

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYKOL OGI

Vol. 52 nr. 7 2015

## Siv Jensen om ruspolitikk

side 564 og 566

## «BARNETS BESTE»

Uklart begrep gir økt konflikt,  
side 570 og 580

## Misforstått selvmordsforskning

Essay av Kim Larsen og Karl Halvor Teigen,  
side 606

## Lyv og lære

Om terapeutens dobbeltmoral,  
side 584



ISSN 0332-6470



07

# PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 7** 2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Markedskonsulent** Winnie Engevold

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Marianne Hansen, Nasjonalt

kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Anlov P. Mathisen, Mental Helse

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

**Omslagsillustrasjon** Bendik Kaltenborn

**Form** Laboremus Oslo AS

**Trykk** O7 Gruppen AS

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

# Selvregulering i fremtidens skole

**FREMTIDENS SKOLE ER** i støpeskjeen, og psykisk helse er ett av fem punkter som vil endre den de neste tiårene ifølge Aftenposten 15. juni. Går man til kilden – NOU 2015:8 «Fremtidens skole» – er det ikke like åpenbart at psykisk helse vil spille en sentral rolle: Begrepet nevnes seks ganger, med to små unntak helt overfladisk og alltid uten referanser. Psykisk helse mangler substans i Ludvigsen-utvalgets utredning.

En vei videre er å jobbe for at psykisk helse blir en tydelig del av det NOU-en omtaler som livsmestringsfag, hvor elevene skal «lære hvordan de tar vare på eget liv» gjennom kunnskap om livsstil, personlig økonomi og fysisk og psykisk helse. Samtidig sier utvalget at de ønsker seg dybdelæring på noen områder, fremfor fragmenterte opplæringsplaner. Skal psykisk helse få den tyngden det fortjener, kan det derfor ikke være et nisjefag alene, men må bli en integrert del av den pedagogiske hverdagen. Og gjennom begrepet «selvregulering» åpner NOU-en for dette.

Selvregulering trekkes frem som en bærebjelke i fremtidens skole, hvor elevene skal lære seg å ta initiativ og arbeide målrettet for å lære. Samtidig vektlegger utvalget en psykologisk forståelse av begrepet, hvor eleven skal lære seg å «håndtere og ta kontroll over sine egne handlinger, følelser og tenkning». Det plasserer psykologi og psykisk helse midt i norsk skolehverdag, og psykologer bør bidra til å fylle begrepet med det innholdet og den praksisen selvreguleringsbegrepet foreløpig mangler. Det kan gjøres ved å formidle forskningen på feltet slik Agathe Backer-Grøndahl og Ane Nærde gjorde i juni-utgaven av Psykologtidsskriftet; ved å supplere en «viljestyrke»-forståelse av selvregulering med kunnskap om reguleringsforstyrrelser; ved å vise hvordan en klinisk forståelse av emosjonsregulering også er et praktisk verktøy i klasserommet; ved at kritisk psykologi problematiserer selvregulering som svaret på hvordan unge skal bli et «gagns menneske» i et stadig mer individualisert samfunn.

Da beveger psykisk helse og psykologi seg fra å være et nisjefag og forebyggende helsetiltak til å bli en del av allmenndannelsen. Det betyr at også psykologer med denne NOU-en med fordel kan engasjere seg i utformingen av fremtidens skole. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Selvregulering plasserer psykologi og psykisk helse midt i norsk skolehverdag, og psykologer bør bidra til å fylle begrepet med det innholdet og den praksisen begrepet foreløpig mangler

# 594



ILLUSTRASJON: BENDIK KALTENBORN

## **TRAUMETERAPI**

Etter et voldtektsforsøk opplever Sofie at tanker og følelser fra årene på internatskole vekkes til live av en forestående retts sak. Psykolog Kristin Alve Glad deler erfaringer fra terapirommet.

# 580



FOTO: OLA SÆTHER

## **«BARNETS BESTE» I MEKLING**

En diskursanalyse viser at begrepet «barnets beste» ofte fører til økt konflikt mellom foreldre i mekling.

- Det er viktig å utforske hva hver av foreldrene mener med barnets beste, ikke bare snakke om det allmenne barnet, sier Odd Arne Tjersland (bildet). Vitenskapelig artikkel og Aktuelt-sak.



### MEST FOR TERAPEUTER

Vi anmelder to bøker med hver sin innfallsvinkel til psykoterapi:

Den ene gir innføringer i de viktigste retningene. Den andre tar opp temaer rundt terapeutens personlige bidrag.

- 561 **Selvregulering i fremtidens skole**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 564 **Folkets rus**  
Nå: Siv Jensen om ruspolitikk | Øystein Helmikstøl
- 566 **Siv Jensen vs. rusforskningen**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 570 **«Barnets beste» i mekling ved samlivsbrudd**  
Vitenskapelig artikkel | Peder Kjøs et al.
- 580 **Problematiske med «barnets beste» i mekling**  
Aktuelt | Kristine Hovda
- 584 **Lyv og lære**  
Fri assosiasjon | Andreas Tvedt Segrov
- 586 **Forskningsnotiser**
- 587 **Hva bestemmer utfall av behandling for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?**  
Vitenskapelig artikkel | Nysæter & Nordahl
- 594 **«Må jeg tilbake til internatskolen?»**  
Fra praksis | Kristin Alve Glad
- 600 **Forsvarlig testbruk**  
Oppsummert | Hege Kornør et al.
- 602 **Endelig i rampelyset**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 604 **Klagesaker skal på nett**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 605 **MENINGER**  
Essay: Hvorfor misforstås selvmordsforskningen? (s. 606)  
Debatt: Mentaliseringsbasert terapi (s. 613), New Public Management (s. 614), Forskningsretorikk (s. 616), Forskning om asylsøkere (s. 617)  
Derfor: Lær av Siv Jensen (s. 617)  
Perspektiv: Til rett sted | Bent Høie (s. 618)
- 620 **INNTRYKK**  
Anmeldelser: *Mindfulness i psykologisk behandling* (s. 620), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 622), *Psykoterapi: Tilnærminger og metoder* (s. 624)  
Klassikeren: Ignacio Matte Blanco - *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic* (1975) (s. 626)
- 627 **Minneord: Kjell Lerang Svendsen**
- 628 **Kurskalender**
- 629 **Annonser**
- 631 **Stillingsannonser**



#### JENSENS DILEMMAER:

Hvor går grensen for hva du kan forby eller regulere ved lov, kontra enkeltmenneskets ansvar for eget liv og egne handlinger? Siv Jensen mener at det ikke er gitt hva som er svaret på det.

# FOLKETS RUS

Blir alkohol- og narkotikapolitikken bedre når FrP og Siv Jensen former den?

– Du var på regjeringens dialogmøte om rus nylig. Hva vil du trekke fram derfra?

– Jeg er alltid mest interessert i å høre brukerperspektivet, fordi det forteller så mye mer, både om det som fungerer, og det som ikke fungerer.

– Hva er det største problemet på rusfeltet, tenker du?

– Hadde det vært et kort og enkelt svar på det, så hadde det vært lett å gjøre noe med det.

– I et folkehelseperspektiv, hva er det største problemet?

– Et av de store problemene på rusfeltet er at det er en svært stor andel skjult misbruk. Det er veldig mange mennesker som klarer å skjule misbruket veldig lenge. Antakelig er mørketallene mye større enn det vi har tall på. I tillegg er jeg bekymret for den økende bruken av syntetiske stoffer. Stoffer som vi vet veldig lite om. Dette er en økende utfordring kanskje særlig blant de aller yngste i samfunnet. Både helsevesenet, myndighetene og politiet vet for lite

#### TEKST

Øystein Helmikstøl

#### FOTO

Fartein Rudjord

om det. Og vi vet ikke noe om hvilke langtids-skader det kan ha for bruken i dag.

– Hva er det beste politiske virkemiddelet FrP har for å få ned alkoholkonsumet i Norge?

– Vi må både legge til rette gjennom forebyggende arbeid og kampanjer, sånn at vi gjør det som jeg tror de fleste av oss gjør: Vi nyter, ikke misbruker, alkohol.

– Det er veldokumentert at endringer i skjenketider fører til endringer i utelivsvold. Ny forskning viser også at selv små endringer i skjenketidene er forbundet med signifikant nedgang i utelivsvold. Hvorfor skal skattebetalerne betale for reparasjoner som en følge av FrPs liberale syn på tilgjengelighet av alkohol?

– Skjenketidene vi har i dag, skyldes at det er politisk flertall for å ha dem slik. I tillegg hygger de aller fleste seg når de er på bar og kafé. Vi driver ikke med vold. Men noen gjør det. Noen vil gjøre det uavhengig av åpningstider. Ofte har vi jo sett at utfordringene har vært i visse perioder på kvelden, og at mye av den volden

– Mange går glipp av muligheter til å ta grep i eget liv, fordi de rett og slett ikke vet at det finnes et tilbud

flyttes hjem i folks boliger. Det blir ikke mindre vold av endrede skjenketider, men volden blir kanskje litt mindre synlig. Nettopp derfor er det viktig å jobbe med flere virkemidler. Jeg tror ikke svaret bare handler om hvorvidt vi har liberale eller strenge åpningstider på utesteder.

– Men er det et dilemma hvor mye en skal satse på reparasjon eller forebygging? Og handler ikke opptrappingsplanen mye om reparasjon?

– Det er et dilemma som gjelder de fleste samfunnsoppdrag. Hvor går grensene, hvem har ansvaret, handler dette om det personlige ansvaret, eller handler det om samfunnsansvaret? Når går det over fra å være personlig ansvar til å bli et samfunnsansvar? Vi bruker masse ressurser i samfunnet på reparasjon, mer enn vi bruker på forebygging. For eksempel når folk gjør utfordrende ting i naturen, som setter liv i fare, og som gjør at vi må rykke ut med store mannskaper for å gjøre noe med det. Det er vanskelig å sette ting opp mot hverandre på den måten.

Hvor går grensen for hva du kan forby eller regulere ved lov, kontra enkeltmenneskets ansvar for eget liv og egne handlinger? Jeg mener at det ikke er gitt hva som er svaret på det. Vi har hatt tider i Norge med litt tøffere reguleringer på alkoholområdet enn de vi har nå. Spørsmålet er om det førte til mindre samfunnsproblemer den gang enn det gjør i dag. Jeg skal være forsiktig med å trekke noen konklusjon, men jeg vet at hvis viljen er sterk nok, så finner den vei. Enten det er lov eller ikke lov. Det er dilemmaene vi står overfor.

– Hva vil være det viktigste bidraget fra FrP i en opptrappingsplan?

– Det aller viktigste er at vi klarer å se hele tjenestetilbudet i en sammenheng. Nå er det for fragmentert. Det er veldig mye godt arbeid som gjøres der ute, det er mange enkeltorganisasjoner som gjør mye bra. Det finnes mange solskinnshistorier. Men problemet er veldig ofte, som jeg også syns at brukerne får tydelig frem, at kunnskapen om hva som er tilgjen-

gelig, ikke er stor nok hos brukere flest, eller hos pårørende. Det gjør at mange går glipp av muligheter til å ta grep i eget liv, fordi de rett og slett ikke vet at det finnes et tilbud. Da må man systematisere ting bedre, og ikke ha disse skottene som i dag eksisterer mellom flere forvaltningsnivåer og ulike institusjoner.

– Har enkelte private aktører for stor makt på rusfeltet?

– Jeg mener at det er utrolig mange med veldig gode intensjoner som deltar på dette feltet, men det handler om at ressursene finner hverandre og at de utfordrer hverandre.

– Hva er ulempene med kommersielle aktører på rusfeltet?

– Den diskusjonen har vi ikke råd til å ta i en situasjon der vi har mangel på behandlingsplasser. Vi må utnytte all den kompetansen vi har, enten det er hos det offentlige, hos det private eller hos de frivillige. Det er summen av det de klarer å bidra med, som teller.

– Men skal man ikke diskutere ulemper med kommersielle aktører så lenge det er mangel på behandlingsplasser?

– Man kan gjerne diskutere, men først og fremst handler dette om å ta i bruk ledig kapasitet for få ned behandlingsskøene. Det handler om å sette pasientene i fokus, ikke systemene.

– Hva er det som blir så mye bedre med fritt behandlingsvalg?

– Det handler om at behovene styrer. Et av problemene for veldig mange har vært at man har blitt stående i en kø og vente på et tilbud man kanskje ikke har villet ha. Det er et utrolig stort mangfold av tilbud, særlig innenfor rusfeltet, og mange brukere selv har klare meninger om hva som skal til for at de klarer å lykkes denne eller neste gang. Da mener jeg faktisk at de skal ha en medvirkende rett til å bestemme hvor de skal.

– Hva skal FrP-politikere i kommunene fronte på rusfeltet i kommunevalgkampen?

– For FrP er det viktig med en helhet i ruspolitikken. Rusmiddelproblemene kan ikke løses innenfor en sektor. Men for å kunne ivareta personer med rusproblemer best mulig er det nødvendig at kommunene tilbyr gode helsetjenester. Rus og psykiatri må også sees i en større sammenheng, og det må satses både på forebygging og ettervern. I sum handler det om tre overordnede mål: Alle som vil, skal få behandling. Alle skal ha et sted å bo. Alle skal ha rett til et verdig liv. ✘

## Hvorfor NÅ?

- Siv Jensen er leder i Fremskrittspartiet og finansminister. Regjeringen legger til høsten fram en ny opptrappingsplan for rusfeltet.
- Forsker Ingeborg Rossow kommenterer intervjuet med Siv Jensen på side 566
- Bent Høie om kunnskapsgrunnlaget på rusfeltet, PERSPEKTIV side 618
- Se også spalten DERFOR på side 617

# SIV JENSEN VS. RUS- FORSKNINGEN

Stemmer svarene Siv Jensen gir om rus i NÅ-intervjuet, med forskning?

TEKST Øystein Helmikstøl | FOTO Fartein Rudjord (bildeemontasje)

**SIV JENSEN, FRP-LEDER** og finansminister, svarer på spørsmål om rus på side 564. Stemmer svarene med det vi vet fra forskning? Vi ba en av landets fremste eksperter på rusfeltet, forsker ved Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus), dr.philos. Ingeborg Rossow, kommentere svarene fra Siv Jensen. Referanser til utgitt forskning er satt i parentes.

## INGEBORG ROSSOW OM BRUKERPERSPEKTIVET

(Siv Jensens svar på spørsmål 1 på side 564):

– Brukerperspektivet kan være et nyttig supplement til forskningsbasert kunnskap om for eksempel behov for behandling og andre tjenester for dem som har betydelige rusmiddelproblemer, men rusmiddelrelaterte problemer dekker langt videre enn det som berører denne gruppen.

## INGEBORG ROSSOW OM DET STØRSTE PROBLEMET

PÅ RUSFELTET I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV

(Siv Jensens svar på spørsmål 2 og 3):

– Det er godt dokumentert at i vår del av verden er bruk av alkohol, nest etter tobakk, den viktigste risikofaktoren for tap av friske leveår i befolkningen (1, 2). Dersom folkehelsebegrepet ikke bare er knyttet til fravær av sykdom, men også omfatter fravær av mange typer sosiale problemer, er alkoholbruk en enda viktigere risikofaktor og årsak til problemomfanget (3, 4). En betydelig del av helseproblemene knyttet til alkoholbruk finner vi i den store majoriteten av befolkningen som ikke kan regnes som misbrukere eller alkoholavhengige, men som av og til forårsaker skader på seg selv eller andre i beruset tilstand (5, 6).

Med hensyn til omfang av skjult misbruk er det for det første flytende overganger mellom bruk, høyforbruk og misbruk eller avhengighet, og det gjelder alle typer av avhengighetsskapende stoffer. Man kan likevel gjøre omtrentlige beregninger av hvor mange som har et problem med misbruk, og vi kan sammenholde disse tallene med registeropplysninger om hvor mange som har vært i behandling for sine rusproblemer. Det vil i tillegg være mange med et rusmiddelmisbruk som er kjent av andre deler av behandlings- eller hjelpeapparatet. Blant dem som har et alvorlig høyt forbruk av alkohol, er det nok et stort flertall som er skjult for behandlingsapparatet. Det er beregnet at i overkant av 200 000 personer i Norge fyller diagnosekriteriene for alkoholavhengighet eller alkoholmisbruk,

**SIV JENSEN** Skal forme framtidens ruspolitikk i regjering. Legger fram opptrappingsplan for rusfeltet til høsten.



og at om lag fire prosent av disse har vært i behandling for sine rusproblemer i løpet av siste år (7). Til sammenlikning er det i størrelsesorden 15 000 injiserende narkotikabrukere i Norge, og om lag halvparten av denne gruppen har vært i behandling for sine rusproblemer siste år (8). En lite påaktet gruppe er de som har et betydelig overforbruk eller misbruk av vanedannende reseptbelagte legemidler. Det er om lag 100 000 personer i denne gruppen (9), og omtrent én prosent var i behandling for sine rusproblemer siste år (8).

Når det gjelder syntetiske cannabinoider (stoffer som etterlikner virkningen av organisk cannabis), har det vært en økning i beslagstallene og formodentlig en økning i bruken (10). Men det er få som bruker disse stoffene. Blant ungdom og unge voksne (16–30 år) er det i Norge 0,3 prosent som har brukt dette siste år. Bruk av organisk cannabis er langt mer utbredt i denne aldersgruppen (ni prosent) (10).

#### **INGEBORG ROSSOW OM DET BESTE POLITISKE VIRKEMIDDELET FRP HAR FOR Å FÅ NED ALKOHOLKONSUMET**

(Siv Jensens svar på spørsmål 4):

– En omfattende internasjonal forskningslitteratur viser at de mest effektive virkemidlene for å redusere totalkonsumet av alkohol i en befolkning – og dermed også forebygge alkoholrelaterte skader – er pris- og tilgjengelighetsvirkemidlene, det vil si høye særavgifter og minimumspriser på alkohol (11, 12) og begrenset antall salgs- og skjenkesteder og begrenset salgs- og skjenketid (13–15). Dette er også svært kostnadseffektive virkemidler (16). Aldersgrense for kjøp av alkohol og god håndheving av denne gjennom for eksempel statlig monopolordning (17, 18) er viktige tiltak for å begrense alkoholskader i en særlig sårbar gruppe av befolkningen.

Forebyggende tiltak i skolen er svært utbredte og populære tiltak, men de har i hovedsak ikke hatt noen effekt på alkoholbruk eller alkoholrelaterte skader, eller effektene har vært kortvarige og svært små (15, 19–21). De er derfor lite kostnadseffektive tiltak (16). Det samme gjelder opplysningskampanjer og advarselsmerking (15, 16, 22).

#### **INGEBORG ROSSOW OM SKJENKETIDER OG VOLD**

(Siv Jensens svar på spørsmål 5):

– Den internasjonale forskningslitteraturen på skjenketider og vold viser ganske entydig en sammenheng mellom disse; når skjenketidene stram-



**INGEBORG ROSSOW** Blant landets fremste rusforskere og blant annet medlem av WHO's rådgivende ekspertpanel på alkohol- og narkotikaspørsmål.

mes inn, blir det mindre utelivsvold og vice versa. Den norske studien av vold og skjenketider var basert på data på politianmeldte voldstiltfeller (23), i likhet med mange andre studier. Men: Det er også studier som har belyst betydningen av skjenketidsendringer for voldssomfang basert på voldsskader i sykehus. Disse finner også en klar sammenheng mellom skjenketider og vold (24, 25). Jeg har fulgt både den internasjonale forskningslitteraturen og debattene i norske medier på dette feltet nøye, og jeg kjenner ikke til noen vitenskapelige studier eller andre observasjoner som har vist at volden flyttes fra det offentlige rom og hjem i folks boliger når skjenketidene strammes inn, eller omvendt. Ut fra alt vi ellers vet om alkoholrelatert vold, er det heller ingen ting som tilsier at dette er sannsynlig.

Andre effektive virkemidler som også kan tas i bruk for å redusere utelivsfylla og dermed også utelivsvolden, er det ikke mange av, men i Stockholm har man hatt gode erfaringer med STAD-prosjektet, som både reduserte overskjenking og vold (26, 27).

### INGEBORG ROSSOW OM REGULERINGER PÅ ALKOHOLMRÅDET

(Siv Jensens svar på spørsmål 6):

– Norsk alkoholpolitikk er mer liberal nå enn den var for et halvt århundre siden (28). Det finnes en omfattende forskningslitteratur som viser at regulering av alkoholtilgjengelighet og høye priser reduserer det totale alkoholkonsumet (15, 29). Det finnes også en omfattende forskningslitteratur som viser at det er en nær sammenheng mellom det totale alkoholkonsumet i en befolkning og omfanget av alkoholrelaterte problemer: Når konsumet går ned, fører dette også til en nedgang i omfanget av problemer, og vice versa (15, 29, 30).

### INGEBORG ROSSOW OM PRIVATE AKTØRER PÅ RUSFELTET

(Siv Jensens svar på spørsmål 8, 9 og 10):

– Det er ikke så mange private aktører i behandlingsfeltet. ✕

Siv Jensen ønsker ikke å kommentere denne gjennomgangen av svarene hun ga i NÅ-intervjuet på side 564.

### INGEBORG ROSSOWS REFERANSELISTE

1. WHO. Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: 2009.
2. Rehm J, Mathers CD, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*. 2009;373(9682):2223–33.
3. van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *European Addiction Research*.16(4):202–7.
4. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*.376(9752):1558–65.
5. Danielsson A-K, Wennberg P, Hibell B, Romelsjö A. Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply? *Addiction*. 2012;107(1):71–80.
6. Rossow I, Romelsjö A. The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*. 2006;101:84–90.
7. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Toronto, CA: Centre for Addiction and Mental Health, 2012.
8. Lauritzen G, Amundsen EJ. Pasienter tatt inn i behandling i 2011 for problemer knyttet til bruk av narkotiske stoffer og vanedannende legemidler. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2013.
9. Helsetilsynet. Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet. Oslo: Helsetilsynet, 2001 Contract No.: IK-2755.
10. Bilgrei OR, Bretteville-Jensen AL. Syntetiske cannabinoide. Nettbasert markert og en virtuell ruskultur. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2013 Contract No.: 2/2013.
11. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 2009;104(2):179–90.
12. Holmes J, Meier PS, Booth A, Guo Y, Brennan A. The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: A systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses. *Drug and alcohol dependence*. 2012;123(1–3):7–14.
13. Hahn RA, Kuzara JL, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. Effectiveness of Policies Restricting Hours of Alcohol Sales in Preventing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010;39(6):590–604.

14. Popova S, Giesbrecht N, Bekmuradov D, Patra J. Hours and Days of Sale and Density of Alcohol Outlets: Impacts on Alcohol Consumption and Damage: A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism*. 2009;44(5):500–16.
15. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.
16. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*. 2009;373(9682):2234–46.
17. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*. 2002;206–25.
18. Rossow I, Karlsson T, Raitasalo K. Old enough for a beer? Compliance with minimum legal age for alcohol purchases in monopoly and other off-premise outlets in Finland and Norway. *Addiction*. 2008;103(9):1468–73.
19. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Cochrane Review: Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*. 2012;7(2):450–575.
20. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in Public Health*. 2012;132(3):128–34.
21. Gorman DM. Alcohol & drug abuse: the best of practices, the worst of practices: the making of science-based primary prevention programs. *Psychiatric Services*. 2014;54(8):1087–9.
22. Wilkinson C, Room R. Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. *Drug and Alcohol Review*. 2009;28(4):426–35.
23. Rossow I, Norström T. The impact of small changes in bar closing hours on violence. *The Norwegian experience from 18 cities*. *Addiction*. 2012;107(3):530–7.
24. Ragnarsdóttir T, Kjartansdóttir A, Davídsdóttir S. Effects of extended alcohol serving-hours in Reykjavik. In: Room R, editor. *The effects of Nordic alcohol policies What happens to drinking and harm when alcohol controls change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research; 2002. p. 145–54.
25. Newton A, Sarker SJ, Pahal GS, van den Bergh E, Young C. Impact of the new UK licensing law on emergency hospital attendances: a cohort study. *Emergency Medicine Journal*. 2007;24(8):532–4.
26. Wallin E, Norström T, Andreasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*. 2003;64(2):270–7.
27. Wallin E, Gripenberg J, Andréasson S. Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm. *Addiction*. 2002;97(7):901–7.
28. Rossow I, Storvoll EE. Longterm trends in alcohol policy attitudes in Norway. *Drug and Alcohol Review*. 2014;33(3):220–6.
29. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *The Lancet*. 2005;365(9458):519–30.
30. Norström T, Hemström Ö, Ramstedt M, Rossow I, Skog O-J. Mortality and population drinking. In: Norström T, editor. *Alcohol in postwar Europe Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: National Institute of Public Health; 2002. p. 157–75.

## Hjelp til unge - ny manual

### Modum Bad og R-BUP lanserer manual for håndtering av alvorlige symptomer etter traumer.

- Stabilisering av symptomer og plager er en sentral del av behandling for personer som har opplevd alvorlige og belastende hendelser, sier psykolog Torunn Støren ved Modum Bads traumepoliklinikk i Oslo til [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no). Sammen med psykologene Sveinung Odland og Helen Johnsen Christie ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør (RBUP) har hun utviklet en manual for

stabilisering og ferdighetstrening av traumerelaterte plager. Manualen er utgitt av RBUP i samarbeid med Modum Bad. Utarbeidelsen av manualen ble gjort etter massakren på Utøya 22.7.2011.

Målet med stabiliseringsarbeid er å gi deltagerne en forståelse for effektene av traumet i hverdagen; hvordan traumet påvirker kropp, tanke og følelser, og hva de selv kan gjøre for å håndtere sine vansker. Manualen ble prøvd ut våren 2013 med en gruppe overlevende Utøya-ungdommer i alderen 17–25 år. Den kan benyttes for grupper, for enkeltpersoner og som en

førstefaseintervensjon før bearbeiding av traumehendelser.

- Det er lagt inn flere øvelser rettet mot håndtering av plagene, i tillegg til hjemmearbeid, sier Støren. Ungdommene ga overveiende gode tilbakemeldinger fra kurset. De syntes det var nyttig å lære om vanlige plager etter belastende hendelser, og å høre at andre strevde med det samme som dem, og noen ganger håndterte vansker på en annen måte. Manualen kan lastes ned gratis i Modum Bads nettbutikk og på R-BUP sine hjemmesider. (Psykologtidsskriftet)



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 570–579 FAGFELLEVDERT

PEDER KJØS, OLE JACOB MADSEN og ODD ARNE TJERSLAND

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT peder.kjos@psykologi.uio.no

# «BARNETS BESTE» I MEKLING VED SAMLIVSBRUDD

Diskusjoner om «barnets beste» i foreldre-  
mekling kan bidra til å eskalere konflikten,  
heller enn å samle foreldrene om et felles  
anliggende.

## INNLEDNING

Formålet med mekling ved samlivsbrudd er å hjelpe foreldre til å komme fram til en avtale om foreldreansvar, barnets bosted og samvær (NOU 1998:17). I henhold til Lov om barn og foreldre skal avtalen først og fremst ivareta hensynet til barnets beste (§ 30, § 48). Foreldrene vurderer selv hvilket samvær som er til beste for barnet (§ 42), men det påligger også meklerin å ta utgangspunkt i barnets beste når hun bistår foreldrene (Forskrift om mekling, § 1–2). Både i mekling og i retten framstår begrepet «barnets beste» som et overordnet, verdiladet prinsipp som knyttes til det enkelte barnet og dets familie:

Å søke etter omsorgsløsninger som er til barnets beste, er å søke etter det aktuelle barnets erfaringsverden, hva som kan bidra til oppfyllelse av dette barnets særlige behov og dets muligheter. [...]

Den spesifikke løsningen i tråd med barns beste vil måtte være forankret i foreldrenes ambisjoner for foreldreskapet og disse foreldrenes muligheter til å bidra til gjennomføringen av det som de oppfatter som en god og gyldig livsform for sine barn. (NOU 2008:9, s. 35; 38)

Begrepet «barnets beste» er altså ikke knyttet til barnefaglig definerte kriterier, men til foreldrenes verdier og ressurser. Denne formuleringen av «barnets beste» er resultat av en lang historisk prosess som har løpt

## ABSTRACT

*«The best interest of the child»  
in custody mediation*

In this article, we explore how the concept of «the best interest of the child» is used by parents and mediators in mediation talks conducted in accordance with the Act on children and parents. By performing a discourse analysis of transcribed mediation sessions between parents with a high degree of conflict about care scheme, we will show how parents and the mediator define, take on and ascribe positions that provide unequal access to claims to represent the fulfillment of the principle of «the child's best interest». We conclude that discussions about the «best interest» issue may contribute to escalating conflict, rather than to decrease it. Thus, our conclusions pose a challenge to current practice and research in the custody mediation field in Norway.

*Keywords: «Best interest of the child», custody of children, mediation, discourse analysis, subject positions*

parallelt i alle vestlige land. Der tidligere tiders familie- og barnelover i hovedsak var utformet for å sikre familiens kontroll over sin formue gjennom arverett, ble nye lover fra 1800-tallet rettet inn mot å ivareta barns individuelle behov og rettigheter (Eekelaar, 1986). Med disse endringene kom barn til å skifte status fra å bli betraktet som rettslige objekter på linje med annen eiendom, til å bli rettslige subjekter med egne rettigheter som staten sto ansvarlig for å ivareta, og da særlig der disse kom i konflikt med foreldrenes ønsker (Gordon, 2008). Som en videreføring av denne utviklingen har «barnets beste» i økende grad blitt forstått ut fra psykologfaglige begreper. I Norge kommer denne psykologiserende utviklingen blant annet til uttrykk i begrunnelsen for endringen av Lov og barn og foreldre i NOU 1977:35:

Bestemmelsen om foreldreansvaret må først og fremst gi uttrykk for barnets rett til omsorg, omtanke, stimulering m.v. – aller mest i de første leveårene (s. 46).

Foreldrene har altså en plikt til ikke bare å forsørge barna, men også ivareta deres relasjonelle og psykologiske behov. Det moderne foreldreskapet framstår i all hovedsak barnefokusert heller enn foreldrefokusert, og definerer voksnes plikter heller enn deres rettigheter – og disse pliktene er i tiltagende grad psykologisk orientert.

I tråd med endringene i synet på barns behov har mekling for foreldre skiftet karakter fra tidligere tiders religiøse og juridiske veiledning til moderne psykologfaglig rådgivning. Psykologifaget har imidlertid ikke kunnet tilby entydige og sikre anbefalinger for hvordan organisere omsorg og samvær. Politisk betraktes det også som ønskelig at familielivet innrettes i tråd med familienes og samfunnets verdier, snarere enn etter faglige anbefalinger, slik det fastslås i NOU 2008:9 om mekling. Forutsetningen for mekling er derfor at foreldrene selv skal bli enige om hva som er til barnets beste, og utforme avtalen om den videre omsorg ut fra dette.

For foreldre i konflikt kan både selve meklingen og det videre samarbeidet – ofte gjennom mange år – by på store utfordringer. Det er også godt belagt at konflikt mellom foreldre, enten de bor sammen eller er skilt, kan være en stor belastning for barna, noen ganger med betydelige utviklingsmessige skader som følge (Amato, 2000; Buehler et al., 1997; Nilsen, Skipstein & Gustavson, 2012). De fleste meklingsmodeller har derfor som utgangspunkt å redusere foreldrekonflikt (Bush & Folger, 2005; Lowenstein, 2009; Rønbeck, 2004; Rønbeck, Hagen & Haavind, 2010). Forskningen tyder på at mekling fører til et noe bedre foreldresamarbeid enn rettslig behandling (Emery, 2012; Kelly, 2004; Shaw, 2010). Flere studier tyder imidlertid på at obligatorisk mekling slik den foregår i Norge bidrar lite til at foreldre med en høy grad av konflikt kommer fram til avtaler (Gulbrandsen & Tjersland, 2010; Koch, 2008; Nilsen, Skipstein & Gustavson, 2012; Ådnanes, Haugen, Jensberg, Rantalaiho & Husum, 2011). Unntaket er prosjektet Konflikt og forsoning, der ca. 80 prosent av foreldrene inngår avtaler i saksforberedende møter i retten (Rønbeck, 2008; Rønbeck, Hagen & Haavind, 2010). Meklingen i Konflikt og forsoning er ment å gi foreldrene anledning til å fokusere på spørsmål knyttet til barnets behov og hvordan organiseringen av omsorgen kan bli en felles agenda. Resultatene knyttes i stor grad til at nettopp fokuseringen på barnet, heller enn på foreldrenes egen konflikt, setter foreldrene bedre i stand til å opp-

fatte og ta hensyn til barnets beste (Rønbeck, 2008). Behandlingsprinsippene fra Konflikt og forsoning er gjort til hovedregel for håndtering av foreldretvister om samvær og foreldreansvar gjennom barnelovens paragraf 61 (Ot. prp. nr. 29, 2002–2003; Rønbeck, 2008).

Formålet med vår studie er å undersøke hvordan foreldre i obligatorisk mekling ved familievernkontorene diskuterer barnets beste, og hvordan disse diskusjonene inngår i prosessen fram til formuleringen av avtaler om den videre omsorgen. Avslutningsvis antyder vi hvordan meklere kan utforske foreldrenes oppfatninger om deres barns ønsker og behov på måter som kan virke konfliktdempende.

## METODE

Materialet vi har analysert består av lydopptak og transkripsjoner fra åtte meklingssaker, hentet fra FORM-prosjektet («Foreldremekling ved samlivsbrudd»), som ble gjennomført i 2008 (Gulbrandsen & Tjersland, 2013). I dette prosjektet bidro fire familievernkontorer og en ekstern mekler med lydopptak fra totalt 154 saker der det ble gjennomført obligatorisk mekling etter Lov om barn og foreldre. FORM-materialet dokumenterer «practice as usual», altså alminnelig mekling utført av sosionomer og psykologer, som er det tilbudet 75 prosent av alle separerende par får (Bufdir, 2014). Av de 154 sakene ble 38 karakterisert som «høykonflikt» på bakgrunn av at foreldrene forut for meklingen oppga å være svært uenige og å ha lave forventninger om å bli enige, samt at meklerne vurderte konflikten som høy etter første møte. Skriftlige avtaler ble utformet i 88 prosent av lav- og middelskonfliktsakene, og i 23,7 prosent av høykonfliktsakene. Tallene er representative for mekling ved samlivsbrudd generelt (Emery, Sbarra & Grover, 2005; Kelly, 2004). Av de ni høykonfliktsakene der det ble skrevet en avtale, foreligger det lydopptak fra åtte av sakene. Totalt utgjør dette materialet 20 sesjoner, hver av ca. 1 times varighet. I tillegg til analysen av dette materialet viser vi til hovedtrekk ved det øvrige materialet fra FORM-prosjektet.

