriftet nr. 11 2013 om psykodynamisk foreldrearbeid som metode i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Artikkelen vakte positiv oppmerksomhet så vel som kritisk undring hos oss, og ble utgangspunkt for et historisk tilbakeblikk og et gjensyn med en tid da foreldrearbeid som metode var en selvfølgelig del av barn og unges behandlingstilbud i BUP. I likhet med Våpenstad anser vi det som høyst betimelig at foreldrearbeidet løftes frem som metode, men da med et innhold som er tilpasset dagens tenkning. Det betyr at vi er kritiske til den ensidige vektleggingen av psykodynamisk/psykoanalytisk teori som Våpenstad bygger sin forståelse av foreldrearbeidet på i den refererte artikkelen.

### ET RASKT TILBAKEBLIKK

Tradisjonelt har psykodynamisk orientert foreldrearbeid i BUP vært de kliniske sosionomnes spesialfelt, og det var i dette arbeidsfeltet den kliniske videreutdanningen for sosionomer opprinnelig hadde sin tyngde. Videreutdanningen, som vi tok sammen med leger, psykologer og pedagoger, var rettet mot å forstå dynamikken i de intrapsyriske reaksjonene og uttrykksformene hos så vel barnet som foreldrene. I hovedsak var behandlingstilbudet til barn og unge den gangen en psykodynamisk orientert individualterapi og parallelle samtaler med foreldrene. Dette arbeidet var inndelt i «terapeutisk arbeid med foreldre», «foreldrerådgivning» eller «foreldresamtaler». Ingen stilte spørsmål ved foreldrearbeidets plass i denne tilbudspakken. Tvert imot ble foreldrearbeidet forstått som en integrert del av det helhetlige tilbudet som også omhandlet deltakelse på skolemøter og samarbeid med andre instanser som barnevernstjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og så videre. Foreldrearbeid som metode måtte læres gjennom videreutdanning og prosessorientert veiledning.

Med denne forståelsen som bakgrunn virker det i dag nærmest uforståelig at dette arbeidet blir nedprioritert i BUP. Foreldrene må tilbys et rom for refleksjon og selvforståelse sammen med en foreldrearbeider de har tillit til. Samtidig er målsettingen å hjelpe foreldrene til å se barnet, tolke og skape mening i uklare atferdsformer og følelsesuttrykk, og ikke minst tilby hjelp til å romme barnets utageringer eller angst.

Opprinnelig var en vesentlig begrunnelse for at foreldrearbeidet skulle foregå atskilt fra barnets behandling at barneterapien skulle skjerme fra foreldrenes innblanding. Våpenstad gir en lignende begrunnelse i sin artikkel og kaller det «utilbørlig innblanding fra foreldrene». I dag finner vi det vanskelig å definere foreldrenes engasjement i barnets utvikling som 'utilbørlig'. En annen begrunnelse for å skille barneterapien fra foreldrearbeidet er ifølge Våpenstad å skjerme barneterapeuten fra foreldrenes projeksjoner, samtidig som denne må håndtere barnets projeksjoner eller overføringer. Særlig kan dette være aktuelt i perioder der barneterapeuten identifiserer seg sterkt med barnet. Vi kan se et rasjonale bak denne begrunnelsen, men har samtidig erfart dets uheldige konsekvenser. Å utestenge foreldrene fra barneterapien kan få dem til å tro at det bare er ekspertene som kan håndtere barnet, og at de selv vurderes som inkompetente i denne sammenhengen. En annen konsekvens kan være at foreldrene begynner å tvile på hensikten med terapien. De synes ikke barnet endrer seg i tråd med forventningene, og kan i verste fall avbryte behandlingen, noe vi skal se skjedde i eksemplet nedenfor.

### Ståle, 10 år.

En ung mor hadde i utgangspunktet ivret for at sønnen måtte få hjelp av en psykolog. Sønnen viste en atferd som for henne var uforståelig. Han isolerte seg, klarte seg dårlig på skolen, og han sto opp om natten på jakt etter go'saker i skapene. Hun følte seg maktesløs og håpet at barneterapeuten, gjennom sin ukentlige kontakt med gutten, kunne gi henne konkrete råd om hvordan hun best skulle hjelpe ham. Denne vegret seg for å møte henne. Han var redd møtet ville forstyrre identifikasjonsprosessen med gutten, og avviste forslaget. Moren klarte ikke å finne mening i denne forklaringen, og forlangte å få snakke med ham. Her framsto hun med autoritet og sa: «Husk det er jeg som er moren!» Denne moren fant det uforståelig

at barneterapeuten ikke hadde noen råd å gi henne med utgangspunkt i hans kjennskap til gutten. Behandlingen ble raskt avvirket fordi moren mistet tilliten til behandleren.

Vi ser de faglige og etiske dilemmaene foreldrearbeideren måtte takle fordi partene hadde ulik forståelse av situasjonen og hvordan den skulle håndteres. Foreldrearbeideren mente moren var i sin rett når hun ønsket en samtale med barneterapeuten og forsøkte å formidle dette. Barneterapeuten mente derimot at hun burde ha jobbet med morens projeksjoner på en slik måte at hun klarte å skille mellom sine ønsker og behov på den ene siden og barnets behov for skjerming i behandlingsprosessen på den andre. Dermed ble morens egenskaper forklaringen på en mislykket barneterapi.

At det kan knyttes andre forklaringer til guttens behov for mat om natten enn den rent psykologiske, er innlysende. Og her nærmer vi oss et sentralt tema i den psykodynamiske orienterte teorien, nemlig hvordan *tolkningen* av følelsesmessige uttrykk og handlinger kan komme til å overstyre realitetene. Ulike signaler på en mulig omsorgssvikt kan tolkes som reaksjoner i en intensiv behandlingsprosess og som derfor ikke bør forstyrres av for eksempel bekymringsmeldinger til barnevernet.

For den som har jevnlig samtaler med foreldrene, kan det by på utfordringer å ta opp temaer som handler om mangelfull omsorg, særlig hvis man i sin overidentifisering med foreldrene opplever å måtte innta en dommerholdning når temaet berøres. Når dette inntreffer, er behovet for veiledning eller inngående teamdrøftelser ikke langt unna! Hvis foreldrearbeideren ikke makter, i tråd med en psykodynamisk metode, å hjelpe moren til å få ny innsikt i barnets behov ved blant annet å knytte an foreldrenes mulige savn fra egen barndom, er en mer tydelig, direkte og anerkjennende kommunikasjon om barnets behov veien å gå. Vår erfaring er at åpen og direkte kommunikasjon skaper trygghet og tillit. Likeledes vil det å anerkjenne foreldrenes kunnskaper og gode erfaringer være viktige forutsetninger i arbeidet med å utvide og utvikle ny forståelse og innsikt. I dette arbeidet har foreldrearbeideren et eget ansvar for å sikre at barnets grunnleggende omsorgsbehov ivaretas. Vårt poeng er at dette kan gjøres på en måte som innrømmer foreldrenes behov for å bli forstått og ivaretatt slik vi ønsker at de skal ivareta barnets dypere behov for omsorg og ivaretagelse.

Tradisjonelt har teamarbeidet alltid vært sentralt i barne- og ungdomspsykiatrien. Det tverrfaglige teamet skulle ivareta en *helhetlig* forståelse av barnet i dets kontekst. I praksis betyr det å se og forstå barnet i lys av dets individuelle historie og familiesituasjon i tillegg til dets medisinske, emosjonelle og kognitive tilstand. Våpenstad (ibid.) er dessuten inne på at godt teamarbeid kan hindre mellommenneskelige fenomener som *splitting* og *projeksjoner* mellom behandlerne, noe vi ikke er uenige i. Men vi er kritiske til bruken av slike begreper som alle er hentet fra psykodynamisk teori. Begrepene understøtter etter vår mening en tenkning som plasserer behandlerne i en ekspertposisjon; en posisjon som gir rett til å definere egne og andres følelser eller reaksjoner. Dermed kan begrepene i seg selv bli et hinder for en utvidet forståelse av intersubjektive fenomener vi alle kan gjenkjenne.

### FORELDRESAMARBEID

I foreldrearbeidet er brukerperspektivet sentralt. Men også på 1990-tallet da boken *Foreldre – barnets nærmeste hjelpere og barne- og ungdomspsykiatriens viktigste samarbeidspartnere* ble skrevet, var brukerperspektivet grunnleggende (Halleraker & Uchermann 1998). Siden er betydningen



Vi er tvilende til å la en rendyrket psykoanalytisk/ psykodynamisk teori danne basis for forståelse og handling i psykoterapi for barn og unge





Å utestenge foreldrene fra barneverkterapien kan få dem til å tro at det bare er ekspertene som kan håndtere barnet

av brukerens medvirkning i praksis blitt enda mer understreket. Det er derfor med undring vi leser at Våpenstad i 2013 ikke syntes fortrolig med tanken om å se foreldrene som barneverkterapeutens oppdragsgiver. Vi deler ikke hans grunn tanke, nemlig at det å spille på lag med foreldrene kan føre til en «overdreven identifikasjon med foreldrene på bekostning av barnet og med en tilhørende benektning av foreldres skadelige bidrag til barnets fungering». Det *kan* være en fallgrube, men vi mener at identifisering med foreldrene kan gi en viktig innsikt i noen av de utfordringene foreldrene møter i sin samhandling med barnet. Samtidig vil identifikasjonen kunne bidra til at foreldrearbeideren kommer på sporet av mulige tidlige relasjonelle erfaringer som her og nå aktiverer følelser som eksistensiell skyld, skam, sjalusi eller kanskje en uforklarlig utilstrekkelighet. Dette er følelser som en foreldrearbeider må forholde seg til og sammen med foreldrene jobbe seg igjennom.

En annen fallgrube er å belære foreldre om hva som er best å gjøre i utfordrende situasjoner. Vi er enige med Våpenstad i at foreldrearbeideren ikke kan være en guru som har alle svarene, men det gjelder også for barneterapeuten! Psykoanalytisk kunnskap er jo gjerne mer indirekte enn den konkrete, og derfor ofte skjult for foreldre som nettopp søker og trenger fagkunnskapen for å hjelpe barnet sitt. Et reelt foreldresamarbeid fordrer at foreldrenes innspill høres og tas på alvor, og at fagkunnskapen gjøres tilgjengelig og forståelig. Bare da kan vi ha håp om å oppnå de ønskede endringene. Å karakterisere foreldres innspill som «utilbørlige» viser en holdning som ikke fremmer samarbeid.

Vi har med kritisk undring registrert at foreldrearbeidet i de siste årene har blitt nedprioritert i BUP, til tross for at barn og unge tilbys ulike individorienterte behandlingsformer. Her etterlyser vi kriteriene for når den ene behandlingsformen bør foretrekkes fremfor en annen. Hva kjennetegner situasjonen og van-

skene til et barn, en ungdom og deres foreldre som begrunner at individualterapi eller foreldresamtaler/familiesamtaler, hver for seg eller samlet, er den beste hjelpen? Vi stiller oss også spørrende til hvorfor ikke foreldrearbeid inngår som en selvsagt del av behandlingstilbudet til barn og unge med ulike lidelser som for eksempel ADHD. Og vi stiller oss uforstående til at barn og ungdom kan behandles uavhengig av en utviklingsfremmende kontekst.

Vi er tvilende til å la en rendyrket psykoanalytisk/psykodynamisk teori danne basis for forståelse og handling i psykoterapi for barn og unge. Samtidig erkjenner vi at begreper som overføring/motoverføring, splitting og projeksjon betegner fenomener, ofte ubevisste, som spiller seg ut i den indre verden og i mellommenneskelige relasjoner, uansett hvilke navn vi gir disse fenomenene. Dette er et nivå i relasjonen mellom mennesker som vi ikke i samme grad som før retter oppmerksomheten mot i behandlingsarbeidet. Utfordringen er å ikke bli så glad i teorien at vi utelukker alternative forståelser av de samme fenomenene. Det handler ikke nødvendigvis om projeksjoner når barneterapeuten møter foreldrenes kritiske spørsmål vedrørende terapien, slik vi så i eksemplet foran. Det samme gjelder spørsmål fra foreldre som kan få behandlere til å føle seg udugelige, inkompetente eller i verste fall mislykkede; følelser som sannsynligvis mange foreldre kan ha når de ikke er inkludert i barnets behandlingsopplegg.

Det kan hende at denne avmaktsfølelsen projiseres på barneterapeuten gjennom ulike og krevende spørsmål. Men spørsmålene kan like gjerne danne inngang til en samtale om det å komme til kort eller føle seg rådvill i barneoppdragelsen. Fremfor alt signaliserer dette noe av dilemmaet en behandler kan havne i, nemlig at behandlingsmetoden i seg selv bidrar til å gjøre foreldre mindre kompetente som omsorgspersoner. ✕

## REFERANSER

Halleraker, Solvor H. & Uchermann, Ellen M. (red.) (1998). Foreldrene – barnets nærmeste hjelpere og barne- og ungdomspsykiatriens viktigste samarbeidspartnere. Oslo: *Kommuneforlaget*.

Våpenstad, Eystein Victor (2013). Psykodynamisk foreldrearbeid: Fra «pianoreparatør» eller «foreldrefrelser» til samarbeid i forståelse av foreldrerollen. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 50(11), 1080–1088.

# Sutrete om tellekrise

I mars arrangerte Psykologtidsskriftet debatt om tellekrise i psykisk helsevern. Kritikken av New Public Management var som vanlig unyansert. Vi burde heller diskutere hvorfor hjelpen vi gir, ikke er mer effektiv.

**FAGFOLK ER OPPTATT** av å hjelpe Ola. Myndighetene er opptatt av hvordan lage helsetjenester til 5 millioner mennesker. Fagsjef Andreas Høstmælingen i Norsk psykologforening, en av deltakerne i debatten, viste med sitater av Teodor Torsen fra 1946 og Helsetjenesteaksjonen fra 2013 at lite har forandret seg på 70 år: Fagfolk ser enkeltindividets lidelse og har ikke forutsetninger for å se dette opp mot folkets totale behov. Jeg er enig med Høstmælingen i at når innbyggere har lovfestede rettigheter, må vi ha et system som sikrer rettighetene, og som er etterprøvbart og transparent. At poengene hans ble møtt med tilløp til buing i salen, understreket at det alltid er spenninger mellom fagfolk og ledelse. Det skal og bør være et krysspess mellom fag og økonomisk styring, og det er mellomledernes jobb å tåle å stå i dette krysspesset.

## VI SKAL UTØVE GODT FAG

Kritikken av NPM er kritikk av standardisering, og det blir satt likhetstegn mellom evidensbasert praksis og samlebånd. Men å sikre rettigheter og utøve skjønn er to sider av samme sak, ikke motsetninger. Forsøk på å øke forutsigbarhet og minske tilfeldigheter i valg av hjelpetiltak er en konsekvens av tidligere mangel på kontroll. Det er ingen som er uenig i at produksjonsterminologien er antihumanistisk, men ingen tvinger oss til å bruke ord vi ikke liker. Og selv om prosedyrer er ment å være retningsgivende, kan de fravikes hvis det er best for de vi skal hjelpe.

Under debatten beskrev Janne Horgen Friberg psykologer som passive mottakere av et brutalt system. Dette er unødvendig dommedagsprofeti. Jeg skal utøve godt fag uavhengig av hvilket system jeg jobber i. Det er lov å tenke selv. Når noen spør om effektivitet, bør vi undersøke måten vi jobber på, ikke irritere oss over spørsmålet. Dette gjelder særlig arbeid med barn. Når vi hjelper barn, skal hjelpen virke fort, hvis ikke må vi endre hjelpen.

Vi vet mye om hvilke faktorer som bidrar til uhelse, blant annet sosial ulikhet, mobbing og

mangel på sosial støtte, men vi fokuserer lite på disse faktorene. Vi vet at helsen ikke skapes i helsevesenet, men der folk lever livene sine. Vi vet at terapi bare er en av flere mulige virksomme endringselementer i folks liv. Allikevel bruker de fleste psykologer mest tid med enkeltindivider, og mindre på konteksten som antas å skape vanskene. Det brukes store summer på forskning og mye tid på diskusjoner om hvilke individbaserte terapimetoder som virker best. Men mange har erfaring med at vi hjelper barna best og raskest hvis vi involverer foreldrene, skolen, mormor, fotballtreneren og vennene. Tiltak som støtter normalutvikling, foregår ofte på andre arenaer enn i terapirommet, og ved å redusere belastningene fremfor kun å fokusere på symptomer så øker sannsynligheten for rask bedring. Som kommunepsykolog trodde jeg ikke det var mulig å jobbe slik i spesialisthelsetjenesten. Jeg tok feil. Jeg iverksetter de samme tiltakene, på de arenaene jeg finner mest hensiktsmessige, også i spesialisthelsetjenesten. Det er ingen prosedyrer som er til hinder for slike tiltak. Det er like ofte en endringstreg kultur og mangel på kreativitet blant de ansatte som er til hinder.

## UNYANSERT KRITIKK AV NPM

Historisk sett har for mye av hjelpen vi har gitt, vært for dårlig, og vi må ha et system som regulerer virksomheten vår. Det største problemet med NPM er manglende mål på kvalitet, og myndighetene jobber med å utarbeide forslag til nye kvalitetsindikatorer. Antakelig blir vi bedt om systematisk å innhente tilbakemeldinger fra brukerne, slik lederen for Stangehjelpa, Birgit Valla, fortalte om i sitt debattinnlegg. Slik måling vil oppleves meningsfull.

Hylekoret mot NMP har blitt for stort og unyansert, og det er ingen tjent med. Vi bør bruke mer energi på å gi bedre hjelp, og mindre på sutring. Ingen systemer er gode nok, men de er i stadig endring mot det bedre. Det bør vi også være. ✕



## HEIDI TESSAND

spesialist i samfunnspsykologi

## NEW PUBLIC MANAGEMENT



Det er ingen som er uenig i at produksjonsterminologien er anti-humanistisk, men ingen tvinger oss til å bruke ord vi ikke liker

# Helseministeren misforstår



## SVERRE BRYN

psykologspesialist ved Barne- og ungdomsavdelingen ved Drammen sykehus

## NEW PUBLIC MANAGEMENT



Høie unngår fullstendig å svare på noe av kritikken jeg kommer med

Jeg ønsker ikke å kvitte meg med rapportering og registrering, slik Bent Høie later til å tro.

**I FORRIGE UTGAVE** av Psykologtidsskriftet svarer Bent Høie på min kritikk av måten helsevesenet organiseres på pr. i dag. Det er hyggelig å vite at det jeg har skrevet blir lest, men jeg blir nedslått av at det i så liten grad blir forstått eller tatt til etterretning, selv om Høie har rett i at jeg ikke er noen stor fan av New Public Management.

