

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



*Børnck Kallenberg*

# PSY KOL OGI

Vol. 52 nr. 10 2015

## **Forskning viser at...**

*NÅ-intervju, side 852*

## **ADHD- dilemmaer**

*Aktuelt, side 854 og  
Meninger, side 896*

## **Kronisk suicidalitet**

*Fagessay, side 872*

## **Siri Gullestad problematiserer fellesfaktorene**

*Meninger, side 904*

ISSN 0332-6470



9 770332 647006 10

# PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 10** 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 (debattansvarlig),

[perolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:perolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 950 88 575

**Redaktører/journalister** Øystein Helmikstøl,

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

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

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

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

**Markedskoordinator** 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, Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Tidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

# Klasseløst

- **JEG TROR** man legger mest vekt på patologi-forståelse og å forstå enkeltindividet i profesjonsopplæringen, og at det har vært mindre oppmerksomhet på den betydningen de sosiale og samfunnsmessige strukturene får for barns utviklingsmuligheter, sier Aina Olsvold – vinner av Bjørn Christiansens minnepris 2014 – i et intervju i denne utgaven av Psykologtidsskriftet (se side 854).

En gjennomgang av tidsskriftets faglige bidrag siden januar 2006 støtter hennes påstand. Ingen av de 75 bidragene som inneholdt lengre kliniske beskrivelser, trekker inn sosial klasse i sin forståelse av klienten. Og ingen legger klasse og sosiale forhold til grunn for å utvikle tiltak. Selv om gjennomgangen ikke er en vitenskapelig undersøkelse, er bildet som tegnes, klart nok: I klinisk psykologi er ikke sosial klasse relevant i forståelsen av klientens liv.

Slik bidrar fagets beskrivelser av det kliniske rom til at samfunnsrammene rundt klientene usynliggjøres. Bekymringer om omsorgssituasjonen knyttes til trekk ved individene eller det nære samspillet, uten at livsvilkårenes betydning tas i betraktning. Beskrivelsen kan psykologisk sett være korrekt nok, men psykologien renser samtidig både rusfeltet og psykisk helsevern for intervensjoner utover det individuelle og psykologiske.

Det kan være at sosioøkonomiske forhold spiller en større rolle i den kliniske hverdagen enn hva disse fagbidragene indikerer. Tekstene beskriver ofte metoder og kliniske intervensjoner, og da vil andre forhold lett skyves i bakgrunnen. Hvis redaksjonen og fagfeller i til-

legg ber forfatterne vektlegge det praksisnære, ender vi lett med beskrivelser av relasjonen mellom klient og kliniker fremfor beskrivelser av det sosiale feltet rundt klienten. Uansett årsak: I våre spalter tegnes det et klinisk bilde hvor det individuelle og de nære relasjonene trumfer de større strukturelle forholdene.

Gjennomgangen gir likevel noen hint om kliniske beskrivelser som favner videre. Som når beskrivelser fra rusfeltet toucher innom familieliv, tilhørighet og status i kriminelle nettverk, om hjemmebesøk og levd liv ellers. Eller når bedringsforskningen oppfordrer til vektlegging av hverdagsliv, sosialpolitiske prinsipper og medborgerskap. Men disse oppfordringene har så langt ikke manifestert seg som kasusbeskrivelser hvor mer enn individet og de nære relasjonene tas inn.

Kanskje de kliniske beskrivelsene vi presenterer blir for rendyrkede og entydige i sin higen etter pedagogisk tydelighet og metodiske klarhet. Det gir igjen et fortenget bilde av både rusfeltet og psykiske helsevern, og kan i verste fall støtte opp under utbygging av tiltak som ikke tar høyde for livets kaos, men snarere presser tiltakene inn i karikerte New Public Management-formater og strømlinjeformede pakkelerp.

I et debattinnlegg om ADHD (se side 896) skriver Espen Idås at han er forundret over «i hvor liten grad kaoset i deres liv har blitt tillagt mening i den diagnostiske vurderingen». Det kan tjene som oppfordring til mer kaotiske beskrivelser fra klinikken. Rett nok vil de være mindre klare i sitt budskap. Men forhåpentligvis vil de være tettere på de fenomenene og den hverdagen man skal gi hjelp og støtte til. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



I våre spalter tegnes det et klinisk bilde hvor det individuelle og de nære relasjoner trumfer de større strukturelle forholdene

# 878



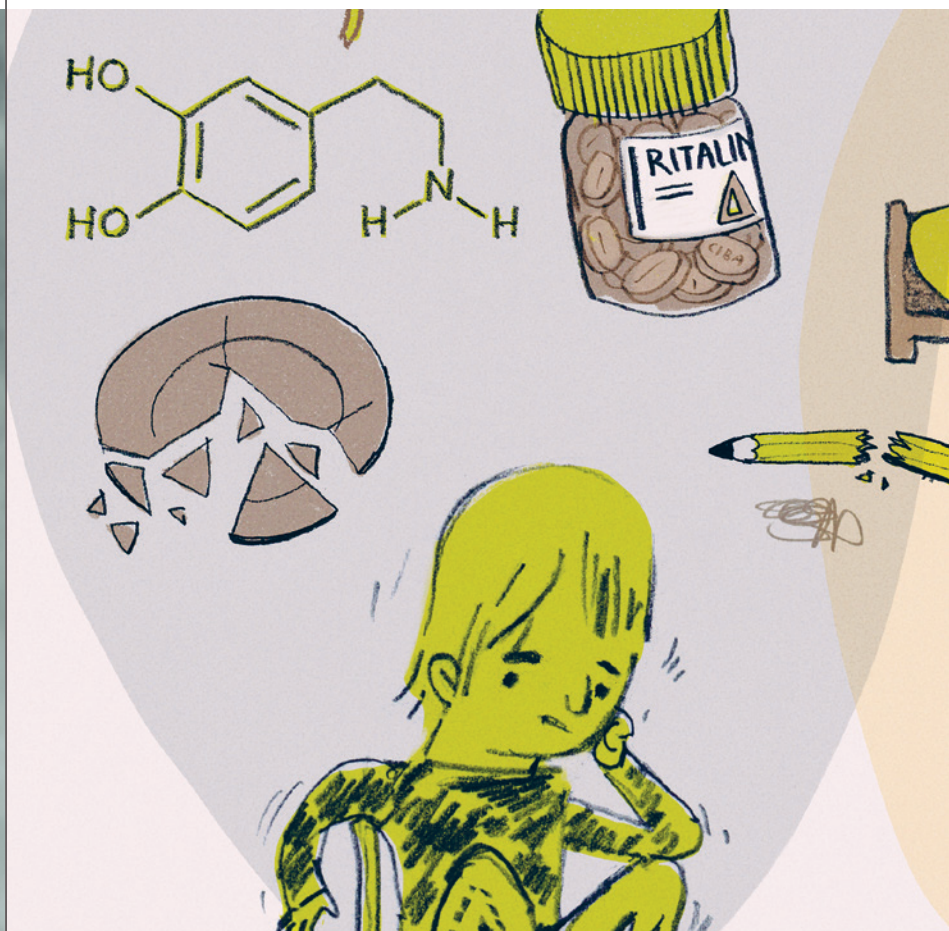
FOTO: WITITZIA/PIXABAY (MODIFISERT)

## ET TVINGENDE SPØRSMÅL

Leif Hugo Stubrud har kartlagt og analysert ulike typer av utfordrende atferd, psykiske lidelser og typer av tvang og maktbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning. Han konkluderer med at vi må utvikle tjenester som kan redusere bruken av tvang overfor denne gruppen.

*Vitenskapelig artikkel*

# 854/896



ILLUSTRASJON: ÅSHILD IRGENS

## OPPLEVELSEN OG DIAGNOSEN

Aina Olsvold vant pris for beste vitenskapelig artikkel i 2014 - om hvordan barn selv opplever å få ADHD-diagnosen. Espen Idås mener psykologer trenger bedre diagnostisk differensiering mellom barn med ADHD-symptomer.

*Aktuelt og Meninger*

# 910/914

# Innhold

- 849 **Klasseløst**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 852 **Forskning viser at...**  
Nå: Jørgen G. Bramness | Per Olav Solberg
- 854 **Barnas egne fortellinger om ADHD**  
Aktuelt | Nina Strand
- 860 **Psykologiforbundet med internasjonale ambisjoner**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 863 **Testing av tegnspråklige døve med California Verbal Learning Test-II**  
Vitenskapelig artikkel | Langlo & Erdal-Aase
- 872 **Behandling ved kronisk suicidalitet - retningslinjer og realiteter**  
Fagessay | Anette Berglund et al.
- 878 **Bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning**  
Vitenskapelig artikkel | Leif Hugo Stubrud
- 888 **Fleksible terapeutar i faste strukturar**  
Fra praksis | Signe Hjelen Stige et al.
- 892 **Den følelsen**  
Fri assosiasjon | Cecilie Benneche
- 895 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Bør vi operere med to typer ADHD? (s. 896)  
Debatt: Profesjon i endring (s. 900),  
New Public Management (s. 901), Forskningsmetodikk (s. 902),  
Fellesfaktorer (s. 904)  
Derfor: Journalistisk selvtillit | Per Olav Solberg (s. 903)  
Perspektiv: De synlige usynlige | Anne-Grethe Terjesen (s. 908)
- 910 **INNTRYKK**  
Anmeldelser: The last man standing (s. 910),  
Etter etterforskningen (s. 914), Gode råd (s. 916)
- 918 **Kurskalenderen**
- 919 **Annonser**
- 924 **Stillingsannonser**



FOTO: ULF PALM/SCANPIX

## **ALENE MOT ALT**

Thomas Quick-saken og Monika-saken har satt spor hos de involverte. To bøker om de to krimsakene gjengir forfatterens opplevelse av å være alene mot røkla.

*Inntrykk*



**JØRGEN G. BRAMNESS** mener både journalister og forskere har et ansvar for å få til bedre forskningsformidling i mediene.

# FORSKNING VISER AT..

Disse tre ordene brukes for alt de er verdt blant beslutningstakere som ønsker å påvirke oss. – De har ofte lite med virkeligheten å gjøre, sier forsker Jørgen G. Bramness

– I boken din skyter du både på journalister og forskere. Hvem har hovedansvaret for at mye forskningsformidling blir direkte feil?

– Det er et delt ansvar. Forskningsformidling er en ytterst krevende øvelse. Jo mindre plass journalisten har til rådighet, desto vanskeligere er det. Mange forskningsfunn er i tillegg nesten umulige å formidle edruelig; prøver man på det, blir det fort drepende kjedelig. Dersom journalisten forsøker å gjøre det interessant, kutter han så mange hjørner at formidlingen risikerer å bli direkte feil.

Men det er også et problem at forskere overselger resultatene sine. Det er ikke tall på hvor mange ganger ulike medisinske gåter er løst, det være seg kreft, alzheimer eller schizofreni.

## TEKST

Per Olav Solberg

## FOTO

Marte G. Bramness

Hadde vi kunnet stole på det forskerne sier og hva avisene skriver, hadde disse problemene vært gårdsdagens. Slik er det jo ikke.

– Som forskningsjournalist er det lett å føle seg som en nyttig idiot for forskernes resultater. Forskeren vet noe som jeg ikke vet, det er vanskelig å være kritisk. Hva bør være journalistens ABC i møte med forskeren?

– Å stille spørsmål som setter forskerens funn i perspektiv vil være interessant. Helt konkret: Er de på tvers av eller på linje med annen forskning? Hvis funnene er på linje med, hvorfor er det da interessant? Hvis det er på tvers av, hvordan kan man stole på at dette enkeltfunnet ikke er en tilfeldighet? Kan du være sikker på at funnet ditt gjelder under alle omstendigheter

og for alle aldersgrupper? Å få svar på denne typen spørsmål er ofte langt mer leseverdige enn «forskning viser at...»-formuleringer.

– Hva med forskerne? Er de gode nok til selv å etterprøve vitenskapelige funn og sannheter?

– Nei, vi har for liten tid til dette selv om det bør være en plikt at forskere ser hverandre i kortene. Mange etablerte sannheter tas for gitt og undersøkes ikke på nytt. Et eksempel: Noen stipendiater her på Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) har i det siste sett på det som kalles amfetaminutløst psykose. Det har vært en vedtatt sannhet i lærebøker at alle blir psykotiske hvis du bare gir dem nok amfetamin. Sannheten er basert på noen eksperimentelle undersøkelser utført i USA på 60-tallet hvor man fikk lov til å gi folk amfetamin til de ble psykotiske. Vi gikk tilbake og leste de første artiklene. I en fotnote stod det at ikke alle gjennomførte forsøket fordi amfetaminen påvirket hjerterytmen deres. Alle ble altså ikke psykotiske. Her er det flere forklaringer. Denne typen tatt for gitte sannheter er det trolig altfor mange av der ute.

– En av de siste setningene i boken din går som følger: «...forskningsformidling er altså noe du [forskeren] og journalisten skal få til sammen.» Jeg reagerer på setningen. Jeg leser den som nettopp en «nyttig idiot for forskeren»-setning. Men det er ikke det du mener?

– Nei. Jeg står på at man har en felles oppgave, men av og til tror jeg journalisten kan oppleve å bli utnyttet av forskeren. Da gjør ikke journalisten jobben sin. Forskere vet at de lettere fanger interesse ved å overselge forskningsresultater. Da «hjelper» det med en journalist som lytter ukritisk til det forskeren sier. Men god journalistikk blir det ikke. Et eksempel: En forsker sier til deg at cannabisrøykere har dobbelt så stor risiko for å bli psykotiske som befolkningen ellers. Det høres mye ut og er for så vidt riktig. Men riktig i forhold til hva? Ser man på de rene tallene, får man et annet bilde: I befolkningen som helhet vil 10 av 1000 mennesker oppleve psykose. Blant cannabisbrukere vil 20 av 1000 oppleve det samme. Det er unektelig en annen virkelighetsbeskrivelse enn «dobbel risiko», selv om det er riktig at 20 er det dobbelte av 10. Dette fenomenet kalles «relativ risiko» og brukes mye når forskere skal formidle funn. En annen dimensjon her er at forskere nærmest blir bedt om å overselge resultatene sine.

– Hvordan da?

## Hvorfor NÅ?

- Psykiater og professor Jørgen C. Bramness er aktuell med boken *Hva jeg snakker om når jeg snakker om forskning*, utgitt på Universitetsforlaget.
- I boken tar han blant annet et oppgjør både med journalisters evne til å formidle forskning og forskeres trang til å overselge forskningen sin.
- Bramness er leder ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo.

– Om lag 50 prosent av dagens forskningsfunn lar seg verken reprodusere eller blir forsøkt reprodusert. Det er vanskelig å få midler til forskningsprosjekter som prøver å verifisere andres funn. Selv om problemet med reproduserbarhet er anerkjent, gjøres det lite med det. EUs forskningsmantra er «high risk – high gain». Det er de spektakulære prosjektene som kan gi sensasjonelle funn, som får penger. At forskerne overselger resultatene, blir en konsekvens av dette regimet. Vi vet også at det er langt vanskeligere å få publisert negative enn positive funn, noe som i seg selv er svært problematisk. Dette påvirkes også forskere av.

– Det du sier, høres forstemmende ut. Forskning er en kjempeindustri med flere i feltet enn noen gang. Men grunnfjellet forskningen står på, høres vaklevorent ut. Har forskningen i for stor grad latt seg påvirke av en mediediskurs hvor det sensasjonelle går foran etterprøvbarehet og sannhet?

– Det er flere aspekter ved dette som jeg berører i boka. Man tenker gjerne på framgangen i forskningsverdenen som en lineær og temmelig bratt kurve som peker én vei. Sannheten er nok at framgangen ser større ut enn den egentlig er. Kurven er ikke så bratt. Man vet for lite om de forskningsfunnene som gjøres, er reelle eller tilfeldige. Jeg tror det er noen alvorlige utfordringer i dagens forskning som må tas tak i. Det er ikke nødvendigvis bare av det gode at mengden av forskning øker. Mye tyder på at vi får for lite igjen sett i forhold til midlene som brukes. Samtidig må man anerkjenne forskningen for alle framskrittene den historisk sett har bidratt til og som er utvetydig positive.

– Dette intervjuet hadde fortjent flere sider, men vi har bare to til rådighet. Vi bør så vidt innom den vitenskapelige artikkelen som jo er formatet vitenskapelige funn publiseres i. En drepande kjedelig sjanger, synes lekfolk – må den være slik?

– Mange studenter og doktorgradskandidater stiller det samme spørsmålet. Det korte svaret er at formatet og rammen er lagt, sjangeren har en lang tradisjon. Men innenfor denne språklige rammen har vi store muligheter til å være kreative og velge ulike veier. Der er vi altfor dårlige, usikre og forsiktige. Vi er for glade i det som framstår som vitenskapelige formuleringer. «Cut the crap, skriv tingene slik de er», sier jeg til meg selv. Noen ganger får jeg det til, men for ofte tar jeg meg i å bruke det typiske kansellispråket. ✘

# BARNAS EGNE FORTELLINGER OM ADHD

– Barn må få komme fram med hvordan de selv opplever å ha ADHD, sier Aina Olsvold. Nylig fikk hun pris for beste vitenskapelige artikkel i Psykologtidsskriftet.

**TEKST** Nina Strand

**FOTO** Fartein Rudjord

**AINA OLSVOLD FORSKET** på barnas egne beskrivelser av livet med ADHD-diagnose, og publiserte funnene i Psykologtidsskriftet (9/2014). «Barn ønsker å være som alle andre barn. Hvordan er det da å få en diagnose som gjør at man føler seg som annerledes?» Slik innleder Aina Olsvold sin artikkel med tittelen «Jeg er som vanlig» – Barns fortellinger om ADHD. Den bygger på hennes doktorgrad fra 2012. Her intervjuet hun nitten barn som har diagnosen ADHD og deres foreldre, og barna forteller om hvilke strategier de bruker for å håndtere diagnosen.

– Jeg syntes selvfølgelig at det var kjempehyggelig å få prisen. Mange oppfatter jo ADHD og barn som et kontroversielt tema, og barns stemme har generelt fått liten plass. Men artikkelen er ikke skrevet som ledd i en debatt. Mitt anliggende er å la barna selv få tale, fordi jeg tenker barn er svake i denne sammenhengen. Vi vet at voksne kan synes det er tøft å få en psykiatrisk diagnose, men vi har lite kunnskap om hva barn tenker om det, sier Olsvold.

## IDENTITETSSTREV

Olsvold fant at noen av barna følte diagnosen som en støtte, men alle opplevde den som et stigma i større eller mindre grad. Enkelte av dem forhandlet om diagnosen og ufarliggjorde den ved å si at de hadde en lav grad av ADHD. Det var ofte de mest ressurssterke barna. Barn med større og mer sammensatte vansker, eller som levde i fattige miljøer, opplevde stigmaet som sterkere. Diagnosen sa dem at de ikke var som andre, i negativ betydning.

– Det å få en diagnose som er så knyttet opp til personligheten og som ofte er stigmatiserende i barnegruppen, er nok ekstra strevsomt, sier Olsvold.

Men også barn med eksempelvis astma og diabetes strever med diagnosen, viser det seg. Barn vil helst være som andre, poengterer psykologen. Noen avviser diagnosen, eller de overidentifiserer seg med den, overreagerer og blir passive eller engstelige.





**STILLER SPØRSMÅL** - Når vi ser hvor mange som har fått ADHD-diagnose de siste ti-tjue årene, synes jeg vi bør spørre oss om dette er den beste måten vi kan hjelpe de urolige og ukonsentrerte barna på, sier Aina Olsvold.

- *Gis diagnoser for ofte?*

- Det har jeg ikke grunnlag for å påstå. Men når vi ser hvor mange som har fått ADHD-diagnose de siste ti-tjue årene, synes jeg vi bør spørre oss om dette er den beste måten vi kan hjelpe de urolige og ukonsentrerte barna på.

I år utga Inga Marte Thorkildsen boka *Du ser det ikke før du tror det*. Selv kaller hun den et kampskrift, og skriver at ADHD er en av diagnosene som kan bli et hinder for at man utforsker mer. Olsvold er enig. Hun ser en fare i at behandlere trekker for raske konklusjoner når de utreder et barn.

- Men min forskning handler ikke om det er for mange som får diagnosen. Mitt poeng er at barn må få komme fram med hvordan de opplever å ha diagnosen, at de blir hørt og forstått.

#### **KULTUR OG KLASSE**

Olsvold observerer at stadig flere av menneskers livsområder og problemer blir forstått gjennom biomedisinske forklaringsmodeller og behandles av helsevesenet. Hun mener ADHD er et godt eksempel på dette. Antall barn som får diagnosen ADHD, har økt kraftig, og flertallet av disse barna behandles med et sentralstimulerende medikament. - Diagnoser kan forstås som en kommentar til det samfunnet vi lever i, og diagnoser som øker kraftig i spesielle perioder, slik ADHD gjør, omtales ofte som kulturdiagnoser, kommenterer psykologen.

## **Aina Olsvold**

- Psykologspesialist, privat psykoterapipraksis i Oslo.
  - Forsvarte i 2012 avhandlingen *Når «ADHD» kommer inn døren. En psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og -medisinering* for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo.
  - Ble 24. september tildelt Bjørn Christiansens minnepris for årets beste vitenskapelige artikkel i 2014. Tittel: «Jeg er som vanlig» - Barns fortellinger om ADHD» (Tidsskrift for Norsk psykologforening, 9/2014).
  - Artikkelen var ett av flere bidrag til et temanummer om diagnoser, hvor psykolog Ole Jacob Madsen var gjesteredaktør.
- »



**DIAGNOSE-  
OPPLEVELSE** Olsvolds artikkel om barns erfaringer med å få en ADHD-diagnose vant Bjørn Christiansens minnepris. Barn må få komme fram med hvordan de opplever å ha diagnosen, mener Olsvold.