Vi har valgt en diskursanalytisk tilnærming (Fairclough, 2003; Jørgensen & Phillips, 2008), da denne metoden er godt egnet til å beskrive hvordan et begrep som «barnets beste» virker inn på en forhandlingsprosess som den vi ser i mekling. Forstått som en diskurs er språk-

lig samhandling strukturert i mønstre som utsagnene våre følger når vi handler innenfor ulike sosiale områder (Ulleberg, 2007). Diskursbegrepet betoner utsagnenes funksjon som sosiale handlinger, og gir mulighet til å undersøke hvordan utsagn brukes til å konstruere mulige roller og posisjoner for deltakerne (se Austin, 1962; Drew & Heritage, 1992). Betrakket som et diskursivt objekt vil begrepet «barnets beste» både inneholde uttalte forestillinger om hvordan barns rettigheter skal ivaretas, og mer uttalte antakelser, for eksempel om kjønn og omsorgsevne.

### Analyse

Av de åtte tilgjengelige høykonfliktsakene der det ble inngått avtaler forelå seks i transkribert form. I første trinn av analysen leste vi disse utskriftene og valgte ut de delene som omhandlet barnets beste. Sekvenser som omhandlet praktiske vansker knyttet til transport eller andre utfordringer i hverdagen, økonomisk oppgjør, diskusjoner om foreldrenes relative muligheter på boligmarkedet, sorg eller sinne knyttet til bruddet, samt hvem som hadde skylden for bruddet, ble ekskludert, siden disse ikke var knyttet til barnas ønsker og behov. Av et materiale på 341 sider ble 56 sider tekst vurdert som relevant for analyse (16 prosent). Å velge ut sekvenser på denne måten innebærer en fare for «exempling» (Glaser & Strauss, 1967) eller «cherry picking», altså at utvalgsprosedyren styres av forhåndsoppfatninger på en slik måte at eksempler som støtter forskernes antakelser oftere blir valgt. For å redusere faren for en slik effekt, har vi vært svært inkluderende og tatt med enhver sekvens som direkte eller indirekte omhandler vurderinger av hva som kan være til beste for det spesifikke barnet eller for barn generelt.

Det andre trinnet i analysen besto i å kategorisere utsagn som omhandlet barnets beste i tre av sakene. De relevante utsagnene fordelte seg i 35 tematiske grupper som så ble slått sammen til 12 kategorier.

I tredje fase gikk vi gjennom ytterligere to saker hvor relevante utsagn og sekvenser ble sortert i henhold til disse 12 kategoriene. Enkelte nye sider av «barnets beste» opptrådte i disse to sakene, og antallet kategorier økte fra 12 til 14. Disse ble så ordnet i tre overordnede kategorier: (1) Barnets behov; (2) Kunnskap om barnets behov; og (3) I hvilken grad barnets behov er ivaretatt. I fjerde fase ble de gjenværende tre sakene gjennomgått i sin helhet. Denne siste gjennomgangen ga ikke opphav til nye kategorier eller underkategorier.

### RESULTATER

Vi vil i det følgende kort beskrive de kategoriene og underkategoriene vi har ordnet diskusjonene om «barnets beste» etter, og drøfte hvordan temaene virker inn på meklingsprosessene.

#### Kategori 1: Barnets behov

Foreldrene i vårt materiale framstår i hovedsak som rimelig enige om hvilke generelle behov barn har. De har felles oppfatninger om at barn har behov for *kontinuitet*, altså at endringer i barns situasjon generelt er uheldige og bør unngås. Denne oppfatningen er i tråd med «status quo-prinsippet», som oftest legges til grunn i rettslig behandling av barnesaker (Gjønnes, 2009). I henhold til dette prinsippet må det foreligge særlige grunner før det oppfattes som legitimt å gjøre større forandringer i et barns liv. Prinsippet blir gjerne diskutert når den ene forelderen for eksempel vurderer å flytte ut av det miljøet barnet har tilhørighet i. Dis-



«Barnets beste» har i økende grad blitt forstått ut fra psykologfaglige begreper





Det moderne foreldreskapet framstår i all hovedsak barnefokusert heller enn foreldrefokusert, og definerer voksnes plikter heller enn deres rettigheter

kusjonene dreier seg da om veiling av verdien av kontinuitet opp mot andre verdier, som nærhet til familie eller kvaliteter ved et nytt nærmiljø.

I tilknytning til forestillingen om at forandringer er belastende synes foreldrene å legge til grunn at *forutsigbarhet* kan kompensere noe for belastningene ved de forandringene en deling av omsorgen innebærer. Foreldre er oftest enige om at barnet må få vite hva som skal skje og at avtalene som inngås må være faste og enkle å forstå. Videre forutsetter foreldre at barn har behov for *trygghet* – rammene rundt barnets oppvekst skal ivareta grunnleggende sikkerhet og gi barnet en følelse av å bli tatt vare på.

Foreldre kan være sterkt uenige om hvilke *relasjonelle* behov barna har, særlig når det gjelder tilkynningsforholdet til hver av foreldrene. Påstander om ulikheter i tilknytning er et sterkt virkemiddel i diskusjonene og følges ofte av emosjonelle utbrudd og krenkende utsagn. Også betydningen av relasjoner til søsken, besteforeldre, venner og nærmiljø diskuteres, men foreldrene synes mindre uenige om disse.

Barnets *fysiske behov* diskuteres ikke ofte i de aktuelle sakene, men blir indirekte et tema i samtaler om foreldrenes ulike muligheter til å tilby en god bolig, fysisk aktivitet og et variert kosthold.

Diskusjonene om barnets behov preges gjennomgående av en oppfatning av disse som i kontinuerlig endring, under stadig påvirkning av ulike situasjonsfaktorer og barnets egen utvikling. Det nevnes av og til behov som er knyttet til selve bruddet og reaksjonene på dette, men behovene knyttes oftere til alder, kjønn og den generelle situasjonen, som geografisk og sosial tilhørighet. Foreldrene kan være sterkt uenige om hvor raskt og hvor mye barnets behov endrer seg, særlig når det gjelder amming og små barns behov for nærhet med mor.

Diskusjonene om hvilke behov barnet har føres, som man vil forvente, i all hovedsak som en presentasjon av argumenter for at den ordningen man selv foreslår best ivaretar disse behovene. Motargumentene tar oftest utgangspunkt i at den andres vurdering av barnets behov er motivert av egne følelsesmessige eller økonomiske behov, hevnmotiver eller rettferdighets-hensyn. Det følgende eksempelet er typisk:

**Mor:** Det er ikke bare det, hun skal jo pakke baggen hver eneste helg og vite at det er noe du har utsatt [barnets navn] for også. Jeg

vet hvor tøft det var for dine unger, da du gjorde det samme mot dem da de var små. For da sto jeg også oppi det. Det var jeg som gikk fra sidelinjen og hjalp deg og ungene, det er faktisk jeg som så at det kanskje var best å ha lange helger i stedet for ut og inn med bagger, og nå bor du midt oppi det selv.

**Far:** Det er ikke sånn jeg ser det, men.

**Mekler:** Dere ser det nok litt forskjellig.

**Mor:** (avbryter) Du tror at ungene ikke lider noen nød under det i det hele tatt også. Du ser bare deg selv i dette her, og du.

**Far:** Nei, jeg gjør ikke det [mors navn], overhodet ikke.

(Sak 1)

Når foreldrene argumenterer for ulike syn på barnets behov, framheves ofte den andre forelderens skyld, feil eller egeninteresse. En måte å unngå at slike beskyldninger blir heftende ved ens eget ønske om foreldreskap, er å presentere oppfatninger om barnets behov og samtidig benekte at egne interesser spiller inn i vurderingen. En far svarer slik på spørsmål om hva slags fordeling av omsorgen han synes vil være den mest riktige:

**Far:** Jeg synes jo det er litt egoistisk å si 'mest mulig', for jeg er ikke sånn, men... Vanskelig å si... Så lenge han har det godt, så... Tilnærmet... Mye tid hos begge, vil jeg si.

**Mekler:** Tilnærmet like mye hos begge?

**Far:** Ja, kanskje, hvis det er vanlig, så...

(Sak 5)

Det synes altså viktig ikke å framstå som «egoistisk». Forslaget om likedeling av omsorgen begrunnes snarere med at denne ordningen er «vanlig», og det tas inn som en forutsetning at barnet «har det godt». Noen ganger gjøres sammenligningen av den andre forelderens motiver og ens egne eksplisitt:

**Mor:** (bestemt) Ja, og at jeg faktisk *alltid* setter [barnet] først! Det er forskjellen på meg og han. Og det mener jeg er ganske viktig. Du har vel ikke akkurat vært en fantastisk pappa, for du har bare vært til stede på dine egne premisser. Det er vel stort sett jeg som har gjort det meste for han. Passa på at han har hatt vinterklær, hatt ski, hatt skøyter. Ordna alle praktiske ting, hele veien.

(Sak 7)



Diskusjonene får ofte et preg av fordelingsdiskurs, ettersom kontakten med barna er et knapphetsgode som hver av foreldrene ønsker mest mulig av. Når tiden skal fordeles i henhold til «barnets beste» må vi forvente at partene vil framheve forskjeller seg imellom som søkes gjort relevante for fordelingen. I tillegg til å framheve seg selv som en uselvvisk forelder, vil partene kunne betone også andre fortrinn ved seg selv og svakheter hos den andre. Barnets behov presenteres på en slik måte at det blir klart at en selv best representerer ivaretagelsen av disse. Begrepene *kontinuitet* og *tilknytning* får sin betydning i diskusjonene om barnets beste nettopp fordi disse er egnet til å framheve forskjeller mellom foreldrene:

**Mor:** [Barnet] er mer knyttet til meg, det er naturlig fordi jeg er mor. I løpet av de to første årene var far borte fire måneder. Det er naturlig at mor har mer med barnet å gjøre de første årene. [Barnet] var mer knyttet til meg da vi brøt opp. Far har forandret seg veldig etter bruddet. Etter bruddet ble han 'super dad'. Han er en kjempeflink pappa, jeg ser jo det. Han tar ansvar. Men jeg føler fortsatt at [barnet] er mer knyttet til meg. Er vi i barnehagen sammen, er han klengete på meg og det tar tid før han tør opp og går til far. Fra null til tre år står det masse steder at de hovedsakelig bør ha ett hjem fram til de er tre år.

(Sak 6)

Diskusjonene om barnets behov får svært sjelden form av at foreldrene framfører ulike saklig begrunnede synspunkter om barnets behov som så drøftes, vurderes og tillegges ulik vekt. Diskusjonene brukes snarere til å plassere foreldrene i en av to posisjoner: som den som er motivert av ønsket om å ivareta barnet, og den som er motivert av egeninteresse.

Kun i én sak gjør mekleren spillet om posisjoner eksplisitt. Like forut for samtaleutdraget som følger, har far hevdet at mor neppe har tatt i betraktning de konsekvensene det vil få for fellesbarnets kontakt med hans særkullsbarn hvis hun flytter til en naboby:

**Mekler:** (bryter inn) Tror du hun ikke ser det, eller at hun har tatt det med i betraktning?  
**Far:** Nei, jeg tror hun ikke har tatt det med i betraktningen.

**Mekler:** Ikke i det hele tatt?

**Far:** Nei.

**Mor:** (gråter) Hvorfor tror du jeg ikke har bestemt meg, da?

**Far:** Jeg vet ikke jeg, [mor].

**Mor:** Hvis jeg ikke hadde tatt det med i betraktningen, så hadde jeg flyttet til [by] for lenge siden.

**Far:** Ja vel.

(Sak 1)

I denne saken går far delvis bort fra å hevde at mor er motivert av egeninteresse, men foreldrene diskuterer seg ikke fram til noen enighet om barnets behov. I stedet synes det som om foreldrene inngår et kompromiss når de ser at de ikke når lenger med sine egne argumenter. Som i flere andre saker sier disse foreldrene at de ikke synes ordningen er ideell, men at de godtar den av praktiske eller økonomiske grunner. Før siste meklingstime har foreldrene blitt enige seg imellom, og forklarer bakgrunnen for ordningen de har laget slik:

**Far:** Vi hadde tenkt en 40/60 deling, da.

**Mekler:** Mm, slik at hun har ett fast bosted, eller femti prosent, men at hun er mer hos den ene eller den andre?

**Far:** Nei, skal vi få det til å gå i hop med økonomi, så må det være en fast.

(Sak 1)

En annen sak illustrerer hvordan foreldre godtar kompromisser fordi det synes umulig å oppnå en avtale som i større grad ivaretar barnets beste:

**Mor:** Og det er derfor jeg mener at en 60/40 løsning hadde vært greiest først – og så får man evaluere etter hvert, om den funker. Det kan hende den ikke funker i et hele tatt, men så kan det hende at den funker så bra at 50/50 er den eneste rette også. Men jeg tror ikke på det der at...

**Mekler:** Hvordan tenker du at...

**Mor:** Altså, jeg vil jo ikke ha 60/40 egentlig heller. Jeg vil jo egentlig [at far skal ha samvær] annenhver helg, men jeg vet jo at han ikke vil det i det hele tatt...

(Sak 7)

Andre foreldre viser direkte til at kompromisset er inngått for å dempe konflikt, heller enn som følge av en forsoningsprosess: >>

**Mekler:** Det er så mange andre ting å tenke på så en klarer ikke, det er så masse følelser, så jeg tenker at dere har virkelig gjort en kjempejobb.

**Mor:** Men det er jo ofte en må gå med på ting for å dempe konfliktnivå, selv om en kanskje ikke ønsker. Vil jo heller se det på den måten.

**Mekler:** Men ja, det å klare det, det å se på ting i det lange løp, så...

**Far:** Det er eneste utvei, jeg har min første kone, og det ble ikke så enkelt, og det er et helvete, og det vil jeg ikke. For min side og for min sønn, og min og for hennes. Det er helt absurd. Det går an å bruke hjernen litte granne mer.

(Sak 2)

Sett under ett synes diskusjonene om barnets behov i hovedsak å forsterke en konkurranse mellom foreldrene om å være den som best forstår og ivaretar prinsippet om «barnets beste». Foreldrene skifter ikke mening om hva som er best for barnet, men slutter seg til de kompromissene det er mulig å oppnå.

### Kategori 2: Kunnskap om barns behov

Foreldre diskuterer ofte hvilken kunnskap som er relevant, enten det gjelder kunnskap om det aktuelle barnet eller om barn generelt. Det vises både til *fagkunnskap* og til *allmenn kunnskap* basert på kontakten med barnet og annen erfaring. Enkelte søker faglig støtte for sine argumenter hos mekleren, som noen ganger støtter eller korrigerer foreldrenes antakelser. Ofte viser mekleren til at den faglige kunnskapen er usikker, eller at foreldrene selv kjenner barnet sitt best. Meklerne gir sjelden faglig underbygget informasjon eller råd. Foreldrene viser på sin side til en rekke ulike kilder som de mener gir relevant kunnskap. De refererer til utsagn fra bekjente eller fra fagfolk de har vært i kontakt med, eller noe de har sett i media, men også ofte til hva de selv mener og føler.

I en konkurranse om å være den beste forelder vil det være et fortrinn å framstå som den som har best kunnskap om barnet. Ens egen kompetanse framheves gjerne gjennom direkte eller indirekte kritikk av den andres kompetanse. Når det er snakk om små barn er det som oftest mødrene som hevder å ha best kunnskap om barnet, særlig på bakgrunn av den omfattende kontakten og ut fra hva de føler. Fedre argumenterer ofte for at også de har tilstrekkelig kunnskap, eller at mors fortrinn er midlertidig og av begrenset betydning. Enkelte fedre hevder også at deres egen mangel på kompetanse er mors ansvar, fordi hun ikke har tillatt far å delta i omsorgen slik han hadde ønsket. Noen meklere gir sin tilslutning til et slikt syn. Like før det følgende utdraget har en far hevdet at mor ikke har «sluppet ham til» og gitt ham anledning til å utvikle kompetanse til å ta vare på barnet, som nå er 10 måneder gammelt:

**Mekler:** Hvordan skal han bli trygg hvis han alltid... Det er akkurat som et barn som har mamma der...

**Mor:** Ja, jeg vet, men poenget er da... Hør, da... Når han har vært der så har jeg sagt 'lat som jeg ikke er her'. Og så har jeg gjort mine ting, men hele tiden, gang på gang, så henvender han seg til meg. Hvorfor, hva, hva betyr den gråten her? Hva vil hun nå? Ikke sant? Han klarer ikke å ta de...(stønner)

**Far:** Det er *lenge* siden. Det var i *starten*.

**Mor:** Nei, da.

**Far:** Vi snakker *mange* måneder siden.

(Sak 3)

Noen foreldre synes å knytte sin særegne kompetanse til tradisjonelle oppfatninger om kjønnsroller. Barnet i det følgende eksempelet er 4 år gammelt, og gråter ifølge mor ved adskillelse i barnehagen og når han skal ha samvær med far:

**Mor:** Da ser du jo at han er mer knyttet til meg.

**Far:** Det tror jeg er helt vanlig. Det har jeg hørt fra alle andre mødre. At når han har vært den lange perioden hos deg, da er han litt mer sånn «mamma».

**Mor:** Når han gråter og sier mamma, jeg vil være hos deg, og selvfølgelig vet jeg at det går to minutter så er det greit å være hos deg, men det at han skal ha den følelsen. Det er jo ikke fordi han ikke liker å være hos deg, det har ikke noe med det å gjøre, men jeg ser i hvert fall for meg at det er fordi jeg er moren hans, og vi har vært mer sammen, og han er mer knyttet til meg. Det er mor-barn-forhold... Han er ikke... Han er ikke moden nok til å skilles enda mer fra meg, jeg føler at jeg har gitt meg mer enn nok allerede.

**Far:** Ok. Da er vi helt uenige. Jeg synes absolutt nå at det er på tide at jeg kommer på banen, for [barnet] er i en alder nå hvor han er litt krevende, er i trassalder, trenger litt grenser...

**Mor:** Tror du ikke at jeg gir ham grenser??

**Far:** Det vet ikke jeg noe om, [mor], jeg må snakke om meg sjøl, hvordan jeg opplever [barnet] når han er hos meg. Og det er - - absolutt på tide at jeg er mer på banen når det gjelder akkurat den biten der.

(Sak 6)

Diskusjonene om verdien av den kunnskapen hver av foreldrene har om barnets beste bidrar lite til å bringe foreldrene nærmere en felles forståelse. Dette er ikke overraskende, siden påstandene om overlegen kunnskap oftest inneholder en indirekte kritikk av den andre forelderens, for eksempel at fedre ikke har vært nok sammen med barnet eller mangler innlevelse i barnet, eller at mødre overfortolker eller ikke evner å sette grenser. En innrømmelse av

at den andre har rett innebærer dermed å sette seg selv i en svakere forhandlingsposisjon.

### Kategori 3: I hvilken grad barnets behov er ivaretatt

Mange diskusjoner dreier seg om *de praktiske og økonomiske rammene for omsorgen*, særlig i forhold til nærhet mellom barnas to hjem, og om barnebidrag og skattemessige konsekvenser av samværsordningen. Å ta opp slike temaer, særlig økonomi, innebærer imidlertid en risiko for å bli sett på som mer opptatt av nettopp det praktiske og økonomiske enn av de emosjonelle sidene ved omsorgen, som gjennomgående betraktes som viktigere. Å bli oppfattet som praktisk og økonomisk orientert kan unngås ved å vise til at det man foreslår ivaretar *barnets rettigheter*, for eksempel retten til kontakt med begge foreldre, og at *sedvane* tilsier at visse ordninger er å foretrekke framfor andre.

Siden vårt utvalg består av saker der det inngås avtale, er det i tråd med forventningene at vi ikke finner påstander om omsorgssvikt eller store personlighetsmessige avvik. Likevel opptrer mange diskusjoner om hvordan *de voksnes behov, konflikter og rettigheter* virker inn på omsorgen. Meklere og foreldre er enige om at voksenkonflikt og rettighetsorientering er uheldig for barna:

**Mekler:** Ja, nå hører jeg, nå hører jeg at, nå blir dere sånn på -- rettighetsopptatt, og hvis vi kunne få fokus over på, på, på [barnet], er det sånn, fordi jeg må jo spørre dere, er det sånn at dere, at dere har lyst til å prøve å finne fram til noen ting? Er du noe i forhandlingsmodus, for å si det sånn, [far]? Og er du det, [mor]? Sånn at det er noe vits i å sitte her og, og jobbe?

(Sak 3)

Fordi konflikt i seg selv betraktes som skadelig for barnet vil det være tjenlig å framstille seg selv som kompromissvillig, mens den andre forelderen framstilles som ansvarlig for konfliktene. Også andre belastninger som barnet er utsatt for legges gjerne den andre forelderen til last. De mest opphetede diskusjonene oppstår nettopp når det blir snakk om *hvordan foreldrenes forutsetninger påvirker omsorgen*, og eventuelle *belastninger barna er utsatt for*. Diskusjonene tar gjerne utgangspunkt i at den ene forelderen mener at den andre viser svakheter som forelder gjennom de valgene han eller hun har tatt, for eksempel i forbindelse med flytting, prioritering av jobb eller økonomiske disposisjoner. Den forelderen som har tatt et valg som strider mot idealene om å sette barna først vil oftest begrunne dette med henvisning til at han eller hun ikke hadde noe valg – altså at handlingen ikke er motivert av egeninteresse, men av tvingende nødvendighet – eller de viser til at de viktigste hensynene likevel er ivaretatt. Brudd på omsorgsidealene forsøkes på denne måten gjort irrelevante for vurderingen av foreldreskapet, eller fortolket som uttrykk for at man har villet ivareta enda viktigere aspekter ved «barnets beste». En mor redegjør slik for at hun fant det nødvendig å bryte ut av forholdet med faren:

**Mor:** Men jeg har jo gjort det fordi jeg tror det er det beste for meg og han, og jeg tror også det er det beste for [barnet] at mamma og pappa ikke bor sammen.

(Sak 7) >>



Barnets behov presenteres på en slik måte at det blir klart at en selv best representerer ivaretakelsen av disse



Med unntak av i én sak synes diskusjonene om «barnets beste» snarere å ha aksentuert konflikten enn å ha bidratt til at foreldrene kom hverandre i møte

I den videre begrunnelsen legger hun til grunn en psykologisk diskurs der hensynet til barnets modellering og den framtidige utviklingen av sønnens begrep om parforhold står sentralt:

**Mor:** Jeg er redd han ville fått et bilde av at det å være kjæreste er sånn som vi har hatt det. Ikke delt soverom, og stort sett gjort ting hver for oss med [barnet]. Jeg tror ikke det er noe bra at det er de verdiene han skal sitte igjen med.

(Sak 7)

Mors fortelling om hvorfor hun brøt ut gir henne mulighet til å framstå som den ansvarlige part, og også som den som har best kontakt med barnets behov – noe som kvalifiserer henne for å ha hovedomsorgen.

Slik diskusjonene om barnets behov er ivarettatt får utfolde seg, virker foreldrenes beskrivelser og vurderinger primært som argumenter for ulikheter i deres egnethet som foreldre. Når beskrivelsene får denne funksjonen er det vanskelig å gi innrømmelser eller utforske momentene nøkternt. Meklerne bidrar lite til å utforske påstander som reises, muligens fordi slike påstander gjerne fører til skarpe motreaksjoner og eskalering av konflikt (se også Kjøs, Tjersland & Roen, 2014).

#### Howdan ble sakene løst?

Utvekslingene om «barnets beste» var i vårt materiale gjennomgående preget av at foreldrene framhevet forskjeller i perspektiv og forståelse, og at de pekte på mangler hos den andre og framhevet fordelaktige sider ved seg selv som omsorgsperson. Med unntak av i én sak synes diskusjonene om «barnets beste» snarere å ha aksentuert konflikten enn å ha bidratt til at foreldrene kom hverandre i møte.

Likevel kom foreldrene i disse sakene fram til en full eller delvis avtale. Utfallet kan oppsummeres slik: I én sak kom foreldrene fram til en løsning som hadde et forsonende preg over seg, i den forstand at begge etter hvert ga uttrykk for å forstå de ønskene den andre hadde, og det ble utformet en avtale som begge var fornøyd med (Sak 1). I tre saker (4, 5 og 6) kom foreldrene fram til løsninger som hadde preg av kompromiss, men uten at foreldrene sa at de ga seg på det de mente var best for barnet. I to saker (3 og 7) ble de skriftlige avtalene inngått under betydelig press, men uten at den

som ble presset brøt meklingen. I sak 7 presset den ene parten den andre økonomisk, mens mekleren i sak 3 la press på mor om å framstå som forhandlingsvillig med tanke på en mulig rettssak. I disse sakene bar utfallet preg av at én av foreldrene helt tydelig og motstrebende hadde gitt seg. I to saker (2 og 8) ble det inngått avtaler som var likelydende med tidligere inngåtte avtaler, og der den som ønsket endringer syntes å ha forsonet seg med det utfallet som meklingen fikk.

Så hvordan kan man fortolke dette utfallet? Sammenlignet med de høykonfliktsakene som ikke ble løst ble det brukt mer tid i de fire sakene der det foregikk en forsoningsprosess. I disse fire sakene ble det i gjennomsnitt avholdt 5 sesjoner. Gjennomsnittlig antall sesjoner for alle de høykonfliktsakene som ble løst var 3, mens det ble brukt 2.31 sesjoner i de sakene som ikke ble løst. I de sakene der det ble brukt mer tid fikk foreldrene anledning til å gi uttrykk for sine meninger, ønsker og bekymringer, vanligvis flere ganger og over flere samtaler. Betegnende for disse samtaler er også at meklerne avsto fra å opptre som autoriteter på hva som er barns beste, noe det er flere eksempler på at de gjorde i de høykonfliktsakene der meklingen låste seg (Gulbrandsen, 2015). Snarere utforsket meklerne foreldrenes perspektiver og bidro til at foreldrene prøvde ut midlertidige ordninger, heller enn å fatte raske og langsiktige beslutninger. Når det gjelder tidsbruk skal det bemerkes at i de fire sakene der det ble gjennomført flest sesjoner (7 sesjoner i én sak, 6 sesjoner i tre saker) sto man fortsatt igjen med uløste spørsmål da meklingen ble avsluttet. Et høyere antall sesjoner kan altså synes å være en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for å etablere en meklingsprosess som fører fram til en omforent avtale. Det som skiller de sakene som ble ført fram til omforente løsninger fra de andre synes å være at det over tid ble etablert et samarbeid om konkrete løsninger på de utfordringene det innebærer å være foreldre sammen etter et samlivsbrudd.

#### KONKLUSJON

I vårt utvalg av foreldre i konflikt faller diskusjoner om hva begrepet «barnets beste» innebærer for deres barn sjelden heldig ut. Bruken av begrepet kan, som vi har sett, snarere virke konflikt drivende enn som et samlende fokus. Siden begrepet «barnets beste» ikke har noen

klar definisjon, men viser til et abstrakt ideal, kan foreldrene fort trekkes inn i et samspill der begge forsøker å definere begrepet på måter som styrker deres eget kandidatur som forelder og svekker den andres. Foreldrene synes å lykkes bedre med å komme fram til omforente avtaler gjennom en prosess som går over noe tid og hvor de får anledning til å uttrykke de tankene og følelsene de har, og finner konkrete løsninger på aktuelle utfordringer i hverdagen. ✕

## LITTERATUR

- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of marriage and family*, 62, 1269–1287.
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Cambridge: Harvard University Press.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2014). *Dimensjonering og organisering av familietjenestene – en evaluering*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Brandser, G. C. (2009). Pupper og politikk – Naturhistorien og (kjønns)forskjellens taksonomiske tilsynekomst. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 3, 141–159.
- Buehler, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J., & Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problem behaviors: a meta-analysis. *J Child Fam Stud*, 6, 233–47.
- Bush, R. A. B., & Folger, J. P. (2005). *The promise of mediation. The transformative approach to conflict*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Drew, P., & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: an introduction. I P. Drew & J. Heritage (red.), *Talk at work* (s. 3–65). Cambridge: Cambridge University Press.
- Eekelaar, J. (1986). The emergence of children's rights. *Oxford Journal of Legal Studies*, 6, 161–182.
- Emery, R. E. (2012). *Renegotiating family relationships*. (2. utg.). New York: The Guilford Press.
- Emery, R., Sbarra, D., & Grover, T. (2005). Divorce mediation: Research and reflections. *Family Court Review*, 43 (1), 22–37
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse: textual analysis for social research*. London: Routledge.
- Forskrift om mekling etter ekteskapsloven og barneloven (2006). Lastet ned 19.9.2014 fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-12-18-1478>
- Gjønnnes, I. (2009). *Hensynet til barnets beste ved rettslige avgjørelser om hvor barnet skal bo fast*. Masteroppgave. Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction
- Gordon, L. (2008). The perils of innocence, or what's wrong with putting children first. *The Journal of the History of Childhood and Youth*, 1, 331–350.
- Gulbrandsen, W. (2015). Meklingsstrategier i møte med det konfliktfylte. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 52, 94–138.
- Gulbrandsen, W., & Tjersland, O. A. (2010). Mekling ved samlivsbrudd: en oversikt over effektstudier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 705–714.
- Gulbrandsen, W., & Tjersland, O. A. (2013). Hvordan virker obligatorisk foreldremekling ved store konflikter? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 16, 17–30.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (2008). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kelly, J. B. (2004). Family mediation research: Is there empirical support for the field? *Conflict Resolution Quarterly*, 22, 3–35.
- Kjøs, P., Tjersland, O. A., & Roen, K. (2014). The mediation window: regulation of argumentation and affect in custody mediation. *Journal of Divorce & Remarriage*, 55, 527–538.
- Koch, K. (2008). *Evaluering av saksbehandlingsreglene for domstolene i barneloven - saker om foreldreansvar, fast bosted og samvær*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Lov om barn og foreldre (1981). Lastet ned 19.9.2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Lowenstein, L. F. (2009). Mediation with separated parents: recent research 2002–2007. *Journal of Divorce & Remarriage*, 50(4), 233–247.
- Nilsen, W., Skipstein, A., & Gustavson, K. (2012). *Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: konsekvenser for barn og unge*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Norges Offentlige Utredninger (1998). Lastet ned 19.9.2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/1998/nou-1998-17.html?id=116521>
- Norges Offentlige Utredninger (2008). *Med barnet i fokus – en gjennomgang av barnelovens regler om foreldreansvar, bosted og samvær*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Ot. prp. nr. 29 2002–2003. Lastet ned 19.9.2014 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-29-2002-2003-16/1.html?id=126227>
- Rønbeck, K. (2004). Fra konflikt til forsoning – barnefordeling i et rettsbasert forsøksprosjekt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41(4), 275–281.
- Rønbeck, K. (2008). *Konflikt og forsoning – en evalueringsundersøkelse*. Doktoravhandling. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Rønbeck, K., & Hagen, T. (2007). Dommerrollen i barnefordelingssaker. *Lov og rett*, 46, 533–544.
- Rønbeck, K., Hagen, T., & Haavind, H. (2010). Foreldreposisjoner i bevegelse: fra fastlåst konflikt til utvidet omsorg og empati for egne barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 720–729.
- Shaw, L. A. (2010). Divorce mediation outcome research: A meta-analysis. *Conflict Resolution Quarterly*, 27, 447–467
- Ulleberg, H. P. (2007). Diskursanalyse: et mulig bidrag til utdanningshistorisk forskning. *Barn*, 1, 65–80.
- Ådnanes, M., Haugen, G. M. D., Jensberg, H., Rantalaiho, M., & Husum, T. L. (2011). *Evaluering av mekling etter ekteskapslov og barnelov*. SINTEF-Rapport A20162.

# «PROBLEMATISK MED 'BARNETS BESTE' I MEKLING»

Prinsippet om barnets beste i meklingsamtaler bidrar til å øke konflikten mellom foreldrene, viser en ny undersøkelse. Psykologene Peder Kjøs, Ole Jacob Madsen og Odd Arne Tjersland vil endre meklingsordningen.

## TEKST

Kristine Hovda

- **VI SER** at begrepet «barnets beste» inngår som en sentral del i dialogene mellom foreldre som møter til mekling med store konflikter om ordninger for barn. Måten begrepet brukes på, fører ofte til at foreldrene låser seg enda mer fast i uforenlige motsetninger, sier Odd Arne Tjersland.

Nestoren i familierapi ved Universitetet i Oslo har sammen med kollegene Peder Kjøs og Ole Jacob Madsen undersøkt åtte spesielt konfliktfylte meklingsamtaler, på bakgrunn av data fra den såkalte FORM-undersøkelsen fra 2007 (se vitenskapelig artikkel på side 570). De fant at meklingen ofte tok form av å være en konkurranse om hvordan partenes foretrukne løsninger kunne forankres i barns beste.

– Det er viktig å si at det ikke er begrepet i seg selv som er problematisk, men hvordan det brukes. Begrepet er jo bare et allment prinsipp, men det er ikke gitt et innhold, verken i jussens

ellers psykologiens verden. Det er en intensjon om å løfte frem barnet, i motsetning til å løfte frem foreldrene. Utfordringen for meklerne i disse høykonfliktsakene er å komme forbi dette prinsipielle snakket, og hente frem det enkelte barnet i den enkelte familien, og den særegne situasjonen som barnet har. Ofte blir beskrivelser og fortellinger om det enkelte barnets behov helt borte.

## BRØT MEKLINGEN

Forskerne fant også forskjeller i hvordan de enkelte meklerne håndterte foreldre som sto i slike dialoger. Noen ganger forsøkte de å gå inn i den prinsipielle diskusjonen ved å fremheve hva de syntes var særlig viktig å tenke på. Det ble fort oppfattet som støtte til en av partene, og mekleren mistet noe av sin posisjon i å kunne være dem til hjelp. Flere av høykonfliktparene avbrøt meklingen etter mindre enn

Les artikkelen til Kjøs, Madsen og Tjersland: «'Barnets beste' i mekling ved samlivsbrudd», side 570.



Måten begrepet «Barnets beste» brukes på i meklings situasjoner, fører ofte til at foreldrene låser seg enda mer fast i uforenlige motsetninger, sier Odd Arne Tjersland. Foto: Ola Sæther, UiO

én time. Etter 18 måneder hadde fire av de åtte parene fortsatt ikke kommet til en løsning.

– Jeg mener det er viktig å utforske hva hver av foreldrene mener med barnets beste, ikke bare snakke om det allmenne barnet, men om Trude og Kari og Petter, hva de har opplevd i sin familie, hvordan de har levd sammen, hvordan de har hatt kontakt med mamma og pappa, hva barna er opptatt av nå. Foreldrene har ulike fortellinger, men det er viktig å starte der. Videre er det viktig å bruke mer tid på samtaleprosessen.

Tjersland mener at for lite tid kan føre til at partene presser frem en avtale når man egentlig ikke er klar for det, eller at det blir brudd i meklingsprosessen.

– Tidligere hadde mekleren anledning til å holde folk igjen i meklingsprosessen i inntil tre samtaler. Den ordningen ble tatt bort for noen år siden, og det mener jeg er synd. Det er en absurditet at man skal klare å komme til noe fornuftig på én time, i en situasjon der folk er veldig emosjonelt opprørt, både etter det som har skjedd i bruddet mellom dem, og med den frykten og uroen mange har for fremtiden.

– Mener du at mekleren skal kunne kreve at folk møter til meklingsprosessen?

