



PSYKOLOGI

Vol.52 nr.6 2015

Etterlattes opplevelse av besøk til Utøya

*Vitenskapelig artikkel,
side 486*

DATASPILL, ATTRAKSJON OG AVHENGIGHET

side 468 og 470

Departementet tester kommune- styrt DPS

Aktuelt, side 510

- Tokjønns- modellen står for fall

Debatt, side 514

ISSN 0332-6470



9 770332 647006

06

PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 6** 2015

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

Fagredaktører Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429
og Peder Kjøs, peder@psykologtidsskriftet.no, tlf. 911 73 609

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

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl,
oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978, Nina Elisabeth Strand,
nina.strand@psykologtidsskriftet.no, tlf. 979 59 515 og Arne Olav Hageberg,
arneolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 958 21 895.

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
e-post 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 O7 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.

Besøkelsestiden

STORTINGSMELDING 26. «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet», ble nylig lansert. Det er all mulig grunn til å stille seg bak mange av føringene i meldingen. Som at kropp og sjel skal føres sammen i et hele, avsnitt som nærmest lyder som en lærebok i helsepsykologi. Eller når man tar på alvor at vår tids helseutfordringer gir «behov for en annen type og flerfaglig oppfølging». Helsekompetanse er ikke lenger medisinsk alene, men inkluderer for eksempel psykologer og fysioterapeuter i «helseteamene» som skal levere helse- og omsorgstjenester til befolkningen.

Psykologprofesjonen kan derfor fortsette leken med yrkestitler som allmennpsykolog, helsepsykolog, fastpsykolog og kommunepsykolog; begrepsammenstillinger som signaliserer både nye arbeidsarenaer og nye arbeidsoppgaver. Da gjelder det å forvalte disse mulighetene godt. For regjeringen, kommunene og samfunnet ønsker seg ikke disse endringene for å skape nye arbeidsplasser for psykologstanden, men fordi de mener at psykologien trengs for å løse de fremtidige helseutfordringene: «Gjennom å innføre krav om psykologkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil regjeringen bidra til en nødvendig kompetanseheving i kommunenes psykisk helse og rustjenester og samtidig gi kommunene et viktig verktøy i folkehelsearbeidet.»

Når psykologer ses som en selvfølgelig del av helsetjenestene, bør man samtidig ta ansvar for å dokumentere tiltakenes effekt. Nettopp det at man kunne dokumentere at strukturert psykologisk behandling virker, var en viktig grunn til at britene i sin tid satset på lavterskeltilbudet «Improving Access to Psychological Therapies» (IAPT). «Det er godt å ha vunnet den politiske kampen, men tenk hvis vi ikke får det til! Det er nå jeg blir nervøs, for vi får neppe denne muligheten igjen, i hvert fall ikke i min levetid», sa Dave Clark til Psykologtidsskriftet mai 2008. Det samme kan trolig sies i kjølvannet av Stortingsmelding 26.

I tillegg bør psykologer merke seg hvor sterkt regjeringen betoner at det er pasientens helsetjeneste som skal skapes. Rett nok mener enkelte at ledelse, tverrfaglighet og kompetanse er de viktigste temaene i meldingen. Disse bør se igjennom meldingen en gang til: Det er brukernes innspill, ikke helseprofesjonenes uttalelser, som innleder meldingen. Som også Anne-Grethe Terjesen vektlegger i denne utgaven: «Bruker- og pårørendestemmen skal i det hele tatt høres på en helt annen måte enn tidligere» (se side 530). Når psykologer nå gis muligheter til nye arenaer og nye roller, bør brukermedvirkning alt fra starten av være det bærende prinsippet i rolleutforming og tjenesteutviklingen. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Samfunnet ønsker ikke disse endringene for å skape nye arbeidsplasser for psykologstanden, men fordi de mener at psykologien trengs for å løse de fremtidige helseutfordringene

497



ILLUSTRASJONSFOTO: YAY MICRO

FRISTENDE

I en tid der mulighetene synes uendelige og valgene står i kø, er evnen til selvregulering viktigere enn noen gang, skriver Agathe Backer-Grøndahl og Ane Nærde ved Atferdssenteret i et fagessay om barns selvregulering.

480



ILLUSTRASJON: BENDIK KALTENBORN

SIN EGEN MÅTE

Daglig møter psykologspesialist Anders Landmark foreldre som tar for gitt at det de selv tenker og føler i en situasjon, er det samme som det barnet tenker og føler. Hvordan kan terapeuten hjelpe dem til å forstå barnets subjektive erfaringer?

Fra praksis.

530

DEN BRYSSOMME ANSATTE

«Ansatte som peker på kritikkverdige forhold setter seg i en sårbar posisjon og risikere å bli oppfattet som illojale. Derfor er det avgjørende med trygge ledere som skaper rom for å uttrykke uenighet, internt så vel som i offentligheten.»

Nina Strand kommenterer med utgangspunkt i en fersk personalsak ved Stavanger Universitetssykehus



ILLUSTRASJONSFOTO: FLICKR.COM/ODDHARMONIC

SE FATTIGDOMMEN!

Det er ikke lett å gi barna god omsorg om man knapt har råd til mat. Psykologer kan stå i fare for å se samspillproblemer der de burde se økonomiske problemer.

*Aktuelt sak om
barnefattigdom i Norge.*

Innhold

- 465 **Besøkelsestiden**
Leder | Bjørnar Olsen
- 468 **Spillprofessoren**
Nå: Faltin Karlsen om dataspillkultur | Øystein Helmikstøl
- 470 **Behandling av dataspillavhengighet – en systematisk oversikt**
Vitenskapelig artikkel | Ståle Pallesen et al.
- 479 **Forskningsnotiser**
- 480 **Ut av det blå – inn i relasjonen**
Fra praksis | Anders Landmark
- 487 **«Det er både helt grusomt og godt på same tid». Etterlatte foreldre og søskens opplevelse av besøk til Utøya etter terrorangreppet 22. juli**
Vitenskapelig artikkel | Pål Kristensen et al.
- 497 **Den viktige og vanskelige selvreguleringen hos barn**
Fagessay | Backer-Grøndahl & Nærde
- 504 **Fattigdom, ikke psykologi eller kultur**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 508 **To dager i et liv**
Hverdag | Lars Poverud
- 510 **Vil gi kommunene ansvar for DPS**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 513 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Kjønn i bevegelse (s. 514)
Debatt: Mentaliseringsbasert terapi (s. 520), New Public Management (s. 522), Forskningsretorikk (s. 524)
Kommentar: En brysom ansatt | Nina E. Strand (s. 526)
Derfor: Forskningens reléstasjon? (s. 528)
Leseombudet: Formidling av norsk psykologisk forskning | Else-Marie Molund (s. 529)
Perspektiv: Gamle teorier må luftes ut | Anne-Grethe Terjesen (s. 530)
- 532 **INNTRYKK**
Anmeldelser: *Alfred og skyggen – En liten film om følelser* (s. 532), *OCD-behandling for barn og unge. En praksismanual* (s. 535), *Beckomberga. Ode til min familie* (s. 537)
Anbefalt: Spalten «Couch» i *The New York Times*
Klassikeren: D.W. Winnicott, *Playing an reality*, 1971 (s. 536)
- 539 **Kurskalender**
- 540 **Annonser**
- 546 **Stillingsannonser**



DATASPILLFORSKER: I tillegg til å være professor i det virkelige livet har Faltin Karlsen oppnådd tittelen «professor» i *World of Warcraft*.

SPILLPROFESSOREN

Når det å være «gamer» er din viktigste identitetsmarkør, hvorfor skal du dempe dataspillingen? spør spillforsker Faltin Karlsen.

– Hva bør psykologer vite om dataspill?

– Foreldre og helsepersonell er for opptatt av spilling. Psykologer bør finne mer ut av hva spilling er et uttrykk for, en erstatning for eller en flukt fra.

De må også kunne forskjellen på sjangre og vite hva som er attraksjonen ved dem. I *World of Warcraft* er utholdenhet og langsiktighet viktig. Spilling foregår gjerne i strekk på fire–fem timer av gangen, hvor man spiller på lag. Det er som en idrett med egen trener og leder. *League of Legends* er en helt annen type lagspill hvor man kan spille med ukjente mennesker i korte matcher. Du kan derfor mye lettere planlegge hvor mye du vil spille.

TEKST Øystein
Helmikstøl

FOTO NITH

– Hvilke grupper av folk spiller mest, og hva slags utviklingsløp følger de?

– Alle typer folk spiller. Det har skjedd en eksplosjon i hvem som spiller dataspill etter at man nå kan få spill på så mange plattformer. Alle aldersgrupper er representert. Det er mange flere jenter enn før.

De aller fleste i den såkalte «avhengighets-kategorien» er tenåringer eller folk i begynnelsen av 20-åra. Dette er stort sett bare gutter. De er i en livsfase hvor de prøver å løsrive seg fra foreldrene, de er fulle av hormoner, de er generelt litt sure og i opposisjon. Friheten ved ikke å ta ansvar for sitt eget liv, eller mangel på trening i det, gjør at de har mye tid til

overs. De kan bruke all denne tiden på spilling, og spilleerfaring gir høy status. Mye av deres kulturelle kapital er bundet opp i spilling. Når de blir eldre, når det blir krav om å tjene penger eller studere for å få jobb, da går som regel problemspillingen ned. Dette handler altså om livsfase.

– Er det slik at dataspill lettere skaper avhengighet enn annen type mediebruk?

– Ikke som jeg vet. Det finnes ingen komparative undersøkelser på tvers av medier, som jeg vet om. Før var det mye snakk om tv-avhengighet, og gjennomsnittsbefolkningen ser fremdeles mer på tv enn de spiller dataspill. Men for all del, noen typer dataspill krever veldig mye tid for å bli god, og disse spillene er oftere assosiert med problemspilling enn andre. Jeg vil også arrestere deg når du bruker betegnelsen «avhengighet».

– Men dataspillavhengighet på gutterommet finnes vel? Kan medievitere for lett ty til «moralske panikker»-kortet og ignorere de reelle farene nye medier representerer?

– Ja. Det er et problem. Det er en slags refleksreaksjon for noen. Bakgrunnen for dette er at det ble publisert mye dårlig forskning fra psykologer på medier helt opp til 80-tallet, hvor man bare var ute etter å forstå «medieeffekter», bygget på relativt banale forklaringsmodeller på forholdet mellom medier og brukere. Brukerens kontekst ble ofte fullstendig ignorert. Psykologiforskning på medier fikk et velfortjent dårlig rykte blant medievitere, og mange av oss har med seg inntrykket av psykologer som uvitende om medier og mediebruk. Da jeg skrev boken min, fant jeg nesten ingen forskning gjort av psykologer som refererte til annen type medieforskning, særlig forskning som er sensitiv for kontekst. I stedet er de ute etter å finne belønningsmekanismene og hvordan spillene er strukturert.

Men medieforskning viser at vi må ha med kontekst. De som for eksempel er sårbare for problemspilling, har ofte andre problemer i livet. De kan være deprimerte, ensomme og utsatt for mobbing. Det rammer også i større grad folk med lav sosioøkonomisk status, for eksempel barn av innvandrere.

– Hva har det å si i et samfunnsperspektiv at vi beveger oss inn i mer eller mindre virtuelle fellesskap?

– At man får tilgang til en mediert verden i så stor grad som nå, har både fordeler og ulem-

Hvorfor NÅ?

- Faltin Karlsen er professor i medievitenskap ved Westerdals Oslo ACT. Han forsker på mediebrukere og dataspillkultur. Spillforskeren har oppnådd tittelen «professor» i *World of Warcraft*. Han er forfatter av boken *A World of Excesses: Online Games and Excessive Playing*.
- Se vitenskapelig artikkel om behandling av dataspillavhengighet på side 470.

per. Folk som er sjenerte eller som er sosialt utilpass, tyr ofte til online-medier fordi det er tryggere omgivelser der enn offline. Ulempen er at de får en mindre rik sosialiseringserfaring hvis det aller meste foregår gjennom chat eller avatarer. Mye av ungdomskulturen nå dreier seg om spill: erfaring med spill, kunnskap om spill, hvem du spiller sammen med. Det er vanskelig å være en ikke-spiller for tiden. Og hvis man kan flykte fra en verden man ikke trives i, til en annen verden hvor man får høy status, hvorfor skulle man ikke det? Og hvorfor skal du moderere spillingen når det å være gamer er din viktigste identitetsmarkør?

– Hvorfor er du kritisk til at dataspillavhengighet blir kategorisert som en diagnose?

– Hovedproblemet med disse kriteriene er at de er inspirert av substansavhengighet og gir dårlig overføring til spillproblematikk. For igjen å komme tilbake til kontekst: Du kan ikke bruke de samme kriteriene på en 15-åring og en 50-åring. Ett av diagnosekriteriene som er foreslått, er «Har du vært i konflikt med dine omgivelser?». Hallo. Kan du vise meg en 15-åring som ikke er det? Hvis du fortsetter sånn som 30-åring, da har du et problem. Den universelle tenkningen som ligger til grunn for kriteriene, er blind for sosial og kulturell kontekst og dermed dårlig tilpasset det de er ment å diagnostisere.

– Hvor mye bør barn og unge spille?

– Jeg har intervjuet folk som har spilt ti timer daglig fra de var 12 til de var 22, som har fått strålende karakterer på skolen. For andre var tre timer nok, fordi de ble forstyrret og urolige av det. Du må se an spillet og ungen din. Og foreldre bør lage avtaler med barna om datafrie dager, for eksempel. Eller lage avtaler om skjermtidsforbud etter klokka ti. Man må prøve seg fram.

– Hvor mye spiller du selv?

– Altfor lite. Da jeg forsket på *World of Warcraft*, spilte jeg mange timer hver dag. I dag blir det for lite tid til spilling.

I *World of Warcraft* er det et håndverk som heter «arkeologi». Du kan bli arkeolog, og da må du reise rundt til nye «figheter». Når du har funnet tilstrekkelig mange verdifulle ting på reisene dine, blir du «professor». Jeg er professor her også. Kall det forfengelighet, men for meg var det nødvendig å få en matchende tittel også i den andre verdenen. ✘

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 471-478 FAGFELLEVDERT

STÅLE PALLESEN, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen **HELGE MOLDE**, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen **BJØRN BJORVATN**, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen **RUNE MENTZONI**, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen **DANIEL HANSS**, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen **KRISTIN HUANG** Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen **CECILIE SCHOU ANDREASSEN**, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene
KONTAKT staale.pallesen@psysp.uib.no

BEHANDLING AV DATASPILLAVHENGIGHET - EN SYSTEMATISK OVERSIKT

Dataspillavhengighet har fått økende oppmerksomhet fra både klinikere og forskere. Fremdeles vet en lite om hvordan dette problemet bør behandles.

Overdreven bruk av dataspill ble første gang beskrevet i den vitenskapelige litteraturen i 1982 og omhandlet tre tilfeller av «Space Invaders Obsession» (Ross, Finestone, & Lavin, 1982). Det er likevel først det siste tiåret at forskningsinnsatsen vedrørende dette temaet virkelig har tiltatt. Fenomenet omtales ofte med begreper som dataspillavhengighet, dataspillproblemer og internettbasert dataspillidelse.

I den femte og siste utgaven av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) er «internetbasert dataspillidelse» (Internet Gaming Disorder) inkludert som en tentativ lidelse (klassifisert under tilstander en

ABSTRACT

*Treatment of video game addiction
- A systematic review*

Video game addiction (Internet Gaming Disorder) has recently been included as a tentative diagnosis in official diagnostic systems, has a substantial prevalence, and may cause and exacerbate other psychosocial problems and disorders. Thus, there is reason to evaluate the treatment options available. A systematic literature search regarding treatment studies of video game addiction covering the period January 1, 1980 to December 31, 2014 was conducted using the databases Pubmed and PsychINFO. In all, 2, 275 articles were identified, of which ten fulfilled the following inclusion criteria: 1) the article had to be published in English in a peer-reviewed journal, 2) the study included patients suffering from problems with video gaming, 3) the article described one or more interventions against video game addiction, and 4) the article contained information or data concerning the effect of the interventions. Of the ten studies included only four were randomized controlled trials. Although outcomes generally favored the interventions, several limitations were identified. These comprise few randomized controlled trials, few studies based on non-pharmacological approaches, limited number and types of outcome measures, lack of long-term follow-up data, lack of studies conducted outside South-Korea, and questionable diagnostic procedures.

Keywords: Video game addiction, treatment, review

Vedvarende og tilbakevendende bruk av internett for å spille dataspill, ofte med andre spillere, som leder til klinisk signifikant funksjonsnedsettelse eller ubehag, indikert ved tilstedeværelse av fem (eller flere) av de følgende punktene innenfor en 12-måneders periode.

1.	Opptatthet av internettbaserte spill. (Personen tenker på tidligere spillaktiviteter og antesiperer det neste spillet; internettbaserte spill blir den dominante aktiviteten i dagliglivet). NB: Denne lidelsen må skilles fra pengespill på internett, som inngår under pengespillidelse.
2.	Abstinenssymptomer når internettbaserte spill tas vekk. (Disse symptomene er typisk beskrevet som irritabilitet, angst eller nedstemthet, men det er ingen fysiske tegn til farmakologisk abstinens).
3.	Toleranse – behov for å bruke mer og mer tid på internettbaserte spill.
4.	Mislykkede forsøk på å kontrollere deltakelsen i internettbaserte spill.
5.	Tap av interesse for tidligere hobbyer og underholdning som et resultat av internettbaserte spill.
6.	Fortsetter overdreven bruk av internettbaserte spill til tross for erkjennelse av psykososiale problemer.
7.	Har løyet til familiemedlemmer, terapeuter og andre vedrørende omfanget av internettbasert dataspilling.
8.	Bruker internettbaserte dataspill som en flukt fra eller for å dempe negative sinnstilstander (som følelse av hjelpeløshet, skyld, angst).
9.	Har satt i fare eller ødelagt en viktig relasjon, jobb, utdanning eller karrieremulighet på grunn av deltakelsen i internettbaserte dataspill.

Tabell 1. Foreslåtte kriterier for internettbasert dataspillidelse i femte utgave av Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013)

trenger mer forskning på). De foreslåtte kriteriene for lidelsen er vist i tabell 1. I moderne psykiatriske diagnose-systemer er pengespillidelse den eneste ikke-kjemiske avhengigheten som så langt er anerkjent som en distinkt diagnose (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992). Pengespillidelse har vært kjent som fenomen i mange hundre år, mens dataspillidelse er et nytt fenomen. De økonomiske konsekvensene synes også langt større for pengespillidelse enn for dataspillidelse. De to tilstandene deler imidlertid mange trekk som mentalt fokus på spilling, abstinenssymptomer, toleranseutvikling, mislykkede forsøk på å redusere spillingen, at en spiller for å flykte fra negative følelser og lyver til andre om hvor mye en har spilt, samt skader relasjoner til andre grunnet spilling (American Psychiatric Association, 2013).

I de fleste studiene er det vist en høyere prevalens hos unge og blant menn enn hos eldre og kvinner, og at dataspillavhengighet er assosiert med svekket selvrapportert helse og fungering (Brunborg et al., 2013; Ferguson, Coulson, & Barnett, 2011; Mentzoni et al., 2011; Pallesen, Hanss, Mentzoni, Molde, & Morken, 2014; Wenzel, Bakken, Johansson, Gøtestam, & Øren, 2009). Flere måleinstrumenter for å kartlegge dataspillavhengighet har vært utviklet.

Til tross for at disse spriker en del, ser de fleste ut til å omfatte abstinenssymptomer, kontrolltap og konflikt (King, Haagsma, Delfabro, Gradisar, & Griffiths, 2013). På grunn av divergens i ulike instrumenter, utvalg og grenseverdier varierer prevalensestimaterne. I norske studier blant barn og voksne varierer prevalensen mellom 0,3 % til 17,1 % (Brunborg et al., 2013; Mentzoni et al., 2011; Pallesen et al., 2014; Wenzel et al., 2009). En metaanalyse på utbredelse inkluderte internasjonale studier publisert i perioden 2001 til 2011, og en overordnet prevalens på 6,0 % ble estimert. Når en ekskluderte personer som bedre kunne karakteriseres som høyt engasjerte (Charlton & Danforth, 2004), sank prevalensen til 3,1 % (Ferguson et al., 2011).

Kritikere har hevdet at begrepet dataspillavhengighet representerer en sykelliggjøring av normalatferd, og at overdreven dataspilling heller kan betraktes som utrykk for andre underliggende problemer (Wood, 2008). Sammenhenger mellom dataspillavhengighet og psykososiale vansker er dessuten små til moderate (Brunborg, Mentzoni, & Frøyland, 2014; Gentile et al., 2011; Lemmens, Valkenburg, & Peter, 2011; Romer, Bagdasarov, & More, 2013; van Rooij, Schoenmakers, Vermulst, van den Eijnden, & van de Mheen, 2011) og det kan hel-



Kritikere har hevdet at begrepet dataspillavhengighet representerer en sykeliggjøring av normalatferd, og at overdreven data-spilling heller kan betraktes som utrykk for andre underliggende problemer

ler ikke utelukkes at sammenhengene hadde falt bort om man hadde kontrollert for flere andre variabler.

Flere faktorer tilsier imidlertid at dataspillavhengighet er et reelt klinisk problem. Blant annet indikerer de fleste longitudinelle studier at problemer med dataspilling kan være en årsak til ensomhet, depresjon, angst, sosial fobi, atferdsproblemer og svekkede skoleprestasjoner (Brunborg et al., 2014; Gentile et al., 2011; Lemmens et al., 2011; Romer et al., 2013). Hjerneavbildningsteknikker viser aktiveringsmønstre hos data-spillavhengige som likner dem en ser når personer med andre avhengigheter eksponeres for avhengighetsrelaterte stimuli (Han et al., 2011). Dette styrker antakelsen om at dataspillavhengighet kan sees på som en distinkt lidelse, og tilsier at det er betimelig å rette fokus mot behandlingstilnærmingene som er utviklet på dette området. Flere teoretiske gjennomganger og terapianbefalinger er publisert.

Selvbildet til dataspillavhengig ungdom er ofte lavt. De har ofte vansker med ansikt-til-ansikt-kommunikasjon. Arbeid med dette kan derfor være nødvendig i terapi. Siden mange som sliter med dataspillavhengighet, er barn og unge, har *korttidsfamilieterapi* vært anbefalt. I denne forbindelsen vektlegger Young (2009) terapeutisk allianse med alle familiedlemmer, betrakter problemer som et interaksjonsproblem i familien og ser på restrukturering av interaksjonene som løsningen. Hun mener ellers at det er viktig at begge foreldre har samme regelsett, at de setter begrensninger på tidsbruk til dataspill, og fremmer spill med læringsinnhold (Young, 2009). Mange ungdommer med problematisk dataspilling sliter i skolehverdagen. Dette bør utredes. *Kognitiv atferdsterapi* (KAT) har vært sterkt vektlagt i litteraturen de siste årene (King, Delfabbro, & Griffiths, 2012). I KAT anbefales pasienten å monitorere spillingen, da dette øker motivasjonen og kan identifisere faktorer som utløser spilling. Det bør settes klare mål om å begrense spillingen. Dersom spillingen tilfredsstillende spesifikk behov (f.eks. stressreduksjon), bør det utvikles andre måter å møte disse på. Faste rutiner for søvn og måltider bør etableres (King, Delfabbro, & Griffiths, 2010a; King, Delfabbro, & Griffiths, 2012). Ulike kognisjoner bidrar typisk til å opprettholde spillatferden. King og Delfabbro (2014) deler disse inn i fire hovedtyper: 1) antakelser om belønning i spill (f.eks. «når min avatar oppnår noe, føles det som om jeg har oppnådd det også»), 2) uhensiktsmessige og rigide regler om spill (f.eks. «det er bortkastet ikke å prøve å fullføre spillet når jeg først har investert min tid og energi på det»), 3) spillbasert selvfølelse (f.eks. «jeg er mislykket uten dataspill»), og 4) spill som middel til å få sosial aksept (f.eks. «andre spillere beundrer og respekter mine spillprestasjoner»). Gjennom terapi søkes disse modifisert og erstattet av andre og mer hensiktsmessige kognisjoner. Dataspillavhengig ungdom er ofte lite motivert for terapi.

I denne sammenhengen kan teknikker som *motiverende intervju* være nyttig (Griffiths & Meredith, 2009). Denne teknikken utforsker typisk klientens ambivalens, og bidrar til at klienten klarere ser fordelene og ulempene med problematferden. Hovedhensikten er å øke klientens motivasjon for endring (Miller & Rollnick, 2002). Ofte inngår spilleren i lag («guilds») sammen med andre. Da har spill en betydelig sosial- og tilhørighetsfunksjon (King, Delfabbro, & Griffiths, 2010b). For spillere som er ensomme og som har et begrenset sosialt nettverk utenfor spillverdenen, er dette viktig å forstå og ta hensyn til i terapien. Det bør i denne sammenhengen også nevnes at dataspill for mange også har viktige og posi- »

tive identitetsskapende funksjoner (f.eks. ved at spillere over tid utvikler sin egen karakter; avatar). Spill gir også mange en følelse av kontroll og mestring (mestre og kontrollere et virtuelt univers) og påvirker spillerens atferd via eksplisitt positiv (f.eks. vinne poeng, komme på toppskåreliste, åpne nye brett m.m.) og negativ (f.eks. tar grep for å få nye liv, styrke helsen til avataren, etc.) forsterkning (King et al., 2010b). På noen av disse områdene er dataspillavhengighet unikt og annerledes enn andre avhengigheter. Dette bør tas hensyn til både når det gjelder kasusformulering og behandlingsplanlegging.

En behandling som kan kombineres med KAT, er eksponering for spillrelaterte stimuli (f.eks. å starte opp et spill på PC-en) med pågående og etterfølgende *avspenningsteknikker* og *responsprevensjon* (å la være å spille) (Kuczmierczyk, Walley, & Calhoun, 1987). Ved denne metoden svekkes assosiasjonen mellom spillstimuli og spillatferd. *Medikamentelle tilnærminger* har omfattet metylfenidat der spillproblemet har vært knyttet til ADHD (Han et al., 2009), eller bupropion, som har vist effekt mot flere typer avhengigheter (Egerton et al., 2010).

I hvor stort omfang de ovennevnte tilnærmingene har vært utprøvd i kliniske studier, og om de faktisk gir effekt, er lite kjent. På dette grunnlaget gjorde vi et systematisk litteratursøk for å identifisere behandlingsstudier av dataspillavhengighet. Følgende problemstillinger ble reist: 1) I hvor stor grad har ulike behandlingstilnærminger mot dataspillavhengighet vært utprøvd? og 2) hvilken effekt har de oppnådd?

METODE

Søk ble gjort i databasene Pubmed og PsychInfo for perioden 1. januar 1980 til 31. desember 2014. Følgende søkeord ble brukt som stikkord i søket: «gaming disorder», «game add*», «excessive computer», «video game», «gaming abuse», «problem video», «computer overuse» og «compulsive video» kombinert med «therap*», «treat*» og «intervent*» (*refererer til trunkering). Referanselister til relevant litteratur ble også gjennomgått. For å bli inkludert i oversikten måtte studien tilfredsstillende følgende kriterier: 1) artikkelen var publisert på engelsk i tidsskrift med fagfelle-vurdering, 2) pasienter som hadde problem med dataspilling, var inkludert, 3) artikkelen inneholdt en beskrivelse av terapi rettet mot dataspillavhengighet og 4) artikkelen inneholdt informasjon eller data som evaluerte behandlingstiltaket.

Resultat

Totalt 2 275 treff ble gjort i databasene basert på de ovenstående søkeordene. I alt ti artikler/studier oppfylte inklusjonskriteriene. Bare fire av studiene hadde kontrollgruppe (Han & Renshaw, 2012; P. W. Kim, Kim, Shim, Im, & Shon, 2013; S. M. Kim, Han, Lee, & Renshaw, 2012; Li & Wang, 2013). De fleste større studier var fra Sør-Korea (Han, Hwang, & Renshaw, 2010; Han, Kim, Lee, & Renshaw, 2012; Han et al., 2009; Han, & Renshaw, 2012; P. W. Kim et al., 2013; S. M. Kim et al., 2012). I alt tre studier var basert på enkeltkasus (Keepers, 1990; Kuczmierczyk et al., 1987; Lee, 2011). Tabell 2 viser en oversikt over de inkluderte studiene og et sammendrag av hovedfunnene fra disse. En publisert studieprotokoll der internett- og dataspillavhengige planlegges å bli randomisert til KAT eller ventelistekontroll, ble også identifisert (Jäger et al., 2012). De fleste studiene som ble ekskludert, hadde et annet fokus enn dataspillavhengighet, f.eks. hvordan dataspill kunne brukes som behandling av ulike lidelser. »



De fleste longitudinelle studier indikerer at problemer med dataspilling kan være en årsak til ensomhet, depresjon, angst, sosial fobi, atferdsproblemer og svekkede skoleprestasjoner

Tabell 2. Oversikt over behandlingsstudier rettet mot dataspillavhengighet

Referanse	Utvalg	Design og terapi	Dataspillrelaterte utfallsmål	Resultat
(Han et al., 2009)	62 barn (52 gutter og 10 jenter) med ADHD i alderen 8–12 år som også spilte dataspill over Internett.	Gjennomsnittdose med metylfenidat over 8 ukers behandling var 30,5 mg daglig. Ingen kontrollgruppe.	Tid brukt på dataspill.	Signifikant nedgang i timer spilt fra pre til post. I alt 41 droppet ut under behandlingen.
(Han et al., 2010)	12 menn (gjennomsnittsalder 21.5 år) som spilte dataspill >4 timer dag/30 timer uken.	150 mg/dag med bupropion første uke, deretter 300 mg/dag i 5 uker. Ingen kontrollgruppe.	Spillesug, tid brukt på dataspill og cerebral blodgjennomstrømning ved eksponering for spillestimuli i 3 klustre.	Signifikant nedgang i sug og timer spilt fra pre til post (1 droppet ut). Nedgang i blodgjennomstrømning i et (venstre gyrus frontalis superior) av tre klustre.
(Han et al., 2012)	15 ungdommer (gjennomsnittsalder 14.2 år) som spilte dataspill >4 timer dag/30 timer uken. Familiene skårte høyt på familiedyfunksjon.	3 uker familierapi (5 sesjoner) med fokus på å redusere spillproblemet og å øke familiesamholdet (gjøre fellesaktiviteter mer enn 1 time/dag, 4 dager i uken). Ingen kontrollgruppe.	Tid brukt på dataspill og aktivering målt med fMRI ved presensjon av spillrelaterte stimuli.	Signifikant nedgang i timer spilt fra pre til post og nedgang i aktivering i et (venstre midtre gyrus frontalis) av 5 klustre.
(Han, & Renshaw, 2012)	57 menn 13–45 år som spilte dataspill >4 timer dag/30 timer uken og som hadde depressiv lidelse.	Randomisert til psykoedukasjon om internetbruk (8 sesjoner) og bupropion (150 mg/dag i 1 uke, 300 mg/dag i 7 uker; n=29) eller psykoedukasjon om internetbruk og placebo (n=28). Oppfølging etter 4 uker.	Tid brukt på dataspill og Clinical Global Impression – Severity Scale (CGI-S).	Bedre effekt av psykoedukasjon+ bupropion (7 droppet ut) enn psykoedukasjon + placebo (5 droppet ut) på begge utfallsmål ved post. Ingen av gruppene endret seg fra post til oppfølging.
(S. M. Kim et al., 2012)	72 menn 13–18 år som spilte dataspill >4 timer dag/30 timer uken og som hadde depressiv lidelse.	Randomisert til KAT (8 sesjoner) og bupropion (150 mg/dag i 1 uke, 300 mg/dag i 7 uker; n=35) eller bare bupropion (dose som over; n=37). Oppfølging etter 4 uker.	Tid brukt på dataspill.	Bedre effekt av KAT+bupropion (3 droppet ut) enn bupropion alene (4 droppet ut) ved post og oppfølging.
(P. W. Kim et al., 2013)	59 menn (gjennomsnittsalder 17.5 år) som spilte et gitt dataspill minst 4 timer per dag.	Randomisert til en 21 skrive- og presentasjonssesjoner over 2 måneder enten basert på dataspill (n=27) eller generelle temaer (n=32).	Tid brukt på dataspill.	Relativt større reduksjon i tid brukt på spill i spillbasert skrivebetingelse enn i den generelle skrivebetingelsen.
(Li, & Wang, 2013)	28 menn i alderen 12–19 år som spilte dataspill >4 timer per dag / 30 timer uke, over grenseverdi på et mål på dataspillavhengighet, og som rapporterte negative konsekvenser av dataspillingen.	Randomisert til 12 sesjoner med KAT (2 ganger per uke; n=14) eller kontrollbetingelse med 12 sesjoner med monitorering og grunnleggende rådgivning (2 ganger per uke; n=14).	Online Game Cognitive Addiction Scale og Cognitive Distortion Scale (4 subskalaer: a) ruminering, b) svart/hvit-tenkning, c) online komfort, og d) kortsiktig tenkning).	Signifikant større nedgang i KAT-gruppen enn i kontrollgruppen på svart-hvit tenkning og online-komfort fra pre til post.
(Kuczmierczyk et al., 1987)	Kasusstudie med 18 år gammel høyskolestudent i USA. Han spilte dataspill i 3–4 timer daglig i spillarkader.	Avslapningsøvelser gjennomført i 45 min to ganger i uken over tre uker. Startet videospill som ble avbrutt for deretter å bruke avslapningsøvelser 2 ganger i uken.	Tid brukt på dataspill.	Ca. 90% reduksjon i tid brukt på dataspill; effekten opprettholdt ved 6 og 12 måneders oppfølging.

Tabell 2. (forts.) Oversikt over behandlingsstudier rettet mot dataspillavhengighet

Referanse	Utvalg	Design og terapi	Dataspillrelaterte utfallsmål	Resultat
(Keepers, 1990)	Kasusstudie med 12 år gammel gutt i USA som spilte dataspill 4–5 timer per dag.	Plassert i døgnavdeling for ungdom. Gjennombrudd i behandling da han ble bedt om å designe eget dataspill – noe som lettet kommunikasjonen og han fortalte om frykt for voldelig far. Parterapi ble initiert for foreldrene – endte med separasjon.	Generell klinisk vurdering.	Ved 6 md oppfølging synes gutten å være symptomfri.
(Lee, 2011)	Kasusstudie med 16 år gammel sørkoreaner. Spilte dataspill 3–5 timer per dag i ukedagene, og 13 timer per dag i helgene.	8 konsultasjoner med terapeut ble tilbudt. Pasienten monitorerte dataspillingen, ble instruert i å redusere denne, og poeng ble opptjent for korrekt atferd. Kognitive teknikker ble også brukt og pasienten fulgte et 12-steps program mot online dataspillavhengighet.	Generell klinisk vurdering.	Terapi avbrutt etter 5 timer. Pasienten fulgte ikke opp hjemmeoppgaver og endret i liten grad atferd. Ved 2 md oppfølging hadde han ifølge mor redusert dataspillingen.



Dataspill har viktige og positive identitets-skapende funksjoner for mange

Diskusjon

Terapeutiske tilnærminger

Sett i lys av de generelle terapianbefalingene i litteraturen var det påfallende mange studier som baserte seg på farmakologiske metoder. Totalt fire av de syv studiene som ikke var basert på enkeltkasus, omfattet bruk av medikamenter, enten metylfenidat (Han et al., 2009) eller bupropion (Han et al., 2010; Han & Renshaw, 2012; S. M. Kim et al., 2012).

De fleste medikamentelle studiene er fra Asia, og det er trolig kulturelle forskjeller i hvor akseptable slike intervensjoner ansees å være for denne type problem. I Norge er det grunn til å tro at de fleste klinikerne vil oppfatte ikke-farmakologiske intervensjoner som mer akseptable enn farmakologiske, særlig når pasientgruppen består av barn og unge. Ifølge Legemiddelverket er det heller ikke noen legemidler i Norge som har behandling av spillavhengighet som godkjent bruksområde (S. Hortemo, personlig kommunikasjon, 27. februar, 2015). Til tross for at mange av behandlingsstudiene på feltet er basert på farmakologiske intervensjoner, er det likevel de ikke-farmakologiske tiltakene som er mest omtalt og beskrevet i behandlingslitteraturen (Graham, 2014; Griffiths, & Meredith, 2009; King & Delfabbro, 2014; King et al., 2010a; King, Delfabbro, & Griffiths, 2012; King, Delfabbro, Griffiths, & Gradi-

sar, 2012; Young, 2009). Av de psykologisk rettede behandlingsstudiene var bare én basert på familierapi (Han et al., 2012), til tross for at dette er sterkt vektlagt av Young (2009). I studien til Han et al. (2012) var terapien primært rettet mot å øke familiesamholdet via fellesaktiviteter (som idrett, brettspill, matlaging, etc.) minst fire dager i uken.

Vår vurdering er at man i denne behandlingen kunne hatt et mer eksplisitt fokus på å endre negative og fastlåste interaksjonsmønstre og oppfatninger av andre i familien. KAT var kun undersøkt i to studier, begge randomiserte; i den ene ble KAT kombinert med bupropion (S. M. Kim et al., 2012), og i den andre inngikk KAT som hovedterapi, undersøkt opp mot en aktiv kontrollbetingelse (Li & Wang, 2013). I KAT ble det lagt vekt på å etablere regler for dataspill samt psykoedukasjon om negative sider ved overdreven spilling. Identifikasjon og endring av uhensiktsmessige antakelser om spill, utforskning av måter å unngå overdreven spilling på, trening på å håndtere vansker i interpersonlige relasjoner, og å takle press fra jevnaldrende, sug etter spilling, stress og ulike følelser inngikk også. Diskusjon om og løsninger knyttet til familiekonflikter samt tilbakefallsforebygging var også inkludert (S. M. Kim et al., 2012; Li & Wang, 2013). Det er mulig at et noe bredere fokus rettet mot temaer som skole-

fungering og selvbylde kunne styrket terapien. Blant de tre kassstudiene synes kun en å være klart forankret innenfor et spesifikt behandlingsparadigme, eksponering, avspenning og responsprevensjon (Kuczmierzcyk et al., 1987), mens de to andre hadde et mer eklektisk utgangspunkt (Keepers, 1990; Lee, 2011). Samlet synes det som at medikamentelle intervensjonsstudier har hatt en stor plass på feltet rent empirisk. Flere studier basert på psykologiske intervensjoner som KAT og familierapi etterlyses derfor.

Effekten av tiltakene

Når det gjelder de oppnådde effektene som var rapportert, var disse i all hovedsak positive, men siden mange av studiene ikke var kontrollerte effektstudier, er det fare for at resultatene fra disse kan reflektere spontanbedring og regresjon mot gjennomsnittet. Tid brukt på dataspill var benyttet som utfallsmål i seks av ti studier. Kun en studie inkluderte mer omfattende skalaer spesifikt konstruert for å måle dataspillavhengighet (Li & Wang, 2013). Da flere av studiene omfattet barn og ungdom, var det også noe overraskende at ingen studier inkluderte foreldrebaserte mål på dataspillavhengighet. Det bør videre bemerkes at kun to av de større studiene hadde oppfølging (4 uker) utover selve studieperioden (Han, & Renshaw, 2012; S. M. Kim et al., 2012).

Kvinner var kun eksplisitt inkludert i en av de ti studiene (Han et al., 2009), noe som representerer en begrensning vedrørende generaliserbarhet. En bør være oppmerksom på utviklingen på feltet. I en nylig utgitt rapport ble det for eksempel vist at kvinner spiller oftere via sosiale

medier enn menn (Pallesen et al., 2014). I fremtiden er det derfor ikke usannsynlig at kvinner vil utgjøre en større andel av pasientene som lider av dataspillavhengighet.

Konklusjon og implikasjoner for videre forskning

Til nå er det gjort få studier på behandling av dataspillavhengighet. Selv om de fleste av disse indikerer at terapien er virksom, er studiene samlet for få og de metodologiske svakhetene så store at sikre konklusjoner om effekt ikke kan trekkes. Fremtidige studier på feltet bør være bedre forankret i styrkeberegninger. Det trengs flere behandlingsstudier utenfor Asia. Fremtidige studier bør baseres på behandlingsmanualer. Utfallsmål bør omfatte grunnleggende trekk som abstinenssymptomer, kontrolltap og konflikt ved dataspillavhengighet (King et al., 2013) og ikke bare tid brukt på denne aktiviteten. Langtidsoppfølging bør inngå. Vi anbefaler at klinikere bruker kriteriene i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) da dette gir dem mulighet til å diagnostisere problemet ut fra en felles standard. ✖

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. utg.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., & Frøyland, L. R. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episode drinking and conduct problems? *Journal of Behavioral Addictions*, 3, 27–32.
- Brunborg, G. S., Torsheim, S., Melkevik, O., Mentzoni, R. A., Samdal, O., Hetland, J., . . . Pallesen, S. (2013). Gaming addiction, gaming engagement and psychological health complaints among Norwegian adolescents. *Media Psychology*, 16, 115–128.
- Charlton, J. P., & Danforth, I. (2004). Differentiating computer-related addictions and high engagement. I K. Morgan, C. A. Brebbia, J. Sanchez & A. Voiskounsky (red.), *Human perspectives in the Internet society: Culture, psychology and gender* (s. 59–68). Southampton, UK: WIT Press.
- Egerton, A., Shotbolt, J. P., Stokes, P. R. A., Hirani, E., Ahmad, R., Lappin, J. M., . . . Grasby, P. M. (2010). Acute effect of the anti-addiction drug bupropion on extracellular dopamine concentrations in the human striatum: An C-11 raclopride PET study. *Neuroimage*, 50, 260–266.
- Essig, T. (2012). The addiction concept and technology: diagnosis, metaphor, or something else? A psychodynamic point of view. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68, 1176–1184.
- Ferguson, C. J., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1573–1578.
- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D. D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127, E319–E329.
- Graham, J. M. (2014). Narrative therapy for treating video game addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 701–707.
- Griffiths, M. D., & Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 247–253.