– Du trekker også inn sosiale klasser i din forståelse av disse barna?

– Ja, jeg ble slått av hvor forskjellige oppvekstvilkår disse barna hadde. Vi vet jo alle at det er forskjeller i Norge. Men etter å ha vært hjemme hos hver av familiene flere ganger og hatt grundige samtaler med mor, far og barn hver for seg, erfarte jeg hvor avgjørende mors og fars forståelse av medisiner og diagnose var. Foreldrene som har høyere utdanning og er vant til å tenke kritisk, formidler en annen forståelse av diagnosen til barnet enn foreldre med lavere utdanning gjør.

– Er dette perspektivet ivaretatt blant behandlerne?

– Jeg tror man legger mest vekt på patologiforståelse og å forstå enkeltindividet i profesjonsopplæringen, og at det har vært mindre oppmerksomhet på den betydningen de sosiale og samfunnsmessige strukturene får for barns utviklingsmuligheter. Behandlerne merker hvem man har i terapirommet. Likevel tror jeg man bør bli mer reflektert rundt dette.

Både som forsker og kliniker erfarer Olsvold at etter at diagnosen er satt, blir familien ofte overlatt til seg selv. Behandlerne snakker lite

med barnet og familien om hvordan livet med diagnosen ble. Kanskje litt overraskende er det de ressurssterke foreldrene som er mest fornøyd i møtet med helsetjenesten. Men de tar initiativet selv, de etterlyser behandling, og spør for eksempel: Hva betyr det å ha ADHD? Har han det for alltid?

Mange foreldre bekymrer seg, ifølge psykologen.

– Det er viktig å sjekke hvordan foreldrene forstår og opplever barnets diagnose. Jeg snakket med foreldre som mente de hadde fått fortalt at barnet manglet Ritalin i hjernen. Slikt er leit å høre, sier Olsvold, som også peker på at mor og far ikke nødvendigvis opplever situasjonen på samme måte. Noen ganger viser far hva han mener, ved å la være å komme til BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) fordi han er skeptisk og kritisk. Men jo mer likestilt far og mor er, jo oftere møter far opp på BUP. Da føler han også større ansvar for den daglige omsorgen for barnet. Han kan også skamme seg hvis barnet ikke oppfører seg bra. Den moderne mannen bærer mer av den emosjonelle byrden.

– Så foreldrene skammer seg også?

– Ja. Særlig telefonene fra skolen med klager på barnet er en påkjenning.

Mange foreldre opplevde det som godt å fortelle omgivelsene om diagnosen, at det ikke handlet om barneoppdragelsen. Når en fagspesialist hadde fortalt at det var noe med barnets hjerne, følte foreldrene at de fikk anerkjennelse. Andre var mer tilbakeholdende og tenkte på den mulige stigmatiseringen av barnet sitt. Bare læreren skulle få vite.

### FIKSE-SAMFUNNET

Det finnes lite forskning på barns egne opplevelser av ADHD. Ilina Singh fra Storbritannia er ifølge Olsvold den store kapasiteten på kvalitative studier om barn med ADHD.

– I de senere publikasjonene kan det virke som at Singh blir stadig mindre urolig for hva diagnosene og medisinering gjør med barna. Hun mener at barna integrerer den nevrobiologiske årsaksforklaringen i selvet på en måte som ikke fratrer dem autonomi og handlingsrom. Samtidig sier hun at det er viktig å gi dem rom for å snakke om diagnosen og medisinene.

Selv merker Olsvold seg med interesse hvordan folk i økende grad forklarer seg selv med nevrobiologisk terminologi, og hun mener terskelen for å medisinere følelser og handlinger, eksempelvis ADHD, er lavere enn før.

– Og utvider vi perspektivet, ser vi en økende tendens til at vi vil rette på ting ved oss selv ved hjelp av de mulighetene den nye bioteknologien gir. I dag er det mer vanlig å tenke at vi ikke behøver å være akkurat slik vi ble født. Og nå finnes det muligheter når barnet er urolig, eller når en er deprimert. Jeg skal ikke dra det for langt. Men det er fascinerende å se hvordan den kulturelle selvforståelsen vår alltid er i utvikling.

– Når vi vet at det meste kan fikses, kan vel det lett føre til oppfatningen at det bør fikses?

– Jeg tror vi tenker det mye fortere. Da er barn med ADHD en sårbar gruppe, for de har ikke bedt om diagnosen selv. Styrken ved dybdeintervju er at vi får frem den subjektive barnestemmen. Studier på gruppenivå viser at sentralstimulerende medisiner reduserer ADHD-symptomer: Barna blir roligere. Men hvordan er det egentlig å være 9 år og få en ADHD-diagnose, eller å ta medisiner daglig som ofte har bivirkninger, og som innvirker på ens tanker, følelser og handlinger? Det var dette jeg undersøkte.

De fleste av barna i Olsvolds studie ønsket ikke å bruke medisiner. De vil helst være seg selv. En gutt fortalte at han nektet å ta den siste pillen, fordi han ville være seg selv noen timer før han la seg. En annen sa at når han tok medisiner, tenkte han seg om før han slo andre barn. Så legger han stolt til: «Men når jeg blir skikkelig sint, da virker ikke den pillen.» Han vil åpenbart gjerne vise at han er intakt, at han seirer over medisinene, tenker psykologen. En av jentene i utvalget hennes sa at hun var fornøyd med å ta medisiner, for hun ville ikke være dum. På den annen side ble hun glad da hun klarte engelsken til tross for at hun ikke hadde tatt medisiner. Olsvold ser dette som en parallell til voksne som går på antidepressiver, og er usikre på om det bare er pillen som gjør at de føler seg bedre.

### FÅ SPØR BARN

Det finnes mye forskning om ADHD-barn, for eksempel om symptomreduksjon, der lærere og foreldre fyller ut skjemaer og skalaer på hvor urolige barna er. Men få forskere har altså spurt barna selv hva de tenker om dagliglivet med diagnosen.

Olsvold mener at behandlere – enten det er fastlege, BUP eller en kommunepsykolog, for eksempel – må gi mer tid og rom for åpne samtaler med barn og foreldre. Samtidig observerte hun at familiene var forskjellige. Noen opplevde at diagnosen ga tilstrekkelig svar, og syntes det var greit at barnet fikk medisin. De takket nei til videre samtaler, og til programmer som for eksempel «Parent management training» (PMT). Det er med ADHD som ellers. Individuell tilrettelegging er viktig.

– Men du fant at barnet umiddelbart ofte vil svare at ting går greit, selv om det ikke gjør det? Og at enkelte barn ikke forteller foreldrene at de innerst inne ønsker å slutte med medisiner?

– Ja, og det må behandlere være klar over og ta ansvar for. Man må sørge for at spørsmål og tanker barn og foreldre har, fanges opp. Jeg sier ikke at dette er enkelt. Men foreldre vil jo det beste for barna sine. De som meldte om dårlige erfaringer med hjelpeapparatet, klagde på nettopp det at behandlerne hadde snakket for lite med barnet og fulgt lite opp etter at diagnosen var satt. Min klare erfaring er at foreldre synes det er bra når terapeuten gir tid og rom til å lytte til barnet.

– Det er viktig å sjekke hvordan foreldrene forstår og opplever barnets diagnose

Aina Olsvold

»

# Tok dissens

Kirsten Rasmussen satt i juryen som tildeler Bjørn Christiansens minnepris. Hun var uenig i flertallets avgjørelse.

## TEKST

Nina Strand

**RASMUSSEN KUNNE IKKE** selv være til stede da juryen avgjorde hvem som har skrevet årets beste vitenskapelige artikkel i 2014, men varslet på forhånd at hun ville ta dissens dersom Aina Olsvolds artikkel om barn med ADHD ble pekt ut som vinner.

Ved siden av jobben som professor ved NTNU i Trondheim er Rasmussen forsker ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri på Brøset i Trondheim. Rasmussen er en del av et større forskningsnettverk på ADHD hos voksne som i de siste årene har produsert en rekke internasjonalt publiserte artikler om temaet. Psykologtidsskriftet møter henne for å få hennes begrunnelse for å ta dissens.

## FORTVILTE UNGDOMMER OG FORELDRE

Rasmussen og kollegene ved kompetansesenteret er spesielt engasjert i ADHD-problematikken fordi de igjennom sin daglige kontakt med sikkerhets- og fengselspsykiatri ofte treffer personer med ADHD som ikke har blitt diagnostisert og behandlet som barn.

– Da artikkelen ble publisert, tenkte jeg straks at den ville føre til mye skade, sier Rasmussen, som forteller at kolleger på Brøset nesten umiddelbart ble oppringt av fortvilte foreldre og ungdommer med ADHD. Noen hadde fått samvittighetskvaler fordi de medisinerne barna sine. Ungdommene selv stilte seg spørsmål om de var dumme som tok medisiner.

– Man skal lytte til de som forteller om bivirkninger. Men jeg er kritisk til at denne artikkelen ikke refererer hva forskning i dag sier om virkningen og langtidseffekten av sentralstimulerende medikamenter, sier Rasmussen.

Hun er kritisk til metoden som er brukt i vinnerartikkelen, og vektlegger at forskning basert på intervjuer med 19 barn og foreldre ikke kan generaliseres til større populasjoner. Kvalitativ forskning har sin plass, men denne artikkelen syntes hun ble ensidig.

– Dette er et lite knippe med subjektive uttalelser som ser bort fra massiv evidensbasert



**KRITISK** Kirsten Rasmussen mener at vinnerartikkelen burde referert til forskning om virkningen og langtidseffekten av sentralstimulerende medikamenter. Foto: Christian Lauvrud.

forskning. Du kan ikke kontrollere for bias du får, sier hun.

Hun er også bekymret for hvordan artikkelen leses av foreldre og ungdom. Forskingen sier ikke at alle skal medisineres, poengterer hun. Alle med ADHD skal vurderes individuelt, og noen opplever bivirkninger som gjør at de har det bedre uten. Men store studier viser at på gruppenivå går det bedre for dem som er medisinerert. Medikamentene beskytter mot depresjon, angst og kriminalitet, blant annet.

## MINORITETSFORSKNING

Få medikamenter er utprøvd så lenge og funnet så trygge som ADHD-medisiner. Da bør de som blir hjulpet av medisiner, få bruke dem uten å møte skremselspropaganda, mener Rasmussen.

– Og de som kontaktet dere, leste artikkelen slik?

– Ja. De følte seg nok mer stigmatisert etter den artikkelen. Jeg synes Psykologtidsskriftet skulle vært mer opptatt av å formidle hvor forskningsfronten står i dag, i stedet for å promotere forskning som ikke er representativ. ✘

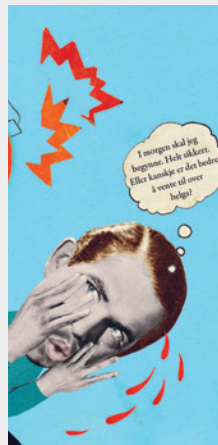
# Bjørn Christiansens minnepris 2014

Bjørn Christiansens minnepris for 2014 tildeles Aina Olsvold for artikkelen «Jeg er som vanlig» – Barns fortellinger om ADHD» (se eget intervju med prisvinneren). Juryen\* vektlegger at artikkelen er unik i sin form ved at den vektlegger barnets stemme, og slik målbærer brukerperspektivet for en gruppe som sjeldent kommer til orde.

I tillegg ønsker juryen å gi hederlig omtale til følgende artikler:



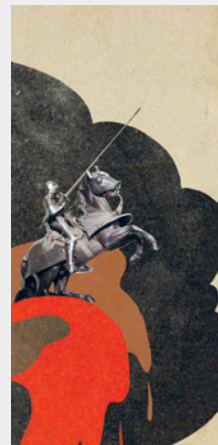
**Dag Nordanger og Hanne Cecilie Braarud** «Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi», juni 2014. Fra artikkelen: «Det [er] omsorgspersonens oppgave å holde barnet innenfor toleransevinduet: Man hjelper barnet ned fra en hyperaktivering eller stimulerer det for å hente det opp fra en hypoaktivering slik at det kan ta del i sosial interaksjon.»



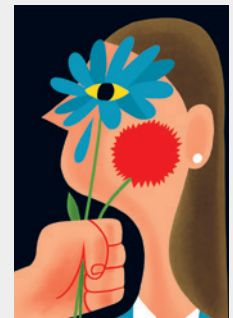
**Daniel Bergheim Botnmark, Svein Sigurd Kvalnes og Frode Svartdal** «Prokrastinering – hvorfor studenter utsetter ting, og hvordan utsettelse påvirker velvære og helse», august 2014. Fra artikkelen: «Prokrastinering er svært utbredt blant studenter, og har negative konsekvenser for både individ, utdanningsinstitusjoner og samfunn.»



**Ole Jacob Madsen** «Hinsides sant eller falskt: En undersøkelse av Ian Hackings teori om mentale lidelsers sosiale dynamikk», september 2014. Fra artikkelen: «Så selv om også forbigående mentale lidelser fortjener anerkjennelse som reelle tilstander, unnslipper vi ikke det stadig tilbakevendene spørsmålet om brå økninger i psykiatriske diagnostisering er å regne for ekte lidelser eller 'falske epidemier.»



**Erling Inge Kvig og Steinar Nilssen** «Epistemologi og psykiatriske diagnoser: nødvendigheten av en fenomenologisk forståelse av psykotisk bevissthet», september 2014. Fra artikkelen: «... en kriteriebasert tilnærming til psykosebegrepet er meningsløs uten at man også har grundig kjennskap til den fenomenologiske psykopatologien.»



**Birgitte Marie Kirsebom, Solveig Karin Bø Vatnar og Stål Bjørkly** «Partnervoldserfaringer. Helseplager, skyld, skam og ansvarsattribuering», november 2014. Fra artikkelen: «Når forståelse av partnervold settes i et interaksjonelt rammeverk vil hvem som utsettes for vold, karakteristika ved volden, hendelser forut og etter volden samt konteksten volden oppstår i, ha betydning for hvordan volden oppleves og gis mening.»

\* Juryen bestod av Marianne Hansen, Ida K. Holth, Bjørnar Olsen, Kirsten Rasmussen, Frode Thuen, Catharina E. A. Wang og Katharine C. Williams.

# PSYKOLOGIFORBUNDET MED INTERNASJONALE AMBISJONER

Norsk psykologforening ønsker ikke at Psykologiforbundet blir representert i internasjonal sammenslutning av psykologer.

## TEKST

Øystein Helmikstøl

«**PSYKOLOGIFORBUNDET ER FOR** tiden den mest representative psykologiorganisasjonen i Norge.» Dette skrev Psykologiforbundets president Gøran Gundersen i en formell henvendelse om medlemskap i European Federation for Psychologists' Association (EFPA) til daværende president Robert Roe. EFPA har medlemsforeninger fra 36 land som til sammen representerer 300 000 psykologer. Foreningen godtar kun én medlemsorganisasjon per land, og i dag er det Norsk psykologforening som har medlemskapet. Psykologiforbundet mener i sitt brev at de «ville vært den mest egnede norske medlemsorganisasjonen i EFPA.»

Brevet til EFPA ble sendt 8. juni, og daværende president Robert Roe svarte noen dager etter.

## STØTTE

I en e-post Psykologtidsskriftet har fått tilgang til, svarte Roe at den sterke lovbeskyttelsen klinisk psykologi har i Norge, og reservasjonen av psykologtittelen kun for fagfolk med en klinisk utdanning og opplæring, er unikt i Europa. Roe er enig med Psykologiforbundet i at det er et problem.

– Det hindrer utvikling på andre områder av psykologien, og det skaper barrierer for utdanning og yrkesutdannelse på disse områdene, som har like stor betydning for samfunnet, skrev Roe.

Den daværende presidenten i EFPA uttrykker forståelse for at Psykologiforbundet vil endre på situasjonen, slik at den blir i tråd med praksis i resten av Europa. Han støtter Psykologiforbundets initiativ for å endre praksis.

– Selv om dette vil ta tid og krefter, tror jeg dette er gjennomførbart og verdt å følge opp, skriver Roe i e-posten til Psykologiforbundet.

## FORESLÅR NASJONALT NETTVERK

Roe har ikke tro på at regelen om ett medlemskap per land vil endres. Hans forslag er at flere psykologsammenslutninger deler på medlemskapet, ved at de lager en sammenslutning eller et nettverk nasjonalt.

– Denne modellen er en suksess blant annet i Tyskland og Italia, skrev Roe, og informerte om at EFPA ønsker denne modellen velkommen, som en måte å øke representativiteten på.

– Dette vil selvsagt kreve forhandlinger med Norsk psykologforening, understreket han, og la til at hvis Psykologiforbundet og Norsk psykologforening blir enige, kan en endring skje på EFPAs generalforsamling i 2017.

## – PRESIDENTEN BEKLAGET

I dag synes en enighet å være et stykke unna. Etter at EFPA-presidenten viste svaret sitt til Tor Levin Hofgaard, president i Norsk psykologforening, reagerte Norsk psykologforening og ba om at saken måtte behandles i EFPAs styre.

Robert Roe sendte et nytt brev til Psykologiforbundet den 23. juni, der EFPA-presidenten understreket at hans første svar ikke var EFPAs offisielle holdning, men hans personlige vurderinger.

Fagpolitiske rådgivere i Psykologiforbundet, Karen Eimot og Madeleine Dalsklev, har lenge engasjert seg i kampen for at masterstudentene i psykologi skal få psykologtittelen.

På vegne av Psykologiforbundet henvendte de to seg til Hofgaard i slutten av juni. I svarbrevet, som er undertegnet spesialrådgiver Julius Okkenhaug, skriver Norsk psykologforening at

EFPAs styre ikke støtter professor Robert Roes uttalelser i svaret til Psykologiforbundet.

Ifølge Norsk psykologforenings svar til Karen Eimot skal Roe ha sendt en beklagelse til Norsk psykologforening for ikke å ha konsultert foreningen før et svar på Psykologiforbundets henvendelse ble sendt.

Robert Roe avviser versjonen fra Norsk psykologforening.

– *Har du beklaget til Norsk psykologforening for ikke å ha konsultert foreningen før du svarte Psykologiforbundet?*

– Nei, dette er ikke korrekt, svarer Roe i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Roe har en annen versjon av saken: Etter å ha diskutert dette i EFPAs styre, skrev han til Norsk psykologforening at EFPA-styret ikke hadde vesentlige innvendinger mot innholdet i responsen han hadde gitt til Psykologiforbundet. De fleste styremedlemmene mente at det burde vært en oppklaringsrunde først, der Norsk psykologforening ville hatt anledning til å korrigere opplagte feil og feiltolkninger i brevet fra Psykologiforbundet.

– Jeg kan akseptere denne oppfatningen, og be om unnskyldning for å ha gått ut fra at slike rettelser og oppklaringer like godt kunne vært tatt opp på et senere tidspunkt, i en direkte kontakt med Psykologiforbundet, skrev Roe til Norsk psykologforening.

Han legger til overfor Psykologtidsskriftet at psykologsammenslutninger, uansett land, bør kunne snakke sammen, kollegialt og med åpent sinn, og søke samarbeid for på den måten å tjene folk og samfunnet.

– Hvis det er noe jeg beklager, så er det at Norsk psykologforening, som den mest erfarne og ressurssterke part, ikke søkte kontakt med Psykologiforbundet etter å ha hørt om brevet deres, skriver Roe til Psykologtidsskriftet.

Tor Levin Hofgaard i Norsk psykologforening kommenterer Roes uttalelser slik:

– EFPA sitt styre ba dr. Robert Roe klargjøre for Psykologiforbundet at det han ga uttrykk for i sitt svar til dem, som er det samme han svarer her, var hans personlige syn, og ikke gjenspeilet EFPAs posisjon eller syn. Dette gjorde han i en e-post til dem 23. juni. Hva Robert Roe personlig mener, har jeg derfor ikke noen kommentar til.

Spesialrådgiver Julius Okkenhaug i Norsk psykologforening skriver i en e-post at det fal-

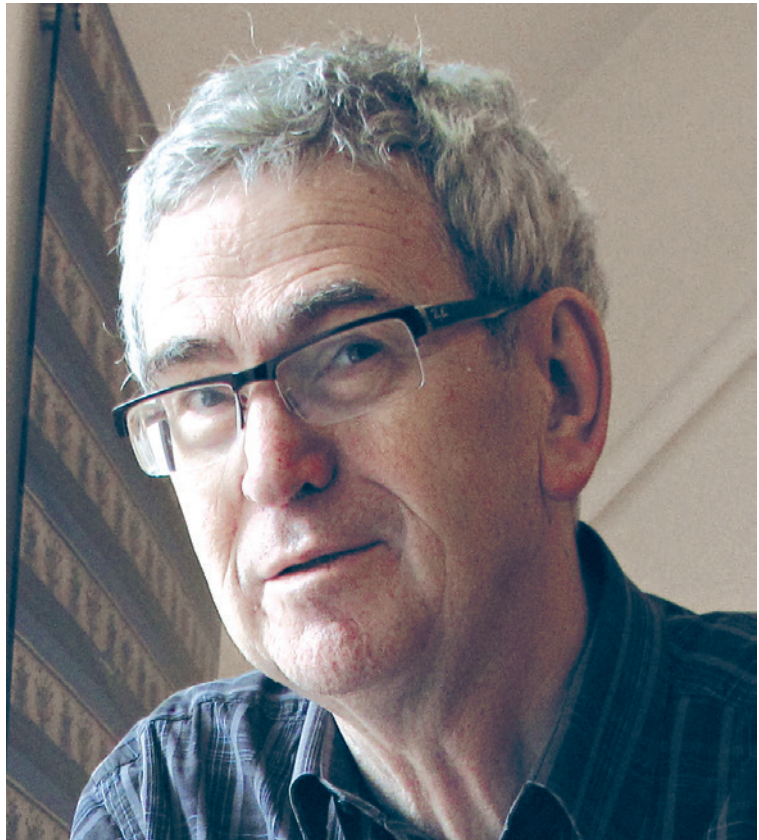


FOTO: MAASTRICHTUNIVERSITYNL

**DIALOG** Tidligere president i European Federation for Psychologists Association (EFPA), Robert Roe, oppfordrer Norsk psykologforening til dialog med Psykologiforbundet om medlemskap i EFPA.