Høie hevder at jeg ønsker å kvitte meg med rapportering og registrering. Dette er ikke tilfellet. Han må enten ha lest mitt opprinnelige innlegg veldig raskt, eller misforstått meg med vilje når han hevder dette, tatt i betraktning at jeg skriver: «Jeg er ikke avvisende eller grunnleggende kritisk til at vi som psykologer og klinikere skal 'måles'» og «For å sikre forsvarlig behandling og ressursbruk, samt å bevare tilitt hos befolkningen, må media og maktapparat ha mulighet til å se hva vi driver med i vår kliniske hverdag. Da må de ha mulighet til å hente ut mål på kvaliteten og omfanget av vår behandling.» Videre skriver jeg «Så, kjære helsepolitikere. Jeg vil gjerne at dere følger med på hva vi gjør.»

Jeg vet ikke hvor mye klarere jeg kunne skrevet det, men jeg prøver igjen: Jeg vil ha kontroll og kvalitetsmål, men de skal være relevante, gode og ikke til hinder for behandlingen.

Den opprinnelige teksten er et bilde av min hverdag som kliniker og mine tanker om denne. Tanker mange andre psykologer og klinikere deler med meg. At Høie har «...hørt det før. Både under denne og tidligere regjeringer»,

men allikevel er urokkelig i sin tro på NPM, er nedslående. Kritikk blir ikke mindre riktig eller relevant dersom den gjentas over tid, fra flere forskjellige personer. «Det har jeg hørt før» er i de fleste tilfeller et svært dårlig argument, selv om det er et yndet et for mange politikere.

Jeg håpet selvsagt at jeg skulle få svar fra Helsedepartementet. Jeg fryktet også at svaret skulle se ut slik det gjør, selv om Astrid Lindgren-referansen var forfriskende. Høie slår fast at «Vi som er politikere, har det overordnede ansvaret. Vi må sørge for gode rammevilkår og bidra til mindre byråkrati.» Og videre «Det er vi i gang med.»

Da kan jeg også opplyse om at dette er noe jeg har hørt gjentatte ganger fra flere regjeringer, samtidig som jeg erfarer at det motsatte skjer. Høie skriver: «Vi trenger bedre rammevilkår. Bedre organisering. Bedre ledelse. Bedre samhandling og samarbeid.» Flott politikerspråk, men Høie unngår fullstendig å svare på noe av kritikken jeg kommer med.

Det er mulig jeg tar feil i at NPM i seg selv ikke er et feilskjær, og at dette tenkesettet kan brukes til god organisering. I så fall håper jeg regjeringen bruker de neste årene til å vise at jeg tar feil, og at min pessimisme er uberettiget. Jeg klarer imidlertid ikke helt å kvitte meg med tanken om at det er uklokt å ansette en rekke høyt kvalifiserte og engasjerte mennesker, trent i å ta selvstendige avgjørelser basert på forskning og klinisk skjønn, for så å detaljstyre dem. ❌



**UTGANGSPUNKTET**

I marsutgaven skrev psykologspesialist Sverre Bryn om styring av psykologers praksis.

## Illusjonen om best mulig behandling

På oppfordring skal jeg forsøke å skrive noe om organiseringssystemer, New Public Management, kær og hva problemet egentlig er. Og noe om hva løsningen er.

**RIKSRÅD** Lurte seg og pensivitet, og med forventning at jeg er litt glad i alle med utligning og vakkert omgitt med et organiseringssystem som ikke eller færre med en fremtid det er i å snakke om hva løsningen er. På dette feltet har jeg gjort litt som med minnen. Som minner Michael Kusan berder det er det å bli som å høre. Derfor er det som gleder det minner med andre. Adferst - oppføringsgrens. For psykologspesialist gir meg mulighet til å skape minne i minnet. Jeg kan ikke holde meg til det.

Det er enkle og greit i å utgangspunkt i en avsluttet-dimensjon. Vi skal ikke av å høre og hva som er min, psykologer og pasienter.

**TEKST** Sverre Bryn, psykologspesialist og leder av utgangspunktet med Sverre Bryn og Sverre Bryn.

# Statsråd Høie og DDR-staten

Helseminister Bent Høie har en retorikk som blant fagfolk, brukerorganisasjoner og forskere oppleves som meningsløs.

**I PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS APRILNUMMER** forteller Bent Høie om sine barndomsminner knyttet til brødrene Løvehjerte og deres kamp mot den onde Tengel og hans ildsprutende drage Katla. Høie bruker dette som inngang til å sprute primitiv retorikk ut over psykologspesialist Sverre Bryn, som i marsnummeret skriver meget godt og gjenkjennbart om fundamentale og alvorlige problemer i dagens psykiske helsevern. Høie kaller Bryn for en «pessimistisk psykolog fra Drammen», mens han selv «har gjeninnført den gylne regel». Høie fremstiller Bryn som en ensporet fagperson, bare opptatt av å ta livet av monstret New Public Management (NPM). Selv er han opptatt av «bedre rammevilkår, bedre organisering, bedre ledelse, bedre samhandling og samarbeid» og «kontinuerlig forbedring av kvaliteten».

Dette er typisk politikerretorikk, fagre ord uten innhold. Bare en sånn setning som «kontinuerlig forbedring av kvaliteten» viser det latterlige og meningsløse, og er en håpløs sammenblanding av kvantitet og kvalitet. Kvalitet handler om etiske, estetiske og ontologiske forhold som ikke bare kan reduseres til noe målbart vi kontinuerlig kan øke, som temperaturen

i et rom. Det blir som å si at vi kontinuerlig skal forbedre kvaliteten på Edvard Munchs kunst. Vi må spørre: Når har vi nok «kontinuerlig forbedring av kvaliteten»? Kvalitet er et subjektivt og lite målbart område. Vi kan ikke begynne med terningkast i helsetjenesten. Det vi kontinuerlig bør arbeide for i Helse-Norge, er at flest mulig brukere subjektivt opplever at helsehjelpen har god kvalitet. Det oppnår vi først og fremst gjennom å legge til rette for at fagfolkene kan bruke sin kunnskap og motivasjon, sin egen etikk, estetikk og ontologi til det beste for brukerne. Og vi må leve med at dette ikke kan reduseres til ett tall som helsebyråkratene kan måle og kontrollere gjennom sine rapporteringsprosedyrer. Det er for øvrig interessant og paradoksalt å se hvordan Høie selv bruker dette NPM-språket når han skal forsøke å vurdere NPM.

Bryn beskriver et dypt og ektefølt hjertesukk, en sannferdig advarsel fra en hardtarbeidende fagperson som opplever at systemet forhindrer ham fra å yte god helsehjelp til sine pasienter. Denne virkelighetsoppfatningen deles av stadig flere pasienter, pårørende og fagfolk i Helse-Norge. Veldig mange fagfolk kjenner seg igjen i Bryns utsagn: «jeg jobber i et system der jeg i



**EYSTEIN VICTOR VÅPENSTAD**, dr.philos., psykologspesialist

**NEW PUBLIC MANAGEMENT**



for liten grad er i posisjon til å påvirke rammene for min yrkesutøvelse.» Dette er et alvorlig fare-signal som Høie bør møte med noe annet enn meningsløs retorikk.

### I UTAKT MED BRUKERE OG FAGFOLK

Vi trenger ikke bedre rammevilkår, bedre organisering, bedre ledelse, bedre samhandling og samarbeid. Vi trenger en grunnleggende tillit, fra toppen og nedover, til at fagfolk som Bryn er i stand til å yte sine pasienter god helsehjelp uten detaljstyring og overvåking. Å gjøre Bryn og hans kollegaer til produksjonsarbeidere som bare forvalter standardiserte prosedyrer, fører bare til frustrasjon og demoralisering hos pasienter og behandlere, og i hvert fall ikke til trygge helsetjenester.

Jeg mener det er statsråd Høie som er Tengel, og han har flere Katla-dragere som spruter ødeleggende flammer ut over Helse-Norge. En av dem så vi i fri dressur på Litteraturhuset i Oslo 19. mars: Helsetilsynets direktør Jan Fr. Andresen.

Høie assosierer til brødrene Løvehjerte. Når jeg hører Høie og Andresen, tenker jeg på Øst-Tyskland. DDR-staten hadde også ledere som var gode på meningsløs retorikk. Dette førte dem etter hvert i mer og mer utakt med landets befolkning. DDR-lederne fremstilte alltid seg selv som forkjempere og talspersoner for befolkningen i DDR. Det samme gjør Høie og Andresen uten skam. Stadig får vi høre argumentet om at «samfunnet vil ha trygge helsetjenester». Selvfølgelig, ingen vil vel ha farlige helsetjenester. Spørsmålet blir hva vi mener med «trygge helsetjenester», og hvem som skal få definere dette. Her påberoper Høie og Andresen seg å snakke på vegne av «samfunnet» når de med «trygge helsetjenester» mener styring, kontroll, prosedyrer, rapportering og registrering.

Men alle fagfolkene, brukerorganisasjonene og forskerne som er kritiske til utviklingen i Helse-Norge, representerer også samfunnet. Det som til slutt drepte dragen, eller DDR-staten, var da den østtyske befolkningen fikk nok av politikernes svada om at de talte på vegne av dem. Høsten 1989 var gatene i Dresden, Leipzig og Berlin fulle av folk som ropte: «Wir Sind das Volk, Wir Sind das Volk!»

Snart vil også Helse-Norge få nok av sine politikere og toppbyråkrater. Snart kommer vi til deres hovedkvarter for å fortelle dem at «Det er vi som er samfunnet! Høie og Andresen snakker ikke på vegne av oss.»

«Wir Sind das Volk».



Fra arkivet: 1974

### Skolepsykologi eller psykologi i skolen

*Psykologenes rolle og funksjon* i skolen er avhengig av om man legger vekten på skole eller på psykologi. Skolepsykologien har vært betraktet som et serviceorgan for skolen og har i liten grad lagt vekt på å tilby annet enn service. Skolepsykologien har vært et tilbud til enkeltelever og til lærere, men har vært lite opptatt av skolen som miljø, og det finnes derfor få teorier og modeller for skolepsykologisk arbeid. På den annen side har psykologien såvel modeller som teorier som er viktige i forståelsen av og i arbeidet med skolen som miljø. Men slike teorier og modeller vil ikke uten videre kunne brukes på skolens premisser. De er bl.a. avhengige av om lærerne er trent i team-arbeid og om de er villige til å ta på seg de konflikter og problemer som team-arbeid medfører. Psykologen som medlem av skolens «team», der også lærerne tar del, er en betingelse for at psykologien skal kunne være et bredere tilbud i skolen, som også omfatter et tilbud om å forstå skolen som miljø.

*Psykologens uttalelser* til skolen er i dag bare rådgivende, og han er «prisgitt» skolens premisser, fordi ingen egentlig behøver å ta hans synspunkter alvorlig. Hvis skolen ikke vil vedkjenne seg de problemene han påpeker, kan den unnlate å ta dem «på alvor». Psykologen blir betraktet som en problemløser, heller enn en som avdekker problemene. Avdekking av de problemene skolen står opp i kan føre til at psykologen blir «uønsket», fordi han «påfører» skolen problemer den ikke opplever eller anerkjenner at den har.

– *Avdekking av de problemene skolen står opp i kan føre til at psykologen blir «uønsket»*

*Spørsmålet blir* om man kan arbeide som psykolog i et sosialt system uten å måtte arbeide med systemets spenninger og konflikter. Kan man arbeide som psykolog i skolen uten å måtte bearbeide interpersonlige uoverensstemmelser og konflikter? Debatten om skolepsykologens rolle og funksjon ville kanskje bli mer stimulerende og avklarende, dersom man i diskusjonen la større vekt på psykologi enn skole.

Redaksjonelt, desember 1974





Faksimile fra februarutgaven

# Trenger muslimer «islamifisering» av terapi?

Også muslimer må møtes av terapi utformet på psykologifagets egne premisser. Større åpenhet i terapirommet for det religiøse og eksistensielle vil være et allment gode.

**I ÅRETS ANDRE** nummer av Psykologtidsskriftet spør psykologspesialist Solfrid Raknes og spesialrådgiver Arne Repål om det er «på tide å gjøre mer for at psykologiske tiltak skal nå frem til og bli til hjelp for flere muslimer i Norge». Og de svarer blant annet med å ta til orde for en «islamifisering av psykoterapi». Deltagelse på en konferanse i regi av Det Internasjonale Forbundet av Muslimske Psykologer (IAMP), ledet av Malik Badri, trekkes fram som en del av bakgrunnen for dette.

I kronikken «Farlige blindebukker i muslimsk verden» i Vårt Land 2. mars viser forsker Sindre Bangstad at Badri har vært sentral i distribuering av feilaktige påstander blant annet knyttet til hiv/aids, menneskerettighetsspørsmål og vestlige samfunn, samt at han er kjent for en tvilsom bruk av vitenskapelig språk og henvisninger. Badri er for øvrig en del av et nettverk som arbeider for «islami-

fisering av kunnskap» generelt, ikke bare psykoterapi.

Bangstad har et viktig poeng når han forventer større grad av skepsis og kildekritikk enn det referansene til Badri kan tyde på. Raknes og Repål svarer selv i forrige nummer av tidskriftet at de slett ikke opphøyer Badri til autoritet i saken, og at hovedbudskapet var et annet. Jeg deler deres anliggende om sterkere fokus på problemstillinger relatert til norske minoriteter og psykisk helse. Religiøs tro og identitet er temaer som aktualiseres av dette. Nyttan av å forstå menneskers religiøsitet strekker seg likevel langt utover det opprinnelige fokuset på muslimer.

Jeg er enig med Raknes og Repål i at «Muslimers reaksjon på at Vesten fortier muslimske bidrag til vitenskapen, også i psykologifaget, synes å være på sin plass». Samtidig vil jeg minne om at «muslimer» er en like sammensatt



**ANNHILD TOFTE HAGA**, cand.theol. og doktorgradsstipendiat i religionspsykologi ved Universitetet i Oslo (TF)

«ISLAMIFISERING»  
AV PSYKOTERAPI





Løsningen på vestlig, akademisk arroganse eller ignoranse overfor religiøsitet ligger ikke i å segregere terapi og forskning i muslimske, kristne, buddhistiske og ateistiske retninger

gruppe som for eksempel «kristne» eller «vestlige». Eller «vestlige muslimer» for den slags skyld. Det finnes ikke ett gitt muslimsk mot-svar. Akkurat som vestlig dominert vitenskap ikke formidler ett tenkesett.

#### «ISLAMIFISERING» GJØR LIVSROMMET TRANGERE

I møte med en sammensatt gruppe norske muslimer er det ikke gitt hva som er de gode tiltakene for å fremme psykisk helse. En sammenblanding av tilsynelatende beslektede, men likevel meget ulike strategier kan skape uheldig uklarhet. Raknes og Repål skriver om å «integre behandlingstiltak i pasientens trossystem», hvilket vel kan bety at pasienten får hjelp (av terapeut eller imam eller andre) til å se at det å gå i terapi ikke strider mot å leve som muslim. En strategi jeg som teolog og doktorgradsstipendiat i religionspsykologi støtter fullt og helt. De beskriver også gode eksempler på hvordan informasjonsmateriell kan kontekstualiseres, heller enn å forsøke å lage verdinøytrale versjoner uten fortellerkraft.

Det uheldige skjer når dette blandes sammen med tanken om at «islamifisering av psykoterapi (...) kan være en god, kulturtilpasset implementeringsstrategi for å nå frem med psykisk helsehjelp til muslimer også i Norge». Det er flere utfordringer med denne siste strategien. Hva menes med «islamifisering»? Lederen av IAMP, Malik Badri, sier til Vårt Land 23.februar: «å 'islamisere' psykoterapien handler om å gjøre den kulturelt og etisk tilpasset muslimske pasienter». Men hva betyr det å «kulturelt og etisk tilpasse» psykoterapi? Og til hvilken muslimsk kultur og etikk? Det siste spørsmålet går rett til kjernen av problemet med denne strategien; det finnes ikke én muslimsk etikk eller én måte å være muslim på, slik en enkel tale om «islamifisering av terapi» kan gi inntrykk av.

«Islamifisering av terapi» kan forstås som terapi formet av og forankret i religiøse autoriteter. Da risikerer man å bidra til forestillinger om at å være en god muslim og ha det godt som muslim er ensbetydende med å leve etter én bestemt teologisk fortolkning av Koranen og Tradisjonen. Akkurat det samme problemet oppstår om man i møte med andre befolkningsgrupper allierer seg med autoriteter som har en religiøst betinget agenda med terapi. Man risikerer med andre ord å gjøre livsrommet trangere for mange av dem man ønsker å hjelpe!

#### RELIGIØSITET OG EKSISTENSIELLE UTFORDRINGER ER ALLMENNE FENOMENER

Fokus på minoritetshelse kan være et utgangspunkt for faglig vekst og utvikling for terapeuter, blant annet gjennom muligheten til å utforske betydningen av religiøs tro og praksis i menneskers liv. Med et blikk som ser religiøsitet og eksistensielle utfordringer som allmenne fenomener, og ikke uttrykk for «det fremmede», kan en slik utforsking åpne terapirommet for alle klienter, ikke bare muslimer. I stedet for å se utfordringer knyttet til muslimers psykiske helse som et valg mellom tiltak som er så verdiske og religionsnøytrale som mulig og religiøst skreddersydde tiltak, kan man fokusere på en mer grunnleggende problemstilling som reises av dette: Hvordan forholde seg til klienters religiøse/åndelige og eksistensielle perspektiver i terapirommet på en måte som fremmer tillit, respekt og psykisk helse?

Til avisen Vårt Land forteller Paal André Grindrud 21. februar i år hvordan han opplevde «at det ikke var rom for Gud i terapirommet» hos noen av terapeutene han oppsøkte, før han fikk plass på VITA-avdelingen ved Modum Bad. Her har de spesialisert seg på å utforske også tro og religiøs erfaring som en del av terapien, med et særlig fokus på affekter. Et tilbud både for kristne og pasienter med andre livssyn. Grindrud sier det var avgjørende å få utforske gudsbildet sitt sammen med en terapeut, og ikke en religiøs autoritet som for eksempel en prest.

Både i forskning, i utdanning og i terapirommet bør ressurser settes inn på å forstå mer av hva religiøs tro og praksis betyr for ulike mennesker i ulike kontekster og livssituasjoner. På å forstå hvorfor så mange terapeuter tilsynelatende unngår slike temaer. På å skaffe eller skape de faglige ressursene som trengs for å endre dette bildet, slik at flertallet av terapeuter har solid faglig innsikt også i dette området av menneskelivet. Ikke bare for å kunne møte muslimer på en god måte, men også mennesker med annen religiøs tilhørighet eller mer sekulære livssyn. Fra et religionspsykologisk ståsted er eksistensiell meningsdanning noe som angår oss, og de religiøse forestillingene som lever i vår kultur, preger oss, om enn på ulike måter. Klinisk erfaring og forskning tilsier at selv for en erklært ateist kan indre gudsrepresentasjoner bidra til å holde fast et destruktivt selvilde.