- Han, D. H., Bolo, N., Daniels, M. A., Arenella, L., Lyoo, I. K., & Renshaw, P. F. (2011). Brain activity and desire for Internet video game play. *Comprehensive Psychiatry*, *52*, 88–95.
- Han, D. H., Hwang, J. W., & Renshaw, P. F. (2010). Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with internet video game addiction. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *18*, 297–304.
- Han, D. H., Kim, S. M., Lee, Y. S., & Renshaw, P. F. (2012). The effect of family therapy on the changes in the severity of on-line game play and brain activity in adolescents with on-line game addiction. *Psychiatry Research-Neuroimaging*, *202*, 126–131.
- Han, D. H., Lee, Y. S., Na, C., Ahn, J. Y., Chung, U. S., Daniels, M. A., . . . Renshaw, P. F. (2009). The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *50*, 251–256.
- Han, D. H., & Renshaw, P. F. (2012). Bupropion in the treatment of problematic online game play in patients with major depressive disorder. *Journal of Psychopharmacology*, *26*, 689–696.
- Jäger, S., Müller, K. W., Ruckes, C., Wittig, T., Batra, A., Musalek, M., . . . Beutel, M. E. (2012). Effects of a manualized short-term treatment manual of internet and computer game addiction (STICA): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *13*, artikkel nr. 43.
- Keepers, G. A. (1990). Pathological preoccupation with video games. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 49–50.
- Kim, P. W., Kim, S. Y., Shim, M., Im, C. H., & Shon, Y. M. (2013). The influence of an educational course on language expression and treatment of gaming addiction for massive multiplayer online role-playing game (MMORPG) players. *Computers & Education*, *63*, 208–217.
- Kim, S. M., Han, D. H., Lee, Y. S., & Renshaw, P. F. (2012). Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in Human Behavior*, *28*, 1954–1959.
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2014). The cognitive psychology of Internet gaming disorder. *Clinical Psychology Review*, *34*, 298–308.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & Griffiths, M. D. (2010a). Cognitive-behavioral therapy for problematic video game players: conceptual considerations and practical issues. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, *3*, 261–273.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & Griffiths, M. D. (2010b). Video game structural characteristics: a new psychological taxonomy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *8*, 90–106.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., & Griffiths, M. D. (2012). Clinical interventions for technology-based problems: Excessive internet and video game use. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *26*, 43–56.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., & Gradisar, M. (2012). Cognitive-behavioral approaches to outpatient treatment of Internet addiction in children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, *68*, 1185–1195.
- King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review*, *33*, 331–342.
- Kuczmierczyk, A. R., Walley, P. B., & Calhoun, K. S. (1987). Relaxation training, in vivo exposure and response-prevention in the treatment of compulsive video-game playing. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, *16*, 185–190.
- Lee, E. J. (2011). A case study of internet game addiction. *Journal of Addictions Nursing*, *22*, 208–213.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Computers in Human Behavior*, *27*, 144–152.
- Li, H., & Wang, S. (2013). The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents. *Children and Youth Services Review*, *35*, 1468–1475.
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouvrøe, K. J. M., Hetland, J., & Pallesen, S. (2011). Problematic video game use. Estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, Behaviour and Social Networking*, *14*, 591–596.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. P. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change* (2. utg.). New York: The Guilford Press.
- Pallesen, S., Hanss, D., Mentzoni, R. A., Molde, H., & Morken, A. M. (2014). Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2013. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Romer, D., Bagdasarov, Z., & More, E. (2013). Older versus newer media and the well-being of United States youth: Results from a national longitudinal panel. *Journal of Adolescent Health*, *52*, 613–619.
- Ross, D. R., Finestone, D. H., & Lavin, G. K. (1982). Space Invaders obsession. *JAMA*, *248*, 1177–1177.
- van Rooij, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A. A., van den Eijnden, R., & van de Mheen, D. (2011). Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. *Addiction*, *106*, 205–212.
- Wenzel, H. G., Bakken, I. J., Johansson, A., Gøtestam, K. G., & Øren, A. (2009). Excessive computer game playing among Norwegian adults: Self-reported consequences of playing and association with mental health problems. *Psychological Reports*, *105*, 1237–1247.
- Wood, R. T. A. (2008). Problems with the concept of video game addiction: Some case study examples. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *6*, 169–178.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *The American Journal of Family Therapy*, *37*, 355–372.



Tidspress gjev betre avgjerder

Sjølv i naudsituasjonar er ei dårleg avgjerd betre enn mangel på avgjerd.

Vi menneske har ein tendens til å unngå å ta vanskelege val så sant vi kan, fordi vi fryktar å måtta angra på dårlege avgjerder. Men ei ufullkomen avgjerd kan vera betre enn inga avgjerd. Har ein teke eit val, kan følgjene observerast og evaluerast – og avgjerda om nødvendig endrast. Medan passivitet avlar passivitet. I tillegg vil utsette avgjerder halda fram med å bruka mentale resursar, slik at andre avgjerder blir tyngre å ta.

At dette også gjeld i pressa situasjonar, blei tydeleg då Liverpool's Centre for Critical and Major Incident Psychology (CAMI) simulerte ei kompleks og realistisk ulukke. Nær 200 profesjonelle aktørar frå 14 naudprofesjonar skulle ta stilling til realistiske data frå eit tenkt flyhavari over eit byområde. Her var mellom anna politi, transportpersonell, ulike helseprofesjonar og vitskaplege rådgjevarar.

Når problemstillingar trengte svar frå fleir enn to profesjonsgrupper, var det større sjanse for at avgjerdene blei vellukka dersom dei involverte opplevde tidspress. Mangla dette, sløste etatane vekk verdifull innsattid på å samla meir og meir informasjon internt frå si eiga gruppe, i staden for å koordinera avgjerder og tiltak med dei andre gruppene.

Funn frå slik forskning på naturleg avgjerdtaking viser at tidspress fører ekspertar inn i presis intuitiv mønster-gjenkjenning, skriv BPS Research Digest. Når ekspertar tek avgjerder innanfor sitt eige felt, er det naturleg at avgjerdprosessen inneheld sprang mellom avgjerdnivå, i staden for utforsking av kvar minste detalj. Tidspress favoriserer desse spranga.

Forskarane bak studien nemner klart uttalte strategiske mål som ein måte for å koma over trongen til ikkje å ta avgjerder. Tidspress er vanskelegare å skapa om det ikkje allereie er der, men det kan vera fruktbart både å setta kunstige tidsfristar og å gjera implisitt tidspress meit uttalt.

Referanse: Alison, L., Power, N., van den Heuvel, C., Humann, M., Palasinski, M., & Crego, J. (2015). Decision inertia: Deciding between least worst outcomes in emergency responses to disasters. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* DOI: 10.1111/joop.12108

Piller trilles stadig raskere

I 2014 ble det skrevet ut over 57 millioner resepter for antidepressiver i England.

Dette viser tall fra Health and Social Care Information Centre. I et land med ca. 65 millioner innbyggere blir det nesten en til hver. Antallet resepter har økt med 7,5 % siden 2013, og over 500 % siden 1992. Mye av økningen kommer av at de som får behandling, står på medisinene lenger, skriver Council for evidence-based psychiatry (CEP) på sine nettsider.

Det har vært betydelige økninger i foreskriving også av andre psykiatriske medikamenter. Antallet resepter for legemidler som brukes til å behandle psykose, gikk opp fra 9,7 millioner i 2013 til 10,5 millioner i 2014, en økning på over 8 % på ett år. Foreskriving av resepter for sentralstimulerende midler, som vanligvis brukes til å behandle barn med ADHD og lignende «hyperaktivitetslidelser», kan vise til en tilsvarende økning.

Kilde: Latest prescription data shows consumption of psychiatric drugs continues to soar. Lastet ned fra cepuk.org 13. april 2015.

Aerobic kan gje betre kognisjon ved schizofreni

Trening ser ut til å kunna betra minnet og evna til å tenka hos personar diagnostiserte med schizofreni.

Forskarane fordelte 33 personar diagnostiserte med schizofreni til ein av to behandlingar. Ei gruppe, kontrollgruppa, fekk alminneleg psykiatrisk behandling. Den andre gruppa deltok i eit tolv-vekers aerobic-treningsprogram der dei tok i bruk videospel som kravde fysisk aktivitet, i tillegg til alminneleg treningsutsyr. Elles fekk også denne gruppa same psykiatriske behandling som kontrollgruppa.

I treningsgruppa auka kondisjonen med 18 % i løpet av studien, medan kontrollgruppa opplevde reduksjon på 0,5 %. Kognitiv funksjon auka med 15 % blant dei som trena, medan kontrollgruppa viste ein tilbakegang også her, på 2 %.

Utvalet er lite, men resultatene lovande. 26 personar fullførte studien, som blei utført ved New York State Psychiatric Institute, USA.

Referanse Kimhy, Davit et al. (2015). The Impact of Aerobic Exercise on Brain-Derived Neurotrophic Factor and Neurocognition in Individuals With Schizophrenia: A Single-Blind, Randomized Clinical Trial. *Schizophrenia Bulletin*. Doi: 10.1093/schbul/sbv022



Bendik Kaltenborn

Ut av det blå – inn i relasjonen

Foreldrene må få hjelp til å bli nysgjerrige på barnets annerledeshet.

Man kjenner ikke barndommen, og jo lenger man går med de feilaktige ideene man har om den, desto mer forviller man seg. De lærdeste holder fast ved det som er viktig for mennesket å kunne, men uten å ta hensyn til hva et barn er i stand til å lære. Alltid leter de etter den voksne i barnet, men uten å tenke på hva et barn er før det blir voksent. (Jean-Jacques Rousseau, 1762/2010, s. 14.)

Den franske filosofen Jean-Jacques Rousseau skrev dette i boken *Émile – eller om oppdragelse*, som kom ut i 1762. Her hevder han at barnet er annerledes enn den voksne, og at vi som voksne ikke lenger har kontakt med det barnet vi en gang var. Videre hevder han at voksne har en tendens til å se sine egne tanker om barnet og ikke barnet selv, vi tar ikke innover oss barnets særegne perspektiv og særegne måte å være i verden på. Han mener at i stedet for å interessere seg for «den voksne i barnet» bør man vie selve barndommen interesse, for barndommen har sin egen måte å se, tenke og føle på.

Rousseaus observasjoner og tanker er etter min mening fremdeles gyldige, og vi møter dem daglig i klinikken der jeg jobber. Vi møter foreldre som ikke klarer å ta barnets perspektiv, men tar for gitt at det de selv tenker og føler i en gitt situasjon, er det samme som det barnet tenker og føler. Foreldre spør ofte: «Hvorfor har barnet det vanskelig?». Barnets atferd og tanker virker uforståelig for dem. I dette essayet vil jeg få frem at en viktig oppgave for oss i det offentlige psykiske helsevern er å hjelpe foreldrene til bedre å forstå barnets subjektive erfaringer. Vi må hjelpe foreldre til å anerkjenne at barnet er forskjellig fra dem selv, og at det har sin egen måte å tenke, føle og handle på. Bare da er det en reel intersubjektivitet mellom foreldre og barn. Foreldrene kommer ett skritt nærmere i å se barnets behov og å møte det på en mer hensiktsmessig måte.

Ved hjelp av begrepene 'psykisk ekvivalens' og 'mentaliserings' (Fonagy, Gergely, Jurist og Target, 2004), ønsker jeg med dette essayet å beskrive et psykoanalytisk arbeid for å skape

TEKST

Anders Landmark, psykologspesialist, Diakonhjemmet sykehus, avdeling BUP-Vest.

Essayet er skrevet med støtte fra Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontor.

ILLUSTRASJON

Benedik Kaltenborn





Det kan være vanskelig for oss å se barnets sårbare og hjelpeløse sider

intersubjektivitet og bedre kommunikasjonen mellom foreldre og barn. Fra utviklingspsykologien vet vi at denne intersubjektiviteten er avgjørende for barnets psykiske helse og psykologiske utvikling. Utgangspunktet er en hypotese om at barnets psykiske vansker henger sammen med samspillet med foreldrene, enten som årsak til vanskene, som forsterker av vanskene eller som opprettholdelse av vanskene. Jeg vil beskrive nødvendigheten av at behandleren fasiliterer en psykisk endring som går fra psykisk ekvivalens til mentalisering.

PSYKISK EKVIVALENS OG MENTALISERING

Begrepet psykisk ekvivalens refererer til vår tilbøyelighet til å forholde oss til egne erfaringer som objektivt sanne. Vi tar for gitt at vår oppfatning av en situasjon er lik oppfatningen andre har av den samme situasjonen. I denne tilstanden anerkjenner vi ikke den andres subjektive erfaring. For eksempel: en gutt opplever seg som mislykket, og er sikker på at alle andre også opplever ham som mislykket. Gutten skiller ikke mellom måten han oppfatter seg selv på og måten han tenker at andre opplever ham på. Fantasiene han har om seg selv og andres erfaring av ham, tror han er ett og det samme... Dette fenomenet er normalt hos små barn og vanlig hos voksne i sterk affekt, for eksempel i sinne eller forelskelse, eller under stress.

Begrepet mentalisering referer til evnen til å tenke at andre har en indre verden, med tanker, følelser og ønsker som er forskjellige fra ens egne tanker, følelser og ønsker. Grunnlaget for mentaliseringsevnen legges i samspillet med de primære omsorgsgiverne. Når foreldre speiler barnets emosjoner, får barnet et bilde av seg selv og sine følelser. Når barnet er sint, blir det speilet på sitt sinne, og i denne speilingen er det implisitt at foreldrene ikke har de samme følelsene som barnet: det er en forskjell mellom foreldrenes subjektivitet og barnets. Denne intersubjektiviteten skaper grunnlaget for utviklingen av selvet, skille mellom meg og deg, fantasi og virkelighet, og den indre og den ytre verden. Mentaliseringsevnen er tett knyttet til evnen til selvregulering og affektregulering. I dette perspektivet har barnets emosjonelle vansker sammenheng med barnets mentaliseringsevne, som igjen har sammenheng med hvordan samspillet med foreldrene er og har vært fra starten av. Når man evner å mentalisere, klarer man

å skille mellom egne forestillinger og andres forestillinger. For eksempel kan en ungdom føle seg mislykket, men samtidig vite at omgivelsene ser på ham på en annen måte. Han klarer å se at det er en forskjell mellom hvordan han føler seg og hvordan andre faktisk opplever ham.

UT AV DET BLÅ

Et foreldrepar henvender seg til klinikken fordi de har en datter som er mye sint. I første time gir de flere eksempler på barnets sinneutbrudd. I mange av eksemplene kommer barnets sinne totalt ut av det blå. De sier for eksempel: «Vi skulle til butikken. Vi hadde planlagt det og Siri var godt forberedt. Hun visste hva som skulle skje. Da vi sto i gangen og skulle ta på skoene, ble hun rasende og begynte å kaste skoene sine. Jeg sa at hun måtte ta på seg skoene, ellers ble det ikke noen tur til butikken. Jeg sa at det ikke går an å oppføre seg sånn og spurte hvorfor hun ble så sint, men hun ville ikke svare. Det er helt håpløst, vi kan ikke ha det sånn at hun blir sint for ingenting, og innbiller seg at hun kan slippe unna med det.»

I denne fortellingen er Siris sinneutbrudd uforståelig for foreldrene. De anerkjenner ikke hennes subjektive erfaring og forstår ikke sinnet ut fra relasjonen dem imellom eller ut fra situasjonen. Beskrivelsen foreldrene ga, var rik på detaljer og ble formidlet på en nøytral og objektiv måte, som «a matter of fact». Foreldrene ga uttrykk for at deres gjengivelse av situasjonen var objektiv og sann. I denne beskrivelsen viser foreldrene at de tar for gitt at de de erfarer som foreldre, er det samme som barnet erfarer. Dette er et eksempel på foreldre som er i psykisk ekvivalens.

I klinikken får vi ofte høre denne type fortellinger. Foreldrene gir inntrykk av at deres fortelling er objektiv, nøytral og den eneste riktige versjonen av et hendelsesforløp. Fra et barnepsykologisk perspektiv er det verdt å merke seg hvor lukkende dette narrative er. Det har ingen plass for barnets perspektiv. Foreldrene forholder seg ikke til barnet som et subjekt med egne tanker og følelser, og det er derfor ingen intersubjektivitet mellom dem. Ofte opplever jeg at foreldrene blir forvirret eller irritert når jeg spør hvordan de tror barnet erfarte situasjonen. Det er som om de tenker: Har han ikke hørt hva jeg har sagt? Foreldrene tar det for gitt at barnet erfarte det samme som dem selv. En

far sa det slik: «Nei, jeg tror ikke Torstein opplevde det annerledes, jeg var jo der og vet hva som skjedde.»

Psykisk ekvivalens hos foreldre oppstår ofte når foreldre blir helt fylt av egne følelser. Overveldet av følelser er det ofte ikke rom for tenkning og refleksjon, og det kan oppstå mentaliseringssvikt. En generell regel er at jo mer intense følelsene er, desto større svikt i mentaliseringsevnen og desto større tendens til distansering og utagering.

Ei jente med en langvarig spiseforstyrrelse kommer til veiing på klinikken. Hun hadde gått opp 600 gram. Moren blir kjempeglad og stolt over seg selv og datteren sin. Endelig går det fremover, sier moren, og tar for gitt at datteren tenker det samme. Datteren blir rasende og anklager moren for ikke å bry seg i det hele tatt, og de begynner å krangle. Det moren ikke så, var at jenta egentlig var skrekkslagen over vektøkningen. Når moren var fylt av egen glede, klarte hun ikke å se datteren sin. Datteren følte seg helt overlatt til seg selv og egne fryktfantasier om hvordan hun ville ende opp som en ensom, tjukk og forlatt jente. Datteren var helt sikker på at dette framtidsscenarioet var sant. Hun ble sint på seg selv for at hun hadde gått opp i vekt, og sint på moren som ikke så frykten hennes. Datteren fikk bekreftet en fantasi; hvis hun går opp i vekt, vil ingen lenger tenke på henne, og hun bestemmer seg på stedet for å gå ned i vekt igjen for å få moren mer engasjert. Ved neste veiing har hun gått ned en kilo. Da vi snakket om hvor ensom og sint datteren opplevde seg etter forrige veiing, ble moren overrasket. Moren hadde tatt for gitt at datteren også var glad for å ha gått opp i vekt. Moren hadde tatt for gitt at de hadde det samme prosjektet – øke vekten og begynne å leve normalt. For datteren var det mer frykt i det prosjektet enn moren hadde tatt innover seg.

Mye av endringsarbeidet handler om å skape nysgjerrighet på barnets perspektiv og åpne opp et tenkerom, der man tar seg tid til å forstå den andre og hva som utspiller seg her og nå i relasjonen.

TERAPI VED KJØKKENBENKEN

Når foreldrene er nysgjerrige på sammenhengen mellom barnets subjektivitet og dets reaksjoner, kan de begynne å spørre: «Men hvorfor er det noe å reagere på?» Eller de kan si: «Det er da ingenting å reagere på.» Det er som om foreldrene ønsker å diskutere barnets følelser og atferd innenfor rammen av moral og normalitet og ikke som et psykologisk fenomen. Innenfor en slik fortolkningsramme mister foreldrene fort barnets subjektivitet av syne. Barnets atferd blir i stedet forstått gjennom abstrakte begreper som for mye, for lite, rett eller galt. Behandleren bør som regel ikke gå inn i en diskusjon om atferden er rett eller gal, normal eller unormal. Behandleren bør heller arbeide med å få foreldrene til å anerkjenne at barnet faktisk reagerer, og vise at det er en indre logikk i barnets atferd. Foreldrene må hjelpes bort fra tanken om at «dette er ingenting å reagere på» og over til tanken «for mitt barn er dette en ting å reagere på». Da viser foreldrene interesse for hvorfor barnet reagerer på denne måten i denne konkrete situasjonen. På denne måten hjelper vi foreldrene til å tone seg inn på barnet og får dem til å bekrefte og validere barnets erfaringer.

For noen er det å åpne opp for barnets subjektivitet urovekkende og truende. Det kan gi en følelse av å ikke kjenne sitt eget barn, og det kan åpne for egen usikkerhet og begrensning. Som forelder må man imidlertid ta innover seg barnets relasjonelle behov – behov for bekreftelse og få etablert en følelse av fellesskap.

Det kan være vanskelig å forstå at barn er i verden på en annen måte enn voksne; at barn ofte følger en annen logikk i sin tenkning. Barn er ikke like formålsrettete som voksne kan være, de er ofte styrt av andre krefter, og fantasilivet er annerledes. For foreldre kan det være vanskelig å ta innover seg hvor sårbare, avhengige og hjelpeløse barn kan være. Ytterligere kompliserende blir det om foreldrene selv har vanskelige relasjonelle erfaringer fra sin barndom som de sliter med. Da kan det være vanskelig for dem å være sensitive i møtet med barnet og etablere en god, åpen relasjon til barnet sitt.

I en gammel, men klassisk artikkel beskriver Fraiberg, Adelson og Shapiro (1975) dette fenomenet. I sitt psykoanalytiske arbeid med foreldre og barn dro de hjem til familier som nettopp hadde fått barn og som hadde det vanskelig på ulike måter. De kalte det terapi ved kjøkkenbenken. De tok utgangspunkt i antagelsen om at foreldre møter barnet sitt omtrent slik de selv ble møtt av sine foreldre. Foreldre gjentar gamle og kanskje traumatiske relasjonserfaringer og overfører dem til neste generasjon. Artikkelen beskriver hvordan foreldre som får hjelp til å huske sin barndom, i mindre grad gjentar dårlige samspillsmønstre. Men hvis foreldrene ikke husker, blir barndommens mer eller mindre traumatiske relasjonserfaringer gjentatt automatisk i relasjonen til det nye barnet. Gjennom å bevisstgjøre foreldrene på deres egen historie og gjøre dem oppmerksomme på gjentagelsesmønsteret, klarte psykoanalytikerne å få foreldrene mer sensitive på barnet og dets behov og dermed komme barnet i møte på en mer utviklingsfremmende måte. Etter min oppfatning er dette et eksempel på det vi kan kalle et mentaliseringsarbeid.

I klinikken er foreldrenes egne vansker en vesentlig utfordring i foreldre–barn–samtaler. Vi ser hvordan deler av barnets vansker relaterer seg til noe i mors eller fars personlighet. Det kan for eksempel handle om foreldres måter å forsvare seg på, som barnet stadig støter imot. Til klinikken kom en far som ikke klarte å se sønnens sårbarhet og usikkerhet, men konsekvent tolket disse følelsene som uttrykk for at gutten var uselvstendig og dermed ikke ville klare seg selv i livet. Gutten var blitt 11 år, og faren arbeidet hele tiden med å gjøre ham mer selvstendig. Fra han var liten, måtte gutten klare blant annet å smøre matpakke selv, rydde rommet og brette klærne selv, ellers ville >>



Det er ikke tilstrekkelig at man er forståelsesfull, barnet må være mottakelig for å bli forstått

han ifølge faren ende opp som en uselvstendig mann. Farens forståelse av sønnen hang delvis sammen med farens egen barndom. Faren måtte klare seg selv allerede i veldig ung alder, og det var rett og slett ikke rom inni ham for å være liten, sårbar og usikker. Når faren møtte disse følelsene i sønnen, ble han redd og spilte ut sin eksistensielle frykt ved å avvise disse delene av gutten. I møte med disse følelsene havnet faren i psykisk ekvivalens. For faren var det å føle seg liten og sårbar en eksistensiell fallitt. Sønnen på sin side strevde med voldsomme raseriutbrudd, noe som ble tolket som et forsøk fra guttens side på å formulere et «nei» til farens fortolkningspraksis og bevare det som var sant for ham selv. Da faren klarte å se denne dynamikken – hvordan han systematisk misforsto sønnens atferd og konsekvent lukket rommet mellom dem når bestemte følelser dukket opp – og ikke minst røttene tilbake i hans egen barndom, klarte han samtidig å se og møte gutten på en mer sann måte. Med andre ord, far klarte å etablere en intersubjektivitet etter å ha beveget seg fra en tilstand av psykisk ekvivalens til mentalisering.

INN I RELASJON

For å kunne mentalisere, tenke og reflektere rundt seg selv og andre må det være tillit og trygghet i relasjonen. Et barns tillit og trygghet vokser frem som et svar på gjentatte erfaringer av å bli sett, anerkjent, trygget og tatt vare på av foreldrene. Det motsatte er også en realitet: Hvis et barn stadig opplever å bli misforstått, feiltolket og dermed ikke anerkjent og bekreftet på sin erfaring, skapes det en utrygghet i barnet, hvor en konsekvens er vanskeligheter med å forstå egne erfaringer og tenke rundt seg selv og andre.

For bedre å forstå barnets særegne, individuelle perspektiv er det viktig å ta med barnet inn i behandlingen og lytte til det – verbalt og nonverbalt, gjennom handling, lek og ord. Ofte er det en fordel hvis behandleren har en barnevernsterapeutisk bakgrunn, fordi dette gjerne innebærer en større kunnskap og sensitivitet for barnets indre verden og kommunikasjonsform. Og da er terapeuten bedre rustet til å oversette det barnet kommuniserer, til et språk de voksne kan forstå.

Barn som ikke er vant til å bli invitert inn til et intersubjektivt møte, er heller ikke vant til å delta i samtaler hvor den voksne eksplisitt

ønsker å forstå dem. De kan oppleve slike samtaler som en type trussel. Dette er en utfordring i foreldre–barn-samtaler.

Jeg hadde for en tid tilbake en mor og en gutt i behandling. I en time beskrev moren en vanskelig situasjon hjemme og generaliserte historien til et typisk eksempel på hvordan gutten pleier å oppføre seg. På spørsmål om hvordan han opplevde situasjonen, eller om han i det hele tatt var enig i morens versjon, svarte han avvisende: «Hva er poenget, ingen forstår noen ting likevel.» Deretter snudde han seg og så bort. Da jeg inviterte ham til å snakke om det han opplevde her og nå, at det er vondt ikke å føle seg forstått, reiste han seg opp og løp ut av kontoret. «Du forstår ingenting, og du skal liksom være psykolog», ropte han. Moren så på meg og sa at slik er han hele tiden hjemme også: «Han forstår ikke sosiale spilleregler, han forholder seg ikke til grenser. Jeg har lurt på om han er litt sånn Asperger. Hva tror du som er psykolog?» For meg lå utfordringen i å få moren til å åpne opp for at det gutten gjorde: Å løpe ut av kontoret var en type kommunikasjon med en konkret psykologisk mening, som det går an å forstå.

Barn som ikke er vant til å bli speilet på følelsene sine og ikke snakket med om hva de opplever, vet ofte ikke selv hva de føler, og de kan fort oppleve det å bli sett som en trussel. De har ofte et begrenset språk for egne erfaringer. De kan også ha et begrenset handlingsrepertoar, et repertoar som ofte består av sinneutbrudd eller tilbaketrekning.

Gutten som løp ut av kontoret, var en slik gutt. Han hadde erfart at når oppmerksomheten ble rettet mot ham, var det ikke ut av interesse for hans perspektiv og ønske om å skape en intersubjektivitet, men å gi en beskjed om hvordan han kan og ikke kan oppføre seg. Min henvendelse var en invitasjon inn i, en for ham, sårbar situasjon der han forventet å bli krenket og misforstått. Han handlet for å bevare seg selv og komme over i en mer trygg situasjon – ut av relasjonen, ut av kontoret. Gutten overførte tidligere relasjonelle erfaringer over på meg. Vi kan anta at barnet tok for gitt at jeg var som foreldrene: Vi var like. Med denne forestillingen var gutten i psykisk ekvivalens. Han tok for gitt at heller ikke jeg «forsto noen ting», og det å snakke ville bare føre til mangel på bekreftelse, misforståelser og påstander om hvordan han var og ikke var. Når han brøyt «spillet regler»

på psykologkontoret – snakke om seg selv på ulike måter – ble dette en bekreftelse for moren på hvor dårlig han forsto sosiale regler, og at han ikke tok hensyn til grenser.

For å fremme barnets eget perspektiv, og få barnet til å kommunisere sin subjektive erfaring, må terapeuten ikke bare trygge og skape tillit, terapeuten må også komme forbi barnets forventninger og forestillinger om hvordan det kommer til å bli møtt. Det er ikke tilstrekkelig at terapeuten er forståelsesfull, barnet må selv være mottakelig for å bli sett og forstått. Barnet må tro på at behandleren kan tenke og forstå på en måte som erfares som sann i forhold til det barnet faktisk erfarer. For å få dette til hjelper det lite med et teknisk, abstrakt fagspråk. Det hjelper lite med abstrakte ord i det hele tatt, fordi de gjerne ikke egner seg til å speile barnets egen erfaring og ofte forutsetter at barnet evner å reflektere rundt egne erfaringer og følelser. Det hjelper tilsvarende lite med skjematisk oppskrift på hvordan møte barn. Psykologen må lage en ramme for timene som trygger barnet, og snakke et språk som barnet kan forstå og oppleve som meningsfullt i tilknytning til egne erfaringer. Psykologen må også kunne forstå hva som utspiller seg her og nå på det affektive nivået inni barnet og i relasjonene, og psykologen må handle klokt i forhold til det spesifikke som skjer her-og-nå. Det vil si: Psykologen må selv kunne mentalisere.

Å få barnet aktivt og deltakende krever mer enn å invitere barnet til å snakke. Barnet må også erfare at det det sier, har betydning, og at de andre i rommet er genuint interesserte i å høre barnets stemme, og at denne stemmen har relevans for løsningene som foreslås. En oppgave for terapeuten er derfor å legge forholdene til rette for mentalisering: at barnets særegne stemme blir hørt og forstått, og at terapeuten verdsetter at barnets perspektiv er forskjellig fra foreldrenes. Gutten som løp ut av kontoret, hadde formidlet en viktig beskjed: «Du forstår ingenting.» Dette ble utgangspunkt for et psykoanalytisk foreldre-barn arbeid. Temaet hos gutten var stadig smerten ved ikke å bli forstått, sårbarheten og det å føle seg som en umulig unge. Temaet hos moren var opplevelsen av ikke å forstå og reagere med moralske anklager mot gutten. Gutten strevde med å slippe tak i etablerte forestillinger og automatiserte reaksjonsmønstre, og dermed også å gi seg hen til relasjonen. For moren var det vanskelig å anerkjenne guttens subjektivitet og se ham som sårbar og utrygg, og ikke tolke hans atferd som uttrykk for uvilje og mangel på sosiale ferdigheter. I behandlingen jobbet vi også aktivt med å senke tempoet i kommunikasjonen mellom dem. Da hun ble mer avventende og passiv, viste mer nysgjerrighet og større forståelse for hans erfaring, ble han mer

trygg i relasjonen til henne. Da åpnet det seg et rom mellom moren og gutten som gjorde at hun begynte å erfare kompleksiteten i sønnens indre verden. Det gjorde henne usikker: Forsto hun riktig, hva skulle hun gjøre? Dette temposkiftet og åpenheten gjorde henne mer sensitiv for det gutten kommuniserte på det affektive nivået, og det hun selv bidro med av tanker og følelser inn i relasjonen.

Foreldrene klarer å mentalisere barnets følelser bedre når de er i stand til å erfare og være nysgjerrig på barnets særegne perspektiv. Først da kan det bli en reel intersubjektivitet mellom foreldre og barn, som er så viktig for barnets psykologiske utvikling og psykiske helse. Når foreldrene klarer å åpne for barnets subjektivitet og indre verden, ser de tydeligere hvordan de som foreldre virker på barnet, hvorfor barnet gjør som det gjør i en konkret situasjon, og hva barnet egentlig har behov for fra foreldrene. Det gir foreldrene en opplevelse av å forstå barnet sitt og gjør dem i stand til å møte barnet på en mer konstruktiv måte, og dette er godt for foreldrene. Men det å se barnet bedre innebærer nye utfordringer. Kompleksiteten og mangetydigheten og det ukjente i barnet kommer tydeligere frem, og de må selv romme mer usikkerhet og tvil som foreldre. Hva er barnets subjektive erfaring? Moren til gutten sa det slik:

Det er ikke blitt lettere, men oppleves mer riktig og sant. Vi har fått en bedre relasjon, kommet nærmere hverandre, og jeg forstår mer. Før trodde jeg at jeg visste og hadde rett, jeg hadde liksom fasiten og var sikker på hva jeg skulle gjøre, nå er det annerledes. Det er jo vanskelig å bare være i alt det kompliserte, da. Det gjør meg noen ganger så usikker ikke å vite hva som egentlig er det beste for ham. ✕

LITTERATUR

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the self*. London: Karnac books.

Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 387–421.

Rousseau, J-J. (2010/1762). *Émile – eller om oppdragelse*. Oslo: Bokvennen forlag.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 486–496 FAGFELLEVDERT

PÅL KRISTENSEN Senter for Krisepsykologi, Bergen, Sykehuset Telemark HF,

KARI DYREGROV Senter for Krisepsykologi, Bergen, Høgskolen i Bergen,

ATLE DYREGROV Senter for Krisepsykologi, Bergen, Universitetet i Bergen

KONTAKT Paal@krisepsyk.no, 992 71 644

«DET ER BÅDE HELT GRUSOMT OG GODT PÅ SAMME TID»

Etterlatte foreldre og søskens opplevelse av besøk til Utøya etter terrorangrepet 22. juli

Mange av de etterlatte beskrev besøket til Utøya som viktig, men også som en fysisk og psykisk belastning. For flere har det å se de ulike stedene med egne øyne gitt en mer helhetlig, sammenhengende forståelse av hva som skjedde.

Det er godt dokumentert at det å miste nærstående ved plutselig, uventet og voldsom død, for eksempel i en ulykke, selvmord, drap eller en katastrofe kan ha betydelige fysiske og psykiske følger for etterlatte både på kort og lang sikt (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003;

ABSTRACT

«It feels both awful and good at the same time».

Bereaved parents' and siblings' experiences of visiting Utøya island after the terrorist attack 22.07.11.

Background: For almost three decades returning to the scene of the catastrophe has been part of a collective practice in Norway for bereaved families after large-scale accidents and disasters. **Objective:** The aim of this study was to examine bereaved family members' experiences of visiting Utøya Island after the July 22nd 2011 terror attack. **Method:** Approximately 2 ½ years after the terror attack 83 parents and 37 siblings answered a self-report questionnaire whether they had visited Utøya since the terror attack, and whether they found the visit beneficial and/or a burden. They were also asked to write a short description of what they found beneficial and/or burdensome with the visit. **Results:** Almost all parents (95%) and siblings (100%) had visited Utøya after the terror attack. Nearly two thirds of the parents and siblings reported that visiting the site of death had been both beneficial and a burden, and one third reported that it had been beneficial only. Most beneficial with the visit were an existential/emotional need to see the site, and increased cognitive clarity about what had happened. Some reported that visiting the site had reduced ruminations and misinterpretations about the circumstances of the death. Most burdensome with the visit was an activation of trauma and grief reactions. **Implications:** Our findings suggest that visiting the site of death can be recommended for bereaved families after disasters and terror. Although a visit to the site of death can be stressful, it is our conclusion that the benefits outweigh the burdens. Such visits can be particularly important for persons who struggle with complicated grief reactions such as avoidance of the reality of the death, and/or maladaptive grief-related ruminations. Adequate preparations are necessary before visits are conducted.

Keywords: terrorism, visiting death site, bereavement, family, grief

.....
Takk til de etterlatte som har deltatt i studien. Takk til det danske Egmont Fondet for økonomisk støtte.



Flertallet av de etter- latte beskrev at besøk til Utøya har vært viktig

Kristensen, Weisæth, & Heir, 2012; Kristensen, Weisæth, Hussain, & Heir, 2014; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

I motsetning til naturkatastrofer og teknologiske ulykker består terrorangrep av voldshandlinger som er bevisst utført for å ramme uskyldige mennesker, noe som får enda større konsekvenser for de som rammes (McFarlane, & Norris, 2006). Flere internasjonale studier har vist at det å miste nærstående i en terrorhandling er forbundet med høy risiko for å utvikle psykiske helseplager (Neria et al., 2007; Neria et al., 2008; Pfeffer, Altemus, Heo, & Jiang, 2009; Pfefferbaum et al., 2001).

Siden Norge har vært forskånet for terror i etterkrigstiden, finnes det ingen andre norske studier av etterlattes reaksjoner og tilpasning etter tap av nærstående ved terrorangrep før nylig. Vår norske studie av etterlatte foreldre og søsken 1½ år etter terrorangrepet på Utøya i 2011 fant at 60-80 prosent strevde med kompliserte sorgreaksjoner og posttraumatiske stressreaksjoner (Dyregrov, Dyregrov, & Kristensen, 2014b). Mange slet også med å komme tilbake i arbeid, eller med høyt skolefravær og nedgang i karakterer som et resultat av tapet. Siden tap av nærstående kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser er det nødvendig at vi tilegner oss mer og bedre kunnskap om hva som kan være til hjelp i etterkant av et plutselig, voldsomt dødsfall, og hvordan man eventuelt kan forebygge vansker på sikt (Dyregrov, Dyregrov, & Kristensen, 2014a).

I en tidlig fase etter et voldsomt dødsfall er det viktig å hjelpe etterlatte med å fatte at dødsfallet har inntruffet, og akseptere at døden var uunngåelig under de rådende omstendighetene (Kristensen, Weisæth et al., 2012; Worden, 2009). Informasjon om omstendighetene rundt dødsfallet (Winje, 1998) og sorgritualer som syning, begravelse og minneseremonier kan gjøre tapet mer virkelig (Chapple & Ziebland, 2010; Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2007; Singh & Raphael, 1981). Betydningen for etterlatte av å komme til stedet der ens kjære har omkommet eller ble funnet død, er mindre studert.

I dag er det vanlig at etterlatte legger ned blomster og tenner lys, for eksempel langs veien etter en bilulykke eller på stedet der en person har blitt funnet drept (Clark & Franzmann, 2006). I etterkant av storulykker og katastrofer har man i Norge i snart tre tiår etablert en praksis der etterlatte familier tilbys å komme til stedet der ens nærmeste har omkommet. Den første gangen dette ble gjennomført kollektivt, var etter et snøskred i Vassdalen i Nord-Norge i mars 1986 der 16 soldater døde. Noen dager etter ulykken ble familiene til de omkomne brakt til katastrofeområdet, der de deltok i en minneseremoni og fikk anledning til å se avdøde i en syningsseremoni i en lokal kirke. Tre måneder senere ble de fløyet over katastrofeområdet for å se hvor deres sønner hadde blitt funnet. I en oppfølgingsstudie 23 år etter rasulykken fant man at majoriteten av etterlatte foreldre hadde opplevd besøk til dødsstedet som nyttig (Kristensen & Franco, 2011). Det de opplevde som mest nyttig ved å komme til stedet der deres sønner omkom, var at de fikk bedre oversikt over hva som hadde skjedd, opplevelsen av nærhet til avdøde, og det å treffe andre foreldre som var i samme situasjon.

Etter tsunamikatastrofen i 2004 der 84 nordmenn omkom, ble det arrangert to minnereiser til Thailand for familiemedlemmer som hadde mistet nærstående i katastrofen. En oppfølgingsstudie av 132 etterlatte viste at det å komme til katastrofeområdet hadde vært av stor betydning, særlig for å forstå hvorfor det gikk så galt som det gjorde med ens nærmeste (Kristensen, Tønnessen, Weisæth, & Heir, 2012).

Fra behandlingsfeltet er tenkningen rundt eksponering og eksponeringsterapi relevant å nevne i denne sammenhengen (Foa, 2011). Eksponeringsterapi, der man konfronterer angstskapende tanker, steder eller personer, enten i fantasien eller «i det virkelige liv», har vist seg å være en viktig ingrediens ved behandling av kompliserte sorgreaksjoner (Bryant et al., 2014; Shear et al., 2014). Studier har også vist at å oppsøke katastrofeområdet eller dødsstedet etter en dramatisk hendelse kan redusere posttraumatiske stressreaksjoner og fobiske reaksjoner (Heir & Weisæth, 2006; Kristensen, Tønnessen et al., 2012).