## «Psykolog»

- Psykolog er en betegnelse som internasjonalt kan brukes om en bred gruppe yrkesutøvere av faget psykologi, enten det forstås som en samfunnsvitenskap eller et anvendt yrke (Fra Wikipedia, der det heter at «denne sidens fremstilling er bestridt»).
- I Norge er en psykolog en person som normalt er utdannet i psykologi, og som har *autorisasjon* eller *lisens* som helsepersonell. (En annen side på Wikipedia).
- «SAK gjør oppmerksom på at det ikke er anledning til å ta arbeid som psykolog eller kalle seg psykolog uten autorisasjon eller lisens (Fra nettsidene til Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell).
- «A psychologist evaluates and studies behavior and mental processes» (Fra Wikipedia)
- «Vi er ikke kjent med planer for å endre psykolog-tittelen» (Fra Helsedirektoratet i e-post til Psykologtidsskriftet).



FOTO: TORBJØRN KJOSVOLD



FOTO: LAOAN HACHIOU

**TITTELKAMP** Karen Eimot (til venstre) og Madeleine Dalsklev har lenge kjempet for at masterstudentene i psykologi skal få psykologtittelen.

ler på sin egen urimelighet å hevde at EFPAs styre var enige med ham (Robert Roe, journ. anm.) når de samtidig påla ham å beklage overfor Norsk psykologforening og korrigere svaret sitt til Psykologiforbundet.

### ØNSKER DIALOG

Eimot Dalsklev mener at dette tegner et helt annet bilde av den interne prosessen i EFPA, og EFPA-styrets holdning til henvendelsen de sendte, enn det de fikk inntrykk av i svaret fra Norsk psykologforening.

– Slik situasjonen beskrives av Roe, er den mye mer i tråd med vedtektene i EFPA enn hva Norsk psykologforening ga inntrykk av, skriver Eimot og Dalsklev i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Psykologiforbundet ønsker dialog og samarbeid med Norsk psykologforening rundt problemstillingen, men Eimot og Dalsklev skriver at det blir vanskelig hvis de ikke kan ha tillit til at Psykologforeningen er åpne og ærlige mot dem.

– Dersom de ulike fremstillingene skyldes misforståelser, er det likevel kritikkverdige at Norsk psykologforening sender oss et så bastant og avvisende svar uten å ha satt seg skikkelig inn i saken. Det er tydelig at EFPA-styret er betydelig mer positivt innstilt til å inkludere norske masterutdannede, enn det Norsk psykologforening hevder.

### ØNSKER INGEN ENDRING

Norsk psykologforening har i mange år vært aktiv i internasjonale psykologsammenslutninger. Tor Levin Hofgaard er styremedlem i både EFPA og IUPsyS. Psykologtidsskriftet har spurt ham om han som styremedlem vil jobbe for at Psykologiforbundet og dets medlemmer kan være medlemmer i EFPA. Hofgaard svarer med å vise til e-posten Norsk psykologforening sendte Psykologiforbundet 26. august.

– Den oppsummerer godt vårt standpunkt til denne saken, skriver Hofgaard.

Der står det:

1. EFPA er en føderasjon for nasjonale foreninger som organiserer psykologer (slik psykologer er definert av hvert enkelt land selv).
2. Norsk psykologforenings medlemmer utgjør p.t. mellom 85 og 90 prosent av norske psykologer.
3. Psykologiforbundet er i hovedsak en forening med medlemmer som ikke er psykologer. De medlemmene som er psykologer, utgjør en marginal gruppe i Psykologiforbundet, og er med stor sannsynlighet også medlem i Norsk psykologforening.

«Norsk psykologforening anser derfor at norske psykologer er svært godt representert i psykologføderasjonen EFPA gjennom Norsk psykologforenings medlemskap. Vi ser derfor ikke noen grunn til å iverksette noen prosesser nasjonalt for å endre på dette», heter det i svaret Psykologiforbundet fikk fra Norsk psykologforening.

Psykologiforbundet har også sendt en formell henvendelse til president Saths Cooper i IUPsyS (The International Union of Psychological Science). Også IUPsyS har regler for at det bare kan være ett medlem fra hvert land. Denne psykologsammenslutningen har 82 medlemsland pluss 20 tilknyttede organisasjoner og representerer over en million psykologer verden over. President Cooper lovet at brevet skal opp på neste styremøte i IUPsyS.

– Organisasjonen er ikke som EFPA en forening for psykologer, men for psykologisk vitenskap. Vi har ikke formelt drøftet spørsmålet om vi vil søke et samarbeid med Psykologiforbundet om medlemskapet der, opplyser Tor Levin Hofgaard.

Psykologtidsskriftet har kontaktet president Gøran Gundersen i Psykologiforbundet. Han har foreløpig ikke besvart henvendelsen. ✕

Se også debattinnlegg på side 900.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 863-871 FAGFELLEVDERT

KNUT-PETTER SÆTRE LANGLO, Oslo universitetssykehus HF, Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse, RAGNA ERDAL-AASE, BUP Søndre Nordstrand, Oslo universitetssykehus HF

KONTAKT knsela@ous.hf.no

# TESTING AV TEGNSPRÅKLIGE DØVE MED CALIFORNIA VERBAL LEARNING TEST-II

California Verbal Learning Test-II (CVLT-II) er en av de mest brukte nevropsykologiske testene i Norge, men har til nå ikke vært tilpasset personer med tegnspråk. I denne studien har vi oversatt CVLT-II til tegnspråk, og undersøkt testens psykometriske egenskaper.

Om lag 5000 døve i Norge har tegnspråk som førstespråk, og språket er anerkjent som et fullverdig språk (Stortingsmelding 35, 2007/2008). Blant døve er det en forhøyet prevalens av utviklingsforstyrrelser og nevropsykologiske vansker (Black & Glickman, 2006; Fellingner, Holzinger & Pollard, 2012; Gent, Goedhart & Treffers, 2012). Utover genetiske årsaker til døvhet kan døvhet skyldes perinatale komplikasjoner og prematuritet, ulike syndromer og sykdommer som meningitt og maternal rubella (Parving, Hauch & Christensen, 2003). Her kan sykdom eller skade forårsake både hørselshemming og kognitiv funksjonssvikt (Taylor & Schatschneider, 2000; Nicholas & Andreassen, 2002). Hos mange i denne gruppen kan det derfor være aktuelt å gjennomføre en nevropsykologisk undersøkelse av kognitive funksjoner.

## NEUROPSYKOLOGISK TESTING AV DØVE

American Psychological Association (APA) har slått fast at mennesker med sansehemninger bør ha tilrettelegging ved utredning. Ved nevropsykologisk testing av hørselshemmede er det imidlertid utfordrende å finne

## ABSTRACT

### *Testing of signing deaf with California verbal learning test-II*

In this study we have translated a well-known verbal memory test, the California Verbal Learning Test, second edition (CVLT-II) to Norwegian sign-language, and investigated whether the factor structure of the translated test was comparable to the original test, and if the original norms were adequate. CVLT-II was administered to 74 deaf individuals together with a test for visual memory (Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVM-T-R)), an IQ-screening (Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) and a screening for psychiatric problems (Symptom Checklist 25 (SCL-25)). Administered in Norwegian sign-language, the test showed a comparable factor structure to the original test, and the original norms were adequate, yet somewhat liberal. The CVLT-II measurements correlated with WASI performance IQ and age. These findings show that the translated test is useable in assessing memory in the deaf population.

*Keywords: CVLT-II, neuropsychology, deafness, memory.*

egnede tester, å modifisere og å tilpasse dem for hørselshemmede, samt å fortolke resultatene fra ikke-standardiserte testsituasjoner (Hill-Briggs, Dial, Morere & Joyce, 2007). Det finnes per i dag ingen nevropsykologiske tester som er utviklet på norsk tegnspråk og normert for døve personer.

Å administrere tester utviklet for talespråk på tegnspråk er problematisk, særlig gjelder dette verbale tester. Tegnspråk er visuelt oppbygd, noe som gjør direkte oversettelse fra talespråk vanskelig (Hill-Briggs et. al, 2007). Direkte oversettelse i testsituasjonen vil i seg selv innebære et avvik fra standard testbetingelser. Videre er det ikke gitt at normer for hørende personer er gyldige for døve tegnspråklige. Eksempelvis kan det å endre modalitet fra auditivt til visuelt endre hva som er normal prestasjon på en test. (Boutla, Supalla, Newport & Bavelier, 2004; Zimmer & Engelkamp, 2003). For å unngå problemet med manglende validering av verbale tester for tegnspråklige personer benyttes ofte kun ikke-verbale deltester. Man får da ikke undersøkt hjernesystemer assosiert med språk hos døve.

#### Utredning av verbale hukommelsesfunksjoner hos tegnspråklige

En viktig del av en nevropsykologisk undersøkelse er måling av verbal hukommelse, og det er behov for å ha tester som kan måle dette også hos tegnspråklige personer. Selv om tegnspråk er et visuelt språk, indikerer studier med afatiske døve og fMRI-studier at det er mange likhetstrekk i hvordan talespråk og tegnspråk er organisert og blir prosessert i hjernen. For eksempel har døve personer en dominans i venstre hemisfære både for talespråk og tegnspråk, mot en høyresidig dominans for visuell persepsjon (Campbell, McSweeney & Waters, 2008; Pollard Jr., Rediess & DeMatteo, 2007). I en nevropsykologisk utredning vil man derfor – ut over tester som måler spatial og visuell hukommelse – ha behov for egne tester for å måle verbal hukommelse for tegnspråk.

Tester på tegnspråk må videre normeres for administrasjon på tegnspråk, eller man må i minste fall undersøke om normer for hørende personer kan anvendes. Å administrere en verbal test på tegnspråk innebærer en visuell presentasjon istedenfor en audi-

tiv. Dette kan endre vanskelighetsgraden til en oppgave. Eksempelvis er det funnet at arbeidsminnekapasitet målt ved tallhukommelse er svakere når tallene presenteres visuelt (på tegnspråk) framfor auditivt (på talespråk) (Boutla, Supalla, Newport & Bavelier, 2004). På andre tester kan det være lettere å huske informasjon presentert på tegnspråk, da en slik presentasjon innebærer både språklig og visuell innkoding av informasjonen (Zimmer & Engelkamp, 2003). Det er derfor viktig å undersøke tegnspråklige persons prestasjon på en verbal hukommelsestest sammenliknet med den populasjonen testen er normert for.

#### California Verbal Learning Test-II

Denne studien tar utgangspunkt i en anerkjent test, der klinisk og forskningsmessig nytte er påvist empirisk. California Verbal Learning Test II (CVLT-II; Delis, Kramer, Kaplan & Ober, 2000) blir benyttet av 70 % av nevropsykologene i Norge (Egeland, 2010) og er den sjuende mest brukte kognitive funksjonstesten for psykologer (Vaskinn & Egeland, 2012). CVLT-II gjør det mulig å vurdere flere ulike aspekter ved innlæring og hukommelse for verbalt presentert informasjon, inkludert minnespenn, læringskurve, læringsstrategier, gjenkalling og gjenkjennelse, og testen er både klinisk og forskningsmessig godt validert (Jacobs & Donders, 2007). Den er sensitiv for et bredt spekter av nevrologiske sykdommer og skader. CVLT-II er dessuten et nyttig instrument for å kunne diskriminere mellom ulike typer hukommelsestestsvikt og nevrologiske tilstander (Bosnes, 2007).

CVLT-II er opprinnelig amerikansk, men er oversatt til norsk (Delis et al., 2004). Den norske oversettelsen er undersøkt på 128 hørende pasienter med nevrologisk sykdom, psykisk lidelse eller utviklingsforstyrrelse (Bosnes, 2007). Ved faktoranalyse fant Bosnes seks faktorer, i stedet for fem faktorer som i den amerikanske versjonen. For øvrig var faktorstrukturen og -ladningene sammenfallende. Testresultatene var også i samsvar med skåringer i hukommelsestestbatteriet Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R; 1987), med høy statistisk signifikant korrelasjon mellom totalt antall korrekte i innlæringsbetingelsen i CVLT-II og faktoren *generell hukommelse* i WMS-R ( $r = 0,64, p < 0,0001$ ) (Bosnes, 2007).

I vår studie har vi oversatt CVLT-II til tegnspråk, og undersøkt resultater av den tegnspråklige testvarianten i et utvalg døve personer. Faktorladninger og faktorstrukturen er undersøkt, og det er sett på hvorvidt testresultatene samvarierer med en rekke variabler som det er samvariasjon med i den opprinnelige testen (Delis et al., 2000) og den norske oversettelsen (Bosnes, 2007). Alder er den viktigste faktoren for å forklare variasjon i gjenkalling (synkende prestasjon), kjønn er den nest viktigste faktoren (kvinner husker bedre enn menn), og utdanning er den tredje viktigste faktoren (Lezak, 2012). Det er også en lav til moderat korrelasjon mellom prestasjoner på CVLT-II og WAIS-IV (Delis et al., 2000).

#### Problemstillinger:

1. Har CVLT-II tilpasset til tegnspråk en tilsvarende faktorstruktur som den opprinnelige amerikanske versjonen?
2. I hvilken grad samvarierer alder, kjønn, utdanning, visuell hukommelse og IQ-nivå med resultatene på testen?
3. Hvordan er samsvaret mellom resultatene av CVLT-II på tegnspråk med de amerikanske normene til CVLT-II?

#### METODE

##### Materiale

CVLT-II består av en liste (Liste A) på 16 ord som tilhører fire ulike semantiske kategorier. Ordene i listen leses opp av testlederen og skal gjenkalles av forsøkspersonen. Denne prosedyren gjentas fem ganger. Testlederen presenterer så en ny liste med ord (Liste B), hvor ordene tilhører to av de samme kategoriene som i liste A, samt to nye kategorier. Etter at liste B er lest opp, skal forsøkspersonene gjenkalle så mange ord som de klarer fra denne listen. De blir så bedt om å gjenkalle så mange ord som mulig fra den første listen igjen (Liste A), først uten og deretter etter å ha fått oppgitt kategoriene. Etter 20 minutter blir de på nytt bedt om å gjenta alle ordene de husker fra den første ordlisten (Liste A), først uten og deretter etter å ha fått oppgitt kategoriene. Testlederen gjennomfører så et gjenkjenningsforsøk, der forsøkspersonene blir bedt om å svare *ja* eller *nei* på om ordene testlederen leser opp, er blant målordene (ordene de ble bedt om å huske).

Det finnes også en alternativ versjon av CVLT-II. Den blir benyttet dersom man skal teste en person på nytt for å undersøke om det er noen forbedring eller forverring av hukommelsen.

De klinisk mest relevante variablene i CVLT-II antas å være *Innlæring 1-5 total*, *Utsatt minne Fri gjenhenting - kort intervall* og *Utsatt minne Fri gjenhenting - langt intervall* (Bosnes, 2007). Disse tre variablene innebærer henholdsvis summen av innlæring av antall ord gjennom fem repetisjoner, gjenkalling av ordlisten etter en distraksjonsoppgave og gjenkalling av ordlisten etter 20 minutter.

#### Tilpasning av CVLT-II til tegnspråk

California Verbal Learning Test-II ble omarbeidet til norsk tegnspråk. Det ble etterstrebet å endre så lite som mulig på den opprinnelige testen, men samtidig ta hensyn til egenskaper ved tegnspråk. To av de semantiske kategoriene er problematiske å oversette til tegnspråk, da det ikke er vanlig å bruke kategoriene på tegnspråk (deler av hus, instrumenter). Dette ble løst ved å bytte ut disse to kategoriene med to kategorier fra det alternative formatet til CVLT-II (kontorutstyr, toalettartikler). To



California Verbal Learning Test II (CVLT-II) blir benyttet av 70 % av norske nevropsykologer



Det har vært lagt vekt på å finne tegn som er vanlige i bruk og som vil oppfattes av alle tegnspråklige uavhengig av dialektforskjeller og alder

kategorier ble så byttet mellom liste A og liste B (transportmidler, kontorutstyr), grunnet at kategorien i liste A ikke hadde noen god kategori-betegnelser på tegnspråk.

Noen av målordene er ikke egnet på tegnspråk. Dette skyldes for det første at de ikke har noe godt tegn for ordet på tegnspråk, men for eksempel er avhengig av at ordet bokstaveres (staves med tegn). Eksempler på slike ord er grønnsaksordene *spinat* og *nepe*. For det andre er enkelte tegn som tilsvarer det norske ordet tvetydig. Det vil si at tegnet har flere ulike betydninger som kun skiller fra hverandre ved at de har ulik munnstilling. En av kategoriene fra standardformatet inneholder mange ord som på tegnspråk ikke har noe godt tegn tilsvarende det norske ordet, eksempelvis *spinat* og *brokkoli* (grønnsaker), og ble derfor byttet ut med en kategori fra det alternative formatet (klær). I tillegg måtte til sammen 5 ord i liste A og liste B erstattes med andre målord.

I den opprinnelige versjonen av CVLT er utvelgelse av målord gjort etter en kartlegging av frekvens av rapporterte ord innenfor de aktuelle kategoriene (Delis et al., 2000). Dette ble gjort for å unngå at målordene er for prototypiske, og dermed øker sannsynligheten for at testpersonen oppgir dem uavhengig av om vedkommende husker ordene på listene. Da vårt utvalg døve personer for utprøving av CVLT-II på tegnspråk i utgangspunktet var lite, ble det ikke gjort en full frekvenskartlegging av ord innenfor kategoriene, for å unngå å «bruke opp» forsøkspersoner. Tre tegnspråklige personer ble bedt om å rapportere tegn innenfor de aktuelle kategoriene, for å gi et visst utgangspunkt for utvelgelse av ord. Utvelgelse av målord ble deretter gjort basert på hvilke ord som har gode, entydige tegn, og som ble antatt ikke å være prototypiske for kategoriene.

På tegnspråk eksisterer det i liten grad en standardisert målform tilsvarende bokmål. I oversettelsesprosessen har vi brukt en nettutgave av norsk tegnordbok (Statped. Møller-Trøndelag kompetansesenter, u.å.). Men i prosessen med å utvikle gode målord og semantiske kategorier har vi også samarbeidet tett med personer med høy tegnspråkkompetanse. Det har vært lagt vekt på å finne tegn som er vanlige i bruk og som vil oppfattes av alle tegnspråklige uavhengig av dialektforskjeller og alder. Det ble også gjort en pilotunder-

søkelse av testen med tre tegnspråklige personer fra ulike deler av landet og i ulike alder, for å kontrollere for dialektforskjeller og ulikheter i språket som er aldersrelatert.

#### Annet oversettelsesarbeid

Instruksjonen til CVLT-II ble oversatt til tegnspråk av en tegnspråkkonsulent. Både instruksjonen og tegnlistene som ble brukt i studien, foreligger på DVD. I forbindelse med gjennomføringen av studien ble informasjonsskriv og samtykkeerklæringer oversatt til tegnspråk av en döv språkkonsulent, og spilt inn på DVD. Alt testmateriale er oversatt tilbake fra tegnspråk til norsk for å kontrollere kvaliteten på oversettelsen.

#### Prosedyre

Testingen ble gjennomført av tegnspråkkyn-dige psykologer i 45 % av tilfellene og psykolog med bruk av tolk i 55 % av tilfellene. For indikasjon på evnenivå ble personene testet med utføringsdelen av Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI; Wechsler, 1999; norsk versjon, 2007). Visuell hukommelse ble målt med Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVMT-R, Benedict, 1997), da denne har liknende struktur som CVLT-II og gir mål på innlæringsfaser og umiddelbar og utsatt gjenkalling. Det ble screenet for angst og depresjon med Symptom Checklist 25 (SCL-25; Derogatis et al., 1974; Tambs og Moum, 1993).

#### Etikk

Studien er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Øst-Norge. Rettighetsinnehaveren til CVLT-II, Pearson Assessment, har godkjent studien.

#### Utvalg

Inklusjonskriterier for deltakelse var hørselstap i talefrekvensområdet på over 70 dB og daglig tegnspråkbruk. Eksklusjonskriteriene var klare språkvansker som gjorde det umulig å avgi svar på tester og spørreskjema. To personer ble ekskludert ut fra dette kriteriet.

Utvalget bestod av 74 døve personer rekruttert fra store deler av landet, gjennom annonsering i tidsskrifter for døve, oppslag på samlingssteder og gjennom bedrifter med døve ansatte (n=48, 65 %). Personer som var henvist til nevropsykologisk undersøkelse (n=11, 15 %), pasienter som gikk til poliklinisk behandling

for psykiske lidelser ( $n=7$ , 9,5 %), og brukere på vernet bedrift eller omsorgsbolig ( $n=8$ , 11 %) var også inkludert. Da gruppene ble slått sammen til en generell gruppe og en klinisk gruppe, var det en signifikant forskjell mellom gruppene på en del av CVLT-II- målene. Utvalget ble likevel behandlet som én gruppe for å få en gruppestørrelse der det er meningsfullt å gjennomføre faktoranalyse. I utvalget hadde 43 % utdanning på høyskole/universitetsnivå, 48 % hadde videregående skole som høyest fullførte utdanning, og 9 % hadde grunnskole. Når det gjelder yrkesstatus, var 57 % i arbeid, 11 % under utdanning, 11 % hadde arbeidsavklaringspenger, 12 % var uføretrygdet, og 8 % hadde alderspensjon.