– Jeg synes vi skal spørre oss om det går an å differensiere mer mellom par som trenger hjelp til meklingsprosessen og par som klarer å finne frem til

– Det er en absurditet at man skal klare å komme til noe fornuftig på én time, i en situasjon der folk er veldig emosjonelt opprørt

*Odd Arne Tjersland, professor i psykologi*

»

ordninger på egen hånd. Vi bruker veldig store ressurser på å få til samtaler med samtlige foreldrepar som separerer seg i dag, også samboere. Et forslag vi i forskergruppen har kommet med, er at de som selv klarer å formulere en skriftlig avtale om barna, ikke trenger å møte til mekling. De som ikke klarer å komme frem til en ordning, må møte til obligatorisk mekling, så lenge mekleren mener det er nødvendig. På den måten kan man frigjøre ressurser til de partene som ikke klarer å bli enige. Og da kan man bruke mye mer tid på dem.

– *Vil man ikke da risikerer å miste kontakten med foreldre som er i konflikt?*

– Realiteten er at vi mister fryktelig mange uansett, folk som går ut av meklingsrommet med uforrettet sak. Det er bedre å konsentrere kreftene om noen færre. Jeg var med på å lage meklingsordningen i sin tid, men har hele tiden vært skeptisk til å gjøre den til en medisin som skal hjelpe alle. Det blir raskt slik at den obligatoriske ordningen gjør noe med både hjelperne og de som kommer for å få hjelp.

– *Vi har allerede rettsapparatet til uløselige barnefordelingssaker. Er det ikke veldig ressurskrevende å bruke så mye tid på mekling?*

– Det er langt rimeligere å gi en god og kvalifisert hjelp til foreldrene forut for retten enn å sende dem videre til dommere, sakkyndige og advokater. Noen må selvsagt videre dit, men antallet saker for retten har økt betydelig. Dette koster mye mer for samfunnet, og det gir ingen garanti for et bedre foreldresamarbeid. Retten jakter ofte på forlik, og i mange tilfeller føler partene seg presset til å akseptere løsninger de ikke står inne for selv. Jeg synes det er fabelaktig at foreldre i Norge kan søke og få gratis hjelp ved bruddet. Her snakker vi om de som strider, de som nesten har mistet alt håp om at det er noen vits å snakke sammen. Mange av dem fortsetter å leve i en uavklart, anspent og tidvis høyeksplosiv situasjon i lang tid etter bruddet. Halvparten av høykonfliktfamiliene i vår undersøkelse har ikke noen avtale 18 måneder etter bruddet. Det er disse barna man kan tenke seg er ekstra utsatt. Å nå inn til deres foreldre vil spare masse ressurser, ikke minst i barne- og ungdomspsykiatrien senere, mener Tjersland.

## Kjent med problemet

Også meklere og advokater har erfaring med barnets beste som et problematisk begrep.

**TORIL STRAY JOBBER** som mekler i Bufetat region Øst, og holder også kurs for andre meklere. Stray viser til at begrepet «barnets beste» er et juridisk begrep forankret i både norsk og internasjonal rett. Hun mener at «barnets beste» er et viktig begrep, men det er en forutsetning at det gir konkret innhold i hvert enkelt tilfelle.

– Det er også vår erfaring at foreldre kan bruke begrepet «barnets beste» mot hverandre i konfliktsituasjoner. Meklerens oppgave er å hjelpe foreldrene til å se de felles ønskene de har for barna sine, og å se hva akkurat dette barnet trenger, uavhengig av foreldrenes ønsker. Vår opplevelse er at foreldrene vi møter, vil det beste for barna sine, sier hun.

– *Hvordan kan meklere hjelpe foreldre å finne ut hva som er barnets beste?*

– Tilbudet om høring av barn i familievern gir foreldrene en god mulighet til å få høre hvordan barnet har det, hvordan barnet opplever situasjonen, og hva som er viktig for barnet. Vi erfarer at det gir foreldrene et felles fokus, og er mange ganger det som gjør at foreldrene i stedet for å fokusere på konflikt, rettigheter og egne behov, blir opptatt av hva barnet deres trenger. Det er et godt utgangspunkt for å få til gode avtaler og best mulig foreldresamarbeid til barnets beste etter brudd, sier hun.

Curt Lier, president i Juristforbundet, kjenner også igjen forskningsfunnene.

– Jeg er ikke sikker på at det er noe galt med selve prinsippet om barnets beste, men ofte praktiseres det på feil måte. Barnets beste handler ikke om hva foreldrene ønsker, men hva som er best for barna. Problemet er at det ofte er så dårlig stemning mellom foreldrene at man bruker mer energi på å ødelegge for hverandre enn på å finne ut hva som faktisk er barnets beste. Dersom mekleren får en mistanke om at foreldrene bruker begrepet for å sverte den andre, må dette slås ned på. Det må få konsekvenser, sier han.

Lier mener at en løsning kan være at meklingsperioden går over lengre tid enn det som nå er vanlig.

– Hvis forskning nå viser at det er svakheter med hvordan man praktiserer prinsippet om barnets beste, må det få konsekvenser for hvordan meklingen foregår. Jeg tror det er svært menneskelig under en meklings-situasjon å blande sammen hva som er egne vonde følelser og skuffelser overfor et forhold som er gått i stykker, og hva som er det beste for barnet. Hvis man brukte mer tid på meklingen, kunne foreldrene fått muligheten til å rydde i dette, mener han.

Psykolog Knut Rønbeck som har forsket på barnefordeling, støtter langt på vei innspillene til artikkelforfatterne.

– Det er viktig å utforske hva hver av foreldrene mener med barnets beste, ikke bare snakke om det allmenne barnet





Psykolog Knut Rønbeck.



Curt Lier, president  
i Juristforbundet.

– Hvis de går inn for mekling som handler om konkret dialog, er jeg enig med dem. Gjerne en styrt prosess som går over noe tid. Ofte blir barnefordelingssaker rene tilbakeskuende diskusjoner som dreier seg om hvem som har vært den beste forelderen, istedenfor å snakke om hvordan man kan komme frem til det som er det beste for barnet fremover, sier han.

Han er likevel ikke sikker på om meklingen bør gjøres tvungen for parene som ikke klarer å komme frem til enighet.

– Jeg er usikker på om det er familiekontorene som er beste instans til å løse slike konflikter. I dag løses åtti prosent av sakene som kommer inn for retten, gjennom konflikt- og forsoningsmodellen. Det resultatet synes å stå seg. Rettsapparatet er den beste konflikt-løsende instansen vi har, både fordi det er en prosess som går over noe tid, og fordi man har noen rettslige rammer og en dommer som ikke avslutter saken før den er løst, sier han.

## Anklager Tjersland for høyt konfliktnivå

Foreningen 2 Foreldre mener dagens barnelov skaper et høyt konfliktnivå, og anklager Tjersland for å ha bidratt til dette.

**FORENINGEN 2 FORELDRE** er en tverrpolitisk organisasjon som arbeider for barns kontakt med begge foreldrene etter samlivsbrudd. De ønsker å endre barneloven slik at utgangspunktet blir at foreldrene fortsetter sitt likeverdige foreldreskap selv om mor og far slutter å være kjærester.

– Vi mener det er feil å bruke «barnets beste» som grunnlag for en rangering av foreldre når de fleste forstår at foreldrene sammen står sterkere rustet til å ivareta barnets interesser i fellesskap, sier leder av foreningen, Rune-Harald Rækken.

Foreningen mener dagens barnelov skaper et høyt konfliktnivå, fordi foreldrene deles inn i henholdsvis omsorgsforelder og bostedsforelder.

– Når det gjelder «barnets beste», er ikke dette definert i barneloven, og derfor ser en at partene og også de som behandler disse sakene, bruker begrepet etter eget for godtbeholdende, sier han.

Foreningen 2 Foreldre har foreslått i hørings svar til departementet at det tas inn en definisjon av «barnets beste» i barneloven. De vil at en legger seg på de prinsippene som kan utledes av FNs barnekonvensjon, som barnets rett til regelmessig kontakt med begge foreldre, barnets rett til å motta omsorg fra begge foreldre, etc.

– Barnelovens preferanser for ikke likeverdige løsninger, hvor den ene forelderen gis juridiske og økonomiske særrettigheter på bekostning av den andre, presser foreldrene i en svært uheldig posisjonering. Det blir en kamp om å bli den foretrukne forelderen. Vi vet at langvarige foreldrekonflikter er skadelig for barn. Posisjoneringen tar fokus vekk fra det som bør være det viktigste – nemlig hvordan legge til rette for framtidig foreldresamarbeid, sier Rækken, og fortsetter:

– En kan ikke gjøre som Tjersland et al. gjør, å klage på at det er konflikter mellom foreldrene samtidig som Tjersland har vært en av de fremste eksponentene for å holde fast på et utdatert og konfliktskapende A- og B-foreldregime. De eneste som tjener på å opprettholde et slikt system, er de som henter sitt levebrød fra tvister mellom foreldre etter barneloven, mener Rækken.

Odd Arne Tjersland kjenner seg ikke igjen i kritikken fra Foreningen 2 Foreldre.

– Jeg har alltid stått som eksponent for at foreldrene må støttes til å treffe sine egne avgjørelser. De er i utgangspunktet de beste til å avgjøre hva som er best for deres barn. Klarer de ikke dette, bør de få hjelp til å bruke mer tid på beslutningsprosessen. Kommer de likevel ikke frem til enighet, mener jeg at rettsinstanser bør legge vekt på den foreldrepraksis og de roller som barn fra før av har vært vant med, og ikke vurderinger om hva foreldrene opplever som mest rettferdig når man treffer avgjørelser om bosted og samvær, sier han. ✖

# Lyv og lære

Er det ikke et element av dobbeltmoral når vi rådgir andre mennesker i forhold vi ikke har orden på selv? Og hvor mye skal vi lette på eget slør i slike tilfeller?

## TEKST

Andreas Tvedt Segrov,  
Universitetet i Oslo og  
Psykologbistand

## ILLUSTRASJON

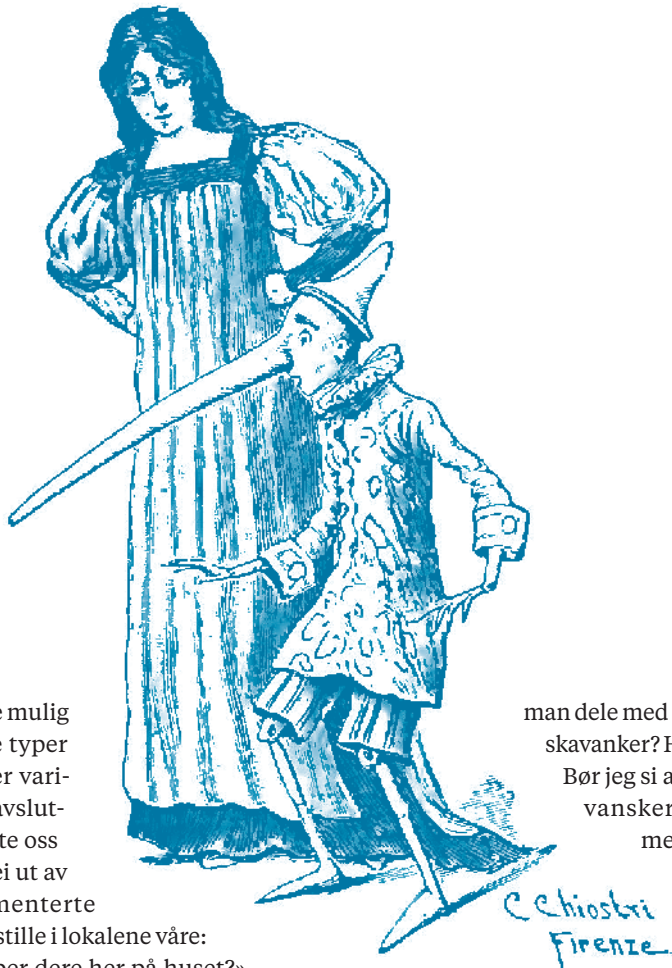
Carlo Chiostri  
(Firenze, 1902) til  
*Le avventure di  
Pinocchio, storia di un  
burattino* (Wikimedia  
Commons)

**JEG HAR EN** venn som er smart, impulsiv og frittalende. I diskusjonene våre kan han i det ene øyeblikket sitere filosofer, forfekte mangelen på antikke dyder i dagens samfunn, og kritisere paradoksene i norsk utenrikspolitikk, mens han i neste øyeblikk kan få whiplash av en yngre kvinne som jogger forbi i treningstights, og med ett glemme alt vi nettopp snakket om. Fra det høyverdige til det primale på bare noen tideler. Han kan lire av seg de drøyeste homsevitene, men nærmest se ned på en kompis som gjør akkurat det samme, og hevde at han har vansker med å forholde seg til vedkommende om ikke han viser mer respekt for mennesker med annen legning, fordi han har mange homofile venner. Han sier han er feminist, men kan plutselig kaste ut en kommentar, som de fleste kvinner jeg kjenner i hvert fall, ville funnet dypt krenkende. Som når han høylytt drar frem Aristoteles' betraktning om at «kvinnen er en ufullstendig mann», og si det med et snev av oppriktighet. En kontrastenes mann, med andre ord. Hvordan kan vi mennesker ha integriteten i behold når spriket mellom liv og lære blir stort?

Men over til andre nyheter: Jeg hadde nylig en førstegangssamtale med en klient. Han var konsulent og sa at han hadde jobbet seg halvt i senk. Med rundt 700 overtidstimer i fjor, og nesten null fritid, var vennekretsen gradvis blitt mer virtuell enn reell. Hvis han gikk hjem fra jobb klokken 20, føltes det som om han hadde stukket fra jobben tidlig. Kvelden var jo

uansett ødelagt, sa han, så hvorfor ikke sitte til klokken 23? Og slik hadde arbeidshverdagen vært de siste årene. Men da fjorårets bonuser skulle deles ut, hadde han blitt avspist med en påskjønnelse som ikke stod i stil med innsatsen. Til og med de som hadde jobbet *mindre* enn ham, hadde fått mer. Hva hadde skjedd? Hadde han ikke gjort en god nok jobb, eller hadde han ikke klart å synliggjøre den jobben han faktisk hadde gjort? Det manglende lønnspåslaget hadde gitt ham et slag i magen, og med livet så fullstendig marinert i jobb hadde både selvfølelsen, motivasjonen og humøret fått seg en trøkk. Han var deppa, sa han. Deppa og utslitt.

Vi begynte samtalen med å skrive hovedproblemet hans («deppa») midt på tavlen min. Deretter spurte jeg om hva han mente bidro til at han var deppa, og etter hvert som samtalen skred frem, ble tavlen fylt av forgreninger og stikkord som satte ord på forhold han selv mente kunne ligge til grunn for situasjonen han var havnet i. Et slags flyfoto. Bildet som tegnet seg, pekte på at jobben hadde blitt den overskyggende arenaen i livet. Det var kanskje ikke så rart at han var energiløs, hadde kort lunte og et slunkent sosialliv? Jeg snakket om viktigheten av å finne en levelig balanse i livet, om å ta vare på de grunnleggende fysiske og psykologiske behovene vi har – man kan ikke forvente å skulle ha et stabilt humør, lang lunte og sterk motivasjon når batteriindikatoren blinker rødt. Planen for neste time var å se



om det ville være mulig å lage seg andre typer dager – få et mer variert liv igjen. Vi avsluttet timen og reiste oss fra stolene. På vei ut av kontoret kommenterte han at det var så stille i lokalene våre: «Hvor lenge jobber dere her på huset?».

«Det varierer litt», svarte jeg. «I dag har mange vært ute på ulike oppdrag, men jeg sitter som regel fra ni til fire–fem. Det går litt i rykk og napp etter hva vi jobber med. I kveld må jeg sitte til godt over midnatt og skrive på en rapport...» Han kastet et kjapt, vurderende blick på meg, og jeg bet meg i tungen og skjønte hvor dumt det kunne høres ut i lys av hva vi nettopp hadde snakket om. Jeg sa farvel og ble stående igjen i det tomme kontorlokalet: «Han kommer til meg for å finne balansen i livet, og får råd fra en psykolog med rødsprengte øyne og en deadline klokken 03 i natt.» Perfekt... Den blinde leder den halte.

Jeg har tenkt det samme når jeg har holdt søvnkurs. Her står jeg og maner opp og i mente om anbefalinger for bedre søvnhygiene, før jeg et par timer senere ligger og strever med sønndagsøvn for fordi jeg har rasert søvnmønsteret i helgen, inntatt syv randfulle kopper med kaffe for å kompensere, og sett fire episoder med *House of Cards* med laptopen i sengen rett før jeg slukker lyset. Men hvor mye skal

man dele med klienten av egne skavanker? Hva tjener det til? Bør jeg si at jeg selv kan ha vansker med å holde meg til de samme standardene jeg håper at andre skal etablere?

Jeg liker

folk som deler av seg selv. Jeg liker *fagfolk* som deler av seg selv. Ofte får jeg mer tiltro til folk som beretter om dyrkjøpte erfaringer, fremfor dem hvis erfaringer bare er «kjøpte». Det er enklere å ta imot rådene, synes jeg, særlig hvis jeg har stått i tilsvarende utfordringer selv. Som om hvert ord blir mer mettet med mening, og i større grad møter den grunnleggende lengselen som de fleste av oss har i vanskelige perioder: det å høre noen andre si «sånn har jeg også hatt det». Og kanskje kan overlevelseshistorier fra en terapeut som har stått i samme problematikk, men håndtert den annerledes, nettopp være det som spirer til håp? Det handler vel om å vite hva man skal dele og når. Den overarbeidede konsulenten har gitt meg en viktig lærdom: Neste gang jeg avslutter arbeidsdagen med en overarbeidet klient i siste time, skal jeg si at jobb er jobb, slukke lysene i lokalet, og spasere tilforlåtelig hjemover ... for deretter å ta nattarbeidet på hjemmekontoret. Dobbelmoral tar seg så mye bedre ut når ingen ser på. ✕

”

Han kommer til meg for å finne balansen i livet, og får råd fra en psykolog med rødsprengte øyne og en deadline klokken 03 i natt



## Kvinner er verst til å konspirere

Ein ny doktorgradsstudie avslører kjønnsforskjellar i hangen til samansverjingar som går ut over fellesskapen.

Doktorgradskandidaten Åshild Auglænd Johnsen ved Universitet i Stavanger lét forsøkspersonar spela to variantar av eit såkalla fangens dilemma-spel, eit klassisk dilemma som ofte blir nytta som døme på den enkelte sitt valg mellom bare å tenka på seg sjølv og å tenka i ein større samanheng. I den klassiske varianten tener begge deltakarane mest når dei samarbeider, for eksempel 40 kroner kvar. Men om den eine ikkje samarbeider, får vedkomande 50 kroner, medan den som ønskjer samarbeid, bare får 12 kroner. Dersom ingen av dei samarbeider, får begge 25 kroner. Det er altså risikabelt å forsøke å samarbeida.

Johnsen samanlikna resultatata av eit slikt klassisk spel med ein variant der deltakarane bidrog til fellesskapen når dei lét vera å samarbeida. Hypotesen var at dette skulle leia til mindre samarbeid.

- Eg observerte i staden at samarbeidet blir styrkt når det går ut over fellesskapen, seier Johnsen til forskning.no.

Deltakarane valde oftare å samarbeida, og samarbeidet varte lenger, når dette gjekk ut over ein tredjepart

- Dette illustrerer at relasjonar kan spela ei rolle i situasjonar der samarbeid går ut over fellesskapen, som ved korrupsjon og kartellverksemd, forklarar Johnsen.

Då Johnsen delte opp svara etter kjønn, viste det seg at det først og fremst var kvinnene som var pådrivarar for samansverjingane som gjekk ut over ein uskuldig tredjepart.

- Menn samarbeidde meir enn kvinner i det klassiske spelet, medan kvinnene var meir samarbeidsvillige i spelet der samarbeidet gjekk ut over fellesskapen, seier Johnsen, og introduserer ei mogleg forklaring:

- Det finst teoriar som seier at menn føretrekker store nettverk med mange og svake relasjonar, medan kvinner føretrekker tette nettverk med få og sterke relasjonar. Når kvinnene får valet å samarbeida tett med ein partner, så vel dei denne i staden for å prioritera tredjeparten.

**Referanse:** Åshild Auglænd Johnsen: «Conspiracy against the public – an experiment on collusion» i Essays on Cooperation and Distribution, doktorgradsavhandling, Universitetet i Stavanger, 2015.

## Empatihjerner

Forskere fra Monash University i Melbourne i Australia har oppdaget en sammenheng mellom menneskers evne til å vise empati og hjernestruktur. Mer konkret har de sett at mennesker som lett får sterke, følelsesmessige reaksjoner på det de opplever, har tettere grå materie i et bestemt område av hjernen (insular cortex) enn andre. 176 personer var med på forskernes eksperiment, og studien har blitt publisert i tidsskriftet *NeuroImage*.

**Kilde:** <http://www.iflscience.com/brain/researchers-find-physical-differences-empathetic-peoples-brains>



FOTO: PAMA (WIKIMEDIA COMMONS)

## Mye fett og sukker kan redusere kognitiv fleksibilitet

En ny studie viser nær sammenheng mellom tarmbakterieflorea og hjernens evne til å tilpasse seg ulike situasjoner. Studien (ved Oregon State University) ble gjort med mus som fikk ulike typer dietter med mye fett og sukker. Etterpå gikk musene igjennom flere tester hvor man overvåket endringer i mental og fysisk funksjon og så dette i sammenheng med bakteriefloreaen i tarmen. Tap av kognitiv fleksibilitet var mest alvorlig når musene fikk en diett med høyt sukkernivå. Sukkerdietten hadde også konsekvenser for korttids- og langtidshukommelsen. Funnene ble nylig publisert i tidsskriftet *Neuroscience*.

- Det blir stadig klarere at våre tarmbakterier kan kommunisere med den menneskelige hjerne, sier Kathy Magnusson, professor ved College of Veterinary Medicine i Oregon i USA.

- Bakterier kan frigi stoffer som fungerer som neurotransmittere, stimulerer nerve- og immunsystemet, i tillegg til å påvirker en rekke biologiske funksjoner, sier hun videre til nettstedet [neurosciencenews.com](http://neurosciencenews.com).

**Kilde:** [neurosciencenews.com/diet-gut-bacteria-cognition-2147/](http://neurosciencenews.com/diet-gut-bacteria-cognition-2147/)

## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 587-593 FAGFELLEVDERT

**TOR ERIK NYSÆTER** Akuttpsykiatrisk døgnetenhet, Psykiatrisk sykehusavdeling, Sørlandet sykehus, Arendal **HANS M. NORDAHL** Psykologisk institutt, NTNU, Trondheim, Spesialpoliklinikken for traumer og PTSD, avd. Østmarka, St.Olavs hospital, Trondheim.

**KONTAKT** Tor.Erik.Nysater@sshf.no

# HVA BESTEMMER UTFALL AV BEHANDLING FOR PASIENTER MED EMOSJONELT USTABIL PERSONLIGHETS-FORSTYRRELSE?

En oversikt over kjønnsespesifikke prognostiske faktorer

Relativt få menn får diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Artikkelen gir en kort innføring i forskningen på menn med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, mulige feilkilder tilknyttet diagnostisering av menn, og en oversikt over kjønnsespesifikke prognostiske faktorer for henholdsvis menn og kvinner.

Tre av fire pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP) innenfor psykisk helsevern er kvinner, og denne forskjellen i forekomst har vært stabilt rapportert i kliniske utvalg i de siste 30 år (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Befolkningsstudier viser derimot at EUP er mer jevnt fordelt mellom menn og kvinner i befolkningen enn man tidligere har antatt. En befolkningsstudie fra USA viser en tilnærmet lik fordeling av kvinner og menn med EUP (Grant et al., 2008), men to andre undersøkelser fra Storbritannia viser noe mer sprikende resultater. I de britiske undersøkelsene rapporteres det både om tilnærmet dobbelt så mange menn (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006) som tilnærmet dobbelt så mange kvinner (Zanarini et al., 2011) med EUP i befolkningen. Data fra Norge viser at det er ikke grunn til å anta at EUP forekommer oftere hos

**ABSTRACT**

*What determines the outcome of treatment for patients with emotional unstable personality disorder? An overview of gender-specific prognostic factors*

Clinical research on prognostic factors for borderline personality disorder (BPD) is mainly based on female patients, but epidemiological studies indicate that there are more men with BPD than previously expected. The aim of the current paper is to present research on men with BPD in general as well as research on prognostic factors separately for male and female patients with BPD. In general, males with BPD are commonly treated in substance abuse clinics whereas most females are treated in psychiatric healthcare clinics. Poor prognostic factors for outcome of therapy in both men and women are substance abuse, severe dissociation and comorbid personality disorders. In conclusion, few studies have reported prognostic factors for men with BPD as they are not commonly found in psychiatric health clinics.

*Keywords: Borderline personality disorder, gender, prospective factors*



Befolkningsstudier viser at emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er mer jevnt fordelt mellom menn og kvinner i befolkningen enn man tidligere har antatt

kvinner enn hos menn (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). Selv om disse befolkningsstudiene viser noe varierende estimater, avviker de fra observert forekomst i kliniske pasientutvalg. Et sentralt spørsmål er om EUP hos menn er underdiagnostisert, noe som kan ha implikasjoner for behandling og forståelse av prognostiske faktorer for menn med EUP, da noen behandlingsveiledere anbefaler spesifikke behandlingsmodeller for diagnosen. Det er dermed viktig å belyse hva man vet om menn med EUP, samt om det finnes kjønnsspesifikke faktorer som det er viktig å adressere i diagnostisering og behandling av EUP. Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over hvilken kunnskap som finnes om menn med EUP, og prognostiske faktorer for behandling av henholdsvis kvinnelige og mannlige pasienter med EUP.

#### METODE

Søk etter studier ble gjort i oktober 2013 ved bruk av PsykInfo, Medline og Web of Science med følgende søkeord: *borderline personality disorder, outcome, predictors, gender, treatment*. I tillegg ble referanselister fra artikler og bøker om EUP gjennomgått for å hente ut relevante publikasjoner. I søkedatabasene ble litteratursøket avgrenset til vitenskapelige publikasjoner som er fagfellevurdert og utgitt i tidsrommet 1975 til 2013 på engelsk eller skandinaviske språk. Kriterier for å inkludere studier om prognostiske faktorer var avgrenset til pasientutvalg med EUP hvor kjønnsfordeling er oppgitt som del av analyser av prognostiske faktorer. Studier som ikke oppga tilstrekkelig informasjon om kjønnsfordeling, og/eller som ikke presenterte data avgrenset til EUP, ble ekskludert. Det finnes tre relevante studier med rene utvalg av menn eller kvinner, og vi velger derfor også å inkludere utvalg med hovedvekt av kvinner eller menn i denne oversikten. Til sammen 62 studier ble funnet, av dem ble 28 inkludert i vårt utvalg. Hovedvekten av studiene som ikke ble tatt med, ble ekskludert fordi de ikke ga tilstrekkelig informasjon om kjønnsfordeling eller ikke oppga spesifikke analyser for EUP. To metastudier er omtalt i egen del om spesifikke behandlingsmetoder. I tabell 1 gis det en oversikt over de inkluderte studiene. Spesifikke behandlingsformer er nevnt med forkortelse av egennavn, hvor TAU (treatment-as-usual) er en samlebetegnelse for alle former for oppfølging en person kan ha med kommune- og spesialist-

helsetjenesten. Studier hvor behandling er psykoterapi som ikke er nærmere spesifisert, betegnes i tabell 1 som psykoterapi. Ved prospektive studier angis antall år siden behandlingsstart.

#### RUS OG KRIMINALITET HOS MENN MED EUP?

Forskning på kjønnsforskjeller ved EUP har gitt lite entydige resultater (Zlotnick, Rothschild, & Zimmerman, 2002), men noen momenter går igjen i litteraturen. Generelt vises det til at kvinner i større grad enn menn søker og mottar helsehjelp for psykiske lidelser (Kessler et al., 2005), og at klinikere lettere setter en EUP-diagnose på kvinner fremfor menn basert på stereotypiske oppfatninger om EUP og hvordan kriteriene for EUP er formulert (Becker, & Lamb, 1994; Blashfield, & Herkov, 1996; Morey, & Ochoa, 1989). Kvinner med EUP fremviser oftere et internaliserende symptombilde (for eksempel angst og depresjon) enn menn med EUP (Skodol, & Bender, 2003). Ut fra hypotesen om at menn i større grad har et eksternaliserende symptombilde (for eksempel atferdsforstyrrelser som barn, rus og antisosial atferd som voksen), har det vært stilt spørsmål om hvorvidt menn med EUP gjenfinnes i rus- eller kriminalomsorgen fremfor i psykisk helsevern (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010). Ved fengselsundersøkelser rapporteres det vanligvis om opp mot dobbelt så mange kvinner som menn med EUP (Singleton, Meltzer, Gatward, & et al., 1997; Trestman, Ford, Zhang, & Wiesbrock, 2007). Et motsatt bilde fremgår i en studie av Black og kollegaer (2007) som spesifikt gikk inn for å kartlegge EUP hos innsatte med mindre alvorlige dommer. Denne studien rapporterte fire ganger så mange menn som kvinner med EUP (Black et al., 2007). Noe av forskjellene mellom disse studiene kan dermed knyttes til ulike studiedesigner og utvalg av respondenter. Det er dermed ikke entydig evidens for at det er flere menn enn kvinner med EUP i fengsel, men det er samtidig få studier som spesifikt har kartlagt menn med EUP innenfor kriminalomsorgen.

Innenfor rusfeltet finnes det derimot flere studier som har undersøkt forholdet mellom rus og EUP, hvor det rapporteres at fra 2 til 66 prosent av personer med en ruslidelse samtidig har en EUP (Lindquist, Tørmoen, & Mehlum, 2013). Det vises generelt til at det er flere menn enn kvinner med EUP som mottar rusbehandling (Johnson, Shea, Yen, & et al., 2003; Maloney,

**Tabell 1.** Oversikt over inkluderte studier

	N	Behandling	Utredning	% Kvinner/menn
Barrachina et al. (2011)	484	TAU	SCID-II/DSM-III-R	83/17
Black et al. (2009)	164	STEPPS	SIDP-IV/DSM-IV	85/15
Chiesa et al. (2007)	54	Psykotterapi	SCID-II/DSM-III-R	75/25
Davidson et al. (2010)	106	KT vs TAU (6 års oppfølging)	SCID-II/DSM-IV	84/16
De Panfilis et al. (2011)	46	TAU	SIDP-IV/DSM-IV	80/20
Evren et al. (2012)	200	TAU	BPI/DSM-IV	0/100
Gunderson et al. (2006)	160	TAU (6 års oppfølging)	DIPD-IV/DSM-IV	75/25
Gunderson et al. (2011)	175	TAU (10 års oppfølging)	DIPD-IV/DSM-IV	75/25
Kleindienst et al. (2011)	57	DBT	SCID-II/DSM-IV	100/0
Links et al. (1993)	65	TAU (2 års oppfølging)	DIB/DSM-III	85/15
Links et al. (1998)	57	TAU (7 års oppfølging)	DIB/DSM-III	88/12
Maloney et al. (2009)	775	TAU	IPDE/DSM-IV	39/61
Martino et al. (2012)	39	Psykotterapi	SCID-II/DSM-IV	85/15
McGirr et al. (2007)	120	Psykologisk autopsi	SCID-II/DSM-IV	22/78
McGlashan et al. (1985)	81	TAU (snitt 15 års oppfølging)	DSM-III	56/44
Nysæter et al. (2010)	32	Psykotterapi	SCID-II/DSM-IV	81/19
Nysæter et al. (2012)	32	Psykotterapi	SCID-II/DSM-IV	81/19
Paris et al. (1993)	39	TAU	SIDP-IV/DSM-IV	100/0
Plakun (1991)	33	TAU (13 års oppfølging)	DSM-III-R	70/30
Ryle et al. (2000)	27	KAT	PAS/DSM-IV	59/41
Soloff et al. (2012)	90	TAU	DIB-R/DSM-III-R	73/27
Tadic et al. (2009)	159	TAU	SIDP-IV/DSM-IV	70/30
Waldinger et al. (1984)	54	Psykotterapi	DSM-III	58/42
Zanarini et al. (1998ab)	379	TAU	DIB-R/DSM-III-R	78/22
Zanarini et al. (2004)	290	TAU (6 års oppfølging)	DIB-R/DSM-III-R	80/20
Zanarini et al. (2006)	290	TAU (10 års oppfølging)	DIB-R/DSM-III-R	80/20
Zanarini et al. (2014)	290	TAU (16 års oppfølging)	DIB-R/DSM-III-R	80/20
Zweig-Frank et al. (2002)	64	TAU (27 års oppfølging)	DIB-R/DSM-III-R	81/19

**Forkortelser:** KT (kognitiv terapi); KAT (kognitiv analytisk terapi); DBT (dialektisk atferdsterapi); STEPPS (system training for emotional predictability and problem solving); TAU (treatment-as-usual); DIB-R (The revised diagnostic Interview for Borderline); DIPD-IV (The diagnostic interview for DSM-IV personality disorders); SCID-II (The structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders); SIDP-IV (The structured interview for DSM-IV personality disorders); BPI (borderline personality inventory); IPDE (international personality disorder examination); PAS (personality assessment schedule).

Degenhardt, Darke, & Nelson, 2009; Tadic et al., 2009; Zlotnick et al., 2002), og at menn misbruker flere typer rusmidler enn kvinner – med unntak av foreskrevne medikamenter, hvor kjønnsfordelingen er lik (Grant et al., 2008). Kvinner med EUP synes å foretrekke alkohol, cannabis og sedativer, mens menn med EUP i tillegg har generelt større sannsynlighet for å gå inn i et mønster av alkoholavhengighet, blandingsmisbruk (Feske, Tarter, Kirisci, & Pilkonis, 2006; Skinstad, & Swain, 2001) eller tyngre rusmisbruk (blant annet injeksjon av heroin) (Darke, Ross, Williamson, & Teesson, 2005; Maloney et al., 2009). Kombinasjonen blandingsmisbruk og personlighetsforstyrrelse er for begge kjønn først og fremst assosiert med dys sosial personlighetsforstyrrelse (Lee, Bagge, Schumacher, & Coffey, 2010; Sher, & Trull, 2002), hvor EUP kommer som en god nummer to (Feske et al., 2006). Samlet sett er det noe indikasjon på at menn med EUP i større grad har eksternaliserende symptomer, og at menn med EUP i større grad søker hjelp for rusproblem fremfor problemer tilknyttet psykisk helse.

### Kvinner og prognostiske faktorer for behandling

Oversikten vi her presenterer for menn og kvinner, har utgangspunkt i forskning på «treatment-as-usual» (TAU). Prognostiske faktorer er i vår artikkel dermed ikke tilknyttet en spesifikk terapimodell, men kan bedre forstås som generelle faktorer tilknyttet et behandlingsforløp.