Selv om denne type intervensjon er vanlig etter katastrofer og storeulykker i Norge, finnes det lite forskning på hvorfor besøk til dødsstedet er viktig for etterlatte. I denne artikkelen undersøker vi om besøk til dødsstedet har nytteverdi for etterlatte etter en terrorhendelse, og i så fall hvorfor.

KOLLEKTIVE BESØK PÅ UTØYA ETTER 22.07.11

I den faglige ekspertgruppen, som ble ledet av Helsedirektoratet, ble det tidlig i etterkant av terrorangrepet anbefalt å tilby etterlatte familier å besøke Utøya (Helsedirektoratet, 2012). Et felles besøk til Utøya ble arrangert 19. august 2011. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) stod ansvarlig for samlingen, og Helsedirektoratet hadde ansvaret for å gi helsefaglige råd i forbindelse med gjennomføringen. I tillegg til ansatte fra Kripes og politiet, Sivilforsvaret, Norsk Folkehjelp og frivillige fra Røde Kors var en rekke helseteam i beredskap på øya for å bistå etterlatte som måtte ha behov for fysisk/psykisk assistanse under samlingen.

Hovedmålet med den første samlingen var for etterlatte å komme til stedet der deres avdøde familiemedlem ble funnet drept. Bilder tatt av bygningene og de ulike stedene på Utøya ble plassert på kaien for at de etterlatte skulle være mest mulig forberedt på hva som møtte dem der ute (Helsedirektoratet, 2012). Personlige effekter var fjernet fra øya, bygninger vasket, mens kulehull og andre ødeleggelser forårsaket av gjerningsmannen ikke ble gjort noe med. Hver familie til de 69 som ble drept, kunne bringe inn til 10 personer til øya denne dagen. Til sammen var rundt 360 pårørende, som representerte 60 av de omkomne, til stede. To polititjenestemenn fra KRIPOS og en frivillig fra Røde Kors eskorterte hver familie, en etter en, til stedet der deres kjære ble funnet drept. På stedet viste politiet hvor avdøde ble funnet, og svarte på spørsmål familien hadde knyttet til dødsfallet.

Familieene kunne tilbringe så mye tid de ønsket på dødsstedet. Blomster var tilgjengelige for alle, og i bygninger var det laget sandmontre hvor blomster og lys kunne settes. I et stort telt var det lagt til rette for felles samvær, det var taler av helseminister og politidirektør, aktivitets-tilbud for barn og servering i det som for noen ble en lang ventetid før de kunne besøke «sitt» sted. Personlige effekter ble vasket og lagt på pent arrangerte bord for hver av de 69 drepte i et egnet lokale på landsiden. Etterlatte som ønsket det, kunne besøke lokalet, bli ivaretatt av politi og sivilforsvar, og ta med effekter hjem om de ønsket.

De som følte at den første samlingen kom for tidlig eller av andre grunner ikke kunne delta, fikk anledning til å besøke Utøya halvannen måned etter. Senere har det vært mulig å besøke øya på åpne dager, på ett- og toårsdagen, og man har hatt anledning til å besøke øya på egen hånd.

MÅLET MED STUDIEN

Målet med studien er å få mer kunnskap om betydningen av besøk til dødsstedet for etterlatte foreldre og søsken etter terrorangrepet 22.07.11.

Spesifikt har vi stilt spørsmålene: Hvor betydningsfullt er det for etterlatte familiemedlemmer å besøke dødsstedet etter et terrorangrep?, hva er mest betydningsfullt ved slike besøk?, og er det potensielle «skadevirkninger» som vi må være klar over?

METODE

Senter for Krisepsykologi i Bergen gjennomfører en longitudinell studie av de psykososiale følgene av å ha mistet barn eller søsken under terrorangrepet på Utøya 22.07.11. Studien har tre ulike måletidspunkt: 18 måneder (T1), 28 måneder (T2), og 40 måneder (T3) etter terrorangrepet. På T1 og T3 anvendes et spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål, mens T2 også inkluderer dybdeintervjuer. Dataene som presenteres i denne artikkelen, er fra andre datainnsamling (T2), som ble gjennomført i oktober/november 2013.

Prosedyre og rekruttering

For å få tilgang til navn på foreldre og søsken av avdøde ble avdødes navn koblet til Folkeregisteret. Rekrutteringen startet i februar 2013, med utsending av informasjonsbrev til etterlatte foreldre og søsken med forespørsel om deltakelse i studien. De som ønsket å delta, returnerte samtykke, og mottok deretter spørreskjemaet. For barn uten samtykkekompetanse (12–15 år) samtykket foreldre på deres vegne. Siden to av de omkomne var utenlandske statsborgere og ikke var registrert i Folkeregisteret, ble deres familier ekskludert fra studien. Fordi flertallet av de avdøde var mindreårige og hadde bodd i ulike relasjoner med omsorgspersoner, inviterte vi både biologiske foreldre og søsken (uavhengig av om de hadde levd med den avdøde eller ikke), og steforeldre / ste- og halvsøsken som bodde sammen med dem på tidspunktet da de ble drept. Siden Folkeregisteret ikke har registreringer av steforeldre og ste/halvsøsken, har vi ikke eksakt oversikt over den totale populasjonen som utgjør grunnlaget for rekruttering til studien. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Deltakere

Utvalget på T2 bestod av 120 etterlatte og inkluderte 83 foreldre (69 %) og 37 søsken (31 %). Blant foreldrene var 39 fedre (47 %, $M_{age}=53.1$, $SD=6.94$), og 44 mødre (53 %, $M_{age}=50.3$, »



Man har innsett at det var vanskeligere å unnsnippe terroristen enn det man har trodd på forhånd, noe som har redusert grublerier og «feilaktige» tanker

SD=6.43). Blant søsknene var 10 brødre (27.0 %, M age=22.4, SD=7.93) og 27 søstre (73 %, M age=23.0, SD=8.37). Til sammen var 50 avdøde representert med enten foreldre og/eller søsken (75 %) på T2.

Spørreskjema

Et eget spørreskjema ble utviklet for studien og inkluderte spørsmål knyttet til demografi, tapet, psykisk helse, spørsmål om hva slags hjelp og støtte etterlatte hadde hatt behov for og mottatt i tiden etter terrorangrepet, og erfaringer fra besøk til Utøya. Dette siste fokuset – som denne artikkelen omhandler – besto av både åpne og lukkede spørsmål. Informantene fikk valget mellom å besvare spørreskjemaene i papirversjon eller digitalt på SurveyMonkey.

Foreldre og søsken ble stilt følgende spørsmål: (a) Har du vært på Utøya etter 22. juli 2011? (ja vs. nei), (b) Har du deltatt på fellessamlinger på Utøya og/eller dradd dit på egen hånd?, (c) Hvor betydningsfullt var det for deg å komme til Utøya? («I stor grad, I nokså stor grad, Til en viss grad, I liten grad, Ikke i det hele tatt»), (d) I hvilken grad opplevde du å komme til Utøya som en belastning? («I stor grad, I nokså stor grad, Til en viss grad, I liten grad, Ikke i det hele tatt»). I tillegg til de lukkede spørsmålene ble informantene bedt om å svare på følgende åpne spørsmål: (a) Kan du beskrive hva du opplevde som betydningsfullt med besøket til Utøya, og (b) Kan du beskrive hva som utgjorde en (eventuell) belastning ved besøket?

Dataanalyser

Vi gjorde deskriptive analyser av de standardiserte spørsmålene om hvor mange etterlatte foreldre og søsken som hadde vært på Utøya, hvor betydningsfullt besøket hadde vært, og hvor mange som hadde opplevd besøket som en belastning. Svarene på hvor betydningsfullt og (eventuelt) belastende det hadde vært å komme til Utøya, ble kategorisert i 4 grupper: kun betydningsfullt, betydningsfullt og belastende, verken betydningsfullt eller belastende, og kun belastende. Khi-kvadrat ble benyttet for å teste forskjeller mellom foreldre og søsken og mellom kjønn på kategoriske variabler. SPSS, versjon 22 ble benyttet i de kvantitative analysene.

Foreldre og søskens utdypende beskrivelser av hvordan de opplevde besøket til Utøya, er analysert ved kvalitativ tematisk analyse

(Braun & Clarke, 2006). Dette innebar at alle meningsbærende enheter (skriftlige utsagn) i de åpne spørsmålene av hvor betydningsfullt/belastende det hadde vært å komme til Utøya, innledningsvis ble grundig gjennomlest. Videre ble utsagn med lignende innhold gruppert/kategorisert og gitt kategorinavn. De kvalitative analysene ble gjennomført av første- og andreforfatter, og deretter tilpasset i tråd med konsensusdiskusjoner med alle medforfatterne. I resultatdelen presenteres kvantitative og kvalitative analyser sammen med utvalgte sitater fra det kvalitative materialet.

RESULTATER

Kvantitative analyser

Totalt oppgav 116 informanter (97 %) at de hadde besøkt Utøya etter terrorangrepet i 2011 (foreldre: 79/83, 95 %, søsken: 37/37, 100 %). Flertallet av foreldre (65/79, 82 %) og søsken (34/37, 92 %) svarte at de hadde deltatt på de kollektive besøkene første året etter terrorangrepet. En betydelig andel foreldre (31/79, 39 %) og søsken (14/37, 38 %) rapporterte at de hadde vært på Utøya på egen hånd utenom de kollektive besøkene. Det er ingen signifikante forskjeller mellom foreldre og søsken.

Totalt svarte 107 informanter (92 %) at de enten i «I stor grad» eller «I nokså stor grad» har opplevd det å komme til Utøya som betydningsfullt. Signifikant flere foreldre enn søsken oppgav dette (91 %, N=72/79 vs. 70 %, N=26/37, khi-kvadrat = 8.37 (1), $p=.033$). Vi fant ingen signifikante kjønnsforskjeller i opplevd betydning av besøket verken blant foreldre eller søsken.

Totalt svarte 35 informanter (31 %) at besøket «I stor grad» eller «I nokså stor grad» hadde vært belastende. Det var ingen signifikant forskjell mellom foreldre og søsken. Blant foreldrene oppgav signifikant flere mødre enn fedre at besøket «I stor grad» eller «I nokså stor grad» hadde vært en belastning (39%, N=16/41, vs. 17%, N=6/36, khi-kvadrat= 4.70 (1), $p=.043$). Vi fant ingen kjønnsforskjell blant søsken.

Informantenes grupperte svar på spørsmålene om hvor betydningsfullt og belastende de opplevde besøket til Utøya, er vist i tabell 1. Ca. 2/3 av informantene hadde opplevd å komme til Utøya både som «betydningsfullt og belastende». Det var ingen signifikant forskjell mellom foreldre og søsken. Nesten 1/3 beskrev besøk til Utøya som «utelukkende betydningsfullt». Heller ikke her var det noen signifikant

	Kun betydningsfullt	Betydningsfullt og belastende	Verken betydningsfullt eller belastende	Kun belastende
Foreldre (n=77)	24 (31)	51 (66)	1 (1)	1 (1)
Fedre (n=36)	9 (25)	27 (75)	0 (0)	0 (0)
Mødre (n=41)	15 (37)	24 (59)	1 (2)	1 (2)
Søsken (n=37)	10 (27)	22 (59)	2 (5)	3 (8)
Brødre (n=10)	3 (30)	5 (50)	2 (20)	0 (0)
Søstre (n=27)	7 (26)	17 (63)	0 (0)	3 (11)

Tabell 1. Fordelingen i undergrupper basert på foreldre og søskens opplevelse av å besøke Utøya etter terrorangrepet 22.07.11 (%).

forskjell mellom foreldre og søsken. Kun et lite antall informanter rapporterte besøket som «utelukkende belastende» (n=4/114, 4 %) eller «verken betydningsfullt eller belastende» (n=3/114, 3 %).

Kvalitative analyser

Blant informantene som oppga at besøk til Utøya hadde vært betydningsfullt, svarte totalt 77/107 (72 %) på det åpne spørsmålet om hva som opplevdes som betydningsfullt (foreldre: 51/75, 68 %, søsken: 26/32, 81 %).

Betydningsfullt ved besøk til Utøya

Flertallet av de etterlatte beskrev at besøk til Utøya har vært viktig. Beskrivelser som «det er godt å komme dit», «befriende å besøke øya», og «gir en ro og fred» går igjen. Noen har understreket at de hadde et sterkt behov for å komme dit, og at det har det vært en nødvendig del av bearbeidelsen. For andre har det vært et bevisst valg å dra dit fremfor å ikke vite og risikere å bli sittende igjen med plagsomme fantasier om hvordan det så ut der. Å se hele øya, og foreta flere besøk – også utenom fellessamlingene – vektlegges blant flere. Etterlattes svar på hva de har opplevd som betydningsfullt, er inndelt i følgende analytiske kategorier: I Eksistensielle/følelsesmessige behov, II Økt kognitiv klarhet, III Endret perspektiv på Utøya og livet der og IV Ritualbruk.

I Eksistensielle/følelsesmessige behov

Mange av informantene formidlet et sterkt behov for å se eller komme til stedet der ens barn eller søsken ble funnet drept. Det å være på stedet der han/hun levde sine siste minutter, ble beskrevet som godt for mange. Flere utdyppet dessuten at de følte en spesiell «nærhet» til

avdøde nettopp her, og noen betegnet det som om en del av personen fortsatt «er igjen der», som sjelen eller personligheten er knyttet til stedet der han/hun ble drept. En av informantene beskrev det slik;

For meg har det vært veldig viktig å se stedet der broren min ble drept. I tillegg føler jeg en tilknytning til stedet i nettopp det at det var der han levde sine siste minutter, og det var der han døde. Han kom aldri hjem fra Utøya, og jeg føler at han på en måte «er igjen» der. Det er ekstremt viktig for meg å kunne oppsøke stedet der han ble drept.

II Økt kognitiv klarhet

Å komme til Utøya har for mange hatt betydning for det vi med et analytisk begrep betegner som kognitiv klarhet. I dette ligger det å få en bedre oversikt over hendelsesforløpet og hva som hendte med avdøde. Betydningen av å se de fysiske omgivelsene for hendelsen med egne øyne fremfor å bli fortalt om stedene av andre eller se dem på et bilde, understrekes. Andre beskrev at det å se øya og funnstedet har gitt en noe konkret å forholde seg til, man har dannet seg et bilde av hva som hendte, får fylt inn tomrommene, eller som en mor skrev: «man får flere biter i «puslespillet». I denne sammenhengen har enkelte bemerket at det har vært nyttig å ha med seg en person som selv var til stede på øya denne dagen. Å besøke øya har også for noen gjort det lettere å sette seg inn i de vanskelige valgene som avdøde måtte ta mens terrorangrepet pågikk. En konsekvens av dette er at man har innsett at det var vanskeligere å unnsnippe terroristen enn det man har trodd på forhånd, noe som har redusert grublerier og «feilaktige» tanker. En informant beskrev det slik:

»

Da får jeg sett øya med mine egne øyne. Sett hvordan ting som hus, trær, steiner, bakker o.l. er i forhold til hverandre. Slike ting som du kan se på bilder, men som allikevel blir mye mer virkelig når man er der. Da kan vi gå avstandene, føle på kroppen hvor bratt skråningene er, hvor langt det er i skritt fra a til b. Det å være der fysisk gjør det mye lettere for meg å sette meg inn i hvordan de tenkte. Vi kunne gjemme oss der vår sønn ble drept. Vi kunne oppleve at han var gjemt, de så han ikke fra stien. Slike ting kan vi ikke se på et bilde. Slikt må oppleves! Vi fikk også erfare at han hadde ingen rømmingsmuligheter der han satt. Det trodde vi, og det har vi grublet mye over, hvorfor han ikke «bare» rømte oppover skråningen eller la på svøm utover vannet. Det var fysisk umulig. Det kunne vi heller ikke tyde ut fra et bilde. Det å være der og få se det med våre egne øyne, det ga meg en indre ro. Noe som også ikke er mulig bare med å se på et bilde.

III Endret perspektiv på Utøya og livet der

En tredje kategori er det vi kaller å få et endret perspektiv på øya og avdødes liv der. I etterkant av terrorangrepet har Utøya først og fremst vært forbundet med de grufulle handlingene som skjedde der. Både foreldre og søsken beskrev også at besøk til Utøya har gitt dem en bedre forståelse for hvorfor avdøde ville dra dit, og at de opplevde øya som et fint sted å være. Noen vektla dessuten at man fikk et bedre inntrykk av hvordan avdøde hadde hatt det på øya inntil tragedien rammet, noe som hadde vært en god trøst. En informant skrev: «Jeg kunne med egne øyne se hvor flott øya var, og hvorfor min datter satte så stor pris på å være der.»

IV Ritualbruk

Å utføre ritualer på funnstedet fremheves som betydningsfullt av flere. En informant beskrev det slik: «Jeg har behov for å komme til plassen der det skjedde, for å tenne lys og legge ned blomster.» For andre er det viktig å kunne snakke med avdøde eller spille musikk som han/hun likte. Det å være på dødsstedet akkurat på det tidspunktet da ens kjære ble drept, fremheves også av flere. En informant skrev: «Det å kunne være der min søster ble drept på tidspunktet hun ble drept, har vært viktig i form av å føle en nærhet til hva som skjedde den grusomme dagen.»

Belastende ved besøk til Utøya

Blant informantene som oppga at besøk til Utøya hadde vært belastende, svarte totalt 53/77 (69 %) på det åpne spørsmålet om hva som opplevdes som belastende (foreldre: 35/52, 67 %, søsken: 18/25, 72 %).

Mens mange etterlatte har opplevd det som godt å komme til Utøya beskrev også en betydelig andel besøket som en fysisk og psykisk belastning. Særlig gjaldt dette å komme til stedet der avdøde ble funnet. Beskrivelser som «ufattelig tungt», «veldig tungt og slitsomt med mange tårer», og «enormt ubehag» gikk igjen. Noen har hatt det verst i forkant av besøket fordi man har bygd seg opp forventninger på forhånd av hvordan det vil bli å komme dit. For mange har det tyngste vært å komme til øya første gangen, så har det blitt lettere etter hvert. For andre har det blitt verre å komme dit med tiden fordi, som en informant sa: «det går mer opp for en hva som har hendt». Det å komme til Utøya sammen med andre etterlatte har også gitt en større bevissthet på omfanget av hendelsen med det store antallet unge mennesker som ble drept. I tråd med de kvantitative analysene er mange preget av motstridende følelser i forhold til det å komme tilbake til øya. En informant beskrev det slik: «Det er både helt grusomt

og godt på samme tid. Føler at jeg er nær min datter der fordi det var der hun sist levde, men samtidig grusomt fordi hun ble drept så brutalt». Den største belastningen ved å komme til Utøya forstås som en aktivering av traumatiske minner og sorg.

Aktivering av traumatiske minner og sorg

For mange har det å komme til funnstedet aktivert forestillinger om hva avdøde gjennomgikk før han/hun ble drept. Noen beskrev at man kom nærmere det som skjedde der ved at man blir minnet på, kunne tenke seg til, eller så for seg hva ofrene gikk igjennom under terrorangrepet, noe som frembrakte vanskelige følelser. En informant beskrev det slik:

Det er veldig belastende å være der hun døde, nettopp fordi hun ble drept der – det var der hun levde sine siste minutter, og der hun opplevde det mest forferdelige som tenkes kan. Det gjør vondt å vite dette, og kjenne på det.

Andre beskrev at man nærmest kunne fornemme redselen som ofrene har opplevd når man er på stedet, og at man har «kjent» følelsene på kroppen: «Følte veldig på frykten ofrene må ha følt. Gjorde vondt i kroppen og kjente panikken». I tillegg til aktiveringen av traumatiske minner har også besøk til øya aktivert sorgreaksjoner som tristhet, fortvilelse, og savn. Noen beskrev at disse reaksjonene kom parallelt med de traumatiske minnene:

Det er en belastning fordi det blir så nært. Sorgen, fortvilelsen, savnet. Ser for meg det som skjedde.

Det synes imidlertid som om aktiveringen av traumatisk minnesmaterialet hovedsakelig har en «her-og-nå» karakter, og kun et fåtall rapporterte at de har slitt med mareritt og vanskelige minner i tiden etter besøket. De aller fleste informantene poengterte dessuten at den totale «nytteverdien» har oppveid for belastningen ved å komme dit. Som en av informantene uttrykte det: «Kanskje er det en belastning der og da, men etterpå er alt mye lettere».

DISKUSJON

Målet med denne studien har vært å undersøke hvordan etterlatte foreldre og søsken har opplevd å besøke Utøya etter terrorangrepet den

22.07.11. Studien viser at majoriteten av både foreldre og søsken opplever det å besøke dødsstedet som viktig og nyttig, men også følelsesmessig krevende. Basert på etterlattes opplevelser er vår konklusjon at «nytteverdien» er større enn belastningen. Funnene er i overensstemmelse med hva vi har funnet både etter Vassdalenulykken (Kristensen & Franco, 2011 og tsunamikatastrofen (Kristensen, Tønnessen, et al., 2012), og hva etterlatte har beskrevet etter andre større hendelser som Sleipner-ulykken, Åsta-ulykken og Scandinavian Star (Gjestad & Buckley, 2011). Videre synes det å være noen fellesfaktorer knyttet til hvorfor besøk til dødsstedet er så viktig for etterlatte, uavhengig av om dødsfallet skjer i en naturkatastrofe, en teknologisk ulykke, eller ved et terrorangrep.

I denne studien har mange foreldre og søsken uttrykt et sterkt behov for eller en trang til å komme til stedet der deres kjære ble funnet drept, også kalt et hellig sted (Haney, Leimer, & Lowery, 1997). Behovet for å se stedet og få informasjon er viktig for virkeliggjøring av hendelsen, men flere gir også uttrykk for en opplevelse av nærhet til avdøde på stedet der livet endte. Dette kan forstås som en måte å opprettholde et kontinuerlig bånd eller en tilknytning til avdøde, noe som er en trøst for etterlatte (Steffen, & Coyle, 2011). Å besøke dødsstedet kan også oppleves som om man gjør en siste innsats for avdøde, eller en måte å vise sin respekt på, noe som kan være skyldreduserende (Haney et al., 1997; Vale-Taylor, 2009). Kombinert med ulike ritualer kan det å komme til dødsstedet gjøre det lettere både å kjenne på og å uttrykke sorgen uten at man behøver å bruke så mange ord. Når tilbakevending til dødssted også skjer sammen med andre som har mistet sine vil etterlatte kunne ha nytte av verdifull likemannsstøtte (Dyregrov & Dyregrov, 2008).

Behovet for å forstå hva som førte til dødsfallet er essensielt for etterlatte ved voldsom død (Janzen, Cadell, & Westhues, 2003–2004), og er en av grunnene til at etterlatte ofte ønsker å komme til dødsstedet (Winje, & Ulvik, 1995). Å komme til Utøya og se de ulike stedene med egne øyne har for flere gitt en mer helhetlig, sammenhengende forståelse av hva som skjedde. Å få en konkret og fysisk opplevelse av stedet øker forutsetningene for å kunne bearbeide hendelsen i ettertid fremfor å streve med fragmenterte bilder, fantasier eller spekulasjoner om hva som hendte (Heir, & Weisæth, 2006). Av mer spesifikke virkninger synes besøk til dødsstedet å kunne redusere grubling og eventuelle «feiloppfatninger» av hendelsesforløpet. Sorg-relatert grubling, det vil si repeterende grubling rundt årsakene til og konsekvensene av dødsfallet, har vist seg å være en risikofaktor for depresjon, posttraumatisk stress og komplisert sorg (Boelen, & Van den Hout, 2008; van der Houwen, Stroebe, Schut, Stroebe, & Van den Bout, 2010). Nyere studier ser på grubling som en form for unnvikelse av realitetene ved dødsfallet, og forskere har anbefalt eksponering fremfor distraksjon og atferdsaktivering for å redusere denne (Eisma et al., 2014). I denne sammenheng synes eksponering for de fysiske realitetene å ha bidratt til å motvirke grubling ved at det har virkeliggjort tapet og ikke minst gitt en mer konkret forståelse av hva som skjedde, og de valg avdøde foretok i en særdeles vanskelig situasjon. Tilslutt vil vi nevne at det å oppsøke dødsstedet også kan virke angstreduserende for etterlatte (Kristensen, Tønnessen et al., 2012).

Å komme til dødsstedet etter et voldsomt dødsfall er også følelsesmessig krevende. Etterlattes reaksjoner etter voldsomme dødsfall består ofte av en kombinasjon av både sorg og posttraumatiske stressreaksjoner (Raphael, Martinek, & Wooding, 2004) som lett trigges av påminnere i



Både foreldre og søsken beskrev at besøk til Utøya har gitt dem en bedre forståelse for hvorfor avdøde ville dra dit, og at de opplevde øya som et fint sted å være



Det å være på dødsstedet akkurat på det tidspunktet ens kjære ble drept, fremheves også av flere

hverdagen (Kaplow, Layne, Saltzman, Cozza, & Pynoos, 2013). Mens besøk til dødsstedet gjør at man kommer nærmere avdøde og avdødes liv, synes det åpenbart at man også kommer nærmere de vanskelige omstendighetene for dødsfallet. Mange beskriver at de opplever en aktivisering av traumatiske minner og fantasier om hva som skjedde med avdøde når de er på dødsstedet, noe som utløser vanskelige følelser. Noen formidler at man kan kjenne på seg selv de følelsene som man tror at avdøde hadde i situasjonen når man er på plassen, det vil si en identifisering med avdødes opplevelser (Rynearson, 1996). Reaksjonene er imidlertid forbigående for de fleste. Det synes således viktig å skille mellom hva som er emosjonelt krevende i situasjonen, og hva som har varige negative virkninger.

En faktor som kan ha hatt betydning i forbindelse med de kollektive besøkene er tilstedeværelsen av ulike hjelpere (politi, helsevesen mm). Selv om dette ikke ble nevnt eksplisitt av informantene kan dette ha bidratt til økt trygghet i forbindelse med det vanskelige møtet med stedet der deres kjære brutalt ble drept. Begrepet «konfronterende omsorg», omtalt av Winje og Ulvik etter Måbødalsulykken i 1988, peker nettopp på at for å bearbeide et dramatisk tap og være i stand til å ta inn over seg realitetene i at deres nærmeste er borte, bør etterlatte konfronteres med hva som har skjedd på en omsorgsfull og støttende måte (Winje, & Ulvik, 1995). Kollektive besøk til dødsstedet er et eksempel på en slik «konfronterende» tilnærming, som også er i overensstemmelse med nyere modeller for mestring av sorg (Stroebe & Schut, 1999).

Begrensninger ved studien

Vi vet lite om hvor representative deltagerne i studien er for hele gruppen av etterlatte. Like fullt representerer artikkelen opplevelsene til de som har deltatt, hvilket også er hensikten med de kvalitative dataene. Ut fra studiens design kan man ikke si noe om en eventuell effekt eller «helsegevinst» av å besøke dødsstedet. Siden dette var et kollektivt traume kan man ikke uten videre generalisere funnene til enkeltstående «katastrofer» som skjer i hverdagen. Vi har lite informasjon om den gruppen av etterlatte som opplevde besøk til Utøya kun som en belastning. Hvis det er slik at besøk til dødsstedet er potensielt skadelig for noen eller utelukkende er en belastning er dette svært relevant å få mere kunnskap om i fremtidige studier. Koding og konsensusdiskusjoner i analyseprosessen er gjort av tre forskere med særlig erfaring fra aktuelle fagfelt. Man kan allikevel ikke utelukke at andre forskere ville ha kategorisert det kvalitative materialet annerledes.

Praktiske og kliniske implikasjoner

Før kollektive besøk til dødsstedet gjennomføres er forberedelser nødvendig (Dyregrov, 2002). For det første er det viktig å forberede etterlatte på hvilke reaksjoner som kan oppstå i forbindelse med besøk til dødsstedet, f.eks. at besøket kan preges av både gode og vanskelige følelser. Samtidig kan man understreke andre etterlattes erfaringer som tilsier at «nytteverdien» vanligvis er større enn belastningen. Etterlatte kan ha ulike forestillinger om hva som møter dem på dødsstedet, og en avklaring på forhånd om hva de kan forvente å se er viktig. Å ha med seg støttepersoner kan være til hjelp. Politi og/eller innsatspersonell, og eventuelle vitner, kan også ha betydning for etterlatte for å få en utdypende og mer helhetlig forståelse av hendelsesforløpet. Det

er av stor betydning at den informasjon man har tilgjengelig om avdøde er helt korrekt. Av åpenbare grunner er det også viktig at dødsstedet er nøye klarert av offentlige instanser før besøk gjennomføres. For noen kan det å komme til dødsstedet være et ledd i behandlingen av kompliserte sorgreaksjoner. Særlig gjelder dette for personer som sliter med å ta innover seg realitetene i det som har skjedd, som benytter sterke unnvikelsesstrategier for å holde vanskelige tanker og følelser på avstand, og/ eller som strever med enerverende grubling og plagsomme fantasier.

KONKLUSJON

I etterkant av et plutselig, voldsomt dødsfall ønsker mange etterlatte å komme til stedet der ens nærmeste ble funnet død. Tilbakemeldinger fra etterlatte om hvordan de har opplevd å besøke dødsstedet er viktig med tanke på hvordan man på best mulig måte kan forberede kollektive besøk til åsted ved fremtidige katastrofer, men også for rådgivning til enkeltpersoner. Selv om det fortsatt er flere uavklarte spørsmål bør besøk til dødsstedet inngå som en anbefalt intervensjon for etterlatte i etterkant av katastrofer og terror. ✕

REFERANSER

- Boelen, P. A., & Van den Hout, M. (2008). The role of threatening misinterpretations and avoidance in emotional problems after loss. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36, 71–87. doi: 10.1017/S1352465807004079.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., . . . Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1332–1339. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1600
- Chapple, A., & Ziebland, S. (2010). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: qualitative study in the UK. *British Medical Journal*, 340, c2032. doi: 10.1136/bmj.c2032
- Clark, J., & Franzmann, M. (2006). Authority from grief, presence and place in the making of roadside memorials. *Death Studies*, 30, 579–599. doi: 10.1080/07481180600742574
- Danbolt, L. J., & Stifoss-Hanssen, H. (2007). Minnegudstjeneste etter ulykker. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 127, 157–160.
- Dyregrov, A. (2002). *Katastrofepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A., Dyregrov, K., & Kristensen, P. (2014a). Hva vet vi om sorg og komplisert sorg? *Scandinavian Psychologist*, 1. <http://psykologisk.no/2014/09/hva-vet-vi-om-sorg-og-komplisert-sorg/>
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). Effective Grief and Bereavement Support: The Role of Family, Friends, Colleagues, Schools and Support Professionals. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Kristensen, P. (2014b). Traumatic bereavement and terror: The psychosocial impact on parents and siblings 1 ½ year after the 22.07.11 terror-killing in Norway. *Journal of Loss and Trauma*. doi: 10.1080/15325024.2014.957603
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27, 143–165. doi: 10.1080/07481180302892
- Eisma, M. C., Schut, H. A., Stroebe, M. S., van den Bout, J., Stroebe, W., & Boelen, P. A. (2014). Is rumination after bereavement linked with loss avoidance? Evidence from eye-tracking. *PLoS One*, 9, e104980. doi: 10.1371/journal.pone.0104980
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28, 1043–1047. doi: 10.1002/da.20907
- Gjestad, F., & Buckley, R. J. (2011). Viktig å komme tilbake til åstedet. *Aftenposten*. Lastet ned fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/--Viktig-a-komme-tilbake-til-astedet-6284173.html>
- Haney, C. A., Leimer, C., & Lowery, J. (1997). Spontaneous memorialization: Violent death and emerging mourning ritual. *Omega - Journal of Death and Dying*, 35, 159–171.
- Heir, T., & Weisæth, L. (2006). Back to where it happened: self-reported symptom improvement of tsunami survivors who returned to the disaster area. *Prehospital and Disaster Medicine*, 21, 59–63.
- Helsedirektoratet. (2012). Læring for bedre beredskap; Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. Oslo: Avdeling Beredskap.
- Janzen, L., Cadell, S., & Westhues, A. (2003–2004). From death notification through the funeral: Bereaved parents' experiences and their advice to professionals. *Omega - Journal of Death and Dying*, 48, 149–164.
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Saltzman, W. R., Cozza, S. J., & Pynoos, R. S. (2013). Using multidimensional grief theory to explore the effects of deployment, reintegration, and death on military youth and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 322–340. doi: 10.1007/s10567-013-0143-1
- Kristensen, P., & Franco, M-H. P. (2011). Bereavement and disasters: research and clinical intervention. I R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer & G. F. Thornton (Red.), *Grief and bereavement in contemporary society. Bridging research and practice*. (s. 189–202). New York: Routledge.

- Kristensen, P., Tønnessen, A., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Visiting the site of death: experiences of the bereaved after the 2004 Southeast Asian Tsunami. *Death Studies, 36*, 462–476.
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry, 75*, 76–97. doi: 10.1521/psyc.2012.75.1.76
- Kristensen, P., Weisæth, L., Hussain, A., & Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders and functional impairment after loss of a family member: A longitudinal study after the 2004 Tsunami. *Depression and Anxiety*. doi: 10.1002/da.22269
- McFarlane, A. C., & Norris, F. H. (2006). Definitions and concepts in disaster research. I F. H. Norris, S. Galea & M. J. Friedman (Red.), *Methods for disaster mental health research* (s. 3–41). New York: Guilford Press.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., . . . Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 251–262. doi: 10.1002/jts.20223
- Neria, Y., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Gross, R., Pilowsky, D. J., . . . Weissman, M. M. (2008). The mental health consequences of disaster-related loss: findings from primary care one year after the 9/11 terrorist attacks. *Psychiatry, 71*, 339–348. doi: 10.1521/psyc.2008.71.4.339
- Pfeffer, C. R., Altemus, M., Heo, M., & Jiang, H. (2009). Salivary cortisol and psychopathology in adults bereaved by the september 11, 2001 terror attacks. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 39*, 215–226. doi: 10.2190/PM.39.3.a
- Pfefferbaum, B., Call, J. A., Lensgraf, S. J., Miller, P. D., Flynn, B. W., Doughty, D. E., . . . Dickson, W. L. (2001). Traumatic grief in a convenience sample of victims seeking support services after a terrorist incident. *Annals of Clinical Psychiatry, 13*, 19–24.
- Raphael, B., Martinek, N., & Wooding, S. (2004). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. I J. S. Wilson (Red.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. (s. 492–512). New York: Guilford Press.
- Ryneckerson, E. K. (1996). Psychotherapy of bereavement after homicide: Be offensive. *In Session: Psychotherapy in Practice, 2/4*, 47–57.
- Shear, K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*, 1287–1295. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1242
- Singh, B., & Raphael, B. (1981). Post-disaster morbidity of the bereaved. A possible role of preventive psychiatry? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 169*, 203–212.
- Steffen, E., & Coyle, A. (2011). Sense of presence-experiences and meaning-making in bereavement: A qualitative analysis. *Death Studies, 35*, 579–609.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies, 23*, 197–224. doi: 10.1080/074811899201046
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet, 370*, 1960–1973. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Vale-Taylor, P. (2009). «We will remember them»: a mixed-method study to explore which post-funeral remembrance activities are most significant and important to bereaved people living with loss, and why those particular activities are chosen. *Palliative Medicine, 23*, 537–544. doi: 10.1177/0269216309103803
- van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & Van den Bout, J. (2010). The mediating processes of bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations and deliberate grief avoidance. *Social Science and Medicine, 71*, 1669–1676. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.06.047
- Winje, D. (1998). Cognitive coping: the psychological significance of knowing what happened in the traumatic event. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 627–643. doi: 10.1023/A:1024433114095
- Winje, D., & Ulvik, A. (1995). Confrontations with reality: crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 429–444.
- Worden, J. W. (2009). Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner, 3rd ed. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge.

Den viktige og vanskelige selvreguleringen hos barn

I en tid der mulighetene synes uendelige og valgene står i kø, er evnen til selvregulering viktigere enn noen gang.

TEKST

Agathe Backer-Grøndahl, ph.d.-stipendiat og Ane Nærde, dr.psychol., psykolog, Atferdssenteret





Jo dårligere selvkontroll, desto flere helseproblemer, svakere økonomi og større sjanse for å ha blitt dømt for lovover-tredelse

Å REGULERE ATFERD, tanker og følelser kan være langt mer utfordrende i vår tid enn tidligere – kanskje spesielt for den oppvoksende generasjonen. I et avisoppslag om den økende andelen som dropper ut av videregående opplæring (Aftenposten, 2013), ble dagens praksis, der elever skal kunne planlegge, organisere og regulere sitt eget læringsarbeid gjennom såkalt «ansvar for egen læring», trukket frem som en forklaring på at stadig flere faller fra. Det ble hevdet at de høye kravene til selvdisiplin øker sannsynligheten for at elever som ikke har lært å jobbe selvstendig på barne- og ungdomsskolen, og som sliter med selvkontroll, blir hengende etter. Norske elevers manglende selvregulering dukket også opp i diskusjonen om tilgangen til Internett i timene i videregående skoler (Klassekampen, 2014ab). Forskning viser at det for mange er regelen heller enn unntaket at skoletimene fylles med ting som ikke er skolerelaterte (Blikstad-Balas, 2013). På lederplass i Klassekampen (2014c) ble det poengtert at skolens budskap må være at veien til kunnskap krever utholdenhet, innsats og konsentrasjon, og betydningen av at barn lærer seg konsentrasjon allerede fra barnehagealderen ble vektlagt. Endelig viser en OECD-rapport basert på tall fra PISA (OECD, 2013) at norske elever mangler utholdenhet til å jobbe med utfordrende matteoppgaver som krever ekstra innsats. Dette til tross for at de oppfatter matematikk som et fag med stor betydning for videre utdanning og jobbmuligheter. I sum fordrer kombinasjonen av «ansvar for egen læring» og den enorme tilgangen på digitale fristelser at dagens barn og unge må kunne utvise en stor porsjon selvregulering.

Barn er utstyrt med et visst potensial til slik selvregulering, og disse ferdighetene modnes og utvikles over tid. Men hva er egentlig selvregulering? Hvorfor sliter noen, men ikke andre, med å vente på sin tur, konsentrere seg om det de driver med, eller huske og følge reglene i lek? Og kan man allerede i barndommen legge til rette for utvikling av bedre selvregulering?

HVA ER SELVREGULERING?

Vi gjør det daglig. Konsentrerer oss om å fullføre presentasjonen til neste uke mens vi filtrerer vekk gatestøy og lar være å sjekke mail. Drar på trening selv om vi helst vil synke ned i sofaen. Hjelper barna med leksene mens vi

lager middag og samtidig prøver å huske tidspunktet for kveldens foreldremøte. Med andre ord: Vi regulerer oss selv gjennom å holde oss fokuserte og konsentrerte, dytter unna forstyrrelser og fristelser og lar være å gi etter for impulser og innfall, og vi utfører flere oppgaver på en gang.

Enkelt sagt kan selvregulering defineres som evnen til å regulere tanker, følelser og atferd. Det er imidlertid et paraplybegrep som defineres, forstås og operasjonaliseres på ulike måter innenfor faglitteraturen – begrepsmangfoldet er betydelig og innbefatter mer eller mindre overlappende termer (Duckworth, 2011). Selvregulering studeres innenfor fagdisipliner som nevrovitenskap, atferds-genetikk, utviklingspsykologi, kognitiv psykologi og helsepsykologi, og fokuset strekker seg fra det biologiske til det sosiale. Begrepene er gjerne utviklet innenfor de respektive fagtradisjonene; mens hovedfokuset i kognitiv psykologi og nevrovitenskap er «eksekutivfunksjoner», forskes det gjerne på «innsatskrevende kontroll» («effortful control») innen temperaments- og personlighetspsykologi, og på «viljestyrke» og «utsettelse av behovstilfredstillelse» («delay of gratification») innenfor helsepsykologi.¹ En fellesnevner kan likevel sies å være tanken om såkalt «effortful regulation of the self by the self» (Duckworth, 2011); at man evner å kontrollere tanker, følelser og handlinger i tråd med miljøets forventninger og utfordringer. Dette fordrer en *innsats* fordi det ofte finnes flere handlingsalternativer som er gjensidig utelukkende, og fordi den strategien som «lønner seg» mest på lang sikt, gjerne er den minst fristende i øyeblikket (Duckworth, 2011).

TIDLIG SELVREGULERING – GODE UTSIKTER

Allerede på 1960- og 70-tallet viste Walter Mischel og hans kolleger betydningen av barns selvregulering («utsettelse av behovstilfredstillelse») gjennom den etter hvert så kjente «Marshmallow-studien» (sjokoladekjeks og saltkringler ble for øvrig også brukt; Mischel, Shoda & Rodriguez, 1989). Fireåringer ble plassert ved et bord med en marshmallow foran seg. Forsøkslederen forklarte at han/hun ville

.....

1. Til tross for at fagdisiplinene opererer på ulike nivåer og med til dels forskjellige operasjonaliseringer, refererer man gjerne til hverandre på tvers av litteraturen. Vi følger denne linjen, og viser til forskning fra de forskjellige tradisjonene.