72 % hadde tegnspråk som sitt førstespråk, 11 % hadde norsk som førstespråk, og 18 % hadde tegnspråk og norsk som likeverdige førstespråk. Tabell 2 viser fordelingen av alder samt skår på SCL-25 og WASI utførings-IQ. Gjennomsnittsskåren på SCL-25 ligger rett under klinisk grense, som er 1,75 (Derogatis et al., 1974), altså hadde utvalget et noe forhøyet nivå av angst- og depresjonssymptomer. Utførings-IQ var signifikant høyere enn gjennomsnittet i den amerikanske normgruppen.

#### Statistiske metoder

Dataanalysen ble gjennomført med SPSS 18. Testvariablene er kontinuerlige. For analyser av forskjeller i testene ble det benyttet tohølet T-test for uavhengige utvalg. Det ble gjennomført variansanalyse på forskjeller mellom utdanning, og Pearsons korrelasjon ble benyttet.

## RESULTATER

### Faktoranalyse av CVLT-II-variabler

I faktoranalysen av variablene i CVLT-II ble ikke alle variablene som er brukt i analysen av den opprinnelige CVLT-II, lagt inn, da det ville blitt for mange variabler i forhold til utvalgets størrelse. I faktoranalysen er det valgt å bruke de to variablene med sterkeste ladning på hver faktor, basert på det amerikanske blandede utvalget (Delis et al., 2000). Det er brukt samme faktoranalyse (prinsipal komponentanalyse, varimax-rotering) som i den amerikanske studien. Som i analysen til Delis et al. ble det valgt egenverdi  $>1$ . Tabell 3 viser faktorladningene for variablene. For oversiktens skyld er kun faktorladninger  $> 0,50$  i absoluttverdi inkludert.

**Tabell 1.** Bakgrunnsdata,  $n=74$

	Gjennomsnitt Menn 48,6 % Kvinner 51,4 %	Standard- avvik	Minimum	Maksimum
Alder	40,9	16,4	17	83
SCL-25 Total gjennomsnitt	1,6	0,6	1	4
WASI utførings- kvotient	104,9	17,6	53	132
BVMT-R total gjenkalling (T-skår)	43,3	14,4	11	71
BVMT-R utsatt gjenkalling (T-skår)	46,1	15,5	20	86

»

**Tabell 2.** Faktormatrise basert på 10 CVLT-II-variabler

Variabel	1	2	3	4
Forsøk 5, korrekt	0,87			
Utsatt, kort intervall	0,83			
Forsøk 1, korrekt	0,66			
Semantic clustering chance adjust.	0,72			
Serial clustering-forward chance adjust.	-0,77			
CVLT-II, % Gjenkalling primacy		-0,65		
CVLT-II, % Gjenkalling recency		0,65		
CVLT-II, Fri gjenkall. intrusjoner			-0,79	
CVLT-II, Total respons-tendens			0,84	
CVLT-II, Totale repetisjoner				0,98
Forklart varians	28,92 %	19,94 %	13,31 %	10,73 %

*n*=74

Prinsipal komponent analyse, Varimax- rotering med Kaiser Normalisering, Eigenverdi > 1 extracted.

**Tabell 3.** Resultat på CVLT-II

	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt	Std. avvik
CVLT-II, innlæring 1-5 total råskåre	33	78	53,95	10,47
CVLT-II, Utsatt minne, kort intervall, råskåre	0	16	11,81	3,59
CVLT-II, Utsatt minne, langt intervall, råskåre	0	16	12,82	2,81

### Fordeling av målinger på CVLT-II variablene

Dersom man bruker kriteriet om en verdi innenfor to standardfeil (Haatveit, Sundet, Hugdahl, Ueland, Melle & Andreassen, 2010), er variabelen *Innlæring 1-5 total* tilnærmet normalfordelt med henhold til både skewness (-0,13, SE = 0,28) og kurtose (-0,72, SE = 0,60). Variablene *Utsatt minne - kort intervall* og *Utsatt minne - langt intervall* er ikke normalfordelt målt ved skewness (henholdsvis skewness -1,11, og -1,61, SE = 0,28) eller kurtose (henholdsvis kurtose 1,24 og 4,89, SE = 0,55).

Gjennomsnitt, standardavvik og spredning på de klinisk mest relevante variablene i CVLT-II presenteres i tabell 4.

Enveis variansanalyse viste signifikant forskjell mellom de tre språkgruppene (tegnspråk som førstespråk, norsk som førstespråk og norsk/tegnspråk som likeverdige førstespråk) på kun én av de 16 CVLT-II variablene (læringskurve 2-5,  $F(2,71) = 3,61, p = 0,032$ ). Det var ingen signifikante forskjeller i resultatet på noen av de 16 CVLT-II-variablene avhengig av hvorvidt det ble brukt tolk.

### SAMMENHENG MELLOM CVLT-II OG BAKGRUNNSVARIABLER

T-test viser ingen signifikante kjønnsforskjeller på råskåren på noen av de tre variablene *Innlæring 1-5 total*, *Utsatt minne - kort intervall*, *Utsatt minne - langt intervall*. Enveis ANOVA viser sammenheng med utdanningsnivå på variabelen *Innlæring 1-5 total* ( $F(2,71) = 3,61, p = 0,032$ ). Bonferroni post hoc-analyse viser en signifikant høyere skår på denne variabelen hos gruppen som har høyskole-/universitetsutdanning enn de som har videregående skole som høyeste fullførte utdanning. Det er ingen signifikant sammenheng med utdanningsnivå for de andre to variablene.

Det er undersøkt om de tre variablene *Innlæring 1-5 total*, *Utsatt minne - kort intervall*, *Utsatt minne - langt intervall* er korrelert med alder, utføringskvotient på WASI og gjennomsnittsskåre på SCL-25. Alle de tre variablene har en negativ korrelasjon med alder (henholdsvis  $r = -0,46, p < 0,0001, r = -0,29, p = 0,013$  og  $r = -0,35, p = 0,002$ ). Alle tre variabler har moderat positiv korrelasjon med utføringskvotient på WASI (henholdsvis  $r = 0,34, p = 0,003, r = 0,42, p < 0,001$  og  $r = 0,26, p = 0,023$ ). Det er ingen signifikant korrelasjon med SCL-25 gjennomsnittsskåre.

### Sammenlikning av skårer på CVLT-II og BVMT-R

Korrelasjon mellom mål på umiddelbar og utsatt hukommelse på CVLT-II og BVMT-R ble undersøkt. Det er en signifikant korrelasjon mellom variabelen *Innlæring 1–5 total* på CVLT-II og *Total gjenkalling* på BVMT-R ( $r = 0,57, p < 0,001$ ). Det er også signifikant korrelasjon mellom variabelen *Utsatt minne – langt intervall* på CVLT-II og *Utsatt gjenkalling* på BVMT-R ( $r = 0,49, p < 0,001$ ). *Innlæring* på CVLT-II korrelerer med BVMT-R, *utsatt gjenkalling* ( $r = 0,57, p < 0,001$ ), og *utsatt minne* på CVLT-II korrelerer signifikant med *innlæring* på BVMT-R ( $r = 0,46, p < 0,001$ ).

Gjennomsnittlige T-skårer på de klinisk antatte mest relevante målene på CVLT-II og BVMT-R ble sammenliknet ut fra de foreliggende normtabellene. Prestasjonen på *Innlæring 1–5 total* på CVLT-II hadde T-skår 55,4 og *Utsatt minne – langt intervall* 55,7. T-skåren på *Total gjenkalling* på BVMT-R var 43,3 og 46,1 på *Utsatt gjenkalling*. Prestasjonene ligger med andre ord 12 T-skår-enheter høyere på *innlæringsmål* på CVLT-II enn på BVMT-R, det vil si over ett standardavvik høyere. Mål på *utsatt minne* ligger omtrent ett standardavvik høyere på CVLT-II enn på BVMT-R.

### DISKUSJON

Faktoranalyse av CVLT-II bearbeidet til tegnspråk viser at denne versjonen har en faktor mindre enn den opprinnelige amerikanske testen. Ut fra de amerikanske normene presterte forsøkspersonene cirka et halvt standardavvik bedre på CVLT-II bearbeidet til tegnspråk. De foreliggende normene kan benyttes i vurdering av resultater på den tegnspråklige testen, men med forbehold.

#### Faktorstruktur

Tabell 3 viser at mens man i den amerikanske gruppen fant fem faktorer med egenverdi  $> 1$ , fant man i vårt utvalg fire. En gjennomgang av datamatriksen viser at forskjellen i antall faktorer skyldes at variablene «Semantic clustering» og «Serial clustering» ikke lader på en egen faktor, men lader på henholdsvis faktor 1 og 2. Variablen «Antall korrekte» i Trial 1 lader på faktor 1, noe som er forskjellig fra det blandede amerikanske utvalget, men likt det amerikanske ikke-kliniske utvalget som er presentert i manualen. Totalt antall re-

tisjoner utgjør en egen faktor alene. Modellen med fire faktorer forklarer til sammen 72,9 % av variansen. Tabell 3 viser videre at faktor 1 er den dominerende faktoren, idet den alene forklarer 27 % av variansen. Dette er nær det samme som i det amerikanske utvalget. Bosnes (2007) fant i sin studie av et norsk utvalg også en sterk førstefaktor. Det var her seks faktorer.

Vår bearbejdede versjon av CVLT-II til tegnspråk har en struktur som er relativt lik den opprinnelige CVLT-II. Faktoranalyse av variablene i den opprinnelige CVLT-II har gitt fem faktorer, som antas å representere *generell verbal læring*, *responsdiskriminasjon*, *gjenkallingseffektivitet*, *organiseringstrategier* og *primacy-recency-effekter* (Delis et. al., 2000). For vårt utvalg medfører en faktor mindre at de variablene som ladet på faktoren *organiseringstrategier*, isteden lader på *generell verbal læring* og *primacy-recency-effekter*. Det er mulig at dette skyldes at man i tegnspråk i mindre grad kategoriserer informasjon, men det kan også skyldes metodiske forhold, som størrelsen på utvalget.

#### Normer

Analyser av sammenhengen mellom vårt utvalgs skårer på vår bearbejdede CVLT-II og bakgrunnsvariablene kjønn, alder, utdanning, IQ og visuell hukommelse ga resultater som i hovedsak er i samsvar med det som ble funnet i det amerikanske utvalget (Delis et. al., 2000) og norske utvalg (Bosnes, 2007). Prestasjonen på CVLT-II er, som i de amerikanske normene, negativt korrelert med alder. Det er i dette utvalget, som i det amerikanske utvalget, moderat korrelasjon mellom prestasjon på CVLT-II og intelligens (Delis et. al., 2000). I denne studien er det imidlertid ikke brukt et fullstendig mål på intelligens, men kun et estimat fra utføringsoppgavene på WASI. I motsetning til de amerikanske normene fant vi ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller. Dette er imidlertid i tråd med en norsk undersøkelse av normene på CVLT-II, selv om det der ble påpekt at forskjellen delvis kan skyldes lav statistisk styrke (Egeland, 2005). Samtidig påpekes det i den samme studien at det er gjort flere studier av verbal hukommelse hvor man heller ikke har funnet kjønnsforskjeller.

Gjennomsnittlig skår på de klinisk mest relevante variablene på CVLT-II tilpasset til tegnspråk, er hos vårt utvalg noe høyere enn hva man skulle vente ut fra den opprinnelige normeringen av testen (Delis et. al., 2000). Vårt utvalg har en gjennomsnittlig skår på utføringsdelen av WASI som ligger en tredjedels standardavvik over det normerte gjennomsnittet, mens skår på CVLT-II ligger et halvt standardavvik over det normerte gjennomsnittet. Dette sannsynliggjør at den høye gjennomsnittsskåren på CVLT-II kan forklares av egenskaper ved utvalget heller enn egenskaper ved testen, da personene i utvalget ser ut til å ha høyere gjennomsnittlig intelligens enn det amerikanske utvalget, og det er en korrelasjon mellom IQ og hukommelse (Pollard Jr., Redies & DeMatteo, 2005).

Forsøkspersonene presterte cirka et halvt standardavvik over aldersgjennomsnitt på CVLT-II, men et halvt standardavvik under gjennomsnitt på BVMT-R. Det finnes ingen studier som ser på sammenheng mellom CVLT-II og BVMT-R. Bosnes (2007) samt Bosnes og Ellertsen (2003) fant i norske utvalg signifikant bedre skårer på den visuelle indeksen i hukommelsestesten Wechslers Memory Scale-Revised enn på CVLT-II. Det er tidligere rettet kritikk mot at normene på CVLT-II ikke er strenge »



Testen gjør det mulig å få indikasjoner på hukommelsesevne hos hørselshemmede og har derfor en betydelig praktisk nytteverdi

nok (Egeland et al., 2005). I vårt utvalg er skårer på CVLT-II imidlertid mer i samsvar med IQ-målet, som er et tredjedels standardavvik over det normerte gjennomsnitt, enn BVMT-R. Samtidig er det i en norsk studie vist at testing med WASI gir høyere Utførings-IQ-skår enn testing med WAIS-III (Bosnes, 2009). Det er mulig at det å bruke tegnspråk for ordene som skulle huskes, har bidratt til at resultatet ble bedre for CVLT-II enn BVMT-R. Tidligere eksperimenter har vist at det å utføre tegnet for ordet man skal huske, uavhengig av om dette er substantiv eller verb, bedrer hukommelsen for ordet (Zimmer & Engelkamp, 2003).

Innledningsvis ble det nevnt funn fra fMRI-studier som viser at samme hjerneområder blir aktivert i tegnspråk og talespråk. Det er derfor naturlig at det er en forskjell mellom hukommelse for tegnspråk og visuell hukommelse, da tegnspråk også krever andre deler av hjernen enn de rent visuelle. Det kan ikke med sikkerhet sies at vår hukommelsestest på tegnspråk måler nøyaktig den samme hukommelsesfunksjonen som den originale testen. Likevel måler den hukommelse for tegnspråklige ord og har derfor stor pragmatisk verdi.

Da prestasjonen på testen lå et halvt standardavvik over gjennomsnittet fra normene, er det økt fare for at man overser personer som har et reelt hukommelsesproblem. Ved bruk av normer for hørende personer kan CVLT-II tilpasset til tegnspråk være for lite sensitiv for å oppdage hukommelsesvansker. Dersom en person for eksempel får en T-skår på innlæring på 36, vil man ikke konkludere at denne ikke har innlæringsvansker, mens dette kan være tilfellet med disse normene. Man bør med andre ord være observant overfor pasienter som presterer i nedre normalområde, særlig når de har svake resultater også på andre tester.<sup>1</sup>

#### Begrensninger ved studien

Datainnsamlingen har metodiske svakheter. Forsøkspersonene er fra ulike populasjoner, men samtidig var ikke gruppene store nok til at man kan gjennomføre meningsfulle statis-

.....

1. På grunn av kompleksiteten ved bruk av denne testen og andre nevropsykologiske tester på døve kan det være hensiktsmessig å konferere med personer i feltet når dette gjøres. Sætre Langlo er behjelpelig i slike saker, og kan kontaktes på den oppgitte mailadressen.

tiske sammenlikninger mellom dem. Dette er en av grunnene til at det er vanskelig å validere tester for døve brukere: De utgjør en minoritet, og gruppen er lite homogen med tanke på etiologi og språkferdigheter. Derfor bør det stilles spørsmål om hvorvidt man kan generalisere funnene herfra til døvepopulasjonen generelt. Videre studier bør inkludere en større gruppe forsøkspersoner, dersom dette er praktisk mulig.

Forsøkspersonene er i liten grad undersøkt for tegnspråklige ferdigheter. Det ble gjort en ekskludering basert på klinisk skjønn av personer som hadde så store språkvansker at de ikke forsto instruksjonen eller gjenkjente ordene som ble presentert. Det er ikke gjennomført en grundigere vurdering av tegnspråket, da det ikke er utviklet metoder for dette.

74 er få forsøkspersoner med tanke på eksplorativ faktoranalyse. Det hadde vært ønskelig med flere forsøkspersoner, men det viste seg vanskelig å rekruttere nok personer, til tross for at dette ble forsøkt i store deler av landet.

Når det gjelder analysemetoden, etterstrebet vi å bruke samme framgangsmåte som i det opprinnelige instrumentet. Imidlertid kan det drøftes hvorvidt hovedkomponentanalyse er en passende framgangsmåte ved eksplorativ faktoranalyse. For eksempel kan «principal axis factoring» og «maximum likelihood» være mer hensiktsmessig å benytte. I denne sammenhengen ble det imidlertid vurdert som viktigere å gjøre analyser som lar seg sammenlikne direkte med framgangsmåtene i det opprinnelige instrumentet

#### KONKLUSJON

I vårt utvalg av døve personer fikk den tilpassede versjonen en faktorstruktur som er tilstrekkelig lik den opprinnelige testen til at vi kan slutte at viktig klinisk informasjon er ivaretatt. Resultatene av testen korrelerer som forventet moderat med evnemål og med den visuelle hukommelsestesten BVMT-R. Imidlertid må man være forsiktig i tolkning av en enkeltpersons resultater på testen ut fra normene til CVLT-II, da testen kan være for lite sensitiv når det gjelder å oppdage hukommelsesvansker. Likevel gjør testen det mulig å få indikasjoner på hukommelsesevne hos hørselshemmede og har derfor en betydelig praktisk nytteverdi. ✘



## REFERANSER

- Benedict, R. (1997). Brief Visuospatial Memory Test, Revised. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Black, P. A. & Glickman, N. S. (2006). Demographics, psychiatric diagnosis, and other characteristics of North-American deaf and hard-of-hearing inpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(3), 303–321.
- Bosnes, O. (2007). Norsk versjon av Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence: Hvor godt er samsvaret mellom WAIS og norsk versjon av Wechsler Adult Intelligence Scale-III? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(7), 887–892.
- Bosnes, O. (2007). California Verbal Learning Test-II (CVLT-II) utprøvd i et klinisk utvalg i Norge: Psykometriske egenskaper og krysskulturell validitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(6), 564–568.
- Bosnes, O., & Ellertsen, B. (2003). California Verbal Learning Test og Wechsler Memory Scale-Revised: Prestasjoner i et klinisk utvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 40(7), 590–597.
- Boutla, M., Supalla, T., Newport, E.L. & Bavelier, D. (2004). Short-term memory span: insight from sign language. *Nature Neuroscience*, 7(9), 997–1002.
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E. & Ober, B. A. (2000). California Verbal Learning Test Second Edition. Adult Version. Manual. Texas: The Psychological Corporation.
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E. & Ober, B. A. (2004). *California Verbal Learning Test – Second edition. Norwegian Manual supplement*. Stockholm, Sverige: Pearson Assessment.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavior Science* 19(1), 1–15.
- Egeland, J., Sundet, K., Landrø, N. I., Rund, B. R., Asbjørnsen, A., Hugdahl, K., Lund, A., Roness, A. & Stordal, K. (2005). Validering av normer for oversatte tester av oppmerksomhet og hukommelse i et norsk normalutvalg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(2), 99–105.
- Egeland, J. (2010). Nevropsykologer er norgesmestre i testbruk. Men bruker vi valide og pålitelige metoder? *Tidsskrift for Norsk nevropsykologisk forening*, 1, 6–10.
- Fellinger, J., Holzinger, D. & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037–1044.
- Gent, T. V., Goedhart, A. W. & Treffers, P. D. A. (2012). Characteristics of children and adolescents in the Dutch national in- and outpatient mental health service for deaf and hard of hearing youth over a period of 15 years. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1333–1342.
- Haatveit, B. C., Sundet, K., Hugdahl, K., Ueland, T., Melle, I. & Andreassen, O. A. (2010). The validity of *d* prime as a working memory index: Results from the «Bergen *n*-back task». *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(8), 871–880.
- Hill-Briggs, F., Dial, J. G., Morere, D. A., & Joyce, A. (2007). Neuropsychological assessment of persons with physical disability, visual impairment or blindness, and hearing impairment or deafness. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(3), 389–404.
- Jacobs, M. L. & Donders, J. (2007). Criterion Validity of the California Verbal Learning Test – Second Edition (CVLT-II) after traumatic brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(2), 143–149.
- Lezak, M. (2012). *Neuropsychological Assessment* (5. utgave). New York, NY: Oxford University Press Inc.
- Pollard Jr, R. Q., Rediess, S. & Dematteo, A. (2005). Development and validation of the signed paired associates test. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 252–265.
- Pollard Jr. R. Q., DeMatteo, A., Lentz, E. & Rediess, S. (2007). A Prose Recall Test Using Stories in American Sign Language. *Rehabilitation Psychology*, 52(1), 11–17.
- Nicholas, J. & Andreassen, E. (2002). Medfødt rubella syndrom. Nevropsykologiske funksjoner og pedagogiske tiltak belyst ved kasuistikk. *Nordisk tidsskrift för hörsel- och dövundervisning*, 2002(2), 21–25.
- Parving, A., Hauch, A. M. & Christensen, B. (2003). Høretab hos barn – epidemiologi, identifikation og årsager gennem 30 år. *Ugeskrift Læger*, 165(6), 574–579.
- Statped. Møller-Trøndelag kompetansesenter (u.å.). *Tegnordbok*. Hentet fra <http://www.tegnordbok.no>.
- Kultur og kirke departementet (2008) Mål og mening. Ein heilskapleg norsk språkpolitikk. Stortingsmelding 35 (2007–2008).
- Tambs, K. & Moum, T. (1993) How well can a few questionnaire items indicate mental health? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364–367.
- Taylor, G. H. & Schatschneider, C. (2000). Longitudinal outcomes of haemophilus influenzae meningitis in school-age children. *Neuropsychology*, 14(4), 509–518.
- Vaskinn, A. & Egeland, J. (2012). Tester i bruk i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(4), 658–665.
- Wechsler, D. (1999). *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*. Norsk versjon. Sverige, Stockholm: Pearson assessment.
- Wechsler, D. (1987). *Wechsler Memory Scale-Revised*. Manual. New York, NY: Psychological Corporation. Pearson assessment.
- Zimmer, H. D. & Engelkamp J. (2003). Signing enhances memory like performing actions. *Psychonomic Bulletin & Review*, 10(2), 450–454.