### PSYKOLOGIFAGETS EGENART MÅ VÆRE UTGANGSPUNKTET

Det helt vesentlige for terapeuter i møte med disse problemstillingene må være å gå inn i dem på psykologifagets egne premisser. Det finnes mange ressurser å hente kunnskap fra. Internasjonalt er religionspsykologi en veletablert disiplin hvor ny og spennende forskning stadig presenteres. Også i Norge finnes etablerte miljøer som forsker på et mangfold av religionspsykologiske temaer som sekttilhørighet (Ringnes, Sveinall, og Ulland), kreftpasienters religiøse mestring/ikke-mestring (Torbjørn-sen), ritualbruk ved ulykker og katastrofer (Stifoss-Hansen og Danbolt) og klinisk forskning tilknyttet VITA-avdelingen ved Modum Bad (Stålsett), for å nevne noen.

Jeg oppfordrer Raknes, Repål og andre interesserte til å delta på kongressen til The International Association for Psychology of Religion (IAPR), som finner sted ved Marmara Universitetet i Istanbul i august 2015. Her finnes smakebiter fra den nyeste religionspsykologiske forskningen rundt om i verden, inkludert en voksende forskning på muslimsk religiøsitet. (<http://iapr2015.ikc.edu.tr>)

Som alt annet av betydning i menneskelivet vil vi også i religiøsiteten finne hele spekteret fra det usunne og knugende til det livsbejaende og frigjørende. Og her kan nettopp den terapeutiske undringen, i allianse med en trygg og varm terapeut med faglig forståelse for betydningen av religiøsitet, være den «ledestjernen» man trenger for å utforske og rydde opp, også i de religiøst pregede delene av det indre landskapet. Enten man er muslim eller ikke.

Løsningen på vestlig, akademisk arroganse eller ignoranse overfor religiøsitet ligger ikke i å segregere terapi og forskning i muslimske, kristne, buddhistiske og ateistiske retninger. Løsningen må ligge i å integrere blikket for betydningen av religiøsitet, på godt og vondt, både i den kliniske hverdagen, i utdanning og forskning innenfor psykoterapifeltet. ✕

## Endelig vedtak: Ikke kritikk mot Viggo Kristiansens psykolog

Fylkesmannen i Oslo og Akershus har i saken mot psykolog Atle Austad konkludert med at kravet om forsvarlighet i helsepersonelloven ikke er brutt. Austad har heller ikke brutt taushetsplikten. Fylkesmannen har ikke vurdert det strafferettslige skyldspørsmålet når det gjelder Viggo Kristiansen. Psykolog Atle Austad ble i fjor klaget inn for sammenblanding av roller. Klagegene gikk på at han behandler Viggo Kristiansen, samtidig som han mener Kristiansen er uskyldig dømt for voldtekt og drap.

### Debattert

## Tjen befolkningen

**Psykologi, ikke profesjon:** - Jeg er bekymret for Psykologforeningens forhold til mastersaken i dag. Det var en ulykke at man gjorde den til et spørsmål om medlemskap. Vi burde i stedet ha hjulpet mastere og myndigheter med en tilleggsutdanning. Jeg er redd for at vi er blitt oppfattet som proteksjonistiske. Profesjonen kan ikke stå i første rekke her - det må psykologien gjøre. Profesjonen er bare et middel til å skaffe befolkningen gode tjenester.

*Sverre Nilsen intervjues på  
Psykologforeningen.no, 8. april*

**Ikkje berre fysisk fostring:** Eg har skumma gjennom folkehelsemeldinga, og den er slik ein kunne vente. Full av fine ord og gode insjonar. Litt mindre sterk på konkrete tiltak, og når alt kjem til alt er det kommunane si oppgåve å ordne opp. Eg likar at den seier at psykisk helse no skal likestilast i folkehelsearbeidet. Ei anerkjenning av at folkehelse ikkje berre er røykeslutt, bmi og fysisk fostring, men kanskje like mykje sosiale fellesskap og møteplassar.

*Arne Hjort Johansen i Firdaposten, 11. april*

**Feil formål:** Alle kommunene har fått mer penger til forebyggende helsearbeid for barn og unge, men vi i Rådet for psykisk helse er redde for at mye av pengene blir brukt til andre formål.

*Tove Gundersen i Avisa Nordland, 13. april*

Arne Holte kritiserer Psykologtidsskriftet i et innlegg i aprilutgaven.



# Psykologtidsskriftet tar selvkritikk

«Plagiatkontrollen» er ikke drittjournalistikk. Men vi beklager deler av fremstillingen.



**BJØRNAR OLSEN**  
Sjefredaktør  
Tidsskrift for Norsk psykologforening

## PRESSEETIKK

**EN TAKK TIL** Arne Holte for å bringe kritikken av «Plagiatkontrollen» – publisert i årets januarutgave – ut i offentligheten. For har vi ikke gjort arbeidet vårt godt nok, skal vi selvsagt kritiseres – både i egne spalter, eller hvis ikke det er nok, ved å bruke Pressens Faglige Utvalg som klageinstans. Og like selvsagt, har vi ikke gjort en god nok jobb, skal vi beklage. Men noen entydig beklagelse kan jeg ikke gi Holte, selv om det er sider ved både form, fremstilling og fremgangsmåte som kan kritiseres.

### NULL PLAGIAT

Den redaksjonelle ideen bak saken var ganske enkelt: hvor sikre er vi på at fagbidragene vi publiserer, er originalbidrag? Innledningsavsnittet i «Plagiatkontrollen» oppsummerer journalistenes funn: 1) de fant ikke ett eneste eksempel på plagiat, 2) de fant noen eksem-

pler på tekstlighet mellom tekster av samme forfatter, og 3) det er gode argumenter for at dette kan være eksempler på god forskningsformidling. At det ikke finnes ett eksempel på plagiat, gjentas fem ganger i Aktuelt-saken. Det samme fremheves i første avsnitt av min leder i samme utgave, og det skrives to ganger i spalten «Derfor» av journalistene bak saken. Og når Morgenbladet refererer saken, er det nettopp det som trekkes frem: Psykologtidsskriftet fant ingen eksempler på plagiat.

### FREMSTILLING

Når Holte likevel opplever at han henges ut for plagiat, kan det ikke skyldes teksten alene. Han peker selv på elementer som dramaturgi, kontekstualisering, innramming og layout. Når både Holte og andre leser saken som en anklage om plagiat og juks, er det klart at vår

Her skal etterlates et inntrykk av at man nå skal sjekke våre egne om de driver med juks og fakteri

fremstilling ikke er god nok. Noen eksempler på grep som kan diskuteres, er: 1) Vi illustrerte saken med skjermdumper som viser grad av tekstlikhet. Her tok vi ikke nok høyde for at visualiseringen kanskje ville oppleves som en illustrasjon av og en anklage om plagiat. 2) Vi tok med en faktaboks om psykologer og juks. Denne omhandler en type juks som ligger langt på utsiden av temaene vi behandler i den løpende teksten, og burde vært tatt ut. 3) Vi burde vært tydeligere på tekstens to spor: Et spor som forteller at metoden vi har brukt, ikke finner ett eksempel på plagiat, og et spor som drøfter forholdet mellom originalitet og forskernes soleklare rett til gjenbruk av egne tekster så lenge dette skjer på en avklart måte. 4) Vi brukte begrepet plagiatsjekkverktøy. Selv om det ofte omtales som dette, ville det i vår sammenheng vært bedre å bruke betegnelsen tekstgjenkjenningssystem, for slik å understreke ytterligere at treffene ikke er i nærheten av å være et plagiat.

Redaksjonelle valg av denne typen har tydeligvis bidratt til å gjøre landskapet vi beskrev, unødig uryddig, og kan dermed ha bidratt til en opplevelse av plagiatsanklager. Det beklager vi.

### KONTAKT OG FREMGANGSMÅTE

Holte trekker også frem kontakten med Psykologtidsskriftet underveis. Han har helt rett i at han gjorde journalistene oppmerksom på at det var avklart med daværende redaktør at de kunne ta utgangspunkt i en allerede publisert tekst – noe vi vet er riktig. Samtidig skrev Holte at han ikke ønsket å siteres i denne sammenhengen. Dette ønsket om ikke å bidra til saken ble respektert, også fordi medforfatter Randi Talseth ga det vi opplevde som et avklarende, ryddig svar: «Dette er en villet handling for å få en artikkel inn i flere publikasjoner. Det vil være feil å kalle det plagiat, ettersom det er samme argumentasjon som benyttes bevisst.»

Likevel, burde ikke Psykologtidsskriftet fulgt opp både Holte og andre som ikke ville uttale seg enda en gang, for å opplyse om at de ville bli navngitt? Og burde ikke også redaktøren vært kontaktet for å bekrefte Holtes fortelling, selv om Holte selv ikke ville bidra og selv om vi mente at svaret fra Talseth var klart nok? Også her er det grunnlag for selvkritikk. For kanskje ville det vært en bedre løsning å kontakte personene og informere dem om at

eksempelet ville bli tatt inn i denne saken, selv om det prinsipielt er slik at journalister må kunne skrive om saker også der hvor kildene ikke ønsker å uttale seg.

### OPPKLARINGER

Holte skriver at vi ikke har fått med oss at også andre av hans bidrag i Psykologtidsskriftet baserer seg på stoff som har vært publisert andre steder. Det skyldes ganske enkelt at vi kun sjekket bidrag publisert i seksjonen «Vitenenskap og psykologi». Hans andre bidrag i denne seksjonen ga ikke utslag i tekstgjenkjenningssystemet; de andre tekstene – som da trolig baserer seg på gjenbruk av egne tekster – er publisert i en seksjon om forskningsformidling, og inngår dermed ikke i kildegrunnlaget. Men også her – og denne kritikken retter seg også mot redaksjonen – burde leseren ha blitt gjort oppmerksom på hvilke originalkilder som ligger til grunn for teksten. Dette handler om å gi «due credits» til originalpublikasjonene.

Holte har ellers rett i at også bidraget i Dagbladet var skrevet i tospann med Randi Talseth, ikke av Holte alene, slik det sto i vår tekst. Det skyldes at tekstgjenkjenningssystemet fant artikkelen på Dagbladet.no, og her er han feilaktig oppført som eneforfatter.

Holte har også rett i at Monica Martinussen ikke er medlem av Granskingsutvalget – Nasjonalt utvalg for gransking av redelighet i forskning, slik det sto i vår tekst. Psykologtidsskriftet har vært i kontakt med Granskingsutvalget, og de opplyser at Martinussen feilaktig var oppført som medlem på deres hjemmesider til inntil nylig. Vi beklager at vi viderefremmet denne feilen.

### IKKE BEST, MEN HELLER IKKE DRITT

Valgene som ble gjort underveis, er altså ikke alltid de beste, og kan diskuteres. På et senere tidspunkt vil vi også publisere en metoderapport, slik at alle får et bedre grunnlag for å kikke oss i kortene. Selv om vi tar kritikk på fremstilling og fremgangsmåte, er det vår plikt både å kvalitetssikre forskningsartikler og andre artikler som kommer på trykk hos oss. Det er ikke drittjournalistikk å sjekke artikler for plagiat. Heller ikke å undersøke om våre redaksjonelle rutiner er gode nok. Det er synd at vår dekning gjør at Holte går ut døren, med den er ikke lukket fra vår side, og han er mer enn velkommen tilbake til våre spalter. ✕



Det er sider ved både form, fremstilling og fremgangsmåte som kan kritiseres

# Fedme handler om mer enn kaloritelling

Overvekt og slanking er enkelt. Som et regnestykke i andre klasse, med pluss og minus. Vil du bli slank, handler det bare om å skjerpe seg, trene litt mer og å spise litt mindre. Eller?



## TINA AVANTIS

**JOHNSEN**, psykolog  
**TOM MALA**, overlege,  
dr.med.

## INGER ERIBE,

sykepleier

## STEPHEN HEWITT,

dr.med.

**HILDE RISSTAD**, lege  
og stipendiat

**LENE AVEN**, klinisk  
ernæringsfysiolog

## ANN STEEN,

enhetsleder og

sykepleier

## JON KRISTINSSON,

avdelingsleder, dr.med.

Alle jobber ved  
senter for sykkelig  
overvekt, Oslo  
Universitetssykehus

## SYKELIG FEDME

**DEN 11.03.15** publiserte Norsk Psykologforening et blogginnlegg på sine nettsider rom sykkelig fedme, skrevet av psykologspesialist Peder Kjøs. Han skriver:

Jeg er vant til å tenke omtrent det samme som de fleste andre tenker om tjukke folk. De putter inn mer energi enn de bruker og overskuddet pakkes på kroppen. Overvekt er i hovedsak en selvforskyldt lidelse som blant annet skyldes dårlig impuls kontroll og at maten brukes til regulering av følelser. Nevner du gener og stoffskifte blir jeg bare utålmodig.

I løpet av sine møter med sykkelig overvektige mennesker, gjennom tv-serien *Biggest Loser Norge*, skriver Kjøs at han forsto bedre. Det handlet om mer. Han fikk tanker om at de som ville ut av en slik lidelse, må få hjelp til det. Det er riktig. Sykkelig fedme handler om mer. Mye mer enn de fleste psykologer kanskje er klar over.

Peder Kjøs' debattinnlegg ble postet i en gruppe for psykologer på Internett. En psykolog spurte seg der: «Kan psykologer nok om kompleksiteten i dette?» Flere av de påfølgende kommentarene viste at svaret på det spørsmålet er nei. Dessverre kom det også kommentarer av stigmatiserende art. Vi spør oss: Hvis psykologer er med på å stigmatisere den sykkelig overvektige pasienten – hvem skal hjelpe da?

Sykkelig fedme er en medisinsk diagnose, med flere underkategorier (E 66.0 – 66.9 i ICD-

10). Diagnosen sykkelig fedme settes når en pasient har en vekt som samsvarer med en kroppsmasseindeks (KMI; vekt i kilo delt på kvadratet av høyde i meter) på 40 eller mer. I Norge kan pasienter med KMI  $\geq 40$  ha rett til prioritert helsehjelp. Det samme gjelder for dem med kroppsmasseindeks  $\geq 35$  som også har fedme-relatert tilleggssykdom, for eksempel diabetes type 2, refluks, søvnapné eller høyt blodtrykk.

Vi er glade for at denne pasientgruppen løftes frem i lyset. For menneskene med de største kroppene har likevel en tendens til å forsvinne. Noen ganger i tilbaketrekkings emosjonelle sfære av skam og selvforakt. Andre ganger kanskje fordi fagpersoner har manglende kunnskap, eller også egne fordommer. Sykkelig fedme reduseres til den enkle slutningen: «*De kan vel bare trene litt mer og spise litt mindre, så blir de slanke og kan leve lenge.*»

Stigmatisering av sykkelig overvektige er blitt kalt stigmatiseringens siste skanse. Forskning viser at overvektige og fete mennesker stigmatiseres og diskrimineres på en rekke ulike livs-områder, som i barnehage, skole, arbeidsliv, media, butikker – og dessverre også innenfor helsevesenet.

## HVORDAN ER DET

### EGENTLIG MED REGNESTYKKET?

Når det snakkes og skrives om sykkelig fedme, er vår oppfatning at mange forenkler regnestykket til nettopp kalorier inn og kalorier ut.

4+4=8, og da må åtte minus fire være lik fire. Hvis man bare spiser litt mindre og trener litt mer, bør man dermed bli slank. Så viser forskning at det som virker logisk, i realiteten er en kraftig forenkling.

Nyere forskning viser at vår appetitt er nøye regulert, blant annet av en rekke hormonelle mekanismer. Menneskers evne til å styre inntak av kalorier varierer ikke bare psykososialt, men også biologisk. Mange av oss kan med enkle justeringer holde oss «balanserte», mens for andre er dette en mye større utfordring. Næringsinntaket og hvordan vi forholder oss til mat, skjer i stor grad ubevisst. Matinntaket styres blant annet av kroppens produksjon og omsetning av en rekke hormoner, som blant annet påvirker sult og metthet. Effekten av, og samspillet mellom, disse hormonene varierer trolig mye mellom individer. Våre matpreferanser styres dels av mekanismer vi i dag ikke har god nok oversikt over. Metabolismen og evnen til å brenne kalorier i muskulatur er individuell. Vår ulike tarmflora spiller også trolig en rolle i reguleringen av vekt. Videre kan epigenetikk inkluderes i forklaringsmodeller for risiko for å utvikle fedme. Flere biologiske mekanismer kompliserer dermed ligningen når det gjelder kalorieregnskap og evnen til «balanse».

Prøver man å slanke seg, har kroppen sterke hormonelle forsvarsmekanismer som hindrer at vektreduksjonen opprettholdes. Det kan være psykologiske årsaker til vektøkning etter vektredusksjon, men vi vet at mye også handler om fysiologi. En del av våre sykelig fete pasienter har både spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser. 10–20 % av mennesker med sykelig fedme regnes å ha en alvorlig spiseforstyrrelse. Samtidig har mange av våre pasienter ingen diagnostiserbar psykiatri. De har i tillegg gode doser med viljestyrke. De klarer bare ikke å opprettholde et vektapp, nettopp fordi det er så vanskelig. De fleste skammer seg. Mange av har lyktes med stor vektreduksjon (ofte mange ganger), men påfølgende vektøkning gjør at pasientene kommer inn i en destruktiv jojo-slanking. De slanker seg stadig tjuvkere.

Ved gjentatte slankekurer, og især de mest ekstreme som vi ser det i Biggest Loser, settes forbrenningen ned. En person som for eksempel har gått ned i vekt og veier 90 kg, vil ha lavere forbrenning enn en person som alltid

har hatt en stabil vekt på 90 kg. Den som har slanket seg ned til 90 kg, må derfor spise tilsvarende mindre enn den andre for å unngå å gå opp igjen i vekt – kanskje livet ut.

En anerkjent fedmekirurg i Canada, Picard Marceau, har argumentert med at «obesity is a congenital disease». Han mener at lavere fødselsvekt og insulinresistens observert hos barn født av mødre etter fedmekirurgi, sammenlignet med søsken født før mor gjennomførte fedmekirurgi, kan forklares ved epigenetiske mekanismer mediert i mors liv. Enkelte spedbarn kan, ved denne forklaringsmodellen, allerede ved fødselen være predisponert for utvikling av fedme. Om hypotesen er riktig, må den dokumenteres ytterligere, men tanken er interessant. Det vi vet, er at vi nå lever i et obesogent samfunn (der energirik mat er billig og tilgjengelig), med en hjerne som er bygget for å gjenkjenne energitett mat. Kroppene våre takler og tåler dette i ulik grad.