VENTE I den kjente «marshmallow-studien» til Walter Mischel og kolleger ble barn plassert ved et bord med en marshmallow foran seg. Barna som klarte å vente med å spise marshmallowsen da de var fire, ble vurdert til å være mer skolefaglig og sosialt kompetente som femtenåringer. Foto: Flickr/Christina Spicuzza

forlate rommet, og at hvis barnet ringte i en bjelle kom han/hun tilbake og barnet kunne få spise marshmallowsen. Hvis barnet klarte å vente til forsøkslederen kom tilbake av seg selv, ville de derimot få to marshmallows. Selv om de fleste barna på forhånd hadde sagt at de foretrakk to marshmallows, var det store variasjoner når det gjaldt hvor lenge de klarte å vente. Resultatene viste blant annet at barna som ventet, hadde høyere intelligens og tok mer sosialt ansvar. Da barna var 15 år gamle, vurderte foreldrene ungdommenes sosiale og kognitive ferdigheter, og det er disse forskningsresultatene som virkelig er interessante: Barna som ventet da de var fire, ble vurdert til å være mer skolefaglig og sosialt kompetente som femtenåringer, og også bedre til å håndtere store og små problemer (Mischel, Shoda & Peake, 1988). Ny forskning nyanserer imidlertid bildet noe når det gjelder barns selvkontroll: I én studie manipulerte man med betingelsene slik at ikke alle hadde grunn til å stole på forsøkslederen (Kidd, Palmeri & Aslin, 2013). Resultatene indikerte at barna som spiste marshmallowsen med en gang og dermed viste «dårlig selvkontroll», nettopp var de som hadde erfart at det forsøkslederen fortalte, ikke stemte. I denne situasjonen var det rett og slett rasjonelt å *ikke* vente på den andre marshmallowsen.

Senere, og særlig de siste par tiårene, har mye utviklingspsykologisk forskning omhandlet betydningen av selvregulering for sosial, emosjonell og skolefaglig tilpasning. Studier har for eksempel vist at tidlig selvregulering er viktig for utvikling av barns samvittighet (Kochanska & Knack, 2003), at bedre selvregulering er forbundet med mindre eksterenaliserende atferdsproblemer (Eisenberg et al., 2001; Gartstein, Putnam & Rothbart, 2012; Kochanska & Knack, 2003), bedre matte-, lese- og -skriveferdigheter i førskolealderen (Allan & Lonigan, 2011; Blair & Razza, 2007; Raver, Jones, Li-Gringin, Zhai, Bub & Presler, 2011), og også bedre skolefaglige prestasjoner i første klasse (Masten et al., 2012; Sektan, McClelland, Acock & Morrison, 2010). Det hefter imidlertid metodologiske svakheter til noe av denne forskningen, så som delvis overlappende begreper (f.eks. at evnen til å fokusere oppmerksomhet er et mål både på selvregulering og atferdsproblemer) og mangelfull kontroll for viktige konfunderende variabler (bl.a. IQ). Forskerne har etter hvert tatt høyde for slike svakheter, og sammenhengen mellom blant annet selvregulering og skolefaglige prestasjoner fremkommer fortsatt når man kontrollerer for intelligens (Blair & Razza, 2007; Duckworth & Seligman, 2005).



Empirien peker altså i retning av at selvregulering er viktig for barns tilpasning – noe som ikke er overraskende rent teoretisk. Det er enkelt å se for seg at evnen til å fokusere oppmerksomhet, men også skifte fokus når det trengs, og å kunne stå imot fristelser og huske regler, er viktig for hvor godt barnet tilegner seg kunnskap og fungerer på skolen. På samme måte som at det å vente på tur og kontrollere følelser og handlinger er viktige grunnlag for sosial og emosjonell tilpasning.

Tidlig selvregulering er imidlertid også viktig for hvordan man gjør det – og har det – senere i livet. I den omfattende Dunedin-studien fra New Zealand fulgte forskere over 1000 personer fra fødsel til 32 års alder, og undersøkte betydningen av tidlig selvkontroll for senere utfall (Moffitt et al., 2011). Selvkontroll ble målt ved 3, 5, 7, 9 og 11 års alder, og samlet til ett overordnet «barndoms-selvkontrollmål». Dette predikerte både *helse* (f.eks. hjerte- og karsykdommer og rusmiddelmissbruk), *økonomi* (f.eks. inntekt og finansielle problemer) og *kriminalitet* (dom for lovovertrødelse) ved 32 år; jo dårligere selvkontroll, desto flere helseproblemer, svakere økonomi og større sjanse for å ha blitt dømt for lovovertrødelse. Så man på selvkontroll bare ved 3 og 5 år, var det fremdeles en sammenheng med senere helse, økonomi og kriminalitet. Dette indikerer at selvkontroll allerede i tidlig barnealder har stor betydning for det videre livsløpet.

Dunedin-studien er, i likhet med mye annen utviklingspsykologisk forskning, en korrelasjonell undersøkelse, noe som begrenser mulige slutninger om årsakssammenhenger. Selv om det ble kontrollert for blant annet IQ, kjønn og sosioøkonomisk bakgrunn, gjenstår det like fullt utfordringer knyttet til ikke-observerte variabler. Ved å bruke såkalte «fixed effect»-modeller der de sammenlignet søsken, kunne Moffitt og kolleger (2011) imidlertid utelukke potensielle effekter av ikke-observerte forhold (f.eks. ulike familieforhold). Deres funn bekreftet det vi har sett flere eksempler på: Et barn med dårlig selvkontroll ved 5 års alder hadde høyere risiko for å røyke, prestere dårlig på skolen og vise antisosial atferd som 12-åring, enn broren/søsteren som i utgangspunktet hadde bedre selvkontroll.

MODNING OG UTVIKLING

Byggesteinene i barns evne til selvregulering dannes i løpet av de tidlige leveårene, og knyt-

tes til den videre utviklingen av spesifikke områder i prefrontale cortex gjennom barne- og ungdomsårene (Shonkoff, 2011; Fjell et al., 2012). Biologisk og sosial modning og utvikling gjør at refleksive og reaktive responser erstattes av mer målrettet og selvregulert atferd (Bernier, Carlson & Whipple, 2010; Diamond, 2013). Forskning tyder på at barns erfaringer allerede fra 1-årsalderen er med og danner grunnlaget for den videre utviklingen. 3-åringene har utviklet en viss evne til å styre oppmerksomheten sin mot å foreta bevisste valg, holde seg fokuserte trass i forstyrrelser, og å huske regler mens de samtidig forsøker å finne ut av ting (Center on the Developing Child at Harvard University, 2011). Ferdighetene er mer komplekse hos 5-åringen, som blant annet kan flytte oppmerksomheten sin fra én regel og over til en annen som er uforenelig med den første, og så tilbake igjen (Center on the Developing Child at Harvard University, 2011). De vil også kunne vente med å spise den etter hvert så berømte marshmallowen hvis det er gitt lovnad om flere senere. Det er imidlertid store individuelle forskjeller i barns evne til å benytte seg av ferdighetene som inngår i selvregulering. I motsetning til hva mange tror, utvikles ikke evnen til selvregulering automatisk som en funksjon av generell kognitiv og motorisk modning. I en ny oversiktsartikkel konkluderer forskerne med at individuelle variasjoner både avhenger av genetisk utgangspunkt, sosioøkonomiske forhold og av barns tidlige erfaringer (Eisenberg, Duckworth, Spinrad & Valiente, 2014).

SOSIALISERINGENS OG MILJØETS BETYDNING

Barns erfaringer i hjemmemiljøet ser ut til å ha betydning for den fremvoksende evnen til å regulere emosjoner, tanker, oppmerksomhet og atferd (Bernier, Carlson & Whipple, 2010; Karreman, van Tuijl, van Aken & Dekovi, 2006; Kochanska, Murray & Harlan, 2000). Det hevdes blant annet at barn som erfarer omsorg preget av følelsesmessig nærhet, sensitivitet og såkalt «positiv kontroll», utviser mer effektive selvreguleringsstrategier (Karreman et al., 2006, 2008; Spinrad et al., 2007). Positiv kontroll er for eksempel når voksne setter opp rammer i det daglige samværet (etablerer rutiner, gir beskjeder, deler opp større oppgaver) som barna trenger for å bruke ferdighetene som er under utvikling. De voksne bygger et slags «stillas» omkring barna («scaffolding») som de kan støtte seg på mens deres eget byggverk er under oppføring. Etter hvert utfører barna ferdighetene selv, og omfanget av stillasbygging kan reduseres (Center on the Developing Child at Harvard University, 2011). Her forventes det ikke at barna skal inneha mer avanserte ferdigheter enn det alderen deres tilsier, og barna behandles heller ikke som om slike ferdigheter er helt fraværende. Samtidig viser forskning at såkalt «negativ kontroll», vist gjennom en selvhevdende, påtrengende og/eller tvingende oppdragsstil, kan ha uheldige konsekvenser for barns evne til selvregulering (Karreman et al., 2006, 2008).

Mens det finnes relativt mye forskning om betydningen av foreldreatferd for barns selvregulering, har det vært lite fokus på hvilken rolle barnehagen spiller. Dette til tross for at mange små barn tilbringer vesentlige deler av dagen borte fra foreldrene. I den grad hjemmemiljøet har betydning for barns selvregulering, kan det også tenkes at ulike aspekter ved det å gå i barnehage er avgjørende for utviklingen. Per i dag er det imidlertid uklart hvorvidt det å gå i barnehage fra tidlig alder eventuelt vil virke positivt (f.eks. fordi barn lærer seg å forholde seg til andre, vente på tur, følge regler, osv.), eller også negativt (f.eks. fordi barnehagen kan

utgjøre et stressелеment). Sannsynligvis vil det komme an på kjennetegn ved både barnet selv og barnehagen (f.eks. barnets temperament og barnehagens kvalitet). Resultatene fra de få studiene som finnes, er blandede, og det empiriske grunnlaget altfor tynt til å kunne konkludere (Berry, McCartney, Petrill, Deater-Deckard & Blair, 2013; Berry, Blair, Ursache, Willoughby & Granger, 2014).

Ser vi på den bredere sosiale konteksten, antas lav sosioøkonomisk status å være forbundet med dårlig selvregulering (Raver, 2012). Det er sannsynlig at både genetiske, nevrologiske og sosiale forhold virker sammen; det kan for eksempel dreie seg om manglende stimulering i hjemmemiljøet. Det er imidlertid også studier som indikerer at barn fra ekstremt depriverte familier, preget av blant annet fattigdom, vold og hjemløshet, opplever såkalt «giftig stress», som igjen har sammenheng med utviklingen av områder i prefrontale cortex som er viktige for evnen til selvregulering (Gunnar, Fisher & The Early Experience, Stress, and Prevention Network, 2006; Shonkoff, 2011; Shonkoff & Lewitt, 2010).

Vi vet lite om selvregulering blant barn og unge i Norge, men det er en økende interesse for dette fagfeltet også her i landet. I den longitudinelle studien «Barns sosiale utvikling», der vi har fulgt om lag 1100 barn fra 6 måneders alder til 2. klasse, er selvregulering ett av flere viktige forskningstemaer. Her studerer vi både mulige forklaringsfaktorer for selvregulering (som foreldreatferd og ulike barnehagevariabler) og om selvregulering hos norske barn har sammenheng med senere skolefaglig og sosial fungering.

ROM FOR ENDRING?

Dersom tidlig foreldre–barn–samspill og barnehagefaktorer har betydning for barns utvikling av selvregulering, er det betimelig å spørre om selvregulering kan trenes gjennom intervensjoner. Denne tanken gjen-speiles på det nevrologiske planet; plastisiteten i hjernen som bidrar til at «giftig stress» kan hemme utvikling av selvregulering, kan også utnyttes for å forbedre selvreguleringsferdigheter (Shonkoff, 2011). Flere oversiktsartikler har oppsummert kunnskapen på dette feltet (se bl.a. Diamond 2012; Diamond, Barnett, Thomas & Munro, 2007). Forskningen om intervensjoner rettet mot selvregulering er av varierende kvalitet, men det tegner seg like fullt et bilde av at barns selvregulering faktisk *kan* påvirkes – og derigjennom også skolefaglige prestasjoner og sosiale ferdigheter (Diamond, 2012). I en amerikansk randomisert studie fant man for eksempel at et program som skal bedre selvreguleringsevner hos barn fra fattige familier, hadde effekt på eksekutivfunksjoner og førskolefaglige ferdigheter, men ikke på utsettelse av behovstilfredsstillelse (Raver et al., 2011). Mye av denne forskningen er nettopp basert på studier av barn fra fattige familier. Dette er også i overensstemmelse med det som framholdes som et viktig prinsipp for slike intervensjoner; at barna som har særlig behov for å bedre sin selvregulering, også er de som har best utbytte av intervensjonene (Diamond, 2012). Spørsmålet blir da om programmer og intervensjoner kun bør rettes mot selekterte grupper (f.eks. basert på kjente risikofaktorer og/eller kartlegging), eller om det kan være hensiktsmessig å inkludere universelle komponenter til bruk i blant annet barnehager og skoler.

La oss i den forbindelse vende tilbake til den omtalte Dunedin-studien, der man var spesielt opptatt av å undersøke om sammenhengen med utfallene i voksen alder gjaldt på *ulike nivåer* av selvkontroll (Mof-



I sum fordrer kombinasjonen av «ansvar for egen læring» og den enorme tilgangen på digitale fristelser at dagens barn og unge må kunne utvise en stor porsjon selvregulering



fitt et al., 2011). Med bakgrunn i forskning om depriverte barn kan det tenkes at det kun er de som har særlig dårlige vilkår for å utvikle selvregulering, og med selvregulering «under et visst nivå», som vil få problemer senere i livet, og dermed ha størst nytte av intervensjon/program. Resultatene viste imidlertid at helse, økonomi og kriminalitet ble predikert ut fra en selvkontrollgradient. Det betyr at selvkontroll hadde betydning for alle utfalene langs *hele distribusjonen* av selvkontroll; fra lav til høy. Ifølge forskerne indikerer disse resultatene at slike programmer ikke nødvendigvis bør begrenses til spesielle grupper, men potensielt kan være nyttige for alle.

FOR SELVREGULERT?

Den anerkjente forskeren Angela Duckworth har på bakgrunn av resultatene fra Dunedin-studien uttalt at «there may be no such thing as «too much» self-control» (Duckworth, 2011). Dette tematiseres i liten grad i den aktuelle faglitteraturen, men vi ser ikke bort fra at både barn og voksne kan bli «overregulert», og at dette

kan ha uheldige konsekvenser. Vi mener heller ikke at barn til enhver tid skal være konsentrerte, fokuserte og regulerte – eller at dette er atferd som nødvendigvis skal «læres» i barnehagen eller andre steder på bekostning av den frie leken. På bakgrunn av den internasjonale forskningen vi har referert til, er det likevel mye som tyder på at vi både på et individuelt og et samfunnsmessig plan vil ha mye å vinne på å tilrettelegge for en god utvikling av barns selvregulering. Dette inntrykket forsterkes ikke minst av utfordringene vi skisserte innledningsvis når det gjelder barn og unges selvregulering i det norske skoleløpet. Selv om det er nærliggende å tenke at dagens unge får «trent» sin evne til selvregulering gjennom «multitasking» og stadige distraksjoner, spør vi oss om ikke det motsatte også kan være tilfellet: At vår måte å organisere hverdagen på – med digitale avbrytelser, tilgjengelige nettbrett og andre stimuli som «avledning» og «pausefyll» for å unngå kjedsomhet allerede fra tidlig barnealder – kan virke ødeleggende for den oppvoksende generasjonens evne til å utvikle og utvise selvregulering. ✘

REFERANSER

- Aftenposten (23.10.2013). Hentet fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Vekket-og-kjort-til-skolen-av-lareren-hele-skolearet-7348320.html>
- Allan, N. P. & Lonigan, C. J. (2011). Examining the dimensionality of effortful control in preschool children and its relation to academic and socioemotional indicators. *Developmental Psychology*, 47, 905–915. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023748>
- Bernier, A., Carlson, S. M. & Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81, 326–339. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x
- Berry, D., McCartney, K., Petrill, S., Deater-Deckard, K. & Blair, C. (2013). Gene-environment interaction between DRD4 7-repeat VNTR and early child-care experiences predicts self-regulation abilities in prekindergarten. *Developmental Psychobiology*, 56, 373–391. doi: 10.1002/dev.21105
- Berry, D., Blair, C., Ursache, A., Willoughby, M. T., Granger, D. A. & Family Life Project Key Investigators (2014). Early childcare, executive functioning, and the moderating role of early stress physiology. *Developmental Psychology*, 50, 1250–1261. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0034700>
- Blair, C. & Razza, R. P. (2007). Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten. *Child Development*, 78, 647–663. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01019.x
- Blair, C. & Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: the promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*, 20, 899–911. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579408000436>
- Center on the Developing Child at Harvard University (2011). *Building the brain's «air traffic control» system: How early experiences shape the development of executive function: Working Paper No. 11*. Hentet fra www.developingchild.harvard.edu.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. doi: 10.1146/annurev-psy-113011-143750
- Diamond, A. (2012). Activities and programs that improve children's executive functions. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 335–341. doi: 10.1177/0963721412453722
- Diamond, A., Barnett, S. W., Thomas, J. & Munro, S. (2007). Preschool program improves cognitive control. *Science*, 318, 1387–1388. doi: 10.1126/science.1151148
- Duckworth, A. (2011). The significance of self-control. *PNAS*, 108, 2639–2640. doi: 10.1073/pnas.1019725108

- Duckworth, A.L. & Seligman, M. E. P. (2005). Self-Discipline Outdoes IQ in Predicting Academic Performance of Adolescents. *Psychological Science*, *16*, 939–944. doi: 10.1073/pnas.1019725108
- Eisenberg, N., Duckworth, A. L., Spinrad, T. L. & Valiente, C. (2014). Conscientiousness: Origins in childhood? *Developmental Psychology*, *50*, 1331–1349. doi: 10.1037/a0030977
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., ...Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, *72*, 1112–1134. doi: 10.1111/1467-8624.00337
- Fjell, A. M., Walhovd, K. B., Brown, T. T., Kuperman, J. M., Chung, Y., Hagler, D. J., ...Dale, A. M. (2012). Multimodal imaging of the self-regulating developing brain. *PNAS*, *109*, 19620–19625. doi: 10.1073/pnas.1208243109
- Gartstein, M. A., Putnam, S. P. & Rothbart, M. K. (2012). Etiology of preschool behavior problems: contributions of temperament attributes in early childhood. *Infant Mental Health Journal*, *33*, 197–211. doi: 10.1002/imhj.21312
- Gunnar, M. R., Fisher, P. A. & The Early Experience, Stress, and Prevention Network (2006). Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Development and Psychopathology*, *18*, 651–677. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0954579406060330
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A. G. & Dekovic, M. (2006). Parenting and self-regulation in preschoolers: A meta-analysis. *Infant and Child Development*, *15*, 561–579. doi: 10.1002/icd.478
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A. G. & Dekovic, M. (2008). Parenting, coparenting, and effortful control in preschoolers. *Journal of Family Psychology*, *22*, 30–40. doi: 10.1037/0893-3200.22.1.30
- Kidd, C., Palmeri, H. & Aslin, R. N. (2013). Rational snacking: Young children's decision-making on the marshmallow task is moderated by beliefs about environmental reliability. *Cognition*, *126*, 109–114. doi: j.cognition.2012.08.004.
- Klassekampen (18.01.2014a). Hentet fra <http://www.klassekampen.no/article/20140118/ARTICLE/140119960>
- Klassekampen (23.01.2014b). Hentet fra <http://www.klassekampen.no/article/20140123/ARTICLE/140129983>
- Klassekampen (16.01.2014c). Hentet fra <http://www.klassekampen.no/article/20140116/UNKNOWN/140119973/>
- Kochanska, G. & Knaack, A. (2003). Effortful control as a personality characteristic of young children: Antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Personality* *71*, 1087–1112. doi: 10.1111/1467-6494.7106008
- Kochanska, G., Murray, K. T. & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, *36*, 220–232. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.36.2.220
- Masten, A. S., Herbers, J. E., Desjardins, C. D., Cutuli, J. J., McCormick, C. M., Sapienza, J. K., Long, J. D. & Zelazo, D. (2012). Executive function skills and school success in young children experiencing homelessness. *Educational Researcher*, *41*, 375–384. doi: 10.3102/0013189X12459883
- Mischel, W., Shoda, Y. & Peake, P. K. (1988). The nature of adolescent competencies predicted by preschool delay of gratification. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 687–696. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.4.687
- Mischel, W., Shoda, Y. & Rodriguez, M. L. (1989). Delay of gratification in children. *Science*, *244*, 933–938. doi: 10.1126/science.2658056
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., ... Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *PNAS*, *108*: 2693–2698. doi: 10.1073/pnas.1010076108
- OECD (2013), PISA 2012 Results: Ready to learn: Students' engagement, drive and self-beliefs (Volume III), PISA, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264201170-en>
- Raver, C. C. (2012). Low-Income children's self-regulation in the classroom: Scientific inquiry for social change. *American Psychologist*, *67*, 681–689. doi: 10.1037/a0030085
- Raver, C. C., Jones, S. M., Li-Grining, C., Zhai, F., Bub, K. & Pressler, E. (2011). CSRPs impact on low-income preschoolers' preacademic skills: Self-regulation as a mediating mechanism. *Child Development*, *82*, 362–378. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01561.x
- Sektnan, M., McClelland, Acock, A. & Morrison, F. J. (2010). Relations between early family risk, children's behavioral regulation, and academic achievement. *Early Childhood Research Quarterly*, *25*, 464–479. doi: 10.1016/j.ecresq.2010.02.005
- Shonkoff, J. P. (2011). Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*, *333*, 982–983. doi: 10.1126/science.1206014
- Shonkoff, J. P. & Lewitt, P. (2010). Neuroscience and the future of early childhood policy: Moving from why to what and how. *Neuron*, *67*, 689–691. doi:10.1016/j.neuron.2010.08.032
- Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Gaertner, B., Popp, T., Smith, C. Kupfer, A., ...Hofer, C. (2007). Relations of maternal socialization and toddlers' effortful control to children's adjustment and social competence. *Developmental Psychology*, *43*, 1170–1186. doi: 10.1037/0012-1649.43.5.1170

FATTIGDOM, IKKE PSYKOLOGI ELLER KULTUR

Stadig flere barn i Norge lever i fattige familier. Det som ser ut som psykologiske eller kulturelle problemer, handler ofte om økonomi, ifølge fattigdomsforsker.

TEKST

Øystein Helmikstøl

OVER 80 000 BARN. 8,6 prosent av alle barn under 18 år bor i en familie med vedvarende lav inntekt. Dette viser tallene fra treårsperioden 2011 til 2013, ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB). Økningen har vært stor: fra omkring 3 prosent i 2000. Fattigdom¹ blant barnefamilier har økt i en periode da fattigdommen ellers i befolkningen har holdt seg nokså stabil. Noen utviklingstrekk: Fattigdom har økt markant blant enslige forsørgere. Og barn med innvandrerbakgrunn utgjør nå over halvparten av alle barn i økonomisk utsatte familier.

NY PLAN

Regjeringens strategi mot barnefattigdom i perioden 2015 til 2017 ble lagt fram i mai. Ikke alle er fornøyde med den.

.....

1 Fattigdomsmål i Norge: Årlig inntekt under 60 prosent av medianinntekten, eller inntekt under 60 prosent av et treårig mediangjennomsnitt. Ikke status som offisiell definisjon.

– Det er påfallende at regjeringens handlingsplan mot barnefattigdom sier så lite om hvordan vi kan styrke økonomien til familiene med lav inntekt.

Det sier sosiolog og forskningsleder Anne Skevik Grødem ved Institutt for samfunnsforskning til Psykologtidsskriftet. Hun mener regjeringen legger opp til reparasjon i stedet for forebygging, ved at mange av tiltakene i handlingsplanen går på hvordan vi kan jobbe bedre med allerede utsatte familier.

– Dette er den skumle siden ved å individualisere ethvert problem, sier Grødem, som er opptatt av at barnetrygden ikke har vært økt på 20 år. Overføringene til barnefamilie har reelt sett gått mye ned i denne perioden, samtidig som at barnefattigdommen har økt. Hvis barnetrygden hadde blitt justert med konsumprisindeksen fra 1996 til 2006, ville antallet personer med lavinntekt sunket med nesten 30 000, ifølge Fordelingsutvalget.

I fjor skrev Psykologtidsskriftet om en ny kunnskapsoversikt fra Høgskolen i Akershus

og Oslo, ledet av professor Espen Dahl, som til Psykologforeningen framholdt at vi har vært flinke til skåne barn for fattigdom, men utviklingen har gått i feil retning.

OMSORGSVURDERINGER

Fattigdomsforsker Anne Skevik Grødem deltar på en konferanse for sakkyndige psykologer nå i juni, om fattigdom og omsorgsvurderinger. Det er Foreningen for sakkyndige psykologer og Psykologforeningen som står bak konferansen.

Grødem har et klart råd til alle profesjonsutøvere om å ta barnas behov på alvor.

– Psykologer må utvikle et blikk for familiens materielle situasjon, understreker Grødem, som frykter at for eksempel Nav-ansatte som jobber med foreldrene, ofte ikke ser barna, og at psykologer og andre som jobber med barna, ofte ikke ser fattigdommen.

Psykologer jobber ofte med barn der det har oppstått problemer, da er det ifølge Grødem viktig å sette seg inn i hva det betyr å vokse opp i en familie med lite ressurser.

Det er Foreningen for sakkyndige psykologer og Psykologforeningen som står bak konferansen om fattigdom og omsorgsvurderinger.

Fattigdom eller dårlig økonomi er ifølge styremedlem i Fosap Bodil Solheim noe som ofte går igjen i saker som de barnefaglig sakkyndige jobber med.

– Vi ser at fattigdom i stor grad påvirker barnas omsorgssituasjon, enten direkte gjennom for eksempel svake boforhold eller ulike aktiviteter de ikke kan være med på. Det kan også påvirke barns omsorg indirekte ved at foreldrene påføres psykisk stress av dette, sier Solheim til Psykologtidsskriftet.

Solheim har erfart hvordan fattigdom slår ut i sakkyndigrapporter hun har jobbet med, og hvordan det har påvirket vurderinger om eventuell omsorgsovertakelse. Hun har også vurdert om det ville være mulig å kompensere med hjelpetiltak for familier med dårlig økonomi.

Solheim mener det er viktig å skille mellom svakheter i omsorgen som kun skyldes økonomi, og hva som skyldes kvaliteter ved foreldrene.

– Dårlig økonomi kan også forsterke negative sider ved foreldrene, mener Solheim, som understreker at det er særlig viktig å skille mellom hva som skyldes økonomien, og forhold som ikke handler om penger, når vurderinger om eventuelle hjelpetiltak blir gjort.



FATTIGDOMSFORSKER

Sosiolog Anne Skevik Grødem mener at det som kan tolkes som samspillsproblemer, kanskje heller handler om fattigdom. Foto: IFS.

– Jeg frykter at for eksempel Nav-ansatte som jobber med foreldrene, ofte ikke ser barna, og at psykologer og andre som jobber med barna, ofte ikke ser fattigdommen

Forsker Anne Skevik Grødem

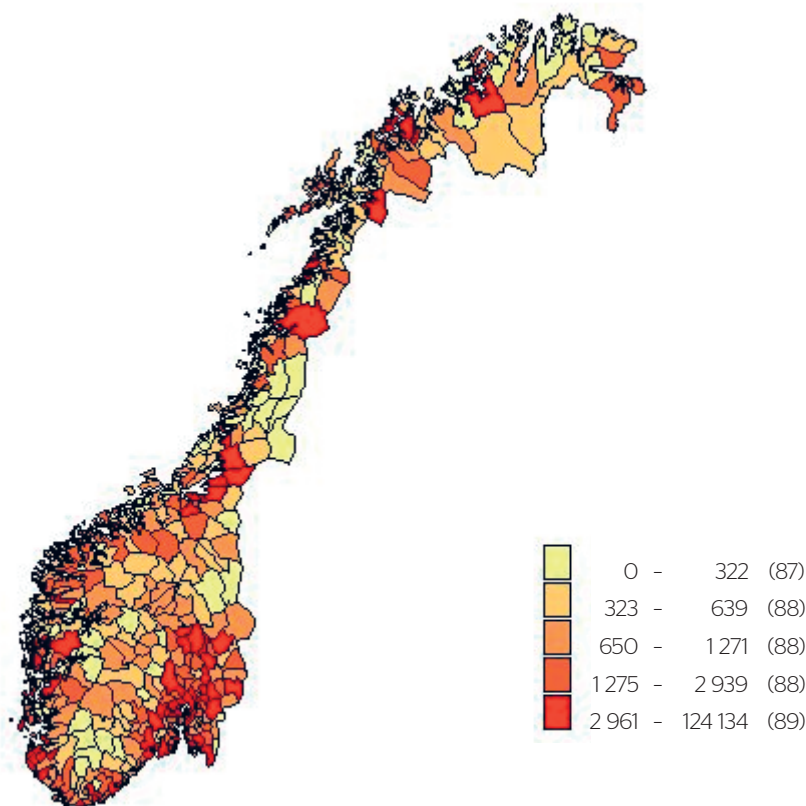


FATTIGDOM OG OMSORGSVURDERINGER

Fattigdom eller dårlig økonomi går ofte igjen i saker som de barnefaglig sakkyndige jobber med, ifølge psykolog Bodil Solheim. Foto: Ida Skibenes

BARNEFATTIGDOM

I NORGE Geografisk fordeling. Barn under 18 år. Data: SSB. Kart fra Statens kartverk.



– Det viktigste for kommunepolitikere er at de vet at fattigdom finnes og at det går ut over barna.

*Sakkyndig psykolog
Bodil Solheim om
det kommende
kommunevalget*

Psykologer har et blikk for samspillet mellom foreldre og barn, et blikk for psykososiale relasjoner, men det som kan tolkes som samspillsproblemer kan, etter fattigdomsforsker Anne Skevik Grødem's syn, kanskje heller handle om fattigdom.

– Mødre har trøbbel med å gi god omsorg hvis de knapt har råd til mat, framholder Grødem.

BARN MED INNVANDRERBAKGRUNN

Innvandrerbarn er i stadig større grad overrepresentert i lavinntektsgruppen, ifølge SSB. I perioden 2004–2006 utgjorde barn med innvandrerbakgrunn knapt 39 prosent av barna i familier med vedvarende lavinntekt. I 2011–2013 var andelen over 50 prosent.

Barn med innvandrerbakgrunn utgjorde rundt 12 prosent av alle barn i denne perioden.

Fosap er opptatt av minoritetsfamilier, ifølge Bodil Solheim, som opplyser at økonomi ofte er et tema i saker der minoritetsfamilier er involvert.

– For denne gruppen blir økonomi en belastning i tillegg til vansker med språk og tilpassning til en ny kultur, sier hun.

Høy risiko for fattigdom gjelder alle innvandrergupper, også arbeidsinnvandrere fra de nye EU-landene. Men de landene som skiller seg ut, er de landene folk har flyktet fra, særlig Somalia og Irak.

Forsker Anne Skevik Grødem er bekymret over to former for marginalisering som legger seg oppå hverandre for denne gruppen: De har liten forståelse for det norske samfunnet, og i tillegg lav inntekt.

– Det blir vanskelig å jobbe med problemene de har, for det er så mange dimensjoner som jobber mot dem.

Likevel har Grødem et klart råd til sakkynndige psykologer:

– De må ikke se seg blinde på de kulturelle forskjellene, men heller være oppmerksomme på at noe kan vi faktisk gjøre noe med, nemlig familiens økonomiske situasjon, sier Grødem.

Hun mener at vi har lettere for å tolke tilpasninger til fattigdom som uttrykk for kulturelle preferanser.

– Det er ikke sikkert at det er det. Vi ser at innvandrerjenter deltar mindre i fritidsaktiviteter enn andre, men vi ser også at de oftere bor

i fattige familier. Vi ser også at jenter i norske familier med lav inntekt deltar mindre enn jenter i familier med høy inntekt. Hva er spørsmål om innvandring og kultur, og hva er fattigdom? undrer Grødem og frykter at vi for raskt forklarer innvandrerjenters manglende deltagelse i fritidsaktiviteter som uttrykk for kultur, mens vi ser norske jenters manglende deltagelse som uttrykk for økonomi.

- OPPHAUSET FATTIGDOMSDEBATT

Det er ikke store forskjeller mellom barn som lever i fattige familier og barn som tilhører familier med høyere inntekt, når vi ser på for eksempel helse, familieforhold, fritidsaktiviteter. Anne Skevik Grødem er kritisk til de som framstiller forskjellene som ekstremt dramatiske. Hun mener fattigdomsdebatten i perioder har vært opphauset.

– Det at en familie har inntekt under fattigdomsgrensa et år eller to, behøver ikke være veldig dramatisk. Men vi bør være bekymret for de som har svært lav inntekt over lang tid. Langvarig fattigdom henger ofte sammen med psykiske vansker, tilpasningsvansker etter samlivsbrudd, og integreringsproblemer, sier Grødem.

– *Hvor mange tilhører denne gruppen?*

– Vi har ikke grunnlag for å si presist hvor lav inntekten skal være, og hvor lenge, før det for alvor går ut over barna. Det vil avhenge av mange ting. Men med over 80 000 barn i risikosonen er det klart at det dreier seg om noen tusen barn som opplever at fattigdom preger hverdagen deres.

Det vanskelige spørsmålet i debatten om hvordan vi skal bekjempe fattigdom i Norge, er ifølge Grødem hva vi gjør med de som arbeidslinja ikke virker for.

– Den sikreste måten å hjelpe barnefamilier ut av fattigdom på er å få foreldrene ut i jobb, men det er uopplåelig i en del familier. Hva skal vi gjøre med dem? Holde dem i fattigdom, slik at de ønsker å jobbe? Eller skal vi øke overføringene for å hindre at de blir eller forblir fattige?

– *Og hva mener du?*

– Nå er det rom for å øke overføringene til de fattige barnefamiliene noe. Det hadde hjulpet mye å øke barnetrygden til det reelle nivået den hadde på slutten av 90-tallet, mener Grødem.

I kommunevalgkampen håper hun at disse barnefattigdomssakene blir løftet fram: Åpne lokalbibliotek, utstyrsbanker der barn kan låne sportsutstyr, gratis fritidsaktiviteter, aktivitetskort til svømmehallen eller kino, og sterkere blikk på barna i beregningen av økonomisk sosialhjelp.

– Lokalpolitikere får ikke gjort så mye, for alle de sentrale stønadene til barnefamilier er statlige. Så det viktigste lokalpolitikere gjør, er å holde arbeidsledigheten lav ved å holde det lokale næringslivet i gang, slik at folk har muligheter til å få seg en jobb, sier Grødem.

Styremedlem i Fosap Bodil Solheim mener at det viktigste for kommunepolitikere er at de vet at fattigdom finnes, og at det går ut over barna.

– Det at barns omsorg er avhengig av foreldres økonomi, blir urettferdig.

Hun vil ha minst mulig foreldrebetaling for barnehagetilbud, skoletilbud og fritidstilbud.

– Og det er svært viktig at alle kommuner har et godt fungerende barnevern som har nok kapasitet.

Det er ikke tilfellet i dag, mener Solheim. ❌

Barnefattigdom og psykisk helse

- Flere studier, først og fremst fra USA, har funnet sammenheng mellom familiens økonomi og barns psykiske helse, som depresjon, atferdsproblemer, antisosial atferd eller angst.
- Fattige barn har i gjennomsnitt dårligere språkutvikling og kognitiv utvikling, og klarer seg dårligere på skolen, enn barn fra mer velstående familier.
- Norge: Psykiske lidelser er fem ganger høyere i lavinntektsfamilier enn i familier med gjennomsnittsinntekt.
- Norge: Det er funnet signifikant sammenheng mellom dårlig familieøkonomi og psykiske helseproblemer hos barn, som atferdsproblemer, hyperaktivitet/uoppmerksomhet, følelsesmessige problemer og problemer i vennerelasjoner.
- Norge: Det er funnet sammenheng mellom familieøkonomi og søvnproblemer hos barn

Kilder

Regjeringens strategi mot barnefattigdom 2015 – 2017, kapittelet (fra s. 90) skrevet av Tone Fløtten og Roy A. Nielsen ved Forskningsstiftelsen Fafo.

Psykolog Tormod Bøes avhandling (2013): *Socio-economic status and mental health in children and adolescents*.

Resultater fra forskningsprosjektet Barn i Bergen, referert i Psykologtidsskriftets leder mai 2014.

Dearing, Eric et al. (2011). Fattigdommens konsekvenser for utvikling og psykisk helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 785-787.

To dager i et liv

Jeg ser folk igjen. Jeg ser dem inn i øynene, jeg ser på frisyrene, jeg ser på kjæledyrene og tenker at det finnes håp



TEKST

Lars Poverud, sykepleier med dramapedagogisk tilleggsutdanning. Dikter, med erfaring som bruker, ansatt og pårørende innenfor rus- og psykisk helsefeltet. For tiden brukermedvirker, blant annet i brukerutvalget på Lovisenberg diakonale sykehus, mens han er på jobb jakt.

EN DAG. KLOKKA er elleve. Mobiltelefonen brøler at nå må jeg stå opp. Skal jeg stå opp? Hvorfor det i så fall? Fordi det er sånn folk gjør det, Lars. Det er dét normalbefolkninga gjør. De står opp, og så gjør de et eller annet. Men det å stå opp er en lang og plundrete prosess. Først må jeg ut av senga, og det å være under dyna er et betydelig bedre sted enn alle andre steder. Deretter må jeg vaske meg og da blir jeg våt, noe som innebærer at jeg må tørke meg før jeg tar på deodorant og Eau de toilette. Pusse tenna, som innebærer at jeg må ta vann i tannglasset og tannkrem på tannbørsten. Deretter må jeg pusse. Og pusse. Og pusse. Alt dette tar uendelig lang tid, og til hvilken nytte? Ingen. Absolutt ingen.

Men jeg står opp. Langsamt og forsiktig. Jeg fryser. Tar på meg litt fine klær fordi det får meg til å føle meg litt bedre.

Etter morgentoiletet går jeg inn på stua og skrur på fjernsynet. Dr. Phil har en ekstra vanskelig tenåringsrusmisbruker på besøk denne gangen. Han prøver å snakke med henne, men hun vil ikke. Orker ikke. Omtrent som meg altså. Han prøver å snakke med mora, det går ikke så bra det heller. Men alt ender godt. Tenåringsrusmisbrukeren sier ja til å dra til «et av verdens beste rehabiliteringstilbud», og mor og datter klemmer mens publikum klapper og tårene renner. Også hos meg. Jeg må beskjemmet innrømme overfor meg selv at jeg griner. Nesten hulker.

Noen ganger skulle jeg ønske det fantes en Dr. Phil som kunne ordne opp for meg. Klappe meg på skuldra og si at dette nok går bra skal du se. At han vil sende meg til et av verdens beste rehabiliteringssentre for behandling av depresjon og en del andre diagnoser jeg har hatt og har. Andre ganger skulle jeg ønske at det kom en diger hånd ned fra himmelen og plukka meg opp, og en stemme som fortalte meg at nå kan jeg hvile, her er jeg trygg.

Men det finnes ingen Dr. Phil og det finnes ingen diger hånd. Men, en gang jeg gikk i bildeterapi, fikk jeg en idé og en tanke. Tenk om det fantes et digert kvinnebryst et sted ute i skauen. Ikke noe seksuelt, bare et digert kvinnebryst hvor man kunne legge seg og få næring, varme,

omsorg. Jeg tegna dette, så derfor finnes det. I meg. Et kvinnebryst så stort at granene rundt blir små. Et stort kvinnebryst!

Men det finnes ikke det heller. Jeg tar på meg skoa og går en tur. Planen var å gå langt, men det blei en tur rundt et par kvartaler. Jeg setter meg i sofaen igjen. Nå er det Masterchef. Gordon Ramsey er som vanlig forbanna.

Jeg tvinger meg til å lage middag og mister sleiva på gulvet. Nok et bevis på at alt går meg imot for tida.

En annen dag. Klokka er 07.00, og mobiltelefonen forteller meg relativt abrupt at det er på tide å stå opp. Jeg våkner raskt, og kjenner at jeg har sommerfugler i magen. Digre sommerfugler. Jeg skal holde foredrag i Drammen på mastergradsutdanninga i psykisk helsearbeid. Jeg hater å dusje om morgenen, men denne gangen gjør jeg et unntak. Jeg dusjer. Finner klærne jeg skal ha på meg (men skifter skjorte underveis). Så drar jeg til Drammen. Tre timer skal jeg ha. Uten noe manus. Uten PowerPoint. Bare meg og dem. Jeg gledegruer meg.

Det går strålende. Det funker! En i sannhet god opplevelse.