# Behandling ved kronisk suicidalitet

- retningslinjer og realiteter

Behandlere legger inn pasienter med kronisk suicidalitet hyppig. Disse pasientene blir ofte i sengeposten lenger enn det retningslinjene anbefaler.

Hvorfor - og hva kan gjøres?

## TEKST

Anette Berglund,  
Akershus  
Universitetssykehus  
Christian Frøysaa,  
privatpraksis, Oslo  
Johan Siqveland,  
Akershus  
Universitetssykehus  
og Universitet i Oslo

## KONTAKT

anette.berglund@  
gmail.com

**A**møte mennesker i selvmordskrise er en sentral, men også krevende oppgave for psykologer. God behandling av psykiske lidelser er en av de viktigste metodene vi har for å forebygge selvmord. I noen tilfeller er den psykiske lidelsen en depressiv episode med en akutt forhøyet selvmordsfare. Selvmordsfaren sees her som sekundær til depresjonen, og når depresjonen behandles, vil selvmordsfaren normalt reduseres. Hos noen personer er selvmordstanker og -planer mer varige eller hyppig tilbakevendende, og dette kalles kronisk suicidalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Kronisk suicidalitet er mest vanlig ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Paris, 2004a), hvor hyppige selvmordstanker er et av diagnosekriteriene. Tall viser at 85 % av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har gjort selvmordsforsøk (Soloff, Lynch, Kelly, Malone & Mann, 2000), og at opptil 10 % dør av selvmord (Paris, 2005). Selv om under 1 % av totalbefolkningen har en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001), er dette pasienter vi møter hyppig i vår kliniske hverdag (Zanarini, Frankenburg, Khera & Bleichmar, 2001; Hörz, Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice, 2010). Vi kan forebygge selvmord ved å tilby disse pasientene god behandling, noe som også vil øke deres livskvalitet og funksjonsnivå.



**IKKE ANBEFALT** En rekke prosesser, som diagnostisk uklarhet, oppstykket behandlingsskjede, intens hjelpsøkeratferd, vanskelige risikovurderinger og frykt for å gjøre feil, bidrar til at pasienter med kronisk suicidalitet innlegges ved selvmordskriser, selv om retningslinjene for behandling ikke anbefaler det. Illustrasjonsfoto: Derrick Tyson/Flickr

### **KRONISK SUICIDALITET OG EMOSJONELT USTABIL PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE**

Personer med kroniske selvmordstanker og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse har blitt ansett som spesielt krevende å jobbe med klinisk (Rizq, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Tidligere var det en utbredt holdning at disse pasientene ikke profitterte på behandling. De ble oppfattet som manipulerende heller enn syke, og plagene deres ble forstått i en moralsk ramme og ikke som psykiske lidelser. Nyere forskning om nevrobiologiske årsaker til personlighetsforstyrrelser og forskning om behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse viser at dette ikke nødvendigvis er holdbare holdninger (se Weinberg, Ronningstam, Goldblatt, Schechter & Maltzberger, 2011 for en oversikt).

Poliklinisk behandling med hovedvekt på psykoterapi fremfor medikamentell behand-

ling er anbefalt, og det finnes her flere evidensbaserte psykoterapeutiske tilnærminger (Bate-man & Fonagy, 2007; Linehan et al., 2006).

Som klinikere legger vi inn pasienter med kronisk forhøyet selvmordsfare og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse for å redusere symptomtrykk og for å forhindre selvmord. Det er også disse begrunnelsene vi bruker når vi beholder dem innlagt i sengepostavdelinger. Likevel er nytten av døgnbasert behandling for denne pasientgruppen udokumentert, dadet ikke foreligger kontrollerte studier som viser at hospitalisering forhindrer selvmord (Paris, 2004b). Disse pasientene kan ha en tendens til å bli sykere etter kun få dagers opphold i døgninstitusjon gjennom symptomforverring, psyko-senær dekompenisering negativt samspill med personale og medpasienter (Mehlum & Jensen, 2006). Innleggelser i psykiatriske avdelinger kan også gjøre situasjonen verre for pasien- >>



Pasientene kan ha en tendens til å bli sykere etter kun få dagers opphold i døgninstitusjon

tene gjennom å forsterke uhensiktsmessig atferd (Linehan, 1993; Paris, 2004b), samt fremme regresjon til tidligere funksjonsnivå (malign regresjon) (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1989).

### NASJONALE RETNINGSLINJER

De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) har et eget kapittel om behandling av kronisk suicidalitet og anbefaler poliklinisk oppfølging, gjerne kombinert med gruppebehandling, og advarer mot lange innleggelse. Sykehusinnleggelse bør kun brukes for å ivareta pasienten i en akutt selvmordskrise og ikke som behandling for selve grunnlidelsen. Innleggelse skal være kortvarige, og sengepost og poliklinikk bør samarbeide. Disse anbefalingene er i tråd med innholdet i andre internasjonale retningslinjer for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009)

Vår kliniske erfaring er at virkeligheten ikke gjenspeiler disse anbefalingene. Pasienter med kronisk suicidalitet har hyppige innleggelse, og blir noen ganger liggende inne mye lenger enn det retningslinjene anbefaler. Vi vil i denne artikkelen diskutere mulige årsaker til denne forskjellen mellom retningslinjer og realiteter.

### HVORFOR BLIR IKKE RETNINGSLINJENE FULGT?

#### Uenighet om diagnostiske vurderinger

Diagnostisk vurdering kan få konsekvenser for videre behandling og i hvilken grad døgninnleggelse skal være en del av denne behandlingen. Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en heterogen gruppe, og de diagnostiske grensene mot for eksempel bipolar affektiv lidelse og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kan være vanskelige (Paris, 2007). Komorbiditeten mellom emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og PTSD hos dem som søker behandling, varierer mellom 25 % og 85 % (Pagura et al., 2010). Selv om døgninnleggelse heller ikke er anbefalt som behandling for PTSD, er ikke anbefalingene her like sterke når det gjelder å forsøke å unngå dette (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005). Lokale tradisjoner og forståelsesmåter vil kunne påvirke diagnostiske vurderinger, noen kliniske enheter har en «preferanse» for den ene diagnosen fremfor den andre. En pasient kan således i verste fall bli møtt på ulike måter på ulike steder i behandlingssystemet, hvor eksempelvis en pasient ett sted forstås som en person med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, mens vedkommende et annet sted blir forstått som en pasient med PTSD. Hvordan man forstår pasientens problematikk, vil igjen ha konsekvenser for behandlingen denne tilbys, og den kan da i noen tilfeller tenkes å avvike vesentlig mellom ulike steder i behandlingssystemet. Dette anses som lite heldig for pasienten, og vil kunne gjøre behandlingen som tilbys, mindre helhetlig enn den optimalt kunne være.

#### Oppstykket behandlingsskjede

Retningslinjene anbefaler en tydelig behandlingsplan og understreker viktigheten av samarbeid mellom ulike behandlere. Mange av pasientene med kronisk suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har fast behandler på DPS. Når pasienten legges inn i selvmordskrise, er dette ofte ikke av deres psykoterapeut, men av legevakttersleger som ikke kjenner pasienten, ikke har tilgang til journalen på DPS eller mulighet til å diskutere behandlingsvalg med psykologen. I løpet av inn-

leggelsene er det ofte for lite kontakt mellom sengepost og den faste behandleren på DPS. At viktige behandlingsvalg for disse pasientene i så liten grad er helhetlig og samstemt på tvers av behandlingsledd, kan henge sammen med at disse pasientenes tilstand svinger raskt, at behovet for hjelp oppleves akutt, og at det settes av for lite tid til samhandling mellom ulike deler av behandlingsskjeden. Disse pasientene kunne fått en betydelig bedre behandling mer i tråd med retningslinjene om legevakt, DPS og akuttavdelinger hadde samarbeidet mer.

### Hjelpsøkeratferd

Mennesker med kronisk suicidalitet oppsøker i høy grad selv hjelp (Paris, 2004a), og de kan ønske å bli innlagt. Selv om disse pasientene ofte ikke har en sterk intensjon om å dø, så mangler de mer hensiktsmessige strategier for å håndtere vanskelige affekter. De kommer ofte i kontakt med hjelpeapparatet etter selvmordsforsøk eller selvsykdom (Pascual et al., 2007) og mangler ofte strategier for å håndtere eller kommunisere affekter. Selvmordsatferd med en påfølgende innleggelse kan bli en kommunikasjonsform eller mestringsstrategi. Innleggelse i en avdeling kan gi en kortvarig og på kort sikt kjærkommen opplevelse av kontroll. Omsorg, praktisk hjelp og sosial støtte ved innleggelse hjelper til å nedregulere affekter på kort sikt, men vil også kunne forsterke selvmordsatferden (Paris, 2002; Linehan, 1993).

### De vanskelige risikovurderingene

Dødsintensjon ved selvmordsforsøk er ofte uklar, og ambivalens til livet er hyppig (Chiesa, Sharp & Fonagy, 2011). En slik ambivalens hos pasientene gjør vurderingene av situasjonen og planlegging av videre behandling krevende. Psykologer som er usikre på vurderingene, vil ofte søke innleggelse til døgnbehandling for å sikre pasienten. Å legge inn disse pasientene er forståelig gitt de alvorlige konsekvensene ved å ta feil, men kan likevel som tidligere beskrevet være uhensiktsmessig på sikt. Et viktig hjelpemiddel her er det å gjøre gode selvmordsrisikovurderinger. Hyppig og rigid bruk av sjekklister har blitt kritisert for å ha lav prediktiv validitet og begrenset klinisk nytteverdi (Hagen, Hjelmeland & Knizek, 2014). Det er mer fruktbart å støtte pasienten på at vedkommende har det vanskelig, og forsøke å finne løsninger sammen, enn kun å fokusere på

å gjøre en risikovurdering (Paris, 2004b; Linehan, 1993).

Behandlingstilnærmingen for enkeltstående selvmordskriser versus kronisk suicidalitet bør være ulik. En pasient med mye selvsykdom og selvmordsatferd formulerte denne distinksjonen slik: «Jeg ønsket ikke å dø, men selvsykdinngen og truslene ble for meg en måte å overleve på.» Å skille mellom disse to typene selvmordsrisiko er vanskelig. Pasienter med kronisk suicidalitet kan ha akutte selvmordskriser som krever intervensjon. Risikofaktorer for akutte selvmordskriser kan være nylig brudd i relasjon, rusmisbruk eller komorbid depresjon. Alle disse faktorene må tas hensyn til og veies opp mot hverandre i planlegging av behandlingen.

### Frykt i behandlingsapparatet

Selvmordshandlinger eller -trusler oppleves dramatiske, og selvmord hos en pasient kan sees på som en type ur-frykt eller ur-traume for behandlere (Larsen, 2011). Behandleren kan videre oppleve et press fra mange hold, hvor man gjennom medieoppslag og nasjonale helsemyndigheter også blir minnet om sitt ansvar for å forhindre selvmord. Å redusere selvmordsfaren på kort sikt blir viktigere enn å støtte og hjelpe pasienten i å håndtere sine vansker mest mulig selvstendig. Foruten sterk frykt for pasientens liv vil andre mer eller mindre ubevisste reaksjoner som skuffelse, maktesløshet, sinne eller til og med forakt, avsky og hat, kunne vekkes hos terapeuten. Disse reaksjonene kan være vanskelige å erkjenne fordi de er politisk ukorrekte (Larsen, 2011) og bryter med behandlerens idealer og profesjonelle selvbilde. Psykologer kan i en presset situasjon ha ønske om å kvitte seg med ansvaret for pasientens liv. Ved å legge inn pasienten blir ansvaret for en periode overført til noen andre. Motoverføringsreaksjoner i terapien kan gjøre at den langsiktige gevinsten med bedre kontroll over eget liv «ofres» for den kortvarige reduksjon i selvmordsfare.

En annen mulig negativ side ved det økte fokuset på standardiserte evalueringer er at stadig mer av behandlerens tid går med til registrering og dokumentering. Overopptatt med prosedyrer kan innebære en falsk trygghet. Behandleren kan bli mer opptatt av å «holde ryggen fri» juridisk enn av å finne terapeutisk gode løsninger. Toleransen for vanskelige vurderinger og iboende usikkerhet redu-





Psyko-  
loger som  
er usikre  
på vurde-  
ringene, vil  
ofte søke  
innleggelse  
til døgn-  
behandling  
for å sikre  
pasienten

seres i behandlingsorganisasjonen, ettersom selvmord er et så ømtålig tema.

Når behandlingsapparatet blir for fragmentert, kan den enkelte behandler oppleve et særlig tungt ansvar for pasientens liv. Støttende holdninger i behandlingssituasjonen blir derfor viktig, hvor det er forventet at enhver behandler vil støte på vanskeligheter fra tid til annen. Å forvente at den enkelte skal klare seg selv, og hvor det blir sett på som et svakhetstegn å innrømme problemer, styrker isolasjonen av den enkelte behandler og gir dårligere kvalitet på pasientbehandlingen.

#### VEIEN VIDERE

Dagens praksis kan forbedres gjennom blant annet tydeligere behandlingsplan i pasientenes journal. Med en høy risiko for tidlig død ved selvmord, sterkt redusert livskvalitet og store funksjonsvansker har kronisk suicidale pasienter helt klart et behandlingsbehov. Flere empirisk støttede behandlingsalternativer finnes (Weinberg et al., 2011), for det meste polikliniske. Tydeligere behandlingsplaner i journal, som akutteam kan ha tilgang til, vil kunne gjøre at pasienter som tar kontakt på kveldstid, får hjelp i tråd med langsiktige behandlingsmål. Et nyttig verktøy her kan være å lage kriseplaner sammen med pasienten, og med pasientens tillatelse informere aktuelle legevakter om innholdet i disse planene.

Zanarini og kolleger (2007) fulgte pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse over en periode på 10 år, og fant at selvska-  
ding og selvmordstrusler ble vesentlig redusert i løpet av denne perioden. Bare 15 % av dem som ved første undersøkelse hadde hatt selvmordstanker eller skadet seg selv med vilje, gjorde dette etter 10 år. Kronisk suicidalitet er paradoksalt et fenomen som på tross av navnet har stor sjanse for å avta over tid. Hvordan hyppige innleggelser påvirker denne prosessen, vet vi ikke sikkert, men vi frykter som Paris (2005) at det kan forverre situasjonen ved at vi i stedet for å styrke deres autonomi og mestringsstrategier faktisk kan ende med å gjøre det motsatte. Alternativt til innleggelser kan vi tenke oss polikliniske samtaler, mer ambulant oppfølging, tettere samarbeid med andre helsetjenester og sterkere aktivering av pasientens eget sosiale nettverk, for å nevne noe. Vi mener ikke at vi aldri skal legge inn disse pasientene, men stiller spørsmålsteget ved når dette er det beste for

pasientene i det lange løp. Bruk av andre typer hjelpetiltak som fremmer egen mestring, kan være mer hensiktsmessig.

Vi tror regelmessig veiledning kan motvirke negative motoverføringsreaksjoner. Psykologer er pålagt å motta dette så lenge de er under spesialisering, men veiledning er også svært nyttig etter fullført spesialitet. Veiledning hjelper en til å stå i vanskelige situasjoner, til ikke å agere ureflektert på egne motoverføringer og til å tåle et høyt emosjonelt trykk i behandlingen. Selv meget erfarne terapeuter vil ha «blinde flekker», deler ved sin praksis som de selv ikke er bevisst, og vil kunne oppleve negativt samspill hvor deres nøytralitet og terapeutiske distanse settes ut av spill.

I tillegg til veiledning vil jevnlig møtepunkter med kolleger for å diskutere saker man jobber med, være nyttig. Et godt og åpent forhold til leder vil også medføre økt trygghet for den enkelte behandler om han eller hun skulle velge å ikke legge inn pasienten til et døgnopphold.

Det finnes mange ulike psykososiale intervensjoner som har vist seg effektive i behandling av selvmordsatferd (for eksempel Bateman & Fonagy, 2007; Comtois & Linehan, 2006). En nyere studie av mentaliseringsbasert dagbehandling for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og høy grad av komorbide akse 1 og 2-lidelser er lovende, og viser økt funksjonsnivå og mindre selvmordsatferd (Bales et al., 2012). Det er ofte de mer velfungerende av pasientene med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som tilbys gruppebehandling på dagavdelinger. Det mangler således et godt tilbud for en stor del av denne gruppen pasienter som fungerer dårligst. For disse pasientene ser vi ideelt for oss et forsterket poliklinisk tilbud, med både individuell poliklinisk behandling og gruppebehandling. Et slikt behandlingstilbud kan imidlertid kreve en annen strukturering av DPS-systemet enn det vi har i dag, med mer samarbeid mellom enhetene og avdelingene samt større muligheter for fleksible overganger.

En rekke prosesser, som diagnostisk uklarehet, oppstykket behandlingsskjede, intens hjelpesøkeratferd, vanskelige risikovurderinger og frykt for å gjøre feil, bidrar altså til at pasienter med kronisk suicidalitet innlegges ved selvmordskriser, selv om retningslinjene for behandling ikke anbefaler det. Vi frykter at dette kan bidra til en dårligere pasientbehandling for denne gruppen. ❌

## REFERANSER

- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemssen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R. & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders*, 26(4), 568–582.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2007). Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder. Falun: Arneberg forlag.
- Chiesa, M., Sharp, R. & Fonagy, P. (2011). Clinical associations of deliberate self-injury and its impact on the outcome of community-based and long-term inpatient treatment for personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 100–109.
- Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 161–170.
- Hagen, J., Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2014). Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 134, 394.
- Hörz, S., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2010). Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatric Services*, 61(6), 612–616.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C. & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Larsen, K. (2011). «Bare gå og heng deg din jævla dritt!» Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi*, 16(1), 18–24.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, N. (2006). Two year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy versus therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Mehlum, L. & Jensen, A. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126, 2946–2949.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management. NICE clinical guideline 78*. National Institute for Health and Clinical Excellence. Nedlastet en 11.05 2011 fra <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/42900/42900.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Nedlastet den 11. mai 2011 fra <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live>
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1190–1198.
- Pascual, J., Córcoles, D., Castaño, J., Gínés, J., Gurrea, A., Martín-Santos, R., ...Bulbena, A. (2007). Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. *Psychiatric services*, 58(9), 1199–1204.
- Paris, J. (2002). Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 315–323.
- Paris, J. (2004a). Half in love with easeful death: The meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(1), 42–48.
- Paris, J. (2004b). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 240–247.
- Paris, J. (2005). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8), 435–441.
- Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457–473.
- Rizq, R. (2012). «Theres always this sense of failure': an interpretative phenomenological analysis of primary care counsellors' experiences of working with the borderline client. *Journal of Social Work Practice*, 26(1), 31–54.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M. & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 601–608.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590–596.
- Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltzberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 60–68.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S. & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 144–150.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I. & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929–935.





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 878-917 FAGFELLEVDERT

LEIF HUGO STUBRUD Sykehuset Østfold HF\*

KONTAKT leif.hugo.stubrud@so-hf.no

# BRUK AV TVANG OVERFOR PERSONER MED UTVIKLINGSHEMNING

Personer med alvorlig utviklingshemning og autismespekterforstyrrelser utsettes ofte for tvangstiltak. Det er behov for å utvikle gode og effektive tjenester som kan redusere bruken av tvang.

Det registreres stadig mer bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning (Helsetilsynet, 2008; 2014). Bruk av tvang og makt er definert som «... tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som tvang eller makt» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 9–2). Dette innebærer at det brukes fysisk kraft og/eller påvirkning og regulering mot personens vilje. Å tilrettelegge for minst mulig bruk av tvang og makt gjennom andre løsninger er en lovfestet plikt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 9–1).

## NOEN TRENDER I BRUK AV TVANG

I tallmateriale som innhentes årlig av Fylkesmennene (Helsetilsynet, 2008; 2014), skiller det mellom skadeavvergende tiltak og planlagte tiltak. *Skadeavvergende tiltak* er anvendelse av tvang og makt uten forutgående saksbehandling og vedtak. Anvendelsen besluttes i situasjonen. Typiske eksempler på dette er når personen med utviklingshemning utfører alvorlig selvskading eller retter vold mot andre personer. *Planlagte tiltak* er anvendelse av tvang og makt etter forutgående utredning og saksbehandling. Slike vedtak kan fattes for ett år om gangen, men kan

.....

\* Takk til professor Morten Jacobsen, Sykehuset Østfold og Universitetet i Oslo, og førsteamanuensis Cato Grønnerød, Universitetet i Oslo for kommentarer til tidligere versjoner av manuskriptet.

## ABSTRACT

### *Use of coercion and restraints against individuals with intellectual disabilities*

Norwegian health care law permits the use of coercion and restraint against persons with intellectual disabilities to prevent and handle challenging behaviour. The purpose of this study was to record and analyse types of challenging behaviours, mental health problems, and types of coercion and restraints. Two groups of 39 and 41 individuals participated. All the participants had learning disabilities and were exposed to coercion and restraint from attendants for coping with challenging behaviours. The most frequent behaviours that were handled with coercion were non-cooperation in care situations, aggression against attendants or other clients, and self-injurious behaviour. Many of the participants had serious mental health problems, mainly depression and anxiety. Physical restraints were applied more than verbal restrictions and commands for both groups of persons with severe intellectual disabilities. Verbal restrictions and commands were most frequently applied for persons with moderate and mild intellectual disabilities. The findings suggest recommendations for adapting milieu treatment of the challenging behaviours and mental health problems.