#### PSYKOLOGEN OG DEN SYKELIG FETE PASIENTEN

Erfaringsmessig får pasienter med sykelig fedme ofte avslag på søknader om psykologisk behandling når de trenger det. Disse pasientene faller mellom to stoler, og får gjerne avslag ved både DPS-er og ved avdelinger for behandling av spiseforstyrrelser – selv når spiseforstyrrelsen er åpenbar og alvorlig. Kanskje kommer avslagene av mangel på kunnskap om sykelig fedme, og de psykologiske og sosiale vanskene fedmen ofte går hånd i hånd med? Kanskje oppleves ikke sykdommen som så viktig? Eller kanskje er det det at pasienten ikke er en «ekte anorektiker eller bulimiker», men «bare» har diagnosen uspesifiserte spiseforstyrrelser som gir avslagene? Vi vet ikke. Det vi vet, er at det er vanskelig å finne psykologisk behandling ved sykelig fedme for dem som trenger det. Kanskje kan økt kunnskap gi nye tenkemåter.

Vi ved Senter for sykelig overvekt, Oslo Universitetssykehus, tenker at den som vet bedre, gjør bedre. At den som er klokere, handler klokere. Vi er sikre på at psykologer flest ikke ønsker å gjøre den store kroppen dobbelt tung for den sykelig overvektige pasienten, og vi håper med dette å kunne bidra til å øke kunnskapen rundt denne pasientgruppens realiteter. For Peder Kjøs har rett, ekstrem overvekt er svært belastende, og disse menneskene må få hjelp. ✕



Erfaringsmessig får pasienter med sykelig fedme ofte avslag på søknader om psykologisk behandling når de har behov for det

# Merkelig angrep på mentaliseringsbasert terapi

Sigmund Karterud og Finn Skårderud imøtegår uthenging av MBT i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet.



**SIGMUND KARTERUD**, professor og psykiater

**FINN SKÅRDERUD**, professor og psykiater.

Begge to er tilknyttet Institutt for mentalisering

**MENTALISERINGS-  
BASERT TERAPI**

**VI ER KJENT** med at professor Erik Falkum siden psykiatriveka 2013 har foredratt om den såkalte «tre-bokstav-syken» i psykoterafipfeltet («DBT, CBT, MBT, IPT, osv.») Foredraget er nå omarbeidet til en artikkel, i samarbeid med Bengt Olavesen og Karsten Hytten, og dukker opp som fagessay i Tidsskrift for Norsk Psykologforening 4/2015. Påstandene er ikke snaue: Trebokstavsterapier «hemmer faglig utvikling og svekker psykoterafipfeltets status som vitenskapelig disiplin». «De tallrike skolene i psykoterafipfeltet står i veien for faglig utvikling.» Når nye skoler oppstår og lanseres, spiller «behandlernes og forskeres *personlige, økonomiske og sosiale interesser*» en sentral rolle. De nye «modellene må også markedsføres», og «det mest iøynefallende norske eksemplet på denne problematiske relasjonen mellom fag og forretning er markedsføringen av mentaliseringsbasert terapi».

Undertegnede nevnes spesielt i artikkelen. I denne historien er vi de grådige skurkene som hemmer faglig utvikling. Heltene i historien er forfatterne selv, som målbærer «den integrative tradisjonen». Denne står for en vitenskapelig diskurs som er «åpen, nysgjerrig og selvkritisk».

Vi står for en diskurs som er «lukket, eksklusiv og misjonerende».

## VÅRE FORBRYTELSE

Når vi leser dette voldsomme skytset, blir vi nysgjerrige på innholdet i avsnittet om mentaliseringsbasert terapi i Norge, der vi forventer at forfatterne skal dokumentere sine beskyldninger. Våre forbrytelser ser ut til å bestå av fire ting:

- 1) Vi skal angivelig ha presentert MBT «som noe epokegjørende nytt med en temmelig grandios retorikk». Som belegg for denne påstanden henviser forfatterne til et forord vi skrev til en bok i 2007 der vi i et opprømt øyeblikk hevdet at «i skrivende stund er vi vitner til en terapeutisk og teoretisk bevegelse i dens fødselsfase, eller kanskje dens tidlige barndom». Litt tynn dokumentasjon kanskje? Vi tror vi vil bli frikjent i retten for denne anklagen.
- 2) Vi har ikke bare passivt «*observert*» denne utviklingen, men snarere arbeidet intenst for å *skape* denne bevegelsen». Denne forbrytelsen tar vi på oss.





Faksimile fra aprilutgaven

- 3) «Samtidig selger de utdanning i mentaliseringsbasert behandling til høye priser.» Her er det behov for litt oppklaring: Utdanning i MBT skjer i regi av Institutt for Mentalisering. Institutt for Mentalisering er en ideell stiftelse med et styre, faglig og administrativ leder, fagutvalg og sekretær. Når vi er lærere på kurs som arrangeres av Institutt for Mentalisering, mottar vi honorar på samme måte som Karsten Hytten mottar honorar for sin lærervirksomhet ved Institutt for Psykoterapi. Det er mulig at noen av kursene til Institutt for Mentalisering koster noe mer enn sammenlignbare kurs drevet av andre psykoterapiinstitutter. Men da gjelder det å ta med i regnestykket at andre psykoterapiinstitutter (f.eks. Institutt for psykoterapi) får betydelige statstilskudd. Dette gjør at andre institutter kan selge sin utdanning til lavere priser. Vi anser oss derfor ikke skyldige i anklagen om grådighet.
- 4) Siste anklage er at MBT «markedsføres delvis også ved en rekke andre lidelser [enn borderline], som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, PTSD og ruslidelser». Vi anbefa-

ler leseren å gå til vår hjemmeside ([www.mentalisering.no](http://www.mentalisering.no)) for å se hvordan MBT «markedsføres». Under fanen «Om oss» vil man finne instituttets brosjyre. I tillegg til en redegjørelse for historikk, instituttets organer og sertifiseringsordningen for MBT vil man finne avsnittet «Hva er mentaliseringsbasert terapi (MBT)?». Her står det: «MBT er opprinnelig en evidensbasert behandling for borderline personlighetsforstyrrelse, utviklet av Anthony Bateman og Peter Fonagy. MBT kombinerer individualterapi og gruppeterapi. Formålet er å fremme mentaliseringsevnen og dermed følelsesregulering, identitet og mellommenneskelig fungering. MBT bygger bro mellom psykoedukative, kognitive og psykodynamiske forståelsesformer og teknikker. MBT er en terapiform i utvikling. Den er også relevant for andre psykiske lidelser, som spiseforstyrrelser, rusavhengighet, angst- og depresjonslidelser.» Vi mener å kunne belegge at MBT «er relevant for» nevnte andre psykiske lidelser, og føler oss ikke truffet av anklagen om urettmessig markedsføring.





I denne historien er vi de grådige skurkene som hemmer faglig utvikling

### LUKKET, EKSKLUSIV OG MISJONERENDE DISKURS

La oss til slutt kommentere beskyldningene om å «hemme faglig utvikling og svekke psykoterapifeltets status som vitenskapelig disiplin», og at vi står for en «lukket, eksklusiv og misjonerende diskurs». Det er en drøy og underlig påstand. Og hvordan skal vi kunne imøtegå dette på en kortfattet måte? Det blir å oppfordre til leseren om å sjekke selv.

Hemme faglig utvikling? Sjekk antall artikler om «mentalizing» og «MBT» på Pubmed og Psychinfo. Svekket status som vitenskapelig disiplin? Sjekk alle outcome-artiklene om MBT. Eksempelvis artikkelen fra Oslo universitetssykehus, av Kvarstein og medarbeidere (2014), der effekten av psykodynamisk behandling (integrativ?) sammenlignes med effekten av MBT for borderlinepasienter (n = 345). Begge behandlingsformer inneholdt rikelig med såkalte «fellesfaktorer», men effekten av MBT var overlegent bedre. Denne artikkelen ble kåret til beste vitenskapelige bidrag til Psykiatriveka 2015. Medvirkende årsak var at «treatment integrity» av MBT ble målt med en metode publisert i *Psychotherapy Research* (Karterud, 2013).

Mange psykoterapistudier skjemmes av dårlig design ved at de mangler mål på «treatment integrity». Det forutsetter manualisering. Vi har utgitt tre manualer om MBT på norsk (Karterud & Bateman, 2010, 2011; Kar-

terud, 2012). Utviklingen av disse manualene har ikke vært spesielt «lukket, eksklusiv eller misjonerende». I nevnte artikler og manualer har vi beskrevet det utviklingsarbeidet som fant sted i en Nordisk samarbeidsgruppe for MBT. Til å handle om psykoterapi var arbeidet preget av en usedvanlig åpenhet. Terapeuter fra Oslo, Bergen, Stockholm, København, Roskilde, Aarhus og London studerte hverandres videoopptak fra psykoterapitimer, fra individualterapi og gruppeterapi. Dette åpenhetsidealet går igjen i all opplæring i MBT, og det kan gjenfinnes på nettsidene til Institutt for Mentalisering og MBT kvalitetslaboratorium (<http://www.mbt-lab.no>). Også her oppfordrer vi leseren til å sjekke selv. Her er det publisert videoopptak av to timer individualterapi og to timer gruppeterapi (med skuespillere) for å demonstrere for publikum (kolleger, pasienter, pårørende, andre interesserte) hva MBT går ut på. Man kan se timene under ett, eller man kan se dem oppklippet som illustrasjon på intervensjoner. Teksten er skrevet ut, slik at man kan fordype seg i transkriptene, og man kan lese kommentarer til terapiens gang. Man kan også se hvordan vi har vurdert terapeutens intervensjoner og hvordan intervensjonsprofilen ser ut.

I lys av dette er beskyldningene om en «lukket, eksklusiv og misjonerende diskurs» mildt sagt snodige. ✕

### LITTERATUR:

- Karterud, S., Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Bateman, A. (2011). *Manual for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. (2012). *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Karterud, S., Pedersen, G., Johansen, M.S., Johansen, P., Schlüter, C., Engen, M., Wilberg, T., Urnes, Ø. & Bateman, A. (2013). The mentalization-based treatment adherence and competence scale (MBT-ACS): development, structure and reliability. *Psychotherapy Research*, 23(6): 705–717.

- Kvarstein, E., Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T. & Karterud, S. (2014). Changing from a traditional psychodynamic treatment program to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder. Does it make a difference? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, DOI: 10.1111/papt.12036

# Større enn summen av delene

Gjennom å ha vitenskapelige artikler, erfaringer fra praksis, essay og journalistikk om samme tema, vil Psykologtidsskriftet bli mer interessant for flere lesere og styrke sin posisjon i samfunnsdebatten.

**DA JEG LESTE** mars-utgaven av Psykologtidsskriftet, tenkte jeg at utgaven virket uryddig og uoversiktlig og lurte på hvorfor. Handlet det om at de vitenskapelige artiklene ikke plasseres etter hverandre, og at dette gir meg inntrykk av at Tidsskriftet toner ned vitenskapsdelen av faget? Var det lederen som ga få antydninger om innholdet? Var det spennet i innholdet som var ganske stort? Eller var det mitt behov for å finne sammenheng mellom temaer som tilhører mange områder av psykologifaget?

Etter å ha lest igjen tenkte jeg at det var særlig ett tema tidsskriftet burde ha gjort mer med: Psykose.

Jeg la merke til de interessante artiklene om psykoedukative flerfamiliegrupper for psykoselidende og differensialdiagnostiske vurderinger av schizofreni og komplekse dissosiative lidelser. Og her må sies: Så bra at førstnevnte har kvalitativ metodetilnærming, og at sistnevnte er en oppsummeringsartikkel! Jeg innrømmer det – jeg har aldri vært noen statistikerspire. Jeg ser selvsagt verdien av kvantitative metoder, men mener at man ofte får mer dybde, og delvis også kunnskap, gjennom kvalitative metoder.

Det var også et spennende intervju med Hans Petter Solli om hans praksis som musikkterapeut for psykoselidende og en god spalte hvor Anne Strand (pseudonym) fra et brukerperspektiv skriver om bedringsprosessen fra dissosiativ identitetslidelse. Gjennom å bygge på disse fire tekstene hadde Tidsskriftet muligheten til å lage et nummer om psykose.

Artikkelen «Kvinner publiserer snart mer enn menn» er interessant. Det er positivt, og

på tide, at kvinner snart publiserer mer enn menn. Men en tilsvarende artikkel om tilregnelighet hadde vært mer relevant. I mars var det høringsavslutning på Tilregnelighetsutvalgets NOU 2014:10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern. Et av hovedkriteriene for utilregnelighet er som kjent psykotisk tilstand. Hva mener NPF, helsejurister og andre yrkesgrupper innenfor psykisk helsearbeid om innholdet – og særlig om konsekvensene for psykoselidende?

Fagessayet med tittelen «Om å løfte barn», som hadde viktig poenger, kunne i denne utgaven handlet om psykose hos barn og unge, hos eldre eller hos mennesker med utviklingsforstyrrelser. Istedenfor noen av de andre tekstene kunne det vært en tekst om rusbruk og psykose, eller ikke-vestlige kulturers forståelse og håndtering av psykose. Med en leder som viste vei mot innholdet, hadde utgaven blitt en fin utgivelse om dette temaet.

Et hvilket som helst tema, også psykose, befinner seg sjelden i et eget vitenskapelig vakuum. Samfunnet har synspunkter, brukere og pårørende har synspunkter, det er differensialdiagnoser, det er kulturforskjeller, og tilstanden får konsekvenser gjennom hele livsløpet. Et temanummer med kun vitenskapelige artikler kan noen ganger oppleves som tungt å lese, marsutgaven kunne blitt et godt alternativ.

Jeg tror tidsskriftet vil lykkes bedre med å markere seg både som fagtidsskrift og en arena hvor en løfter psykologien inn i samfunnsdebatten med denne type tilnærminger på enkelttemaer i psykologifaget. ✕



## TEKST

Else-Marie Molund, psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi



**TOR LEVIN HOFGAARD** er president i Norsk Psykologforening. Sammen med Anne-Grethe Terjesen, Bent Høie og Kerstin Söderström er han fast kronikør.

# Kaffe og ledelse

Hvorfor drikker du kaffe? De fleste som gjør det, vil insistere på at de liker det. Likevel vil de som smaker det første gang, si at det stort sett er beskt og bittert. Så hvorfor fortsetter vi å drikke dette svarte, varme brygget?

**STORT SETT FORDI** det er sosialt givende. Belønningen er fellesskap. De fleste av oss vil etter kort tid insistere på at kaffe er godt. Særlig om vi selv får bestemme styrke og mengden sukker og fløte.

Poenget kan overføres til jobbene vi har. Det viser seg å være helt nødvendig at de som skal gjøre en god jobb, både i helsevesenet og i alle andre tjenesteytende virksomheter, må like «smaken» av den. Når jobben oppleves som en belønning, får vi de ansatte vi trenger for å yte det vi faktisk ønsker å oppnå: bedre tjenester.

Ansvar ligger hos ledelsen. Det er den som skal sørge for at de ansatte kjenner seg som del av fellesskapet – som verdsatte, engasjerte medarbeidere.

## GRÅ HÅR

Helsevesen i alle land vi kan sammenlikne oss med, diskuterer dette: Hvordan skal vi klare den doble jobben det er å både yte faglig forsvarlig helsehjelp, og drive en profesjonell operativ virksomhet som skal balansere budsjetter og levere stadig bedre resultater? Og hvordan skal vi drive pasientenes helsetjeneste med kryssende styringssignaler både ovenfra (politikere/myndigheter/tilsyn) og nedenfra (pasienter/fagfolk).

Diskusjonene om dette ser ut til å gi helseledere på alle nivåer grå hår lenge før tiden. Moderne krav til bruker-/pasienttilfredshet, reduksjon av reinnleggelser og teknologiske og medisinske nyvinninger utfordrer tilstanden ytterligere.

Men på tross av teknologiske fremskritt – helsevesenet er fortsatt, og vil alltid være, en arbeidsintensiv bransje. Og dette vet vi: En engasjert medarbeider er mer enn en tilfreds ansatt som «har det hyggelig» på jobb.

Det er kanskje en ulykke for mange ledere at det så raskt blir fokus på å «ha det fint sammen» eller «å gjøre noe moro sammen» når de skal forsøke å bedre medarbeidernes ytelse. For det er ikke dette som viser seg å skape reell ytelsesgevinst.

En *engasjert* medarbeider bryr seg om sykehuset, kollegene og pasientene. Bare da strekker de seg lenger enn nødvendig. En undersøkelse gjort ved 200 amerikanske sykehus viste at engasjementsnivået hos sykepleierne var den viktigste variabel med betydning for dødelighet blant

pasientene, og langt viktigere enn antallet sykepleiere på jobb.

Tre faktorer er avgjørende for å utvikle og bygge engasjement :

1) Den ansatte må oppleve vekst – en følelse av yrkesutvikling og faglig læring. 2) Anerkjennelse – å bli verdsatt for arbeidsinnsatsen. 3) Tiltro – tro på at framtidsutsiktene er gode for stedet der du jobber. Undersøkelser har vist at over 70 prosent av variasjonen i dette engasjementet er knyttet til lederen.

### FAGET TILBAKE

Hvordan står det så til i helsevesenet med disse viktige faktorene. Er det disse som preger vår hverdag der? Mange vil svare et rungende nei. Snarere vil de si det er det motsatte som skjer. Overdreven byråkratisering, meningsløst rapporteringsvelde og styringsmodeller hentet fra produksjonsbedrifter preger beskrivelsene. «Ta faget tilbake» har blitt slagordet til de mest standhaftige motstanderne av dette. De peker på at disse styringssystemene ikke passer det offentlige helsevesen, fordi vi ikke skal generere overskudd, ei heller produsere på samleband. Vi skal dekke et mangfold av menneskelige behov. Det krever nye, individuelt tilpassede arbeidsmåter.

Samtidig er det ingen tvil om at det offentlige har et rettmessig behov for å kontrollere ressursbruken. I en helsetjeneste betalt av felleskassen er det ikke urimelig at Storting, regjering og de som skal etterse at lover, pålegg og veileder følges, forsøker å sikre seg nettopp dette.

Gjennom standardisering og måling av resultater skapes grunnlag for å ivareta pasientrettigheter og demokratisk innsyn i velferdsstatens aktiviteter. Dette reduserer rommet for klinisk ekspertise og individuell tilpasning noe. Men det er en feilslutning å påstå at det kliniske skjønnnet som sådant er devaluert. Vi må bare alltid begrunne hvorfor vi velger å gjøre noe som avviker fra det som på gruppenivå er vurdert å være rett, i møte med individet vi har fremfor oss.

Retningslinjer for hvordan behandlere skal begrunne sine vurderinger, er et bidrag til å rettferdiggjøre klinisk ekspertise. Slike systemer gjør det mulig å etterprøve og ansvarliggjøre helseprofesjonene. Samtidig gir et system som legitimerer avvik fra resultatmål, også mål- og resultatstyring større legitimitet blant fagfolk, og forebygger at dette brukes feil.