De siste ukene har jeg begynt å se opp igjen, og ikke bare ned på fortuaet. Jeg ser farger igjen. Etter en lang periode uten håp eller tro på bedring aner jeg lysglimt. Jeg ser folk igjen. Jeg ser dem inn i øynene, jeg ser på frisyrene, jeg ser på kjæledyrene og tenker at det finnes håp. Ett eller annet sted finnes det håp. Håp om et levende liv som ikke bare handler om å sitte og se på Dr. Phil og Gordon Ramsey innimellom studier av egen navle. Navlen min kjenner jeg godt etter hvert.

Jeg rusler langs Drammenselva på en skikkelig fin høstdag og nyter det. Stopper opp ved ei bru og ser på elva som kruser seg rundt bruhodene. Ei and kommer svømmende. Vi ser på hverandre, og jeg må avkrefte at jeg har med noe mat til anda. Anda virker tilfreds med dette og svømmer videre. Fine saker. Et godt lite møte. Det behøver ikke være så store sakene, bare et fint lite møte med ei and ved Drammenselva.

Tusler til stasjonen og setter meg på toget tilbake til Oslo. Leser avisa litt, men finner det mer interessant å titte på mine medreisende. Tenke litt på forelesinga jeg akkurat har holdt, og være fornøyd med det. Være fornøyd med øyeblikket. Akkurat nå.

Så får anda og resten av verden klare seg selv som best de kan. ✘

NOTIS



Lovbrot i alle helseføretak

Helsetilsynet finn manglar ved utreiing og behandling i alle helseføretak, især knytt til kartlegging av rusproblem.

I 2013 og 2014 gjennomførte fylkesmennene tilsyn ved 23 ulike barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar (BUP). Ved 20 av dei 23 blei det avdekt lovbrøt. I tillegg har 85 poliklinikkar over heile landet vurdert sin eigen praksis. Alle helseføretak har regelbrøt, mest i samband med utreiing og diagnostisering. Dette kjem fram i Helsetilsynet sin rapport *Mye å forbedre - vilje til å gjøre det*, som kom i mars.

DÅRLEGE PÅ RUS OG UTGREIING

Det mest gjennomgåande funnet i tilsynet var mangelfull merksemd rundt eventuelle rusproblem hos pasientane. Leiar for Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP), Lars Lien, seier til rop.no 9. mars i år at han finn dette svært urovekkande. Han minner om at psykiske lidingar og rusproblem ofte går hand i hand. Konsekvensen av manglande kartlegging kan vera feildiagnostisering og mangelfull eller dels uverksam behandling. Blir det avdekt både rusproblem og psykiske lidingar, skal begge lidingane behandlast samstundes.

– Difor er det viktig at BUP har god ruskompetanse tilgjengeleg for pasientgruppa, understrekar Lien.

FRISTBRØT HOS DEI FLESTE

Elles viste tilsynet svikt hos rundt halvparten av poliklinikkane når det gjaldt å gjennomføre utreiing på ein standardisert og planlagt måte. Like mange hadde svikt i gjennomføring av tverrfaglege utreiingar. Fleirtalet hadde svikt knytt til framdrift.

Eit fleirtal av tilvisingar blei vurdert innan ti virkedagar, men nokre poliklinikkar sette konsekvent ventetida for å setta i gang helsehjelp til 65 dagar, maksimum av det forskriftene tillèt. Desse poliklinikkane kunne ikkje bekrefte at det var gjort individuelle vurderingar av om helsehjelpa burde vore sett i gang tidlegare.

Ved mange av poliklinikkane var det opp til kvar enkelt behandlar å vurdere korleis arbeidet skulle gjennomførast. Leiingar følgde for lite med på tenesteutøvinga, og korrigerste ofte heller ikkje uforsvarleg praksis. Sjølv om det fanst rutinar, var desse ofte ikkje innarbeidde og tekne i bruk, skriv Helsetilsynet i rapporten sin.

VIL GI KOMMUNENE ANSVAR FOR DPS

Helsedepartementet ønsker bedre samhandling og koordinering i helsesektoren og vil prøve ut en reorganisering av distriktpsikiatriske sentre (DPS). Psykologforeningen er kritisk til forslaget.

TEKST

Per Olav Solberg

UTBYGGINGEN AV DPS-ER har vært ett av helsemyndighetenes viktigste virkemidler for å nå ut til befolkningen med et høyt spesialisert behandlingstilbud på psykisk helse-feltet. Blant landets psykologer arbeider rundt 1500, av totalt 7500, i dag ved en DPS.

DPS-ene sorterer under helseforetakene, som en del av spesialisthelsetjenesten, og skal tilby poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse. Et DPS er pålagt å samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning og yte polikliniske og ambulante tjenester i området. Døgnetenhetene bør ifølge forskriftene også kunne tilby både korttidsopphold ved kriser og lengre opphold for behandling og rehabilitering.

FORSØKSORDNING I STØRRE KOMMUNER

I mai la regjeringen fram en stortingsmelding om fremtidens primærhelsetjenester, som blant annet inneholder forslag til omorgani-



Fagsjef i Norsk psykologforening, Andreas Høstmælingen. Foto: Arne Olav L. Hageberg



Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Anne Grethe Erlandsen. Foto: Bjørn Stuedal

sering av DPS-ene. Målet er «mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse», som det heter i meldingen. I en forsøksordning overføres driftsansvaret for enkelte DPS-er til større kommuner. Det økonomiske hovedansvaret for DPS-ene skal fortsatt ligge hos helseforetakene. Basert på



erfaringene fra forsøksordningen vil Helse- og omsorgsdepartementet vurdere å gjennomføre en reorganisering av landets 75 DPS-er.

Anne Grethe Erlandsen, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, mener en slik omorganisering vil gjøre det enklere å få til bedre samhandling enn i dagens regime, hvor stat og kommune har ulike ansvarsområder innenfor psykisk helse. Hensikten med forsøksprosjektet er ifølge Erlandsen å øke det faglige nivået både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samtidig som brukerne i større grad enn i dag skal få tjenester preget av helhet og nærhet.

– Dette er et slags miniforsøk på en «samhandlingsreform». Viktigst av alt er at dette ikke skal gå utover kvaliteten på tjenestene eller brukernes rettigheter, sier Erlandsen.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede hvordan forsøksordningen kan gjennomføres og finansieres. Fristen er satt til 20. juni. Erlandsen ønsker ikke å gå i detaljer om forsøksordningen før Helsedirektoratet har jobbet seg ferdig.

– Det er avgjørende at rammene Helsedirektoratet utarbeider, er så gjennomtenkt og grundig som mulig. Derfor har de fått en utvidet frist til utredningsarbeidet, sier hun. Fristen var i utgangspunktet satt til 1. juni.

Rundt 20 prosent av landets psykologer jobber i dag ved et DPS. Erlandsen finner det vanskelig å svare på hvordan en slik omorganisering vil påvirke deres jobbhverdag. Men hun drar fram en mulig positiv effekt »

DPS-ene kan bli kommunalt driftet i framtiden.
Illustrasjonsfoto: Helge Skodvin

– Dette er et slags
miniforsøk på en
«samhandlingsreform»

*Anne Grethe Erlandsen, statssekretær i
Helse- og omsorgsdepartementet*

for aktivt oppsøkende team (ACT), som i dag jobber tverrfaglig, og som allerede visker ut forvaltningsgrensene mellom DPS-er og kommunene.

– En omorganisering vil gjøre det enklere å danne ulike typer team for ulike typer helseplager. Dette vil både kommunene og DPS-ene være tjent med, og ikke minst vil det kunne gi bedre tjenester til brukerne.

PSYKOLOGFORENINGEN ER KRITISK

Andreas Høstmælingen, fagsjef i Norsk psykologforening, synes det er fornuftig å få til bedre samhandling og koordinering innenfor psykologiske helsetjenester, men er uenig i virkemiddelet.

– Vi er bekymret for hvilke konsekvenser det kan få hvis kommunene får driftsansvar for DPS-ene. ACT-team er eksempler på tiltak som løser samhandlingsutfordringer i dagens system. Vi ser ikke hvordan en omorganisering av DPS-ene i seg selv vil gjøre det enklere å jobbe på tvers. Å finne gode modeller for samhandling kan man fint greie innenfor dagens organisering, sier Høstmælingen.

Fagsjefen er også bekymret for en nedprioritering av lokale lavterskeltilbud dersom kommunene også får driftsansvar for DPS-ene.

– Den kommunale primærhelsetjenesten er i startgropa for å utvikle bedre lavterskeltilbud og forebyggende tjenester, blant annet gjennom lovfestingen av kommunepsykologer i alle kommuner. Hva vil skje når kommunene også skal ha ansvaret for DPS-ene? Det vi er bekymret for, er at DPS-ene blir driverne i det kommunale psykiske helsetilbudet, og at mennesker med psykiske lidelser ønsker å bli henvist dit for å få hjelp. I en slik situasjon vil kommunene kunne mangle incitament for å bygge opp og prioritere lavterskeltilbud og forebyggende tiltak, mener Høstmælingen.

FORSKNING I FARESONEN

Han er også bekymret for at DPS-ene kan bli overbelastet og ikke får prioritert andre sentrale oppgaver som forskning og kvalitetssikringsarbeid.

– Denne typen oppgaver er ikke nødvendigvis lett å gjennomføre hvis du løsriver DPS-ene fra den øvrige sykehusstrukturen. Hvis man i tillegg presser flere folk med behov for psykologisk behandling inn i rammen av DPS-ene, kan andre arbeidsoppgaver bli fortrent, frykter Høstmælingen.

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen synes det er bra at Psykologforeningen er på ballen og bekymrer seg.

– Skal dette forsøket lykkes, er det avgjørende å få til en god arbeidsdeling mellom lavterskeltilbud og spesialisthelsetjenesten. Når vi er så opptatt av å få kommunepsykologer inn i alle kommuner, er nettopp hovedtanken at flere skal få hjelp på et tidlig tidspunkt og ikke ha behov for mer spesialiserte tilbud senere, sier Erlandsen. ✘

– Vi ser ikke hvordan en omorganisering av DPS-ene i seg selv vil gjøre det enklere å jobbe på tvers

Andreas Høstmælingen, fagsjef i Psykologforeningen

Mer samhandling i kommunene

Stortingsmeldingen om framtidens primærhelsetjeneste er regjeringens plan for å skape en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunen. Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste hvor pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Kommunene skal gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.

Noen viktige punkter i meldingen om psykisk helse- og rusproblematikk:

- Rekruttere flere psykologer til kommunene gjennom å lovfeste kommunens plikt til å ha psykologkompetanse
- Innføre en ny finansieringsordning for kommunepsykologer frem til plikten trer i kraft i 2020
- Innføre kommunal øyeblikkelig hjelp døgn også for psykisk helse- og rusområdet fra 2017
- Ta sikte på innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helse og rus, tidligst fra 2017
- Utarbeide en opptrappingsplan for rusfeltet.
- Følge opp handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading
- Vurdere en ny og varig finansieringsordning for aktivt oppsøkende behandlingsteam
- Gjennomføre et forsøk med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner

Meninger



FOTO: STEINERIK KARLSEN



For brysom ansatt?

Målfrid J. Frahm Jensen gjorde jobben sin som erfaringskonsulent, og uttalte seg kritisk om arbeidsplassens høye tvangstall.

Journalist Nina Strand kommenterer om ytringsansvar på side 526

New Public Management

Hvor står debatten nå?

*Debattinnlegg av
Janne H. Friberg
på side 522*

«Hen»

Tokjønnsmodellen står for fall

*Se hovedinnlegget på
de neste sidene*

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 8. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten.

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

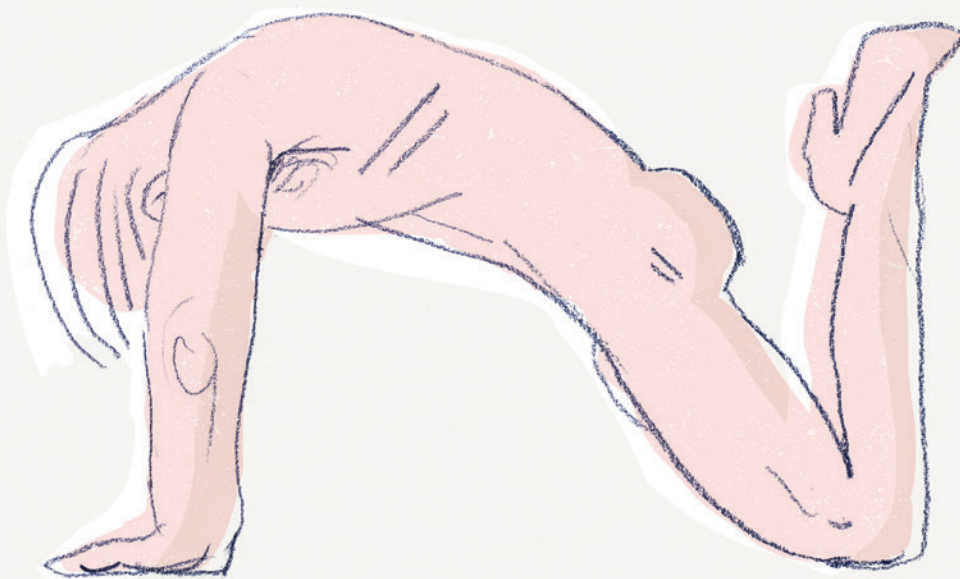
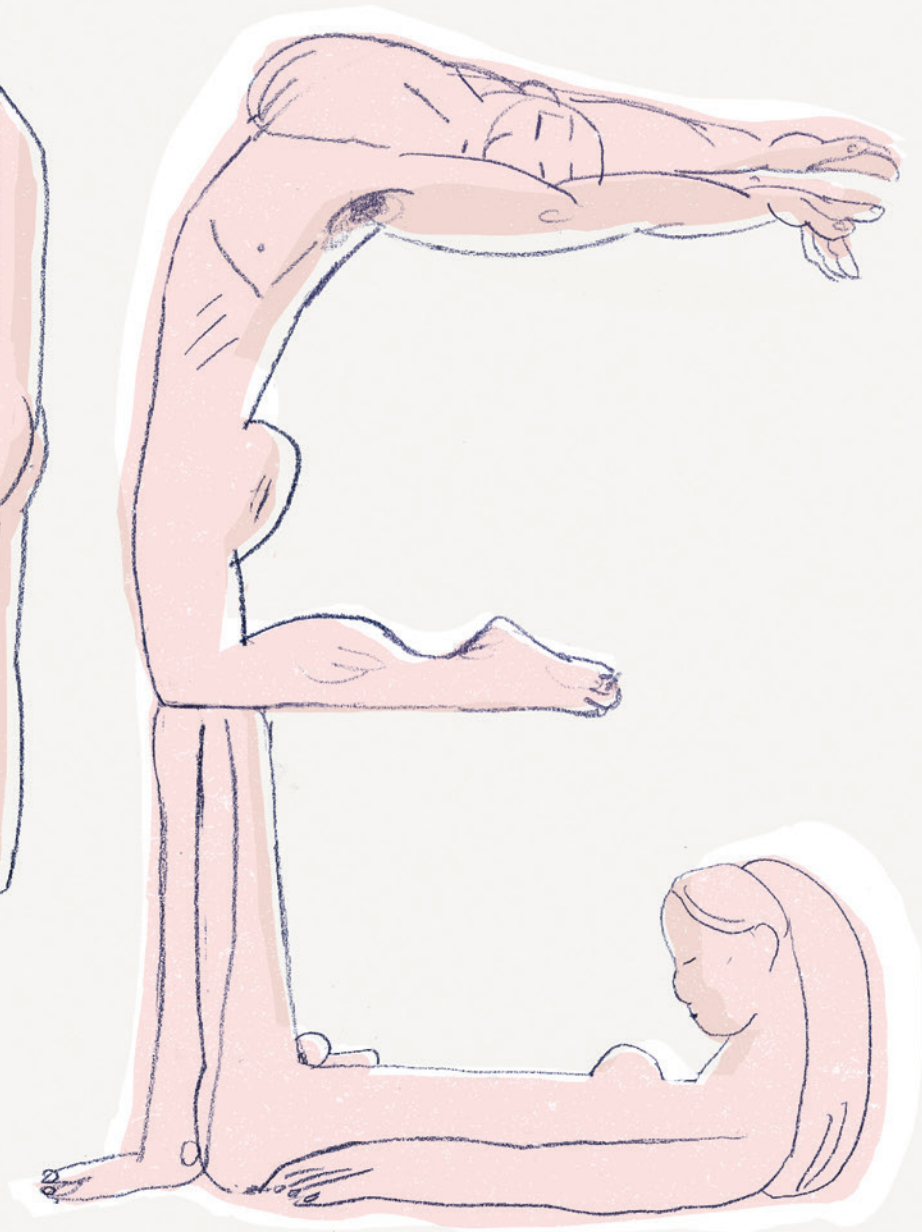
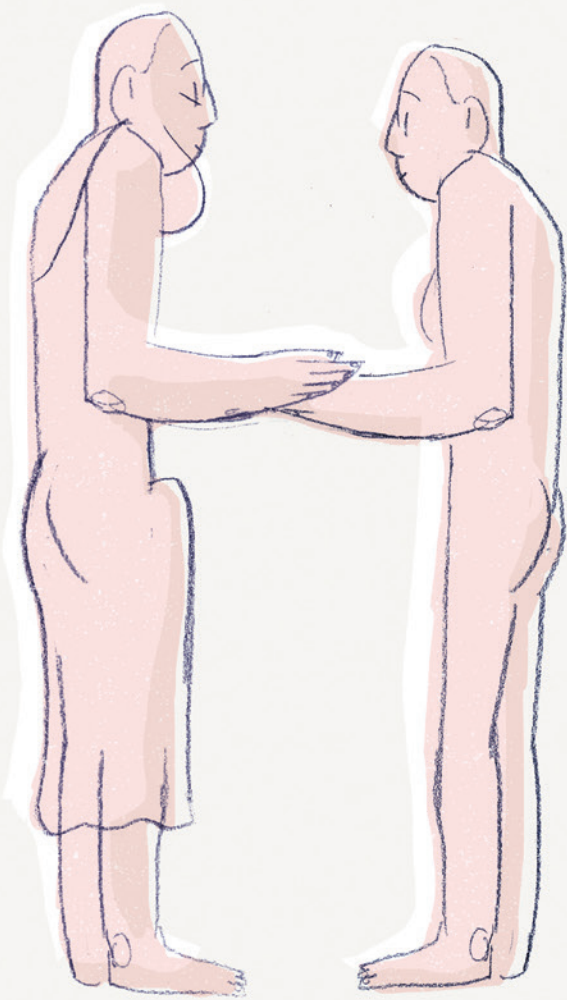
DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



Kjønn i bevegelse

Tokjønnsmodellen står for fall. Terapeuter bør bruke pronomenet «hen» og andre positivt ladede ord og begreper i møte med personer som verken kjenner seg som han eller hun.

Tall fra Storbritannia viser at flere og flere personer opplever seg som «transgender». Nær 1 % av befolkningen har utfordringer knyttet til kjønnsinkongruens (GIRES, 2006). Tallene i Norge er formodentlig tilsvarende.

Flere barn vokser opp og avviser den kroppen de ser og kjenner når de speiler seg, særlig gjelder dette ved begynnende pubertet når det vi kan kalle «majoritetskroppene» (jente- og guttekropper), skiller lag. Mange skjuler tankene de får om seg selv, og lengsler om for eksempel kroppslig justering. Med unntak av noen barn som med stor gjennomslagskraft fremmer kjønnsuttrykk som ikke samsvarer med kjønnnet de ble tildelt ved fødselen, er det svært mange som bruker år på å nå fram til en indre enighet med seg selv. Mange spør seg: «Hvem er jeg, egentlig?»

Uavhengig av hvilket kjønn du ble tillagt ved fødselen, kan du føle deg som kvinne, mann, kjønnsinkongruent, intersex, både kvinne og mann, et tredje kjønn eller ikke som kjønn i det hele tatt. Ikke noe av dette er å betrakte som feil eller sykkelig (Coleman et al., 2011).

TEKST

Esben Esther Pirelli Benestad, lege, familieterapeut IAP, spesialist i klinisk sexologi NACS, professor i sexologi, Universitetet i Agder
Rikke Pristed, autoriseret psykolog og spesialist i sexologisk rådgivning (NACS), universitetslektor Universitetet i Agder

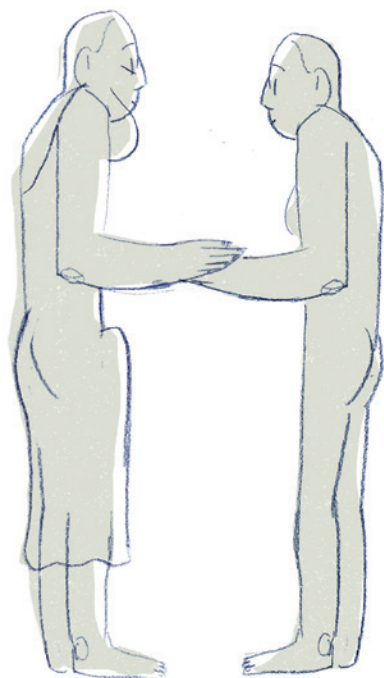
ILLUSTRASJON

Åshild Irgens





Kjønnsinkongruente opplever at mange terapeuter reagerer uhensiktsmessig når de som klienter presenterer seg som «hen»



Kjønn er i bevegelse. Det forstyrrer, utfordrer og krever ord og begreper som på en positiv og terapeutisk måte kan bekrefte også de kjønns- uvanlige. Skal vi oppnå allianse med personer som verken opplever seg som kvinne eller mann, trenger vi ikke bare ett, men flere nye pronomen.

PARADIGMESKIFTE

Flere tegn i tiden viser hvordan kjønn er i bevegelse, både i Norge og i verden. I 2014 og 2015 har vi sett en rekke endringer som bekrefter at vi befinner oss i det vi anser som et paradigmeskifte i synet på kjønn, kjønns mangfold og tilhørende rettigheter, både på det juridiske og det behandlingsmessige området.

Høsten 2014 viste TV2 kjønns mangfold i dokumentarserien «Født i feil kropp». Serien ga et bilde av hvordan barn med uvanlig kjønns- oppfatning og uvanlige kjønnsuttrykk tas imot i familie, nærmiljø og behandlingsapparat. Selv om serien for det meste beveget seg innenfor det vi kan kalle «tokjønnsmodellen», bar den også bud om flere og alter- native oppfatninger.

I Danmark ble det fra og med 1. september 2014 mulig å endre juri- disk kjønn på grunnlag av egenerklæring. I september slo Likestillings- og diskrimineringsombudet fast at Helse- og omsorgsdepartementet har handlet i strid med lov om diskriminering ved å nekte en person å endre sitt juridiske kjønn. Nepal, India, Bangladesh, Pakistan, Australia, New Zealand, Tyskland og Danmark har formalisert en tredje kjønns mulig- het. Malta kom i 2015 med en svært liberal lov om kjønnsuttrykk og ret- tigheter. Til sammen har nær 25 prosent av verdens befolkning per april 2015 anledning til formelt å endre kjønn, ikke bare til kvinne eller mann, men også til et tredje kjønnsalternativ.

En ekspertgruppe som ble opprettet av Regjeringen ved Helsedirek- toratet, leverte 10. april 2015 en omfattende rapport som belyser rettig- heter og ønsker både når det gjelder juridisk kjønn og helsetilbudet til hele denne heterogene gruppen av kjønn og kjønnsuttrykk (Paulsrud et al., 2015). Rapporten påviser og bekrefter tilkorkommenheter både hva angår juridiske rettigheter og helsetilbud. For å bøte på dette foreslås det at vi også i Norge innfører selvbestemt juridisk kjønn uten krav til kropp eller diagnose, og at helsevesenet utvikler behandlingstilbud etter laveste effektive omsorgsnivå (LEON).

I 2011 publiserte World Professional Association for Transgender Health (WPATH) nye «Standards of Care (SOC) for the Health of Trans- sexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7» (Coleman et al., 2011). I SOC er man tydelig på at det foreligger flere kjønnsalternativer enn to, og like klar på at de alternativene som er kom- met til, ikke skal sykelligjøres.

Det foreligger omfattende faglig forståelse for at kjønnsinkongruens er uttrykk for uvanlige, men ikke patologiske nevrobiologiske variasjoner (Coleman et al., 2011; De Block, 2013; GIRES, 2006). Biologisk forskning finner at noe av denne nevrobiologien plasserer kjønnsinkongruentes hjerner i feltet mellom vanlige kvinner og menn (Rametti & al., 2011a, 2011b). Det bekrefter manges opplevelse av verken å være kvinne eller mann, men noe tredje. I arbeidet med ICD-11 er det enighet om å endre navnet på kategoriseringene innenfor transgender-spekteret til «kjønns- inkongruens», og ta disse fenomenene ut av kapitlet om mentale forstyr- relser (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012).

I juli i fjor meldte Aftenposten at «hen» tas med i neste opplag av Svenska Adakademiens ordliste over det svenske språket. Det norske Språkrådet skrev under «aktuelt» på sine nettsider: «Eit nytt ord, «hen», er på veg inn i norsk.» Språkrådet gir noen eksempler på bruken, blant annet «hen Esben Esther» og de fortsetter: «Generelt meiner me at me skal ta omsyn til dei me snakkar/skriv med eller om.»

IKKE NOK TERAPEUTISK KOMPETANSE

I det øyeblikket en uvanlig kjønnet klient trår inn i terapirommet, har vedkommende gjennom mange år vært i samspill både med seg selv, sine nære relasjoner og samfunnet for øvrig. Om og om igjen har man i regelen blitt minnet om hva man burde være og burde føle, basert på kjønnsorganenes utseende, uten at dette har forandret selvpoppfatningen. Snarere kan det virke retraumatiserende for dem hvis historie er smertefull og preget av år med skam og hemmeligholdelse, dersom terapeuter opprettholder forventningen om at de skal føle seg kjønnskongruente. Å holde tilbake ønsker, lengsler og behov over år – som vi ser hos så mange i denne gruppen – etterlater spor som kan betegnes som «tilbakeholdstraumer» (Almås & Benestad, 2004a, 2004b). Slike opplevelser gjør møtet med en fagperson ekstra sårbart.

Kjønnsinkongruente opplever at mange terapeuter reagerer uhensiktsmessig når de som klienter presenterer seg som «hen», eller på annen måte beskriver seg som annerledes kjønnet (Barrow, 2008; Koetting, 2008). I vår praksis møter vi mange som har hatt nettopp slike negative erfaringer. De forteller at det nesten umiddelbart oppstår en form for avstand, at terapeuten virker brydd og helst snakker om noe annet enn det som ligger i deres «bestilling». Mange sier at behandleren var både smilende og vennlig og kunne si slikt som at «dette kan vi sikkert hjelpe deg med», uten samtidig å formidle verken hensyntaken, anerkjennelse eller gjenkjennelse. «Gentle violence» er et godt samlebegrep for dette siste fenomenet (Moon, 2011). Noen klienter opplever regelrett avvisning og/eller krenkende bemerkninger fra terapeuters side.

Det er grunn til å tro at Norge ikke har nok terapeuter med kompetanse når det gjelder kjønnsinkongruens. Rapporten «Alskens folk» bekrefter at transpersoner (eldre samlebe-

grep for det som nå kalles kjønnsinkongruente) skårer enda dårligere på helseparametere enn andre LHB-personer (Van der Ros, 2013). Informantenes erfaringer med det norske helsevesenet bekrefter mangel på kompetanse både hos psykologer og leger. Samtidig forteller mange at de har blitt møtt med velvilje og fått henvisning til behandlere med kompetanse i kjønnsinkongruens (Van der Ros, 2013). Alt i alt bekrefter imidlertid «Alskens folk» den samme svikten som nå også stadfestes i rapporten fra Pauls-rud og medarbeidere.

NYE ORD

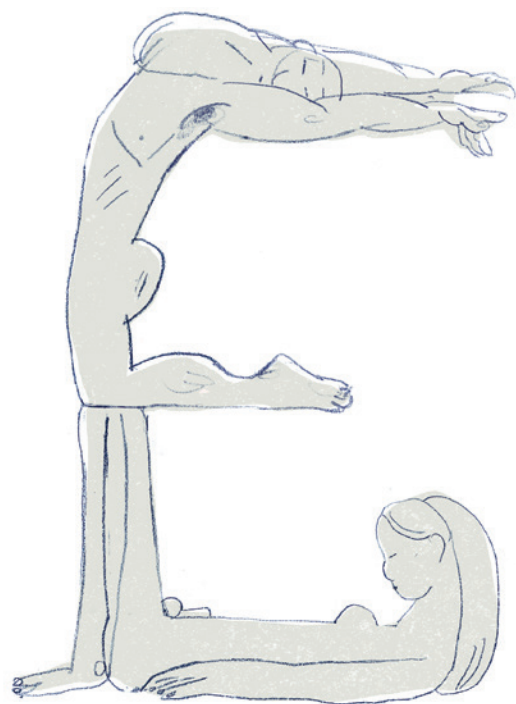
Det ligger en stor anerkjennelse for kjønnsinkongruente i at behandleren har et omfattende og adekvat ordforråd. Kjønnsinkongruente trenger positiv bekreftelse på det de opplever i og om seg selv. Det er nyttig å spørre klienten: «Hvem føler du at du er?», også når det gjelder kjønn. Vi må forholde oss til flere kjønnsalternativer, dersom vi skal komme i allianse med og bli til nytte for denne gruppen av klienter. Vi trenger nye ord for at de som vokser opp, skal finne gjenkjennelse, anerkjennelse og bekreftelse. Ordene blir enkle nøkler til klienters fortrolighet. Uten fortrolighet er det lite å hente.

Svaret på spørsmålet «Hvem er jeg?» er rime-ligvis å finne i hver enkelt. Som gode terapeuter kan vi i samarbeid med våre klienter komme fram til et positivt svar. Når terapeuter tilbyr andre begreper som kan være mer dekkende for klientens opplevelse av eget kjønn, kan pronomen som *hen* eller *ze* være aktuelle i tillegg til hun og han. Leslie Feinberg har introdusert pronomenet *ze* for dem som avviser kjønn (Feinberg, 1996), mens det kjønns mangfoldige pronomenet *hir* ble bragt på banen av Tracey O'Keefe (O'Keefe & Fox, 1999). *Hir* ble utgangspunktet for *hen*, som brukes i Norge og er formalisert i Sverige.

Vi beskriver pronomenet *hen* som kjønns-mangfoldig, ikke kjønnsnøytralt, fordi vi mener den rådende tokjønnsmodellen i språk og samfunn må utfordres. Bruken av begrepet «kjønnsnøytralt» bekrefter i stedet tokjønnsmodellen ved at *hen* kan brukes om alle på linje med *man*. Som nevnt søker svært mange mennesker i flere land til tredje-kjønns alternativer. De som forkaster kjønn, ser heller ikke *hen* som noe alternativ. De foretrekker at pronomen utelates helt, eller at man bruker *ze* eller *n*. For vår



Terapeuter kan ikke sitte med hendene i fanget og la nye innsikter om den menneskelige tilstand gå hus forbi



del har vi både i terapeutiske og andre sammenhenger hatt stort utbytte av å anvende positivt konnoterte ord som *transtalent* og *transbegavelse*.

Behandleren skal ikke bestemme svaret, men gi alternativer for klienten å velge i. Metabudskapet er: «Du bestemmer selv, det ene er like bra som det andre!». I denne atmosfæren går det an å drøfte, smake på og prøve ut alternativene til en finner det beste. Ikke alle klienter har svar på rede hånd hva angår andre valg enn de to vanligste, men kan svare noe i retning av at: «Dette var nytt for meg. Det må jeg tenke over.» Andre avviser flere alternativer. En ikke uvanlig respons er at klienten kommer tilbake til ny time og forteller at dette *hen*, dette med *begavelse* og *talent*, har gitt vedkommende en ny og hittil usett mulighet. Denne muligheten kan bli en god plattform for videre kjønnsbekreftelse.

Fordelen mange ser ved et tredje alternativ, er at de med ett ikke lenger har noe å skjule. De føler at de kan stå for akkurat det de er. Innenfor tokjønnsmodellen har de etter beste evne og mulighet tilnærmet seg et kjønnsuttrykk som har stått som det eneste alternativet til det kjønn de ble tildelt ved fødselen. I det tredje kjønnsalternativet må en ikke tilnærme seg noe som helst, fordi begrepet kan ta opp i seg hvilket som helst ønsket element fra de to vanlige kjønnene.

HENGER ETTER

Kjønn er utvilsomt i bevegelse. En friskmelding har funnet sted ved at det som tidligere ble betraktet som sykdom, er blitt et uttrykk for identitet. Ikke desto mindre består flere grunnleggende utfordringer før vi kan si oss på høyde med det som skjer omkring oss på dette feltet. Kulturene og systemene henger ennå etter. Det gjelder Språkrådet, som hittil bare har *snakket om* utvidelser i utvalget av pronomen. Snakk er ikke nok, ordene må formaliseres og finne veien til folks lepper før de uvanlig kjønnete skal kunne føle seg velkomne.

Terapeuter, som forventes både av seg selv og av sine klienter å være komfortable med alt menneskelig, kan ikke sitte med hendene i fanget og la nye innsikter om den menneskelige tilstand gå hus forbi. Når kunnskap fra rapporten «Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn, Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori» skal implementeres etter LEON-prinsippet, kan ingen verken i første eller annen linje av helsevesenet toe sine hender og tro at det finnes noen «eksperter» et sted som tar vare på den voksende gruppen av kjønnsinkongruente og andre annerledes kjønnete.

Ord er speil for den enkelte. De skaper gjenkjennelse, de opplyser, utvider og definerer. De er mulige verktøy i terapeuters hender. Ennå er det flere følelser og flere gryende og etablerte selvoppfatninger enn det finnes velspeilende ord i det menneskelige univers. Terapeuter representerer atkomster til dette universet. Atkomster mange søker i nød, smerte og i jakten på seg selv og på en friskmeldt plass på jorden. I erkjennelsen av at alt menneskelig ennå ikke er kjent, ennå ikke har ord og begreper, er det nyttig og terapeutisk hensiktsmessig å skaffe seg innsikt i de ordene som subkulturene selv utvikler (Almås & Benestad, 2001). Et forråd av ord som for eksempel *hen*, *begavelse* og *talent*, og ikke minst forståelse for inspirasjonen til disse ordene, kan være avgjørende for at klienter føler at de er kommet til rett sted og ikke nok en gang til feil klode. Det legger grunnlag for ekte terapeutiske allianser og gode terapeutiske forløp. ✕

REFERANSER

- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2001). Inspired and inspired concepts of sexuality. *European Journal of Sexual Health, 11*(39), 11–18.
- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2004a). Behandling av seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Del 2. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 41*(3), 188–194.
- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2004b). Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Del 1. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 1*(1), 2–9.
- Barrow, K. L. (2008). Achieving optimal gender identity integration for transgender female-to-male adult patients: an unconventional psychoanalytic guide for treatment. (Del av doktorgrad i psykologi ved Wright Institute Graduate School of Psychology).
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Zucker, K. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism, 13*(4), 165–232.
- De Block, A. (2013). Pathologizing Sexual Deviance: A History. *Journal of sex research, 50*(3–4), 276–298.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the Body: Situating Gender Identity Diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry, 24*(6), 568–577.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender Warriors: Making History from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Beacon Press.
- Gender Identity Research and Education Society (GIRES), Besser, M., Carr, S., Cohen-Kettenis, P. T., Connolly, P., De Sutter, P., . . . Wylie, K. (2006). Atypical Gender Development – A Review. *International Journal of Transgenderism, 9*(1), 29–44.
- Koetting, M. E. (2008). Beginning Practice with Preoperative Male-to-Female Transgender Clients. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 16*(2), 99–104.
- Moon, L. (2011). The Gentle Violence of Therapists: Misrecognition and Dis-location of the Other. *Psychotherapy and Politics International, 9*(3), 194–205.
- O'Keefe, T., & Fox, K. (1999). *Sex, Gender and Sexuality: 21st Century Transformations*. London: Extraordinary People Press.
- Paulsrud, K., Arver, S., Haraldsen, I., Aarre, T., Aanerød, L. M. T., Offerdal, A., . . . Halvorsrud, L. (2015). Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn, Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Oslo: Helsedirektoratet.
- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Zubiarré-Elorza, L., Segovia, S., . . . Guillamon, A. (2011). The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *Journal of psychiatric research, 45*(7), 949–954.
- Van der Ros, J. (2013). Alskens Folk – Levkå, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetsproblematikk. Hamar: Likestillingscenteret.

Vant pris for masteroppgave om atypisk kjønnsutvikling

Masteroppgaven ble skrevet i 2014 av Ingrid Dønåsen, og Senter for tverrfaglig kjønnsforskning kåret den til årets beste oppgave med kjønnsperspektiv. Dønåsen undersøker hva folk som ikke har noen erfaring med atypisk kjønnsutvikling, tenker om fenomenet.

– Man vet mye om hva legene og psykologene tenker, og hvordan de som opplever dette og deres familie tenker. Jeg har sett på hvordan «van-

lige» folk kommer fram til de tankene de har om dette, sier Dønåsen til nettstedet Kilden.

Juryen skriver følgende i begrunnelsen for tildelingen:

«Ingrid Dønåsen har demonstrert en nyskapende og alternativ forskningsstrategi som kan få stor betydning for den videre kunnskapsutviklingen i feltet. Hun har også på en fremragende måte forholdt seg interdisiplinært

til den brede litteraturen innenfor humaniora, medisinsk forskning og samfunnsvitenskap. Hennes interdisiplinære teoretiske diskusjoner er betydelig mer ambisiøse enn det som normalt kreves i en masteroppgave i psykologi.»

Opgaven er tilgjengelig på nett og kan lastes ned ved å gå inn på følgende adresse: www.duo.uio.no/handle/10852/39805?show=full

MBT og andre merkevarer

Vår artikkel om mangfoldet av psykoterapeutiske skoler er ikke noe «angrep» på mentaliseringsbasert terapi. Det vi utfordrer, er merkevarebyggingen og noen av dens årsaker og konsekvenser.



**ERIK FALKUM,
BENGT OLAVESEN,
KARSTEN HYTTEN**

Avdeling for forskning og fagutvikling, Klinikk for psykisk helse, Oslo Universitetssykehus, Aker

**MENTALISERINGS-
BASERT TERAPI**

Under tittelen «Merkelig angrep på mentaliseringsbasert terapi» kommenterer Sigmund Karterud og Finn Skårderud (K/S) vår artikkel om mangfoldet av psykoterapeutiske skoler i aprilnummeret av Psykologtidsskriftet. Kommentaren handler utelukkende om vår såkalte «uthengning» av MBT. Dette er skuffende, men ikke uventet, ettersom vi eksplisitt beskriver markedsføringen av MBT som det mest iøynefallende norske eksemplet på en problematisk relasjon mellom fag og forretning. K/S forsøker å marginalisere og latterliggjøre resonnementene omkring tre-bokstav-syken ved bruk av begreper som forbrytelser, skurker og helter. Diskusjonen om konsekvensene av merkevarebyggingen pågår imidlertid blant behandlere og forskere verden over. Når det likevel skrives relativt lite om temaet, er nok en av grunnene at det er lett å trække på ømme tær i denne debatten.

Med referanse til amerikanske forhold hevder vi at hvis det skal bli noen økonomisk gevinst av å etablere en ny psykoterapiretning, må det skapes en *bevegelse* knyttet til retningen. Kollegene må strømme til, kjøpe bøker og gå på kurs. I sitatet fra forordet til Karterud/Skårderud i boka til Bateman og Fonagy («i skrivende stund er vi vitner til en terapeutisk og teoretisk bevegelse i dens fødselsfase, eller kanskje dens tidlige barndom») markerer forfatterne at de ikke har reflektert over denne egenskapen ved bevegelsen. De er uten videre enige i at de har arbeidet intenst for å skape en MBT-bevegelse. Vi synes fortsatt at sitatet og dette intense arbeidet uttrykker en ambisjon om å lansere noe epokegjørende nytt. Derfor er det påfallende at de unnlater å kommentere vårt spørsmål om begrepet mentalisering

overhodet beskriver noe som ikke er beskrevet før. Mye tyder på at innholdet i begrepet er gammelt.

TANKEKORS

Når det gjelder påstanden om høye kursavgifter, opplyser K/S at utdanningen skjer i regi av Institutt for Mentalisering, som er en ideell stiftelse. De forteller imidlertid ikke at denne stiftelsen ble registrert først den 9. januar 2015. Fra 2009 til 2015 ble kursene gitt i privatøkonomisk regi av K/S. Da det såkalte «Operakurset» ble lansert, betalte deltakerne 19 000 kroner for åtte kursdager. I dag er beløpet justert opp til 19 900 kroner. Med 24 deltakere innebærer dette at man *hver dag* kan bruke rundt 50 000 kroner til undervisningshonorarer når utgifter til normal lunsj og normale lokaler er trukket fra. Det er for øvrig et tankekors at sykehusene (for eksempel OUS, den tidligere arbeidsgiveren til K/S) og andre deler av helsevesenet får økte utgifter som følge av privatiseringen av videreutdanningen, ettersom de ofte betaler deltakernes kursavgifter.