*Keywords: intellectual disabilities, coercion and restraint, challenging behaviour, mental health*

forlenges *uten* en øvre grense for varighet. Gjentakende behov for skadeavverging eller at personen motsetter seg frivilling hjelp til å dekke grunnleggende behov for omsorg som mat og drikke, nødvendig hygiene osv., er begrunnelser for slike tiltak. Hvert år utsettes om lag 900 personer med utviklingshemning for skadeavvergende tiltak. Dette tallet har vært stabilt siden loven trådte i kraft. Antallet personer som er omfattet av planlagte tiltak, steg i perioden 2000 til 2007 fra ca. 200 til ca. 400 personer. I 2013 var antallet ca. 1100. Det var forventet at fagmiljøene etter noen års praksis hadde utviklet tilnærminger og metoder som ville redusere behovet for tvangstiltak. Nordlandsforskning (Handegård & Gjertsen, 2008) konkluderte i en studie med at lovgivningen som regulerer bruk av tvang, har ført til en forbedring av tjenestetilbudet til personer med utviklingshemning, at omfanget av tvangsbruken har gått betydelig ned de siste årene, øket vektlegging av forebygging og styrket medbestemmelsesrett. Der hvor det har vært registrert en økning i bruk av tvang, skyldes dette en lovendring i 2004, hvor tekniske innretninger (alarmer) ble inkludert i loven (Handegård & Gjertsen, 2008). Om det faktisk er mer tvang som utøves overfor stadig flere personer, eller om det er registreringene som er blitt bedre, er foreløpig et uavklart spørsmål.

Det er utviklet flere tilnærminger for å redusere utfordrende atferd og behovet for å bruke tvang. Gjennom lavaffektiv tilnærming håndteres aggressiv atferd ved å stille færre krav og forventninger i krisesituasjoner. Dette innebærer at tjenesteyterne må unngå verbale og ikke-verbale signaler og triggere som kan utløse aggresjon (McDonnell, 2010). Aggressiv atferd kan erstattes av sosial atferd gjennom analyser av atferdens funksjoner og øvelser i alternativ atferd (Moynahan, Strømgren & Gundersen, 2005). Bruk av progresjonsstiger innebærer en individuelt tilpasset og strukturert styring av miljøbetingelser i trinnvis tilnærming for å øke personens mulighet til å kontrollere sin aggresjon. Situasjoner som kan utløse aggressiv atferd, tilrettelegges med en tilpasset vanskegrad som gjør det mulig for personen å mestre situasjonen (Bjørkly, 2004). Jones & Kroese (2006) og Hawkins, Allen & Jenkins (2004) har påpekt at fysisk tvang kunne vært unngått med bedre kommunikasjon mellom ansatte og personene. Ellingsen (2006) vektla refleksiv praksis som tilnærming der praksis ble endret fra rigide og til dels repressive tiltak til mer dynamiske og brukerstyrte tjenester. Berge (2011) beskrev et kasus der tilnærmingen til en kvinne som utagerte mot andre personer, ble endret fra konfrontasjon og bruk av tvang til å vektlegge personens egen evne til å finne løsninger som ikke utløste bruk av tvang.

### Utfordrende atferd og psykiske lidelser

I arbeidet med personer med utviklingshemning defineres utfordrende atferd som kulturelt avvikende atferd av en viss intensitet, frekvens eller varighet og som truer den fysiske sikkerheten til personen selv eller andre, eller at atferden i betydelig grad begrenser eller hindrer tilgangen til vanlige tjenester (Emerson, 2001). De alvorligste formene for utfordrende atferd er selvskadning, skading av andre (vold) og ødeleggelser av materielle ting.

Mennesker med utviklingshemning som har en psykisk lidelse, hadde samtidig en forekomst av utfordrende atferd på mellom 6 % og opp til 40 % (Buitelaar, 1993; Harris, 1992; Quershi & Alborz, 1992). Myrbakk (2008) fant en forekomst på 20 % med alvorlig utfordrende atferd hos personer med utviklingshemning og samtidige psykiske lidelser.

Alle former for psykiske lidelser kan forekomme hos personer med utviklingshemning (Cooper et al., 2007; Deb et al., 2001; Halvorsen et al., 2014; Smiley et al., 2007). Mennesker med utviklingshemning viser en forhøyet forekomst av psykiske lidelser og andre helseproblemer sammenlignet med den øvrige befolkningen (Bakken et al., 2010; Halvorsen et al., 2014, Hove & Havik, 2008; Oesenburg et al., 2011). Jansen et al. (2004) fant at 50 % av mennesker med utviklingshemning hadde en psykisk lidelse, mot 24 % i befolkningen generelt. Forekomsten øker med økende grad av utviklingshemning (Emerson, Moss & Kiernan, 2007; Skullerud et al., 2000). Ved å holde utfordrende atferd utenfor fant imidlertid Myrbakk & Tetzchner (2007) at personer med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning viste lavere forekomst av psykiske lidelser enn de med lett og moderat grad. Forekomststallene i de ulike studiene som er foretatt, varierer betydelig. Dette kan settes i sammenheng med blant annet vansker med diagnostisering, ulike diagnostiske metoder og ulike inklusjonskriterier (Charlot, 2003). Vanskene kan forsterkes av at avgjørelser må baseres mer på observerbar atferd og mindre på personenes egne rapporteringer fordi personene har vansker med å formidle symptomer på psykiske lidelser (Emerson, Moss & Kiernan, 2007; Moss et al., 2000). Dette kompliseres av at forholdet mellom utfordrende atferd og psykiske lidelser er sammensatt (Myrbakk & Tetzchner, 2007), men i klinisk praksis må man forholde seg til begge størrelser (Nøttestad & Revis, 2006). Diagnostisering av psykiske lidelser hos personer med autismespekterforstyrrelse er spesielt vanskelig fordi symptomer på flere psykiske lidelser overlapper med symptomer som inngår i autismespekterforstyrrelsen (Helverschou, Bakken & Martinsen, 2008a). Likevel er kjernesymptomene ved autisme så klart definert og beskrevet i forhold til de vanligste psykiske lidelsene: angstlidelse, depresjon, tvangslidelse og psykose at det for erfarne klinikere er mulig å skille ut de symptomene som opptrer i tillegg til autismetilstanden (Bakken & Helverschou, 2008).

Nøttestad & Revis (2006) fant i en studie av 43 personer med utviklingshemning som ble utsatt for planlagt bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, at tre fjerdedeler av dem hadde mer enn ett atferdsproblem

som resulterte i bruk av tvang. Over halvparten hadde samtidig en eller annen form for psykisk lidelse.

Psykisk utviklingshemning dekker et vidt spenn av funksjonsevne, fra grensen til normalfungering til full hjelpeavhengighet og manglende språk. Det er av interesse å undersøke om funksjonsevnen har betydning for type utfordrende atferd, psykiske lidelser og tvangsanvendelse.

Målet med denne studien er å bidra til økt kunnskap om personer som utsettes for tvang.

Problemstillingen er tredelt: 1. Hvilke former for utfordrende atferd og psykiske lidelser har de personene som utsettes for planlagte tiltak om bruk av tvang? 2. Hvilke former har den tvangen som anvendes? 3. Forekommer utfordrende atferd, psykiske lidelser og anvendt tvang ulikt for ulike grader av utviklingshemning?

### METODE

Undersøkelsen er en retrospektiv deskriptiv undersøkelse av voksne personer med utviklingshemning i Østfold som har vært utsatt for planlagt tvang.

#### Utvalg

En gruppe på 39 personer var inkludert der kriteriet var at personene ble utsatt for tvangstiltak regulert etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, planlagte tiltak, i 2006. Av disse var 13 kvinner (33,3 %) og 26 var menn (66,7 %). Snittalderen på utvalget var 34,4 år ( $SD = 10,86$ , *range* 13–55). Den andre gruppen besto av 41 personer som var inkludert ut fra samme kriterium i 2014. Av disse var 19 kvinner (46,3 %) og 22 menn (53,6 %). Snittalderen for dette utvalget var 38,6 år ( $SD=16,6$ , *range* 19–74). 11 personer inngikk i begge utvalgene og hadde hatt sammenhengende tvangsvedtak mellom de to tidspunktene. Disse utgjorde den tredje gruppen. I denne gruppen hadde seks personer en autismespekterdiagnose i tillegg til utviklingshemning. Gruppen bestod av tre kvinner (27,3 %) og åtte menn (72,7 %). Snittalderen på dette utvalget var 45,5 år ( $SD=6,6$ , *range* 35–57).

#### Prosedyre

Alle deltakerne var henvist til spesialisthelsetjenesten ved seksjon voksenhabilitering med problemstilling forekomst av atferdsvansker i slikt omfang at tiltak måtte settes i verk. I første omgang vil dette vanligvis være skadeavvergende tiltak der tvang inngår. Ved vedvarende vansker vil tjenestestedet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten starte arbeidet med å utvikle andre løsninger enn tvang. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger spesialisthelsetjenesten å medvirke til å unngå bruk av tvang, og utforme tiltak der det er nødvendig å bruke tvang. Bare planlagte tiltak, ikke skadeavvergende, ble inkludert i denne studien. Planlagte tiltak vedtas av tjenesteanstalt i den aktuelle kommunen hvor personen bor, og godkjennes av Fylkesmannen etter uttalelse fra spesialisthelsetjenesten. Vedtakene varer vanligvis i ett år, men kan vare kortere, og kan forlenges uten en øvre grense. Henviser var fastlege og tjenestestedene ved virksomhetslederen. Tjenestestedene bidro med detaljerte opplysninger om forekomst av utfordrende atferd og hvilke typer tvang og makt som ble brukt.

Den første datainnsamlingen, som omfattet 39 personer, ble foretatt ved Sykehuset Østfold HF, seksjon voksenhabilitering i 2006 i et organisert samarbeid med Nasjonal kompetanseenhet for autisme, tidligere Autismeenheten, tilknyttet Oslo Universitetssykehus. Hensikten med



Tjenestestedene bidro med detaljerte opplysninger om forekomst av utfordrende atferd og hvilke typer tvang og makt som ble brukt



samarbeidet var å utvikle kompetanse i forhold til autisme og utfordrende atferd. Samarbeidet har inkludert økonomisk støtte til prosjektet fra Autismeenheten (Stubrud, 2005). Den andre datainnsamlingen ble foretatt i 2014 og omfattet 41 personer. Dataopplysningene for alle deltakerne har vært en del av den ordinære kliniske driften som rutinemessig utføres ved seksjonen. Bearbeidingen av dataene brukt i denne framstillingen er godkjent som en del av en kvalitetssikringsstudie ved Sykehuset Østfold, og innebærer full anonymisering.

### Instrumenter

All diagnostikk av utviklingshemning og grader av utviklingshemning ble foretatt i henhold til ICD-10 (WHO, 1991), og utført av spesialisthelsetjenesten.

Ved valg av undersøkelsesmetodikk av psykisk helse ble det lagt vekt på at sjekklister hadde tilfredsstillende psykomeriske egenskaper (Hutton & Taylor, 2013). Kartlegging av psykiske lidelser og utfordrende atferd ble foretatt enten med symptomsjekklisten Psychopathology inventory for mentally retarded adults (PIMRA, Senator & Matson, 1985; Matson, 1988), sjekklisten Diagnostic assessment of the severely handicapped-II (DASH-II, Matson et al., 1991) eller Assessment of the dual diagnosis (ADD, Matson & Bamburg, 1998). Diagnosene på psykiske lidelser ble satt på grunnlag av sjekklisteskåringer, påfølgende kliniske observasjoner i deltakernes hjemmemiljø, og klinisk intervju i de tilfellene der dette var mulig. Sjekklister som er nevnt over, inneholder inndelinger av ulike psykiske symptomer og utfordrende atferd. De psykiske diagnosene ble satt i henhold til *hovedinndelingene* av psykiske lidelser i ICD-10 (WHO, 1991), der omsorgsmiljøet og hjelperne var informasjonskilder i diagnostikken. Diagnostikken av psykiske lidelser var mer dimensjonal enn kategorisk (Kendel & Jablensky, 2003). Sjekklister har anbefalte terskelverdier for diagnoser som avviker noe fra de kategoriske grensene som ICD-10 (WHO, 1991) har.

Typer og omfang av utfordrende atferd ble beskrevet i henvisningene. I samarbeid med andre ansatte i seksjon voksenhabilitering vurderte jeg alle opplysningene i forhold til kategoriene selvskading, skading av andre, materielle ødeleggelser, og vedvarende motstand mot omsorg og mangelfull egenomsorg, som omfatter blant annet tannstell, hygiene, spising og hensiktsmessig bruk av klær. I samarbeid med andre ansatte verifiserte jeg opplysningene om utfordrende atferd gjennom observasjoner av alle deltakerne i deres hjemmemiljø foretatt av fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten. Dette ble utført på samme måte for alle deltakerne.

Det aktuelle kommunale omsorgs- og behandlingsmiljøet ga beskrivelser av type og omfang av tvangstiltak. Vi vurderte typer av tvangstiltak og kategoriserte dem som enten 1) fysisk makt og holding, eller 2) begrensninger i form av alarm, låsing av dører, betydelig styring av hverdagslige gjøremål. I samarbeid med andre ansatte verifiserte jeg opplysninger om typer av tvangstiltak gjennom observasjoner av fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten av alle deltakerne i deres hjemmemiljø der tvangstiltakene ble utført. Dette ble utført på samme måte for alle deltakerne.

### RESULTATER

Psykiske lidelser forelå hos 30 deltakere (77 %) i utvalg I, og hos 24 deltakere (59 %) i utvalg II. Gjennomsnittet er 68 %. 29 deltakere (36 %) i utvalgene sammenslått, hadde mer enn én utfordrende atferd og 21 deltakere (26 %) mer enn én psykisk lidelse.

### Utfordrende atferd, psykiske lidelser og tvang

Tabell 1 viser fordeling av ulike former for utfordrende atferd, av psykiske lidelser og av former for tvang rapportert om i utvalgene.

Vi beregnet global interskårerreliabilitet for PIMRA. Vi trakk et tilfeldig utvalg på åtte personer der det var skåret to uavhengige sett med skårer. Pearsons korrelasjonskoeffisient er  $r=0,88$ .

For utvalgene I og II var omsorgsmotstand de mest forekommende atferdsvanskene, mens det for utvalg III var selvskading. Psykose forekom i større omfang i utvalg III enn for utvalgene I og II. Bruk av fysisk makt forekom mindre i utvalg II enn i utvalg I, og omvendt for begrensninger (alarmer, låsing av dører, omfattende dagsplaner etc).

Antallet personer med autismspekterforstyrrelser var større i utvalg II, 14 personer (34 %) enn i utvalg I, åtte personer (21 %). For utvalg III var antallet 6 (55 %). Av de seks personene som inngikk i utvalg III, hadde én person moderat grad av utviklingshemning, mens fem hadde alvorlig grad. Av disse seks hadde to personer psykoser, og fire hadde angstlidelser. Atferdsvanskene besto i aggresjon, selvskading og omsorgsmotstand.

### Fordeling ved ulike grader av utviklingshemning

Tabell 2 viser fordeling av utfordrende atferd og psykiske lidelser ved de ulike gradene av utviklingshemning blant deltakerne. Deltakerne med alvorlig grad av utviklingshemning utgjorde den største gruppen, etterfulgt av gruppen med dyp grad av utviklingshemning. Gruppene med moderat og lett grad utgjorde færre deltakere. I gruppen med alvorlig grad forekom det høyeste antallet prosentvis med selvskading og psykose, mens omsorgsmotstand forekom høyest prosentvis i gruppen med dyp grad av utviklingshemning.

Tvangsvedtakenes varighet varierte fra tre måneder til åtte år. I utvalg III hadde alle deltakerne hatt tvangsvedtak fra 2006 til 2014. Denne gruppen bestod av 11 personer, hvorav seks hadde en autismspekterdiagnose i tillegg til moderat og alvorlig grad av utviklingshemning. Av de seks hadde fire skadeavvergende vedtak, mens to hadde vedtak om begrensning.

Tabell 3 viser fordeling av bruk av fysisk makt og begrensninger ved de ulike gradene av utvik-

**Tabell 1** Sentrale kjennetegn ved utvalgene I, II og III

Kjennetegn	Utvalg I (2006) N=39	Utvalg II (2014) N=41	Utvalg III (2006–2014) N=11
<b>Utfordrende atferd</b>			
Selvskading	14 (36 %)	12 (34 %)	6 (55 %)
Skade andre	20 (51 %)	13 (32 %)	5 (45 %)
Materielle ødeleggelser	9 (23 %)	6 (15 %)	2 (18 %)
Omsorgsmotstand <sup>a</sup>	30 (77 %)	24 (59 %)	4 (36 %)
<b>Psykiske lidelser</b>			
Angstlidelser (inkludert tilpasningsvansker)	17 (44 %)	26 (63 %)	3 (27 %)
Depresjon	12 (31 %)	3 (7 %)	0 (0 %)
Psykose	1 (3 %)	5 (12 %)	3 (27 %)
<b>Tvangstyper</b>			
Fysisk makt	32 (65 %)	16 (34 %)	5 (42 %)
Begrensninger <sup>b</sup>	17 (35 %)	31 (66 %)	7 (58 %)

<sup>a</sup> Omsorgsmotstand omfatter personens vedvarende motstand mot frivillig hjelp til egenomsorg som tannstell, hygiene, hensiktsmessig bruk av klær, spising etc.

<sup>b</sup> Begrensninger omfatter alarmer, låste dører, omfattende dagsplaner etc.



Fordelingen av tvangs-tiltakene viste overvekt av fysisk tvang overfor deltakere med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning

**Tabell 2** Sentrale kjennetegn ved utvalgene fordelt etter grad av utviklingshemning, sammenslått I og II, N=80

Kjennetegn	Dyp grad N=25	Alvorlig grad N=41	Moderat grad N=10	Lett grad N=4
<b>Utfordrende atferd</b>				
Selvskading	7 (28 %)	18 (44 %)	1 (10 %)	0 (0 %)
Skade andre	6 (24 %)	12 (30 %)	1 (10 %)	1 (40 %)
Materielle ødeleggelser	5 (20 %)	9 (22 %)	1 (10 %)	0 (0 %)
Omsorgsmotstand <sup>a</sup>	21 (84 %)	25 (61 %)	7 (70 %)	1 (40 %)
<b>Psykiske lidelser</b>				
Angstlidelser	8 (32 %)	18 (44 %)	7 (70 %)	3 (75 %)
Depresjon	8 (32 %)	8 (20 %)	4 (40 %)	2 (50 %)
Psykose	0 (0 %)	6 (15 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

<sup>a</sup> Omsorgsmotstand omfatter personens vedvarende motstand mot frivillig hjelp til egenomsorg som tannstell, hygiene, hensiktsmessig bruk av klær, spising etc.

**Tabell 3** Fordeling av anvendte tvangstyper sammenslått for utvalgene I og II fordelt på grader av utviklingshemning

Tvangstype	Dyp grad N=25	Alv grad N=41	Mod grad N=10	Lett grad N=4	Antall
Fysisk makt	16 (64 %)	26 (63 %)	4 (40 %)	2 (50 %)	48
Begrensninger <sup>a</sup>	15 (60 %)	23 (56 %)	8 (80 %)	2 (50 %)	48
Sum av antall tvangstyper	31	49	12	4	96

<sup>a</sup> Begrensninger omfatter alarmer, låste dører, omfattende dagsplaner etc.



lingshemning. 16 personer (20 %) sammenlagt i utvalgene ble utsatt for mer enn ett tvangstiltak. Av 96 tvangstiltak totalt var 48 (50 %) anvendelse av fysisk makt, og 48 (50 %) var begrensninger. Fordelingen av tvangstiltakene viste overvekt av fysisk tvang overfor deltakere med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning og overvekt av begrensninger for de med lett og moderat grad.

### DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å se på kjennetegn på de personene som ble utsatt for tvang, hvilke utfordrende atferd som ledet til bruk av tvang, og hvilke psykiske lidelser personene led av. Jeg ønsket å se på om det var ulikheter i forekomst av utfordrende atferd og psykiske lidelser i forhold til grad av utviklingshemning. Noen av funnene blir spesielt drøftet opp mot funnene til Nøttestad & Revis (2006), siden denne studien dels hadde samme problemstilling som min.

Alle personene i utvalgene i Østfold hadde alvorlige former for utfordrende atferd, og over halvparten av personene hadde en eller flere psykiske lidelser. Omsorgsmotstand, selvska-ding og skade mot andre var de atferdsformene som hyppigst førte til bruk av tvang. Nøttestad & Revis (2006) fant størst forekomst av selvska-ding, skade mot andre og at personene hand-ler slik at deres egen omsorg ikke blir ivaretatt. Deres studie og min har ikke helt sammenfal-lende kategorier av utfordrende atferd, slik at sammenligning må gjøres med forbehold. Nøttestad & Revis (2006) hadde en kategori for skade på sosialt omdømme, mens min studie ikke har denne kategorien. Men med forbehold viser begge studiene sammenfallende trend.