Lav tidligere funksjonsevne på en rekke områder i livet er assosiert med dårligere prognose (Chiesa, & Fonagy, 2007; Davidson, Tyrer, Norrie, Palmer, & Tyrer, 2010; Gunderson et al., 2006; Nysæter, Nordahl, & Havik, 2010; Zweig Frank, & Paris, 2002). God prognose er forbundet med godt evnenivå (Zanarini et al., 2014),

god funksjonsevne ved behandlingsstart (Chiesa, & Fonagy, 2007; Gunderson et al., 2011; Soloff, & Chiappetta, 2012), et godt og stabilt sosialt nettverk og fravær av belastninger i livet eller i familien som skilsmisse eller rusmisbruk (Gunderson et al., 2011; Plakun, 1991; Zanarini et al., 2014).

Fravær av andre kompliserende faktorer er også assosiert med godt utbytte av behandling, mindre sannsynlighet for drop-out, og bedre prognose. Fravær av alvorlig grad av dissosiering eller impulsivitet (Black et al., 2009; Kleindienst et al., 2011), rusavhengighet (De Panfilis et al., 2011; Links, Heslegrave, & Van Reekum, 1998; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2004), spiseforstyrrelse, PTSD, stemningslidelser og angstlidelser (Zanarini et al., 2004; Zanarini et al., 2014), eller andre personlighetsforstyrrelser (Chiesa, & Fonagy, 2007; Nysæter, & Nordahl, 2012; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006) er generelt assosiert med god prognose. Rusavhengighet utgjør en generell risikofaktor for død, suicid og drop-out fra behandling for denne pasientgruppen (Soloff, & Chiappetta, 2012). Fravær av særlig schizotyp, antisosial, narsissistisk, unnnvikende og tvangspregt personlighetsforstyrrelse er assosiert med markant bedre effekt av behandling.

Generelt viser forskningen bedre prognose for pasienter som har en indre motivasjon for å søke behandling, som har fullført tidligere behandlingsløp, og som rapporterer en positiv utvikling av behandlingsalliansen over tid. Behandlingsallianse er definert ulikt i de forskjellige studiene, men én fellesnevner er at det å utvikle et tillitsforhold til sin behandler tar tid, og at alliansebrudd og fluktuasjoner er vanlig i løpet av en behandlingssekvens. Manglende positiv utvikling av behandlingsalliansen i løpet av de første månedene er forbundet med økt sannsynlighet for drop-out (Bateman, & Fonagy, 2004; Karterud et al., 2010).

Ingen tidligere døgninnleggelse, fravær av selvskading, eller at man ikke har blitt utsatt for seksuelt misbruk som barn, er forbundet med god prognose (Links, Mitton, & Steiner, 1993; Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012; McGlashan, 1985; Paris, Zweig Frank, & Guzder, 1993; Ryle, & Golyunkina, 2000; Soloff, & Chiappetta, 2012; Waldinger, & Gunderson, 1984). Omfang av seksuelt misbruk kan påvirke alvorlighetsgrad av lidelse, men virker ikke nødvendigvis inn på mulighet for bedring over tid. Dette er i motsetning til grad av opplevd emosjonell neglekt i oppveksten, som er forbundet med redusert bedring over tid (Zanarini et al., 2014).

Kort oppsummert kan behandlings- og livshistorie si noe om sannsynligheten for at lidelsen blir kronifisert, og om pasienten vil identifisere seg med pasientrollen. Tidligere funksjonsevne, opplevd støtte i sosialt nettverk og opplevelse av den terapeutiske alliansen kan indikere grad av interpersonlige vansker og sannsynlighet for å fullføre et behandlingsforløp. Tilstedeværelse av andre psykiske lidelser, tidligere innleggelse, omfang av selvskading og tidligere seksuelt misbruk kan være markører for lidelsestrykk og belastninger som kan komplisere behandling. Fravær av andre kompliserende faktorer og få ytre belastninger er generelt assosiert med godt utbytte av behandling.

#### Menn og prognostiske faktorer for behandling

Dårlige prognostiske faktorer for menn generelt er rusavhengighet (Zanarini et al., 2004; Zanarini et al., 1998a), høy grad av impulsivitet og aggresjon (Maloney et al., 2009; Tadic et al., 2009), og komorbide diagnoser som paranoid, narsissistisk, antisosial eller schizotyp personlighetsforstyrrelse (Barrachina et al., 2011; McGirr, Paris, Lesage, Renaud, & Turecki,

2007; Zanarini et al., 1998b). En studie som spesifikt tar for seg menn med EUP, viser at selvskading, dissosiasjon og alkoholavhengighet (Evren, Cinar, & Evren, 2012) er assosiert med dårligere prognose for behandling og større risiko for selvmordsforsøk. Fravær av andre kompliserende faktorer er hos menn som hos kvinner forbundet med bedre prognose.

#### Spesifikke behandlingsmodeller og prognostiske faktorer

Vår oversikt har så langt tatt utgangspunkt i «treatment-as-usual» (TAU); TAU er en samlebetegnelse for alle former for oppfølging en pasient kan ha med kommunen og spesialisthelsetjenesten. Psykoterapi er anbefalt som førstevalg for EUP (NICE, 2009), men TAU trenger ikke nødvendigvis inkludere psykoterapi, det kan for eksempel kun være medikamentell behandling. To systematiske gjennomganger av forskningslitteraturen har undersøkt prognostiske faktorer for spesifikke behandlingsmodeller for EUP (Barnicot et al., 2012; Barnicot, Katsakou, Marougka, & Priebe, 2010). I litteraturgjennomgangen fra 2010 ble det inkludert 44 studier, og i 2012-publikasjonen 33. Hovedsakelig var dette randomiserte, kontrollerte studier (RCT) basert på dialektisk atferdsterapi (DBT), mentaliseringsbasert psykoterapi (MBT), skjematerapi (ST), overføringsbasert psykoterapi (TFP) eller STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving).

Høyt symptomtrykk ved oppstart og opplevelse av å ha en god terapeutisk allianse var assosiert med god effekt av behandling. Komorbiditet i form av symptomlidelser og omfang av personlighetspatologi var ikke forbundet med behandlingsutfall. Unntaket var alvorlig grad av dissosiasjon, som ga redusert effekt av disse behandlingsmodellene. Bruk av psykofarmaka eller pågående selvskading kunne dessuten gi noe redusert effekt av enkelte behandlingsmodeller. Høy grad av impulsivitet, lavt symptomtrykk og ytre motivasjon for å søke behandling ga større sannsynlighet for drop-out.

#### DISKUSJON

Faktorer som gir en god prognose i behandling av EUP, er god funksjonsevne, høyere utdanning og lønnet arbeid, lite merbelastning i form av andre psykiske lidelser eller andre belastninger i livet, samt indre motivasjon til endring og



opplevelse av god relasjon med behandleren. Alvorlighetsgrad, varighet av lidelsen og andre kompliserende faktorer utgjør med noen få unntak negative prognostiske faktorer såfremt man ikke mottar mer spesifisert behandling rettet inn mot EUP. Et viktig poeng er, som Barnicot og kollegaer (2010) viser, at de behandlingsmodellene som er rettet spesifikt inn mot kjernesymptomer ved EUP, generelt gir lavere frafall fra behandling, da 75 prosent av pasientene fullførte behandlingen. Dette er i motsetning til tidligere forskning, som viser at mellom 40 og 80 prosent av pasientene med EUP vanligvis ikke fullfører behandling (Jørgensen, & Kjølbye, 2007; Nysæter et al., 2010; Waldinger, & Gunderson, 1984). Når psykoterapi er anbefalt som førstevalg for EUP, og når det å fullføre behandling generelt er forbundet med bedre prognose, kan det tenkes at det nettopp er de sykeste som profiterer mest på nyere behandlingsmodeller som DBT, MBT eller ST, mens det for pasienter med mindre alvorlig EUP ikke ser ut til at behandlingsmodell er en vesentlig prognostisk faktor.

Det finnes lite forskning på likheter mellom menn og kvinner med EUP, men faktorer som alvorlig grad av dissosiasjon eller rusavhengighet er assosiert med negativ prognose for både menn og kvinner med EUP. Forskjeller mellom menn og kvinner ser blant annet ut til å være type rus og symptomuttrykk; menn har i større grad et blandingsmisbruk og et eksternalisierende og utagerende symptombilde. Forskning viser at klinikere ofte vurderer det samme symptombildet forskjellig avhengig av kjønn. Menn med usikker identitetsforstyrrelse, intense og ustabile forhold til andre, rusmisbruk, impulsivitet og emosjonell ustabilitet får derfor ofte andre diagnoser enn kvinner med samme type problemer. Ved pågående rusmisbruk er det nok også lett å tenke at disse symptomene representerer egenskaper ved rusmisbruket og ikke ved EUP. Flere studier viser at samtidig behandling av rusavhengighet og EUP gir god effekt på begge tilstandene, og at slik kombinasjonsbehandling gjør at pasienter fullfører behandlingen. Ulempen er at kombinasjonsbehandling er mer tidkrevende enn tradisjonell rusbehandling, og at den forutsetter mer spesialisert kompetanse på behandling av EUP og rus (Pennay et al., 2011).

Et spørsmål blir da hvor stor betydning kjønn har ved EUP. En studie av Banzhaf og

kollegaer (2012) indikerer at det generelt er flere likheter enn forskjeller mellom menn og kvinner med EUP som søker hjelp for psykiske lidelser. Det er dermed uklart om mennene som søker hjelp, skiller seg fra menn som ikke søker behandling, eller fra de mennene med EUP som mottar behandling for rusavhengighet. Vi vet derfor heller ikke om menn med samtidig rusavhengighet og EUP får optimal behandling ved ruspoliklinikker.

Begrensningene ved denne litteraturovergangen er at EUP har en høy grad av komorbiditet med andre personlighetsforstyrrelser. Bidraget til EUP alene er derfor vanskelig å isolere fra de komorbide lidelsene i en analyse av kjønnsspesifikke prognostiske faktorer. Resultatene vil ikke nødvendigvis avvike markant fra funnene som er presentert i denne artikkelen, da de fleste studier på personlighetsforstyrrelser er gjort nettopp på pasienter med EUP. I tillegg er det en generell svakhet ved forskningslitteraturen som presenteres, at studier av prognostiske faktorer er basert på relativt små utvalg, og at studiene ofte har generelle og lite spesifikke utfallsmål. Det er antagelig også et viktig poeng, som vi har påpekt, at kulturelle og stereotypiske holdninger kan bidra til underdiagnostisering av menn med EUP, særlig når det også er et markant innslag av rus, impulsivitet og aggresjon. Vår litteraturovergang tyder snarere på at det er relativt mange menn som også sliter med EUP, og som man derfor bør være oppmerksom på og gi et tilbud til disse innenfor psykisk helsevern.

#### KONKLUSJON

Menn med EUP er sannsynligvis underdiagnostisert. Det kan muligens skyldes kjønnsstereotypiske oppfatninger som gjør at menns symptombilde ikke forstås som et uttrykk for EUP, eller at en eventuell rusavhengighet skygger for EUP. Dette indikerer at klinikere dermed også bør vurdere om menn med rusproblematikk kan ha EUP som tilleggsdiagnose. Felles for både menn og kvinner med EUP er at samtidig alvorlig grad av dissosiasjon eller rusavhengighet kan gi et negativt utfall i terapi, og at dette er uavhengig av behandlingsmodell. Det kan tenkes at pasienter med denne kombinasjonen bør tilbys behandlingsformer som legger til rette for samtidig behandling av rusavhengighet eller alvorlig dissosiasjon. ✕



De behandlingsmodellene som er rettet spesifikt inn mot kjernesymptomer ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, gir generelt lavere frafall fra behandling

## REFERANSER

- Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte-Herbruggen, O., Lammers, C. H., & Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*, 368–380.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*, 400–412.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2010). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*, 327–338.
- Barrachina, J., Pascual, J. C., Ferrer, M., Soler, J., Rufat, M. J., Andion, O., . . . Perez, V. (2011). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 725–730.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Becker, D., & Lamb, S. (1994). Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: research and Practice, 25*, 55–61.
- Black, D. W., Allen, J., St John, D., Pfohl, B., McCormick, B., & Blum, N. (2009). Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*, 53–61.
- Black, D. W., T., G., Allen, J., Blum, N., Arndt, S., Wenman, G., & Sieleni, B. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 400–405.
- Blashfield, R. K., & Herkov, M. J. (1996). Investigating clinician adherence to diagnosis by criteria: A replication of Morey and Ochoa (1989). *Journal of Personality Disorders, 10*, 219–228.
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2007). Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder following residential and outpatient psychosocial treatment. *Psychotherapy and psychosomatics, 76*, 347–353.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry, 188*, 423–431.
- Darke, S., Ross, J., Williamson, A., & Teesson, M. (2005). The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Addiction, 100*, 1121–1130.
- Davidson, K., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S., & Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *British Journal of Psychiatry, 197*, 456–462.
- De Panfilis, C., Politi, V., Fortunati, R., Cazzolla, R., Scaramuzzino, M., Marchesi, C., & Maggini, C. (2011). Two-year follow-up of borderline personality disorder patients in Italy: a preliminary report on prognosis and prediction of outcome. *International Journal of Social Psychiatry, 57*, 528–537.
- Evren, C., Cinar, O., & Evren, B. (2012). Relationship of alexithymia and dissociation with severity of borderline personality features in male substance-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 854–859.
- Feske, U., Tarter, R., Kirisci, L., & Pilkonis, P. (2006). Borderline personality and substance use in women. *American journal on addictions, 15*, 131–137.
- Grant, B. F., Chou, P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinton, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 533–545.
- Gunderson, J., Daversa, M., Grilo, C., McGlashan, T., Zanarini, M., Shea, M. T., . . . Stout, R. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry, 163*, 822–826.
- Gunderson, J., Stout, R., McGlashan, T., Shea, M. T., Morey, L., Grilo, C., . . . Skodol, A. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry, 68*, 827–837.
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., & et al. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study. *Comprehensive Psychiatry, 44*, 284–292.
- Jørgensen, C. R., & Kjølbbye, M. (2007). Outcome of psychoanalytically oriented outpatient treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *Nordic Psychology, 59*, 164–180.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., . . . Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine, 352*, 2511–2523.
- Kleindienst, N., Limberger, M., Ebner Priemer, U., Keibel Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., . . . Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to Dialectical Behavioral Therapy in female patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 25*, 432–447.
- Lee, H. J., Bagge, C. L., Schumacher, J. A., & Coffey, S. C. (2010). Does comorbid substance use disorder exacerbate borderline personality disorder features? A comparison of borderline personality disorder individuals with vs. without current substance dependence. *Personality Disorders, 1*, 239–249.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet, 364*, 453–461.
- Lindquist, K. A., Tørmoen, A. J., & Mehlum, L. (2013). Dialektisk atferdsterapi – en relevant behandling for pasienter med rusmisbruk og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse? *Suicidologi, 18*, 23–27.
- Links, P. S., Heslegrave, R., & Van Reekum, R. (1998). Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 265–270.
- Links, P. S., Mitton, M. J., & Steiner, M. (1993). Stability of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 38*, 255–259.

- Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., & Nelson, E. C. (2009). Impulsivity and borderline personality disorder as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatric Research, 169*, 16–21.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: a preliminary study. *Psychiatry and clinical neurosciences, 66*, 180–186.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *The Journal of clinical psychiatry, 68*, 721–729.
- McGlashan, T. H. (1985). The prediction of outcome in borderline personality disorder: Part V of the Chestnut Lodge follow-up study. I T. H. McGlashan (Red.), *The Borderline: current empirical research*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Morey, L. C., & Ochoa, E. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 3*, 180–192.
- NICE. (2009). *Borderline Personality Disorder: treatment and management*: National Institute for Clinical Excellence.
- Nysæter, T. E., & Nordahl, H. M. (2012). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in psychiatric outpatients: How does it look at 2-year follow-up? *Nordic Journal of Psychiatry, 66*, 209–214.
- Nysæter, T. E., Nordahl, H. M., & Havik, O. E. (2010). A preliminary study of the naturalistic course of non-manualized psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: Patient characteristics, attrition and outcome. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*, 87–93.
- Paris, J., Zweig Frank, H., & Guzder, H. (1993). The role of psychological risk factors in recovery from borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 34*, 410–413.
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N., Hall, K., & Lubman, D. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of substance abuse treatment, 41*, 363–373.
- Plakun, E. M. (1991). Prediction of outcome in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 5*, 93–101.
- Ryle, A., & Golyunkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 197–210.
- Sher, K., & Trull, T. (2002). Substance use disorder and personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 4*, 25–29.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., & et al. (1997). *Psychiatric morbidity among prisoners: summary report*. UK: Department of Health.
- Skinstad, A. H., & Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Alcohol and Drug Abuse, 27*, 45–64.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly, 74*, 349–360.
- Soloff, P., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *The American journal of psychiatry, 169*, 484–490.
- Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, O., von Cube, R., Skaletz, C., . . . Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology, 42*, 257–263.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590–596.
- Trestman, R. L., Ford, J., Zhang, W., & Wiesbrock, V. (2007). Current and lifelong psychiatric illness among inmates not identified as acutely mental ill at intake in Connecticut's jails. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 35*, 490–500.
- Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy, 38*, 190–202.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *The American journal of psychiatry, 161*, 2108–2114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & et al. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1733–1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & et al. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 296–302.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*, 827–832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Wedig, M. M., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Early online*, 1–9. doi: 10.1111/acps.12255
- Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *Journal of Personality Disorders, 25*, 607–619.
- Zlotnick, C., Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*, 277–282.
- Zweig Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 103–107.



Bendik Kalkenborn

# «Må jeg tilbake til internatskolen?»

Etter et voldtektsforsøk opplever Sofie at tanker og følelser fra årene på internatskole vekkes til live av en forestående rettssak.

**SOFIE, EN KVINNE** i slutten av 30-årene, kom til meg fordi hun hadde fått sterke posttraumatiske reaksjoner etter at hun ble overfalt og utsatt for et voldtektsforsøk på vei hjem fra byen. To tilfeldig forbigående menn oppdaget hendelsen og grep tidlig inn. De varslet politiet og gjerningsmannen ble raskt pågrepet.

Sofie ønsker hjelp til å forstå og bearbeide reaksjonene sine, samt til å forberede seg til den forestående rettssaken. Hun gruer seg intenst til å vitne i retten. Det viser seg etter hvert at dette ikke bare handler om å møte gjerningsmannen igjen, men også om en følelse av at det er *hun* som skal stilles for retten; en frykt for autoriteter, og en tvil knyttet til egen troverdighet. Dette viser seg å være kjente temaer fra hennes barndom og tid på internatskole.

## GAMLE FØLELSER VEKKE

Sofies foreldre var bistandsarbeidere, og store deler av barndommen tilbragte familien i Asia.

Da Sofie var åtte år gammel, ble hun sendt på internatskole i India sammen med sine to søsken og var der i to år. Internatskolen var en kristen skole av det gamle slaget, hvor undervisningen var preget av streng disiplin. Foreldrene møtte hun i ferier, og én helg i måneden, da de kom på besøk. Sofie trodde at de ble sendt til internatskolen fordi hun hadde kranglet med søsknene sine.

Sofie får en vond følelse i kroppen hver gang hun tenker på den forestående rettssaken. Når jeg spør om dette er en følelse hun har hatt tidligere, sier hun at hun ikke har kjent den på mange år, men at hun fikk den halvveis ut i skoleferiene da hun skjønte at hun måtte tilbake til internatskolen: «Det var så *uunngåelig* å skulle reise tilbake dit; det var forutbestemt at det skulle man. Uansett hva man sa og gjorde, så ville det ikke påvirke resultatet. Det var *helt* forferdelig: Å føle seg så maktesløs!»

Sofie snakker mye om det hun opplevde på internatskolen. Det er fortellinger om strenge »

## TEKST

Kristin Alve Glad,  
Privat praksis

## KONTAKT

kristin\_glad  
@hotmail.com

”

Det handler om en følelse av at det er *hun* som skal stilles for retten



regler, om trusler, straff, uforutsigbarhet og frykt. Hun sier at hun nå i ettertid ser «spillet» de drev med der, og skjønner at lærerne brukte foreldrene for å kontrollere elevene:

Hvordan kontrollerer man 100 barn? Det var ikke mange ansatte der, så de brukte foreldrene som trussel og skremsel, i tillegg til veldig strenge rutiner. Jeg husker at en av lærerne sa at de hadde slått en gutt foran foreldrene hans: «Han brøt reglene, og da måtte vi slå ham foran dem.» Og jeg tenkte bare: «Ikke bare slått, men slått *foran* foreldrene. Den *skammen*, så *forferdelig!*»

Sofie forteller også at det var lite rom for å kjenne på og uttrykke følelser som tristhet, savn og redsel på skolen, samt liten mulighet til å få omsorg, trøst og nærhet av trygge voksenfigurer:

Gråting generelt, det var litt forbudt, så da har jeg tilegnet meg metoder for å skjule at jeg gråter, for eksempel å gråte bak latter: Jeg husker da min far ble lagt inn på sykehus, med mistanke om kreft. Da var det ikke sånn at man fikk beskjed og en klem, da ble det tatt opp i bønnemøte: «Så må vi be for pappaen til Sofie, han ligger på sykehus med kreft», og så får du ikke lov til å gråte – da må du le, eller, jeg måtte le – tårene sprutet.

#### Å SNAKKE OM DET VANSKELIGE

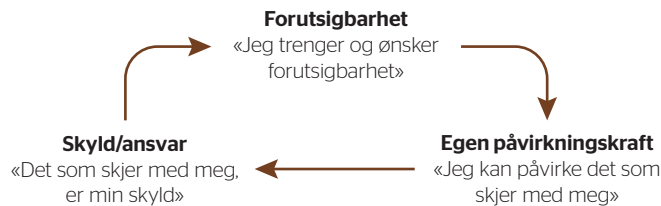
Flere har rådet Sofie til å snakke om det hun opplevde på internatskolen, men dette er noe hun har vegret seg for: «Jeg har bare tenkt: 'Det er nok best at jeg ikke tenker på det'. Det er ikke uvanlig at mennesker unngår å snakke om og tenke på vonde ting de har opplevd. Sofie beskriver flere av de vanskelige følelsene bak unngåelsen, som skam: «Tenk om folk tror at jeg er gal!», og frykt: «Jeg tror at det vil være forferdelig *vondt*. Og det er det jeg *kjemper* imot; at jeg skal oppleve noe vondt – for det er feid så bekvemmelig under teppet.» Hun sier videre:

Jeg tror jeg er redd for å komme på flere ting enn det jeg husker nå, og få overtrampet stoltheten min, at jeg var med på det liksom; at jeg bare lot det skje; at jeg fant meg i systemet, uten å stille noen spørsmål. Jeg trodde på alt som ble fortalt meg om hvordan foreldrene våre kom til å reagere hvis vi gjorde noe galt – om hvor skuffet de ville bli...

Sofie har skyldfølelse: «Egentlig er det min skyld at dette skjedde med meg.» Forståelig nok kan vanskelige følelser, som skam, frykt og skyld, føre til tanken: «Det er nok best hvis jeg ikke tenker på/snakker om dette.» Men de vonde opplevelsene fra barndommen fortsatte å påvirke opplevelsene og fortolkningene hennes, til tross for at hun forsøkte å fortrengte dem.

#### «JEG STILTE MEG TIL RÅDIGHET FOR Å BLI VOLDTATT»

Én av grunnene til at Sofie har vegret seg for å snakke om opplevelsene fra internatskolen, er spørsmål omkring hva *hun* kunne gjort annerledes for å forhindre det som skjedde. Når vi snakker om voldtektsforsøket, viser det seg at Sofie har en lignende opplevelse knyttet til dette. Hun føler at det er hennes skyld at hun ble overfalt, og hun tenker mye på hva hun kunne gjort annerledes for å forhindre det:



**FIGUR 1** Figuren viser den vonde sirkelen som bidrar at Sofie føler skyld for at hun ble utsatt for et voldtektsforsøk.

Jeg har tenkt litt på dette med at det er min skyld at det skjedde med meg, fordi: «Jeg burde vite bedre», og «Jeg stilte meg til rådighet for å bli voldtatt.» Og når jeg hører det, så tenker jeg: «Det er jo sprøtt!», men jeg føler det jo – at jeg kan skyld på meg selv – og så lurere jeg på *hvorfor* jeg føler det sånn?

Sofie rives mellom det emosjonelle og det rasjonelle. Hun skjønner at dette ikke er riktig, men det er likevel slik hun *føler* det. Hun sier at hun er glad i forutsigbarhet, og at hun liker å finne årsaker hos seg selv, for da er det noe hun kan påvirke: «Litt som den: jeg ble sendt på internatskole fordi jeg kranglet med søsknene mine.» Sofie var bare åtte år gammel da hun ble sendt på internatskole, og vi vet at barn, i et forsøk på å oppleve kontroll og forutsigbarhet, forsøker å skape mening i det som skjer. Samtidig har barn et *selvsentrert perspektiv*, noe som blant annet betyr at de ikke er i stand til å forstå at foreldrene deres kan gjøre noe og/eller reagere på noe som ikke har med dem å gjøre. Dette gjør dem sårbare, fordi de «så lett tilskriver negative hendelser/opplevelser til noe de selv er eller har gjort» (Theophilakis, 1990, s. 135). Barn trenger derfor omsorgspersoner som kan hjelpe dem til å utvikle en mer differensiert forståelse av virkeligheten.

På internatskolen var det imidlertid få voksenpersoner, og Sofie hadde ingen nære, trygge omsorgsgivere som kunne hjelpe henne å utvikle en slik differensiert forståelse av årsak og virkning. Videre var det et sterkt fokus på betydningen av «egne valg» og «eget ansvar» i undervisningen, noe som forsterket hennes selvsentrerte forståelse av ansvar og skyld (se figur 1):

På internatskolen lærte vi om Det gamle testamente, og vi lærte at litt dårlig dømmekraft, bare et øyeblikk, var nok til at du fikk et dårlig

liv – og at du i hvert fall ikke skulle til himmelen. Jeg husker ikke helt historiene, men moralen var: «Du må alltid ta riktige valg; ellers vil Gud straffe deg.»

Som åtteåring lærte hun altså at selv små feiltrinn kunne få katastrofale følger, som å komme til helvete. Hun lærte også at hvis hun valgte feil, ville hun bli straffet. Ifølge Piagets (1932/1965) stadieteori for moralsk utvikling har Sofie på dette tidspunktet det som kalles «heteronom moral». Heteronom betyr 'under en annens autoritet', og barn på dette stadiet (5–10 år) ser på regler som er formidlet av autoriteter som foreldre og lærere, som permanente og uforanderlige, og noe som man lydlig må etterleve. De ser også på regler som en ekstern del av virkeligheten – ikke som prinsipper man har blitt enige om og som kan endres (Berk, 2006). På internatskolen var det mange regler, og brudd på reglene medførte straff. Men det var mer uforutsigbart enn som så:

Man trengte ikke å ha gjort noe galt for å bli utpekt som den skyldige. En lærer kunne si: «Ja, nå har du bråkt fire ganger», og så ble en av guttene straffet; slått med spanskrør. Han hadde ikke gjort noe, egentlig, men sånn var det bare.

Sofie forteller at dersom barna prøvde å protestere, og si at de ikke hadde gjort noe galt, ble de møtt med blank avvisning: «Du lyver!» Dette er selvsagt skremmende og forvirrende for et barn. De voksne har all definisjonsmakt; hva som egentlig har skjedd, har liten betydning.

#### FRYKT FOR Å BLI AVSLØRT

Sofie følte seg konstant skyldig på internatskolen. Hun var redd for å bli avslørt for noe som »

egentlig ikke var der, men som hun *følte* var der: «Jeg var redd for at de kom til å se 'den sanne meg', og at denne egentlig var litt skyldig, for det var alle barna der, for vi var barn og vi gjorde masse dumme ting, og det var galt». Denne grunnleggende skyldfølelsen har Sofie båret med seg videre inn i voksenlivet. Jeg påpeker dette og sier at selv om hun *er* uskyldig, så *føler* hun seg skyldig – og dette gjør det vanskelig for henne; for hva er *egentlig* riktig? Sofie svarer spontant:

Ja, det at jeg *egentlig* føler meg skyldig, det er så *riktig*! Den følelsen har jeg i *hver* passkontroll: Jeg føler at *et eller annet sted*, så kommer jeg til å bli tatt for *et eller annet*; for tenk om det er noe jeg har gjort, som jeg ikke vet er galt, men som er veldig, veldig galt, og så er jeg skyldig i det... Og det kan jeg faktisk relatere til skolen; *plutselig* (knipser) kom det en eller annen regel som jeg ikke visste var der, og da hadde jeg gjort det med overlegg, selv om jeg ikke visste at det jeg gjorde, var galt.

Sofie trekker her en parallell mellom frykten hun kjenner på i dag, i forhold til det å føle seg skyldig, og frykten hun hadde på internatskolen, knyttet til de nye reglene som plutselig ble proklamert. Paradokset i resonneringen hennes er tydelig: Sofie opplever at hun kan gjøre noe som hun ikke vet om er galt, men likevel gjøre det «med overlegg». Dette er trolig nært knyttet til opplevelsene fra internatskolen: Barna visste ikke at det de gjorde, var galt, før de fikk straff. Samtidig har Sofie lært at hvis barn blir straffet, er det fordi de har tatt dårlige valg og dermed er skyldige.

#### «GUD SER ALT»

Det er mange sterke paralleller mellom Sofies opplevelser på internatskolen og forventningene hun har til hva som skal skje i retten. Når vi snakker om rettssaken, opplever jeg at det er som om hun blir satt tilbake i tid og *føler* at hun faktisk skal tilbake til skolen: Hun sier at hun får fysisk vondt i kroppen, og jeg legger merke til at hun bruker nøyaktig de samme formuleringene som da hun fortalte om internatskolen: «Det er noe *uunngåelig*», «Jeg kan ikke *påvirke* det», og «Jeg kommer til å være der på nåde av andre mennesker – at de skal tro på meg!» Sofie trekker også denne parallellen selv: «Jeg kjenner at dette er veldig likt som på internatskolen; og hvorfor skal de tro på meg nå, når de ikke har gjort det i lignende situasjoner tidligere?» Hun føler at hun er «under lupen, under granskning». Vi utforsker hennes forestillinger om hva som kan skje i retten, og hvilke konsekvenser det vil ha:

*Sofie*: Jeg er redd for forsvareren, at han for eksempel skal påstå at jeg er rasist. Da er det ren løgn, og så må jeg argumentere mot det, og han har jo høyere autoritet og større pondus...

*Terapeut*: La oss ta det eksempelet, forsvareren sier: «Hun er en rasist, hun prøver nå å peke ut en stakkars afrikaner, og sier at han har gjort det, men egentlig har han ikke påført henne noe særlig.» Hva tenker du, hvordan er det?

*Sofie*: Det er *helt* grusomt, der undergraves de viktigste verdiene mine, og sannheten, og det reises tvil om meg, min genuinitet og min ærlighet, og det er *veldig* vondt at den blir utfordret. For jeg prøver jo å danne et bilde av meg selv utad som er tro mot hva jeg er innad. Men hvis noen stiller spørsmål ved det, da er det vel noe i det da, ikke sant, selv om det går på

tvers av hvem jeg er, og hvem jeg prøver å vise utad at jeg er.

*Terapeut*: Hvis forsvareren sier at du en rasist?

*Sofie*: Ja, da er jeg nok det.

Her blir det tydelig for meg hvor skjør virkelighetsopplevelsen til Sofie er: Selv sine viktigste verdier tviler hun på hvis de blir utfordret av en med høyere rang. Som på internatskolen er det fortsatt andre som har definisjonsmakten. Her reflekterer hun rundt dette selv:

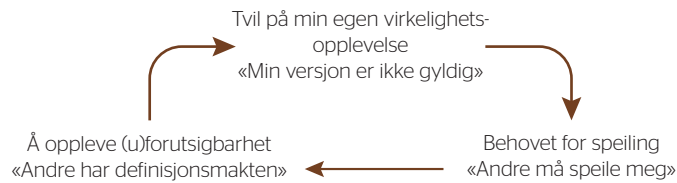
Da har det blitt sagt, da er det sånn. Hvor kommer det fra? Jeg tror ikke at det er én hendelse. Men jeg tror at min virkelighetsforståelse har blitt avkrefte så *vanvittig* – selv om jeg egentlig har visst at jeg har hatt rett. Men så har jeg liksom tenkt at: «Det må vel være noe i det.» For det må alltid være noe der, hvis noen kommer med en påstand.

Hvis noen sier noe, så må det være sant. Noe av bakgrunnen for dette finnes kanskje i undervisningen hun fikk på skolen: Barna lærte at det var viktig å være helt transparente og ærlige, og at «Gud ser alt». Sofie har fulgt dette strengt, og hun har tenkt at dette er en regel alle andre også lever etter. Derfor tror hun at det må «være noe i det» når andre kommer med en påstand. Hun sier videre:

Jeg tror også at det har med forutsigbarhet å gjøre... Mest i forhold til foreldrene mine, men også i forhold til andre autoritetspersoner og eget nettverk: Min versjon er jo ikke gyldig, så det er veldig viktig at de har rett, for de skal jo speile meg tilbake!

Barn har et stort behov for å se opp til foreldrene sine: «De nære voksne blir gjerne i barnas øyne og verden til allmektige, allvitende, nærmest ufeilbarlige mennesker som de kan lene og støtte seg til, helst grenseløst tilgjengelige og alttålende» (Theophilakis, 1990, s. 135). Der som foreldrene ikke er i stand til å imøtekomme barnets forventninger og behov i tilstrekkelig grad, vil barnet forklare dette med egenskaper ved seg selv (for eksempel «Jeg er slem»), fremfor å attribuere det til en svikt hos sine foreldre (Herman, 1992). Barnet sikrer således tilknytningen til sine primære omsorgspersoner, og beholder i tillegg illusjonen om de gode foreldrene. Prisen barnet betaler, er at det begynn-





**FIGUR 2** Figuren viser en vond sirkel, der Sofie i sin søken etter forutsigbarhet begynner å tvile på sin egen virkelighetsopplevelse.

ner å tvile på seg selv. (Herman, 1992; Theophilakis, 1990).

Jeg innser at Sofie, i et forsøk på å skape forutsigbarhet for seg selv, har tenkt at det andre sier og mener, er riktig. Hennes oppfattelse av virkeligheten har hatt liten verdi. Dette er også noe hun lærte på internatskolen; det er autoritetene som bestemmer hva som er rett og galt. Sofie ble derfor svært avhengig av tilbakemeldingene hun fikk fra andre (se figur 2).

### Å UTFORSKE KLIENTENS LIVSHISTORIE

Våre tidlige erfaringer påvirker hvordan vi forstår og opplever verden rundt oss. Å utforske klientens livshistorie er derfor en sentral del av det terapeutiske arbeidet. I møte med Sofie skjønte jeg gradvis hvordan de vonde erfaringene fra internatskolen hadde formet hennes måte å tolke verden på og utfordret virkelighetsopplevelsen hennes. Ettersom hun ikke hadde noen nære omsorgspersoner rundt seg, som kunne hjelpe henne med å forstå det som skjedde, ble hennes forståelse av årsakssammenheng fastlåst i barnets selvsentrerte perspektiv. Dette gjorde det naturlig nok svært vanskelig for henne å skulle være vitne i en stor rettsak: Sofie fryktet at de ikke skulle tro på vitneforklaringen hennes, og at hun skulle bli tatt for å være en rasist.