Da MBT-skolen ble etablert i 2009, ble vi invitert til stor lansering i Operafoajeen. I en mail-utveksling skrev en av oss (Erik Falkum) at han syntes kunnskapsgrunnlaget for behandlingen var for dårlig, og at K/S burde ventet med å etablere organisert utdanning til resultatet av flere undersøkelser forelå. Karterud svarte da at han syntes evidensen var god nok. På dette tidspunktet forelå kun Bateman & Fonagys egen studie av behandlingen. Som forsker vet Karterud selvsagt at NICE og tilsvarende institusjoner krever flere uavhengige undersøkelser og gjerne metaanalyser med positivt resultat før det kan sies å foreligge et godt kunnskaps-

grunnlag for en behandling. Grunnen til dette er at resultatene av enkeltundersøkelser kan være uttrykk for ulike typer bias, et tema vi behandler mer generelt i vår artikkel. Entusiasmen og ønsket om å oppnå et bestemt resultat kan påvirke behandlerens atferd i terapirommet, registreringen av symptomtrykk og funksjon og en rekke andre forhold. Det er påfallende at psykiatriprofessoren valgte å se bort fra bias-problematikken i forbindelse med etableringen av MBT-skolen. Cochrane-basen, som jevnlig oppsummerer dokumentasjonen for effekt av ulike behandlinger, beskriver for øvrig fortsatt evidensgrunnlaget for både MBT og retningens konkurrenter som *moderat eller lavt*.

Dette gjelder MBT som borderline-behandling. Når det gjelder behandlingens potensial ved andre lidelser, som spiseforstyrrelser, ruslidelser etc., foreligger det oss bekjent ikke resultater av systematiske undersøkelser overhodet. Grunnlaget for markedsføring er med andre ord enda svakere ved disse andre tilstandene. Det forhindrer imidlertid selvsagt ikke at MBT kan vurderes som relevant på klinisk grunnlag. Både MBT og liknende alternativer er interessante tilnærminger som bør studeres med forskningsmetodikk også ved noen av disse lidelsene.

FIKTIVE SKILLER

K/S vurderer vår artikkel som et «angrep på mentaliseringsbasert behandling». Det er feil. Det vi utfordrer, er merkevarebyggingen og noen av dens årsaker og konsekvenser. Merkevarene skaper fiktive skiller og reiser språklige og andre murer mellom retninger som har mye til felles og som kunne ha nytte av å snakke mer sammen enn de gjør.

Avslutningsvis beskriver K/S hvordan utviklingen av MBT har vært preget av «usedvanlig åpenhet», og vi tviler ikke på at diskusjonene blant deltakerne i MBT-bevegelsen har vært fine. Men denne interne åpenheten har begrenset relevans i vår sammenheng. Det sentrale er åpenheten og viljen til dialog og samhandling mellom retninger som konkurrerer. Vi tror psyko-terapifeltet vil profitte stort på at konkurransen og dens ulike årsaker fortrenses til fordel for ønsket om å lære av hverandre. Hvis K/S klarer å legge til side enten-eller-tenkningen (jf. skurker og helter i første avsnitt), som de har brukt år av sitt liv på å få sine pasienter til å forlate, kan de bli verdifulle partnere i denne dialogen. ❖

Fra arkivet: 2002

Psykisk helse i vår verden

Stemningslidelser er ett av vår tids største helseproblemer. Depresjon er nå på fjerdeplass over Verdens Helseorganisasjons liste over lidelser som utgjør den største samfunnsmessige byrden. I år 2020 regner vi med at den vil rykke opp på andreplass. Også bipolare lidelser er blant de ti største medvirkende årsaker til sykdom.

Den største byrden bæres av kvinner. Omtrent dobbelt så mange kvinner som menn lider av depresjon. Ungdom er i stigende grad berørt.

Det kanskje mest brutale uttrykket for psykiske lidelser er at mennesker tar sitt eget liv. Mellom ti og tyve millioner mennesker forsøker hvert år å begå selvmord. Mer enn 800 000 dør. Og antall selvmord blant de unge øker.

Flere forhold bidrar til at psykisk uhelse utgjør en stadig større andel av den globale sykdomsbyrden: Vi lever i en verden i rask forandring, med urbanisering og miljøforfall. Mennesker forflyttes. Familier splittes. Halve jordens befolkning lever i fattigdom. Dessuten blir verdens befolkning stadig eldre, og tilfeller med depresjon øker med alderen.

En undersøkelse av 185 av våre 192 medlemsland viste at 41 % av landene ikke har noen politikk for psykisk helse, og en firedel har ingen lovgivning på området. Godt over en tredel har ikke lokale sentre for psykisk helsetjeneste. Ser vi på verden under ett, dekker tjenestene ofte ikke mer enn ti prosent av behovet.

Verdens Helseorganisasjon har lansert en Global handlingsplan for psykisk helse, med vekt på informasjon, utforming av politikk og tjenester, opinionsdannelse og forskning. Vi har nå faktisk kunnskap om hva som kan forebygges, og vi kan tilby behandling som kan gjøre mennesker til fullverdige og produktive medlemmer av samfunnet. Vi må stå samlet for å sikre gode resultater.

Gro Harlem Brundtland,
Verdens Helseorganisasjon, april 2002

– 41 % av landene har ikke noen politikk for psykisk helse, og en firedel har ingen lovgivning på området

Faksimile av Bent Høies debattinnlegg i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet.



Hvor står NPM-debatten nå?

Vi trenger en balanse mellom fag og byråkrati, og en modig og reell dialog rundt uenigheter og vanskelige prioriteringer.



JANNE HORGEN FRIBERG
Psykolog

NEW PUBLIC MANAGEMENT

DEBATTEN OM MÅLSTYRING, eller New Public Management, går på tvers av flere profesjoner, og det er svært gledelig at Psykologtidsskriftet nå reiser den innenfor psykisk helsevern. Det er også svært positivt at helseministeren engasjerer seg i debatten. Det er nettopp i dialog mellom politikere, ledere og fagfolk vi kan finne nye og bedre løsninger. Selv har jeg bidratt til debatten gjennom to innlegg i Klassekampen og en paneldebatt, der jeg i ganske klare ordelag har kritisert dagens styringsregime. Slik jeg oppfatter debatten, er det likevel mye vi er enige om:

- Vi ønsker å tilby best mulig kvalitet i psykisk helsetjenester.
- Vi ønsker å få mest mulig ut av fellesskapets ressurser.
- Vi ønsker å sikre pasientenes rettigheter i møte med offentlig helsevern.
- Vi ønsker gode ledere som er i stand til å prioritere og å legge til rette for best mulig profesjonsutøvelse.
- Vi erkjenner at god ledelse forutsetter rutiner for å måle innsats og ressursbruk.

Skal debatten komme videre, må man imidlertid forholde seg til hva vi NPM-motstandere faktisk sier. Påstander fra henholdsvis Heidi Tessand, Jan Fredrik Andresen, Andreas Høst-

mælingen og Bent Høie om at vi som kritiserer NPM, er sutrete, ikke opptatt av kvalitet, effektivitet eller økonomi, eller at vi ikke ønsker innsyn i egen praksis, bringer *ikke* debatten videre.

REELL UENIGHET

Det er nemlig nok av reell uenighet å ta tak i. Men så langt synes det vanskelig å trenge gjennom med substansiell kritikk. Høies beskrivelse av NPM som en drage som ikke finnes, og vage visjoner om samhandling og kontinuerlig forbedring, tyder på en betydelig vilje til *ikke* å ta imot råd fra de som kjenner systemene på kroppen. Jeg vil derfor forsøke å klargjøre hva kritikken går ut på, og hvor jeg tror vi faktisk er uenige:

- Dagens omfattende målstyring og rapporteringsregime – kall det NPM eller hva du vil – eksisterer og krever mye tid og ressurser, som nødvendigvis må gå på bekostning av faglig arbeid og behandling.
- Rapporteringsmålene er i svært liten grad i stand til å måle reell kvalitet og effektivitet, men fokuserer i stedet på ting som enkelt lar seg måle.
- Fordi både finansiering og ledelsens prioriteringer styres av disse målene, perverteres insentivstrukturen.

De fleste ønsker ikke å jukse – eller ty til «kreativ bokføring» for å kjøpe en ny kaffemaskin til enheten man jobber ved. Men mange arbeidssteder opplever at kapasiteten presses, noen steder er avhengige av å vinne anbud, eller de sliter med å oppfylle enkelte måltall. I slike situasjoner tvinges mellomledere til å presse fagfolkene til å prioritere på en slik måte at man oppfyller styringsmålene, selv om det går på tvers av faglige vurderinger. Det fører til behandlingsanbefalinger basert på hvilke tiltak som utløser dyrest takst, kortere timer for å få plass til flere pasienter og mindre langvarig og mer lavfrekvent behandling enn hva som gir effekt. Dette hindrer fristbrudd og gir gode produksjonstall.

Noe av det mest ubehagelig å erkjenne for meg og mine likesinnede er at dette også påvirker oss fagfolk. Vi internaliserer de innebygde styringsmålene. Det gjør noe med både synet på pasientene og oss selv. Vi objektiverer og distanserer oss fra pasientene: At det første jeg tenker når en pasient med store tillitsproblemer ber om hjelp utenom oppsatt tid, er «yes, der fikk jeg en ekstra produksjon i dag», heller enn «yes, nå er vi i gang». At jeg oppsummerer graden av ukas suksess med antall konsultasjoner uavhengig av innhold. Når jeg som arbeidstaker blir vurdert ut fra produksjonstall og turnover, ikke reell kvalitet, påvirker det mitt fokus. Jeg blir mer selvopptatt og mindre engasjert i pasienten. De «vanskelige» pasientene lager problemer for min måloppnåelse, og jeg blir fristet til å omtale dem som «umotiverte» eller «behandlingsresistente». Dette er holdninger som åpenbart ikke fremmer kvalitet og brukermedvirkning.

Resultatet er at byråkratiske behov for kontroll, forutsigbarhet og økonomistyring hele tiden ender med å trumfe faglige vurderinger. Det fører til løgnaktighet i systemet, tilslører de faktiske prioriteringene vi gjør, og presser ansvaret for disse nedover på den enkelte behandler, mens øverste politiske ledelse har ryggen fri til å love «flere og bedre» helse-tjenester til alle.

DEN RIKTIGE BALANSEN

Vi kan vel alle være enige om at vi trenger bedre styringsmål for å vri incentivene i riktig retning, men vi må samtidig være ærlige nok til å innrømme at det er ekstremt vanskelig å måle kvalitet innenfor en rimelig økonomisk ramme. Mål må holdes på en armlengdes avstand. Talsmennene for dagens stadig mer omfattende rapporterings- og styringssystem målbærer en hybris på vegne av den fremvoksende BI-utdannede ledelsesprofesjonen, som jeg tror vi om få år vil riste oppgitt på hodet av. Mye tyder på at situasjonen kommer til å bli verre før den blir bedre, gjennom ytterligere kontroll og strømlinjeføring. Det skjer på tross av at Skottland, New Zealand og nå også Danmark snur. Den norske overlegeforeningen vil avskaffe helseforetakene, og snart vil forslag om det samme fremmes i Stortinget. Vi må finne en balanse mellom fag og byråkrati. Fagfolk må sikres profesjonell autonomi til å utøve sitt virke i tråd med den beste kunnskapen. Vi må ha rammer som oppmuntrer til modig dialog om vanskelige prioriteringer, og byråkratiske rutiner som bidrar til at prioriteringer og ressursbruk er i tråd med demokratiske politiske føringer. I dag er balansen i ferd med å tippes i favør av et byråkrati som ikke fremmer «pasientens helsevesen», som tilslører reelle prioriteringer, og som undergraver helsevesenets viktigste ressurs – nemlig fagfolkens kompetanse og engasjement. ✕

Frykter økt trafficking etter jordskjelv

Jordskjelvet som rammet Nepal 25. april, har dramatiske ettervirkninger. Strømmestiftelsen har jobbet i Nepal i over 20 år, og i tillegg til å drive nødhjulsarbeid er de spesielt opptatt av trafficking.

– Kyniske bakmenn lurte unge kvinner, som blir kidnappet og solgt til bordeller i India. Der lever de grusomme liv som sexslaver. Vi er bekymret for at bakmenn utnytter situasjonen så unge kvinner blir enda mer sårbare, sier utdanningsleder Asle Stalleland i Strømmestiftelsen til Kvinneguiden.

Eldrid Brekke i Katmandu leder en gruppe av psykologer og sosionomer som hjelper tidligere prostituerte å bearbeide traumer. Strømmestiftelsen har etter jordskjelvet bidratt til å mobilisere støtteam med voksne i flere landsbyer. Teamene skal passe på unge jenter og hindre overgrep og trafficking. (Psykologi)

Psykologer får kurs om krigsveteraner

Veteranforbundet SIOPS (Skadde i internasjonale operasjoner) og Rådet for psykisk helse har ifølge NRK fått midler fra Extrastiftelsen til et kurs for fastleger, psykologer og psykiatere med vekt på krigsveteraners psykiske helse. Mange krigsveteraner som har tjenestegjort i Libanon, Bosnia og Afghanistan, har psykiske helseproblemer. Anders Grindaker i SIOPS tror kursene også kan bidra med tanke på flyktninger, asylsøkere og norske hjelpearbeidere som har jobbet i konfliktområder. (Psykologi)



JAN SMEDSLUND
 Psykologisk Institutt,
 Universitetet i Oslo

**FORSKNINGS-
 RETORIKK**

Forstavelsen «Nevro-»: Pseudoempiri og ideologi?

Forstavelsen «nevro-» har først og fremst en ideologisk funksjon.

HER VIL JEG peke på at den hyppige forekomsten av forstavelsen «nevro-» i dagens psykologiske litteratur ofte ikke har noe empirisk innhold, men derimot en diffus ideologisk funksjon. La meg først trekke fram en forutsetning det er tilnærmet full enighet om blant psykologer: Alle psykologiske prosesser og fenomener har et kroppslig grunnlag, nærmere bestemt i sentralnervesystemet (hjernen).

Sett i lys av det foregående blir det klart at for eksempel uttrykket «nevrokognitiv» ikke kan si noe mer enn uttrykket «kognitiv», fordi alle kognitive prosesser svarer til noe nevralt. Å hevde at en kognisjon *ikke* svarer til noe nevralt, ville være absurd. En mulig åpning for allikevel å bruke uttrykket «nevrokognitiv» kunne for eksempel være å henvise til en undergruppe av kognisjoner med kjent nevralt grunnlag (til forskjell fra kognisjoner uten kjent grunnlag), men selv i tilnærmet form vil dette være en sjeldenhet. Et mulig eksempel er Moser og Mosers studier av rotters spatiale kognisjon, hvor noe av det nevrale grunnlaget er forsøkt kartlagt. Men det vanligste synes å være at «nevrokognitiv» og «kognitiv» viser til det samme, og at bruken av begrepene dermed feilaktig antyder at «nevrokognitiv» og «kognitiv» har et forskjellig empirisk innhold.

Hvilken funksjon har det da å legge inn forstavelsen «nevro-»? Kanskje svaret er at det understreker en tro på at nevroforskning er veien å gå for psykologien. Da har bruken av forstavelsen «nevro-» først og fremst en ideologisk funksjon. For i noen grad å belyse ovenstående antakelser har jeg valgt å analysere en nylig publisert artikkel av Bjørn Rishovd Rund med tittelen «Schizofreni er en nevrokognitiv forstyrrelse» (se *Psykologtidsskriftets* aprilutgave, side 322–333). Jeg vil forsøke å vise at tittelen er en pseudoempirisk og ideologisk påstand.

Jeg har gjennomgått og talt opp antallet forekomster av uttrykket «nevrokognitiv» i sammenhenger med og uten nevrale registreringer, og antallet forekomster av uttrykket «kognitiv» i sammenhenger med og uten nevrale registreringer. La meg alt her nevne at det

– Forstavelsen «nevro»
 brukes ofte uten empirisk
 innhold og har en
 ideologisk funksjon

Tabell 1. Bruk og ikke-bruk av forstavelsen «nevro-» i faguttrykk sammenholdt med registrering versus ikke-registrering av nevrale prosesser i teksten til artikkel av B. Rishovd Rund (2015).

	Uten forstavelsen «nevro-»	Med forstavelsen «nevro-»	Totalt
Med nevro-registrering	5	13	18
Uten nevro-registrering	30	26	56
Totalt	35	39	74

allerede i utgangspunktet ligger en betydelig pseudoempirisk komponent i alle studier som hevder å påvise kognitive forstyrrelser hos schizofrene, fordi de forutgående inntaksdiagnosene allerede inneholder kognitiv forstyrrelse som definatorisk ingrediens. Med andre ord ligger det allerede i diagnosen at det foreligger kognitiv forstyrrelse. Å si at det er «dokumentert» (se Rishovd Runds artikkel, s. 323) at schizofreni er en kognitiv forstyrrelse, er derfor uheldig. Det er jo utenkelig at det finnes personer som kalles schizofrene, som *ikke* har kognitive forstyrrelser. Det selvnlysende kan ikke dokumenteres, men bare illustreres. Hva som kan tilføres av forskningen, er informasjon om detaljene i disse forstyrrelsene. En forsvarlig språkbruk vil da kunne være at man brukte uttrykk som nevrokognisjon om den undergruppe av kognisjoner hvor det nevrale grunnlaget er kjent.

Resultatene av min analyse – som neppe trenger uavhengige skårere – er vist i tabell 1. De to kriteriene som er brukt, er enkle. Det ene er faguttrykk med forstavelsen «nevro-» versus faguttrykk uten forstavelsen. Det andre er angitt nevro-registrering (måling av prosesser i nervesystemet) versus ingen angitt nevro-registrering. Noen mindre komplikasjoner og usikkerheter i skåringen var uunngåelige, men hovedtendensene er klare.

En konservativ fortolkning av frekvensene er at forstavelsen «nevro-» er brukt om kognisjon betydelig oftere enn begrunnet av data. Cirka $\frac{3}{4}$ av de antydte data er innsamlet med utelukkende psykologiske metoder, men halvparten av disse er allikevel omtalt med forstavelsen «nevro-». Bruken av forstavelsen kan kanskje sies å være et kompromiss mellom den trivielle betydningen hvor alle psykologiske prosesser også har en neural basis, og den mere strikte betydningen hvor man har søkt å kartlegge og måle faktiske hjerneprosesser. Det faktum at psykologiske prosesser hyppig betegnes som «nevro-» også der hvor bare psykologisk metodikk er brukt, gir støtte til hypotesen om språkbrukens ideologiske funksjon. Den generelle hypotesen om at orienteringen mot hjernen bare er en av fagets mange forbigående moter, er selvfølgelig betydelig mere sammenfatt og vanskeligere å vurdere. Jeg vil allikevel minne om at dette ikke er et angrep på hjerneforskningen, som i seg selv er et rikt og spennende felt. Derimot kan man stille spørsmålet om i hvilken grad resultater av denne forskningen faktisk kan tenkes å berike psykologien og psykologisk praksis.

Den spesifikke konklusjonen i denne kommentaren er at forstavelsen «nevro-» ofte brukes uten empirisk innhold og har en ideologisk funksjon. ❌

Debattert

Primærhelse

Kommunalt psykologpålegg: - Vi fjerner skillet mellom fysisk og psykisk helse, sier Høie. Kommunene skal selv avgjøre hva slags kompetanse det er behov for i kommunen for å dekke behovet. Men kommunene vil bli pålagt blant annet å ha fysioterapeut og psykolog.

Nettavisen, 7. mai

Langsiktig finansiering: - Det er særlig behov for å styrke kommunenes arbeid med forebygging av psykiske lidelser blant barn og unge. Her trengs en langsiktig finansiering av et landsomfattende kommunalt satsingsprogram for å forebygge langvarig utenforskap, sier Helgesen.

Styreleder i KS, Gunn Marit Helgesen, til KS.no, 7. mai

Halvhjertet: Mer kontroversielt og nytt er det at Regjeringen også vil endre fastlegeordningen. I dag driver mange fastleger mest for seg selv. Regjeringen vurderer å innlemme dem i «primærhelseteam». (...) I dette helse-temaet kan det inngå en rekke profesjoner, blant annet fastleger, psykologer og fysioterapeuter. (...) Men på dette sentrale punktet er stortingsmeldingen likevel halvhjertet. Høie gir ikke Stortinget en klar anbefaling om hvordan slike team bør organiseres i praksis ei heller hva dette vil kreve av endringer i finansieringsordninger og regelverk.

Leder Aftenposten 8. mai

Ledelse: - Skal vi arbeide smartere og bruke ressursene bedre, er vi avhengig av godt lederskap på alle nivåer i kommunen. Regjeringen vil derfor bedre tilgangen til lederutdanning og stille tydelige krav til ledelse, sa helse- og omsorgsminister Bent Høie da stortingsmeldingen ble lagt frem. (...)

Som følge av dette har Helse- og omsorgsdepartementet inngått en avtale med Handelshøyskolen BI om å utdanne 100 ledere per år innen helse og innovasjon.

Innside24.no, 14. mai

En brysom ansatt

Hvor går grensen for hva man kan si offentlig om arbeidsplassen sin?



TEKST

Nina E. Strand,
Journalist i
Tidsskrift for Norsk
psykologforening

DEN SOM HAR skoen på, vet best hvor den trykker, heter det. Noe som også står sentralt i regjeringens primærhelsemelding «Nærhet og helhet» som nylig ble lansert. Helseforetak og sykehus knytter nå til seg medarbeidere som selv har hatt og har psykiske helseproblemer. Fordi det kreves, og forhåpentligvis også fordi helsetjenesten tror brukerne vil bidra med kunnskap og innsikt. Men er man forberedt på ubehaget som kan følge med? Som når den nye medarbeideren har større ambisjoner enn å gi råd fra sidelinjen, og ønsker å være vaktbikkje med skarpt blikk for arbeidsmåter og holdninger som krenker pasienter. Som når erfaringskonsulenten ønsker debatt om kvaliteten på helsetjenesten – også i offentligheten.

Høye tall for bruk av tvangsmidler ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS) var bakgrunnen for at Stavanger Aftenblad (Aftenbladet) 15. januar kontaktet erfaringskonsulent Målfrid J. Frahm Jensen for en kort kommentar. «Jeg tror noe av årsaken i Stavanger skyldes ulik kultur til tvangsmiddelbruk på ulike sengeposter. Pasienter på noen sengeposter er frustrerte over hvordan de blir behandlet,» svarte hun. Jensen sa at leger og psykologer som godkjenner tvangsmiddelbruk, burde bli flinkere til å undersøke om tvangsmiddelbruken kunne vært unngått. Samtidig presiserte hun at «det er mange gode ansatte som betyr mye». Hun møtte sterke reaksjoner blant ansatte ved sykehusets psykiatriske divisjon. Allerede dagen etter satte noen i gang en underskriftsaksjon mot henne, og nærmere 80 ledere og ansatte signerte, skriver Aftenbladet.

Knapt fire måneder senere, 1. mai, sa Jensen opp jobben ved SUS. Da hadde hun gitt opp å få en beklagelse og oppreisning fra ledelsen, og hun hadde meldt fra til Arbeidstilsynet. Etter dette ble det vanskelig å fortsette i stillingen. Støtteerklæringene fra brukere, pårørende og kolleger lot ikke vente på seg. «Jensen bekrefter for alle ansatte den frykten de i mange år har beskrevet overfor oss. De har vært redde for å varsle. Denne saken viser at frykten er helt reell,» sa Linda Øye, nestleder i Mental Helse til Aftenbladet 5. mai.

«Foretaket kommenterer ikke personalsaker offentlig,» skrev kommunikasjonssjefen i en e-post til Aftenbladet 1. mai. Men fire dager etter tar konstituert sykehusdirektør Inger C. Bryne endelig ordet, og konstaterer at Jensens uttalelser til mediene er «innenfor rammen av det mandatet hun har hatt i sin arbeidsavtale». «Så går det kanskje en grenseoppgang i forhold til hvordan en omtaler medarbeidere og kolleger,» sier hun.

Ja, hvor går den grensen? For en utenforstående er det vanskelig å forstå at Jensens uttalelser oppfattes som personangrep, slik sykehuslederen antyder. Like urimelig fortøner det seg å kalle det en personalsak som dermed ikke egner seg for offentlig debatt. Jensen uttalte seg om holdninger, om rutiner og om praksis overfor pasienter. Skulle ikke det være lov? Advokat Kjell Bryggfeldt, medlem i Advokatforeningens menneskerettighetsutvalg, er ikke i tvil: «Det erfaringskonsulenten har uttalt til avisen, er åpenbart innenfor ansattes ytringsfrihet. Kom-

mentaren hennes kan selvfølgelig bli negativt oppfattet blant andre ansatte, men jeg oppfatter at hun har kommentert svært kritikkverdige forhold ved sykehuset. Her ligger en menneskerettighetsproblemstilling i bunnen, nemlig bruk av tvang,» sa han til Aftenbladet 1. mai.

Ytringsansvar, plikten til å si fra, debatteres sjeldnere enn ytringsfrihet. Men helsearbeidere har en unik kunnskap om kvaliteten i helsetjenesten. Når en ansatt mener at pasienter ikke får god nok hjelp, har vedkommende et moralsk ansvar for å ta bekymringen videre. Samtidig vil den ansatte som peker på kritikkverdige forhold, sette seg i en sårbar posisjon og risikere å bli oppfattet som illojal. Derfor er det avgjørende med trygge ledere som skaper rom for å uttrykke uenighet, internt så vel som i offentligheten.

Ytringsmot kreves for å velge å si fra om feil og mangler på en arbeidsplass der kritikk blir forstått som manglende lojalitet. Da Fritt Ord nylig ga pris til en politimann og en tillitsvalgt for deres «modige innsats for å avdekke kritikkverdige forhold i norsk arbeidsliv», sa styreleder Georg Fr. Rieber-Mohn: «Det store spørsmålet fremover er om de rette personer tør å stå frem med kritikk, når man er klar over hvilke påkjenninger varslere må gå gjennom.»

Det torde ikke de unge psykologene som uttalte seg til Psykologtidsskriftet for tre år siden. Byråkratiseringen i helsetjenesten setter kvaliteten i fare, hevdet de – men bare én av fire ville stå fram med navn. De fryktet for senere jobbmuligheter og for å bli stemplet som bråkebøtter. Tor Levin Hofgaard, president i Psykologforeningen, reagerte. «Skal vi skape endringer til beste for pasientene, må vi diskutere, bruke kritikk og faglighet, men gjøre det i åpent lende. [...] Å avkreve lojalitet og å skape en fryktkultur i en virksomhet som bruker over 150 milliarder av fellesskapets kroner hvert år, er uakseptabelt.» (Psykologtidsskriftet nr. 5/2012.)

Ytringskunnskap er mangelvare; blant ledere, ansatte og kommunikasjonssjefer, mener jurister. Anine Kierulf, jurist og forsker ved Senter for menneskerettigheter, sa det slik i NRK Dagsnytt 18 den 6. mars: «Den primære rettslige begrunnelsen for ytringsfrihet er først og fremst hensynet til samfunnets ve og vel; det å få en fungerende offentlig samtale om hvor

skoer trykker, om systemfeil, om gale prioriteringer.» Kierulf refererte til undersøkelser gjort av Redaktørforeningen og av Fritt Ord, der mellom 50 og 70 prosent av de ansatte i blant annet politiet og i helse- og utdanningssektoren trodde at arbeidstakernes lojalitetsplikt står sterkere enn ytringsfriheten. «Det er å snu ting fullstendig på hodet,» kommenterte hun.

Konflikten ved SUS ligner en lang rekke saker der ledere i offentlig sektor prøver å begrense de ansattes rett til å ytre kritikk i mediene. Og når ledernes sterke ønske om å stoppe offentlig debatt kobles med de ansattes manglende kunnskap om sin rett og plikt til å ytre seg, står vi som samfunn i fare for å miste en viktig arena for debatt om sentrale samfunnsområder. Her må mediene trå til for å løfte debattene ut og frem fra personalrom, møterom og halvoffentlige Facebook-grupper.

Mellom barken og veden; er det erfaringskonsulenters posisjon i psykisk helsevern? De støtter seg til et annet kunnskapstilfang og referansegrunnlag enn resten av personalet. De er ansatt på andre premisser og med annen kompetanse enn kollegaene sine, og er ofte den eneste i denne typen stilling. Hvordan blir de mottatt, hvilken tillit får de i systemet? Hvilken plass tar de, og hvilken plass får de? Og hvor bevisst er man om sårbarheten i det å ha som jobb å være en motstemme innad i organisasjonen? Målfrid J. Frahm Jensen har med sin lange erfaring som brukerkonsulent en viktig stemme, men det har kostet å bruke den. Konflikten med det som var arbeidsplassen hennes i seks år, har gått ut over søvn og psykisk helse, sier hun til Aftenbladet. Men erfaringskonsulentene er kommet for å bli. «Det er ikke jeg som skal gi sykehusene styringssignaler, men pasientene,» sa Bent Høie på Diakonhjemmet sykehus i fjor, i en tale om «pasientens sykehus».

Samfunnet trenger dem, og helsetjenesten trenger dem: modige ansatte som med sin unike hverdagskunnskap deltar i debatten om kvaliteten i tilbudet. Erfaringskonsulentene er rekruttert inn fordi de kan supplere med kunnskap som er annerledes – og av og til plagsomt annerledes enn profesjonenes. Ubehaget ved å bli utfordret på holdninger, tenkesett og praksis må fagfolk leve med, også når ytringene fremsettes i det offentlige rom. ❖



Ubehaget ved å bli utfordret på holdninger, tenkesett og praksis må fagfolk leve med, også når ytringene fremsettes i det offentlige rom

Forskningens reléstasjon?

LA OSS BRUKE en forlagsanekdote som inngang: Det fortelles at Gylendals forlegger Harald Grieg og forfatter Agnar Mykle var på middag sammen, med sedvanlig høy temperatur rundt bordet. Ikke minst var Mykle skeptisk til Griegs inngripen i forfatterens egne tekster, slik som kraftige kutt i omfanget. På et tidspunkt skal Grieg ha utbrutt: «De må huske at jeg er Deres forlegger, ikke Deres trykkeri.»

MER ENN ET POSTBUD

På lignende vis kan man spørre om tidsskriftredaksjoner primært er en reléstasjon for inn- og utgående manus, eller om de aktivt bidrar til at fag og forskning blir lest og anvendt. For en som har jobbet med publisering i nær 20 år, er det lett å si at redaktørene involverer seg aktivt i skriveprosessen. Det gjelder enten det er erfarne skribenter eller nye penner, og uavhengig av sjangere: en vitenskapelig artikkel vandrer frem og tilbake mellom redaktør, forfatter og fagfeller i måneder, ja kanskje år, før den endelig kan publiseres. Men også sjangere som debattinnlegg, essay og forskningsoppsummeringer går de samme redaksjonelle rundene – med unntak av fagfellebiten. Redaksjonens rolle er i alle tilfeller noe langt mer enn å være et postbud mellom forfattere, fagkonsulenter og trykkeri.

Min erfaring er da også at redaksjonen aktivt hjelper forskeren med å kommunisere sine funn, og at forfattere setter pris på støtten. Samtidig som fagfellesystemet sikrer kvaliteten på forskningen, trengs det et språklig og pedagogisk blikk på teksten før publisering. Det er også en dårlig utnyttelse av fagfellers kompetanse å sende over manus som er uklare i sin formidling. Da risikerer forfatteren å få refusert sin artikkel grunnet fremstillingen, ikke på grunnlag av kvaliteten i forskningen.

HÅNDVERK

Det å skrive er et håndverk som må læres. Noen behersker det så godt at man som redaktør og konsulent nærmest må legge inn en motstand i lesningen for ikke å la seg forføre av retorikken når de faglige kvalitetene skal vurderes; andre er ferske forfattere som trenger tett oppfølging, men samtidig er det disse skribentene som forhåpentligvis utgjør fremtidens etter hvert erfarne formidlere. Atter andre er erfarne skribenter som vet å dra nytte av den hjelpen en redaksjon kan yte. Psykologtidsskriftet skal derfor ha lavere refusjonsrate enn mange andre tidsskrifter da vi også skal være en skriveskole for fagets stemmer.

For nettopp vordende forfattere kan det her være på sin plass å understreke at de ikke bør sammenligne egne artikkelideer med de tekstene man leser på trykk: Den trykte teksten er et endepunkt, mens det å sende inn en tekst er et startpunkt. I første omgang vil den innsendte teksten vurderes av en eller flere redaktører: Er dette aktuelt stoff for våre lesere? Hvis vi vurderer det som aktuelt, er neste jobb å få frem bidragets tema til våre lesere. Kort sagt: hva handler dette om, og hvorfor er det viktig å lese? Dette skjer gjennom konkrete språklige, faglige og pedagogiske innspill – både i to, tre og fire runder som beskrevet over.

TILGJENGELIG OG SELEKTERT

Så kan man spørre seg: Er det riktig å bruke ressurser på disse prosessene? La oss ta vitenskapelige artikler som eksempel: Hvis redaksjonens rolle kun er å administrere den akademiske fagfelledugnaden, kan andre like gjerne administrere prosessen selv – noe vi også ser skjer ved etableringen av stadig flere internettbaserte tidsskrifter, gjerne kombinert med «open review»-prosesser hvor det er leserne og forskerne som overtar mange av de redaksjonelle oppgavene. Dette gjør at flere forskningsfunn både gjøres tilgjengelige og kvalitetssikres enn hva de tradisjonelle papirbaserte tidsskriftene har kunnet tilby. Det hersker heller ingen tvil om at forskere i økende grad bør gjøre sine forskningsfunn tilgjengelige i databaser på dette viset, gjerne i fulldataformat slik at andre kan re-analysere dataene.

En slik publiseringstrend har den fordelen at forskningsfeltet får et bedre, mer transparent kunnskapsgrunnlag. Ulempen kan være at forskningsformidlingen først og fremst rettes mot andre forskere på feltet, og derfor kan være vanskelig tilgjengelig for fagfolk på utsiden av feltet. Slik kan viktig forskning få mindre gjennomslag i samfunnsutviklingen og praksis enn kunnskapsfeltet hadde fortjent. Samtidig er det også en økende erkjennelse av at praksis ikke bør informeres av enkeltstudier, men av kunnskapsoversikter og veiledere. Trolig får vi en slags arbeidsdeling mellom mer spesialiserte forskningstidsskrifter som gjør enkeltfunn tilgjengelige i databaser, mens generelle fagtidskrifter beveger seg i retning av å formidle sammenfatninger, veiledere og anbefalinger. For når «alt» gjøres tilgjengelig, vil det også være et viktig arbeid å sortere og kommunisere kunnskap i en infomettet hverdag. Men der arbeidet med å gjøre en tekst mer leseverdig, kan dra nytte av en redaksjons tekstespertise, bør sorteringsarbeidet ikke overlates til redaksjonen alene: Da får det hele en smak av ensretting. Det vil ikke tjene et mangfoldig fag som psykologi.

bjornar@psykologtidsskriftet.no

Formidling av norsk psykologisk forskning

Å formidle norsk psykologisk forskning er noe av det viktigste Tidsskrift for Norsk psykologforening gjør. Det gjelder å formidle attraktivt, for både lesere og fremtidige artikkelforfattere.



LESEROMBUD

Else-Marie Molund,
psykologspesialist
i klinisk voksen-
psykologi

I OKTOBERUTGAVEN I fjor ble Psykologtidsskriftet endret en del og fikk nytt utseende. «Psykologi» er ny tittel. For Psykologi, som alle tidsskrifter, handler det om prioriteringer. Psykologi har fått en norsk/skandinavisk konkurrent, i elektronisk format på psykologisk.no, som også formidler psykologisk kunnskap. Jeg håper begge klarer seg, og at de gjør hverandre gode.

Formidling av vitenskapelig psykologi er en viktig oppgave for Psykologi. Men det er sannsynligvis ikke en helt enkel oppgave, ettersom forskere flest ønsker og/eller må publisere i utenlandske tidsskrifter.

I aprilutgaven i år ble «ADHD – eller noe annet?», en vitenskapelig artikkel av Bjørn Reigstad og Siv Kvernmo, publisert. Dette er en av de vitenskapelige artiklene jeg er usikker på om særlig mange leser. Jeg tror de fleste klinikere vet at traumer og belastende livshendelser er viktig differensialdiagnose til ADHD. Jeg tror også mange klinikere opplever, og derfor er mer opptatt av, at enkelte utredningsmodeller for ADHD ikke gir tilstrekkelig rom for å avdekke eller følge opp traumer og belastende livshendelser. I tillegg er datainnsamlingen gjort mellom 2003 og 2005, og jeg tror leserne forventer vitenskapelige artikler fra nyere forskning. Vitenskapelige artikler kan som kjent oppleves tidkrevende å lese og da er det ekstra viktig at tema og innhold oppleves som interessant for leseren.

Siden endringen av Psykologi er spalten «Oppsummert» kommet i annenhver utgave. Spalten er fin. Den er en ganske kort tekst som formidler psykologisk forskning, og passe lang for de som ikke har tid nok til å fordype seg i lengre vitenskapelige artikler, men som samtidig ønsker å holde seg noe oppdatert på ulike fagområder. Spalten er et godt alternativ til forskningsformidling, og den bør komme i hver utgave. I aprilutgaven skrev Vidar Blokhus Ekroll spalten, som første doktorgradsstipendiat etter omleggingen. Han oppsummerte forskningen som finnes om langtidseffekter av psykoterapi. Kunnskapen har han fått som del av sitt ph.d.-prosjekt.

Noe av det jeg har savnet i Psykologi, er formidling av kunnskapen som kommer ut av norske ph.d.-prosjekter, og det helst fra kandidatene selv, ikke prosjektlederne. Jeg tenker det er ekstra viktig at et tidsskrift som Psykologi bygger opp under de norske ph.d.-ene ved å rette oppmerksomhet mot arbeidet deres. Hvis det skal bli attraktivt for fremtidige forskere å skrive i Psykologi, er det lurt å invitere unge forskere som sannsynligvis kommer til å publisere mer i karrieren sin.

Det gjelder for Psykologi å formidle psykologifaget slik at det både fenger lesere og fremtidige artikkelforfattere. For å oppnå det tror jeg at tidsskriftet er nødt til å holde fokus på vitenskapsdelen av faget fremover og fortsette å jobbe med hva og hvordan formidlingen skal være. ✕



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

Gamle teorier må luftes ut

Vi etterlyser
Psykologforeningen
i arbeidet med å
styrke pårørende og
familiearbeidet i de
psykiske helsetjenestene.

JEG SETTER STOR pris på at helseministeren tok seg tid til å svare meg i denne spalten i marsutgaven, og viste forståelse for nytten av pårørendearbeid. Vi i Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) satte også stor pris på ministerens deltagelse og tale om pårørende på pårørendekonferansen den 25. mars 2015, der over 200 fra helsevesenet hadde meldt seg på. Dette viser at mange fagfolk ønsker mer kunnskap om feltet. Talen til helseministeren finnes på regjeringen.no.

Jeg konstaterer at Høie er opptatt av frivillighet og familiearbeid, det er tydelig at han ønsker å bidra til å styrke pårørendes stemme i et forholdsvis tungt system, og dette er en fantastisk god anerkjennelse for oss. Vi registrerer derimot at Psykologforeningen og dens president ikke har svart på mine utfordringer, og heller ikke ser ut til å ha samme fokus på familiearbeid og familiens rolle.

MØDRE FÅR SKYLDEN

Jeg har vært leder for LPP i fire år nå. Det betyr at jeg daglig er i kontakt med pårørende fra hele landet. Blant annet har jeg også deltatt på tiltaket «Møteplass». Dette er et meget godt konsept, der pårørende møter fagfolk på en uformell arena. Vanskelige temaer kan drøftes i en fin atmosfære hvor tonen er basert på likeverd og gjensidig respekt. Dette er en god arena for pårørende. Her om dagen ble jeg til min store overraskelse gjort oppmerksom på at helsepersonell som i dag er i 50-årene, ble opplært i en teori der man sa at pårørende, og spesielt mødre, til schizofrene, var skyld i sykdommen. Årsaken til det, fortalte teorien, gikk blant annet ut på dobbeltkommunikasjon fra mor. Dette var jeg helt uvitende om, og ble regelrett overrasket da det kom opp.

Jeg er også så heldig at jeg får være med i arbeidsgruppen i Helsedirektoratet som jobber med ny veileder for pårørendearbeid. Jeg fortalte også der om denne teorien som jeg hadde blitt gjort oppmerksom på. En lege i gruppen kunne bekrefte at dette var en kjent teori. Jeg diskuterte det så med flere psykologer som også bekreftet det samme. Man hadde sågar flere andre teorier om spesielt mødre som «kjøleskapsmødre», «de dominerende mødre», osv., som alle la en faktisk skyld over på oss pårørende.