68 % av deltakerne hadde en eller flere psy-kiske lidelser. Nøttestad & Revis (2006) fant at 54 % hadde en eller annen form for psykisk lidelse. Begge studiene har brukt hovedkatego-rier og ikke enkeltdiagnoser. Det var betydelig komorbiditet. I min studie fant jeg høyere fore-komst av psykiske lidelser enn den sammen-lignende studien. Det er generelt vanskelig å diagnostisere psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning, og spesielt personer med autismespekterforstyrrelse (Helverschou et al., 2008a). Et av forholdene som kan ha inn-virket, var at Nøttestad & Revis (2006) har lagt til grunn avgjørelser med kategoriske diagno-ser. I min studie ble diagnosene avklart med utgangspunkt i sjekklister som gir anbefalte terskelverdier, og er mer dimensjonale enn

kategoriske. Psykiske diagnoser og atferdstilstander er kontinuerlige i sin natur, og forekommer i grader heller enn som dikotome størrelser. Dette gir et bedre utgangspunkt for dimensjonale enn kategoriske diag-noser (Holden, 2004; 2006; Kendell & Jablensky, 2003). Forskjellen mel-lom kategorisk og dimensjonal diagnostisering er likevel ikke veldig stor (Bjelland & Dahl, 2008). Valg av sjekklister hadde også betydning. DASH-II har svak spesifisitet, og PIMRA har noe svak sensitivitet og spesifisitet (Myrbakk & Tetzchner, 2008). Tolkning av funnene må derfor foretas med forsiktighet. Andre forhold som kan forklare forskjellene i forekomst av psykiske lidelser, er ulik henvisningspraksis i de to fylkene, og andelen personer med autisme som er inkludert, kan være ulik.

Det skiller mellom tvangstiltak som omfatter direkte fysisk regule-ring, og tvangstiltak som omfatter dagligdagse reguleringer av matinntak, grensesetting, låste dører etc. Det var overvekt av fysisk maktbruk og holding i de tvangstiltakene som inngikk i undersøkelsen av utvalgene I og III. I utvalg II var forholdet omvendt, med overvekt av regulerings-vedtak. Sannsynligvis hadde denne endringen å gjøre med kartlegginger på ulike tidspunkter og at fagmiljøene i kommunene hadde arbeidet målrettet med å forbedre tjenestetilbudene over flere år.

Som forventet forekom det overvekt av fysisk tvang overfor deltakere med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning, og omvendt, overvekt av begrensninger for de med lett og moderat grad.

Tvang ble brukt for å stoppe og regulere utfordrende atferd, og for å ivareta grunnleggende behov og funksjoner der personen motsetter seg frivillig hjelp. Gruppen med *alvorlig* grad av utviklingshemning var den største gruppen med 41 personer av de 80 som inngikk totalt. Denne gruppen hadde størst forekomst av selvska-ding som utfordrende atferd med 44 % og omsorgsmotstand med 61 %. Denne gruppen hadde også den største andelen av tvangstiltakene, med halvparten. Over halvpar-ten i utvalg III hadde autismespekterforstyrrelse. Denne gruppen hadde hatt tvangsvedtak i den åtte år lange perioden mellom de to måletids-punktene. Personer med alvorlig grad av utviklingshemning og autisme-spekterforstyrrelse hadde mest utfordrende atferd og ga hjelpeapparatet betydelige utfordringer i å utvikle effektive metoder for tilrettelegging og behandling (Hare, 2013; McDonnell, 2010).

Når personer med utviklingshemning reagerer med utfordrende atferd, vil dette alltid til en viss grad henge sammen med det miljøet den enkelte omgis av. Det vil være en eller annen form for mangelfull tilrettelegging til den enkeltes forutsetninger for mestring og deltakelse. Manglende kommunikasjonsmuligheter vil i mange tilfeller være et sentralt anlig-gende (Tetzchner, 2003).

### Metodiske begrensninger

Studien omfattet voksne personer i Østfold fylke. Det finnes ikke oversikt med sammenlignbare opplysninger i landet. Oversikten fra Helsetilsy-net viser imidlertid betydelige variasjoner mellom fylkene når det gjelder *antall* vedtak (Helsetilsynet, 2008; 2014). Bakgrunnen for variasjonen i antall vedtak mellom fylkene *kan* henge sammen med forståelse og til-nærming til problemene med utfordrende atferd og hvorvidt eventuell tvang skal brukes, og hvor langt plikten til å unngå tvang går. Det er der-for vanskelig å generalisere funnene fra denne undersøkelsen til andre fylker. Disse resultatene er i noen grad sammenlignbare med studien til Nøttestad & Revis (2006), men må tolkes med forsiktighet, på grunn av

ulike diagnostiske metoder. De anvendte sjekklisterne er validert for diagnostisering av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning, og ikke spesielt for personer med autisme. Det er imidlertid utviklet ett instrument spesifikt for dette (Helterschou, Bakken & Martinsen, 2008b) etter at første del av denne studien var foretatt. Dette innebærer at de anvendte psykiske diagnosene må tolkes med forsiktighet.

### KONKLUSJON

Personer med utviklingshemning som utsettes for planlagt bruk av tvang, viste et betydelig lidelsestrykk med omfattende psykiske lidelser og store atferdsvansker. 68 % hadde en eller flere psykiske lidelser. Selvskading, skade mot andre og omsorgsmotstand var de vanligste formene for utfordrende atferd som førte til bruk av planlagt tvang. Tvangen delte seg i to typer, fysisk makt og begrensninger, og forekom totalt sett i likt antall, men fordelte seg ulikt med mer fysisk makt overfor de med alvorlig og dyp

utviklingshemning og mer begrensninger overfor de med lett og moderat utviklingshemning. Dette gir store utfordringer med å utvikle effektive behandlingsformer for psykiske lidelser og gode tilrettelegginger for å avhjelpe utfordrende atferd. Gruppen med alvorlig grad av utviklingshemning og autismspekterforstyrrelse synes å gi de største utfordringene for hjelpeapparatet. Det er metodiske begrensninger i bruk av sjekklister og diagnosepraksis som kan gi svak validitet ved de psykiske diagnosene. Det er behov for modeller som kan tjene som utgangspunkt for utvikling av gode og effektive tjenester som kan redusere behovet for bruk av tvang. ✘

### REFERANSER

- Bakken, T. L. & Helterschou, S. B. (2008). Utredning av psykisk lidelse hos mennesker med autisme og utviklingshemning. I J. Eknes, T. L. Bakken, J. Løkke & I. Mæhle (red.). *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. 102–111. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakken, T. L., Helterschou, S. B., Eilertsen, D. E., Hegglund, T., Myrbakk, E. & Martinsen, H. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: A representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*, 6, 1667–1677.
- Berge, K. (2011). *Å gjøre noe annet enn å bruke tvang og makt – beskrivelser av hvordan en person med utviklingshemning, i relasjon til tjenestemiljøet, deltar i utforming av andre løsninger slik det beskrives i sosialtjenestelovens kapittel 4A*. (Masteroppgave NTNU), NTNU, Trondheim.
- Bjelland, I. & Dahl, A. A. (2008). Dimensjonal diagnostikk – ny klassifisering av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 13–14, 1541–1543.
- Bjorkly, S. (2004). Risk management in transitions between forensic institutions and the community: a literature review and an introduction to milieu treatment approach. *International journal of forensic mental health*, 3, 67–77
- Buitelaar, J. K. (1993). Self-injurious behaviour in retarded children: Clinical phenomena and biological mechanisms. *Acta paedopsychiatrica*, 56, 105–111.
- Charlot, L. (2003). Mission impossible? Developing an accurate classification of psychiatric disorders for individuals with developmental disabilities. *Mental health aspect of developmental disabilities*, 6, 26–36
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J. mfl. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27–35.
- Davis, E., Saeed, S. A. & Antonacci, D. J. (2008). Anxiety disorders in persons with developmental disabilities: Empirically informed diagnosis and treatment. Reviews literature on anxiety disorders in DD population with practical take-home messages for children. *Psychiatric Quarterly*, 79, 249–263.
- Deb, S., Thomas, M. & Brught, C. (2001). Mental disorders in adult with intellectual disability: prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 495–505.
- Ellingsen, K. E. (2006). *Lovregulert tvang og refleksiv praksis*. (Doktoravhandling). Luleå Tekniske Universitet, Luleå.
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emerson, E., Moss, S. & Kiernan, C. (2007). The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities. I N. Bouras & G. Holt (red.). *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities*. 2. utgave. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hare, D. J. (2013). Developing psychotherapeutic interventions for people with autism spectrum disorders. I J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings & C. Hatton. *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. 193–206. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Halvorsen, M., Mathiassen, B., Sundby, J. Myrbakk, E., Brøndbo, P. H., Steinvik, O. O. & Martinussen, M. (2014). Psykisk helse hos barn og unge med lavt evnenivå. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 2010–2015.
- Handegård, T. L. & Gjertsen, H. (2008). *Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A*. NR-rapport nr.1. Nordlandsforskning.
- Harris, P. (1992). Neurobiological factors in self-injurious behavior. I J. K. Luiselli, K. Matson & N. N. Singh (red.) *Self-injurious behavior: Analysis, assessment and treatment*, 59–92. New York: Springer-Verlag.

- Hatton, C. & Taylor, J. L. (2013). The assessment of mental health problems in adults with intellectual disabilities. I J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings & C. Hatton. *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*, 31–54. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Hawkins, S., Allen, D. & Jenkins, R. (2004). The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behavior – the experience of services users and staff members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 19–34.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
- Helsetilsynet (2008). *Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming for perioden 2000–2007. Nødvendig tvang?* Rapport fra Helsetilsynet 7/2008.
- Helsetilsynet (2014). *Tilsynsmelding 2013*. Statens helsetilsyn.
- Helverschou, S. B., Bakken, T. L. & Martinsen, H. (2008a). Identifying symptoms of psychiatric disorders in people with autism and intellectual disability: An empirical conceptual analysis. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 11, 105–115.
- Helverschou, S. B., Bakken, T. L. & Martinsen, H. (2008b). The psychopathology in autism checklist (PAC): A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 179–195.
- Holden, B. (2004). Analyse og behandling av alvorlige og bizarre øydeleggelsar hos ei kvinne med lett psykisk utviklingshemming. Ei atferdsanalytisk tolking. *Diskriminanten*, 3–4, 3–13.
- Holden, B. (2006). Funksjonelle analyser av atferd som inngår i psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Et atferdsanalytisk supplement til tradisjonelle ICD-10-diagnoser. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 3, 119–139.
- Hove, O. & Havik, O. E. (2008). Mental disorders and problem behavior in a community sample of adults with intellectual disability: three month prevalence and co-morbidity. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1, 223–237.
- Jansen, D. E. M. C., Krol, B., Groothoff, J. W. & Post, D. (2004). People with intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2, 93–102.
- Jones, P. & Kroese, B. S. (2006). Service users' views of physical restraint procedures in secure settings for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 50–54.
- Kendell, R. & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4–12.
- Matson, J. L. (1988). *The PIMRA manual*. Orlando Park, IL: International Diagnostic Systems, Inc.
- Matson, J. L. & Bamburg, J. W. (1998). Reliability of the Assessment of Dual Diagnosis (ADD). *Research in Developmental Disabilities*, 19, 89–95.
- Matson, J. L., Gardner, W., Coe, D. A. & Sovner, R. (1991). Emotional disorders in severely and profoundly retarded persons: Development of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH) scale. *British Journal of Psychiatry*, 159, 404–409.
- McDonnell, A. A. (2010). *Managing aggressive behaviour in care settings. Understanding and applying low arousal approaches*. Chichester: John Wiley & Sons LTD.
- Meins, W. (1995). Symptoms of major depression in mentally retarded adults. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 41–45.
- Moss, S., Emersen, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C. & Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behavior. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452–456.
- Moynahan, Strømgren & Gundersen (red.) (2005). *Erstatt aggresjonen. Aggression replacement training og positive atferds- og støttetiltak*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myrbakk, E. (2008). *A study of behaviour problems and psychiatric disorders among people with intellectual disability*. (Doktoravhandling). Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Myrbakk, E. & von Tetzchner, S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems among people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 316–332.
- Myrbakk, E. & von Tetzchner, S. (2008). Screening individuals with intellectual disability for psychiatric disorders: Comparison of four measures. *American Journal on Mental Retardation*, 113, 54–70.
- Nøttestad, J. Å. & Revis, E. (2006). Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming: Atferdsproblemer og bruk av psykotrop medikasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 10, 1029–1135.
- Oesenburg, B., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A. & Jansen, D. E. C. (2011). Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: A systematic literature review. *Intellectual and developmental disability*, 2, 59–85.
- Quershi, H. & Alborz, A. (1992). Epidemiology of challenging behaviour. *Mental Handicap Research*, 5, 130–145.
- Senator, V. & Matson, J. L. (1985). An inventory to assess psychopathology of mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 459–466.
- Skjelstad, D. V. (2013). Er tiden moden for dimensjonale diagnoser? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 6, 552–558.
- Skullerud, E., Linaker, O. M., Svenning, A. C. & Torske, H. (2000). Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemming. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120, 3246–3248.
- Smiley, E., Cooper, S. A & Finlayson, J. et al. (2007). Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 191, 313–319.
- Stubrud, L. H. (2005). *Økologisk bistandsmodell i arbeidet med mennesker med autisme, utviklingshemming og utfordrende atferd*. Rapport nr 2. Oslo: Autismeenheten.
- Tetzchner, S. v. (2003). *Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemning. Betydningen av kommunikasjon, boforhold og tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- WHO (1991). *WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adferdsmessige forstyrrelser*. København: Munksgaard



FOTO STEVE FORD ELLIOTT / FLICKR



## 13 prosent av amerikanske gutter har hatt en ADHD-diagnose

Tall fra *US Centers for Disease Control* viser at av alle barn fra fire til 17 år har gjennomsnittlig 9,5 prosent av barna på et eller annet tidspunkt hatt en ADHD-diagnose.

Statistikken viser at 13,3 prosent av alle gutter og 5,6 prosent av alle jenter i alderen fire til 17 år på et eller annet tidspunkt i barndommen har fått en ADHD-diagnose.

Forekomsten av ADHD var høyest for barn med offentlig helseforsikring (11,5 prosent) og lavest for dem uten forsikring (5,7 prosent). Blant barn med privat helseforsikring var prevalensen 8,6 prosent.

Lav inntekt har sammenheng med forekomsten av ADHD i USA. I familier med inntekt under 200 prosent av den nasjonale fattigdomsgrensen hadde 10,4 prosent av barna fått ADHD-diagnose, sammenlignet med 8,6 prosent av barna i familier med inntekt tilsvarende eller over 200 prosent av fattigdomsgrensen.

Kilde: Pastor P. N., Reuben C. A., Duran C. R. & Hawkins L. D. (2015) *Association between diagnosed ADHD and selected characteristics among children aged 4-17 years: United States, 2011-2013*. NCHS data brief, no 201. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

## Barn med ADHD behandles ulikt i Danmark

En dansk undersøkelse viser at det er store sosiale forskjeller mellom barn som får ADHD-medisiner og de som ikke får det.

Mer enn tre ganger så mange barn av lavtutdannede dansker som barn av foreldre med høy utdanning får ADHD-medisin. Det kommer fram i en studie som ble publisert i tidsskriftet *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* tidligere i år.

- Dette er bekymringsfullt. Det kan tyde på at legene skriver ut ADHD-medisiner til en del barn med sosiale tilpasningsvansker uten at de nødvendigvis er syke, sier Helle Wallach-Kildemoes til det danske nettstedet [videnskab.dk](http://videnskab.dk). Hun er ph.d. ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Universitetet i København og hovedforfatter av studien. I arbeidet har forskerne ved hjelp av danske registre fulgt hele 813.416 barn mellom 5 og 17 år over en toårsperiode. Undersøkelsen viser også at jo yngre moren var da hun fikk barn, jo større var sannsynligheten for at barnet fikk ADHD-medisin. Det samme gjaldt hvis barnet bodde sammen med bare den ene av foreldrene og hvis den ene eller begge foreldrene hadde en psykisk sykdom.

Kilde: [videnskab.dk/krop-sundhed/mistanke-udsatte-born-far-adhd-medicin-selvom-de-er-raske](http://videnskab.dk/krop-sundhed/mistanke-udsatte-born-far-adhd-medicin-selvom-de-er-raske)

FOTO WIKIMEDIA COMMONS



## Tvillingstudier kan bidra til å løse ADHD-gåten

Ved Karolinska Institutet i Sverige håper man å komme nærmere årsakene til ADHD gjennom RATSS-studien (Roots of Autism and ADHD Twin Study in Sweden). Studien ble påbegynt i oktober i fjor og skal gå fram til juni neste år. I løpet av denne perioden håper forskerne å få samlet inn data fra 70 tvillingpar. Formålet med prosjektet er å gjennomføre grunnleggende klinisk forskning for å øke kunnskapen om hva som er årsakene bak både autisme og ADHD. Tidligere forskning viser at både arv og miljø spiller en rolle i utviklingen av disse tilstandene, men eksakt hvilke prosesser som leder til dem, er fortsatt ikke kartlagt.

Kilde: [ki.se/kind/ratss-orsaker-till-autismspektrumstorning](http://ki.se/kind/ratss-orsaker-till-autismspektrumstorning)

FRAPRAKSIS

# Fleksible terapeutar i faste strukturar



Trygge rammer og levande metaforar skapar rom for at svært ulike klientar kan utforske sine unike traumeerfaringar i den same gruppa.

**TEKST**

Signe Hjelen Stige, Vibeke Mathisen Grøtte & Kjersti Utstøl, DPS Vest-Finnmark

**ILLUSTRASJON**

Bendik Kaltenborn

Sidan januar 2008 har vi ved DPS Vest-Finnmark drive stabiliseringsgrupper der vi inkluderer eit breitt spekter av traumeutsette klientar i same gruppe. Traumeutsette klientar opplever ofte å ha lite kontroll over symptoma sine og har vanskar med å regulere affekt. Samstundes kjem klientane med svært ulike historier og erfaringar. Korleis fungerer det då å inkludere klientar med eit breitt spekter traumelidingar i den same gruppa? I det følgjande vil vi tre som har drive stabiliseringsgruppene, dele nokre av våre erfaringar med å drive denne typen grupper – spesifikt erfaringar og refleksjonar kring balansen mellom struktur og fleksibilitet i gruppeterapeutisk arbeid med traumeutsette klientar.

### TRYGGLEIK OG PROSESS

Dei fleste klientar opplever det som skremmande å starte i gruppebehandling. For mange er det ein situasjon der dei ikkje har tidlegare erfaringar å støtte seg på. I tillegg opplever mange klientar ei stor uro knytt til usikkerheita kring kven dei andre klientane i gruppa vil vere. At det er ei traumespesifikk gruppe, aukar klientane si kjensle av sårbarheit, då dei vil gje til kjenne svært sensitiv informasjon berre ved å møte opp i gruppa («Eg har vore utsett for traume, og eg slit med traumespesifikke plager»). Mange klientar opplever seg difor utrygge og har lita kjensle av kontroll når dei startar i stabiliseringsgruppa (Stige, Rosenvinge & Træen, 2013).

Samstundes er sikkerheit og tryggleik heilt grunnleggande i arbeid med traumeutsette klientar, og er i seg sjølv eit hovudmål i første fase i faseorientert traumebehandling (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006). Å skape tryggleik i gruppa er difor ei av dei viktigaste oppgåvene vi som gruppeterapeutar har, og ein føresetnad for at endring skal vere mogleg. Som terapeutar freistar vi difor å fasilitere kjensla av tryggleik og utviklinga av ei trygg gruppe på fleire måtar, mellom anna gjennom å ha ein fast struktur på gruppemøta, etablere køyrereglar for samhandling i gruppa, og signering av kontrakt på gruppedeltaking som inkluderer moralsk forpliktande teieplikt. I alle gruppemøta praktiserer vi prinsippet om «minimal deltaking» gjennom rundar der alle deltek, for på denne måten å sikre at alle kjenner seg sett og blir involvert.

Dei første gongane fokuserer vi mykje på etableringa av strukturen og rammene for gruppe-

tilbodet, slik at det blir tydelegare for klientane kva som ventar dei. Dei veit til dømes at gruppemøta blir innleia med ei merksemdsøving med musikk, der klientane skal legge merke til, utan å endre noko, kva som skjer i kroppen og med pusten medan dei lyttar. Dei veit også at det på kvart gruppemøte vil vere psykoedukasjon, erfaringsutveksling og ulike praktiske øvingar med fokus på her-og-no (grunningsøvingar).

Parallelt med arbeidet med å etablere tryggleik gjennom føreseielege strukturar har vi fokus på gruppeterapeutiske prosessar som fasiliterer gruppeterapeutiske faktorar, som gruppetilhøyrslø, samhøyrslø og aksept (Yalom & Leszcz, 2005). Mellom anna fokuserer vi på det som gruppedeltakarane har felles, trass i sine ulike erfaringar og symptom, nemlig ønsket om å betre forstå og meistre dei reaksjonane dei opplever etter trauma dei har opplevd. Vi erfarer dermed at klientane relativt raskt torer å dele egne erfaringar, lytte til andre sine erfaringar og etter kvart prøve ut nye meistringsmåtar. Vi har til dømes opplevd at fleire klientar, som tidlegare ikkje lytta til musikk, har starta å bruke musikk aktivt som ei hjelp til å regulere kjensler.

Vi opplever at god tid til erfaringsutveksling på kvart gruppemøte er avgjerande for å fasilitere gruppeterapeutiske faktorarar, som 'installering av håp' («Om det har hjulpet henne, kan det kanskje hjelpe meg»), 'universalitet' («Eg er ikkje aleine om å ha det slik!») og 'interpersonleg læring' (Yalom & Leszcz, 2005). Erfaringsutvekslinga gjer det mogleg for gruppedeltakarane å forstå, verte forstått, vere støtte for kvarandre, føle seg normale og å sjå at andre kan gjere endringar som gir dei auka meistring. Som ein klient sa om ein medklient: «Tenk, at ho kan sitte der og snakke, og det følest som ho snakkar om meg! Det er nesten skremmandes!»