### «IKKE SKYLDIG LENGER»

Sofie vegret seg lenge for å snakke om opplevelsene fra internatskolen. Her reflekterer hun rundt dette, samt hvordan det faktisk var å snakke om det, og hva som er annerledes mot slutten av terapiforløpet:

Jeg opplevde det som så skamfullt, for jeg opplevde at det var min skyld at jeg var der, så det var vanskelig å snakke om. Jeg visste ikke hvor jeg skulle starte, og jeg var livredd for at det bare skulle *eksplodere* ut en vulkan av masse vonde følelser. Men jeg har forstått det nå; jeg har vært innom de følelsene igjen – og hvor vondt det *var*, og det er mye mer overkommelig å kjenne på de følelsene nå, enn å holde dem på avstand: Nå er det ikke så betent mer.

Sofie sier at hun nå kan snakke om internatskolen fra *sitt* perspektiv, og at hun har lært at det ikke er én sannhet, men en sannhet for hver enkelt. Det er bare et par dager igjen til rettsaken, og hun begynner å bli klar:

Nå føler jeg at rettsaken kommer til å gå greit. Jeg gruer meg *veldig* fortsatt, men det er noe med at jeg ikke er vingeklippet på samme måte; jeg går ikke inn der som skyldig lenger, jeg har forsonet meg med at det ikke er jeg som 8-åring som er tiltalt for noe. ✕

”

Barna lærte at det var viktig å være helt transparente og ærlige, og at «Gud ser alt». Sofie har fulgt dette strengt

### REFERANSER

Berk, L. E. (2006). *Child Development*. Boston: Pearson/Allyn and Bacon.  
Herman, J. (1992). *Trauma and recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

Piaget, J. (1965). *The Moral Judgements of the Child*. New York: Free Press. Utgitt første gang i 1932.  
Theophilakis, M. (1990). Etterord. I B. Dahl, *Bortsendt: Om barn mellom kulturer* (s. 132–136). Oslo: Universitetsforlaget.

# Forsvarlig testbruk

Hvor ofte tenker du på om testen du bruker, er psykometrisk god nok? Det elektroniske tidsskriftet *PsykTestBarn* bidrar til at testbrukere i Norge kan gjøre kunnskapsbaserte valg av tester for hvert enkelt barn og hver enkelt ungdom.

**TEKST** Hege Kornør, RBUP Øst og Sør, Thomas Jozefiak, RKBU Midt, NTNU, Ketil Hanssen-Bauer, RBUP Øst og Sør, Mari Hysing, RKBU Vest, Uni Research Helse

**NÆR SAMTLIGE NORSKE** psykologer (99 %) i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), og én av ti psykologer i pedagogisk/psykologisk tjeneste (PPT), bruker tester i sitt kliniske arbeid (Vaskinn, Egeland, Nielsen & Høstmælingen, 2010). Norsk psykologforening (NPF) har lenge arbeidet for forsvarlig testbruk i Norge. «Test» står her for både tester i tradisjonell forstand, og for kliniske intervjuer, kartleggingsinstrumenter og spørreskjemaer. Retningslinjer for bruk av tester (International Test Commission, 1999) har vært NPFs standard for forsvarlig testbruk siden år 2000. Dette innebærer at testen er godt tilpasset norske forhold, at testskårene har tilfredsstillende reliabilitet, og at tolkningene er valide. Videre skal testen ha normdata fra en norsk populasjon og være administrert av kvalifisert personell.

I 2007 ble 17 kliniske og nevropsykologiske tester evaluert på oppdrag av NPF (Selvik, 2007). Konklusjonen var at bruken av flere av disse kunne karakteriseres som uforsvarlig. I samråd med NPF besluttet Helsedirektoratet i 2008 å gi Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) mandat til å «etablere et eget fagmiljø som kan kvalitetssikre utvalgte kliniske tester og kartleggingsmetoder som i dag benyttes i primærhelsetjenesten og i psykisk helsevern». Kunnskapssenteret opprettet *Testprosjektet*, som senere ble til nettstedet *PsykTest* ([www.psyktest.no](http://www.psyktest.no)). De fire regionsentrene for barn og unges psykiske helse samarbeidet med Kunnskapssenteret om barnedelen av *PsykTest* i to år, før vi trakk oss ut og opprettet det nåværende tidsskriftet *PsykTestBarn* i 2013.

## E-TIDSSKRIFTET PSYKTESTBARN

*PsykTestBarn* er et elektronisk tidsskrift som utgir artikler om måleegenskaper ved norske versjoner av tester og verktøy for å kartlegge psykisk helse, livskvalitet, psykososiale proble-

mer, personlighetstrekk, evner og ferdigheter hos barn og ungdom. Tidsskriftet er godkjent av Universitets- og høyskolerådets publiseringsutvalg som vitenskapelig publiseringskanal på nivå 1. Alle artikler er fritt tilgjengelige på nettstedet [www.psyktestbarn.no](http://www.psyktestbarn.no).

*PsykTestBarn* drives av Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør (RBUP) i samarbeid med de regionale kunnskapssentrene for barn og unge (RKBU) i helseregion Nord, Midt og Vest.

## PSYKTESTBARN-METODEN

Et av målene for *PsykTestBarn* er å identifisere og vurdere måleegenskapene til *samtlig*e tester for barn og unge som brukes i norsk praksis og forskning. Vi har til nå laget en oversikt over 120 tester som skal evalueres. Listen omfatter alle tester som ble rapportert brukt av norske psykologer i NPFs spørreundersøkelse (Vaskinn & Egeland, 2012; Vaskinn et al., 2010), tester som inngikk i Kunnskapssenterets prosjekt *PsykTest*, og tester som vi selv har foreslått. I tillegg tar vi fortløpende imot forslag til relevante tester fra *PsykTestBarns* lesere.

Hver *PsykTestBarn*-artikkel har minst to forfattere som gjør uavhengige vurderinger. Alle forfatterne benytter seg av samme framgangsmåte. *PsykTestBarn*-metoden er basert på: 1) systematiske litteratursøk og -utvelgelse, og 2) European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) modell for vurdering av psykometriske egenskaper (2013). (Les mer om metoden på <http://www.psyktestbarn.no/CMS/ptb.nsf/pages/psyktestbarn-metoden>).

Før vi besluttet denne metodikken, vurderte vi om hver artikkel skulle plassere testen i én av tre kategorier: god, tilfredsstillende eller udokumentert/dårlig. Vi gikk imidlertid bort fra dette fordi det er umulig å gi en anbefaling på generelt grunnlag. Testbrukeren må i

## SKRIV I «OPPSUMMERT»:

Ny psykologisk innsikt?

Betydningsfulle forskningsfunn?

Nettopp disputert?

### Ta kontakt:

ida.holth@psykologtidsskriftet.no

hver potensielle testsituasjon selv vurdere hva som er relevante former for reliabilitet og validitet før valg av test. Spørsmål testbrukeren bør stille seg, kan være: Gjelder måleegenskapene den spesifikke målgruppen det aktuelle barnet representerer? Hva slags konsekvenser får bruken av testen for individet? Hvor store feilmarginer kan tolereres? Hvis testbrukeren ikke har kompetanse til å gjøre slike vurderinger, er det et spørsmål om vedkommende bør bruke tester i det hele tatt.

#### KUNNSKAPSSTATUS

Per april 2015 har PsykTestBarn publisert 37 artikler om måleegenskaper ved norske tester for barn og unge. Vi har valgt å konsentrere oss om noen temaområder ad gangen: ADHD, generell psykisk helse, livskvalitet, foreldrefunksjon og utvikling. Indre konsistens er det som rapporteres hyppigst i dokumentasjonen, mens det er langt mellom gode validerings- og normeringsstudier. Kriterievaliditet er spesielt sjelden rapportert.

Vi fant flest publikasjoner om norske versjoner av testene fra Achenbach System of Evidence-Based Assessment (ASEBA) og Strength & Difficulties Questionnaire (SDQ). Årsaken er at disse testene er mye brukt i store befolkningsundersøkelser med psykometriske ana-

lyser. Likevel strekker ikke dokumentasjonen til for å gi en uforbeholden anbefaling om bruk av Child Behavior Checklist (CBCL) og SDQ på generell basis. Det vi *kan* si, er at lærerversjonen av SDQ ser ut til være egnet til screening for psykiatriske diagnoser i selekterte risikoutvalg.

Litt mindre enn en tredjedel av testene vi har evaluert hittil, har ingen dokumentasjon for den norske versjonen. For disse må vi konkludere at måleegenskapene er ukjente, og at testresultatene må tolkes med varsomhet.

#### VEIEN VIDERE

PsykTestBarn har som mål å gi ut én artikkel for hver av de drøyt 120 testene vi vet brukes i Norge. Etter dette skal artiklene oppdateres jevnlig og nye artikler skrives om nye tester. Kommende sammendrag på engelsk vil gjøre arbeidet vårt internasjonalt tilgjengelig. Samtidig ønsker vi å videreutvikle formidlingsformatet til *PsykTestBarn* til å bli mer lettlest. Høsten 2015 arrangerer vi et seminar om testbruk beregnet for beslutningstakere i tjenestene og forvaltningen.

Vårt langsiktige mål er at klinikere bruker testevalueringene i *PsykTestBarn*, og at det bidrar til en mer forsvarlig, reflektert og kunnskapsbasert praksis. Vi håper også å bidra til mer psykometriforskning ved å beskrive kunnskapshullene i litteraturen. ✕



Testbrukeren må selv kunne vurdere relevante former for reliabilitet og validitet

#### REFERANSER

- European Federation of Psychologists' Association (EFPA) (2013). *EFPA Review model for the description and evaluation of psychological tests: Test review form and notes for reviewers*, v 4.2.6: EFPA.
- International Test Commission (1999). *Internasjonale retningslinjer for bruk av tester. Versjon 2000*.
- Selvik, A. (2007). *Forsvarlig bruk av tester, strukturerte intervjuer og spørreskjemaer – kvalitet og bruksrett i helsevesenet*. Oslo: Norsk psykologforening.
- Vaskinn, A. & Egeland, J. (2012). Testbruksundersøkelsen: En oversikt over tester brukt av norske psykologer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(7), 658–665.
- Vaskinn, A., Egeland, J., Nielsen, G. H. & Høstmælingen, A. (2010). Norske psykologers bruk av tester. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(11), 1010–1016.

# ENDELEGI RAMPELYSET

Arbeids- og organisasjonspsykologi kjem ofte i bakgrunnen i saker som Psykologforeininga arbeider med, slår Sverre Nielsen fast. Han er medlem i organisasjonskomiteen som nyleg arrangerte den største EAWOP-kongressen nokon gong.

## TEKST

Øystein Helmikstøl

**1500 DELTAKARAR ER** ny rekord. Arbeids- og organisasjonspsykologar frå heile verda var samla i Oslo i slutten av mai då den 17. kongressen for European Association of Work and Organizational Psychology (EAWOP) blei arrangert.

### - I BAKGRUNNEN

– Hensikta med å søkje om, og å arrangere, kongressen var å setje arbeids- og organisasjonspsykologi på kartet i Noreg og for norske psykologar, og syne at Norsk psykologforening tek dette fagområdet av psykologien på alvor, seier Per A. Straumsheim. Han er spesialrådgjevar i Psykologforeininga og leia organisasjonskomiteen for Eawop-kongressen.

Med seg i organisasjonskomiteen hadde han blant andre spesialrådgjevar Sverre Nielsen i Psykologforeininga. Nielsen meiner at faget «arbeids- og organisasjonspsykologi» ofte kjem i bakgrunnen i foreininga sitt arbeid.

– Kongressen har betydd eit løft både for arbeidet vårt med og for dette feltet. Samstundes har me bringa faget, frå forsknings- og praksisfeltet, til landet, i den største EAWOP-kongressen som nokon gong har vore halde. Eg trur det betyr mykje for faget generelt og for bevisstheita om det her i Noreg spesielt, seier Nielsen, som meiner at i dette fagfeltet, spesielt innanfor rekruttering og leiar-utvikling, er det mange useriøse tenesteleverandørar.



### FOR ARBEIDS- OG ORGANISASJONS- PSYKOLOGIEN

Per A. Straumsheim og Sverre Nielsen var i organisasjonskomiteen for Eawop-kongressen. Foto: Norsk psykologforening

– Me har eit godt stykke igjen for å få fleire kvalitetssikra tenester og seriøse leverandørar, meiner Nielsen.

Kongressen har, trur han, betydd mykje for dei som i Noreg ynskjer å få forskinga meir fram i lyset og å få ei betre og meir seriøs utøving av faget. Det finst ifylgje Nielsen nokre gode fagmiljø både innanfor forskningen og i praksis.

### ØVERSTE HYLLE

Per Straumsheim understreker at norske psykologar som er interesserte i fagfeltet, på Eawop-kongressen kunne velje frå øvste hylla med omsyn til kvalitet og variasjon. Og sjølv arbeidet fram mot kongressen har vore like viktig, framheld Straumsheim.

– Gjennom arbeidet med programkomiteen og programmet har me fått kontaktar i heile



**SAMLA 1000** Daan van Knippenberg heldt opningsforedraget på Eawop-kongressen i Oslo nyleg. Foto: Vanja Skotnes

Europa og verda som me kan dra nytte av i tida framover. Programkomiteen med deltakarar frå universiteta i Oslo og Bergen og frå Handelshøyskolen BI blei eit fantastisk lag som me reknar med å ha god kontakt med seinare i faglege samanhengar, sier Straumsheim.

#### REKORD I DYR BY

Korleis utvikle effektiv og respektfull leiing i urolege tider? Det var tema for kongressen i mai. Det var rekord i talet på deltakarar trass i at kongressen i år blei arrangert i ein av verdas dyraste byar. Per Straumsheim trur at dette skuldast fleire faktorar.

– For det første gjorde programkomiteen ved leiar Ståle Einarsen ein særskild god jobb. Dessutan trur eg at temaet for kongressen trefte veldig godt.

Straumsheim opplyser at det er første gong leiing er adressert slik, og meiner at det inviterte programmet reflekterte temaet svært godt.

– I tillegg brukte Psykologforeininga mykje pengar og ressursar på det inviterte programmet, seier Straumsheim, som òg trur at Noreg for mange deltakarar er eit eksotisk reisemål.

#### MYKJE JOBB

Når det gjeld Eawop-kongressen og ressursbruken for Psykologforeininga, er det god økonomisk balanse, opplyser generalsekretær Ole Tunold. Per Straumsheim har jobba med kongressen i fire år, på full tid store delar av det siste året. Sverre Nielsen har jobba mykje frå i haust, fulltid sidan nyttår. Over 50 studentassistentar var i sving den siste veka før kongressen. Kurskonsulentane i Psykologforeininga har vore involverte nokre veker før kongressen.

– Spesielt dagen før og under kongressen var svært mange i sekretariatet engasjerte, arbeidde lange dagar og gjorde ein fantastisk innsats. Totalt bidrog dette til ein kongress som me har fått svært mange gode tilbakemeldingar for, seier Per Straumsheim.



Filosof Øyvind Kvalnes.  
Foto: BI

## Bortforklaringens psykologi

Hvordan forsvare for deg selv at du handler uetisk?

**MORALSK DISSONANS ER** ubehaget som oppstår når du fristes til å gjøre noe du egentlig mener er galt. Moralsk nøytralisering er metoder du bruker for å rettferdiggjøre handlingen for deg selv. Forkastelig atferd skyldes ikke nødvendigvis at personen har lavere moral enn andre, men ofte at vedkommende ikke har blitt utfordret på sine begrunnelser for å handle uetisk, ifølge Øyvind Kvalnes, filosof og førsteamanuensis ved BI.

Kvalnes var en av foreleserne ved EAWOP-konferansen i Oslo i mai. Han mener tankegods og begreper fra moralpsykologien kan bidra til en bedre forståelse av etiske feilgrep i organisasjoner, eller hos enkeltpersoner med makt i kraft av sin profesjon – som leger, advokater og psykologer. Med utgangspunkt i kriminologene David Matza og Gresham Sykes beskrev han en prosess som går fra moralsk dissonans via moralsk nøytralisering der personen overbeviser seg selv om at handlingen kan forsvares – til at tvilsom atferd etter hvert normaliseres. Nøytraliseringen kan eksempelvis foregå ved å benekte at en har ansvar: «Jeg bare gjør det jeg får beskjed om», eller at en forsvare seg med at skaden ikke blir så stor, at det finnes andre hensyn som er viktigere enn at en enkeltperson blir skadelidende.

Kvalnes presenterte også et «navigasjons-hjul for etisk analyse». Det inneholder spørsmål som: Har vi lov til å gjøre dette? Er det i samsvar med verdigrunnlaget vårt og med våre etiske retningslinjer?

På arbeidsplassen er det avgjørende å ha en kultur der folk tør å yte motstand og å ytre seg kritisk når en ser at en kollega – eller en leder – er i ferd med å trække over etiske grenser, mente han. (Psykologtidsskriftet) ✘

# KLAGESAKER SKAL PÅ NETT

Konklusjonane i fagetiske klagesaker mot psykologar blir snart offentlege.

## TEKST

Øystein Helmikstøl



- Vi er valde av medlemene til å forvalte fagetikken. Då må medlemmene kunne sjå korleis vi forvaltar tilliten dei har synt oss, seier Knut Dalen i Ankeutvalg for fagetiske saker i Psykiologforeninga. Foto: Nevropsykolog.no

**KONKLUSJONANE I KLAGESAKER** som kjem til Fagetisk råd (FER) i Psykiologforeninga etter 1. januar 2016, skal publiserast anonymisert på nettsidene til foreninga. Dette er nå vedtatt, etter diskusjonar i FER, på Psykiologforeningens leiarkonferanse og på landsmøtet.

Hensikta er at psykologane skal få meir kunnskap om fagetikk. Psykiologforeninga håper fleire vil delta i ordsiftet om fagetiske spørsmål, noe foreninga meiner vil koma brukarane av psykologiske tenester til gode.

### - STORT FRAMSTEG

- Dette vil sikkert opplevast krevjande i ein overgangsperiode, men det er eit stort framsteg, og på sikt vil det bare ha positive følgjer, seier leiar Giske Holst i Fagetisk råd.

Holst seier at det har vore diskusjonar og vurderingar om moglege ulemper.

- Omsynet til klagaren må vega tyngst, og det kan tenkjast at dette i verste fall vil føre til ein høgare terskel for enkelte klagarar, fryktar Holst.

Leiaren i Fagetisk råd understrekar at det er viktig å informere så godt det lèt seg gjera, og sørge for at dei som klagar, kjenner føresetnadene.

- Klagaren må kjenne seg trygg på at dette ikkje vil koma i konflikt med teieplikta vi har som autorisert helsepersonell, seier Holst, og seier at poenget ikkje er refs, men læring. Innsyn i vurderingar vil etter hennar syn skjerpe krava til kvalitet på arbeidet til psykologar.

### OPENHEIT

Også konklusjonane frå Ankeutvalg for fagetiske saker (AFEK) skal publiserast anonymisert på nett. Leiar Knut Dalen i AFEK meiner at dei fagetiske refleksjonane ikkje skal haldast inne i eit lukka rom.

- Samfunnet er meir og meir ope, og då treng vi openheit om korleis Psykiologforeninga vurderer fagetiske saker, seier Dalen, som meiner at openheit om fagetikken skapar tilit både hos psykologar og publikum.

Han får støtte frå Ada Sofie Austegard, som i fjor klagar ein psykolog inn for Fagetisk råd, noko som enda med at FER støtta psykologen. Ho seier det kan vera ein fordel med openheit rundt spørsmål som angår klager.

- Ein som klagar på dårleg behandling eller påståtte brot på etiske spørsmål, har elles lita moglegheit til å skapa debatt rundt ei yrkesgruppe som stort sett sit i lukka rom og gøymmer seg bak teieplikta, seier Austegard.

Knut Dalen vedgår at det vert ei utfordring å utforme vedtaka slik at ein ikkje kan kjenne att aktørane. Giske Holst i FER opplyser at det er ein viktig føresetnad at konklusjonane blir gjengitt slik at klagar og innklaga psykolog ikkje kan kjennast att.

- Vi oppfordrar til å bruke mal for anonymisering, som det for eksempel er gjort i vedtaka til Statens helsepersonellnemnd og liknande, seier Holst.

Psykiologforeninga skal samle erfaringar med ordninga i to år, og justere viss det blir nødvendig. ✘

# Meninger



## Misforståelser om selvmord

Den overveldende mengden selvmordsforskning er til å bli klok av, men den må forstås rett.

*Kim Larsen og Karl Halvor Teigen, side 606*

## Om Hegel og hylekor

Debatten rundt New Public Management fortsetter.

*Side 614*

## Mentaliseringsbasert terapi

- Vi kjenner oss ikke igjen som ledere av noen «bevegelse» eller «skole» som att-påtil er lukket, dogmatisk og sekterisk.

*Sigmund Karterud og Finn Skårderud, side 613*

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

### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

### KRONIKK

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

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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





# Hvorfor misforstås forskning om selvmord?

Forskningen om selvmord har gitt oss et overveldende statistisk materiale. Det kan man bli klok av – om statistikken forstås rett.

**SELMORD SOM FENOMEN** er like mangfoldig som det er sjeldent. Det er ingen enkelt grunn til selvmord. Årsakene finnes i spekteret fra genetik og biologi, via psykologi og sosiologi, til kultur og filosofi. Det betyr at en bør sky forenklete årsaksslutninger og faglig dogmatikk. Selvmord er (heldigvis) også et lavfrekvent fenomen. Begge disse kjerneegenskaper gjør selvmord særdeles vanskelig å forske på. Samtidig er det lett å trekke forhastede slutninger når en leser faglitteratur om selvmord, og når suicidologisk forskning refereres i media. Disse kan gi næring til hardnakkede myter om selvmord og komme i veien for forebyggende tiltak. Hensikten med denne teksten er å gjøre oppmerksom på noen av hovedgrunnene til slike feiltolkninger og misforståelser som lett oppstår blant menigmann og noen ganger også blant profesjonelle.

## SELMORDSSTATISTIKK

Selvmondsstatistikker er nyttige. Men hvordan skal tallene fremstilles slik at de gir et riktig bilde?

Baudelot og Establet (2008) sammenlignet selvmordsdata for eldre menn i Frankrike med tilsvarende tall for yngre kvinner. For menn over 75 år er selvmordsraten 151 pr. 100 000, mot 2,6 for kvinner på 20 år. Altså en enorm forskjell! Men sannsynligheten for *ikke* å utføre selvmord tegner et annet bilde: Av 1000 menn over 75 år vil 998,5 ikke utføre selvmord, »

## TEKST

Kim Larsen og Karl Halvor Teigen

## ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

mot 999,9 av 1000 unge kvinner. Det er de samme data, men vinklet mot fravær i stedet for forekomst av selvmord, samtidig som nevneren i brøken er redusert fra 100 000 til 1000. Slik «reframing» av sjeldne begivenheter kan få store forskjeller til å fremstå som små, eller omvendt (Wong & Kwong, 2005).

Ett til to selvmord i året pr. 10 000 innbyggere i Norge virker kanskje ikke så alarmerende. Men til sammen over 500 selvmord på landsbasis virker straks mer bekymringsfullt. Kanskje er det verre å tenke på minst ett selvmord hver eneste dag!

Nå ser det ut til at folk er mer opptatt av tendenser enn av tallenes absolutte størrelser. Det er ikke godt å si om 500 er mye eller lite før vi har noe å sammenligne med. Først da blir tallene *vrderbare*, eller «evaluable», for å bruke et uttrykk fra bedømmingspsykologien (Hsee & Zhang, 2010). Vi kan sammenligne med andre land hvor tallene er større eller mindre. Vi kan også sammenligne med tidligere år, og bli alarmert hvis de nyeste tallene er høyere, og kanskje beroliget om de er lavere – nesten uansett om endringen er stor eller liten. Straks vi kan observere en endring, vil vi lete etter en forklaring på den. Interessant nok er det alltid det siste tallet vi prøver å finne en forklaring på (Teigen, 2004).

#### NÅR KAN VI UTELUKKE TILFELDIGHETENE?

Hva skyldes forskjellen i antall selvmord fra ett år til et annet, eller fra ett sted til et annet, og har tiltak mot selvmord hatt en effekt? Om vi ser på tallene, kan vi bli slått av en «fordobling» fra fem til ti selvmord i et distrikt, eller av en vellykket nedgang fra to til null selvmord etter sikring av et utsprangssted (Reisch & Mischel, 2005). Men stopp litt! Er slike tendenser til å stole på? Som metodelæren tilsier, må vi først avklare om slike forskjeller kan oppstå ved tilfeldigheter alene. Det er signifikanstestingens jobb. Dette er en prosedyre som har fått mye pepper, mest for hva den *ikke* sier, men god å ha som motvekt mot vår intuitive tro på «de små talls lov» (Tversky & Kahneman, 1971), dvs. den fristende tanken om at selv små utvalg gjenspeiler populasjonen i miniatyr. Fem til ti *kan* bety en reell endring, men er også forenlig med tilfeldige fluktuasjoner. For å godtgjøre at endringene er stabile og signifikante, må de enten være veldig markante (f.eks. fra 5 til 15), eller dokumenteres med store utvalg. Her stiller selvmordsforskningen med et handicap fordi forekomsten er så liten. For å finne 100 selvmordsforsøk å studere vil man måtte trenge et utvalg på 20 000 personer fra den generelle befolkning (Nock, Borges & Ono, 2012). Reisch og Mischel (2005) kom frem til at det ville kreve minst 30 år å finne ut om sikringen av Münster terrasse (med gjennomsnittlig to selvmord i året) hadde noen effekt på selvmordstallene i Bern. Et par andre eksempler:

Perioden etter utskrivelse fra psykiatriske sykehus er en høyrisikoperiode i pasientkarrieren (Pirkis & Burgess, 1998). For å demonstrere en 15 % reduksjon i selvmord året etter utskrivelse må over 140 000 pasienter inkluderes i utvalget (Gunnell & Frankel, 1994). Det sier seg selv at denne type forskning blir uhåndterbar – en har simpelthen ikke 140 000 utskrevne pasienter å forske på. Den eneste måten å oppnå noe slikt på er i multisenterstudier. Men slike designer medfører andre problemer, som for eksempel forskjeller i registreringspraksis mellom ulike regioner.

En sammenligning av behandlingstiltak krever også overraskende store grupper. Hawton (2005) kom frem til at det ville trenge 647 selvska-dere i en behandlingsgruppe og like mange i kontrollgruppen for å ha 80 % sjanse til å finne en signifikant reduksjon av tilbakefall fra 20 % til 14 %.



Selvmord er paradoksalt nok så lavfrekvent at man i lengden vil oppnå flest treff ved å predikere at de *aldri* inntreffer, selv i populasjoner hvor mange risikofaktorer er til stede



Med mindre utvalg må man håpe på atskillig større forskjeller eller betydelig mer flaks.

Det er fristende å overtolke et tallmateriale som systematisk når det like gjerne kunne være tilfeldig. Det neste steget kan være å lete etter grunner til et fenomen som kanskje ikke eksisterer.

### FORSKNING PÅ SAMFUNNSNIVÅ

I media ser en ofte spekulasjoner om at en underliggende samfunnsmessig utvikling «ska-per» flere selvmord, for eksempel finanskrisen og arbeidsledighet. Dette virker umiddelbart rimelig. Men når man studerer selvmordsratene i samfunn over tid, ser en oftere stabilitet enn fluktusjon. Eksempelvis er mange av de forskjellene mellom land og regioner som Durkheim fant i sin klassiske studie fra 1897, ennå til stede (Cantor, 2000). Årsakssammenhengen mellom slike samfunnsmessige faktorer og selvmordsraten er svært vanskelig å bevise. For det første er det snakk om korrelasjoner og ikke kausalitet. For det andre vil det i kompliserte sosiale systemer foreligge «konfundende» faktorer, dvs. forhold som går parallelt med dem man fokuserer på, men som ikke får tilsvarende oppmerksomhet. Arbeidsledighet vil for eksempel forekomme sammen med andre ugunstige samfunnsforhold (fattigdom, kriminalitet), etnisk bakgrunn kan handle om lav sosioøkonomisk status, og alder kan handle om dårlig helse.

I perestroika-perioden fra 1985 til 1987/1988 gikk selvmordsraten i Russland dramatisk ned med 40 % for menn og 20 % for kvinner (Wasserman & Värnik, 1998). Kanskje bidro fremtidsoptimismen og håpet om et åpnere samfunn. Men viktigere var en drastisk regulering av tilgangen på alkohol (som senere ble reversert). Det er liten tvil om at nedgangen i selvmord i denne perioden kan tilskrives et redusert alkoholkonsum. Eller sagt på en annen måte: De tidligere høye selvmordstallene hang sammen med det overdrevne alkoholforbruket.

### RISIKOFAKTORER

Risikofaktorene for selvmord er fremkommet ved at en har studert et stort antall selvmord og funnet høyere sannsynlighet for selvmord i grupper hvor disse faktorene er til stede, enn i populasjonen for øvrig. Man vet på denne måten mye om selvmordsraten i *populasjoner*, men ikke hvilke *individer* som kommer til å

utføre selvmord (Motto & Brostrom, 1990). Men slutninger fra populasjonsnivå til individnivå innebærer et logisk sprang. Det betyr ikke at data fra grupper er irrelevante, men de må tolkes probabilistisk fremfor kausalt. Selvmord er paradoksalt nok så lavfrekvent at man i lengden vil oppnå flest treff ved å predikere at de *aldri* inntreffer, selv i populasjoner hvor mange risikofaktorer er til stede (Kapur, 2000).

I suicidologien blir «risikofaktorer» benyttet i mange forskjellige betydninger som kan antas å stå i varierende logisk og kausal nærhet til selvmordet (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007). Eksempler på begreper er umiddelbar («immediate») årsak vs. sårbarhetsfaktorer, nødvendige vs. tilstrekkelige betingelser, utløsende vs. predisponerende årsaker, «triggere» vs. «markører» (forhold som ofte opptrer sammen med en sykdom uten å være kausalt relatert til den).

For enkelhets skyld kan vi skille mellom to kategorier av risikofaktorer: de *demografiske* eller statistiske på den ene siden og de *kliniske* eller forandringssensitive på den andre. Den første kategorien omfatter forhold ved pasienten som er (relativt) konstante: kjønn, alder, sivilstatus, sosial klasse, etc., mens den andre kategorien omfatter forhold som kan endre seg, til dels meget raskt: angst, motorisk uro, impulsivitet, følelse av håpløshet, etc. De kliniske risikofaktorene står også i et mer umiddelbart kausalforhold til selvmord og selvmordsforsøk enn de statistiske risikofaktorene. De kliniske risikofaktorene er således viktigere å kartlegge enn de demografiske, som har mer karakter av å være markører.

### KLINISK VERSUS STATISTISK PREDIKSJON

Samfunnet venter ofte at fagfolk i psykiatri og psykologi skal kunne predikere fremtidig atferd. Kjente eksempler er «faren for gjentakelse» i rettspsykiatriske sakkyndighetsuttalelser og sannsynligheten for at et gitt atferdsforhold er «både nødvendig og hensiktsmessig» i arbeidspsykologiske uttalelser. Slike vurderinger skal også inneholde en avveining mellom hensynet til individet og hensynet til samfunnet (Larsen, 2009).

Her kan forskning om risikofaktorer danne et utgangspunkt. Men denne sier, som vi har sett, lite om enkeltindividet. Forskningen viser ganske riktig at den såkalte *aktuariske* (statistiske) prediksjon er lite å stole på i enkeltsa-





Misforståelser kan skape myter om selvmord og føre til urealistiske forventninger både til forskningen og til forebyggende tiltak

ker. Talsmenn for klinisk psykologi og psykiatri har forståelig nok hevdet at en erfaren eksperts kliniske skjønn kan ta bedre hensyn til den enkeltes egenart og se mønstre som kan gi skreddersydde prediksjoner. Ved såkalt *klinisk* prediksjon kan en fagperson dra nytte av statistikken og i tillegg gjøre sine individuelle vurderinger tilpasset personen det gjelder. En slik mer omfattende vurdering må vel være bedre enn en som kun baserer seg på statistikk? Sjokkerende nok har de individuelle vurderingene vist seg å gjøre vondt verre. Dette er en av de best dokumenterte funn i ekspertpsykologien siden Meehl (1954) kom ut med sin «plagsomme lille bok» (som han selv kalte den) om kliniske versus statistiske prediksjoner for mer enn 60 år siden. Selv tenkte han at de statistiske opplysningene kunne være et «gulv» som kliniske vurderinger kunne bygge videre på. Men gulvet viste seg å være et «tak» for hva man kunne oppnå. Naturligvis mener de fleste fagfolk selv at deres kliniske vurderinger er langt overlegne en rent statistisk prediksjon (Montgomery, 2006). Sannsynligvis gjelder dette også vurderinger av selvmordsrisiko.

Det synes som folk flest, og også klinikere, bedømmer statistiske sannsynligheter og sannsynligheter for enkelttilfellet helt forskjellig. Berg og Teigen (2004) spurte kliniske psykologer hvor mange ut av 100 personer som snakker om å ta sitt liv, som faktisk vil gjøre et selvmordsforsøk. Klinikere anslo dette til ca. 12 %. Men hva ville sannsynligheten være for en enkelt person hvor det forelå opplysninger «av negativ karakter og relativt alvorlige»? Her gikk sannsynligheten markant opp (til ca. 65 %). Naturligvis. Men hvis opplysningene man hadde innhentet, var «av positiv karakter og lite alvorlige», var klinikere omtrent like bekymret. Sannsynligheten for at en slik pasient *ikke* ville forsøke selvmord, ble anslått til 29 %. Tar vi dette tallet bokstavelig, innebærer det 71 % selvmordsforsøk, altså minst like mange som i risikogruppen, men det er selvfølgelig mulig at noen hadde oversett det lille ordet «ikke». Uansett hadde enkeltindividet både i beste og verste fall en dårligere prognose enn gruppen som helhet.