I den senere tid har jeg også fått muligheten til å bli bedre kjent med en institusjon i Asker. I brosjyren står det at behandlingstilbudet blant annet kan inneholde samarbeid med familien, men da jeg spurte hva man legger i samarbeid med familien og hva slags tanker man har om dette arbeidet, virket spørsmålene noe fremmede for de faglig ansvarlige. Nå kan det selvfølgelig være at man snakker forbi hverandre, men dessverre frykter jeg at vi ikke gjør det, men at man faktisk ikke vet hva dette dreier seg om. Med et rigid regelverk hvor pårørende kan besøke sine kjære maksimalt i 1 time, og mellom klokken 16 og 20 hver dag, er det heller ikke fysisk tilrettelagt for familie-/nettverksinvolvering.

HVOR ER PSYKOLOGFORENINGEN?

Hvor er Psykologforeningen og psykologene? Ønsker man ikke å jobbe for å inkludere pårørende? Det er ikke rart vi har store utfordringer når institusjonene er preget av gammeldags tenkning, hvor reglene etterleves uten kritisk tenkning omkring hva som ville være mest hensiktsmessige i et behandlingsperspektiv der de pårørende har en viktig rolle. Da skjønner vi at det trengs krafttak for å endre holdningene og kulturen. Det må være lov å tenke nytt. Her må Psykologforeningen gå foran sammen med bruker- og pårørendeorganisasjonene for å endre holdninger og rutiner. Jeg etterspør derfor et mye større og sterkere engasjement fra foreningen på dette området, da det

ikke bare gjelder sykepleiere, men også mange psykologer.

Vår opplevelse er at man rett og slett ikke har fokus på familiearbeid og pårørende. Slike institusjoner og miljøer må endres, og nye kulturer bygges opp, der brukerne og pårørende er med på å utvikle morgendagens tjenester. I oppdragsdokumentet til helseforetakene stilles det krav om at pasienten og pårørende skal være med på å utvikle tjenestene. Det skal sågar også opprettes medisinfrie tjenestetilbud. Bruker- og pårørendestemmen skal i det hele tatt høres på en helt annen måte enn tidligere, og stilles i sentrum.

HVILKE PLANER HAR DERE?

Vi har heldigvis truffet mange dyktige og kreative psykologer som ser på pårørende og nettverk som en ressurs og en naturlig del av behandlingen. Takk til dere, vi er glade dere hjelper oss med å videreutvikle feltet riktig retning. Psykologforeningen må ta et krafttak sammen med oss, for å styrke pårørende og familiearbeid. Jeg kunne tenke meg å høre noe om hvilke planer og strategier Psykologforeningen har for å styrke og videreutvikle feltet. Vi bidrar gjerne, men det fordrer jo at foreningen først faktisk setter temaet på agendaen. ✘

A.G P Tegesum



Det er ikke rart vi har store utfordringer når institusjonene er preget av gammeldags tenkning

Inntrykk



Sara Stridsberg skriver vakkert om det sårbare, ifølge anmelder Arne Repål.

Side 537

Spalten «Couch» i The New York Times tilbyr et forfriskende innsyn i terapirommet mener Marius Prytz.

Side 534

OCD-behandling for fagfolk og foreldre.

Side 535

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: ANIMASJONSFILM

Skyggen på ryggen

Sympatisk og prisverdig tilgjengeliggjøring av psykologisk kunnskap om følelser.

ANNE HILDE VASSBØ HAGEN, *Alfred og skyggen – En liten film om følelser*, Institutt for Psykologisk Rådgivning, Norsk Institutt for Emosjonsfokuset Terapi

SILVAN TOMKINS, en «grand old man» innenfor affektteori, skrev i sitt hovedverk *Affect Imagery Consciousness* at tanker uten følelser er svake, mens følelser uten tanker er blinde. Det gjelder altså, for å si det med en annen sentral skikkelse i feltet, Leigh McCullough, å eie følelser, uten at følelsene eier oss. *Alfred og skyggen*, en 7 minutters animasjonsfilm om følelser, befinner seg i dette følsomme terrenget, hvor hovedbudskapet er: vi har til enhver tid en rekke ulike følelser vi bør forholde oss til. Både for oss selv og sammen med andre.

PÅ YOUTUBE

En akademiker som sitter på et budskap, har grovt sagt tre hovedvalg: Hun kan velge å gå vitenskapelig og smalt ut, og slik skrive eller henvende seg til en avgrenset gruppe av fagfeller. Hun kan på den andre siden gå bredt ut, og slik henvende seg til folket utenfor sitt eget akademiske miljø. Eller hun kan selvsagt velge å holde budskapet for seg selv, og dermed risikere å brenne inne med gullet. Kombinasjonen av de to første alternativene fungerer sjelden bra. Det blir for lett for akademikeren og for smalt for folket. Vi har imidlertid mange eksempler på psykologer som mestrer første alternativ, min egen liste over spesialisert lesestoff er i stadig bevegelse, men like fullt like lang. Det er derimot

ANMELDT AV

Eivind Normann-Eide, psykologspesialist



ikke like mange som våger seg uti, eller håndterer, alternativ to.

Alfred og skyggen er nettopp en slik animasjonsfilm, tilgjengelig for alle de som har begynt, eller bør begynne, samtalen om seg selv og sitt indre liv. Den er produsert av psykolog Anne Hilde Vassbø Hagen, under inspirasjon av den sørafrikanske, men canadisk stasjonerte psykologen Leslie Greenberg – opphavsmannen til emosjonsfokusert terapi. Filmen er lansert på YouTube, og dermed også tilgjengelig over sosiale medier for deling, anbefalinger og «liking», og bare i løpet av den første uken nådde den et femsifret antall visninger i engelsk og norsk versjon. Ikke overraskende, for den viser seg frem som en sympatisk og kreativ tilgjengeliggjøring av psykologisk kunnskap om følelser.

Alfred er en animert ugle, som minner om en litt enkel mann, med et fattig forhold til egne følelser. Stereotyp nok får han støtte og hjelp av en kvinnelig ugle, og hun hjelper ham med å oppnå bedre kontakt med sitt indre liv. Det hele er fint og tydelig illustrert, med karakteristiske følelsesuttrykk. Innledningsvis stilles helt enkle, men også sentrale spørsmål: Hva er følel-

ser? Hvordan virker de egentlig? Hvorfor skal vi fokusere på følelser når de ofte gjør vondt? Kan vårt forhold til våre følelser endres? Enkle spørsmål har ikke nødvendigvis enkle svar, og det er godt gjort å forenkle noe så komplisert til et meningsfullt budskap innenfor rammen av en naivistisk animasjonsfilm på noen få korte minutter. Vassbø Hagen lykkes bra med dette. Vi får eksempler på følelsenes ulike funksjoner, som at de gir motivasjon og retning for hva vi gjør, kommunikasjon til andre og signal om hvem vi er, hvordan vi har det. Altså følelsenes motivasjons-, kommunikasjons- og signalfunksjon.

Filmen viser til at forholdet til våre følelser er utviklet i tidlige samspill, at vonde opplevelser kan ese ut, som en overveldende og lamrende skygge, og at følelser kobles sammen, der redsel og skam kan erstatte det gode og forsterke det vonde. Teksten i filmen formidles ved en varm mannsstemme, som uten å bli verken vanskelig eller belærende, sier kloke, fine ting om følelsenes funksjon og besvær, hvordan de kan endres, og betydningen av en annen, empatisk støttende person dersom vi skal komme noen vei ut av uføret.

Illustrasjonen er hentet fra filmen *Alfred og skyggen*. I skrivende stund har den norske og engelske versjonen av filmen hatt til sammen over 40 000 visninger på YouTube.

”

Alfred og skyggen er et ypperlig bidrag til psykologens verktøy-
» kasse

GRUNNLEGGENDE FØLELSER

Jeg har stor sans for formidling av psykologisk kunnskap som beveger seg utenfor tradisjonelle kanaler, med potensial til å nå ut til nye leser- og seergrupper. Alfred og skyggen er et så godt eksempel på nettopp dette at det er vanskelig å være kritisk. Noen punkter må like fullt med. Ifølge filmen har vi syv grunnleggende følelser: skam, redsel, sinne, avsky, tristhet, glede og interesse. Hvor mange primære grunnfølelser vi mennesker besitter, er imidlertid ikke helt åpenbart. Her er det ingen enighet i feltet, og det diskuteres hvilke følelser som inngår blant våre primære grunnfølelser, og hvilke som er mer sosialiserte utlegninger av våre grunnfølelser. Dette er imidlertid først og fremst av akademisk betydning, og neppe interessant for filmens målgruppe. Filmene hadde derfor stått seg på å inkludere også andre følelser, som misunnelse/sjalousi, dårlig samvittighet/skyld, og ikke minst nærhet/omsorg. Følelser de aller fleste seere vil kunne gjenkjenne som betydningsfulle når det kommer til vår psykiske helse og mellommenneskelige funksjon.

Alfred og skyggen avsluttes med en poengtert oppsummering av hva en kan gjøre med de besværlige følelsene. Som betydningen av å være oppmerksom, tålmodig og nysgjerrig på egne følelser, å snakke om og akseptere egne følelser og til slutt bruke følelser til å endre følelser. Sistnevnte poeng er nok hentet fra Greenberg, som selv har skrevet om temaet, blant annet under tittelen *The transforming power of affect*, men filmen evner ikke fullt ut å illustrere hva som egentlig menes med dette.

Slike innvendinger til tross, *Alfred og skyggen* er et strålende eksempel på kreativ kunnskapsformidling, og et ypperlig bidrag til psykologens verktøykasse. Enten det gjelder kommunepsykologen på besøk i barne- og ungdomsskolen, i flerfamiliegrupper, familievernkontoret, psykoedukative tiltak inne på psykologens kontor, eller rett og slett i sofaen hjemme sammen med barna. ❌

ANBEFALT



Illustrasjonen er en skjermdump hentet fra spalten «Couch», The New York Times

Humorfylt om alvor

På finurlig vis kom jeg over The New York Times' spalte om erfaringer fra terapirommet. Spalten, ved navn *Couch*, lar psykologer, psykiatere og pasienter luften reflektere som vanligvis blir værende bak den låste terapidøren. Med lettfattelig språk og uformelle vinklinger på ellers alvorlige problemstillinger får leseren rollen som flue på veggen.

I innlegget «I Was Raised by Psychotherapists» ser forfatteren tilbake på en oppvekst der kjærlighet var kjent som tilknytningsteori. Hun husker at foreldrenes oppførsel i middagsselskaper gjorde henne bekymret for pasientene deres. Og at hun først som voksen torde å gå i terapi – og da med forståelsen av å betale psykologen for å være hennes egen emosjonelt fraværende psykologmor.

Med humor tar tekstene tak i temaer som, dersom man selv satt i psykologstolen, ikke ville vært videre underholdende. For eksempel teksten om den gravide psykologen som behandler pasienter med frykt for å bli mødre. I teksten «Do You Google Your Shrink?» skildres pasienten som printet ut søkeresultatene fra Google, blant annet byggeplanene for psykologens hjem. Her åpner den enkle teksten for fagetiske problemstillinger, som hvordan den terapeutiske relasjonen påvirkes av at psykologens privatliv blir samtaleemne.

Under de tilsynelatende overfladiske fortellingene er det også et annet nivå, hvor de mer prinsipielle diskusjonene lusker. Spalten tilbyr dermed et forfriskende innsyn i terapirommet, der alvor er til stede, mens optimismen kommer seirende ut.

Anbefalt av Marius Prytz, ansvarlig redaktør i *Katarsis* – psykologisk tidsskrift ved Universitetet i Bergen.

For fagfolk og foreldre

Berikende for fagfolk – nyttig for foreldre. Men jeg skulle gjerne sett enda flere tips til hvordan tilpasse eksponeringen.

DETTE ER DEN første nordiske manualen basert på eksponering og responsprevensjon (ERP) for barn og unge som sliter med obsessive-compulsive disorder (OCD). Boka er sprunget ut av en nordisk behandlingsstudie for barn og ungdom som sliter med tvangstanker og tvangshandlinger, The Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLots). Manualen baserer seg på andre etablerte behandlingsmanualer og er tilpasset norske forhold, men også justert etter tilbakemeldinger gitt av terapeuter i studien. Boka er nær knyttet til praksisfeltet, noe den bærer preg av. Forfatterne har på ulike måter vært involvert i denne studien, og de øser her fra sin kliniske og forskningmessige kunnskap på feltet.

Manualen er ikke ment som en lærebok om OCD, men som en kortfattet veileder for klinisk praksis. Hovedfokus i boka er en beskrivelse av hva terapeutene bør gjøre time for time i et behandlingsforløp på 14 timer, hvor hver time har fått sitt underkapittel. I tillegg inneholder boka et kapittel om kognitiv atferdsterapi ved utilstrekkelig behandlingseffekt og et informativt kapittel om medikamentell behandling. De to siste kapitlene omhandler OCD og komorbide tilstander som Tourettes syndrom og autismespekterforstyrrelse.

FORELDRE INVOLVERES

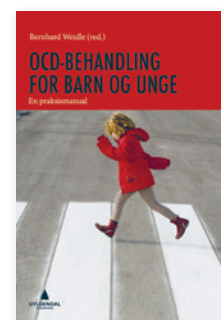
Mitt hovedinntrykk av boka er at den er velskrevet, informativ og leseverdigg med mange gode

tips til hvordan en som terapeut kan legge opp behandlingen for barn og ungdom med OCD. Jeg liker spesielt godt fokuset på sterk foreldreinvolvering. Boka gir gode tips om hvordan involvere foreldrene slik at de på en best mulig måte kan bistå sine barn i behandlingen.

Relevante foreldretemaer som overinvolvement, forsikring og skyld og skam blir tatt opp på en god måte. Slik boka er organisert, blir imidlertid råd og tips til foreldrene litt uoversiktlig. For oversiktens skyld hadde jeg foretrukket at foreldretemaer hadde vært samlet i ett kapittel. Hvorvidt det er tjenlig å spre psykoedukasjonen til foreldrene over alle timene, er jeg også usikker på. Jeg hadde personlig ønsket at de viktigste temaene ble undervist om i de første timene, og at en heller viet mer tid til eksponering sammen med ungdom og foreldrene de resterende timene.

GJERNE ENDA FLERE TIPS

Jeg liker godt alle eksemplene i oversiktlige fir-kantede rammer med forslag til konkrete formuleringer til hva en som terapeut kan si både når det gjelder psykoedukasjon og eksponering. Jeg tenker at uerfarne terapeuter på ERP spesielt vil ha nytte av slike konkrete tips. Mitt største ankepunkt er at jeg hadde håpet på enda mer av de konkrete gode tipsene for hva man faktisk gjør når man står overfor alle de ulike OCD-symptomene, spesielt med tanke på all den terapeuterfaring som denne boka bygger på.



BERNHARD WEIDLE (RED.)

OCD-behandling for barn og unge. En praksismanual. Gyldendal Akademisk, 2014. 212 sider

ANMELDT AV

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

OCD er en svært heterogen lidelse, og selv om en har lært seg grunnprinsippene i behandlingen, så er utfordringen hvordan en helt konkret legger opp selve eksponeringen for de ulike tvangssymptomene. Min erfaring i veiledning av vordende OCD-terapeuter er at det de først og fremst sliter med, er å finne egnede eksponeringsoppgaver til den enkelte. Jeg savner en oversikt over typiske eksponeringsoppgaver gitt til de ulike undergruppene av OCD og hvordan en konkret gjennomfører disse.

MER EKSPONERING?

Jeg stusser også over hvor lite tid som settes av til eksponering i timene. I oversikten over veiledende tidsforbruk for hver time er kun 10 av 75 minutter avsatt til terapeutassistert eksponering. Selv om forfatterne oppgir dette som tentativt, med muligheter for å avvike fra det ved behov, tenker jeg at det gir et signal om at eksponering ikke helt får den plassen det fortjener. Til sammenligning er det avsatt 45–80 av 120 minutter til eksponering i Edna Foa et al. (2012) sin manual, som er den rådende behandlingsmanualen for voksne pasienter med OCD. Min erfaring er at barn og ungdom lett blir lei av ord, og at de som oftest foretrekker aktivitet framfor mye snakk. De trenger som regel å trene mye i timene for å gjennomføre hjemmeløksene på en god måte.

På grunn av den nasjonale implementeringen av behandling av OCD har nå de fleste barn og ungdommer i Norge tilgang til terapeuter med spisskompetanse på ERP. Det er imidlertid få som har dybdekunnskap om behandling av OCD ved Tourettes syndrom og autismespekterforstyrrelse. Det er derfor spesielt stort behov for kunnskapen som blir delt i bokas to siste kapitler. På en god og lettfattelig måte lærer vi hvordan en kan skille tics fra tvangshandlinger, og hvilke praktiske konsekvenser det får for behandling ved OCD og Tourettes syndrom. Det blir også gitt rikelig med ideer, tips og rutiner for tilpasninger i behandlingen av OCD ved autismespekterforstyrrelse. Dette er til å bli klokere av, og vil i alle fall føre til at jeg vil møte disse pasientene på en bedre måte enn tidligere.

Alt i alt er dette en bok som vil være berikende for alle fagfolk med interesse for OCD. Boka vil også være nyttig lesning for foreldre som har barn med OCD. ❌

KLASSIKEREN



D. W. Winnicott, *Playing and reality* (1971)

Winnicott skriver forståelig, nyansert og klinisk nært om komplekse hverdagslige, fenomener, mener Line Indrevoll Stänicke.

En av mine første store leseropplevelser om psykoterapi var Donald Woods Winnicotts bok *Playing and reality* fra 1971. Det var nesten så jeg ikke trodde det var mulig at en bok kunne tale så direkte til meg. Winnicott formidler teori om komplekse, om enn hverdagslige, fenomener på en forståelig, nyansert og klinisk nær måte. Han skriver om hvordan barnet internaliserer tidlige relasjonserfaringer med omsorgspersonen, og om betydningen av dennes fysiske og emosjonelle grunnleggende ivaretagelse og spelende holdning. Han er opptatt av kvaliteten i tidlig samspill, barnets bruk av objekter og lek, og kulturens muligheter og begrensninger for å fremme utvikling av psykisk realitet. På en elegant måte viser han paralleller mellom viktige faktorer i barnets utvikling og i terapi, og hvordan terapi kan gi en ny mulighet for å utforske overgangen mellom den indre og den ytre verden. I terapi – som i lek – kan vi også utvikle forestillingsevne, kreativitet og en meningsfull opplevelse av å leve i verden.

*Line Indrevoll Stänicke utfordrer
Jan Hageselle til å ta stafettpippen videre.*

Vakkert om det sårbare

Sara Stridsberg har skrevet en annerledes bok om det gamle asylet. Det har blitt til en sjelden vakker og sår leseopplevelse hvor individet står i sentrum.

BECKOMBERGA er navnet på et av Europas største psykiatriske sykehus. Det ble tegnet av arkitekt Carl E. Westman, oppført utenfor Stockholm og tatt i bruk i årene 1932–1933. På det meste rommet det over 2000 pasienter. Stridsberg skriver dette om opprettelsen av asylet:

Byens syke skulle få et nytt hjem, endelig skulle noen ta hånd om disse ulykkelige som «var blitt rammet av sinnssykdom».....Det er lett å idealisere anstalten som det perfekte stedet som skal gjøre alt det vi mennesker ikke klarer å gjøre for hverandre. Samtidig er den skremmende siden den representerer det ufullkomne i oss: det mislykkede, svakheten, ensomheten.

Med noen få setninger setter Stridsberg ord på noe av det jeg har savnet i mye av det som er skrevet om de gamle asylene. Mange synes å ha glemt den humanistiske ideen som tross alt lå bak, ja det kan virke som at mange vegrer seg for tanken på at noen faktisk kunne ha det bedre innenfor asylets beskyttende vegger, enn i verden utenfor. Dette er en roman langt borte fra de vanlige svart-hvitt-beskrivelsene av asylet, hinsides det medisinske diagnosespråket, og ubesmittet av «oss» og «dem»- dikotomien som er så vanlig i skildringer av psykisk lidelse og annerledeshet.

Stridsberg vet hva hun skriver om. Hennes far, som i romanen heter Jim, var i en periode

innlagt på Beckomberga. Romanen bygger således delvis på egne erfaringer. Jackie, som er farens tenåringsdatter og den sentrale fortellestemmen i boken, tilbringer mye av sin tid på asylet sammen med ham og de andre pasientene.

Det er ingen klare grenser i romanen mellom normalitet og galskap, mellom pasienter og behandlere, mellom verden utenfor asylet og livet innenfor. Overlegen Edvard Winterson tar med seg Jim i den sølvfargede Mercedesen sin til nattlige fester på Östermalm. De er forelsket i samme kvinne, som også er pasient og bærer navnet Sabrina, og de har lange samtaler som handler like mye om Edwards liv som Jims. Den svært unge Jackie innleder et forhold til Paul, en av farens medpasienter med en svært dystert bakgrunn. Enkelte steder forlater vi «jeg»-perspektivet og får innblikk i samtaler mellom pasient og behandler, Jim og hans sykehusvenner, korte historiske beskrivelser knyttet til asylet og forfatterens refleksjoner over nedbyggingen av de store institusjonene.

IKKE ROMANTISERING

Jeg tilbrakte på slutten av 70-tallet mange dager og netter som ekstravakt ved Sandviken sykehus i Bergen. Siden har jeg lært ulike psykiatriske sykehus å kjenne som psykolog. Jeg har også besøkt og lest en del historisk materiale om de gamle asylene og kjenner dem således på godt og vondt. Det er lett å bli romantise-



SARA STRIDSBERG,
Beckomberga. Ode til min familie. Oversatt av Monica Aasprong, Aschehoug forlag, 2015

ANMELDT AV

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

rende når man velger det perspektivet Sara Stridsberg gjør i denne boken. Når språket i lange passasjer i tillegg er blendende sårt og vakkert, med symbolfylte bilder og rørende enkeltscener, blir fallhøyden stor. Men for meg er boken ikke noen steder i nærheten av å lide samme skjebne som Jim forteller om på datterens spørsmål om hvordan han er syk: «Vingene mine er blitt for store, jeg kan ikke fly lenger.» Stridsberg flyr vakkert og sikkert på sin ferd gjennom asyllets korridorer og menneskesinnets irrganger. Hun når i alle fall frem til denne leseren med sin historie.

Det figurerer flere virkelige personer og hendelser i boken, noe som er med på å viske ut skillet mellom «oss» og «dem». Statsminister Olof Palme kjørte i lange perioder hver morgen innom Beckomberga for å besøke sin mor, som var innlagt der. En av de fiktive pasientene, Olof (jo da, samme fornavn som Palme), som har vært på asyltet det meste av sitt voksne liv, har sett ham flere ganger, men har konkludert med at han må ha hallusinert. Når han ved sykehusets nedleggelse skal skrives ut, setter han likevel sin lit til Olof Palme, bare for å få høre at Palme ble myrdet for ti år siden. Det er mange navn i boken som man kan lure på om er tilfeldige eller ikke. Jeg har nevnt Sabina, som selvsagt får meg til å tenke på Sabina Spielrein og hennes forhold til Carl Gustav Jung og Sigmund Freud. Stridsberg kjente til historien og fortalte i en samtale jeg hadde med henne i forbindelse med et TV-opptak, at hun ikke har brukt navnet bevisst. Betegnelsen «6. avdeling» som fremkommer i romanen, er derimot et hint til Tsjekhovs novelle med samme navn. Jackie omtaler også konsekvent sin mor som Lone og sin far som Jim. Jeg lurte på om dette var i den hensikt å løfte frem de levde livene bak, at bruk av egenavn løfter frem individet mer enn ord som «mor» og «far», som jo bare er roller vi kan ha. Stridsberg sa at det ikke var tenkt slik, hun var bare ikke vant til å omtale sine foreldre som mor eller far. Det ville falt henne unaturlig å skrive det.

VEIEN VIDERE

Hvordan det går med Jackie, faren og de andre pasientene på Beckomberga, får leseren selv finne ut av. Men én ting kan jeg røpe: Boken starter med beskrivelsen av hvordan en av pasientene ved sykehuset kaster seg ut fra radiomast ved Spånga stasjon sen vinteren 1995. Det kan jo også oppfattes som et budskap. Det er samme år som sykehuset ble nedlagt. På slutten av boken sier Jackie, som pleide å betrakte Jim og Lone om morgenen mens de sov:

Jeg tenkte at blikket mitt ville være i stand til å holde dem fast i lyset for alltid, jeg har alltid innbilt meg at jeg eier en umenneskelig styrke, jeg vet ikke hvor den tanken kommer fra. Jeg har aldri reddet noen, aldri vært i nærheten av å redde noen.

For meg handler Sara Stridsberg sin bok om mye mer enn asyltet. Den handler om hva vi betyr for hverandre og i hvilken grad vi er i stand til å hjelpe hverandre. Og den handler om ensomheten – om kampen for å beskytte seg mot stupet inni seg, som Jim sier til sin datter. Selv gir han tidvis opp. Jeg synes Monica Aasprong i sin norske oversettelse har klart å formidle det finstemte språket som er i den svenske originalutgaven. Sara Stridsberg har skrevet en vakker bok fylt av hjertevarme, toleranse og humanisme, og med en vilje til å se mennesket i sin storhet og tilgi det sin ynkelighet. Det holder lenge for meg. ✕

Ferskvare



Borgeren i sentrum

Psykisk helse, nye arenaer, aktører og tilnærminger av Dagfinn Ulland, Anne Brita Thorød og Erna Ulland (red.) er utgitt

på Universitetsforlaget og presenterer ny metodikk i klinisk praksis. Hvordan kan vi ta vare på hverandre og gjøre hverandre gode slik at færrest mulig av oss ender opp som brukere av psykiske helsetjenester? Universell utforming, tilgjengelighet og tilrettelegging er utgangspunktet, ikke sykdom, lidelse eller behandling. Boka tematiserer også hvordan man nærmer seg uro, kriser og lidelse.



Sinnsro i hagen

En annerledes bok for hageelskere og for dem er opptatt av å finne harmoni i seg selv og med naturen, skriver Arneberg forlag om Grethe Nordhelles bok *Hagepsykologi. Naturens harmoniserende kraft*. Nordhelle viser parallellene mellom planters og menneskers utviklingsprosess, og hvordan hagen kan brukes som supplement til det terapeutiske arbeidet. Hun ønsker også å inspirere leseren til å gjøre sin egen hage til sitt miniparadis, eller mer generelt, til å leve mer i pakt med naturen.

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 Psykolog-tidsskriftet:
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@psykolog-tidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

JUNI

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
Påmelding til 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 og utdanning

Workshop: Acceptance and Commitment Therapy: Head, Heart, and Hands

Oslo, 7.–8. september 2015
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

OKTOBER

Hvordan skrive journal?

Oslo, 8. oktober 2015
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

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



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 15.–17. september 2015
Trinn 2 Oslo 9.–11. desember 2015
Trinn 1 Oslo 11.–13. januar 2016

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

PSYKOLOG SØKER VIKARIAT I AVTALEPRAKSIS

Alt fra 20 til 100 prosent stilling er aktuelt.
Henvendelse til Kristin Høstmark, Jacob
Neumanns vei 39, 1384 Asker, tlf. **907 65 990**.

LEDIGE LOKALER VED STILLATORGET/FRYSJA, OSLO.

Ledige lokaler til leie i medisinsk tverrfaglig klinikk. Mulighet for samarbeid med erfaren psykolog. Lyse trivelige lokaler. Kom på visning!
Adresse Kjelsåsveien 160, 5. etg.
Kontakt Mona Melsom på tlf. **22 02 81 81** eller e-post monamelsom@hotmail.com

OSLO. LOKALER LEDIG HOS BRYNSENGLEGENE

Veldrevet fastlegesenter rett ved Brynseng T-banestasjon med 5 leger, hyggelig arbeidsmiljø. I forbindelse utvidelse av våre lokaler har vi to ledige kontorer for psykolog. Felles venterom, pauserom og kantine. Kontakt thomas.tonseth@brynsenglegene.no, tlf. **22 72 78 50/906 62 509**.

Introduksjonskurs i R-PAS: Rorschach Performance Assessment System



Kurset retter seg mot psykologer med eller uten tidligere erfaring med Rorschach-metoden. Kurset er godkjent av NPF som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet, 53 timer

Sted og dato: Lillestrøm, 21.-23. oktober 2015, 4.-5. februar 2016 og 14.-15. april 2016

Kursholdere: Cato Grønnerød og Harald Janson

Informasjon og påmelding: norof.weebly.com

NoRoF Den norske Rorschach-forening

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

Det aller siste Cuenca-seminaret

«Dynamiske og relasjonelle
perspektiver på psykoterapi»

Tilknytning, skjulte traumer, medfølelse
og våre indre emosjonelle krefter.

**Parador de Cuenca, Castilla La Mancha,
Spania 20.9 – 25.9 2015**

Foredragsholdere:

- **Dr. Jessica Broitman, psykoanalytiker (USA), tidligere President SFPRG**
- **Psykologspesialist Wenche Fjeldstad**
- **Professor, Dr. Psychol. Per-Einar Binder, Psykologspesialist**
- **Leg. Psykolog Tor Wennerberg, forfatter (SVERIGE)**
- **Psykologspesialist Hans Peter Broch, psykoanalytiker**
- **Psykologspesialist Tor Sletten, Bodydynamic Analytiker**

Grunnpris: kr 16 500,- (seminaravgift, hotell med halvpensjon og transport Madrid-Cuenca).

Bindende påmelding ved innbetaling av kr 5 000,- til Almagroforeningen, boks 818, 5807 Bergen, konto 5082 06 97348. Restbeløpet innbetales innen **1. august 2015**. Påmeldingsfrist 30. juni 2015. Påmeldingen meldes også over e-post: almagroforeningen@gmail.com

Informasjon: www.almagroforeningen.no eller Tor Sletten, tlf. 0034635157267

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

Toårig fordypningsprogram til spesialiteten i familiepsykologi

Starter januar 2016

Utdanningen er godkjent som fordypningsprogram for spesialiteten i familiepsykologi. Programmet går over fire semestre og omfatter 8 kurs (16 dager) og 128 timer gruppeveiledning, samt egenstyrte arbeidsgrupper (8 timer per semester). Første samling er 28. og 29. januar 2016.

Sentrale temaer er familierapi, familien som ressurs og verdisetter, overgangskriser gjennom livsløpet og ekstraordinære kriser. Et mål er å gi kompetanse i relasjonstenkning, med vekt på hvordan vår måte å tenke, føle og handle på kan forstås i lys av de samspill vi inngår i med andre. Utdanningen er særlig aktuell for psykologer på familiekontor, i førstelinjetjenesten og i psykisk helsevern for barn og unge, ungdomsteam og barnevern. Den kan også bidra med verdifulle perspektiver og kliniske arbeidsmåter innenfor psykisk helsevern for voksne, PP-tjenesten og organisasjonspsykologi.

Aktuelle kurstema:

- Familierapeutiske forståelseskart, terapeutisk stil og handlemåter i samtalen
- Barnesentrert familierapi
- Triangulerte samtaler med barn
- Familieorientert arbeid med utagerende og deprimerte ungdommer
- Løsningsorienterte tilnærminger
- Narrative tilnærminger
- Familiekriser og ekstraordinære kriser
- Parterapi
- Familieviolens – problemstillinger og tilnæringsmåter
- Etnisitetperspektivet i arbeid med familier
- Konfliktarbeid i familier og større systemer

Aktuelle forelesere:

Per Eriksen, Odd Arne Tjersland, Haldor Øvreeide, Kirsti Haaland, Gro Johnsrud Langslet, Aina Frydenlund, Nina Lang, Grete Lilledalen, Dimitrij Samoilow, Sissel Gran, Inger Johanne Storesund, Wenke Gulbrandsen, Trine Eikrem, Nora Sveaass, Egil Øritsland og Rolf Sundet. Med forbehold om endringer.

Kostnader:

Programavgiften er kr 10 000 per semester. Utgifter til veiledning i gruppe (kr 9 600 per semester) kommer i tillegg, samt utgifter til reise og opphold. Merk at første og siste samling holdes utenfor Oslo. Med forbehold om endringer.



Frist for påmelding er **1. oktober 2015**
Påmeldingsskjema finnes på IAP hjemmeside
<http://www.iapnett.no>

Spørsmål kan rettes til Anneli Otnes
e-post anneli.otnes@gmail.com
tlf. 995 85 767

Kurs i mentaliseringsbasert terapi for ungdom (MBT-A)

Hotell Bristol, Haakon-salen

Oslo, fredag 28. august 2015 kl. 10.00–16.00

Pris: kr 1000,-



Personlighetsproblemer hos barn og ungdom har fått mer oppmerksomhet de siste årene, og med god grunn.

Trudie Rossouw ved Anna

Freud Centre i London (bildet) har forsket på behandlingsmetoden MBT-A. Resultatene viser signifikant reduksjon i blant annet selvskading og depresjon og distansering i nære relasjoner. Den 28. august holder hun dagskurs i Oslo.

Målgruppen for seminaret er alle ansatte i BUPer, barneverninstitusjoner og spesialisthelsetjenesten som behandler ungdommer i alderen 13–25 år.

Les mer og meld deg på:

www.personlighetspsykiatri.no

Kurset arrangeres av *Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP), Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus*



Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon

NIKUT (Norsk Institutt for Kunst- og Uttrykksterapi / Norwegian Institute of Expressive Arts Therapy)
TERAPI ♦ PEDAGOGIKK ♦ INTERMODAL PSYKODRAMA

I 2016 starter videreutdanning i Kunst- og Uttrykksterapi (60 stp.) ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold i Drammen

Det er obligatorisk med forkurs for å kunne søke videreutdanningen. Gjennom tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst- og uttrykksmetoder med utgangspunkt i bevegelse og tilstedeværelse.

Forkurs 29.–31. oktober 2015

ved Melinda Meyer; PhD, EXA, Psyk. pl., og Torill Johnsen; MA i Psykisk helse og EXA.

Tema: Hvordan kan du gjennom kunst og uttrykk transformere uro og depresjon til kraft og kreativitet?

Pris forkurs: 2950 NOK.

Kontakt/påmeldelse: Tlf: +47 90070078/

@:nikut@online.no / web: **www.nikut.no**

Sted: Høgskolen i Buskerud og Vestfold, avdeling Drammen.

Det er også mulighet for 3 ukers kurs i kunst- og uttrykksterapi ved The European Graduate School i Sveits 12.6–4.7. 2015.

Se: <http://expressivearts.egs.edu/cas-expressive-arts-digital-arts-and-media>

Neste utgivelse er **1. juli**, frist for å bestille annonse til juli-utgaven er **torsdag 18. juni**

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

Toårig fordypningsprogram til spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi

Starter våren 2016

Utdanningen er godkjent av Norsk psykologforening som fordypningsprogram for spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi. Programmet går over fire semestre og omfatter 8 samlinger à to dager, 96 timer gruppeveiledning, samt selvstyrte arbeidsgrupper (8 timer per semester). Første samling er i januar 2016.

Se www.iapnett.no for en beskrivelse av programmet.

Aktuelle forelesere / veiledere:

Haldor Øvreeide, Svein Mossige, Philip Kendall, Kirsti R. Haaland, Tine K. Jensen, Mette Bengtson, Ane Heiberg Simonsen, Bernadette Christensen, Dagfinn Mørkrid Thøgersen, Odd Arne Tjersland, Per Eriksen, Anne-Beth Grøndahl, Hanne Netland Simonsen, Vibeke Silseth og Anne Lothe Brunstad.

Veiledning:

Veiledning med psykologspesialist 24 timer per semester i grupper på fire inngår i programmet. Veiledningen foregår i Oslo, men det kan opprettes lokale grupper, hvis det er nok deltakere til å danne gruppe og det er praktisk mulig. Det forutsettes også deltakelse i de selvstyrte veiledningsgruppene.

Kostnader:

Programavgiften er kr 10 000 per semester. Utgifter til veiledning i gruppe (kr 7 200 per semester) kommer i tillegg, samt utgifter til reise og opphold. Merk at andre og siste samling holdes utenfor Oslo. Med forbehold om endringer.

Forutsetning for deltakelse er at psykologen er i klinisk praksis, hovedsakelig med barn og/eller ungdom. Videre at veiledning i gruppe lar seg ordne praktisk.



Frist for påmelding er **1. september 2015**
Påmeldingsskjema finnes på IAP hjemmeside
<http://www.iapnett.no>

Spørsmål kan rettes til Anneli Otnes
e-post anneli.otnes@gmail.com
tlf. 995 85 767



Hvordan skrive journal?

Journalkurs for psykologer i psykisk helsearbeid

Tilsynsrapporter viser at psykologer kan bli bedre når det gjelder journalføring, derfor arrangerer Norsk psykologforening et dagskurs i journalføring.

Målet med kurset er å fremheve grunnprinsippene for journalføring etter gode faglige og juridiske prinsipper. Det vil bli gitt eksempler som skal belyse prinsippene for faglige vurderinger, og det vil være mindre rom for dyptgående diskusjoner om faglig skjønn.

Første delen av dagen vil være en generell innføring i lovverk og myndighetskrav: Hvilket lovverk er det som gjelder? Hva sier tilsynsrapportene om journalføringen? Hva slags mangler og feil utpeker seg? Etter lunsj blir det workshops for arbeidsfeltene psykisk helse for voksne og for barn og unge. Jurist fra Fylkesmannens helseavdeling vil være med hele dagen.

Program

Kl 0900–1130 Innledning v/Christian Zimmermann, advokat i Psykologforeningen og Ingvild Aubert, seksjonssjef hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Kl 1130–1230 Lunsj

Kl 1230–1615 Parallelle workshops i journalføring innen:

1. Psykisk helse for voksne v/Aina Fraas-Johansen, psykologspesialist og spesialrådgiver i Psykologforeningen og Kirsti Sunde Hansen, psykologspesialist og psykologfaglig rådgiver, Lovisenberg sykehus
2. Psykisk helse for barn og unge v/Andreas Høstmælingen, psykologspesialist og fagsjef hos Psykologforeningen og Trine Nebell, psykologspesialist i barne- og ungdomspsykologi og nevropsykologi, enhetsleder ungdomspsykiatrisk akuttavdeling, OUS

Kl 1615–1630 Pause

Kl 1630–1700 Avslutning v/advokat Christian Zimmermann

Det tas forbehold om endringer i programmet. Kursets utbytte skal være at man vet hvordan man sikrer faglig forsvarlig journalføring. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 8 timer.

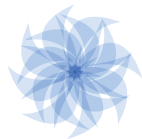
Sted og dato: Oslo, 8. oktober 2015

Avmeldingsfrist: 3. september 2015

Medlemspris: kr 3 250

Kursnr.: 118-15

Påmelding via www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



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



Workshop: Acceptance and Commitment Therapy: Head, Heart, and Hands

Steven C. Hayes, Ph.D.

Steve is Nevada Foundation Professor at the Department of Psychology at the University of Nevada. An author of 37 books and 535 scientific articles, his career has focused on an analysis of the nature of human language and cognition and the application of this to the understanding and alleviation of human suffering. He has been listed as one of the "highest impact" psychologist in the world.

Acceptance and Commitment Therapy is more than a transdiagnostic and evidence-based intervention method. ACT is part of an effort to establish a contextualistic alternative that changes how the biobehavioral sciences relate to each other, and to applied work. ACT is linked to a new basic science of cognition, and a new way to carry evolution science into the practical areas. All of that is the "head" of ACT and its related areas.

This two-day workshop is unusual in that it is designed to address all three areas of work in ACT. The first day will explore the head and heart. It will help attendees see why the scientific and practical knowledge development strategy being applied to ACT, what is call "contextual behavioral science," matters to psychology and to the behavioral sciences more generally. It will explore the theory of language and of human consciousness, that vitalizes ACT itself. Far from a dry intellectual exercise, an attempt will be made to link these issues to personal and social growth and transformation. Day two will be especially focused on the hands of the work, for both beginners and intermediates alike. We will explore a workable set of skills and will leave time for some practice in their applications. Attendees will leave with a sense of what ACT work is about in a larger sense and how to begin to carry it forward – at the level of head, heart, and hands.

The workshop is open for psychologists and health personnel.

Teaching method: Lecture, small group interaction, demonstration, practice with feedback.

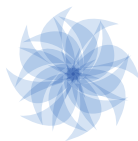
Sted og dato: Hotel Bristol, Oslo, 7.–8. september 2015

Avmeldingsfrist: 13. juli 2015

Deltakeravgift: kr 6 500

Kursnr.: 927-15

For mer informasjon og påmelding se [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs_og_utdanning)



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

Haukeland universitetssjukehus, har nærare 12.000 tilsette som har som mål å gi best mogleg behandling og pleie til pasientane våre. Kwart år behandlar vi nesten 600.000 pasientar og bidreg i utdanninga av eit par tusen helsearbeidarar. Forsking er ei viktig oppgåve, og vi er blant dei fremste i landet innanfor dette feltet.

Kronstad distriktpsikiatriske senter (DPS) har ansvar for psykiatrisk utgreiing og behandling innan allmennpsykiatriske problemstillingar for bydelane Bergenhus, Årsta og Ytrebygda i Bergen kommune. Det er ca. 90 000 innbyggjarar over 18 år i området, og mange er studentar.