Det er her lederen kommer inn som helt sentral. Det er dennes jobb å omsette de kravene som kommer ovenfra, til noe som gir mening for de som skal møte pasientene. Det er samtidig lederens jobb å oversette det som gjøres i 1.-linje, til noe de på toppen ser som oppnåelse av de målene de har definert. Dette er på ingen måte noen enkel jobb. Det er derfor jeg mener vi nå trenger en lederreform, og en tiltaksreform, mye mer enn enda flere strukturreformer i helsetjenesten.

### HISTORISK SVAKHET

Historisk har helsevesenet hatt en svakhet ved at flinke fagfolk har hatt større autoritet enn de som formelt har sittet med lederansvar. Å lede en klinikk har bare unntaksvis stått som drømmejobben for dyktige fagpersoner. Kanskje må vi endre dette, og begynne tidlig med å plukke ut ledertalenter og lage karriereplaner langs ledersporet også i helsevesenet – for å understreke betydningen av denne sentrale rollen i hele behandlingsskjeden.

Psykologforeningen har vært opptatt av lederspørsmålene lenge og startet i 2011 et bredt anlagt prosjekt som hadde som hensikt å forberede psykologer på ledelse. Prosjektet er et naturlig ledd i profesjonsutviklingen, og har hatt sterk oppmerksomhet og styring fra foreningen sentralt. Hovedhensikten har vært å løfte betydningen av ledelse og oppmuntre våre egne medlemmer til å påta seg lederansvar, både i spesialisthelsetjenesten, i kommunene og ellers i offentlig forvaltning.

I tillegg har vi påtatt oss å gjøre Oslo til en møteplass for ledelse og organisasjonsutvikling i 2015 ved å arrangere European Association for Work and Organizational Psychology (EAWOP) kongress i arbeids- og organisasjonspsykologi nå i mai. Hit kommer internasjonalt anerkjente nestorer på feltet, hvor ny kunnskap om ledelse og organisasjon skal inspirere og gi ny læring for psykologer og andre interesserte.

Vi er – som regjeringen – opptatt av å lage pasientens helsetjeneste. Den mener vi best skapes ved et tydelig fokus på ledelse, og på hva som skaper gode engasjerte fagfolk som kan møte pasientene der de er. ✕



Historisk har helsevesenet hatt en svakhet ved at flinke fagfolk har hatt større autoritet enn de som formelt har sittet med lederansvar

# Inntrykk



Boka *I dialog med barnet* er fin brobygging mellom teori og praksis, mener vår anmelder.

Side 446

Guri Vindeggs første ordentlige møte med Sigmund Freud.

Side 447

Dagrun Dvergsdals nye bok er en modig og betimelig nøktern beskrivelse av god lederutvikling, mener Jan Ketil Arnulf.

Side 448

## 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: BOK

# Etterlengtet

Endelig en forskningsbasert fagbok på norsk som gir grundig og oppdatert evidensbasert kunnskap om behandling av tvangslidelse hos barn og unge.



### ROBERT VALDERHAUG OG TORD IVARSSON

*Tvangstanker og tvangshandlinger hos barn og unge. Psykologiske og medisinske perspektiver på forståelse og behandling.* Gyldendal Akademisk, 2014. 230 sider

### ANMELDT AV

Åshild Tellefsen Håland, forsker og psykologspesialist ved Sørlandet sykehus, ABUP (avdeling for barn og ungdoms psykiske helse)

**FORFATTERNE HAR ULIK** fagbakgrunn, henholdsvis som psykolog og lege, noe boka bærer preg av. Vi får her en grundig innføring i både medisinske og psykologiske perspektiver på feltet.

Generelle temaer som historikk, epidemiologi, kliniske trekk og familie og samspill, samt mer spesialiserte temaer rettet mot behandling som utredning og diagnostikk, nevrobiologi, behandlingsmodeller for kognitiv atferdsterapi og legemiddelbehandling blir beskrevet. Boka gir også en svært utfyllende beskrivelse av status quo når det gjelder genetiske og nevrobiologiske perspektiver på Obsessive-compulsive disorder (OCD), noe det etter min mening er spesielt behov for. Dette er noe de færreste OCD-terapeuter har en god oversikt over, til tross for at det nevrobiologiske perspektivet er mest toneangivende i rådende behandlingsmanualer for å forklare årsaker til OCD. Jeg savner imidlertid en samlet presentasjon av forskningen knyttet til hvilke psykososiale og miljømessige faktorer som kan ha sammenheng med årsaker til OCD.

### SETT I PERSPEKTIV

De delene som i sterk grad fanget min interesse, var gjennomgangen av historiske perspektiver på tvang hos barn. Det er svært interessant å lese om hvordan OCD ble forstått og behandlet ut fra et psykodynamisk perspektiv, og hvordan behandlingspessimismen som den gang rådde, snudde på 1980-tallet som resultat av effektiv behandling ved atferdsterapi. Jeg synes også at kapit-

telet om mangelfull behandlingsrespons og mulige veier til å forbedre behandlingen gir interessante perspektiver.

Boka formidler på en overbevisende måte at til tross for at mange pasienter blir hjulpet, viser mange studier at en del pasienter oppnår ingen eller kun delvis bedring. Over tid er det de færreste pasienter som ikke har noen restsymptomer. Det er derfor nyttig å lese om hva som skal til for å gjøre behandlingen bedre. Spesielt nyttig var det å lese om Piacentini og medarbeidere som har utviklet et mer intensivt familieprogram rettet mot familier med høy grad av familiedysfunksjon og funksjonsforstyrrelse. Med tanke på økende antall studier hvor negativt familieklima er assosiert med dårlig behandlingsutfall, kunne jeg akkurat her ønsket meg enda flere detaljer på hva dette programmet gikk ut på.

### HVA MED KVALITATIV FORSKNING?

I kapittelet om implementering viser forfatterne til den pågående nasjonale OCD-satsingen i regi av Norsk kognitiv forening, hvor ca 30 spesialiserte OCD-team skal bli opplært i ERP, både for voksne og barn. Samtidig kommer de på et par punkter med anbefalinger som er på tvers av innholdet i den nasjonale implementeringen. Forfatterne anbefaler at lettere og ukomplisert grad av OCD skal behandles ved den ordinære klinikk, mens moderat til alvorlig OCD skal behandles ved de spesialiserte OCD-teamene. De anbefaler også at det blir opprettet en universitetsklinikk med et superspesialisert OCD-team, uten at de utdyper hvorfor dette er nødvendig, og hva som vil skille denne universitetsklinikken fra allerede eksisterende OCD-team.

Boka avrundes med en oppsummering av framtidige utfordringer i forskning og fremtidig klinikk. Jeg savner imidlertid refleksjon rundt mangelen på kvalitativ forskning og hva kvalitativ forskning kan tilføre OCD-feltet i form av en dybdekunnskap som vanskelig kan oppnås kun gjennom kvantitativ metode.

### GRUNDIG - PÅ GODT OG VONDT

Bokas grundighet er både dens svakhet og styrke. Alle detaljene rundt forskningsfunn gjør at boka etter min mening vil fungere bedre som et oppslagsverk ved behov, enn at den egner seg å leses fra perm til perm. Styrken er at boka faktisk holder hva den lover – den gir etter min oppfatning i all hovedsak en svært oppdatert oversikt over det viktigste som rører seg i feltet.

Å ha en dypere forståelse av OCD utover å tilegne seg en enkelt behandlingsmanual tenker jeg er berikende og kan inspirere til å prøve ut nye ting i praksis. Utfordringen ved å presentere så mye divergerende forskningsfunn er imidlertid at leseren lett kan miste de store linjene. Dette kunne vært løst med en kort liten oppsummering i hvert av kapitlene hvor det mest sentrale blir formidlet. Dette gjelder spesielt i kapittelet om genetik/nevrobiologi, som er litt tungt tilgjengelig, og hvor jeg savner at forfatterne i en popularisert form oppsummerer hvor feltet står i dag.

Alt i alt er dette absolutt en bok som er verdt å lese, og den bør være obligatorisk litteratur for alle OCD-terapeuter i barne- og ungdomsfeltet. Store deler av stoffet vil også være relevant for voksenfeltet. ❌

## Ferskvare



### Arbeidsplassen - mål og middel

Arbeidsplasser har ikke alltid nødvendig kunnskap om hvordan en kan tilrettelegge jobber og arbeidsoppgaver for mennesker

som trenger ekstra støtte. Boka *Inkluderingskompetanse. Ordinært arbeid som mål og middel* av Kjetil Frøyland og Øystein Spjelkavik (red) er utgitt på Gyldendal Akademisk, og gir en innføring i bruk av metoder for tett samarbeid mellom arbeidsgivere og arbeidssøkere for å oppnå en vanlig ansettelse, tilrettelegging av arbeidsoppgaver, veiledning og oppfølging både av arbeidssøkere og arbeidsgivere. Metodene er kjent under betegnelsen Supported Employment og «place then train». Hjelpeapparatet og NAV trenger å utdanne egne jobbspesialister med kunnskaper om metodisk bruk av den ordinære arbeidsplassen, mener forfatterne.



### Trygghets-sirkelen

Circle of security er i vinden og Gyldendal Akademisk har nylig gitt ut en ny bok om tematikken med tittelen

*Trygghetssirkelen - en tilknytningsbasert intervensjon*, skrevet av Bert Powell, Glen Cooper, Kent Hoffman og Bob Marvin.

Forskning på tilknytning har fått stor oppmerksomhet og utbredelse i løpet av de siste 30 årene. Boken gir en innføring i tilknytningsteori og hvordan man kan anvende teorien for å hjelpe barn og foreldre som strever. Gjennom boken presenteres en rekke foreldre-barn-relasjoner, og man følger historiene til Linn og Alma, Anna og Simon, Sofia og Jacob. Historiene viser hva Trygghetssirkelen kan bidra til i praksis.

# Barneterapi - også for voksne

Forfatteren henvender seg til psykologer som jobber klinisk med barn og med voksne.



**BJØRG RØED HANSEN**, *I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi.* Gyldendal Akademisk, 2012. 240 sider

## ANMELDT AV

Hanne Cecilie Braarud, psykolog og forsker, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Uni Research Helse og Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarn, RBUP Øst og Sør

**DET FINNES MANGE** bøker som formidler bestemte terapimodeller som er virksomme for bestemte lidelser eller diagnoser, eller for ulike aldersgrupper. Denne boken har ikke til hensikt å formidle om en bestemt terapimodell, men søker heller å gå i dybden for å forstå og reflektere om terapeutiske prosesser i møte med barn i psykoterapi. Den handler om intersubjektivitet, eller sagt med andre ord: Hva utgjør det terapeutiske møtet og hvordan kan vi forstå terapeutiske utviklingsprosesser?

## INTERSUBJEKTIVITET

Bjørn Røed Hansen beskriver sitt eget terapeutiske ståsted som eklektisk, med et anker i psykodynamisk terapi som er sterkt inspirert av nyere utviklingspsykologi, og med en tilgjengelig verktøykasse fra familierapi, atferdsterapi og nyere kognitiv atferdsterapi. Intersubjektivitet har vært rammen for terapipraksisen hennes, og jeg tolker boken slik at dette gjelder både i form av terapeutisk holdning, intervensjoner og terapiprosesser.

Boken har i alt åtte kapitler som berører begrepet «intersubjektivitet» fra ulike perspektiver, men fellesnevneren er at intersubjektivitet handler om noe som deles mellom to individer, det er et umiddelbart opplevelsesfellesskap, og et felles oppmerksomhetsfokus. Boken inneholder korte eller lengre kasushistorier eller eksempler fra terapisisuasjoner som illustrasjoner på intersubjektivitet og andre viktige begreper som presenteres i boken.

## GOD FORMIDLING

Kapittel 1 gir et overblikk over fagfeltet psykoterapi med barn, mens kapittel 2, 3 og 4 først

og fremst er teoretiske. Forfatterens evne til å formidle komplekse fenomen på en lettfattelig måte kommer tydelig frem i kapittel 2 hvor intersubjektivitetsbegrepet blir belyst gjennom eksistensialfilosofien, dernest som et sentralt begrep i forståelse av utviklingspsykologiske prosesser. Til slutt presenteres speilnevroner som det nevrologiske korrelatet for intersubjektivitet.

Kapittel 3 tar for seg nyere spedbarnsforskning og kunnskap om spedbarnet som en aktiv deltaker i samspillet fra fødselen av. Spedbarnsforskning gir dermed empirisk støtte for den grunnleggende betydningen av gjensidig påvirkning og fellesskapet mellom mennesker. Intersubjektivitet, affektregulering, inntoning, sosial referering utdypes som sentrale begreper i det affektive samspillet. Det at samspill går i takt og utakt, og at spedbarn erfarer at samspill brytes av interaktive feil som kan repareres, fremheves som svært sentrale læringsprosesser for spedbarn og i den terapeutiske relasjonen.

## UTVIKLINGSHJELP

Mens intersubjektivitetsbegrepet ble eksplisitt omtalt i de første tre kapitlene, så ble jeg mer usikker på hvor forfatteren ville i kapittel

– Forfatteren presenterer psykoterapi som utviklingshjelp, og som en erfarings- og læringssituasjon som gir barnet mulighet «å vokse videre»



4. Kapittelet gir en mer detaljert gjennomgang av Daniel Sterns teori om utvikling av selvopplevelse/selvfornekkelse og av Peter Fonagy og kollegaers teori om utvikling av selvorganisering og evne til mentalisering. Forfatteren gir her en fin oversikt over to sentrale teorier om selvutvikling, men har en mer implisitt bruk av intersubjektivitetsbegrepet enn tidligere. Kapitulets plass i boken ble imidlertid mer tydelig etter å ha lest resten boken.

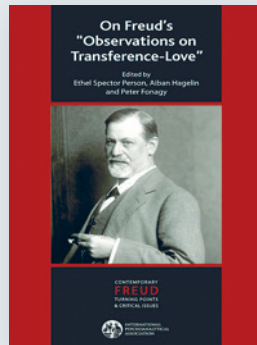
De neste fire kapitlene handler om psykoterapi med barn. Gjennomgående for disse kapitlene er at både utviklingsforståelsen slik den ble presentert i tidligere kapitler og utviklingsmetaforer blir integrert i beskrivelsen av prosesser i et psykoterapiforløp. Forfatteren presenterer psykoterapi som *utviklingshjelp*, og som en erfarings- og læringssituasjon som gir barnet mulighet «å vokse videre». Den umiddelbare opplevelsen av et intersubjektivt felleskap og den kroppslige synkroniseringen er like sentralt i den terapeutiske dyaden som i omsorgsgiver-spedbarn dyaden.

Selv om boken ikke er spesielt lang, så kan den muligens oppleves som noe mett med teorier og faguttrykk. Dette gjenspeiler at forfatteren formidler mye kunnskap fra flere fagfelt. Jeg synes likevel forfatteren klarer å løse dette ved å forfølge begreper og faguttrykk videre med blant annet eksempler fra terapi-situasjoner. En slik brobygging mellom teori og praksis gjør boken spennende og inspirerende.

#### OGSÅ TERAPI MED VOKSNE

Denne boken henvender seg til psykologer som jobber klinisk med barn og voksne. Selv om boken handler om barneterapi så kommuniserer den til alle som jobber terapeutisk. Jeg vil også påstå at boken bør være pensum på profesjonsutdannelsen i psykologi. Forfatteren formidler oppdatert kunnskap fra spedbarnsforskning, som også er sentralt i utviklingspsykologien. Relasjoners betydning for spedbarns utvikling, affektregulering, interaktive feil og reparasjon, og utvikling av mentaliseringsevne, er helt grunnleggende kunnskap for å forstå utvikling av selvet. Boken er selvfølgelig viktig for studenter som fordyper seg i terapi med barn, men også terapi generelt. Forfatteren beskriver mange viktige terapeutiske begreper og prosesser som studenter bør kjenne til og reflektere om i løpet av terapeut-(ut)dannelsen. ❌

## KLASSIKEREN



### Sigmund Freud, Observations on transference-love, 1915

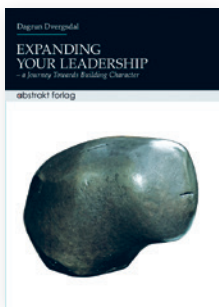
Vi jobber med eksplosive krefter, og disse kreftene må vi ikke unnvike. Det lærte jeg i mitt første møte med Freud, skriver Guri Vindegg.

Jeg trodde jeg hadde lest Freud før. Han var jo liksom overalt. Nå var hans essay om overføringskjærlighet dagens tekst på innføringskurset i individualterapi med Siri Gullestad. Jeg begynte å lese, og ble med én gang forundret over den levende, nære stemmen i teksten, og det klare, bilderike språket. Da gikk det opp for meg at jeg aldri faktisk hadde lest Freud – bare andres gjengivelser av ham. Essayet handlet om hvordan forstå og håndtere det at pasienten blir forlesket i terapeuten. Men også om terapeutisk holdning, rolleforståelse, og om sammenhengen mellom det å forstå og det å opptre etisk. Det var særlig en metafor jeg likte så godt, og det var denne: «The psychoanalyst knows that he is working with highly explosive forces and that he needs to proceed with as much caution and conscientiousness as a chemist. But when have chemists ever been forbidden, because of the danger, from handling explosive substances, with are indispensable, on account of their effect?» Ja!! Står det i marginen, med min håndskrift. Vi må søke å forstå de sterke kreftene, både de gode og de vonde. Ikke unnvike dem, men jobbe terapeutisk med dem. Det var det jeg satt igjen med, etter mitt første møte med den myteomspunne Freud. Det har vært med meg siden.

*Guri Vindegg utfordrer Line Indrevoll Stänicke til å ta stafettpinne videre.*

# En modig bok

I et felt dominert av svulstige ord og billige oppskrifter, styrer Dvergsdal unna frasene og tar tak i det vanskeligste.



## DAGRUN DVERGSDAL

*Expanding your leadership*  
Abstrakt Forlag, 2014.  
272 sider

**DET ER IKKE** lett å skrive godt om lederutvikling. Dette området domineres av folk som prøver å tjene store penger på en kombinasjon av svulstige ord og billige salgsoppskrifter. Her har Dagrud Dvergsdal gått en annen vei, og har skrevet en modig bok. Den er modig fordi den har prøvd å styre utenom frasene og tatt tak i det aller vanskeligste, nemlig endringen av de enkelte deltakerne.

## KONKRET OG ÅPENHJERTIG

Boka presenterer seg ved første øyekast som en grei oppskrift på hvordan man kan tilrettelegge et lederutviklingsprogram. De 12 kapitlene består av en konkret og detaljert gjennomgang av forventninger, eierskap, gjennomførerne (noe Dvergsdal kaller «et lærende team»), programmets arkitektur, innhold og gjennomføring. Dette vil i seg selv være nyttig for mange. Boka er mer praktisk enn teoretisk, og det faglige fundamentet er en kombinasjon av ulike innfallsvinkler med lange tradisjoner i norsk organisasjonsutvikling, det såkalte «OD»-perspektivet.