#### RISIKOFAKTORENE SPESIFISITET OG SENSITIVITET

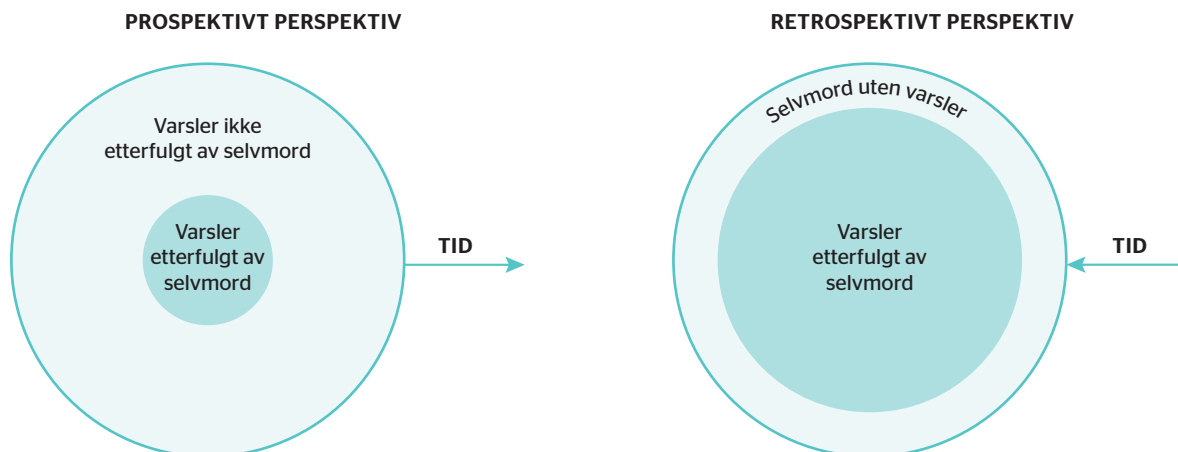
Risikofaktorene for selvmord gir lav treffsikkerhet. Mer nyansert kan en si at de både har lav spesifisitet og sensitivitet. Lav spesifisitet ska-

per «falske positive», dvs. personer vi tror kan komme til å utføre selvmord, men som ikke gjør det. Lav sensitivitet skaper «falske negative», dvs. personer vi ikke tror vil komme til å utføre selvmord, men som likevel gjør det. Pokorny (1993) gjennomgikk journalene til 4800 pasienter ved Houston Veterans Administrations Hospital. Denne pasientgruppen hadde en spesielt høy selvmordsrate, på 279 pr. 100 000. Ved hjelp av risikofaktorene klarte Pokorny å identifisere 35 av 63 selvmordere. Dette høres ut som et akseptabelt resultat, helt til en innser at denne «treffsikkerheten» bare var mulig ved å plukke ut 1206 falske positive! Dersom Pokornys analyse skulle brukes til å forhindre selvmord, måtte tiltak settes i verk overfor til sammen 1241 personer for å fange opp de 35 selvmordskandidatene. Man må altså akseptere tiltak overfor svært mange pasienter for kanskje å redde noen få.

En tallfesting av dette forholdet kan en få ved å regne ut «numbers needed to treat» (NNT), dvs. hvor mange en må behandle for å forhindre ett selvmord i en utsatt gruppe. Det viser seg for eksempel at enkelte yrker har en forhøyet selvmordsrate. For å redusere forekomsten med 25 % hos en slik gruppe, kan det være nødvendig å sette i verk tiltak overfor 33 000 personer (Lewis, Hawton & Jones, 1997).

#### PROSPEKTIVT VERSUS RETROSPEKTIVT PERSPEKTIV

Sviktende prediksjon av selvmord er spesielt vanskelig å erkjenne når en i ettertid, etter at selvmordet er et faktum, leter etter årsaker, tegn og utløsende hendelser. Kierkegaards hjertesukk om at livet må forstås baklengs, men må leves forlengs, er sjelden mer treffende enn akkurat her. Selvmordstanker er en forløper for selvmordet. Samtidig er selvmordstanker svært utbredt og kan ha en terapeutisk og trøstende funksjon, noe som grovt begrenser deres prediksjonsverdi. Som Nietzsche bemerket: «Tanken på selvmord er en stor trøst; med den kan en komme seg velberget gjennom mang en tung natt» (Retterstøl, 2002, s. 114). Cioran (1974) skriver: «Uten muligheten for selvmord hadde jeg tatt livet av meg for lenge siden.» Hvor mange mennesker har ikke tenkt på muligheten av selvmord en eller annen gang i livet, men samtidig vært svært langt unna å gjøre det? Forekomsten av selvmordstanker hos ungdom i U.S.A. er anslått til 40–60 % (Rudd, 1989). Tilsvarende tall er funnet hos voksne (Ramsay & Bagley, 1985).



De fleste (ca. 70 %) av dem som utfører selvmord, gir signaler som i ettertid fremstår som varsler. Samtidig ender de fleste «varsler» *ikke* i selvmord. Forholdet fremgår av figur 1 (basert på Shneidman, 1996). Et prospektivt perspektiv viser et stort antall varsler (den store sirkelen) som bare unntaksvis følges av selvmord (den lille sirkelen). Fra et retrospektivt perspektiv blir sirklene nesten like store, idet de aller fleste selvmord er varslet. I lys av denne markante perspektivforskjellen er det ikke så rart at det kan oppstå motsetninger mellom personer som har et prospektivt perspektiv (leger, psykologer, miljøpersonale) og personer som har et retrospektivt perspektiv (pårørende, dagspressen). Et retrospektivt perspektiv kan få selvmord til å virke forutsigbare; 70 % ble jo tross alt «varslet». Men fra et prospektivt perspektiv er det like klart at de aller fleste av varslene er «falske alarmer». Den samme logikken gjelder også for de andre risikofaktorene for selvmord.

Et liknende bilde fremkommer dersom en undersøker hvilken kontakt personer som utfører selvmord, har hatt med helsevesenet (Pirkis & Burgess, 1998). Mange, særlig eldre, har hatt kontakt med fastlegen i tiden før selvmordet. En representativ kanadisk studie viste at hele 72 % av de over 66 år hadde hatt kontakt med fastlegen den nærmeste måneden før selvmordet, 45 % i den nærmeste uken (Juurlink, Herrmann, Szalai, Kopp & Redelmeier, 2004). Men selvmord var neppe et tema i alle disse konsultasjonene. Isometsä et al. (1995) gjennomgikk 571 selvmord i Finland hvor personen hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet, og fant at selvmord bare hadde vært diskutert i 22 % av tilfellene. Det gjaldt også dem som hadde oppsøkt hjelpeapparatet samme dag selvmordet fant sted. Når så mange selvmordskandidater oppsøker lege, kan det synes opplagt at flere leger burde kunne fange opp faresignalene. Men da glemmer en at selvmord i seg selv er sjeldent. Dersom en ser det fra fastlegens perspektiv, vil en gjennomsnittlig fastlege oppleve ett selvmord blant sine pasienter hvert syvende til tiende år. Igjen – nåla i høystakken.

Henrik Wergeland prøvde å få selvmorderen til å ta tiden til hjelp, ved å minne om at «Dødens Arme staae jo altid aabne» (Mehlum, 2001). Heldigvis er det få som lar seg omfavne, og av svært ulike grunner. Misforståelser kan skape myter om selvmord og føre til urealistiske forventninger både til forskningen og til forebyggende tiltak. ❖

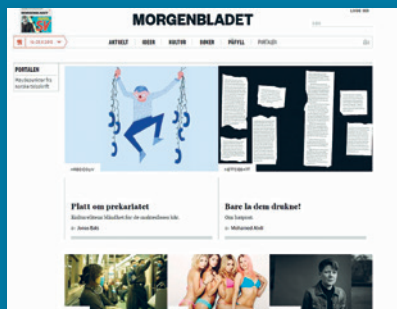
**FIGUR 1** Mange varsler uten selvmord, få selvmord uten varsler (etter Shneidman, 1996, s. 56-57).



## REFERANSER

- Baudelot, C. & Establet, R. (2008). *Suicide. The hidden side of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Berg, R. & Teigen, K. H. (2003). Det vil helst gå galt: Urealistisk pessimisme ved tenkte kliniske prediksjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 23–33.
- Cantor, C.H. (2000). Suicide in the western world. I K. Hawton & K. van Heeringen (red.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (s. 9–28). Chichester: John Wiley.
- Cioran, E. M. (1974). *The new Gods*. New York: Quandrangle Books.
- Gunnell, D. & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227–1233.
- Hawton, K. (2005). Psychosocial treatments following attempted suicide: evidence to inform clinical practice. I K. Hawton (red.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (s.197–219). Oxford: Oxford University Press.
- Hsee, C. K., & Zhang, J. (2010). General evaluability theory. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 343–355.
- Isometsä, E.T., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J., Henriksson, M.M., Aro, H.M. & Lönnqvist, J.K. (1995). The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry*, 152, 919–922.
- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J.P., Kopp, A. & Redelmeier, D.A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1179–1184.
- Kapur, N. (2000). Evaluating risks. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 399–406.
- Larsen, K. (2009). Rett person på rett plass. Psykologiske vurderinger av personlig egnethet i forhold til attføringstiltak. I P. Ø. Saksvik & K. Nytrø (red.). *Klinisk organisasjonspsykologi* (s. 311–326). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lewis, G., Hawton, K. & Jones, P. (1997). Strategies for preventing suicides. *British Journal of Psychiatry*, 171, 351–354.
- Meehl, P.E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the literature*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Mehlum, L. (2001). Henrik Wergeland om selvmord. *Suicidologi*, 6(3), 3.
- Montgomery, K. (2006). *How doctors think. Clinical judgement and the practice of medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Motto, J.A. & Brostrom, A. (1990). Empirical indicators of near-suicide risk. *Crisis*, 11, 52–59.
- Nock, M.K., Borges, G. & Ono, Y. (red.). (2012). *Suicide. Global perspectives from the WHO World Mental Health Survey*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pirkis, J. & Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts: A systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 173, 462–474.
- Pokorny, A.D. (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 1–10.
- Ramsay, R. & Bagley, C. (1985). The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 15, 151–167.
- Reisch, T. & Michel, K. (2005). Securing a suicide hot spot: Effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 460–467.
- Retterstøl, N. (2002). *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal.
- Rudd, D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 173–183.
- Shneidman, E.S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W. & Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 248–277.
- Teigen, K. H. (2004). When the past becomes history: Effects of temporal order on the explanations of trends. *European Journal of Social Psychology*, 34, 191–206.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1971). Belief in the law of small numbers. *Psychological Bulletin*, 76, 105–110.
- Wasserman, D. & Värnik, A. (1998). Suicide-preventive effects of *perestroika* in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1–4.

## Psykologtidsskriftets innhold når bredere ut



Morgenbladet har nylig lansert nett-tjenesten Morgenbladet Portalen, hvor landets ledende tidsskrifter innenfor ulike temaer og fagområder inviteres til å være med. Morgenbladet Portalen er et nettsted under Morgenbladet-fanen som deler interessant innhold fra disse tidsskriftene innenfor sjangre som essayistikk, kritikk og intervjuer. Psykologtidsskriftet har valgt å inngå

samarbeid med Morgenbladet for å skape enda mer interesse rundt innholdet vårt i en større offentlighet. Det er vår egen redaksjon som bestemmer og prioriterer hvilke saker fra Psykologtidsskriftet som Morgenbladet skal få tilgang til. Vi vil selvsagt også avklare gjenbruk av vårt stoff i Portalen med de aktuelle bidragsyterne i Psykologtidsskriftet.



# Sluttreplikk om MBT

Vi kjenner oss ikke igjen i den verden Falkum, Olavesen og Hytten beskriver.

**SIGMUND KARTERUD** professor og psykiater

**FINN SKÅRDERUD** professor og psykiater.

Begge to er tilknyttet Institutt for mentalisering

## MENTALISERINGSBASERT TERAPI

**FALKUM, OLAVESEN OG** Hytten fortsetter sin kritikk av MBT i juninummeret av Psykologtidsskriftet. Det er snakk om en «merkevare» som splittet psykoterapifeltet på uvitenskapelig grunnlag. Nedsettende snakkes det om «MBT-bevegelsen» og «MBT-skolen». I sum skal konsekvensene av denne «bevegelsen» være alarmerende. Men det er angivelig et håp dersom vi viser mer vilje til «dialog og samhandling» med andre psykoterapeutiske retninger.

Vi kjenner oss ikke igjen i den verden Falkum, Olavesen og Hytten beskriver. Vi kjenner oss ikke igjen som ledere av noen «bevegelse» eller «skole» som attpåtil er lukket, dogmatisk og sekterisk (i motsetning til «integrativ»). I den verden vi lever i, foregår det masse dialog og samhandling med andre psykoterapeutiske retninger. På hvilke arenaer? I tidsskrifter, selvsagt. Men først og fremst på konferanser. I disse dager har det vært en slik konferanse i Estland, i regi av European Society for the Study of Personality Disorders. Tema var forskjeller og likheter mellom forskjellige teorier og terapeutiske retninger, demonstrert gjennom workshops og paneldebatter. Her møttes fremtredende representanter for dialektisk adferdsterapi, skjematapi, mentaliseringsbasert terapi, metakognitiv interpersonlig terapi, kognitiv adferdsterapi, m.fl. I Roskilde var det nylig en konferanse om «Jakten på nonspesifikke faktorer i psykoterapi for voksne». Mentalisering ble diskutert i sammenheng med kognitive og psykodynamiske tradisjoner, hvor dette ble satt i sammenheng med oppdaterte teoretiske modeller om evolusjon og nevropsykologi. Tilsvarende møter har det vært mange av, og de skjer til stadighet. Neste anledning (ISSPD) er i Montreal i oktober. Her kan man se Anthony Bateman og andre i aksjon, ofte i rollespill med samme pasient, og forskjellige forståelsesformer og terapeutiske teknikker blir inngående diskutert.

Det er synd at vi aldri ser Falkum, Olavesen og Hytten på disse møtene, der «dialog og samhandling» faktisk skjer. Men de er hjertelig velkomne. ✕

## Debattert

# Psykisk helsehjelp

**Rask hjelp:** - Jeg hører ofte historier fra unge som må vente i månedsvis, noen et helt år, før de får hjelp. Da kan det ofte være for sent. Jeg vet nå at det handler om mangel på ansatte, og derfor burde det bli ansatt flere psykologer i kommunene og utvide ordningen med rask psykisk helsehjelp.

*Lise Gåserud, Fredrikstad AUF, Demokraten, 11. juni*

**Ikke prioritert:** Etter innføringen av samhandlingsreformen med økonomiske incentiver for mennesker med fysiske helseplager og avslutningen av Opptrappingsplanen innen psykisk helse i 2009, er det tydelig at kommunen prioriterer mennesker med fysiske helseplager. Mennesker med psykiske helse- og/ eller rusproblemer, blir ikke prioritert. Helse og omsorgsminister Bent Høye har tilsynelatende lenge frontet en stor satsing innen fagområdet. Denne satsningen er usynlig lokalt i Drammen.

*Espen Gade Rolland, nestleder NSFs Faggruppe innen psykisk helse og rus, Drammens Tidende, 15. juni*

**Økt kompetanse:** Venstre mener det er behov for økt kompetanse om psykisk helse i skolehelsetjenesten og ved helsestasjonene. Under Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) etablerte man et tilbud med ettårig videreutdanning i psykisk helse for «tre-fire-årsutdanningene» for sykepleiere, helsesøstre, sosionomer, barnevernspedagoger m.fl. Dette ga et kraftig kompetanseløft på psykisk helse, ikke minst på tidlige tiltak. Et lignende tiltak bør kunne videreføres i dag for å satse på barn og unges psykiske helse gjennom forebygging og tidlig innsats.

*Per A. Thorbjørnsen, Gruppeleder Stavanger Venstre, Rogalands Avis, 15. juni*

# Kritikk av NPM er ikke «sutring» og «hyleing»

Psykologspesialist Heidi Tessand skriver i mai-nummeret av Psykologtidsskriftet at kritikken mot New Public Management (NPM) har blitt til et hylekor preget av sutring. Jeg velger heller å se på kritikken som nødvendig på veien mot nye løsninger.



**JAN SJØBERG**  
psykolog

**NEW PUBLIC  
MANAGEMENT**

**I SITT INNLEGG** viser Heidi Tessand til paneldebatten om NPM og tellekrise som Psykologtidsskriftet og Oslo lokalavdeling av Psykologforeningen arrangerte på Litteraturhuset i mars i år. Hun hevder at kritikken mot NPM går for langt og er for unyansert. Men hun blir selv unyansert når hun benytter negativt ladete betegnelser som sutring og hylekor om de hun er uenig med. Hun angriper dermed person (gruppe) og ikke sak, noe som overrasker siden Tessand ellers argumenterer saklig for sine synspunkter. I verste fall kan slike betegnelser virke bremsende på debatten om standardisering og effektivisering i offentlig sektor.

Jeg ser på kritikken som en konstruktiv og nødvendig reaksjon for god utvikling med tanke på kvalitet på våre tjenester. Det var derfor befriende at paneldebatten ga rom for at mange ulike syn fikk komme til uttrykk – både kritikk av og positive holdninger til utviklingen i offentlig sektor. Samtidig etterlyste jeg mer lytting mellom partene, slik at debatten kunne løftet seg et hakk videre.

## **MOTSETNINGER - MULIGHETER FOR SYNTSE?**

Flere ulike syn i debatten, både på nevnte paneldebatt og her i tidsskriftet, kan plasseres innenfor ulike dimensjoner/posisjoner ut fra hva som vektlegges: det generelle – det unike, metode – relasjon, individ – samfunn, systemstyring – profesjonenes autonomi, myndighetsmakt – profesjonsmakt, makt hos systemet – makt hos individet. For å komme bort

fra posisjoner i debatten som skaper fronter og lite bevegelse, kan dialektikken være til hjelp.

Dialektikken, med utgangspunkt i Hegel, handler om at utvikling i bevisstheten skjer ved at et fenomen/en kraft (tese) møtes av sin motsetning/motkraft (antitese). I stedet for at disse kreftene kjemper mot hverandre og i ytterste konsekvens destruerer hverandre, gir dynamikken mulighet for utvikling mot noe tredje (syntese). Syntesen skaper noe på et kvalitativt annet nivå, men har samtidig i seg kvalitetene fra både tesen og antitesen. Jeg ønsker meg en slik utvikling i debatten om NPM: Kvalitetene i de ulike syn anerkjennes, lyttes til og kan danne grunnlag for nye og andre løsninger enn de som framsettes i dagens posisjoner. Om nevnte motsetninger – som jo ikke er enten-eller, men grader og ulik vektlegging – kan utvikles mot noe kvalitativt nytt, vil avhenge av framtidens diskusjon, beslutninger og praksis.

## **STANDARDISERINGER - KAN REDUSERE FOKUS PÅ RELASJON OG INDIVID**

Ut fra ideene om NPM er standardisering et sentralt verktøy for å få kontroll på effektivitet, kvalitet og likhet i tjenestene. Dette berører spørsmål knyttet til motsetningene som er nevnt ovenfor. Standardisering vil si å søke mot det generelle, mot det å bygge på fastlagte metoder og mot skriftlige veiledere og manualer. Videre vektlegges myndighetsmakt og kontroll. Et spørsmål i debatten er om profesjonsmakten og makten til den enkelte og unike pasient/bruker blir godt nok ivaretatt. Slik jeg



ser det, kan pasientens/brukerens medinnflytelse underveis i behandlingen bli redusert når behandlingen følges av en standard framfor en mer åpen tilnærming med individuell tilpasning i møte med psykologen. Jo mer detaljert pasienten/brukeren vil ha kontroll over sin behandling, desto mer kreves det at han/hun får nok kunnskap, eventuelt via veiledning, til å kunne være med å velge hvilken standard som skal anvendes. Hvis valg av standard blir utenfor pasientens kontroll, kan det bidra til fremmedgjorthet og avmakt.

### STANDARDISERING - KAN GI UMUSIKALSK TILNÆRMING

For at en musiker skal fenge et publikum, kreves det ikke bare at musikkstykket er fra en sjanger tilpasset publikummet, men også at stykket som spilles, har kvalitet. Musikken hentes gjerne fra noter (standard), men musikeren må ha musikken «under huden» for å nå ordentlig ut til publikum, spesielt dersom det er krevende å spille. Hvis oppmerksomheten går med til å spille riktige toner, blir musikken mekanisk; det gir mindre kontakt med publikum – og publikum får dermed mindre av det de ønsker. Selv om musikeren har spilt samme stykke mange ganger, må uttrykket tilpasses det enkelte publikum for å nå inn. Tilstedeværelse og engasjement er sentralt – og musikerens motivasjon merkes av publikum og får betydning for uttrykket og kontakten.

Tilsvarende gjelder også for psykologen i hans/hennes arbeid med manual og rutinebeskrivelser. Skal manualene benyttes i møte med andre mennesker, er det like viktig at manualen er overlært som i musikk, først da er det mulig å inngå i samspill med pasienten/brukeren slik at denne føler seg sett og hørt. I debatten blir det hevdet at det er pasienten/brukeren som skal være i fokus, ikke den profesjonelles autensitet og motivasjon. Men kvaliteten på arbeidet er også avhengig av motivasjon fra den profesjonelle. Det hjelper ikke med et godt musikkstykke eller en god terapimanual dersom utøveren ikke klarer å kjenne et engasjement.

Disse relasjonelle ferdighetene innbefatter stor grad av nonverbal kommunikasjon og taus kunnskap, og vil bare i noen grad kunne gjøres eksplisitt og mulig å formidle via konkrete atferdsbeskrivelser/standarder. «Barnevernsproffene» uttalte på et foredrag i desember 2014: «Barna vil ha kjærlighet!» Opplevelsen av å bli møtt med kjærlighet vil være avhengig av spontane tilpasninger i et intersubjektivt samspill, og der vil standarder ha en helt underordnet plass.

### HVORDAN NÅ UT TIL MANGE OG SAMTIDIG TILPASSE?

Standardiseringer kan innenfor mange områder bidra til likhet, effektivitet og kvalitet. Det ligger an til at bruk av standardiseringer vil øke i tiden framover, og vi vil kunne få standarder for stadig nye tilbud. Samtidig ligger det en utfordring i at ulike kulturer og personer trenger ulik tilnærming, og at standarder derfor ikke treffer godt nok. Slik kan pasienten/brukeren bli fremmedgjort i sin egen behandling. Det er ikke godt nok hvis pasienten får hjelp, men ikke får den hjelpen som han/hun opplever å trenge.

«Hylekoret» trengs som nødvendige og viktige stemmer for å skape en syntese til noe nytt og bedre. For å få dette til er det nødvendig å lytte bak uttrykksformer som av Tessand og andre karakteriseres som unyansert sutring, til behovene og intensjonene hos de som reagerer. Dette er etter mitt syn en nødvendig vei for å skape en kvalitativt forbedret utvikling. Vi trenger ikke at stemmer stoppes, vi trenger videre diskusjon der alle stemmer deltar!



Det hjelper ikke med et godt musikkstykke eller en god terapi-manual dersom utøveren ikke klarer å kjenne et engasjement





**JON SLETVOLD,**  
spesialist i klinisk  
psykologi

**FORSKNINGS-  
RETORIKK**

# Fattig nevrospråk

Nevrospråket tilslører mennesket som et tydelig og handlende subjekt.

**JAN SMEDSLUND HAR** i juninummeret av Psykologtidsskriftet en meget betimelig kommentar til den omsegripende bruken av nevrospråk i psykologien. Hans eksempel er hentet fra kognitiv schizofreniforskning. Fenomenet gjør seg imidlertid ikke mindre gjeldende i affektiv psykologi og psykoterapi, kanskje særlig i den delen som definerer seg som traumebehandling. Et uttrykk som «nevroaffektiv» blir like mye smør på flesk som «nevrokognitiv». Det er like utenkelig at emosjonelle prosesser ikke svarer til noe «nevralt», som at kognitive ikke gjør det. I en artikkel i Psykologtidsskriftet i 2005 uttrykker jeg dette slik:

Det er i dag ingen uenighet om at sinnet er uløselig forbundet med den delen av kroppen vi kaller hjernen. Den moderne dualisme går derfor ikke mellom sinn og kropp. Men mellom sinn/hjerne på den ene siden og resten av kroppen på den andre. Tilsvarende handler den moderne reduksjonisme om å redusere sinnets kroppslige grunnlag til hjernen.

Faktisk er det jo slik at psykologiens nevralt grunnlag har vært kjent i ca. 150 år. Den som etter mitt syn mest treffende har formulert spørsmålet om det er nevrologisk eller psykologisk språk som egner seg best i psykologien, er nevrologen Josef Breuer. I starten på sin teoretiske innledning i Studien über Hysteri fra 1895 skriver han:

I det som følger, vil hjernen i liten grad bli nevnt, og molekyler vil ikke bli nevnt i det hele tatt. Psykiske prosesser vil bli behandlet med psykologiens språk; og i realiteten kan det ikke gjøres på noen annen måte. Om jeg i stedet for «forestilling» velger å snakke om «eksitasjon av cortex», vil den siste termen bare ha mening for oss for så vidt som vi gjenkjenner en gammel venn under kappen og stilltiende gjeninnsetter «forestilling».

Der Breuer tok et prinsipielt standpunkt helt fra starten, var hans medforfatter Sigmund Freud mer vaklende. Til slutt i Hysteri-studiene henvender Freud seg til en tenkt pasient som blir fortvilet når hun hører at hennes lidelse skyldes livshendelser (som hun ikke kan få gjort noe med). Freud velger da å svare sin oppdagede pasient slik:

Men du vil bli i stand til å overbevise deg om at mye vil være vunnet om vi lykkes med å omdanne din hysteriske lidelse til vanlig ulykkelighet. Med et nervesystem som har gjenvunnet helsen, vil du være bedre rustet mot denne ulykke.

Imidlertid, ved nyttingen av Hysteri-studiene 30 år senere i 1925, velger Freud å bytte ut «nervesystem» med «sjelsliv».

Spørsmålet er om nerve/hjerne-språk i psykologien krever en grundigere behandling enn et kort debattinnlegg tillater. Jeg håper jeg kan komme tilbake til det i en fagartikkel. I denne omgang vil jeg nøye meg med å anføre fem korte punkter som jeg mener taler mot «nevro»-språk:

1. Språket blir instrumentelt og objektiverende, mennesket som handlende subjekt blir utydelig.
2. Det blir et unyansert og fattig språk.
3. Den delen av hjerneforskningen som er relevant for psykologien, er bare i sin spede begynnelse.
4. Psykologer gjør seg til dilettanter; de færreste psykologer er solid skolerte i nevrobiologi. På vårt eget fagområde, beskrivelse av sinnsprosesser med et psykologisk språk, er det derimot vi som er eksperter (sammen med andre, for eksempel skjønnlitterære forfattere).
5. Hjernen og nervesystemet alene kan uansett aldri forklare opplevelse og atferd; hjernen må sees i samspill med kroppen og kroppens samspill med omgivelsene, særlig med andre mennesker. ❌



## Asylsøkerforskning

Hvorfor forskes det ikke på dem som kastes ut av landet?

**OLE DANBOLT** Cand. psychol.

### FORSKNING OM ASYLSØKERE

**NÅR OFFENTLIGE INSTITUSJONER** og organer er opprettet og driftes for å avgjøre menneskeskjebner, skulle man tro at det ville medføre forskning. Det forskes på resultatene av medisinsk behandling, av kosthold, undervisning, treningsopplegg mv. Man vil forvisse seg om at alt blir gjort til beste for pasienter og andre deler av befolkningen.

Forskningen kunne for eksempel handlet om å følge et tilfeldig utvalg hjemsendte asylsøkere og deres møte med hjemlandets myndigheter, familie og samfunn. I noen tilfeller kunne kanskje dette føre til at en utkastet asylsøker fikk tillatelse til å komme tilbake til Norge etter forfølgelse i hjemlandet. Slik forskning ville jo i tillegg gi Utlendingsdirektoratet (UDI) og Utlendingsnemnda (UNE) et sikrere grunnlag for avgjørelser.

Men på dette område er forskning uønsket. Daværende justisminister Grete Faremo av slo i sin tid et forslag fra psykolog Atle Dyregrov om avviste asylsøkere. Da hadde mange kritikere påstått at avgjørelsene var basert på tilfeldig skjønn, idet man støttet seg til utilstrekkelig kunnskap om søkerens hjemland.

På medlemsmøte i NPF Hedmark 12. mars 2015 fortalte Magne Raundalen at psykologer igjen har foreslått forskning på utkastede asylanter. Denne gangen begrunner man avslaget med at Norge ikke har noe ansvar for dem som er nektet asyl.

Jeg foreslår at Norsk psykologforening og andre samfunnsvitenskapelige kretser søker samarbeid med humanitære organisasjoner som Røde Kors, Amnesty, NOAS, Redd Barna osv. for å få satt i system et forskningsprogram om hvordan det går (og har gått) med asylsøkere med avslag. ❌

## DERFOR

Redaksjonen begrunner sine valg

# Lær av Siv Jensen

**På side 564** i denne utgåva intervjuar eg FrP-leiar og finansminister Siv Jensen. På sidene som følgjer, lar eg stjerneforskar Ingeborg Rossow ved Sirius gjera ein kritisk gjennomgang av det same intervjuet. Er det redeleg mot Jensen?

**Intervjuet med Jensen** er vist til folk rundt henne før det kom på trykk. For første gong som journalist i Psykologtidsskriftet fekk eg tilbake eit intervju utan ein einaste raud strek. Er folk i denne regjeringa meir avslappa på kva journalistar spør om eller kva dei skriv, enn folk i tidlegare regjeringar? Psykologtidsskriftet har opplevd noko av det same med Bent Høie og Erna Solberg. Med andre kjelder har eg opplevd at intervjuobjektet har stroke både spørsmål og svar i sitatsjekken.

**Eg sende** Ingeborg Rossows gjennomgang til folk rundt Siv Jensen. Dei trudde at Rossows kommentarar skulle stå inni sjølve intervjuet med Jensen, og reagerte på det. Sjølv sagt. Misforståinga blei oppklart, og Jensens folk hadde ikkje fleire motførestillingar.

**I redaksjonen** har nokon fremma ideen om moglegheita for at journalistene lagar kritisk journalistikk knytt til fagartiklar i same utgåva som dei står på trykk. Vil forskarar oppleve det surt å bli kritisert hjå oss så umiddelbart? Eller vil dei oppleve det som å bli tatt meir på alvor? Kanskje Siv Jensen har noko å læra vekk her.

**Det er første gong** me har intervjuar nokon i NÅ-intervjuet for så å la ein forskar lesa intervjuet med kritisk blikk. Me kunne gjort det med ein SV-politikar, men er det tilfeldig at me nå gjer det med Siv Jensen? Me er alle sosialdemokratrar i dette landet, og journalistar er venstrevridde. Den ferskaste medieundersøkinga frå Frank Aarebrot viser at av 628 journalistar som deltok, var det berre 1 prosent som stemte FrP.

**Det fell oss journalistar** lett å stilla kritiske spørsmål til FrP-folk, ikkje minst om rus, og som til dømes Paul Chaffey skreiv på bloggen sin nyleg: spørsmåla kjem ofte «frå venstre». Eg gjer det med Siv Jensen òg, sjølv om ruspolitikken ikkje alltid er like lett å dela i høgre- og venstreakse. Da eg førebudde meg til intervjuet, kontakta eg mange i rusfeltet. Der fann eg få liberalistiske psykologar og andre fagfolk.

**Her er spørsmål** Siv Jensen dermed ikkje fekk: Bør verkeleg staten ha monopol på omsetting av lovlege varer? Er det ikkje slik at ein streng narkotikapolitikk fremmer organisert kriminalitet og bind opp store polititressursar på eit område der ansvarlege borgarar burde kunne ta ansvar sjølve? Burde me ikkje legalisera rusmidler som i realiteten vert omsett fritt i samfunnet vårt? Korfor er heimebrenning av alkohol forbode?

**Sånn blir det** når ein venstrevridd journalist allierer seg med konservative kjelder i rusfeltet. ❌

*Øystein Helmikstøl, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening*



**BENT HØIE** er helse- og omsorgsminister. Sammen med Kerstin Söderström, Tor Levin Hofgaard og Anne-Grethe Terjesen er han fast kronikør.

# Til rett sted

«Alle skal føle de har kommet rett.» Det er slagordet til Sunnfjord medisinske senter. Det bør bli slagordet til hele helse- og omsorgstjenesten.

**I JUNI FEIRET** Florø åpningen av et unikt medisinsk senter. Det rommer helsestasjon, legekontor, senter for rus og psykiatri, apotek, røntgenavdeling, fysioterapeut, NAV og mye mer. Jeg er imponert over Sunnfjord medisinske senter – og jeg er overbevist om at dette er veien å gå for å skape mer helhetlige helsetjenester i kommunene.

I OECD-rapporten «Review of health care quality» står det at den norske helsetjenesten i hovedsak har gode tilbud innen rus og psykisk helse. Men OECD peker også på alvorlige svakheter. Blant dem er manglende koordinering av tjenester.

En rapport fra SINTEF om utskrivningsklare pasienter viser også at tilbudet til mennesker med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer, særlig de med behov for sammensatte og koordinerte tjenester, er for svakt.

En undersøkelse fra Kunnskapssenteret viser det samme. Den slår fast at mange rusavhengige opplever for dårlig oppfølging der de bor.

## TØFT ETTER AVSLUTTET BEHANDLING.

Å bli rusfri handler om mer enn selve rusbehandlingen. En tidligere rusavhengig har sagt det slik til NRK: «Hvis du har ruset deg fra du er 14 til du er 40 og etter tre måneders behandling blir overlatt til deg selv for å fungere i samfunnet, hvor finner du hjelp da? Jo, hos de gamle kameratene.» Han peker på noe veldig viktig. For mange begynner den tøfeste jobben når selve rusbehandlingen er over. Du mangler arbeid. Du mangler bolig. Du mangler nettverk. Og angsten, som rusen holdt på avstand, har vendt tilbake og lusker etter deg som en svart hund fra tidlig morgen til sen kveld.

Det er hjelp å få når du kommer hjem til kommunen din etter rusbehandlingen. Men den kommer ofte gjennom ulike personer, ulike kontorer, ulike sektorer og ulike søknadsskjemaer. Det gjør veien til et nytt liv lang. Og det gjør veien tilbake til de gamle kameratene kort.

Det er på samme vis med psykiske lidelser. Hvis du følte deg trygg og ivaretatt på sykehuset, kan det være tøft å komme hjem til leiligheten du forlot da du var psykotisk og hadde vrangforestillinger som gjorde at du var livredd for å gå ut døra. Du trenger hjelp til å mestre angsten i det daglige. Du trenger støtte til å komme tilbake på skole eller jobb.

## RÅD FRA PASIENTER

Vi har rådført oss med pasienter og brukere i arbeidet med ny opptrappingsplan for rusfeltet og i den nye meldingen om primærhelsetjenesten som jeg la fram for kort tid tilbake. De mener at de kommunale helse- og omsorgstjenestene er oppstykket fordi de er bygget opp rundt profesjoner og diagnoser. «Tjenestene må tilpasses den enkelte bruker. Ikke den enkelte diagnose», sier pasientene. De har helt rett. Det er derfor vi må se til Sunnfjord der kommunen har samlet en rekke helse- og velferdstjenester i et felles bygg for å bedre samhandlingen. En dør inn gjør det enklere for brukere og pasienter som er usikre på hvor de skal gå – på samme tid som det legger til rette for mer samarbeid mellom ulike personellgrupper.