Divisjon psykisk helsevern, Kronstad DPS søker:

Seksjonsleiar Allmennpoliklinikk Årstad

Vi søker deg som er opptatt av fagleg leiing. Du er interessert i fagleg utvikling og vert motivert av å arbeide i eit miljø med høg kompetanse.

Det er 20 tilsette i poliklinikken og vi er organisert i 3 behandlarteam, leia av spesialistar. Det er viktig for deg at poliklinikken og Kronstad DPS sine ressursar blir forvalta til det beste for pasientane.

Gode pasientforløp er eit viktig satsingsområde, og som leiar ved Kronstad DPS blir du ein sentral samarbeidspartnar til Bergen kommune og andre einingar innan spesialisthelsetenesta.



Ref.nummer
2623932417

Søknadsfrist
4. august 2015

Kontaktinformasjon
Klinikkdirektør Randi-Luise Møgster, 913 42 978 / 559 56 000

Interessert?

For å lese meir og å søkje på stillinga sjå www.helse-bergen.no/JobbOgUtdanning



www.helse-bergen.no



Stilling som kommunepsykolog saksnr 14/185

Det er ledig fast 100 % stilling som kommunepsykolog i Giske kommune frå 01.09.15.

Kommunepsykologen skal bidra til å styrke det samla kommunale arbeidet innafor psykisk helse. I dette ligg førebygging, tidleg intervensjon og korttidsbehandling av psykiske helseproblem. Stillinga er knytt til helsestasjonen. Helsestasjonen er organisert i eining barn, familie og helse i lag med barnevern, PPT, legetenesta, psykisk helsearbeid, fysio- og ergoterapitenesta og tiltak for funksjonshemma.

Arbeids- og ansvarsområde:

- systemretta arbeid
- utgreiing og korttidsbehandling med fokus på lågterskeltilbod retta mot barn og unge
- samarbeid med spesialisthelsetenesta og andre kommunale tenester, barnehagar og skule
- rettleiing av foreldre
- tverrfagleg samarbeid
- medverke til kompetanseheving i tenestene

Vi ønskjer ein medarbeidar som er:

- autorisert psykolog
- kreativ og engasjert fagperson som tek initiativ og ansvar
- effektivt og målretta, og kan arbeide både sjølvstendig og i team
- god på kommunikasjon og samarbeid

I tillegg til formell utdanning og praksis, blir det lagt vekt på personlege eigenskapar og at ein er skikka for stillinga.

Vi kan tilby:

Tilsetjing på vanlege kommunale vilkår. Løn etter avtale. Kommunen vil leggje til rette for at den som blir tilsett kan ta vidareutdanning samt yte tilskot til utgifter.

Den som bli tilsett må ha sertifikat og kunne disponere eigen bil. Det vert sett fram krav om politiattest.

For nærmare opplysingar om stillinga, ta kontakt med: einingsleiar Hildegunn Nesse Roald, tlf. 70 18 80 00 / e-post hiro@giske.kommune.no eller teamleiar Johanne Røsvik Synnes, tlf. 70 18 81 25 / e-post jors@giske.kommune.no.

Søknad skal sendast elektronisk via vårt digitale søknadssenter på Giske kommune si heimeside: <https://www.giske.kommune.no>.

Søknadsfrist: 22.06.2015

Store oppgaver i Små Enheter.

**Vi søker *inspirert og erfaren*
klinisk psykolog til vår organisasjon.**

Du arbeider i vårt lederteam. Lederteamet består av daglig leder, faglig leder, barnevernfaglig koordinator og spesialist i psykiatri.

Vi driver 7 enheter med 6 til 9 medarbeidere i hvert hus. I hver av enhetene bor det 3 ungdommer som mottar langsiktig miljøterapeutisk behandling. Mer enn 80 % av miljøpersonalet har godkjent fagutdanning i henhold til krav fra Bufetat, og alle jobber i medlevertturnus. Plasseringer av ungdom foregår i henhold til lov om barneverntjenester, med problemstillinger som strekker seg langt inn i det barne- og ungdomspsykiatriske feltet.

Du har allerede god kunnskap og erfaring fra miljøterapeutisk praksis, teori og metode. Du er genuint opptatt av våre klienters hverdag, deres opplevde liv og du mener du har egenskaper og kunnskaper som kan bidra til positiv endring i ungdommens liv. Du ønsker å bidra til å skape et godt terapeutisk miljø der personlig involvering, omsorg og behandling er drivkraften til den enkelte medarbeider og leder. Du ønsker å arbeide både direkte og gjennom andre med våre klienter og deres utfordringer.

Vi vet at dine arbeidsoppgaver er varierte og strekker seg over områder som deltakelse i anbudsutforming, medansvar for opplæring og veiledning, kartlegging og HMS, gjennomføring av analyser av korrekt bemanning og tiltak i forbindelse med våre klienters livsproblematikk. Vi vet også at dine arbeidsoppgaver er av utadrettet karakter i kontakt med vår etat, så vel som med våre samarbeidspartnere i barne- og ungdomspsykiatrien, skolen og familien.

Du er fleksibel og håndterer godt uforutsigbare arbeidsdager. Arbeid på kvelder og i helger vil kunne forekomme da våre enheter har full drift døgnet rundt.

Vi forutsetter at du har god skriftlig formidlingsevne og god muntlig fremstillingsevne, har gode analytiske evner, ser nytte av en eklektisk og helhetlig tilnærming til komplekse utfordringer, blant annet innenfor mentaliseringsbasert miljøterapi og økologisk teori og praksis.

Du er like opptatt som oss av at våre oppdragsgivere opplever oss som en samarbeidspartner med høy kompetanse innenfor vårt segment, og at den tillit som gis forvaltes på en god måte.

Vi er en ledergruppe med stort engasjement for våre ungdommer, tonen skifter tidvis raskt mellom humor og alvor og alle bidrar med sin kunnskap og erfaring over et bredt felt.

Du har godt humør, ambisjoner og arbeidsglede og passer godt inn i et miljø der selvhøytidelighet ikke er fremtredende.

Ble du nysgjerrig på oss og er klar for et dedikert kollegium skal du ta kontakt med:

Dag Skådinn - dag@behandlingscenteret.no / 930 33 419

Joacim Solum - joacim.solum@behandlingscenteret.no / 930 21 825

behandlingscenteret.no



Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 477 000 mennesker i 26 kommuner.

PSYKOLOGSPESIALIST

BUPA Bærum BUP

Referansnr. 2628781687 Søknadsfrist: 12.06.2015

Bærum BUP har ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist med godkjent spesialitet i barne- og ungdomspsykologi. Stillingen er ledig fra 01.08.2015. For tiden er stillingen knyttet til et av generalistteamene ved Bærum BUP.

BUPA, med ca. 320 stillinger (inkludert 30 legestillinger og 90 psykologstillinger), er organisert som egen avdeling i Klinik for psykisk helse og rus.

Bærum BUP er en av 5 poliklinikker i avdelingen. Vi har ca 40 fagstillinger fordelt på 5 team; 3 generalistteam, et sped- og småbarnsteam og et nevroteam. Bærum BUP er også tillagt områdefunksjon for behandling av OCD fra 2014. Poliklinikken betjener ca 30.000 barn og unge i opptaksområdet. Det er utstrakt samarbeid med 1.linjetjenesten, øvrige enheter i BUPA og barneavdelingen.

Arbeidsoppgaver

- Utredning og behandling av alle barnepsykiatriske tilstander for barn og unge
- Utstrakt samarbeid med barnas foreldre og nære omsorgsgivere
- Samarbeid med kommunale og andre aktuelle instanser
- Inngå i tverrfaglig team ved poliklinikken og samarbeide med øvrige medarbeidere i egne og hverandres saker
- Veiledning og opplæring internt og eksternt

Kvalifikasjoner

- Psykolog med godkjent spesialitet i barne- og ungdomspsykologi
- Bred og grundig erfaring fra arbeid med barn og unges psykiske helse

Utdanningsretning

- Psykologi
- Utdanningstittel: Psykologspesialist med godkjent spesialitet i barne- og ungdomspsykologi

Utdanningsnivå

- Høyskole / Universitet, Hovedfag / Mastergrad

Personlige egenskaper

- Personlig egnethet for stillingen vektlegges
- Selvstendighet og god evne til struktur og egen organisering
- Gode samarbeidsevner

Språk Norsk

Vi tilbyr

- Trivelig arbeidsmiljø med gode og erfarne kollegaer
- En poliklinikk som er opptatt av god og virksom pasientbehandling, faglig utvikling og klinikknær forskning
- Godt samarbeid med Bærum kommunes mange tjenester for barn og unge

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til seksjonsleder Kristin Sørbrøden Breda, tlf. 469 36 842.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Pioner i kompetanse og omsorg

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,8 mrd.kr. og ca. 1320 årsverk. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF og er lokalsykehus for 176 000 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-kommersielt formål. Se www.LDS.no.

Lovisenberg DPS

Spesialist i nevropsykologi

Vi søker etter to psykologspesialister i nevropsykologi i 100 % fast stilling som vil være med å utforme, igangsette og drive Nevropsykologisk poliklinikk.

Målgruppen er pasienter som er i behov av nevropsykologisk utredninger for diagnostiske avklaringer og hvor funksjonsnivå er viktig for videre behandlingplanlegging. Vi ser et behov for spisskompetanse for å kunne kartlegge psykisk utviklingshemming, sjeldne sykdommer, progredierende sykdommer med mer.

Arbeidsoppgaver

- Utredning og diagnostisering i et tverrfaglig pasientforløp
- Veiledning og tiltak til pasienter/ familier og eksterne samarbeidspartnere
- Veiledning og kompetanseoverføring til andre behandlere ved DPS
- Styrke nevropsykologisk fagkompetanse ved LDS
- Bidra til oppstart og etablering av et nytt fagtilbud
- Delta på behandlingsmøter i de ulike seksjonene ved behov
- Undervisning

Kvalifikasjoner

- Spesialist i nevropsykologi
- Faglig engasjert
- Høy arbeidskapasitet
- Vilje og interesse for målrettet tverrfaglig samarbeid
- Personlig egnethet og gode samarbeidsevner
- Fleksibel tilnærming til arbeidshverdagen og oppgaver

Vi tilbyr

- Spennende faglige utfordringer i et solid tverrfaglig miljø
- Gode muligheter for fagutvikling
- For psykologspesialister: 4 mnd. utdanningspermisjon etter 5 års opptjeningstid
- Tilrettelegging for spesialisering og vedlikehold av spesialitet

Kontaktperson: Kirsti Sunde Hansen, tlf: 41 47 23 04

Søk via www.LDS.no innen 14.06.2015

Referansenummer: 2015-055

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.





Vi tror på muligheter

Kristiansand kommune er en moderne og fremtidsrettet arbeidsplass. Vårt fokus er fornyelse, brukerorientering og kvalitet i tjenestene. Vi jobber for at du som medarbeider får brukt din kompetanse og opplever glede og arbeidslyst. Kommunen er Sørlandets største arbeidsgiver med over 6 000 ansatte. Vi er en allsidig organisasjon som tilbyr utfordrende oppgaver, et godt arbeidsmiljø og attraktive velferdsordninger. Alle kvalifiserte oppfordres til å søke. Les mer på www.kristiansand.kommune.no og www.kristiansand.no.

Psykolog/psykologspesialist i 100 % stilling

Helse- og sosialsektoren i Kr. Sand kommune er i endring og Virksomhet Oppfølgingstjenester ønsker nå å tilsette psykolog/psykologspesialist. Det er behov for psykologfaglig kompetanse i den videre utvikling og utførelse av tjenester til mennesker med psykisk helse, rus og sosiale utfordringer.

Det er ønskelig at psykologen kan bidra med klinisk kompetanse som vurderings- og kartleggingskompetanse. Psykologen er ikke tiltenkt egen brukerportefølje, men vil kunne trekkes kortvarig inn i enkelte forløp ved behov. Veiledning i et tverrfaglig fagmiljø vil også være en sentral del av stillingen.

Det er samtidig et behov for psykologkompetanse i den videre utvikling av tjenesten og de kliniske tilbud. Psykologkompetansen ses på som sentral i dette arbeidet.

Stillingen er organisatorisk forankret i virksomhet oppfølgingstjenester innen tjenesteområdet rus og psykisk helse.

Tjenesteområdet oppfølging består i dag av 4 bydelsorganiserte team og har ansvar for den ordinære dagoppfølging av brukere med psykisk helse og rusutfordringer. Tjenesteområdet ledes av tjenesteleder.

Stillingen er fast.

Kun elektroniske søknader vil bli behandlet.

Arbeidsoppgaver

- Klinisk arbeid inkludert vurdering, kartlegging og veiledning
- Fagutvikling og kompetanseutvikling i tjenesten inkludert undervisning, veiledning og tjenesteutvikling
- Andre arbeidsoppgaver vil kunne bli lagt til stillingen

Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjenning/autorisasjon som psykolog eller psykologspesialist
- Bred klinisk erfaring, herunder erfaring fra spesialisthelsetjenesten

Utdanningsretning

- Psykologi / Filosofi / Sosiologi

Utdanningsnivå

- Høyskole/universitet, mastergrad

Personlige egenskaper

- Må være systematisk og beslutningsdyktig
- Ha evne til å arbeide i team
- Må være fleksibel
- Det legges stor vekt på personlig egnethet

Vi tilbyr

- Faglig utfordrende og spennende arbeidsoppgaver i en sektor i endring
- Teamarbeid
- Mulighet for faglig utvikling
- Lønn etter utdanning og erfaring

Andre opplysninger

- Reisevirksomhet: Noe reisevirksomhet må påregnes

Kontaktinformasjon: Kenneth Haugjord, psykolog/rådgiver, telefon 901 44 059 eller Hildegunn Haugum, tjenesteleder, telefon 915 16 762

Fullstendig utlysningstekst på <http://www.kristiansand.kommune.no/>

Søknadsfrist: 12. juni 2015



Sula kommune har over 8000 innbyggjarar og ligg sentralt til på Sunnmøre med Ålesund som næraste nabo. Kommunen har eit rikt kulturliv og har gode høve til å dyrke friluftsliv.

Stilling med saksnr. 15/549

Ledig 100 % fast stilling som Kommunepsykolog frå 01.09.2015

Arbeidsstad:

Helseavdelinga

Arbeidsoppgåver:

Psykologstillinga vil organisatorisk vere knytt til Helseavdelinga og vil, saman med psykiatriteamet i kommunen, utgjere kommunen sitt kompetanse-miljø innan psykisk helsearbeid.

Vi ønskjer ein psykolog som deltek i

- helsefremjande og førebyggjande arbeid
 - tett tverrfagleg integrert samarbeid
 - rettleiing til ulike profesjonsgrupper i kommunen
 - system- og utviklingsarbeid
 - klinisk arbeid; individ og grupper, ulike alderssteg
- slik at stillinga bidrar til å styrke tidleg innsats for god psykisk helse i kommunen, samt gir eit betre og meir heilskapleg tilbod til personar/familiar i risiko for å slite, eller som slit, psykisk.

Dette ønskjer vi å få til gjennom tiltak som er retta mot samfunnet og mot enkelt individ og grupper.

Kvalifikasjonar for stillinga:

- Offentleg godkjent psykolog
 - Engasjement for tidleg innsats og tverrfaglig samarbeid
 - Relevant jobberfaring
 - Gode samarbeidsevne, og evne til å jobbe sjølvstendig
 - Gode norskkunnskapar både skriftlig og muntlig
- I tillegg til formell utdanning og praksis, blir det lagt vekt på personlege eigenskapar og at ein er skikka for stillinga.

Lønsvilkår: Løn etter avtale. Tilsetjing på vanlege kommunale vilkår. Frå løna vert trekt 2 % innskot til pensjonsordning.

Nærare opplysningar om stillinga får ein ved å kontakte: Grethe Elise Gjærvad Øen, tlf. 70 19 91 60 eller e-post grethe.oen@sula.kommune.no eller ved å gå inn på <http://www.sula.kommune.no>.

Søkjjarar må nytte vårt digitale søknadssenter **<https://e-skjema.no/Sula/>**

Attestar og vitnemål skal leverast først ved eit eventuelt intervju.

SØKNADSRIST: 22.06.2015



Psykolog

NAV Arbeidsrådgivning Finnmark har ledig en fast 100 % stilling som psykolog.

Kvalifikasjoner: Godkjenning som norsk psykolog. Gode evner og interesse for å drive veiledning, rådgivning og opplæring

Arbeidssted: NAV Arbeidsrådgivning - Vadsø

Ref.nr. 2000-2015-10

Søknadsfrist: 30. juni 2015

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

NAV er Norges arbeids- og velferdsforvaltning med 19 000 medarbeidere. Vi leverer tjenester og stønader til 2,8 millioner mennesker. Gjennom vår innsats skal flere få mulighet til å være i arbeid, delta i samfunnet og være sikret inntekt. Vi ser etter deg med pågangsmot og engasjement, og som ønsker å gjøre en forskjell.

MODUMBAD

- en kilde til liv



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

Fagkoordinator

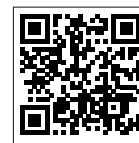
Ved Modum Bads Senter for familie og samliv blir det ledig en 100 % fast stilling som fagkoordinator. Tiltredelse snarest.

Kontaktperson:

Avdelingsleder Bente Barstad på tlf.: 32 74 97 00.

Søk elektronisk via www.modum-bad.no.

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 11. juni 2015

www.modum-bad.no



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

Alternativ til Vold Drammen

Vi søker nå:

1 psykolog/psykologspesialist i 100 % engasjement fra 1.9.15–1.9.16

ATV Drammen gir et spesialisert behandlingstilbud til personer som utøver vold i nære relasjoner, samt ungdom med volds- og aggresjonsproblemer i det offentlige rom. Behandlingen gis både individuelt og i grupper. Alle ansatte i behandlingsstillinger på ATV har også oppgaver knyttet til fagformidling og veiledningsoppdrag. Dette innebærer et tett samarbeid med kommunene i vårt nedslagsfelt Drammen, Lier, Øvre- og Nedre Eiker. ATV søker engasjerte medarbeidere som er motivert for kontinuerlig faglig oppdatering, og ønsker å delta i et spennende faglig fellesskap. Søkeren må ha et eksplisitt ønske om å lære mer om vold og behandling. Personlig egnethet vektlegges. Vi ønsker en person med gode samarbeidsevner og som ønsker å by på seg selv.

ATV Drammen ligger rett ved jernbanestasjonen, og er lett tilgjengelig dersom man pendler. 30 min. med tog fra Oslo. Det er 2 psykologer og 1 psykologspesialist ved kontoret. Vi tilbyr et stabilt og hyggelig miljø i nyoppussede lokaler.

Tiltredelse: ønskelig fra 1.9.15 eller etter avtale.

Søknadsfrist: 9. juni 2015

Søknader sendes på e-post til: Kine Blekkerud; **kine@atv-stiftelsen.no**, adresse: Alternativ til Vold, Lilletorget 1, 0184 Oslo.

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved ATV Drammen Hanne Eriksen, tlf. 469 31 453, e-post **hanne.eriksen@atv-stiftelsen.no**



Vilje
gir vekst

LEDIG STILLING FOR PSYKOLOG I TOO-TEAM

Søknadsfrist:

10.06.2015

Beskrivelse:

Tannhelse Rogaland har ledig 20 % stilling som psykolog, knyttet til prosjektet «Tortur-, overgrepsofre og personer med odontofobi». Helsedirektoratet bevilger midler for å gi et tilrettelagt tilbud til disse gruppene. Tilknyttet dette prosjektet er det opprettet tre behandler-team i Tannhelse Rogaland. Teamene består av psykolog, tannlege og tannhelsesekretær, hver i 20 % stilling. Det er behov for å styrke psykologressursen, samtidig som det ønskes etablert ytterligere et behandler-team i 2016.

Psykolog skal følge opp henviste pasienter, og videre veilede tannlege/tannhelsesekretær i behandling av tannbehandlingsrelaterte angstlidelser. Senter for odontofobi i Bergen, som innehar stor kompetanse på fagfeltet, vil bistå med opplæring. Stillingen er ledig fra 1. september 2015.

Avlønning:

Etter avtale

Stilling ved:

Stavanger tannklinikk, Arkitekt Eckhoffsgt. 1, 4010 Stavanger (kan bli endret)

Kontaktperson:

Magne Audun Kloster, telefon 970 36 862, e-post magne.audun.kloster@throg.no

Søk elektronisk via
www.tannhelserogaland.no



TANNHELSE
ROGALAND

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Salten distriktpsikiatriske senter

Psykologspesialist / psykolog

- 100 % vikariat fra 01.06.2015 til 20.06.2016.

Har du lyst til å bli en del av et spennende og utviklende fagmiljø?

Salten DPS har 2 allmennpsykiatriske døgnenheter med ulikt pasienttilfang. Denne stillingen er organisert i stab, med arbeidssted Enhet B. Enhet B er en 5-dagers åpen enhet med pasienter innenfor et bredt spekter av psykiske lidelser. Det er knyttet en tverrfaglig stab til hver enhet, bestående av leger, psykologer, konsulent/sosionom og fysioterapeut. Personalet er velkvalifisert og erfarent.

For nærmere opplysninger kontakt enhetsleder Mette Moe, tlf. 926 30 459 eller avdelingsleder Randi M. Meland, tlf. 906 23 383.

Søknadsfrist: 15. juni 2015

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no

 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDÁ SKIPPJÍVIÉSSO



- 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 - ABUP, Familieenheten

100 % st. fast for psykologspesialist/psykolog. Spesialister i klinisk pedagogikk kan også bli vurdert.

Stillingen er knyttet til Sped- og småbarnsteamet. Teamet gir spesialisthelsetjenestetilbud til gravide og sped- og småbarn alderen 0-5 år i nært samarbeid med familie og andre hjelpeinstanser.

Opplysninger: Odd Kenneth Hillesund, enhetsleder, tlf. 995 85 342 eller Berit Sverdrup Knudsen, teamleder, tlf. 38 17 74 00.

Søknadsfrist: 14.06.2015

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.

frantz.no

 **SØRLANDET SYKEHUS**

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Salten distriktpsikiatriske senter,
PHR, Ambulant akutteam

Psykologspesialist / psykolog

- 100 % fast stilling.

Det kliniske arbeidet vil bl.a. bestå av akuttvurderinger/ oppfølging av suicidalitet og alvorlig problematikk hos pasienter henvist fra lege i førstelinje i opptaksområdet.

Arbeidet består også av oppfølging av pasienter etter utskrivelse fra akuttavdelinger og av akutte vurderinger med behandling/oppfølging av pasienter fra somatisk sykehus.

For nærmere opplysninger kontakt enhetsleder Torunn H. Liland Blokhus, tlf. 911 50 221 eller avdelingsleder Randi M. Meland, tlf. 906 23 383.

Søknadsfrist: 15. juni 2015

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no

 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDÁ SKIPPJÍVIÉSSO



Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



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

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





Rygge kommune STILLING LEDIG

Vi har ledig stilling som:

PSYKOLOG/ PSYKOLOGSPESIALIST

på lavterskel i Rygge Familiesenter

Søknadsfrist 22.06.15

Full utlysningstekst på
www.rygge.kommune.no

- Telefon: 69 26 43 00

E-post: postmottak@rygge.kommune.no



Midtre Namdal samkommune

Midtre Namdal samkommune organiserer interkommunale tjenester for kommunene Fosnes, Namdalseid, Namsos og Overhalla. Midtre Namdal samkommune har ansvar for barnevern, skatteoppkrever, miljø og landbruk, utvikling, IKT, lønn og regnskap, sosiale tjenester i NAV, PPT, kommuneoverlege og legevakt.

Barnevernstjenesten er organisert med et hovedkontor i Namsos lokalisert i Familiens hus.

Vi har ledig stilling som:

Kommunepsykolog i 100 % fast stilling

Søknadsfrist: 21.06.15

Fullstendig utlysningstekst finner du under ledige stillinger på <http://www.midtre-namdal.no/>



Vestre Toten kommune
Trygghet – Trivsel – Utvikling



Østre Toten kommune
Nytenkning – Kvalitet – Respekt

2 x 100 % fast stilling kommunepsykolog

Østre og Vestre Toten kommune har opprettet psykologstilling i helse og omsorgstjenestene og samarbeider om rekruttering og etablering av den nye fagtjenesten. Vi søker kommunepsykologer som vil være med å styrke det samlede kommunale arbeidet på psykisk helse- og rusfeltet, herunder forebygging og tidlig intervensjon, samt behandling av psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer.

Arbeidsoppgaver

- Samtaler, kartlegging og behandling
- Rådgivning og veiledning av ansatte og pårørende/foresatte
- Gruppevirksomhet og undervisning
- Utviklingsarbeid i forhold til samhandling og tidlig intervensjon
- Forebyggende psykisk helsearbeid

Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent psykolog
- Evne til å jobbe selvstendig
- Utvikling- og nettverksorientert med gode samarbeidsevner
- Erfaring med barn og unges psykiske helseutfordringer

Egenskaper

- Fleksibel, selvstendig, strukturert og god arbeidskapasitet
- Inneha samhandlingskompetanse
- Ha gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- Personlig egnethet vektlegges og vil bli prioritert

Vi tilbyr

- Stillingsbrøk: 100 %
- Spennende arbeidsoppgaver og utviklingsmuligheter i et fagmiljø med dyktige og engasjerte medarbeidere
- Deltakelse i nettverkssamlinger og andre aktiviteter i regi av NAPHA (nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid)
- Fleksibel arbeidstidsordning og god pensjonsordning
- Lønn etter avtale

Utdanning

Høyskole/Universitet, Embetsstudiet

Søker må ha førerkort og disponere egen bil.

Politiattest må leveres før tilsetning.

Nærmere opplysning kan fås ved henvendelse til

enhetsleder i Østre Toten kommune

Bent Olav Engesveen, tlf. 61 14 17 35 / 936 00 603

eller helsesjef i Vestre Toten kommune

Bjørnar Eidsvik tlf. 61 15 39 45 / 941 61 355.

Søknadsfrist 15.06.2015

Helse Sør-Øst RHF

100 % avtalehjemmel for klinisk psykolog, med spesialitet innen barn og ungdom i Telemark

100 % avtalehjemmel for godkjent spesialist i klinisk psykologi, med spesialitet innen barn og ungdom er ledig for tiltredelse så raskt som mulig. Praksisen skal i sin helhet konsentreres rundt arbeid med barn og unge, og den skal lokaliseres til Skien eller Porsgrunn.

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

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

Søker må ha evne og vilje til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med øvrig primær- og spesialisthelsetjeneste, blant annet i forhold til prioritering av pasienter. Det forutsettes et tett samarbeid med ABUP i Telemark.

Søkerne vil bli vurdert ut i fra faglige kvalifikasjoner og erfaring, samarbeidsevner og personlig egnethet.

Det er ønskelig med bred erfaring i arbeid med barn og unge

Spørsmål om hjemmelen kan rettes til Helse Sør-Øst RHF, v/Marit Folkestad, Eksterne helsetjenester helst per e-post marit.folkestad@helse-sorost.no eller telefon 02411.

Søknadsfrist: 23. juni 2015.

Skriftlig søknad med relevante opplysninger/CV og

nødvendige godkjenninger sendes: **postboks@helse-sorost.no**

Vi ønsker ikke oversendt attester. Søknaden vil først bli realitetsbehandlet etter sommerferien.



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 omliggjande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelt i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

BUP poliklinikken Molde

Klinikk for barn og unge

Psykologspesialist/psykolog

100 % fast stilling. St. nr. 2015/1847.

Arbeidsoppgåver

- Arbeidsoppgåvene vil omhandle utgreiing, behandling, konsultasjon og samarbeid med andre instansar.
- Vi samarbeider i stor utstrekning med 1. linjetensta og reiser jamnt ut til kommunene.

Kontaktinformasjon:

Marianne Weltzien, seksjonsleiar, tlf. 71 12 16 30 eller Anne Meisal Nerbø, psykologspesialist, tlf. 71 12 16 30.

Søknadsfrist: 10. juni 2015

Søknad blir sendt elektronisk via 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 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 omliggjande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelt i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

DPS Kristiansund poliklinikk

Klinikk for psykisk helsevern - Avd. for DPS Nordmøre og Romsdal

Psykologspesialist/psykolog

Vi har ledig 2 faste stillingar i 100 % for psykologspesialistar/psykologar. St. nr.2015/2067.

Kontaktinformasjon:

Tor Nygaard, Seksjonsleiar, (+47) 99 16 76 50, tor.nygaard@helse-mr.no eller Anne Dorthea Holtan, Psykologspesialist og teamkoordinator, (+47) 71 12 33 35 anne.dorthea.holtan@helsemr.no

Søknadsfrist: 14. juni 2015

Søknad blir sendt elektronisk via 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 Sør-Øst RHF

7 100 % avtalehjemler for kliniske psykologer i Akershus

Det er ledig 7 100 % avtalehjemler for godkjent spesialist i klinisk psykologi for tiltredelse så raskt som mulig. Av de 7 skal 2 lokaliseres i Follo, 3 i Akershus Vest og 2 på Øvre Romerike.

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

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

Søker må ha evne og vilje til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med øvrig primær- og spesialisthelsetjeneste, blant annet i forhold til prioritering av pasienter. Det forutsettes et tett samarbeid med lokalt HF og DPS.

Søkerne vil bli vurdert ut fra faglige kvalifikasjoner og erfaring, samarbeidsevner og personlig egnethet. Det er ønskelig med bred poliklinisk erfaring.

Spørsmål om hjemmelen kan rettes til Helse Sør-Øst RHF, v/ Marit Folkestad, Eksterne helsetjenester helst per e-post marit.folkestad@helse-sorost.no eller telefon 02411.

Søknadsfrist: 23. juni 2015.

Skriftlig søknad med relevante opplysninger/CV og nødvendige godkjenninger sendes: postboks@helse-sorost.no

Det må oppgis hvilken geografisk lokalisering søknaden gjelder. Vi ønsker ikke oversendt attester. Søknaden vil først bli realitetsbehandlet etter sommerferien.



Helse Sør-Øst RHF

2 100 % avtalehjemler for klinisk psykolog i Østfold

Det er ledig 2 100 % avtalehjemler for godkjent spesialist i klinisk psykologi for tiltredelse så raskt som mulig. En hjemmel skal lokaliseres til Fredrikstad by den andre til Sarpsborg by.

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

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

Søker må ha evne og vilje til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med øvrig primær- og spesialisthelsetjeneste, blant annet i forhold til prioritering av pasienter. Det forutsettes et tett samarbeid med lokalt HF og DPS.

Søkerne vil bli vurdert ut fra faglige kvalifikasjoner og erfaring, samarbeidsevner og personlig egnethet. Det er ønskelig med bred poliklinisk erfaring.

Spørsmål om hjemmelen kan rettes til Helse Sør-Øst RHF v/ Marit Folkestad, Eksterne helsetjenester helst per e-post marit.folkestad@helse-sorost.no eller telefon 02411.

Søknadsfrist: 23. juni 2015.

Skriftlig søknad med relevante opplysninger/CV og nødvendige godkjenninger sendes: postboks@helse-sorost.no

Det må si søknaden oppgis hvor man ønsker å etablere praksis, eventuelt at søknaden gjelder både Fredrikstad og Sarpsborg. Vi ønsker ikke oversendt attester. Søknaden vil først bli realitetsbehandlet etter sommerferien.



Helse Fonna HF omfatter sjukehusa Haugesund, Stord, Odda, Valen og fire psykiatriske senter. Foretaket har over 3200 tilsette og dekker ei befolkning på nær 180 000. Vår visjon er å fremme helse og livskvalitet.

Helse Fonna - Haugesund sjukehus søker

Psykologspesialist/psykolog

Tverrfagleg team for barnehabilitering har 10 fagstillinger. Målgruppa har medfødt eller tidleg erverva funksjonshemming og/eller utviklingshemming. Vi samarbeider tett innad i spesialisthelsetenesta, og med primærhelsetenesta.

KVALIFIKASJONAR

Vi søker deg som er psykologspesialist/psykolog og har klinisk erfaring med barn, familie og systemarbeid. Du har kjennskap til nevropsykologiske- og nevrologiske problemstillinger, og har interesse for habilitering. Søkar må ha sertifikat for personbil.

ARBEIDSOPPGÅVER

- Utgreiing og diagnostisering, oppfølging og rettleiing av føresette, sakskoordinering og kompetanseoverføring til 1. linjetenesta.
- Stillinga vil kunne omfatte undervisning og prosjekt/ utviklingsarbeid.

VI TILBYR

- Spennande jobb i eit godt tverrfagleg miljø.
- Fleksitidsordning.
- Lønn etter tariff.

Søknadsfrist: **14.06.2015**

FOR MEIR INFORMASJON:

Linda Johanne Martinsen
Tlf: 52 73 46 14.
www.helse-fonna.no/jobb



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.

Våre ansatte er vår viktigste ressurs, og vi ønsker å tilknytte oss de beste fagfolkene. Vi jobber derfor kontinuerlig med tilrettelegging for økt trivsel og godt arbeidsmiljø.

Helse Stavanger HF skal så langt som mulig gjenspeile mangfoldet i befolkningen. Det er derfor et personalpolitisk mål å oppnå balansert sammensetning når gjelder kjønn og alder, og å rekruttere personer med innvandrerbakgrunn.

Stavanger DPS, Ambulant akutt team:

Psykologspesialist/psykolog Ettervernpoliklinikk

Kontaktpersoner:

Postleder Magnhild Torstensen, tlf. (+47) 51 51 45 40
DPS leder Kristin Egeland Klemp, tlf. (+47) 911 81 231

Søknadsfrist: **15.06.2015**

FOR Å LESE MER OG SØKE PÅ STILLINGEN, VENNLIGST SE WWW.SUS.NO



Nasjonal kompetansetjeneste ROP

Det er ledig stilling som stipendiat ved Nasjonal kompetansetjeneste ROP. Prosjektet vil benytte legekårsundersøkelsen og studere hvordan legenes arbeidsprestasjon påvirkes av deres alkoholbruk.

Stipendiat

100 % stilling. Ref.nr. 2629960311.

Veiledning vil bli gitt fra Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, UIO.

Kontakt: Lars Lien, leder ROP, e-mail: lars.lien@sykehuset-innlandet.no og Kjersti Støen Grotmol, UIO, tlf. 400 48 738, e-mail: k.s.grotmol@medisin.uio.no.

Søknadsfrist: 21. juni 2015

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

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

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

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



St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital er lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag, men ivaretar også regionale og nasjonale oppgaver. Virksomheten er lokalisert flere steder i fylket med hovedtyngden i Trondheim. Det er ca. 10 000 ansatte og et brutto budsjett på 9 milliarder kroner. Universitetssykehuset drives integrert med NTNU, og studenter, lærere og forskere er en naturlig del av pasientbehandlingen. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Helse Midt-Norge RHF – Nidaros DPS

PhD stipend og ett Post doc stipend innen psykiske traumer og PTSD

Vi lyser ut 2 stillinger; 1 forskerrekruiteringsstilling og 1 post doc stilling fra 2015-2018. Stillingene kan tiltres tidligst fra 01.08.2015.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til prosjektleder professor dr.philos Hans M. Nordahl, tlf. 73 06 54 00 eller avdelingssjef Odd Gunnar Ellingsen, tlf. 911 11 993

Søknadsfrist: **21. juni 2015**

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg **Jobbsøk**, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig fem helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetakene har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til nær 1,1 million innbyggjarar. Budsjettet for 2015 er på 27,5 milliardar kroner.

Helse Vest RHF

To stk. 100 % avtaleheimlar i klinisk psykologi i Bergensområdet

To stykk 100 % avtaleheimlar for godkjende spesialistar i klinisk psykologi i Bergensområdet er ledig frå november 2015.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk psykologforening. Avtalespesialistane skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialistane foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 6.1 i rammeavtalen. Ein av avtalespesialistane skal ha eit nært fagleg samarbeid med Bjørgvin DPS om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Den andre avtalespesialisten skal ha tilsvarende samarbeid med Betanien DPS. Avtalespesialistane skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Bjørgvin DPS / Betanien DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuelle søkjarar – før det vert gitt tilbod om avtaleheimel.

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



- 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 - ARA, Enhet for rus og psykiatri

Da en av psykologspesialistene blir pensjonist blir det ledig 100 % st. fast som psykologspesialist / psykolog.

De aktuelle spesialistene er fordypning i klinisk voksenpsykologi og psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer. Tiltredelse 01.11.2015 eller etter nærmere avtale.

Opplysninger: Pål Ribu, enhetsleder, tlf. 957 28 352 eller Marit Hernæs, psykologspesialist, tlf. 38 14 80 00.

Søknadsfrist: 19.06.2015

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.

frantz.no



- Trygghet når du trenger det mest

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

Mandal

Psykologspesialist/psykolog - DPS Strømme, Psykiatrisk poliklinikk

Vi har ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist/psykolog fra 17.08.2015.

Det er også ledig ett vikariat fra 01.08.2015 og ut 2016. Oppgi i søknaden om du søker på begge stillingen eller bare en av dem. Stillingene er for tiden knyttet til poliklinikken i Mandal.

Opplysninger: Frida Sandvik, enhetsleder/overlege, tlf. 38 07 96 90/918 53 072.

Søknadsfrist: 14.06.2015

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.

frantz.no





Søgne kommune

Psykolog ID 1074

Søgne kommune har ledig nyopprettet stilling for psykolog ved Familiesenteret. Familiesenteret er et tverrfaglig lavterskeltilbud – med fokus på forebygging og tidlig innsats – til barn, unge og familier. Familiesenteret er en del av Enhet for helsetjenester som også består av helsestasjon, skolehelsetjeneste, fysio- og ergoterapiavdeling, flyktningshelsetjeneste og kommuneoverlegefunksjon. Psykologen vil styrke et faglig og veldig kompetent miljø, som har fokus på å jobbe med barn og unges oppvekst vilkår.

Søgne kommune har ca. 11.000 innbyggere og er en kommune i vekst. Kommunen har en av Norges vakreste skjærgårder og ligger 15 km vest for Kristiansand.

Arbeidsoppgaver:

- Delta i den daglige drift av Familiesenteret
- Delta i tverrfaglig samarbeid innen helse- og oppvekstområdet
- Plan- og systemarbeid kan være aktuelt
- Den som tilsettes vil kunne være med på å utforme stillingens innhold

Kvalifikasjoner:

- Autorisert psykolog
- Ønskelig med spesialitet i samfunnspsykologi
- Relevant jobberfaring fra arbeid med barn, ungdom, familier og grupper
- Ønskelig med erfaring fra forebyggende oppgaver
- Ønskelig med erfaring fra familierterapi
- Gode kommunikasjonssevner muntlig og skriftlig

Personlige egenskaper:

- Vi søker en utadvendt, initiativrik og løsningsorientert person som trives med ansvar og utfordringer
- Gode samarbeidsevner
- Må være strukturert og fleksibel

Vi tilbyr:

- Et godt, aktivt og tverrfaglig fagmiljø
- Konkurransedyktig lønn

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til kommune-overlege/enhetsleder helse Vegard Nilsen, tlf. 901 40 078.

Søknad sendes ved å benytte elektronisk søknadsskjema på www.sogne.kommune.no innen **16. juni 2015**.

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

BUP Karasjok

Psykolog, 100% vikariat

Ved SANKS, BUP Karasjok er det ledig 1 års 100% vikariat som psykolog med tiltredelse snarest.

SANKS - Avdeling barn og unge, Karasjok, yter spesialisthelsetjenester med poliklinisk tilbud, døgntilbud for familier og ungdom, samt undervisnings-/veiledningstilbud. Kompetansesenteret preges av et høyt faglig nivå, hvor de fleste stillinger er bemannet av personer med høy faglig kompetanse.

Kontaktinfo: Frøydis Nystad Nilsen, overlege, tlf. 78 46 95 57.

Søknadsfrist: 28. juni 2015

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju. Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKUBUOHCEVISSU



frantz.no

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

SANKS avd. BUP ambulant team Karasjok

Psykolog

Ledig 100 % fast stilling som Psykologspesialist/psykolog (50% ambulant team/50% BUP) med snarlig tiltredelse.

BUP Karasjok inkl. ambulant team Midt/øst Finnmark gir spesialisthelsetjeneste med poliklinisk tilbud inkl. ambulantteam tjeneste, og undervisnings-/veiledningstilbud. Kompetansesenteret preges av et høyt faglig nivå, hvor de fleste stillinger er besatt av personer med høy faglig kompetanse.

Kontaktinfo: Frøydis Nystad Nilsen, overlege, tlf. 78 46 95 57.

Søknadsfrist: 28. juni 2015

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju. Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKUBUOHCEVISSU



frantz.no

**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
Marthe Ø. Nordberg
marthe.nordberg@
sykehuset-innlandet.no
61 14 50 51

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

Rogaland
Klara Øverland
klara.overland@uis.no
406 08 818

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

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

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

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

Vest-Agder
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

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. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagve.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 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 eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
18.06, 20.07, 18.08, 18.09, 19.10, 18.11