På et annet nivå er denne boka også historiefortelling. Den er en pedagogisk dokumentasjon av et stort lederopplæringsprogram som faktisk fant sted i et norsk industrilokomotiv. Det finnes så lite dokumentasjon av lederutvikling, ikke bare i Norge, men i hele verden, at denne historien er verdifull i seg selv. Den er kanskje av begrenset verdi som evaluering i streng forstand, og gjør heller ikke krav på dette. Likevel er den av stor betydning for å forstå hvordan lederutvikling har vært tenkt og utført i industriell praksis. Slike krøniker burde eksistert fra flere bedrifter. Det er modig i seg

selv, både av Dvergsdal og hennes oppdragsgivere, å fortelle en såpass åpenhertig historie fra programmets indre liv.

## MOTKREFTER

Det modigste ved boka er likevel Dagrud Dvergsdals konsekvente vilje til å holde på målsettingen med lederutvikling som karakterbygging. Helt fra første kapittel beskriver forfatteren hvilke motkrefter man møter, og dette blir et gjennomgangstema. Hun beskriver hvordan mange driver utvikling som meningsløse emosjonelle jippoer av typen Robinsonekspedisjoner. Leseren får møte den velvillige, men lettvinde toppledelsen som helst skulle sett at konsulentene visste alt og bare «gjorde det» med deltakerne. Og ikke minst får leseren oppleve hvordan alle deltakerne møter programmet mer eller mindre defensivt og mistenksomt.

Motkreftene representerer et kontinuerlig press mot å slippe tak i det personlige og nære for å erstatte det med narsissistiske floskler og illusjoner om viktighet som alltid omgir lederstillinger. Dagrud Dvergsdals bok derimot støtter opp under lederutvikling som en lavmælt, positiv konstruksjonsprosess, der deltakerne mot slutten virker overrasket over hvilke ressurser de oppdaget i seg selv under reisen.

Dette er modig fordi «motkreftene» – jaget etter fikse oppskrifter på superlederen – er sterkt representert i markedet for lederutviklingsbøker også. Risikoen ved en bok som denne er at den misjonerer for de allerede omvendte, men det får stå sin prøve. Dette er en betimelig nøktern beskrivelse av god lederutvikling i virkelighetens verden. ❌

## ANMELDT AV

Jan Ketil Arnulf,  
førstemanuensis,  
Handelshøyskolen BI



# Kurskalenderen

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonsere med henvisning til kursannonse som trykkes i en kommende utgave og/eller påminnelse om allerede annonsert kurs. Begrenset tekstmengde.

Pris eks.mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:

1 innrykk kr 2 000,  
2 innrykk kr 3 000,  
3 innrykk kr 3 500,  
4 innrykk kr 4 500.

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

## MAI

### Kurs i PsykBase - Regnskap, nye funksjoner og NHH

11. og 12. mai på Scandic Nidelven, Trondheim  
Se PsykBases annonse s. 367 nr. 04/15 og [www.psykbase.no/kurs](http://www.psykbase.no/kurs)

### Demenssykdommer - Utredning, diagnostikk og behandling

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 279 i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Metakognitiv terapi

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 280 i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### NEPSY-II - Nevropsykologisk/ nevrokognitiv undersøkelsesmetode for barn og unge

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 278 i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Forebygging for barn og unge - Rammer for forebyggende arbeid, begreper, verktøy og konkrete eksempler

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 276 i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Hvordan gjennomføre effektive medarbeiderundersøkelser

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 277 i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

## JUNI

### Kurs i PsykBase - Regnskap, nye funksjoner og NHH

1. og 2. juni på Radisson Blu Royal Hotell, Bryggen  
Se PsykBases annonse s. 367 nr. 04/15 og [www.psykbase.no/kurs](http://www.psykbase.no/kurs)

### Fattigdom og omsorgsvurderinger

8. juni Thon Hotel Opera i Oslo kl. 10-16  
For mer informasjon se annonse s. 274 i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
Påmelding til [olofgotestam@gmail.com](mailto:olofgotestam@gmail.com)

## SEPTEMBER

### Den 12. Norske Psykologikongressen - Nøkler til endring

Oslo Kongressenter, 3.-4. september  
Endringsprosesser er en fellesnevner når gode fagfolk fra inn- og utland gjester møteplassen for verdens mest spennende fag.  
For mer informasjon og påmelding se [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

*Norsk Forening for Intensiv dynamisk korttidsterapi (N-ISTDP)*



**Den 4. Nordiske ISTDP-konferansen**  
28.–29. oktober 2015 på Ekebergrestauranten i Oslo

**«Flexible and effective ways to handle anxiety and resistance in psychotherapy using ISTDP»**

Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) er rettet mot å hjelpe pasienter å oppnå dyptgående og varige endringer på kort tid. Denne konferansen gir en innføring i metodens teori og teknikk, inkludert videodemonstrasjoner og mikroanalyser av pasientbehandling. Terapeutens evne til mindful tilstedeværelse og evne til å respondere i terapi vil stå i fokus. La deg inspirere av ledende forelesere innenfor feltet til å forbedre ditt eget kliniske arbeid!

**Forelesere:**

- Jon Frederickson MSW, Washington School of Psychiatry, ISTDP Institute
- Allen Kalpin, MD, ISTDP kliniker og lærer, Ontario, Canada, styremedlem IEDTA

**Deltakeravgift:** kr 3 200

**Informasjon og påmelding:** [www.istdp.no](http://www.istdp.no). Påmeldingsfrist 1. oktober

**Kontaktinformasjon:** [ISTDPconference2015@istdp.no](mailto:ISTDPconference2015@istdp.no)

Konferansen er søkt godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet i Norsk psykologforening.

Norsk Forening for Kognitiv Terapi ønsker velkommen til

**Inspirasjonskonferanse**

**5.-6. NOVEMBER 2015 SCANDIC HOTEL OSLO AIRPORT**

Inspirasjonskonferansen i kognitiv terapi skal være en stimulan og energigiver. Sist kunne vi stolt ønske velkommen over 300 deltakere. Også i år vil det være både inter-nasjonale størrelser og sentrale forelesere fra vårt eget miljø. Fra Nederland kommer Pim Cuijpers, fra Sudan Malik Badri og fra USA Frank Dattilio og Lynne Henderson.

**Øvrige forelesere**

Tore Aune	Stian Solem
Håvard Kallestad	Patrik A. Vogel
Åshild Håland	Else-Marie Løberg
Tore Stiles	Trym N. Jacobsen
Odin Hjemdal	

For program og påmelding:  
[www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no)



NORSK FORENING FOR  
KOGNITIV TERAPI  
Tlf: 90 54 37 54 • [post@kognitiv.no](mailto:post@kognitiv.no)

**Invitasjon til kurs i  
Emosjonsfokuset parterapi (EFT)  
med Jette Simon i Oslo**

**Emosjonsfokuset parterapi (EFT)**

er en empirisk validert metode for parterapi. Metoden ble utformet av Sue Johnson og Leslie Greenberg i begynnelsen av 1980-tallet. I EFT arbeider vi med å fordype den følelsesmessige kontakten mellom partene.

**Grunnkurs:** Kurset går over fire dager. Neste grunnkurs er 12.–15. oktober i Oslo. Pris kr 10 000 inkl. lunsj og kursmateriell.

**Påbyggingskurs:** Dette kurset er for deltakere som har gjennomført grunnkurset, og som ønsker å sertifisere seg i metoden. Påbyggingskurs arrangeres 16.–17. september i Oslo. Pris kr 5 000 inkl. lunsj og kursmateriell.

**Fordypningskurs:** Kurset er for terapeuter som har gjennomført grunnkurs, eller påbyggingskurs. I år vil tema være terapeutens egne reaksjoner i arbeid med par. Kurset finner sted fredag 18. september i Oslo. Pris kr 2 500 inkl. lunsj og kursmateriell.

Mer informasjon om kurs og påmeldingsskjema finner du på: **[www.eftparterapi.no](http://www.eftparterapi.no)**

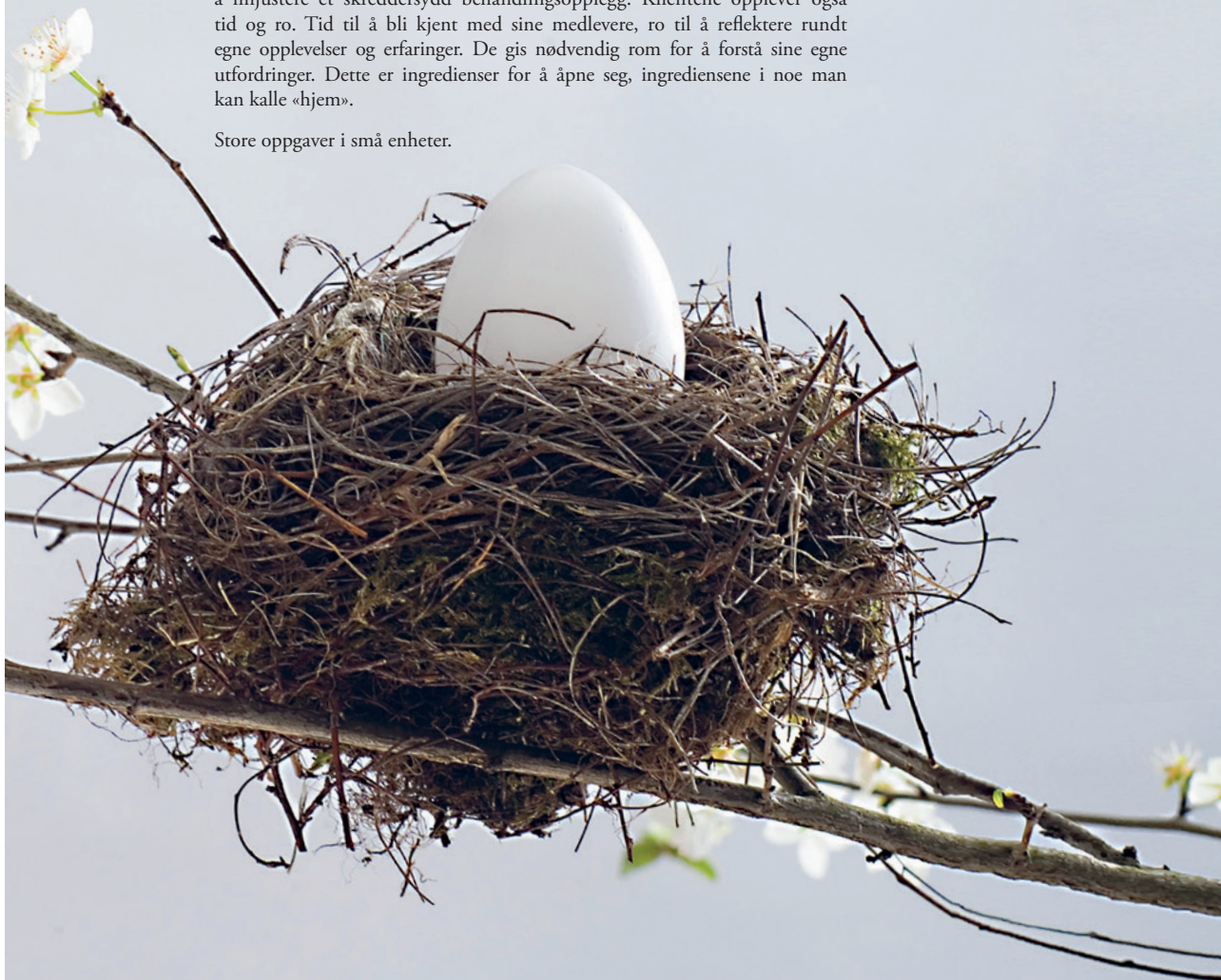
# Å lande trygt. Mellom to stoler.

Dobbeltklient. Smak litt på det ordet. Begrepet eksisterer, men handler kun om ett menneske.

Vi har tatt konsekvensen av at barn og unge med atferdsvansker og traumer ofte er dels i behandling i barnevern, dels i behandling i psykiatri. For disse har vi skapt et tilbud i små, hjemlignende enheter. Her opplever de å bli sett og få nødvendig hjelp, både sosialt og helsemessig.

Våre miljøterapeuter går i medlevertturnus i enhetene, og har dette som en grunnleggende tilnærming. De får tid til å bli kjent med klientene og ro til å finjustere et skreddersydd behandlingsopplegg. Klientene opplever også tid og ro. Tid til å bli kjent med sine medlevere, ro til å reflektere rundt egne opplevelser og erfaringer. De gis nødvendig rom for å forstå sine egne utfordringer. Dette er ingredienser for å åpne seg, ingrediensene i noe man kan kalle «hjem».

Store oppgaver i små enheter.



## Kurs og utdanningstilbud fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), UiO

### Dialektisk atferdsterapi (DBT)

#### Introduksjonskurs i DBT:

**Tid/sted:** 8. september 2015, Oslo

**Pris:** kr 1 500,- inkl. enkel lunsj, kaffe/te

**Påmeldingsfrist:** 20. august 2015

#### Utdanning i DBT:

**Undervisningssted:** Oslo

**Oppstart:** Nytt kull starter 25. januar 2016

**Søknadsfrist:** 15. november 2015

#### Klinikkinternt kurs i DBT:

Ønsker du introduksjonskurs i DBT internt på din klinikk?

For mer informasjon om våre tilbud i DBT, se [www.dbt.no](http://www.dbt.no)

### Kurs i klinisk suicidologi

**Tid/sted:** 21.–23. oktober 2015, Oslo

**Pris:** kr 5 400,- inkl. lunsj, kaffe/te

**Påmeldingsfrist:** 1. september 2015

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

### 8. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging

**Tid/sted:** 18.–19. november 2015, Kristiansand

For mer informasjon,

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

### Utdanning, behandling av komplisert sorg (Complicated Grief Treatment, CGT)

**Undervisningssted:** Oslo

**Oppstart:** 30. november 2015

**Søknadsfrist:** 12. oktober 2015

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

UiO : Universitetet i Oslo

NSSF  Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging



## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

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

**Min medlemsside**

eller send e-post til

[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)



# Seksuelle overgrep. Begått av unge mennesker.

Når unge gutter og jenter forgriper seg mot andre barn, vekkes sterke følelser og reaksjoner. En slik situasjon må nærmes med varsomhet og skreddersydd behandling.

I Behandlingscenteret Små Enheter er sikring og kontroll avgjørende, og gjennomføres også i de unge overgripernes omgivelser. Overgrepsspesifikk miljøterapi skal legge vekt på forpliktelser for de unge overgriperne, og utvikle positive sider. De må forstå egen atferd og risikofaktorer for nye overgrep. De må få selvinnsikt og forståelse om avvikende seksuell opphisselse og grenseoverskridende seksuell atferd. BUP, skole og familie involveres gjennom hele oppholdet. Ofrene skjermes fra overgriperne. Alt for å skape forståelse hos de involverte og for å hindre nye overgrep.

Vi samarbeider med ledende skandinaviske spesialister på området. Den aktuelle behandlingsenheten får veiledning, og behandlingens innhold gis av avdelingsleder og psykiater med støtte i utredningsverktøyet ERASOR.

Store oppgaver i små enheter.



**Behandlingscenteret**  
Små Enheter

*behandlingscenteret.no*

**Senter for Stressreduksjon, [www.scat.no](http://www.scat.no)**

## «Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness» – Kurs i Oslo, 2015–2016

### INTRODUKSJONSKURS

**Høsten 2015: fredag – lørdag, 9.–10. oktober**

**OT:** En selvutviklingsprosess 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.

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

Godkjent av Norsk psykologforening med 42 t. vedlikeholdsutdanning.

**Høstkurset 2015: fredag og lørdag:  
21.–22. august, 18.–19. sept., 23.–24. okt.**

**Vinterkurset 2016: fredag og lørdag:  
8.–9. januar, 5.–6. februar, 4.–5. mars**

**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.

**Kursleder:** Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi.

Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om OT.

**For mer informasjon om kursene kontakt:**

**[ajkroese@online.no](mailto:ajkroese@online.no)**, tlf. 901 51 734 eller **[www.scat.no](http://www.scat.no)**

# TOOLS FOR HOPE

Stiftelsen Retretten ønsker velkommen til NADAs internasjonale konferanse

**29. - 30. MAI 2015**

(Godkjent for 12 timer vedlikehold)



En konferanse hvor fagfolk og brukere fra hele verden møtes med et hovedfokus på forbygging innen rus, psykiatri og kriminalomsorg.

Sted for konferansen:

**Håndverkeren kurs- og konferansesenter  
Rosenkrantz' gate 7, 0159 Oslo**

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



RETRETTE  
Hjelp til videre hjelp

## KRONISK TRAUMATISERING OG STRUKTURELL DISSOSIASJON AV PERSONLIGHETEN

**8-dagers kursrekke med  
Ellert Nijenhuis, Ph.D.**

Bergen, november 2015 – mai 2016

For påmelding og mer informasjon:  
Senter for Krisepsykologi  
[www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no)

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

**facebook**



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

Sett av datoene for årets SEMINAR og ÅRSMØTE i Forening for psykologer i privat praksis (FPP), 22.-24. oktober på Grand Hotell, sentralt i Oslo

## Tema: Hva er en god terapeut?

*Om terapeut-utvikling, og om hva som gjør oss gode – eller det motsatte?*

### Målgruppe:

Psykologer i privatpraksis (heltid og deltid), med og uten driftstilskudd.

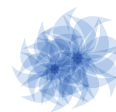
Forskning og kunnskapsinnhenting er omfattende på dette feltet, både nasjonalt og internasjonalt. Vi har invitert forskere og klinikere til å svare på det enkle – og vanskelige – spørsmålet: Hvordan bli gode terapeuter – eller unngå å bli (for) dårlige?

- Bidrag fra: Helge Rønnestad (UiO), Gerd Kvale (UiB og Helse Bergen), Helene Amundsen Nissen-Lie (UiO) og Peder Kjøs (privat praksis og UiO)
- Rikelig rom for erfaringsutveksling og kollegadiskusjon
- Norsk psykologforening gir informasjon om fagpolitiske forhold og nytt fra foreningen
- Festmiddag. God mat og bedre historier

Årsmøtet avvikles torsdag 22. oktober kl. 17-19.

For påmelding:

Se ny annonse i Tidsskriftets august-nummer.



Norsk psykologforening  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo



PEARSON

ALWAYS LEARNING

# Nå kommer WPPSI-IV – på norsk med skandinaviske normer

Nå publiseres den etterlengtede norske versjonen av *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition*, utviklet for å måle den kognitive utviklingen hos små barn i alderen 2:6–7:7 år. WPPSI-IV har gjennomgått omfattende forbedringer og er oppdatert på bakgrunn av forskning og kliniske erfaringer som er gjort siden lanseringen av den forrige versjonen, WPPSI-III.