Men å holde til under samme tak er ikke det aller viktigste. Det aller viktigste er å arbeide sammen. Vi ønsker vi ikke bare samlokalisering. Vi ønsker samorganisering også. Derfor foreslår vi at de kommunale helse- og omsorgstjenestene organiseres i flerfaglige team. Et slikt team vil fungere som en utvidet allmennlegepraksis, som består av forskjellige profesjoner og som samarbeider med forskjellige profesjoner ut fra lokale behov. Teamet skal ikke bare ha ansvaret for behandling av sin gruppe pasienter. Det skal også ha ansvar for å koordinere tjenestene til pasientene.

Mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet har stort behov for helhetlige tjenester og hjelp til å mestre hverdagen i lokalsamfunnet. Denne måten å organisere arbeidet på vil ikke minst komme dem til gode. Vi vil nå utrede hvordan vi kan legge til rette for mer arbeid i team ved å endre reglene for organisering og finansiering.

## VIL HEVE KOMPETANSEN

Men det er ikke nok å organisere arbeidet på nye måter. For å skape bedre og mer helhetlige tjenester i kommunene er vi også nødt til å heve kompetansen både til dem som gjør arbeidet og dem som skal lede det. Derfor lager vi nå en handlingsplan om kompetanseheving i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Ved å bygge tjenestene rundt pasientene og ikke rundt diagnosene opphever vi skillet mellom fysisk og psykisk helse. Det er på høy tid. Med samhandlingsreformen fikk kommunene plikt til å betale hvis utskrivningsklare innbyggere ble liggende på sykehuset. Men de slapp å betale for dem med psykiske lidelser og rusproblemer. Vi vet at dette har påvirket prioriteringene i kommunene. Det vil vi ha en slutt på. Derfor innfører vi betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter også i psykisk helse og rus. For å gi kommunene tid til å forberede seg, tar vi sikte på å innføre denne plikten i 2017. Det betyr ikke at spesialisthelsetjenesten ikke lenger har noe ansvar. Det betyr at vi ønsker å si klart fra hvor hovedansvaret for denne gruppen ligger: I kommunen.

## OBLIGATORISKE PROFESJONER

Klarere krav til kompetanse kommer også. Vi vil lovfeste en liste over profesjoner som kommunene må ha for å gi innbyggerne tjenestene de trenger. På denne listen skal det stå lege, sykepleier og fysioterapeut. Det skal stå jordmor og helsesøster. Det skal stå psykolog. Vi ønsker også å si klart fra om hvilken kjernekompetanse alle kommuner må ha for gi gode tjenester til innbyggerne sine.

Primærhelsetjenestemeldingen og målet om mer helhetlige tjenester i kommunene har blitt godt mottatt. De aller fleste er enige om at dette er veien å gå. Jeg har merket meg at noen profesjoner har gitt uttrykk for skuffelse fordi de savner bredere omtale av selv og sitt fagfelt. Det er synd. Men så er også selve poenget at tjenestene ikke skal bygges rundt profesjoner og diagnoser. Tjenestene skal bygges rundt menneskene. Slik at de slipper å forholde seg til ulike personer, ulike kontorer, ulike sektorer og ulike søknadsskjemaer. Slik at føler at de har kommet rett. ✕



Ved å bygge tjenestene rundt pasientene og ikke rundt diagnosene opphever vi skillet mellom fysisk og psykisk helse. Det er på høy tid

*Beit Lore*

# Inntrykk



Anmelder  
Aslak Hjeltnes  
savner at ytre  
faktorer trekkes  
mer inn i boken  
*Psykoterapeuten*.

Side 622

Noen lesere vil nok kjenne seg fremmedgjort av tanken om psykoterapi som psykoteknologi, skriver Stephan Neuhaus. Selv mener han perspektivet er friskt.

Side 624

*Beauty is pain.*

Side 625

## Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

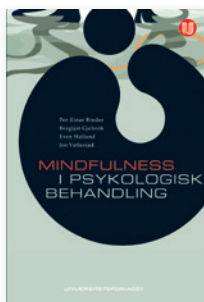
Send forespørsel på e-post til perolav@psykologtidsskriftet.no eller nina@psykologtidsskriftet.no.

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

## ANMELDT: BOK

# Store ambisjoner

Boken er en god inngangsport til mindfulness, men lider under å gape over for mye.



**PER-EINAR BINDER,  
BERGLJOT GJELSVIK,  
EVEN HALLAND,  
JON VØLLESTAD**

*Mindfulness i  
psykologisk behandling*  
Universitetsforlaget,  
2014. 208 Sider.

## ANMELDT AV

Henrik Børsting  
Jacobsen, Ph.D.  
Avdeling for  
smertebehandling,  
OUS, Ullevål og  
Hysnes Helsefort,  
St Olav's Hospital.

**GJENNOMGANGSMELODIEN I BOKEN** er å introdusere sentral tematikk, for så å vise hvordan mindfulness kan støtte og utvide kjente utfordringer og muligheter innenfor psykoterapi. Bokens tretten kapitler spenner over alt fra spesifikke fobier til fellesfaktorer og eksistensialisme. Her viser den, etter min mening, sin største svakhet. Boken skal gi en introduksjon til mindfulness, legge til rette for teoretisk integrasjon, instruere utøvelse og ta for seg dype eksistensielle og psykoterapeutiske spørsmål. I tillegg skal den gi en introduksjon til alle de ulike feltene og temaene forfatterne ser for seg at mindfulness kan anvendes innenfor. Det gjør at psykologer til tider kan føle at det blir gjentakende og noe elementært.

## MER EMPATISK?

I kapittel åtte stiller forfatterne spørsmålet om mindfulness kan gjøre deg mer empatisk. Her går de gjennom forskning på empati i terapeutiske relasjoner, og skisserer hvordan de ser for seg en empatisk terapeut gjennom eksempler, både i rolle- og dialogformat. Forfatterne gir gode eksempler på spørsmålssetting som gir refleksjoner rundt både relasjon og egen rolle i terapi.

I kapitlet om ulike mindfulnesspraksiser i terapi, eller hvordan vi skal utøve mindfulness sammen med klientene våre, sier forfatterne at denne praksisen har begrenset betydning for feltet. Her går de fort igjennom gode instruksjoner, og denne leseren sitter igjen med en

følelse av at de tar noe lett på det. Forfatterne konkluderer med at for å utvikle denne praksisen bør terapeuter lytte til gode lærere. Men boken sier ingenting om hvordan eller hvor det er mulig å finne disse. Selv om det er lett å følge forfatterens resonnement om begrenset betydning av praksis, er det ikke dermed sagt at de svarer på leserens forventning når en åpner en introduksjonsbok til mindfulness. Da opplever jeg at de bommer litt når de ikke supplerer dette med læringsverktøy og multimedieressurser.

### STRESS OG MINDFULNESS

Kapittel ti tar for seg stress og mindfulness. Her er det naturlig å ha store forventninger, da «mindfulnessbølgen» ofte regnes å ha startet med programmer for stressreduksjon. Kapitlet starter med en ubegrunnet påstand om at stress er skadelig. Hva slags stress? Hvordan er det skadelig? Det er noe skuffende at så kunnskapsrike forfattere mangler sentrale teorier og dermed forståelse av stress som fagfelt. Et kapittel om stress bør i det minste starte med å snakke om rollen til læring og forventning. Kapitlet tar seg kraftig opp når forfatterne diskuterer rollen unngåelse kan ha i stress, men det oppleves fortsatt som noe stykkevis og delt. Det er vanskelig å ikke sitte igjen med følelsen av «cherry picking» både på utvalgte teorier og mindfulnessrelatert forskning. Det er også underlig at forfattere fra Universitet i Bergen ikke inkluderer kognitiv aktiverings-teori og forventningsprinsippene derfra.

### EN STERK AVSLUTNING

Det er lett å se at det er flere forfattere involvert, da skrivestilen endrer seg litt fra kapittel til kapittel. Det kan være en svakhet ved boka, men det gjør også at noen kapitler passer enkelte lesere bedre. Kapitlet om depresjon er et godt eksempel på dette. Her lanserer forfatterne spennende hypoteser og tanker om fremtidig forskning. Differensiert aktiveringshypotesen fra John Teasdale er veldig kul og ligner på bekymringshypotesen lansert av Joss Brosschot innenfor somatiseringsfeltet. For undertegnede var dette kapitlet høydepunktet og veldig godt skrevet. Dette var også min opplevelse av kapitlet om angst. Velfundert i forskning og godt skrevet. Men det var litt overraskende at forfatterne ikke trekker inn Michelle Craske sine studier på viktigheten av fleksibilitet i angstopplevelsen, da disse vil kunne gi ytterligere støtte for utviklingen av mindfulness i angstbehandling.

Alt i alt er dette ett solid stykke arbeid, som imidlertid lider noe av manglende fokus og formål. Flere steder blir presentasjonen av forskning litt overfladisk. Leseren må tidvis dukke ned i originallitteraturen for å få bedre grep om hva resultatene faktisk viser. Likevel mener jeg at boken trygt kan anbefales for psykologer. ✘

”

Jeg opplever at de bommer litt når de ikke supplerer med læringsverktøy og multimedieressurser

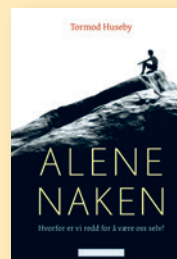
## Ferskvare



### Barn med psykose

Kan barn ha psykose? Hvordan kan vi oppdage at en ungdom har psykotiske symptomer? Hvordan skal hjelpeappa-

ratet møte unge mennesker som sliter med psykoser og alvorlige psykiske vansker? Ved hjelp av forskning, bred klinisk erfaring og praksisnære eksempler gir psykolog Kjersti Karlsen svar på disse og flere spørsmål i boka *Alvorlige psykiske lidelser hos barn og ungdom. Psykoser og psykoselignende tilstander*, utgitt på Gyldendal Akademisk. Kunnskap om psykoser hos barn og ungdom er sparsom. Utviklingen av en alvorlig psykisk lidelse hos unge mennesker skjer gradvis, og for helsepersonell kan møtet med denne pasientgruppen være utfordrende og fylt med dilemmaer. Boka har til hensikt å avlive myter, redusere stigma, og ikke minst gi håp til foreldre, helsepersonell, behandlere og de unge selv.



### Alene, naken

Hva er det som styrer våre handlinger, spør psykiater Tormod Huseby. Han mener at mye av svaret ligger i frykten for å bli

avvist og utstøtt av fellesskapet. For å unngå ensomheten griper vi til strategier som kan være uheldige for oss, men som der og da fremstår som det beste valget for oss. I boka *Alene, naken. Hvorfor er vi redd for å være oss selv?* utgitt på forlaget Cappelen Damm, skriver Huseby om skam, sårbarhet og livssmerte – også i sitt eget liv. Han forteller også om hvordan mennesker har greid å finne mot, trygghet og selvaksept.

# Terapeuten som menneske

Boken beskriver de gode og berikende sidene ved å være terapeut, og gir nye perspektiver til den som måtte kjenne seg frelst eller låst til en bestemt metode.



**ANNA L. VON DER LIPPE, HELENE A. NISSEN-LIE, HANNE WEIE ODDLI (RED.)**

*Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi.* Gyldendal Akademisk, 2014. 323 sider

**I PSYKOTERAPI MØTES** to ulike mennesker som begge søker veier til endring og utvikling. Klienten søker hjelp for symptomer og smertefulle livsvansker. Terapeuten søker vekst og mening gjennom sitt faglige virke. Vi har mange teorier og begreper for å forstå hva som skjer i løpet av disse møtene på terapikontoret. Vi har utallige teorier om klientene, men mangler kunnskap om terapeutens del av denne historien. Hva er psykoterapeutens eget bidrag i psykoterapi? Hvilken betydning har terapeutens personlige egenskaper og menneskelige livserfaringer? Hvordan endrer psykoterapeuter seg i løpet av sin yrkeskarriere? Og ikke minst: Hva er vekstkildene og fallgruvene for den som våger og velger et yrkesliv innenfor psykoterapi?

I antologien *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* finner vi interessante forsøk på å besvare disse spørsmålene. Boken er dedisert til professor emeritus Michael Helge Rønnestad ved Universitetet i Oslo, som gjennom flere tiår har forsket på de profesjonelle og personlige sidene av psykoterapeuters virke og utvikling. Rønnestad var en sentral forsker i gjennomføringen av «The International Study of the Development of Psychotherapists», et omfattende forskningsprosjekt som inkluderte data fra 11 000 psykoterapeuter i 32 land. Rønnestad er en norsk forsker av internasjonalt format, noe boken gjenspeiler. Boken er utformet i anledning Rønnestads 70-årsdag av tidligere studenter, kollegaer og samarbeidspartnere, og rommer nyskrevne bidrag fra norske og internasjonale psykoterapiforskere.

## SAMLEDE FORSKERKREFTER

Den første delen av boken, «Terapeutens bidrag i psykoterapi», åpner med to solide oversiktsarbeider fra henholdsvis David Orlinsky og Bruce Wampold. Orlinsky presenterer «den gene-

riske modellen» for å studere endring i ulike former for psykoterapi, mens Wampold foretar en kunnskapsgjennomgang av hva empiriske studier forteller om kjennetegnene ved effektive terapeuter.

I den andre delen av boken, «Terapeutens profesjonelle rolle og arbeid», møter vi flere arbeidere fra forskningsprosjektet «An Intensive Process-Outcome Study of the Interpersonal Aspects of Psychotherapy», som Rønnestad har ledet ved Psykologisk institutt på Universitetet i Oslo. Det er tydelig at dette prosjektet har vært med på å samle mange av forskerkrefteene på UiO, og forskningsbidragene i denne delen er både interessante og klinikknære. Hanne Weie Oddli diskuterer betydningen av klinisk ekspertise – hvordan erfarne terapeuter arbeider på bestemte måter for å fremme endring hos klienten. De konkrete sidene av denne ekspertisen blir analysert av Anna von der Lippe, som drøfter hvordan man kan se at erfarne terapeuter allerede i første time begynner å intervenere på ulike måter i gode og dårlige terapiprosesser, og at studier av forskjellene i disse tidlige terapeutiske samspillene kan være viktige for å forstå utvikling av positive og negative relasjoner i terapi. Dette er et kort kapittel, men et sentralt tema. Bidragene fra denne pågående studien ved UiO gir viktige og nyanserte beskrivelser av hvordan erfarne terapeuter arbeider for å fremme endring i møte med sine klienter. Slike seniorterapeuter kan fungere som inspirerende rollemodeller for hvordan vi kan og kanskje også bør bruke vår egen menneskelighet som en endringsfremmende ressurs i psykoterapi, men gir samtidig verdifulle påminnelser om at alle terapeuter er mennesker, og har menneskelige begrensninger. Selv erfarne terapeuter kan miste retningen og gå seg vill i de vanskelige landskapene av menneskelig lidelse.

## ANMELDT AV

Aslak Hjeltnes  
Stipendiat, Institutt  
for klinisk psykologi,  
Universitetet i Bergen



### TERAPEUTENS UTVIKLING

Tredje del av boken tar opp terapeutens egen profesjonelle og personlige utvikling. I et originalt og nytenkende bidrag drøfter McLeod hvordan psykoterapeuters utvikling ligner læringen som foregår i håndverkstradisjoner, og hvorfor det kan være interessant å se terapeututvikling i en større sosial og historisk kontekst. Veiledning og terapeutens personlige utvikling er en sentral del av disse læringsprosessene, og bidragene i denne delen tar for seg ulike former for emosjonelle og mellommenneskelige utfordringer som både kan fremme og hindre læring og egenutvikling i terapeutyrket.

I fjerde del, «Terapeuten som person», kommer vi nærmere de eksistensielle sidene ved livet som terapeut. Helene Nissen-Lie stiller det interessante spørsmålet om hvilke livserfaringer og motiver som får mennesker til velge et yrkesliv som psykoterapeut. Er dette et valg som tas av menneskelig nysgjerrighet, som en vei ut av egen livssmerte, eller gjennom å være et tidlig vitne til andre menneskers lidelse? Marit Råbu får tolv eldre terapeuter til å reflektere over «hva har det å være terapeut gjort med livet mitt?». Det er veldig interessant å lese hvilke menneskelige innsikter som kan vokse frem av et langt liv som terapeut. Dette kapittelet er det mest eksistensielt engasjerende bidraget i boken, og inneholder både kloke råd og rørende beskrivelser av de emosjonelle inntrykkene som sitter igjen etter å ha levd et langt yrkesliv i nærkontakt med andre menneskers vekst og lidelse.

### HVA MED RAMMEBETINGELSENE?

Redaktørene opplyser i innledningen at de har tre siktemål med denne boken: Å ta utgangspunkt i forskningsbaserte bidrag, inkludere sentrale internasjonale forskere og presentere

bidrag som tar opp forskjellige sider av terapeuters liv og yrkesmessige virke. De lykkes i dette. Like fullt kan man alltid ønske mer av en bok. Dette er kanskje mest et hjertesukk fra en ung psykolog i et felt som er i stor og rask endring, men som leser savner jeg en større vilje til å diskutere betydningen av denne forskningen i vår egen samtid. Forskningen på psykoterapeuters virke og utvikling sier mye vesentlig om hva som bidrar til god og dårlig terapi, og jeg skulle ønske boken i større grad reiste kritiske spørsmål om hvordan ytre rammebetingelser er med på å forme hva som skjer innenfor terapirommet. Hva skjer med psykologen og yrkesfeltet når køene vokser utenfor terapikontoret? Hvordan påvirker samfunnsendringer de faglige og personlige sidene av psykoterapeutens virke? Hvordan kan økonomiske, institusjonelle og organisatoriske forhold være med på å fremme eller hindre utvikling av gode terapeuter? Hvilken betydning har disse sosiale rammebetingelsene for utøvelsen av god eller dårlig psykoterapi? Det er fortsatt behov for mer forskning i dette feltet, og kanskje er tiden nå inne for å rette søkelyset mot psykoterapiens og psykoterapeutenes sosiale kontekst.

De internasjonale bidragene er ikke oversatt, noe som kan virke litt underlig i en norsk fagbok. Jeg tviler ikke på at norske psykologer har lært å lese engelsk, men burde ikke en så vesentlig fagbok ta litt mer ansvar for det norske fagspråket? For la det være sagt: Dette er en viktig bok. Den kan gi nye perspektiver til både framtidige, unge og mer erfarne psykologer – særlig de som måtte kjenne seg frelst eller låst til en bestemt metode, eller opplever at de ikke lenger trenger eller orker å holde seg faglig oppdatert. Vi har mye å lære av denne forskningen. Boken beskriver de gode og berikende sidene ved å være terapeut, men antyder også de menneskelige – altfor menneskelige – faresignalene. ❌



Jeg skulle ønske boken i større grad reiste kritiske spørsmål om hvordan ytre rammebetingelser er med på å forme hva som skjer innenfor terapirommet.

# Ujevnt godt om psykoterapi

En innføringsbok som tross svakheter også egner seg for oppdatering og justering av kompasskursen i terapirommet.



**LEIF EDWARD OTTESEN KENNAIR OG ROGER HAGEN (RED.)**

*Psykoterapi: Tålnæringer og metoder.* Gyldendal Akademisk, 2014. 376 sider

## ANMELDT AV

Stephan Neuhaus, psykolog under klinisk voksenspesialisering. Jobber til daglig i ambulant team i Nordre Østfold

**PSYKOTERAPI ER EN** av få norske innføringsbøker i psykoterapeutiske retninger og metoder. Den er delt inn i fire deler: behandlingsforskning, individualterapi, familierterapi og barneterapi, og gruppeterapi. Under disse paralyene finner man kapitler om diverse psykoterapeutiske retninger, skrevet av eksperter innenfor de ulike feltene (med noen få unntak er de psykologer). De fleste er godt kjente navn, med noen nykommere.

Innledningsvis presenterer redaktørene sitt hovedperspektiv, at psykoterapi er psykoteknologi. Dette innebærer at psykoterapeuter er eksperter på en spesiell form for mellommenneskelig påvirkning, som skal hjelpe klienten til å mestre livet sitt. Noen lesere vil nok kjenne seg lettere fremmedgjort av dette perspektivet. Jeg synes det er friskt, og skulle ønske at dette perspektivet var mer synlig i omtalen av de ulike retningene. Det kommer imidlertid ganske tydelig fram at en del forfattere ikke deler dette perspektivet. Til tross for at utvalget av retninger ikke begrunnes klart, virker dette nokså representativt for det terapeutiske i dagens terapeutiske landskap.

## ANGLIFISERT SPRÅK

Kapittel 2 og 3 i del 1 handler om behandlingsforskning og terapeutkompetanse/personlige egenskaper (Ryum & Halvorsen). Gode hensikter til tross – dette er de svakeste kapitlene i boka. Det er ikke voldsomt mye å utsette på innholdet – det er bare pakket inn i så mye oppstyling, inkonsekvent og anglisert språk, i tillegg til at strukturen virker ubearbeidet. Et utdrag blant mange mulige (s. 38):

Metodisk gode behandlingsstudier kjennetegnes for eksempel av randomisering til betingel-

ser, skjult allokering, «blinde» utredere og kontroll av om blindingen fungerte tilfredsstillende, bruk av valide og reliable måleinstrumenter, kontroll av terapeutenes etterlevelse og kompetanse, bruk av manualiserte behandlingsbetingelser (i det minste i eksperimentbetingelsen), tilfredsstillende statistisk styrke og «intention-to-treat»-analyser og adekvat statistisk håndtering av manglende data med flere (*sic*) [...].

Jeg får en snikende følelse av at de nevnte forfatterne ikke er vant til fagformidling på morsmålet, og at forlaget ikke har tatt konsekvensene av dette og bearbeidet teksten ordentlig (dessverre ganske typisk for norske lærebøker med begrenset lesermasse). Jeg håper dette er bedre i neste utgave, og henviser til Språkrådets kampanje «Klarspråk» ([www.klarsprak.no](http://www.klarsprak.no)). Inntil videre er det dessverre lettere å lese engelskspråklige innføringer i terapiforskning.

Øvrige kapitler (del 2–4) klarer seg vesentlig bedre, og er fullt lesbare uten at man har lest del 1. Man får pedagogiske og spissede innføringer i de viktigste terapietningene, uten altfor mye stammespråk og underforståtheter. Disse kapitlene er inndelt etter behandlingsmål, psykopatologiforståelse, grunnbegreper, sentrale prosesser og teknikker, og behandlingsforskning. Detaljnivået og lengden på kapitlene er behagelig, i tillegg til at alle gjengir gode kasus som tydeliggjør hva man egentlig driver med. Kapitlet om mentaliseringsbasert terapi (Skårderud & Sommerfeldt) utmerker seg, pedagogisk sett.

## STOR BREDDER - MEN GJENTAKELSER

Ellers dekkes de vanligste psykodynamiske, kognitive og atferdsorienterte retninger, barn og ungdom, grupper, familier og par. De fær-

reste lesere vil bli overrasket over innholdsfortegnelsen. En ting som er litt påfallende, er hvor mange ganger man skal gjenta grunnleggende begreper i kognitiv terapi (dette dekkes i kapittel 8 om kognitiv atferdsterapi, kapittel 18 om kognitiv atferdsterapi for barn og unge, og kapittel 20 om kognitiv gruppeterapi). Disse kapitlene kunne med fordel ha referert til hverandre.

Hvert kapittel i del 2–4 inneholder et lite vedheng om behandlingsforskning. Ikke overraskende finner alle støtte for sin metode. Jeg spør meg om det er nødvendig å presisere dette i det som i utgangspunktet skal være en oppdatert oversikt over feltet, spesielt når det gjennomgås så kort at det knapt er plass til refleksjon. En samlet drøfting av metoder, metodekritikk, integrasjon og eklektisisme hadde etter mitt skjønn vært mer opplysende.

Noe annet jeg hadde ønsket meg, var at redaktørene begrenset seg til terapi for voksne. Jeg synes det er merkelig at terapi med barn og unge presenteres i to kapitler langt bak, som om dette er noe litt «sært» og for spesielt interesserte. Barne- og ungdomsbehandling kunne i rettferdighetens navn hatt et eget bind.

#### GOD OG OVERSIKTLIG

Til tross for innvendingene er dette en god og oversiktlig lærebok. Ordlisten og litteraturlistene på slutten av hvert kapittel øker den pedagogiske verdien. Den vil egne seg bra på et innføringskurs i psykoterapi på universiteter og høyskoler. Den vil også kunne være nyttig for de som trenger en generell faglig oppdatering for å kontrollere kompasskursen i terapirommet. ✘

”

Jeg synes det er merkelig at terapi med barn og unge presenteres i to kapitler langt bak, som om dette er noe litt «sært» og for spesielt interesserte

#### ANBEFALT



### Hjertets radio

Podkastens verden har inntil nylig vært noe mystisk for meg. Det har vært noe som andre driver med. Da jeg skjønnte at denne verden er tilgjengelig for meg også, og bare et tastetrykk unna, ble jeg ivrig. En kollega av meg tipset meg om en podkast som heter «The Heart».

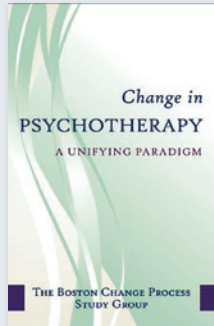
«The things you whisper. The things you do in the dark... or light. The things you feel but you don't know how to name. This is a radio show about all of those things», står det blant annet i beskrivelsen til podkasten, og episodene er alle merket med en «E». Jeg tror det betyr at man ikke kan være for bløthjertet hvis man skal lytte til «The Heart». Det er, slik jeg opplever det, en unorsk verden som åpenbarer i denne podkasten. De snakker om sex, og de hvisker om sex. De snakker om kjærlighet og om tap og lengsler. De tegner nære psykologiske portrett om mennesker som gjennomgår store endringer, som å skifte kjønn eller seksuell legning. Noen av episodene er lange, mens andre er korte. Felles for dem alle er at de fremstår ekte og ujalte. I alle fall menneskene som portretteres. Lydeffektene kan til tider være litt påtrengende, men jeg synes stort sett det er innenfor. «Beauty is pain» er en av episodene som skiller seg ut, den forteller om hvor vanskelig det er å være menneske. Om hvor sårbare vi er, og om hvor viktig det er for oss å høre til og kjenne oss verd å elske.

«It's about the triumphs and the terrors of human intimacy, the bliss and banality of being in love and the wild diversity of the human heart».

Du finner «The Heart» på iTunes, et sted i podkastens vidunderlige verden. Eller her: [www.theheartradio.org](http://www.theheartradio.org)

*Anbefalt av Catrin Sagen, privatpraktiserende psykolog og parterapeut*

## KLASSIKEREN



## Ignacio Matte Blanco

The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic (1975)

Under studiet på slutten av 90-tallet deltok jeg i en lesesirkel om psykoanalytisk litteratur. Da tiden var inne til å ta for seg temaet om det ubevisste, leste vi først Freud. Vi hadde ikke mye klinisk erfaring, men vi opplevde at hans innsikter berører noe sentralt hos mennesker. På denne tiden ble jeg første gang kjent med Ignacio Matte Blanco. Han var lite kjent innenfor den angloamerikanske psykoanalytiske verden, men spilte en større rolle for den psykoanalytiske tenkningen i Sør-Amerika og Italia. I 1975 publiserte han sitt hovedverk *The Unconscious as Infinite Sets*. Matte Blanco bygger videre på Freuds beskrivelser av egenskaper ved det ubevisste, men hadde ikke spesielt sans for energibegrepet hos Freud, så han valgte å bruke matematikk og logikk som verktøy for å gripe an dette temaet. Han forsøkte å systematisere en regelbasert forståelse av dynamisk ubevisste prosesser, og hvordan dynamikken mellom følelser og tenkning preger mennesker i ulike tilstander. Mest kjent er han for å ha utviklet det bi-logiske perspektivet i psykoanalytisk teori. Han kaller logikkene for asymmetrisk og symmetrisk logikk. Asymmetrisk logikk handler om tenkning som følger tradisjonell logikk og rasjonalitet. Symmetrisk logikk viser til egenskaper ved det irrasjonelle, for eksempel i drømmer, i psykose og i tilstander under sterk affekt. Temaet om det ubevisste ble enda mer spennende å utforske ved hjelp av boken til Matte Blanco. Den ga meg en ny måte å forstå dynamisk ubevisste prosesser på, og jeg opplever tilnærmingen nyttig i mitt kliniske arbeid i dag.

*Jan Hageselle utfordrer Anne Kulseng Berg til å ta stafettpinnen videre.*

Fra arkivet: 1980

## Fakultet og profesjon

«Bergenspsykologi» og «Bergenspsykologer» er iferd med å bli et nytt begrep. Et begrep som fremfor alt er preget av bredde. Forskning og undervisning spenner fra fysiologisk psykologi og nevropsykologi til pedagogisk psykologi og samfunnspsykologi. Bredden til tross, det er Bergen som sterkest har hevdet generalistmodellen. Bergenspsykologene har ofte reist direkte fra eksamen til utkantstrøk der de ble første og eneste psykolog. Da er det bruk for allmennpraktikeren, og dette er blitt en utfordring i utdannelsen.

*Studiet er direkte profesjonsrettet* og lagt opp for å møte samfunnets behov for psykologisk ekspertise. Vi finner åpenhet og interesse for å utvikle nye og utradisjonelle psykologroller.

*Denne faglige holdningen* har utvilsomt medvirket til opprettelsen av det psykologiske fakultetet, og dette vil igjen forplikte til fortsatt utvikling av psykologprofesjonen.

For et fakultet er nettopp karakterisert ved at det er en selvstendig profesjonsorientert undervisningsenhet. (...) I og med opprettelsen av Psykologiske Fakultetet ved Universitetet i Bergen er ikke bare psykologi som egen vitenskap med eget metodegrunnlag erkjent. Også psykologprofesjonen og betydningen av å utvikle denne er kommet i fokus. Dette bør virke stimulerende på alle norske psykologer og være en utfordring.

For å ivareta samfunnets behov for psykologer kreves det en stadig utvikling av psykologien og en stadig tilpasning av profesjonsutdannelsen til aktuelle forhold. Det er nødvendig at forskning, undervisning og praksis går hånd i hånd. Det er vårt håp at kommende psykologiske doktorgrader vil vise dette!

*Usignert leder, juli, 1980*

## MINNEORD

## KJELL LERANG SVENDSEN

1926–2015

Med Kjells død er en foregangsmann i utviklingen av feltet psykisk helsevern for barn og unge i Norge gått ut av tiden. Kjell tok cand. psychol.-eksamen i 1953 og ble senere spesialist i klinisk psykologi. Han gjennomførte 3-årig videreutdanning på Nic Waals Institutt (NWI), og ble tilsatt som stabspsykolog på NWI.

I Norge oppstod psykisk helsevern for barn og unge som eget fagområde etter annen verdenskrig. De første institusjonene kom begge i Oslo: Barnepsykiatrisk klinikk på Rikshospitalet i 1950 og Nic Waals Institutt i 1953. I 1956 foreslo Utvalget for psykisk barnevern å bygge ut minst en poliklinikk med et tverrfaglig team i hvert fylke, med to behandlingshjem knyttet til hver poliklinikk. Poliklinikken skulle bygge på child guidance-modellen fra USA og innebar at barn og ungdom primært skulle få et behandlingstilbud mens de bodde hjemme.

I 1961 kom lov om psykisk helsevern, hvor fylkeskommunene fikk ansvar for utbyggingen av de psykiske helsetjenestene. Troms og Finnmark var tidlig ute, og i 1965 ble Kjell og psykolog Gerd Jacobsen ansatt for å bygge opp en poliklinikk for Troms og Finnmark i Tromsø: Kjell for Troms og Gerd for Finnmark. De stilte klare betingelser: full styring både med den faglige utformingen og med de organisatoriske forholdene. Hovedutfordringen var hvordan teamene skulle organisere et godt tilbud for dem som bodde dagsreiser fra Tromsø? Svaret var utadrettet virksomhet. Det innebar å møte pasienten i familien på hjemstedet. Besøket skulle gi nødvendig bakgrunnsstoff både om familien og mulige samarbeidsinstanser lokalt når det gjaldt behandlingstiltak.

Denne arbeidsformen, som Kjell og hans team satte ut i livet, skapte noe helt nytt i fagfeltet. Utbyggingen i Troms og Finnmark, også kalt distriktsmodellen, skulle bli en veiviser for mange andre fylker. Men det å legge hovedvekten på utadrettet virksomhet ble møtt med skepsis og motstand fra administrasjonen på Åsgård sykehus. Voksne pasienter ble innlagt på sykehuset, fikk sin behandling og ble sendt hjem uten særlig oppfølging. Ledelsen på Åsgård mente at BUP måtte kunne arbeide på samme måte. Det ble en konfrontasjon mellom to vidt forskjellige faglige verdener. I stridens hete måtte Kjell minne toppledelsen om tilsetningsbetingelsene.

Kjell mente at det å møte pasientene i deres helhetlige livssituasjon på hjemstedet ga en nødvendig utvidet faglig forståelse. Det var viktig å utvikle bedre samarbeid med dem som skulle følge opp behandlingen lokalt.

I 1968 ble Kjell spurt om han ville komme til Molde og bygge opp en poliklinikk der som en start på utbyggingen av BUP i Møre og Romsdal. Det var et vanskelig valg. Distriktsmodellen hadde gitt mange verdifulle erfaringer, men mye arbeid gjensto, og poliklinikken sto overfor mange nye oppgaver. Men han var født og oppvokst i Molde, og han valgte å ta imot tilbudet.

Kjell forlot Tromsø og startet opp i februar 1970. Erfaringene fra Troms skulle bli et viktig veikart for hans neste store oppgave. Distriktsmodellen skulle nå videreutvikles. Distriktslege og helsesøster ble valgt som nøkkelpersoner i koordineringen lokalt, og samarbeidet med BUP om behandlingstiltak i lokalmiljøet. Å utvikle familierapien sto også høyt på dagsordenen. Behandlingen startet på familiens hjemsted med poliklinisk kontakt, deretter ble den fulgt opp med behandlingstilbud for familien i fire uker på Sagbakken familiepaviljong, og så slutført på hjemstedet.

Kjell la stor vekt på å bidra til faglig oppgradering ved å organisere systematisk videreutdanning med base i Molde. I løpet av 1976 begynte planene for et treårig tverrfaglig videreutdanningsprogram å ta form.

Kjell og jeg møttes første gang på NWI i 1950-årene. Dette var starten på et livslangt faglig samarbeid og vennskap. Vi delte erfaringer og synspunkter om fagfeltets utvikling, og samarbeidet i HelseDirektørens tverrfaglige utvalg for BUP, hvor det blant annet ble utarbeidet nye retningslinjer for drift, bemanning og ledelse av BUP. Vi samarbeidet også om videreutvikling av Waals somatiske psykodiagnostiske metode, som vi begge lærte av Nic Waal. Vårt siste store samarbeid foregikk i årene mellom 1999 og 2003 i forbindelse med et omfattende prosjekt om videreutvikling av metoden.

Kjell var en pioner og hadde helt spesielle forutsetninger for å bidra til utviklingen av psykisk helsevern for barn og unge i Norge. Av særlig betydning var hans grundige faglige bakgrunn, kombinert med spesielle strategiske evner og lederegenskaper. Ikke minst var Kjells evne til å skape samarbeid og å stimulere til pågangsmot og entusiasme viktig.