## Hva er nytt?

Revideringene innebærer et større aldersintervall, flere nye deltester og oppdatering av skalaens faktorstruktur. Instruksjonene er kortere og enklere, og nye inspirerende testmaterialer gjør testen mer engasjerende for barna. Skalaen er også mer brukervennlig for deg som testbruker.

## Flere nyheter i WPPSI-IV

- Terminologien er endret slik at den bedre reflekterer de kognitive evnene som indeksene måler
- Nye indekser for begge aldersgruppene:
  - o Visuospasial indeks
  - o Arbeidshukommelsesindeks
  - o Nonverbal indeks
  - o Grunnleggende evneindeks
- Nye indekser for den eldre aldersgruppen (4:0–7:7 år):
  - o Flytende resonneringsindeks
  - o Basal prosesseringsindeks
- Nye deltester for begge aldersgruppene:
  - o Bildehukommelse
  - o Spatial hukommelse
- Reviderte skåringskriterier
- Forbedrede psykometriske egenskaper
- Nettbasert skåring og rapportering



Les mer og bestill WPPSI-IV på vår hjemmeside!



## Åse Gruda Skards pris for popularisering av psykologisk kunnskap

I 2005 var det 100 år siden Åse Gruda Skard ble født. Norsk Psykologforening opprettet i den anledning Åse Gruda Skards Pris for popularisering av psykologisk kunnskap.

Prisen er en anerkjennelse av psykologer som bidrar til å gjøre psykologisk kunnskap tilgjengelig og til nytte for folk flest. Prisen skal oppmuntre psykologer til å anstrenge seg for å nå ut til alle grupper i folket med psykologisk kunnskap. Prisen tildeles for arbeid som er i Åse Gruda Skards ånd og gjerne bruker nye måter for å spre psykologisk kunnskap.

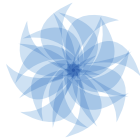
Frist for å foreslå kandidater er **1. juni 2015**. Forslag må begrunnes.

Prisen vil bli utdelt i forbindelse med Psykologikongressen 3.9.2015.

Vinneren vil bli presentert i Tidsskriftet.

Priskomiteen består av Magne Raundalen, Anders Skuterud og Gøril Wiker.

Forslag sendes til [goril@psykologforeningen.no](mailto:goril@psykologforeningen.no) eller til Norsk Psykologforening, Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo. Merk e-post/konvolutter med «Åse Gruda Skards Pris».



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

UTDANNINGSAVDELINGEN

### PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER

#### SPECIALPLASSERING:

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

#### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 22 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 530, samme format i farger kr 3 853.

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

#### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 850, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 350. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 3 550 kan kursannonser annonsert i Tidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

Alle priser er ekskl. mva. Kontakt oss på epost [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

#### ANNONSEFORMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
6	18.05	01.06
7	18.06	01.07
8	20.07	03.08

#### Priser stillingsannonser/profilannonser:

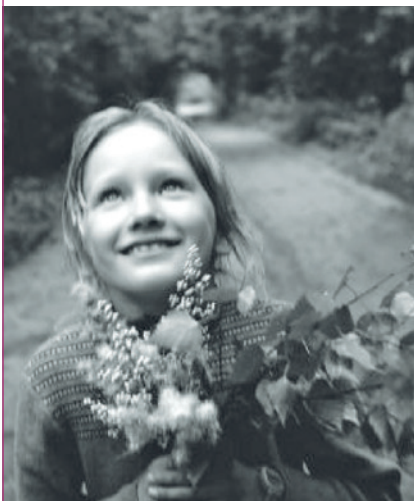
Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 250	14 850
1/2 side	11 850	10 850
1/4 side	10 350	9 650

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



Statens Barnehus Hamar er et av 10 Barnehus på landsbasis. Statens Barnehus Hamar har det geografiske ansvaret for Oppland, Hedmark og nordre del av Akershus/Romerike.

Se [statensbarnehus.no](http://statensbarnehus.no) for mer informasjon.



## Psykologspesialist/psykolog – Statens Barnehus Hamar

Statens Barnehus er et nasjonalt tiltak innenfor tverrfaglig og tverretattlig samarbeid der barn og unge som kan ha vært utsatt for vold og seksuelle overgrep står i sentrum. Vi søker etter en fagperson med interesse for arbeid med barn og unge samt mennesker med utviklingshemming. Som psykologspesialist/psykolog ved Barnehuset vil du være en aktiv bidragsyter til å utgjøre en forskjell for utsatte barn sammen med andre fagfolk. Teamet på Barnehuset er sammensatt slik at det kan drive behandling og oppfølging av barn og familier.

Arbeidsoppgavene er varierende og krever fleksibilitet. De består av å være tilstede/veilede under dommeravhør/barneavhør og deretter vurdere behov for behandling - enten ved Statens Barnehus Hamar eller oppfølging lokalt – samt evt. gjennomføre konsultasjoner, rådgivning og tilrettelagt oppfølging/behandling til Barnehusets brukere. Arbeidsoppgavene er også å ivareta et tverrfaglig samarbeid med kommuner og spesialisthelsetjenesten, vitne i forskjellige saker, gi råd og veiledning til offentlige instanser samt veilede privatpersoner i anonyme saker. Det vil bli lagt stor vekt på personlig egnethet.

### Kontaktinformasjon

Leder Heidi Myhre Teigen, tlf. 62 51 92 60/993 94 953,  
e-post [heidi.myhre.teigen@statensbarnehus.no](mailto:heidi.myhre.teigen@statensbarnehus.no)  
Psykologspesialist Hege Frostad tlf. 62 51 52 60,  
e-post [hege.frostad@statensbarnehus.no](mailto:hege.frostad@statensbarnehus.no)

### Søknadsfrist: 18. mai 2015

For utlysningstekst og elektronisk søknad se: [politijobb.no](http://politijobb.no)

**Vi ønsker elektronisk cv og søknad registrert via vårt elektroniske rekrutteringssystem.**



SØNDRE LAND KOMMUNE  
Hovsbakken 1  
2860 Hov  
Tlf. 61 12 64 00

*Søndre Land tilhører Gjøvikregionen og er en perle med 30 minutter til byen vår Gjøvik, én time til snaufjell og halvannen time til Gardermoen og til hovedstaden. Sentralt, men unna byens larm, svevestøv, trafikkork, kassakøer og manglende parkeringsplasser. Vi har stillhet, full barnehagedekning, frisk luft, godt oppvekstmiljø, rikt kulturliv og flotte muligheter for friluftsliv på åsene og Randsfjorden.*

## 100 % Fast stilling som psykologspesialist/psykolog

se fullstendig utlysningstekst på Søndre Land kommunes hjemmeside [www.sondre-land.kommune.no](http://www.sondre-land.kommune.no)

Søndre Land kommune søker etter en psykolog som bidrar til å styrke det samlede kommunale arbeidet innen psykisk helse / rusfeltet, og som bidrar i helsefremmende og forebyggende arbeid.

### Arbeidsoppgaver:

- Utøve klinisk praksis/konsultasjoner
- Identifisere risikofaktorer for å redusere psykiske helseplager, og iverksette befolkningsrettede og individuelle tiltak
- Styrke fagutviklingen i fagfeltet psykisk helse og rus knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig oppdagelse og intervensjon
- Veiledning av kollegaer

### Kvalifikasjoner:

- Psykolog med embetseksamen
- Erfaring fra bruker-/pasientbehandling innen fagfeltet
- Gode samarbeidsevner
- Evne til å arbeide selvstendig

### Vi tilbyr:

- Varierte og selvstendige arbeidsoppgaver med stort spenn i faglige utfordringer
- Mulighet til å påvirke den faglige utviklingen
- Deltakelse i psykologfaglig nettverk
- Fleksibel arbeidstid

Tilsettingen skjer på vanlige kommunale vilkår ut fra gjeldende lover, regler og avtaleverk, pensjonsordning (KLP), herunder bestemmelser om ferie.

**Søknadsfrist 26.05.15.** Alle søknader skal sendes elektronisk via vårt søkesystem.

Bekreftede kopier av vitnemål og attester fremlegges ved intervju.

Nærmere opplysninger om stillingen ved kommunalsjef helse, omsorg og velferd Randi Marta Berg, tlf. 611 26 554.



Foto: Eilend Haaberg

*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 framtidsrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.*

**Psykiatrisk senter Ytre Helgeland - BUP Sandnessjøen**

## Psykologspesialist/ psykolog

Sandnessjøen ligger på Helgelandskysten, i et vakkert øyrike som har rike muligheter for friluftsliv på fjell, land og vann.

### Overordnet faglig profil:

Vi følger nasjonale helsemyndigheters føringer med hensyn til utredning, diagnostikk og behandling. Det innebærer at vi bestreber oss på å jobbe etter prinsippet beste praksis hvor utgangspunktet er nasjonale veiledere og kliniske retningslinjer, og hvor en konkretisering av forsvarlighetsbegrepet står sentralt. Vår virksomhet holder et godt faglig nivå og satser på videre kompetanseutvikling.

### Mest aktuelle arbeidsoppgaver:

- Diagnostiske vurderinger og utredninger for å kunne tilrettelegge behandlingstiltak
- Individuell terapi, gruppeterapi og familierterapi
- Tverrfaglig samarbeid internt og eksternt
- Bidra faglig gjennom veiledning, undervisning og teamarbeid
- Delta i faglig utviklingsarbeid og planlegging

### Vi tilbyr:

- Spennende faglig fellesskap med varierte og utfordrende arbeidsoppgaver hvor du aktivt tar del i vår faglige utvikling generelt og i ulike prosjekter.
- Intern og eksternt veiledning
- Studiepermisjon, 4 md. etter 5 år for spesialister
- Godt kollegialt fellesskap med stor takhøyde

For nærmere opplysninger om stillingen kontakt avdelingsleder Gunnar Holmvik, tlf. 75 06 54 50/476 20 801.

**Søknadsfrist: 25. mai 2015**

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [helgelandssykehuset.no/jobb](http://helgelandssykehuset.no/jobb)  
Vi ønsker ikke kontakt med annonsesølgere!



**HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE



frantz.no

Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssjukehus eies av Helse Vest, og har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Sør-Rogaland. Med 7300 ansatte er vi en av regionens største virksomheter. Foretaket har fire hovedoppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, pasientopplæring og forskning. Vår visjon er at vi gjennom disse oppgavene skal fremme helse og livskvalitet.

## Sandnes DPS, Poliklinikken voksne

# Psykologspesialist

### OM STILLINGEN

Til utfordrende og varierte arbeidsoppgaver i Psykiatrisk poliklinikk for voksne i Sandnes DPS søkes klinisk Psykologspesialist til fast stilling som er blitt ledig.

### KVALIFIKASJONER

Klinisk psykologisk spesialistgodkjenning ønskes, men også andre som er i gang med spesialisering kan søke. Gode norskkunnskaper skriftlig og muntlig er en forutsetning. Klinisk videreutdanning er en fordel i likhet med gode datakunnskaper.

### KONTAKTPERSONER

Marthe Horneland Poliklinikkleder Tlf. 48177656  
Sigve Dagsland Sjefspsykolog Tlf. 51974004

**SØKNADSRIST: 13.05.2015**

For å lese mer og søke på stilling se [www.sus.no](http://www.sus.no)



**HELSE STAVANGER**  
Stavanger universitetssjukehus

### - Trygghet når du trenger det mest

*Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.*

### Kristiansand

## Psykologspesialist/psykolog - DPS Strømme, Ambulant akutteam

Vi har ledig for psykologspesialist/psykolog 2 x 100 % fast stilling. Målgruppen er mennesker i akutte psykiske kriser, og hovedoppgaven vil være ø-hjelpsvurderinger, diagnostisk kartlegging/utredning og korttidsbehandling.

Teamet bistår med råd og veiledning ovenfor samarbeidspartnere og disponerer bil for ambulerende virksomhet.

Opplysninger: Linda Esperaas, enhetsleder, tlf. 38 12 53 93 eller Rannveig Finsådal, konsulent, tlf. 38 12 53 93.

**Søknadsfrist: 29.05.2015**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no/jobb](http://www.sshf.no/jobb)

**Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.**



**SØRLANDET SYKEHUS**

frantz.no



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Psykisk helsevern

## Distriktpsikiatrisk senter Gjøvik, Poliklinikk Gjøvik

Poliklinikk Gjøvik er organisert med 3 allmenpsykiatriske team, rusmiddelteam, LAR team, OCD team og gruppeteam. Poliklinikken har tilsammen 46 behandlerstillinger med 8 psykologstillinger, 5 psykologspesialiststillinger, 5 overlegestillinger, 2 LIS, psykiatriske sykepleiere, sosionomer, ergoterapeut og vernepleier. Poliklinikken ligger i moderne og trivelig lokaler ved siden av sykehuset.

### Psykolog

100 % stilling. 1 års vikariat fra 01.07.15.

Ref.nr. 2553363943.

**Kontakt:** Enhetsleder Roger Munkvold, tlf. 61 15 82 00 / 958 98 528.

#### Søknadsfrist: 25. mai 2015

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

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeföreningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden. Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert før søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse.



FRANZ.no



Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Psykisk helsevern

## Distriktpsikiatrisk senter Elverum- Hamar Poliklinikk Hamar 1

I vår poliklinikk for allmenpsykiatri ved Distriktpsikiatrisk senter Elverum-Hamar ønsker vi å rekruttere inn deg som er psykologspesialist, og som kan være med å gi og utvikle vårt tilbud til innbyggerne i Hamar- og Stange kommune. Vi er 21 ansatte ved enheten, hvorav 10 av dem er psykologer. DPS Elverum-Hamar har allmenpsykiatriske poliklinikker i Hamar og Elverum. I tillegg har vi spesialiserte poliklinikker og sengeposter for allmenpsykiatri og akutte tjenester.

### Psykologspesialist

100 % fast stilling.

Ref.nr. 2595318449.

#### Kontakt:

Rune Leistad Amundsen, tlf. 62 53 73 22 / 975 10 991

#### Søknadsfrist: 31 mai 2015

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

Gå inn på våre hjemmesider [www.sykehuset-innlandet.no](http://www.sykehuset-innlandet.no) for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeföreningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden. Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert før søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tiltredelse.



FRANZ.no



BETANIA  
MALVIK

#### NY og spennende satsning!

Betania Malvik er en helsevirksomhet innen spesialisthelsetjenesten som er opptatt av kunnskapsbasert pasientbehandling, forskning og fagutvikling. Virksomheten gir behandling og rehabilitering innen psykisk og fysisk helse, og har oppgaver innenfor både pasientbehandling, opplæring og fagutvikling. Betania Malvik har avtaler med Helse Midt-Norge RHF.

## Psykolog/ psykologspesialist

100 % fast stilling ved Enhet for Rehabilitering

#### Arbeidsoppgaver:

Pasientbehandling med fokus på mestring  
Teamarbeid  
Fagutvikling  
Deltakelse i videreutvikling av  
behandlingstilbudene

#### Kvalifikasjoner:

Psykolog/psykologspesialist med norsk autorisasjon  
Klinisk erfaring  
Erfaring med tverrfaglig samarbeid  
Interesse for forskning og fagutvikling  
Gode norskkunnskaper  
Gode samarbeidsevner og personlig egnethet vektlegges

#### Vi tilbyr:

Spennende faglige oppgaver  
Tverrfaglig teamarbeid  
Egen kompetanseutvikling og mulighet for spesialisering  
Du blir en del av et erfarent psykologfaglig miljø med mulighet for veiledning  
Deltakelse i prosjektarbeid  
Lønn etter avtale  
Pensjonsordning i KLP

#### For ytterligere opplysninger:

direktør Ingfrid Eggen Skogrand, tlf. 470 23 133 og [www.betaniamalvik.no](http://www.betaniamalvik.no)

Søknad sendes Betania Malvik, 7563 Malvik innen **20. mai 2015**.

*Den som ansettes må være lojal mot virksomhetens kristne verdigrunnlag.*



## Lovisenberg Diakonale Sykehus

Pionér i kompetanse og omsorg

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,5 mrd.kr. og ca. 1 280 årsverk. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er lokalsykehus for 170 000 innbyggere i flere sentrumsbydeler i Oslo innen indremedisin og psykiatri. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO. Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommersiell formål. Se [www.LDS.no](http://www.LDS.no).

### Lovisenberg DPS - Raskere tilbake: Psykologspesialist

Lovisenberg DPS har siden 2007 drevet landets største Raskere tilbake tiltak innen psykisk helse. Målgruppen er pasienter med lettere psykiske lidelser som enten er sykemeldt eller i fare for å bli sykemeldt. Behandlingstilbudet er målrettet, tidsavgrenset psykoterapi samt pasientkurs for ulike lidelser/plager. Per år behandler vi ca. 2 000 pasienter med ca. 20 000 konsultasjoner. Vi har per i dag 45 medarbeidere, av hvilke 14 jobber fulltid på dagen, og resten er engasjert på deltid i kveldspoliklinikk. Det drives forskning på klinikken, og det er tilknyttet forskningsrådgiver med professorskompetanse.

Psykologspesialist  
(Prosjektstilling, 100%, 2 år med mulighet for forlengelse.  
Tiltredelse etter avtale.

Vi søker psykologspesialist til stilling knyttet til Raskere tilbake. Arbeidsoppgaver vil være både klinisk arbeid og pasientadministrasjon (inntaksarbeid, koordinering av pasientkurs, veiledning etc.). Erfaring fra inntaksarbeid og faglig ledelse er meritterende, samt erfaring og utdanning innen tidsavgrenset psykoterapi.

Vi ser etter medarbeidere som er faglig oppdatert, har høy arbeidskapasitet og som liker å jobbe selvstendig. Samarbeidsevne og personlig egnethet vektlegges.

Vi tilbyr et godt og engasjerende arbeidsmiljø, med spennende arbeidsoppgaver og mange erfarne medarbeidere.

Raskere tilbake poliklinikken har lokaler sentralt beliggende i Spångbergveien 25 ved Voldsløkka i Oslo.

Fylke:Søknadsfrist: 15.05.2015  
Tiltredelse: 01.09.2015 - 01.09.2017

Kontaktperson:  
Seksjonsleder/psykologspesialist Mattias Victor, tlf. 24 07 44 00, mail: [vicm@lds.no](mailto:vicm@lds.no), eller  
inntaksansvarlig/psykologspesialist Live Hoaas, tlf. 24 07 44 00.

Søk via [www.LDS.no](http://www.LDS.no) innen 15.05.2015

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



Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelta i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)

### DPS Søre Sunnmøre døgnsesjon

Klinikk for psykisk helsevern

## Psykologspesialist/psykolog

Vi har ledig fast 100 % stilling for psykologspesialist/psykolog med start etter avtale. St. nr. 2015/1633.

#### Arbeidsoppgåver

- Behandling og utredning av pasientar i døgnsesjon
- Ettervern: Samhandling og tverrfagleg samarbeid med kommunale tenester, fastlegar og pårørande
- Deltaking i kvalitetsforbetningsarbeid

#### Kontaktinformasjon:

Grete Ryste Flåskjer, sek.leiar, [grete.ryste.flaskjer@helse-mr.no](mailto:grete.ryste.flaskjer@helse-mr.no)

Søknadsfrist: 1. mai 2015

Søknad blir sendt elektronisk via [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)  
- der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg sammen med søknaden.

Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.



HELSE MØRE OG ROMSDAL



## 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 innkallsbrev.

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](mailto:firmapost@adprofil.no)

Ved bestilling av individuelle stempler - kontakt: [winnie@psykologtidsskriftet.no](mailto:winnie@psykologtidsskriftet.no)





**Bufetat**  
Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

Familievernkontoret Asker og Bærum har ledig fast 100 % stilling som

## PSYKOLOGSPESIALIST

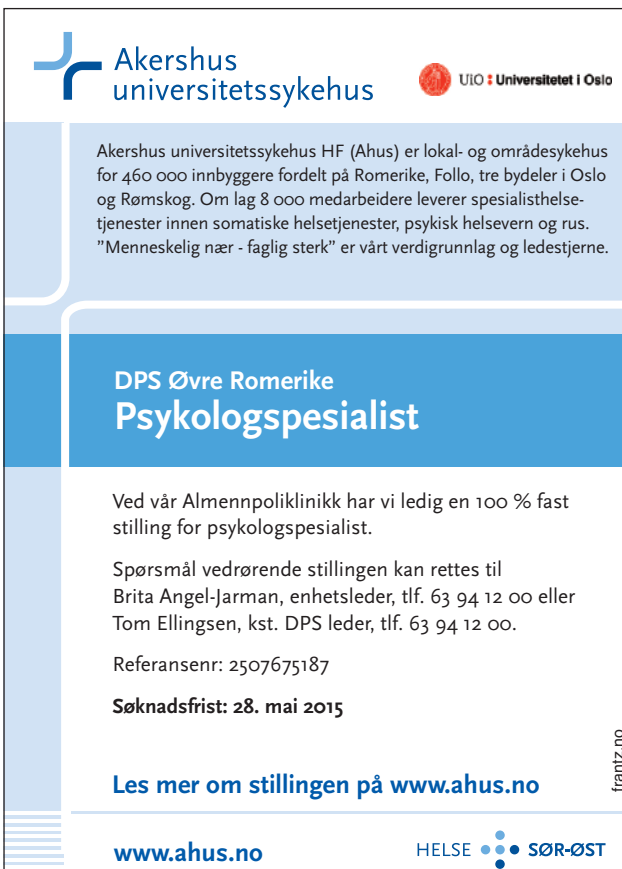
Arbeidsoppgaver vil bl.a. være

- Terapeutisk arbeid med par, familier og enkeltpersoner med samlivs- og relasjonsproblemer
- Mekling for foreldre etter ekteskapslov og barnelov
- Utadrettet og forebyggende virksomhet
- Deltakelse i intern fagutvikling

Kontaktperson for stillingen er leder Wenche Blaauw, tlf 466 16 337.  
Søknadsfrist: 18.05.2015

*Se fullstendig utlysning og søk på [Bufetat.no/ledigestillinger](http://Bufetat.no/ledigestillinger)*

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



**Akershus universitetssykehus** UIO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er lokal- og områdesykehus for 460 000 innbyggere fordelt på Romerike, Follo, tre bydeler i Oslo og Rømskog. Om lag 8 000 medarbeidere leverer spesialisthelsetjenester innen somatiske helsetjenester, psykisk helsevern og rus. "Menneskelig nær - faglig sterk" er vårt verdigrunnlag og ledestjerne.

## DPS Øvre Romerike Psykologspesialist

Ved vår Almennpoliklinikk har vi ledig en 100 % fast stilling for psykologspesialist.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Brita Angel-Jarman, enhetsleder, tlf. 63 94 12 00 eller Tom Ellingsen, kst. DPS leder, tlf. 63 94 12 00.

Referansnr: 2507675187

**Søknadsfrist: 28. mai 2015**

**Les mer om stillingen på [www.ahus.no](http://www.ahus.no)**

[www.ahus.no](http://www.ahus.no) HELSE SØR-ØST

frantz.no

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 mennesket

## Psykologspesialist/ erfaren psykolog ved Polikliniken Raskere tilbake

Ønsker du å jobbe med kortidsterapi i et engasjerende fagmiljø?

Ved Polikliniken Raskere tilbake er det ledig et 2-årig engasjement med mulighet til fast ansettelse.

Vi søker erfaren og engasjert psykologspesialist/psykolog med et ønske om å gi virksom behandling som bidrar til økt jobbmeistring. Polikliniken Raskere tilbake er en enhet ved Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus. Poliklinikken tilbyr kognitiv kortidsterapi til pasienter med angstlidelser og depresjon. Det gjennomføres fagutviklingsprosjekter og forskningsmessig evaluering av behandlingstilbudet.

Arbeidsoppgaver

- Korttidsbehandling av angstlidelser og depresjon
- Utviklingsarbeid innen fagområde psykiske helse og arbeid
- Veiledning og kursvirksomhet

Kvalifikasjoner

- Bred erfaring innen poliklinisk arbeid med voksne
- Interesse for og utdanning innen kognitiv terapi eller metakognitiv terapi

Vi tilbyr

- Et aktivt og spennende fagmiljø bestående av engasjerte ansatte med høy faglig kompetanse
- Mulighet for å delta i fagutvikling og klinikknær forskning
- Et trygt arbeidsmiljø og et oversiktlig og veldrevet lokalsykehus med få ledernivå

Kontaktperson: Enhetsleder Ragne Gjengedal, tlf. 22029800/90023259 eller ass.enhetsleder Lars Røv, tlf. 22029800

Les mer om stillingen på [www.diaconhjemmetsykehus.no](http://www.diaconhjemmetsykehus.no) hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

**Søknadsfrist: 20.05.15.**

Søknader behandles fortløpende.



**Diakonhjemmet  
Sykehus**

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Vesterålen DPS

## Psykologspesialist

100 % fast stilling.

Som psykologspesialist ved Vesterålen DPS vil du få varierte arbeidsoppgaver i en tverrfaglig sammensatt poliklinikk. Dine kollegaer har ulik fagbakgrunn og lang erfaring. Vi samarbeider godt internt og eksternt, samt jobber strukturert med pasientbehandling.

Arbeidsoppgaver består av inntaksansvar, klinisk arbeid, signeringsansvar, samt intern og eksternt veiledning og undervisning.

Vi er behjelpelig med å skaffe bolig og det er full barnehagedekning i Hadsel kommune.

Se vår hjemmeside [vdps.no](http://vdps.no) for mer informasjon og bilder.

For nærmere opplysninger om stillingen kontakt avdelingsleder Rose Marie Johnsen, tlf. 971 58 515 eller enhetsleder Marit Lovise Fleines, tlf. 996 38 492.

**Søknadsfrist: 15. mai 2015**

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema: [www.nlsh.no](http://www.nlsh.no)

frantz.no



Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Nordlandssykehuset Bodø,  
PHR Spesialpsykiatrisk avdeling

## Psykologspesialist psykosebehandling

• 100 % fast stilling.

Stillingen er knyttet til Enhet for psykoser 1 og 2, Enhet for psykose 1 har 6 sengeplasser. Målgruppe er pasienter som har vært gjennom diagnostisering og har en psykoselidelse. Det kan være pasienter med behov for ny diagnostisk vurdering, tilbakefall i sykdom grunnet seponering av medisin eller andre svingninger i sykdomsforløpet, pasienter med behov for endringer, justering eller rydding i medisineringen. Tilbudet er i utgangspunktet tiltenkt pasienter fra 30 år og oppover.

Arbeidet består av utredning, diagnostisering og behandling av pasienter som henvises til enheten.

For nærmere opplysninger kontakt avdelingsleder Knut Kjerpeseth, tlf. 901 08 138 eller ass. avdelingsleder Rune Holm, tlf. 951 87 083.

**Søknadsfrist: 24. mai 2015**

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema: [www.nlsh.no](http://www.nlsh.no)

frantz.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.*

Distriktpsikiatrisk senter Fredrikstad

## Nevropsykolog/ psykologspesialist/ psykolog

100 % stilling ledig.

Kontaktinformasjon:  
Seksjonsleder Randi Maarud, tlf. 909 91 257.

**Søknadsfrist: 19. mai 2015**

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

frantz.no



PSY  
KOL  
OGI

**SØKER DU JOBB?**

Ønsker du å lese stillingsannonser fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonser som trykkes i Tidsskriftet finner du også på [www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)

Send e-post til [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) og meld din interesse.



**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**

**Tuva Emilie Haugdahl  
Røskar**  
tuva.roskar@gmail.com  
416 61 585

**Rikke Pauline Sandvik**  
rikkepsandvik@gmail.com  
905 74 666

**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**  
**Trygve A. Sætherskar**  
tsaetherskar@hotmail.com  
472 52 963

**Aust-Agder**  
**Else Håvås**  
elsehav@hotmail.com  
920 44 329

**Buskerud**  
**Elisabeth Pettersson**  
elisp2@online.no  
950 68 460

**Finnmark**  
**Kristine Knappskog**  
kristineknappskog@gmail.  
com  
977 93 644

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

**Hordaland**  
**Bjarte Bruntveit**  
bjarte.bruntveit@helse-  
bergen.no  
909 98 052

**Møre og Romsdal**  
**Magne Storvik**  
magne.storvik@helse-mr.no  
482 82 553

**Nord-Trøndelag**  
**Stein Aage Henriksen**  
stein.aage.henriksen@nav.no  
472 37 900

**Nordland**

**Ruth Ellen Steinsvik**  
ruth.ellen.steinsvik@  
bufetat.no  
466 15 670 (arb.) / 943 67 322  
(priv.)

**Oppland**  
**Gro Fodstad Eng**  
gro@gjovik-psykolog.no  
417 62 971

**Oslo**  
**Inge-Arne Teigset**  
psykolog.teigset@gmail.com  
22 02 92 44

**Rogaland**  
**Klara Overland**  
klara.overland@uis.no  
406 08 818

**Sogn og Fjordane**  
**Karen-Merete Bruland**  
karen-merete.bruland@  
bufetat.no  
991 08 520

**Sør-Trøndelag**  
**Morten Thorsen**  
morten.thorsen@nav.no  
73 43 81 80

**Telemark**  
**Birgitte Lindø**  
birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

**Troms**  
**Elisabeth Growen Borch**  
elisabeth@njaal.net  
988 75 422

**Vest-Agder**  
**Ann Birgithe S. Eikhom**  
abseikhom@gmail.com  
971 29 052

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

**Østfold**  
**Harald Sandnes**  
hasandne@online.no  
930 94 209

**FAGETISK RÅD**

**Gisken Holst**, leder  
Rådgivningstelefon  
480 58 723, onsdager  
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG  
FOR FAGETISKE  
KLAGESAKER**

**Knut Dalen**, leder, e-post  
knut.dalen@nevropsykolog.  
no, tlf. 958 06 868

**LØNNS- OG ARBEIDS-  
MARKEDSUTVALGET**

**Rune Frøyland**, leder,  
tlf. 450 30 522  
**Birgit Aanderaa**, nestleder,  
tlf. 917 12 983  
**Bjarte Bønes Bruntveit**,  
Spekter-helse, tlf. 909 98 052  
**Ingvild Gregersen**, Spekter-  
helse, tlf. 957 27 801  
**Lone Løvschall**, KS,  
tlf. 952 28 184  
**Marianne Sand**, Stat,  
tlf. 930 56 103  
**Helene Kindle-Skau**, Virke/  
HUK, tlf. 924 28 703  
**Knut Follesø**, Privatpraksis,  
tlf. 920 37 744  
**Erik Holand**, Helse Nord,  
tlf. 958 28 018  
**Mats Larssen**, Helse Sør-Øst,  
tlf. 952 80 577

**FORHANDLINGS-  
UTVALG FOR PRIVAT  
PRAKSIS**

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

**SPELIALITETSRÅDET**

**Birgit Aanderaa**, leder,  
e-post biraan@ous-hf.no,  
tlf. 917 12 983

**KVALITETSUTVALGET**

**Birgit Aanderaa**, leder,  
e-post biraan@ous-hf.no,  
tlf. 917 12 983

**SPESIALIST-  
UTVALGENE***Felleselementene*

**Geir Høstmark Nielsen**,  
leder, e-post geir.nielsen@  
psych.uib.no, tlf. 911 48 183

*Klinisk barne- og  
ungdomspsykologi*

**Krister Westlye Fjermestad**,  
leder, e-post kjf@frambu.no,  
tlf. 942 01 947

*Klinisk familiepsykologi*

**Hans Christian Lunder**,  
leder, e-post hans.chr.  
lunder@hotmail.com,  
tlf. 994 82 181

*Psykologisk arbeid med rus  
og avhengighetsproblemer*

**Eva Karin Løvaas**,  
leder, e-post eva.karin.  
loevaas@bergenclinics.no,  
tlf. 55 90 88 00

*Klinisk eldrepsykologi*

**Eli Soldal**, leder, e-post  
eli@soldal.org, tlf. 481 11 153

*Klinisk psykologi  
med psykoterapi*

**Roar Olsen**, leder,  
e-post roar9@online.no,  
tlf. 920 95 894

*Klinisk voksenpsykologi*

**Elisabet Engelstad  
Romøren**, leder, e-post  
elisabet@romoren.no,  
tlf. 977 53 107

*Klinisk nevropsykologi*

**Jørgen Sundby**, leder,  
e-post jorgen.sundby@uit.no,  
tlf. 992 68 772

*Psykologisk habilitering*

**Nils-Øivind Offernes**, leder,  
e-post nils@offernes.com,  
tlf. 958 40 362

*Klinisk arbeidspsykologi*

**Marit Hannisdal**, leder,  
e-post marit.hannisdal@nav.  
no, tlf. 950 65 234

*Klinisk samfunnspsykologi*

**Kjersti Hildonen**, leder,  
e-post kj\_hildonen@hotmail.  
com, tlf. 907 85 288

*Organisasjonspsykologi*

**Rudi Myrvang**, leder, e-post  
rudi.myrvang@cut-e.no,  
tlf. 906 03 555

**GODKJENNINGS-  
UTVALGET**

**Odd Arne Tjersland**,  
leder, e-post o.a.tjersland@  
psykologi.uio.no,  
tlf. 977 37 785

**ANKEUTVALGET FOR  
SPESIALISTSAKER**

**Kim Larsen**, leder, e-post  
kim.larsen@so-hf.no,  
tlf. 69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR  
RETTSPSYKOLOGI OG  
SAKKYNDIGHET**

**Kirsten Rasmussen**, leder,  
e-post kirsten.rasmussen@  
svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

**STUDENTPOLITISK  
UTVALG**

**Tuva Emilie Haugdahl  
Røskar**, NTNU, leder, e-post  
tuva.roskar@gmail.com,  
tlf. 416 61 585

**FORSKNINGSPOLITISK  
UTVALG**

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

**MENNESKERETTIG-  
HETSUTVALGET**

**Nora Sveaass**, leder, e-post  
nora.sveaass@psykologi.uio.  
no, tlf. 958 09 001

**TESTPOLITISK UTVALG**

**Jens Egeland**, leder, e-post  
jens.egeland@piv.no,  
tlf. 908 91 121

**YNGRE PSYKOLOGERS  
UTVALG**

**Henriette Linnea Alsaker**,  
leder, e-post ypu@  
psykologforeningen.no,  
tlf. 997 22 725

**VALGKOMITEEN  
I NORSK  
PSYKOLOGFORENING**

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

**SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**Gøril Wiker**,  
kommunikasjonssjef,  
e-post goril.wiker@  
psykologforeningen.no  
**Per Halvorsen**, webredaktør,  
e-post per.halvorsen@  
psykologforeningen.no

*Administrasjonsavdeling*

**Heidi Mølmann**,  
administrasjonssjef,  
e-post heidi.molmann@  
psykologforeningen.no  
**Toril Dyrhovd**,  
nestleder, epost toril@  
psykologforeningen.no

*Forhandlingsavdeling*

**Christian Zimmermann**,  
forhandlingssjef

**Joakim Solhaug**, nestleder  
Kontakt  
forhandlingsavdelingen@  
psykologforeningen.no

*Fagpolitisk avdeling*

**Andreas Høstmælingen**,  
fagsjef, e-post andreas@  
psykologforeningen.no

*Utdanningsavdeling*

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

**NORSK  
PSYKOLOGFORENING**

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

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

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

**Trine Anstorp**, Regionalt ressurscenter 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 kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
**Leif Edward Ottesen Kennair**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Stein Knardahl**, Statens arbeidsmiljøinstitutt  
**Gerd Kvale**, Universitetet i Bergen  
**Øyvind Kvello**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Kim Larsen**, Sykehuset Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**, Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**, Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**, Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**, Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**, Handelshøyskolen BI  
**Willy-Tore Mørch**, Universitetet i Tromsø  
**Simon-Peter Neumer**, RBUP Øst og Sør, Oslo  
**Geir Høstmark Nielsen**, Universitetet i Bergen  
**Hans Nordahl**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Inger Hilde Nordhus**, Universitetet i Bergen  
**Terje Ogden**, Atferdssenteret – Unirand  
**Ståle Pallesen**, Universitetet i Bergen  
**Magne Raundalen**, Senter for krisepsykologi  
**Sissel Reichelt**, Universitetet i Oslo  
**Ivar Reinvang**, Universitetet i Oslo  
**Astrid M. Richardsen**, Handelshøyskolen BI  
**Jan H. Rosenvinge**, Universitetet i Tromsø  
**Bjørn Rishovd Rund**, Universitetet i Oslo

**Frida Gullestad Rø**, Universitetet i Oslo  
**Michael Helge Rønnestad**, Universitetet i Oslo  
**Gro Mjeldheim Sandal**, Universitetet i Bergen  
**Per Øystein Saksvik**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Borrik Schjødt**, Haukeland universitetssykehus  
**Jan Skjerve**, Universitetet i Bergen  
**Ingunn Skre**, Universitetet i Tromsø  
**Arvid Skutle**, Stiftelsen Bergensklinikkene  
**Lars Smith**, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse  
**Håkan Sundberg**, Universitetet i Bergen  
**Frode Svartdal**, Universitetet i Tromsø  
**Nora Sveaass**, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo  
**Stephen von Tetzchner**, Universitetet i Oslo  
**Odd Arne Tjersland**, Universitetet i Oslo  
**Bente Træen**, Universitetet i Oslo  
**Merete Øie**, Sykehuset Innlandet HF  
**Simon Øverland**, Universitetet i Bergen

**Til bidragsyterne:** Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no). Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav ([psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no), se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagve.

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1425 per år, bedriftsabonnement kr 2150, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

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

**Frist for innlevering av annonser:**  
18.05, 18.06, 20.07, 18.08, 18.09, 19.10, 18.11