*Einar Moe. Tidligere sjefpsykolog og leder på Nic Waals Institutt*

# Kurskalenderen



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

Pris eks.mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:  
1 innrykk kr 2 000,  
2 innrykk kr 3 000,  
3 innrykk kr 3 500,  
4 innrykk kr 4 500.

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

## 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](http://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](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

## OKTOBER

### Hvordan skrive journal?

Oslo, 8. oktober 2015  
[www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

Oslo, 26.-27. oktober 2015  
For mer informasjon og påmelding se [www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG PRISER I 2015

### SPELIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 22 per sp.mm.  
Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.  
Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 530, samme format i farger kr 3 853.

### SMÅANNONSER:

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

### NETTANNONSER:

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

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

### ANNONSEFORMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
8	20.07	03.08
9	18.08	01.09
10	18.09	01.10

### Priser stillingsannonser/profilannonser:

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

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

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

**OSLO. LEDIG KONTOR I FAGLIG FELLESSKAP I BYGDØY ALLÉ 21.** Et stort og lyst kontor i 5. etg. mot Bygdøy Allé er ledig. Felles spiserom, venterom og kjøkken. De øvrige kontorene i 5. etg., 4. etg., 3. etg. og 2. etg. er leiet ut til gestaltterapeuter, psykologer og psykiatere. Henvendelse Kirsten Riisnæs, tlf. 950 88 512.

**MINDFUL YOGALÆRERUTDANNING RYT200** med psykolog Kristin Skotnes Vikjord, E-RYT200 & IAYT. Godkjennes som 72 t. vedlikeholdskurs Norsk psykologforening. Sted: Oslo, Zanti Yoga studio. Tid: uke 37, 43, 49. Man–fre 09.00–17.00. Pris: kr 25 000. [www.mindfullyoga.no](http://www.mindfullyoga.no). Søknadsskjema: [info@mindfullyoga.no](mailto:info@mindfullyoga.no)

**NESODDENS FLOTTESTE KONTORLOKALER** ledig for psykolog. Vi er et tverrfaglig kontorfellesskap bestående av psykologer, psykiatere, psyko-motoriske fysioterapeuter og lungelege som alle er spesialister med driftstilskudd. Flere privatpraktiserende psykoterapeuter uten driftstilskudd er også tilknyttet senteret. Kontakt **Per Are Løkke**, tlf. **911 14 064**. Se [www.ressurssenteret.no](http://www.ressurssenteret.no)

Neste utgivelse er **3. august**, frist for å bestille annonse til august-utgaven er

**mandag 20. juli**

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

#### LEDIG LOKALE I OSLO

Kontor til leie i Rosenkrantzgt. 3 dager i uken + eventuelt ettermiddager. Billig husleie. Henvendelse tlf. **911 14 064**.



## 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](mailto:firmapost@adprofil.no)



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

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

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



# Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

*Arbeidet som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett*

## Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

## Målsetting

Å få en grunnleggende forståelse for sakkyndighet og sakkyndighetsrollen og hvordan denne skiller seg fra øvrig klinisk arbeid. Få kjennskap til ulike områder hvor psykologer er etterspurt som sakkyndige. Kjenne til beslutningsteori og hvilke systematiske feil som kan begås ved beslutningstaking. Kunne fremstå i en rettslig sammenheng på en profesjonell måte

## Kursets innhold

- Sakkyndigrollen
- Grunnleggende rettspsykiatri
- Grunnleggende barnefaglig sakkyndighet
- Beslutningsteori, og vitnepsykologi
- Å fremstå som sakkyndig
- Diverse øvelser inn i mellom

Det vil primært bli separate forelesninger og noen øvelser.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

## Om kursleder

Pål Grøndahl, spesialist klinisk voksenpsykologi og ph.d. Han er forsker ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus. Grøndahl har publisert flere artikler om rettspsykiatri og sakkyndighet mv. Han har arbeidet som rettspsykiatrisk sakkyndig de siste 15 årene og er aktiv debattant knyttet til spørsmål om sakkyndighet, rettspsykiatri, rettspsykologi og psykisk helse.

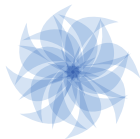
Sted og dato: Oslo, 26.-27. oktober 2015

Avmeldingsfrist: 21. september 2015

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr.: 110-15

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](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



Handelshøyskolen BI dekker en betydelig del av behovet for utdanning innen det økonomisk-administrative fagområdet i Norge, og er en av Europas største handelshøyskoler med 20.000 studenter. Studietilbudet spenner fra bachelorstudier via masterprogrammer til doktorgradsutdanning, samt erfaringsbasert Executive utdanning. Fagområdene har basis i økonomi-, markedsførings- og ledelsesfag, og BI har ett av Europas ledende vitenskapelige miljøer innenfor disse områdene.

## Høyskolelektor i Organizational Behaviour ved BI Stavanger

Ved BI Stavanger er det ledig fast stilling som høyskolelektor innen fagområdet organizational behaviour. Den som tilsettes, vil ha sitt faste arbeidssted ved BI Stavanger, og vil være faglig assosiert til institutt for ledelse og organisasjon ved BI Oslo.

For stilling som høyskolelektor kreves 2-årig mastergrad eller tilsvarende. Stillingen omfatter undervisning innenfor området ledelse og organisasjon. Kvalifikasjoner innen undervisning eller annen pedagogisk virksomhet tillegges stor vekt. Det er ønskelig at søker har utdanning innen psykologi, og har formidlingserfaring fra for eksempel personalledelse eller mer generelt innen organisasjonspsykologi.

Arbeidsoppgavene er primært undervisning som i hovedsak vil være rettet mot BIs Bachelorstudier. I tillegg er undervisning på etter- og videreutdanningsprogrammer aktuelt, som f. eks. Executive Bachelor. All undervisning foregår på norsk. Veiledning av studenter samt sensur inngår i stillingen.

Kompetansevurdering foretas etter vanlige regler for pedagogiske stillinger ved universiteter og vitenskapelige høyskoler. Stillingen er knyttet til Statens Pensjonskasse og lønnes i henhold til kvalifikasjoner. Kvinner oppfordres til å søke.

Aktuelle søkere innkalles til intervju og prøveforelesing. Handelshøyskolen BI forbeholder seg retten til ikke å tilsette søkere som er kvalifiserte, dersom man finner at de ikke tilfredsstillere nærmere angitte krav til pedagogisk tilnærming og undervisningserfaring. BI legger vekt på god muntlig og skriftlig formidlingskompetanse. Vi stiller språklig krav om at søker kan undervise på norsk. I tillegg er det viktig at søker liker å jobbe både selvstendig og i team. Vi legger vekt på at søker har relevant arbeidserfaring fra privat og/eller offentlig virksomhet. Erfaring med internasjonalt samarbeid vil bli vektlagt.

Ytterligere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til direktør Ragnhild Wiik, telefon 982 51 712. **Søknadsfrist: 5. august 2015.**

Søknad, CV og liste over faglige arbeider sendes elektronisk. Høyeste utdannings grad og annen relevant utdanning skal dokumenteres.

Det er ikke anledning til å sende inn arbeider eller annen dokumentasjon etter fristen. Søknad sendes elektronisk via:

<https://bi.easycruit.com/vacancy/1385100/45436?iso=no>

The logo for BI (Briskeby International) consists of the letters 'BI' in a bold, white, sans-serif font, centered within a dark blue square.

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

## BUP Kristiansund

Klinikk for barn og unge

## Psykolog/psykologspesialist

BUP Kristiansund har ledig 2x100 % fast tilsetning frå snarast for psykolog/psykologspesialist. St. nr. 2015/2563.

### Kvalifikasjonar

- Psykolog med godkjent klinisk spesialitet i barn og unge/psykolog i klinisk spesialisering/psykolog
- Helst erfaring frå arbeid med barn/unge og deira familiar når det gjeld psykisk helse.

### Kontaktinformasjon:

Joakim Varvin, seksjonsleiar, tlf. 71 12 17 31

**Søknadsfrist: 22. juli 2015**

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

**Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg saman med søknaden.**

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*



frantz.no



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Habilitering og rehabilitering

## Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Ottestad

Sykehuset innlandet HF, Divisjon Habilitering og rehabilitering består av 5 avdelinger. Det er tilsammen 250 årsverk.

### Psykologspesialister (Ref.nr. 2675404288)

- 3-års vikariat fra 01.11.16–31.12.18 i enten 70 % stilling som psykologspesialist i nevropsykologi, eller 100 % stilling som psykolog.
- 3-års engasjement i 100 % stilling som psykologspesialist i nevropsykologi. Stillingen vil være tilknyttet prosjektet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskaade. Stillingen er ledig i tidsrommet 01.01.16-31.12.18, med forbehold om ekstern finansiering.

**Kontaktperson:** Eija Marianne Sareneva, seksjonsleder hjerneskaade, tlf. 970 15 508/62 55 84 00 eller Inga Rønningen, prosjektleder, Raskere tilbake hjerneskaade, tlf. 906 84 607/62 55 84 00.

### Søknadsfrist: 30. juli 2015

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

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

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

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



frantz.no

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

## Ålesund sjukehus

Klinikk for barn og unge - Ungdomspsykiatrisk sengepost (UPS) - og BUP poliklinikken

## Psykologspesialist/psykolog

**Vi har ledig 2 faste stillingar for psykologspesialist. Ei stilling på sengeposten (UPS) og ei stilling på BUP poliklinikken Ålesund.** Ref. nr. 2015/2718 og 2015/2756.

Om vi tilset interne søkjarar vil vi få ledige vikariat og ber derfor om at også psykologer i utdanning søker.

### Kontaktinformasjon:

Manuela Strauss, avdelingsjef, tlf. 70 16 72 00, Merethe Lise Løvik, seksjonsleiar UPS, tlf. 70 16 67 00 eller Inger Ann Berge, seksjonsleiar BUP, tlf. 70 16 72 00.

**Søknadsfrist: 31. juli 2015**

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

**Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg saman med søknaden.**

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*



frantz.no

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

## DPS Kristiansund poliklinikk

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

## Psykologspesialistar

Vi har ledig 2 faste stillingar i 100 % for psykologspesialistar, tilretteleggelse etter avtale. Stillinga kan også søkjast av psykolog som ikkje er ferdig spesialist. Ref. nr.: 2015/722.

Sentrale arbeidsoppgåver vil vere utredning/ diagnostisering og behandling, både sjølvstendig og i samarbeid med tverrfaglig team.

### Kontaktinformasjon:

Tor Nygaard, seksjonsleiar, tlf. 991 67 650 eller Ingunn Pernille Mundal, teamkoordinator, tlf. 71 12 33 35

**Søknadsfrist: 15. juli 2015**

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

**Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg saman med søknaden.**

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*



frantz.no



*Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningssenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest HF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten. Vi er i vekst og har økt kapasiteten på både døgnbaserte, polikliniske og ambulante tjenester; – herunder en helt ny familieavdeling og et utvidet døgnbasert tilbud til gravide.*

## Avdelingsleder

Vi søker etter psykolog- eller legespesialist med relevant videreutdanning til funksjonen som avdelingsleder for vårt behandlersteam og institusjonens polikliniske funksjonsområde.

De kliniske funksjonene er organisert i tre hovedområder: Poliklinisk seksjon med ambulante tjenester og egen vurderingsenhet, døgnseksjoner og dagklinikk. Behandlingsmodellen legger vekt på kontinuitet i relasjonen mellom pasient og behandler. Dette blir ivaretatt av et tverrfaglig behandlersteam der behandlerne følger pasienten gjennom hele behandlingsforløpet; – dvs. både i polikliniske og døgnbaserte sekvenser.

Behandlerteamet består i dag av 6 psykologspesialister, 3 psykologer, 2 psykiatere og 3 fagkonsulenter.

Funksjonen som avdelingsleder innebærer det daglige koordinerende og operasjonelle ansvaret for den kliniske virksomheten i Behandlerteamet og det polikliniske funksjonsområdet:

- Oppgavefordeling og prioritering av de kliniske oppgavene i teamet
- Faglig og organisatorisk kvalitetssikring av den kliniske virksomheten
- Personal - og budsjettansvar på delegerte oppgaveområder
- Ansvar for HMS og tilrettelegging av gode samarbeidsformer både i teamet og i forhold til øvrige enheter/funksjonsområder
- Aktiv deltakelse i faglig og organisatorisk utviklingsarbeid både internt og eksternt

Deler av stillingen er klinisk basert og inneholder et tilpasset arbeids- og oppgaveområde som i enkeltsaker tilsvarende øvrige hovedbehandlere.

Søker må ha relevant erfaring fra fagfeltet. Personlig egnethet og evne til tverrfaglig samarbeid tillegges betydelig vekt

Lønn i henhold til Landsoverenskomst for spesialisthelsetjenesten.

Pensjonsordning i KLP.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til konstituert klinikkssjef Bodil Bjelland eller direktør Kari B. Gunnarshaug **tf. 52 73 30 00** eller på vår hjemmeside: **haugaland-asenter.no**

**Søknaden sendes til:**

**Haugaland A-senter, Haraldsgt.16, 5528 Haugesund,  
eller post.haugaland.a-senter@bk-vest.no**

**Søknadsfrist: 9.august 2015.**

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for mennesker

## Psykologspesialist / psykolog kveldspoliklinikk

### Ønsker du å jobbe med korttidsterapi i et engasjerende fagmiljø?

På Poliklinikken Raskere tilbake, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker vi psykologspesialister/psykologer til kveldspoliklinikk på onsdager. Vi gir tilbud om kognitiv terapi til arbeidstakere som er sykemeldt eller som står i fare for det grunnet angst og depresjon. Dersom du har utdanning/erfaring innen kognitiv terapi og ønsker å arbeide en kveld i uken ta kontakt med Enhetsleder Ragne Gjengedal, tlf:90023259/Ragne.gjengedal@diakonsyk.no eller ass. Enhetsleder Lars Gregorius Røv tlf: 22029806/Lars.røv@diakonsyk.no

For å søke, vennligst benytt vårt elektroniske søknadsskjema på [www.diaconhjemmetsykehus.no](http://www.diaconhjemmetsykehus.no)

**Søknader vurderes fortløpende.**



Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for mennesker

## Psykologspesialist

Ved BUP Vest er det ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist fra 1. september 2015.

Kontaktpersoner:  
Avdelingssjef Kari Tenmann eller  
Ass. avdelingssjef Helle Baadsvik  
tlf. 22 12 24 60

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

**Søknadsfrist: 10.07.15**



### BUP Brønnøysund

## Psykologspesialist/ psykolog

Vi søker spesialpsykolog/psykolog til 100% fast stilling ved BUP Brønnøysund.

I tillegg til ledig stilling som psykologspesialist / psykolog har avdelingen følgende personalsammensetning: Psykiater, psykologspesialist, klinisk sosionom, klinisk barnevernspedagog, helsesøster, og spesialvernepleier. BUP Brønnøysund skal ivareta barne- og ungdomsbefolkningen sitt behov for allmennpsykiatriske spesialisthelsetjenester. Vi arbeider for at barn og unge raskt skal få komme til samtale og få hjelp tilpasset deres behov. Vi har terapeutisk tilbud som kognitiv, dynamisk og relasjonsorientert terapi. I tillegg har vi metoder innenfor traumebehandling (EMDR). Vi har fokus på familie og nettverksarbeid-familieterapi, og tilbyr foreldretreningsprogrammet PMTO. Vi følger nasjonale helsemyndigheters føringer med hensyn til utredning, diagnostikk og behandling. Dette innebærer at vi bestreber oss på å jobbe etter nasjonale veiledere og kliniske retningslinjer.

Kontakt: Områdesjef Grete Andreassen, tlf. 948 25 478, avdelingsleder, Anne Mari Skillevik, 951 25 033.

**Søknadsfrist: 2. august 2015**

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



## Psykologspesialist/ psykolog

Helgelandssykehuset har tre distriktspsykiatriske sentre. Disse ligger i Mo i Rana og Mosjøen samt Psykiatrisk senter ytre Helgeland i Sandnessjøen og Brønnøysund.

### Ambulant akutteam – Brønnøysund

Ambulant akutteam er spesialiserte, tverrfaglige team, som skal vurdere pasienter for akuttinnleggelse og kunne gi intensiv hjemmebehandling som alternativ til innleggelse voksne. Ambulante akutteam skal gi et bedre kvalitativt akutttilbud for pasienter på Helgeland. Gjennom en bedre og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til mennesker i akutte psykiske krisesituasjoner, og gjennom rask og god tilgjengelighet for primærhelsetjenesten, er målet også å redusere innleggelse i sykehus.

Det lokale AAT-teamet i Brønnøysund vil bestå av psykologspesialist/psykolog og sykepleier med videreutdanning, og vil ha sitt ansettelsesforhold i voksenpsykiatrisk poliklinikk i Brønnøysund.

Kontakt: Områdesjef Grete Andreassen, tlf. 948 25 478, konstituert avdelingsleder Elin Pettersen, tlf. 414 43 839.

**Søknadsfrist: 2. august 2015**

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



# KOMPASSET

Blå Kors Norge er landets største ideelle aktør innenfor rusfeltet. Organisasjonen har om lag 2600 individuelle medlemmer, 28 medlemsorganisasjoner, 52 virksomheter og hjelpetiltak, over 1000 ansatte og driver et omfattende arbeid innen forebygging, behandling og oppfølging.

KOMPASSET er et av Blå Kors' nyeste tiltak. Kompasset er et terapeutisk tilbud til unge mellom 14 – 35 år som har foreldre med alkohol- og/eller andre rusproblemer. Kompasset er et spesialisert tilbud med høy kompetanse hos personalet med stillingshjempler for psykolog/psykologspesialist og terapeuter med terapeutisk videreutdanning og minimum 3-årig helse- og sosialfaglig grunnutdanning. KOMPASSET finnes i Trondheim, Bergen, Sandnes og Oslo. Se også [www.kompasset.org](http://www.kompasset.org)

**Har du lyst til å være med å drive et terapeutisk tilbud til unge som bærer på konsekvensene av å ha vokst opp med rus familien? Vi trenger en engasjert leder og kliniker til dette arbeidet.**

Blå Kors Norge vil nå starte KOMPASSET i Tromsø og søker etter

## + Psykolog/psykologspesialist

**Personer med 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning med relevant klinisk videreutdanning og erfaring kan også søke.**

Stillingen innebærer også avdelingslederansvar med etablering av tilbudet KOMPASSET i Tromsø. Avdelingen skal i første omgang ha to ansatte der tilsatt leder får være med å ansette medarbeider. Dette er en unik mulighet til å få arbeide terapeutisk med motiverte unge mennesker mellom 14 – 35 år som ønsker hjelp for sin egen del. Leder skal ha det faglige og administrative ansvaret for den daglige driften i samarbeid med Virksomhetsleder. Stillingen er en kombinasjon av terapeutisk arbeid, undervisning, presentasjonsoppgaver, etablering av gode samarbeidsrelasjoner til kommune og andre samarbeidspartnere og praktisk arbeid med å bygge opp avdelingen.

**For nærmere opplysninger kan du kontakte:** Virksomhetsleder for Kompasset Norge Ingvil Øiestad Løvik på telefon 474 57 892.

**Søknadsfrist: 2. august 2015**

For fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema se:

**[www.blakors.no](http://www.blakors.no) eller [www.jobbdirekte.no/kompasset](http://www.jobbdirekte.no/kompasset)**

Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.



**STATENS BARNEHUS**  
Et tverrfaglig kompetansehus

Oslo

## STATENS BARNEHUS OSLO

**Vi søker:**

### 1 Psykologspesialist – barn og unge

En av våre psykologspesialister har søkt seg til nye utfordringer. Vi søker nå en ny dyktig og engasjert psykologspesialist. Psykologer som er i ferd med å fullføre sin spesialisering kan også komme i betraktning til stillingen.

Barnehuset er et tverrfaglig kompetansehus for barn og unge, samt voksne med en utviklingshemming, der det er mistanke om at de er utsatt for seksuelle overgrep, vold eller er vitne til vold. Politiet foretar avhør av disse gruppene ved Statens Barnehus Oslo. Det er vår oppgave å medvirke til at barns rettssikkerhet styrkes, samt å påse at Stortingets hovedintensjon om å sette barnet i sentrum blir fulgt.

Psykologspesialisten vil bli en av tretten behandlere, hvorav tre er psykologspesialister og ti er seniorrådgivere med klinisk kompetanse. En sentral arbeidsoppgave er å gi målgruppen oppfølging og behandling. Samtidig er fagutvikling og undervisning viktige oppgaver ved Statens Barnehus Oslo.

Statens Barnehus Oslo er en del av Oslo politidistrikt. For fullstendig utlysning, se [www.politijobb.no](http://www.politijobb.no) og [finn.no](http://finn.no)

**Kontakt:**

Daglig leder: Astrid Johanne Pettersen, tlf. 22 70 56 60 / 959 34 486

Psykologspesialist: Vibeke Silseth, tlf. 22 70 56 66





## 100 % fast stilling som psykolog i Tønsberg kommune

Tønsberg kommune har ledig nyopprettet fast stilling som psykolog fra dags dato. Stillingen er lagt til Virksomhet Helsetjenester, enhet psykisk helse og rus. Enheten består av oppfølgingsteam, rusteam, psykisk helseteam, lavterskeltiltak for rusavhengige og fengselshelsetjeneste og yter tjenester til personer over 18 år. Enheten er tverrfaglig sammensatt med engasjerte medarbeidere, faglig utfordrende oppgaver og godt arbeidsmiljø. Vi ønsker nå å styrke det tverrfaglige tilbudet ved å ansette psykolog.

### Hovedarbeidsoppgaver for stillingen:

- Samtaler og kortvarig oppfølging av enkeltpersoner og pårørende
- Veilede og støtte medarbeiderne i enheten i deres arbeid
- Bistå i forhold til kriser / akuttsaker, samt suicid- og voldsriskovurderinger
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Medvirke i plan- og utviklingsarbeid
- Deltakelse i psykologfaglig nettverk lokalt og nasjonalt

### Kvalifikasjoner for stillingen:

Offentlig godkjent psykolog

### Vi vektlegger:

- Relevant erfaring
- Personlig egnethet, fleksibilitet, engasjement og god samarbeidsevne
- Evne til å jobbe selvstendig, systematisk og løsningsfokusert
- Positiv innstilling til utfordrende arbeidsoppgaver

### Lønnsvilkår: Lønn etter avtale

Fra lønnen trekkes 2 % innskudd til pensjonsordning

### Tønsberg kommune kan tilby:

- Variert arbeid i tverrfaglig miljø
- Godt arbeidsmiljø med mye humor og stor takhøyde
- Deltakelse i faglig nettverk
- Fleksitidsordning

Du må ha førerkort og påregne å bruke egen bil i tjenesten. Du må ha gode norskkunnskaper både skriftlig og muntlig.

### Nærmere opplysninger om stillingen ved henvendelse til:

Hilde Cathrine Rui, enhetsleder, tlf. 33 29 24 24, e-post [hcr@tonsberg.kommune.no](mailto:hcr@tonsberg.kommune.no)  
Inger Furuseth, virksomhetsleder, tlf. 33 29 24 01, e-post [inf@tonsberg.kommune.no](mailto:inf@tonsberg.kommune.no)

For fullstendig utlysning og søknad se vår hjemmeside [tonsberg.kommune.no](http://tonsberg.kommune.no)

**Søknadsfrist:** 09.08.15

*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!*

### VPP Tana

## Psykologspesialist

Ved VPP Tana er det ledig en 100 % fast stilling som Psykologspesialist.

Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tana er en del av DPS Øst-Finnmark.

### Kontaktinfo:

Björg Guttorm, avdelingsleder, tlf. 78 92 74 16.

**Søknadsfrist: 24. juli 2015**

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside: [www.finnmarkssykehuset.no](http://www.finnmarkssykehuset.no).

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



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÄRKKUBUOHCEVIESSU



## FAMILIEKONTORET I VEST-AGDER, AVD. KRISTIANSAND HAR LEDIG FAST 100 % STILLING SOM PSYKOLOGSPESIALIST/ PSYKOLOG

Familiekontoret i Vest-Agder har to avdelinger henholdsvis i Kristiansand og Farsund. Arbeidsoppgavene er blant annet terapeutisk arbeid med par, familier og enkeltpersoner med samlivs- og relasjonsproblemer, samt rådgiving.

Familiekontoret utfører også lovpålagt meklingsoppgave for foreldre etter ekteskapslov og barnelov.

**Søknadsfrist:** 27.07.15

Se fullstendig utlysning på [finn.no](http://finn.no)



## VI SØKER PSYKOLOG I 100 % STILLING

Stiftelsen Renåvangen har siden 1987 gitt et langtids behandlingstilbud for rusmiddelavhengige. Vår institusjon er et hierarkisk strukturert terapeutisk samfunn med beliggenhet i Rendalen kommune i Norge. Tilbudet inkluderer både enslige og de som lever i parforhold. Renåvangen er en del av Spesialisthelsetjenesten og har driftsavtale med Helse Sør-Øst. Vi har 25 behandlingsplasser og fem års ettervern.

Rendalen kommune kan for øvrig by på flott natur og store muligheter for aktivt friluftsliv.

For utvidet utlysningstekst, se vår hjemmeside: [www.renavangen.no](http://www.renavangen.no)

**Søknadsfrist:** 15.07.2015

### - 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.

### DPS Lister, Farsund/Kvinesdal

## Psykologspesialist/psykolog

Vi har ledig 100 % fast stilling som psykolog/psykologspesialist ved DPS Lister poliklinikk Farsund eller døgnpost Kvinesdal.

Ved poliklinikken i Farsund er det i tillegg ledig en toårig 100 % stilling som psykolog i forbindelse med overgang fra døgn til dag, i tråd med Sørlandet sykehus sin strategiplan. Tiltredelse etter avtale for begge stillingene.

Kontaktinfo: Magne Vegg, Enhetsleder, 930 47 891/38 19 65 30, Britt Randi Skoglund Galdal, Enhetsleder, 38 35 76 65.

**Søknadsfrist:** 15. juli 2015

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

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



## Psykolog/ arbeidspsykolog

## NAV Drammen

NAV Drammen er et av landets største NAV-kontorer og har nå ledig fast stilling som psykolog/arbeidspsykolog. Stillingen inngår i et team med ansvar for systematisk helseavklaring hos langvarige stønadsmottakere.

Du vil inngå i et faglig fellesskap med andre psykologer i NAV i Drammen samt delta i nasjonalt nettverk.

Du må ha utdanning som psykolog/psykologspesialist og klinisk erfaring gjerne innen utredning av ruslidelser.

**Arbeidssted:** NAV Drammen

**Ref.nr:** 0602-2015-03

**Søknadsfrist:** 3. august 2015

Fullstendig utlysning: [www.nav.no/navstillinger](http://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.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Salten distriktspsykiatriske senter, Korttidsenhet rus

## Psykologspesialist / psykolog

- 100 % fast stilling.

Nordlandssykehuset, psykisk helse- og rusklinikk og Salten DPS har sterkt fokus på tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hvis du har lyst til å bli en del av et spennende og utviklende fagmiljø innenfor TSB har vi for snarlig tiltredelse ledig 100% stilling som psykologspesialist/psykolog i behandlerstab tilknyttet korttidsenhet rus.

Arbeidsoppgaver vil bl.a. bestå av utredning og behandling av pasienter med rusrelaterte lidelser. Veiledning overfor medarbeidere, psykologer under spesialistutdanning og primærhelsetjenesten.

For nærmere opplysninger kontakt enhetsleder Mette Moe, tlf. 926 30 459 eller avdelingsoverlege Tony Bakkejord, tlf. 997 96 568.

**Søknadsfrist: 20. juli 2015**

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

frantz.no

 **NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÅNDA SKIPPJIVIESSU



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

DPS Halden-Sarpsborg

## Avdelingssjef

100 % fast stilling ledig.

Vi søker etter en målbevisst og ambisiøs leder som skal drifte og videreutvikle DPS Halden/Sarpsborg i tett samarbeid med øvrig spesialist- og primærhelsetjeneste i Østfold.

Kontaktinformasjon:

Irene Dahl Andersen, vise administrerende direktør, tlf. 08600

**Søknadsfrist: 15. juli 2015**

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

frantz.no

 **SYKEHUSET ØSTFOLD**

*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

## Psykologspesialist / psykolog



Ved VPP - voksenpsykiatrisk poliklinikk er det ledig en 100 % fast stilling som psykologspesialist/psykolog med tiltredelse snarest. Arbeidsted er for tiden Lakselv.

Kontaktinfo:

Gunn Kristin Heatta, avdelingsleder, tlf. 411 20 546.

**Søknadsfrist: 16. august 2015**

**Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside: [www.finnmarkssykehuset.no](http://www.finnmarkssykehuset.no).**

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no

 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÅRKKUBUOHCEVIESSU



*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!*

APAT Kirkenes

## Psykologspesialist / psykolog

Det lyses ut en 100% fast stilling som psykologspesialist/psykolog i voksenpsykiatrien ved ambulant psykiatrisk akutteam (APAT) i Kirkenes med tiltredelse snarest.

Vi søker primært etter psykologspesialist, men også psykologer som er i sluttfasen av sin spesialisering kan tas med i betraktning.

Kontaktinfo: Bjørg Guttorm, avdelingsleder, tlf. 78 92 74 16.

**Søknadsfrist: 9. juli 2015**

**Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside [www.finnmarkssykehuset.no](http://www.finnmarkssykehuset.no)**

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no

 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÅRKKUBUOHCEVIESSU





**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 Lindøe**  
birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

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

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

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

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

**FAGETISK RÅD**

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

**ANKEUTVALG  
FOR FAGETISKE  
KLAGESAKER**

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

**LØNNS- OG ARBEIDS-  
MARKEDSUTVALGET**

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

**FORHANDLINGS-  
UTVALG FOR PRIVAT  
PRAKSIS**

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

**SPELIALITETSRÅDET**

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

**KVALITETSUTVALGET**

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

**SPESIALIST-  
UTVALGENE***Felleselementene*

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

*Klinisk barne- og  
ungdomspsykologi*

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

*Klinisk familiepsykologi*

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

*Psykologisk arbeid med rus  
og avhengighetsproblemer*

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

*Klinisk eldrepsykologi*

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

*Klinisk psykologi  
med psykoterapi*

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

*Klinisk voksenpsykologi*

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

*Klinisk nevropsykologi*

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

*Psykologisk habilitering*

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

*Klinisk arbeidspsykologi*

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

*Klinisk samfunnspsykologi*

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

*Organisasjonspsykologi*

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

**GODKJENNINGS-  
UTVALGET**

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

**ANKEUTVALGET FOR  
SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR  
RETTSPSYKOLOGI OG  
SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK  
UTVALG**

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

**FORSKNINGSPOLITISK  
UTVALG**

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

**MENNESKERETTIG-  
HETSUTVALGET**

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

**TESTPOLITISK UTVALG**

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

**YNGRE PSYKOLOGERS  
UTVALG**

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

**VALGKOMITEEN  
I NORSK  
PSYKOLOGFORENING**

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

**SEKRETARIATET**

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

*Administrasjonsavdeling*

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

*Forhandlingsavdeling*

**Christian Zimmermann**,  
forhandlingssjef

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

*Fagpolitisk avdeling*

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

*Utdanningsavdeling*

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

**NORSK  
PSYKOLOGFORENING**

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

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

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

**Trine Anstorp**, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging  
**Kjersti Arefjord**, Universitetet i Bergen  
**Eva Dalsgaard Axelsen**, Universitetet i Oslo  
**Henning Bang**, Universitetet i Oslo  
**Per-Einar Binder**, Universitetet i Bergen  
**Anne Inger Helmen Borge**, Universitetet i Oslo  
**Tim Brennen**, Universitetet i Oslo  
**William Brochs-Haukedal**, Norges handelshøyskole  
**Nikolai Czajkowski**, Universitetet i Oslo  
**Knut Dalen**, Universitetet i Bergen  
**Gudrun Dieserud**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Fanny Duckert**, Universitetet i Oslo  
**Atle Dyregrov**, Senter for krisepsykologi  
**Tor-Johan Ekeland**, Høgskulen i Volda

**Ståle Einarsen**, Universitetet i Bergen  
**Hege R. Eriksen**, Universitetsforskning Bergen  
**Anders Martin Fjell**, Universitetet i Oslo  
**Magne Arve Flaten**, Universitetet i Tromsø  
**Rolf W. Gråwe**, St. Olavs hospital  
**Siri Erika Gullestad**, Universitetet i Oslo  
**Roger Hagen**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Odd E. Havik**, Universitetet i Bergen  
**Anthony Hawke**, Familievernkontoret i Stavanger  
**Asle Hoffart**, Modum Bad  
**Arne Holte**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Hanne Haavind**, Universitetet i Oslo  
**Reidun Ingebretsen**, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
**Tine K. Jensen**, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
**Leif Edward Ottesen Kennair**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Stein Knardahl**, Statens arbeidsmiljøinstitutt  
**Gerd Kvale**, Universitetet i Bergen  
**Øyvind Kvello**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Kim Larsen**, Sykehuset Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**, Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**, Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**, Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**, Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**, Handelshøyskolen BI  
**Willy-Tore Mørch**, Universitetet i Tromsø  
**Simon-Peter Neumer**, RBUP Øst og Sør, Oslo  
**Geir Høstmark Nielsen**, Universitetet i Bergen  
**Hans Nordahl**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Inger Hilde Nordhus**, Universitetet i Bergen  
**Terje Ogden**, Atferdssenteret – Unirand  
**Ståle Pallesen**, Universitetet i Bergen  
**Magne Raundalen**, Senter for krisepsykologi  
**Sissel Reichelt**, Universitetet i Oslo  
**Ivar Reinvang**, Universitetet i Oslo  
**Astrid M. Richardsen**, Handelshøyskolen BI  
**Jan H. Rosenvinge**, Universitetet i Tromsø  
**Bjørn Rishovd Rund**, Universitetet i Oslo

**Frida Gullestad Rø**, Universitetet i Oslo  
**Michael Helge Rønnestad**, Universitetet i Oslo  
**Gro Mjeldheim Sandal**, Universitetet i Bergen  
**Per Øystein Saksvik**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Borrik Schjødt**, Haukeland universitetssykehus  
**Jan Skjerve**, Universitetet i Bergen  
**Ingunn Skre**, Universitetet i Tromsø  
**Arvid Skutle**, Stiftelsen Bergensklinikkene  
**Lars Smith**, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse  
**Håkan Sundberg**, Universitetet i Bergen  
**Frode Svartdal**, Universitetet i Tromsø  
**Nora Sveaass**, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo  
**Stephen von Tetzchner**, Universitetet i Oslo  
**Odd Arne Tjersland**, Universitetet i Oslo  
**Bente Træen**, Universitetet i Oslo  
**Merete Øie**, Sykehuset Innlandet HF  
**Simon Øverland**, Universitetet i Bergen

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

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1425 per år, bedriftsabonnement kr 2150, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

**Annonser:** Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

**Frist for innlevering av annonser:**  
20.07, 18.08, 18.09, 19.10, 18.11