Som gruppeterapeutar opplever vi likevel at struktur og rammer ikkje er tilstrekkeleg for å skape tryggleik og gode gruppeterapeutiske prosessar i stabiliseringsgruppene. Fleksibilitet, både i terapeutstil og gruppeopplegg, er avgjerande når ein driv så samansette behandlingsgrupper, slik at ein kan møte klientane og deira behov på ein måte som ikkje fører til segregering eller eksotifisering av dei dårlegaste klientane. Grupperommet er til dømes ikkje lydett, og ein del klientar blir difor triggja av ulike lydar. Ein klient opplevde til dømes å bli skipla då nokon i gangen smelte igjen ei dør. Vi som terapeutar la då



Som ein klient sa om ein medklient: «Tenk, at ho kan sitte der og snakke, og det følest som ho snakkar om meg! Det er nesten skremmandes!»





Potensielt kan psyko-  
edukasjon  
vere krut

merke til at klienten pusta raskare og grunnare og vart uroleg, og brukte denne situasjonen som ei moglegheit for alle til å øve på grunningsøvingar. Vi gjekk vekk frå den aktiviteten vi heldt på med, fokuserte på klienten sitt behov for å regulere aktivering, og fekk med oss heile gruppa på å fokusere på pust og reise oss opp og «riste av oss» ubehag og orientere oss i rommet. Vi returnerte så til den opphavlege aktiviteten.

#### PSYKOEDUKASJON ER ENDRINGSKRUT

I faseorientert traumebehandling blir det i stabiliseringsfasen lagt stor vekt på at klientane skal få betre kontroll over eigne plager og eigen livssituasjon, mellom anna gjennom å få betre forståing for samanhengen mellom dei traumatiske opplevingane dei har bak seg, og dei plagene dei opplever i dag (Ogden, Minton & Pain, 2006). Psykoedukasjon står difor sentralt i arbeidet vårt i stabiliseringsgruppene.

Potensielt kan psykoedukasjon vere krut. Måten vi forstår på, avgjer på mange måtar kva val og handlingar vi gjer. Ny forståing har difor endringskraft i seg (Axelsen, 1997). I faseorientert tenking blir utviding av handlingsrepertoaret vurdert som ein sentral del av stabiliseringsarbeidet (Ogden et al., 2006). For at psykoedukasjon skal kunne verke endringsfremmande og bidra til å utvide handlingsrepertoaret, må den opplevast som relevant. Ein må kunne knyte den informasjonen som blir gitt, til seg sjølv, til sine opplevingar og sitt liv. Ein klient i gruppa kan til dømes slite med høgt angstnivå, medan ein annan opplever å vere nummen og ikkje i kontakt med eigen kropp. Det å sikre at psykoedukasjonen «treffer» alle gruppedeltakarane, trass i den heterogene samansetjinga, er difor ei sentral utfordring i det terapeutiske arbeidet i gruppene. I dette tilfellet vil psykoedukasjon om toleransevindauget gjere det mogleg å inkludere begge klientane sine opplevingar.

Denne utfordringa gjeld både innhald og form. Av di klientane kan ha heile spekteret av traumelidingar, frå posttraumatisk stresslidning (PTSD) til dissosiative lidningar, er det viktig å legge hovudvekta av psykoedukasjon på plager som ein kan oppleve på tvers av lidingane. Dette er også viktig for å sikre gruppetilhøyrse (jf. Yalom & Leszcz, 2005) trass i stor variasjon i type traumeeksposering og opplevde plager. Viktige tema i psykoedukasjonen er difor tryggleik, reaksjonar på fare og regulering av aktivering (Stige, 2011).

I tillegg til å undervise, har vi fokus på å involvere klientane i psykoedukasjonen. Vi oppfordrar og oppmuntrar klientane til å knyte informasjonen til eigne opplevingar, og dele dette i gruppa. Psykoedukasjonen dannar difor på mange måtar grunnstrukturen innanfor kvart gruppemøte, gjennom å definere dagens tema og dermed utgangspunktet for erfaringsutveksling mellom klientane.

Metaforar er ein viktig reiskap i å etablere eit felles utgangspunkt for refleksjon og erfaringsutveksling i gruppene. Vi brukar til dømes eit BRIO®-tog som metafor på skilnaden mellom integrerte minne, som har sin plass i toget, og traumeminne, som enno ikkje har funne sin plass. Metaforar bidreg til å etablere felles referansepunkt i gruppa som vi kan bygge på når vi introduserer ny psykoedukasjon. Den biletlege kvaliteten i metaforar skaper assosiasjonar hos mottakaren, og opnar for kreativitet. Metaforane kan bere fleire meiningar samstundes (Axelsen, 1997). Denne fleksibiliteten skaper eit unikt utgangspunkt for å knyte psykoedukasjonen til eigne opplevingar og eige liv, og dermed gjere tema relevante for gruppedeltakarane.

Fordi metaforane tilbyr eit rom for refleksjon både på konkret og meir abstrakt nivå, har dei i tillegg ein viktig funksjon i å nå klientar med kort merksemdsspenn eller dissosiative plager, fordi dei er konkrete, biletlege og lettare å gripe tak i som utgangspunkt for refleksjon enn rein faktabasert psykoedukasjon. I stabiliseringsgruppene erfarer vi at nokre metaforar blir meir sentrale enn andre. Judith van der Weele (2006) har til dømes utvikla to metaforar som vi har brukt mykje: Metaforen 'sommerfuglkvinnen' skildrar betydinga av å utvide livsrommet gjennom å fokusere på håp for framtida og gode minne, og 'den indre veggen' viser til korleis skiljet mellom notid og framtid blir utydelig i traumerelaterte lidningar fordi den indre veggen blir for tynn.

I tillegg til å gjere psykoedukasjonen meir tilgjengelig og meir relevant, erfarer vi at bruken av metaforar også bidreg til å normalisere opplevingane til klientane med dei mest alvorlege plagene. Vi kan til dømes nytte felles metaforar og psykoedukasjon om påtrengande og splintra minne til å gjere klienterfaringar med meir alvorleg dissosiativ problematikk til noko forståeleg for alle klientane i gruppa. På denne måten kan vi adressere eit breiare spekter av traumerelaterte plager og støtte opp om positive gruppeprosessar, som gruppetilhøyrse.



## TO I SPANN

Vi har valt å vere to terapeutar i alle stabiliseringsgruppene. Bakgrunnen for dette er mangefasetert. Det gjev moglegheit til ei klar arbeidsdeling basert på kunnskap, erfaring og ferdigheiter, der det er tydeleg kven som har hovudansvaret, men der den andre kan delta med innspel, støtte og utdjuping av tema. Vi legg vekt på at vi kan vere ulike og tenke ulikt, men at vi deler grunnleggande verdiar og måten å forstå traumerelatert problematikk og stabiliseringsarbeid på. Vi opplever at dette hjelper oss å bidra meir spontant og med eit større nærvær i det som oppstår i gruppa, fordi vi kjenner oss trygge på å ta i bruk våre ulike ressursar.

Terapeutane sine ulike erfaringar, språklege bilete og måtar å forstå på er ein styrke, og bidreg til å utdjupe teorien, nå fleire av klientane og få fram fleire nyansar i det terapeutiske arbeidet. Våre ulike bidrag er med på å skape ei trygg gruppe der det er plass for ulikskap, nye oppdagingar og læring. Som Yalom & Leszcz skildrar (2005), er vi som gruppeterapeutar rollemodellar. Ved å vise ulikskap er vi med på å styrke den enkelte i å våge å vere seg sjølv. Vi opplever også at vi blir rollemodellar i forhold til å senke krav til perfektjon og kontroll, noko som ofte er ein tematikk hjå mange traumeutsette klientar.

Å vere to terapeutar er ikkje noko ein skal ta lett på. Yalom & Leszcz (2005) seier det så sterkt som at ein ikkje skal akseptere å samleie ei gruppe med ein person ein ikkje kjenner godt eller ikkje liker. Også Heap (2005) vektlegg betydninga av at gruppeterapeutane deler grunnleggande menneskelege verdiar og idear om menneskelege forhold og gruppeprosessar for å oppnå god samleining i gruppeterapi. For at dette skal vere mogleg, må gruppeterapeutane bli tydelege personar for kvarandre.

Som terapeutar deler vi interesse, engasjement og eit ynske om å tilby eit godt behandlingstilbod til denne klientgruppa. Som kollegaer kjende vi også til kvarandre frå før. Dette gav oss den plattformen vi trong for å starte arbeidet med å sy oss saman som team. Vi brukte tid på å bli godt kjende med kvarandre og reflekterte over viktige teoretiske omgrep innanfor traumefeltet. Då terapeutteamet skulle utvidast frå to til tre, var den tredje gruppeterapeuten deltakande observatør i eit heilt gruppeløp. Vi var opne om kva vi opplevde som våre personlege styrkar i det terapeutiske arbeidet, og kva vi opplevde som utfordringar.

Å ha eit opent og respektfullt forhold mellom ko-terapeutane er eit kontinuerleg arbeid. Vi erfarer at det er viktig å halde fokus på samleining og gi ko-terapeutrelasjonen næring gjennom heile terapiprosessen. Tid til felles refleksjon og vurderingar både i forkant og etterkant av kvart gruppemøte er naudsynt. Gjennom å ha fokus på eigne opplevingar og reaksjonar, ko-terapeutrelasjonen og gruppeterapeutiske prosessar sikrar vi eit godt samarbeid og opplever samstundes at dette fører til både profesjonell og personleg utvikling (jf. Yalom & Leszcz, 2005). Å erfare og anerkjenne at vi treng einannan for å ivareta den enkelte gruppedeltakar og leie ein god gruppeprosess, har vore og er ei kjelde til håp og glede i dette arbeidet.

## TIL SLUTT

Det å arbeide gruppeterapeutisk med traumeutsette klientar opplevast som krevjande, men gjev oss også mykje gjennom at vi ser at klientane får auka livskvalitet. Samstundes ser vi at det krev tid å jobbe seg saman som terapeutteam. I dag ser ein eit stadig sterkare fokus på produktivitet, standardisering og sertifisering i psykisk helsevern. Medan gruppebasert traumebehandling på mange måtar imøtekjem etterspurnaden for strukturerte behandlingssopplegg basert på nyare forskning, opplever vi at det også er behov for noko meir – nemleg tid til å lage gode terapeutteam og fleksibilitet til å kunne bruke det som skjer i gruppa og møte klientane der dei er. Dersom det er slik at ein treng både struktur og fleksibilitet i arbeidet med denne gruppa klientar, korleis kan ein ivareta dette innanfor rammene i psykisk helsevern? ✖

## REFERANSAR

- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (red.). (2006). *Dissosiasjon og relasjons-traumer: integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Axelsen, E. D. (1997). Symptomet som ressurs: psykiske problemar og psykoterapi. Oslo: Pax.
- Heap, K. (2005). Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Stige, S. H. (2011). A stabilization group approach for heterogeneous populations of trauma clients. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(8), 886–903. doi: 10.1080/10926771.2011.627583
- Stige, S. H., Rosenvinge, J. H., & Træen, B. (2013). A meaningful struggle: Trauma clients' experiences with an inclusive stabilization group approach. *Psychotherapy Research*, 23(4), 419–429. doi: 10.1080/10503307.2013.778437
- van der Weele, J. (2006). Styrk den indre veggen. Arbeid med stabilisering og kontroll av gjenopplevelser. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s. 138–154). Oslo: Universitetsforlaget.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5. utg.). New York: Basic books.

# Den følelsen

Av og til må jeg ut av terapirommet for å se faget mitt på nye måter. Det er bare en følelse jeg har.

## TEKST

Cecilie Benneche,  
Psykolog i  
privatpraksis

## ILLUSTRASJON

Illustrasjon basert på et fotografi av Duchenne de Boulogne, trykket i Charles Darwins *The Expression of the Emotions in Man and Animals* i 1872. (Wikimedia Commons)

## SKRIV I

«FRI ASSOSIASJON»:

Skrivekyndig  
psykolog?

Skråblikk på  
egen praksis?

## Ta kontakt:

ida.holth@  
psykologtidsskriftet.no

I vår har jeg samarbeidet med en fotograf og ti skuespillere. Vi ønsket å nærme oss følelsenes fenomenologi. Jeg har holdt kurs om forskning på hva følelser er (og ikke er), og vi har sammen og meget detaljert gjenskapt hver følelsesmessige hovedkategori: sinne, frykt, overraskelse, glede og avsky. Vi har i tillegg sett på forakten fordi den har et karakteristisk uttrykk. Vi har undersøkt undergrupper av disse kjernefølelsene, nyansene i følelsesstyrken, hva som skjer når vi opplever komplekse følelser, og overgangen fra en følelse til en annen. Hvor lang tid tar det før den fysiske reaksjonen ebber ut, hva vil kroppen når vi føler (handlingsimpulsen), og hvor lenge kan vi holde på overraskelse i ansiktet? (Svar: 1–2 sekunder). Ved hjelp av Paul Ekmans forskning på universelle ansiktsuttrykk har skuespillerne forsøkt å kontrollere hver muskel i ansiktet etter mine instruksjoner. Noen muskler er verre enn andre å kontrollere, og munnen overrasket oss: «Strekk leppene stramt mot ørene. Ikke smil. Senk underleppen mens du har overleppen stiv – som i en firkantet munn. Så hever du kinnene, og så...». Ofte var det bare å begynne på nytt. Men plutselig var det som om kroppen fant frem selv – og følelsesuttryk-

ket «satt». Det er nytt for skuespillerne å gå inn i følelsen «fra utsiden» og ikke gjennom å skape en dramatisk scene eller indre forestilling. Og likevel – når visse muskler strammes og andre er avslappet, når øyenbryn heves og øyelokk senkes, mens nesebor spilles ut eller trekkes sammen – så kommer det en svak indre opplevelse og aktivering i det autonome nervesystem. Følelsen er der.

## ANSIKT OG KROPP

Vi utforsket forskjeller mellom overraskelse og frykt, og diskuterte hvorfor Paul Ekmans respondenter i Ny-Guinea hadde så store vansker med å skille mellom nettopp disse følelsene. De greide ofte ikke å se forskjell på dem når de ble vist illustrasjonsfoto, og når de selv ble fortalt historier og skulle mime om de ble reddet eller overrasket, hadde amerikanske studenter vansker med å se forskjellen på bilder. Hvis overraskelse er nøytralt i sin natur – hvordan ser det da ut? Når tipper det over til redsel, og når ser det ut som glede? Og hva med dette ene sekundet overraskelse som kan sees i et ansikt før det glir bort; for at akkurat det øye-



blikket skal fanges på foto, måtte skuespillerne i vårt prosjekt la seg «overraske» gang på gang innenfra. De måtte jobbe med pusten, og ofte la de til en lyd helt automatisk: «OI! OI! OOOI!». Vi strevde med å fange øyeblikk av nøytral overraskelse på våre opptak – som de gjorde i Ny-Guinea i 1968.

Det er annerledes med glede. Følelsen brer seg som varme i torso og utover i lemmene, og uttrykket kan sitte lenge i ansiktet. Men kan alle vise glede på kommando? Forskning sier at bare ti prosent kan kontrollere den ytre delen av øyemuskelen orbicularis oculi, slik at smilet ser ekte ut selv om følelsen ikke er aktivert. Jeg jobbet med skuespillere, og «utvalget» var lite, men ville jeg allikevel få en slags bekrefteelse på dette forskningsfunnet? En mulighet er jo at vår gruppe er selektert, at det å kunne kontrollere denne muskelen faktisk gjør at man ønsker å bli skuespiller? Mange i vår gruppe kunne i hvert fall det – langt mer enn ti prosent. Og gleden i øynene kom uansett på plass da vi viste bilder fra arbeidet til verdens første nevrolog, Duchenne de Boulogne (1806–1875). Han brukte i likhet med oss foto da han studerte emosjonelle ansiktsuttrykk. I 1876 kom han ut med boken *Mécanisme de la physiono-*

*mie humaine ou, Analyse électro-physiologique de l'expression des passions des arts plastiques*. Han stimulerte forsøkspersonenes ansikt med elektrisitet, muskel for muskel, og fikk frem emosjoner og grimaser. Han var den første som fant ut at han med noen av respondentene måtte fortelle vitser for å få frem et uttrykk av ekte glede. Bildene fra forskningen hans fremkaller et smil hos de fleste, og det å smile med øynene kalles et Duchenne-smil etter hans oppdagelse.

Charles Darwin bygget videre på hans arbeid i *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (1872), og da Jean-Martin Charcot gjorde sine studier på hysteri på kvinnesykehuset La Salpêtrière i Paris, fikk den samme Duchenne komme for å stimulere ansiktsmuskulatur på pasienter i hypnose. Hypnosen var ikke ment å være kurativ, men som en tilstand der de ulike fasene i hysteri kunne få utspille seg i en ren form for skuelystne pariserer på søndagstur til sykehuset. Den berømte pasienten Blanche Wittmann kunne få ansiktet manipulert til et smil under hypnose. Når følelsen «satt» i ansiktet, fulgte armene etter i en vennlig og utstrakt gest. Når Duchenne manipulerte pasientene til å uttrykke avsky

”

Det er så farlig for oss å være sinte på dem vi er glade i, angsten kommer momentant

»

”

Men kan alle vise glede på kommando?

med ansiktet gjennom neserynking, ble hendene avvergende og kroppsholdningen noe i retning av: «bort, jeg vil bort fra det ekle». Uten å gå inn i diskusjonen om hva som var iscenesatt på La Salpêtrière, fant vi det interessant at våre skuespillere opplevde noe av det samme. Da de selv kontrollerte muskel for muskel, fikk de en autonom aktivering og en kroppslig handlingsimpuls. Da vi arbeidet med følelsen sinne, måtte fotografen stadig be dem holde hodet i samme posisjon for at ikke bildet skulle bli uskarpt. Kjeve og overkropp ville fremover i raseri. Nøkterne instruksjoner om å aktivere én og én muskel i ansiktet modellerte frem følelsen i ansiktet, og skuespillerne kunne med letthet gi følelsen riktig navn.

### HVERT HJERTEBANK

Og så, tilbake i terapirommet. Jeg jobber med sinne sammen med klienten min, og det er som om det sitter fast. Det kommer bare ord, forklaringer og dyp fortvilelse. Så kommer forakten, denne avstandsfølelsen, den indre opplevelsen av å se ned på, holde borte. Jeg ser at overleppa går opp på den ene siden, og sender en takknemlig tanke til Ekman, som beskrev følelsesuttrykket slik allerede på 60-tallet. Jeg tenker at det er selvforakt jeg ser hos klienten, og

at jeg må arbeide med hva som skaper denne giften i rommet her med meg. Vi jobber videre, og mer sinne kommer frem. Klienten forteller at hun kjenner en kroppslig uro som jeg tolker som aktivering av følelsen. Jeg er fornøyd, men det er for tidlig å klappe. Plutselig er kvalmen der, en vag uro i magen. Vi stopper opp. Jeg vet fra forskning på kjernefølelser at kvalmen ikke er en del av følelsen sinne, men en kroppslig uro som ofte følger med. De fleste respondenter sier at de kjenner noe i magen når de er sinte, men det er altså angst. Det er så farlig for oss å være sinte på dem vi er glade i, angsten kommer momentant. Over tid tror de fleste av oss det er slik sinne er. Vondt i magen. Farlig. Vold og verbal utskjelling i verste fall. Og hvem er sinnets advokat, hvem kan fortelle at selvheldelse er en adaptiv løsning på det sinnet vi kjenner når noen utfordrer våre grenser? At sinne sikrer overlevelse. Vi jobber videre, og jeg er mer konsentrert etter mine møter med skuespillerne, jeg tør å isolere følelser mer, jeg ser mer på kroppen og på den lille mimikken. Gradvis reguleres angsten ned, vi får med oss hvert symptom, hvert øresus og hvert hjertebank. Og følelsen kommer. Jeg merker det ikke like fort som klienten. Men jeg er med når hun sier: «å, er det DET du mener. Det der!? Å være sint, bare. Kraftig og bare... (knytter nevene). Hah! Hashtag den følelsen, liksom.» ✕



#### PSYKOLOG, FORFATTER OG PRISVINNER

Ane Bjøru Fjeldsæter vant Åse Gruda Skard-prisen. Foto: Marius S. Tvinneheim

## «Empatiombudet» årets formidler

TEKST Øystein Helmikstøl

Psykolog og forfatter Ane Bjøru Fjeldsæter fikk årets Åse Gruda Skard-pris som ble delt ut på Psykologikongressen 3. september. Fjeldsæter (32) er den yngste som har fått prisen. Åse Gruda Skard-prisen er en anerkjennelse til en eller flere psykologer som bidrar til å gjøre psykologisk kunnskap tilgjengelig og til nytte for folk flest.

Fjeldsæter skrev boka *De uberørbare. En beretning om Ebola* etter opphold i Liberia og Sierra Leone under det verste Ebola-utbruddet i historien. Boka kom ut på Cappelen Damm forlag.

– Hennes beskrivelser av psykologens og psykologiens verktøy når alt heter maktesløshet, vakte oppmerksomhet i de fremste internasjonale medier: CNN, BBC, og andre europeiske kanaler, påpeker juryen i begrunnelsen, ifølge Psykologforeningen.no.

– Når jeg snakker om å være psykolog innenfor humanitær sektor, er det mange som ikke har tenkt at det går an. Dette er en blind flekk hos psykologer, sa Fjeldsæter til Psykologtidsskriftet i et intervju i aprilutgaven med tittelen «Empatiombudet». ✕



# Meninger



FOTO: JENIFERT/PIXABAY

## To former for ADHD

Det er på tide å nyansere ADHD-debatten, mener Espen Idås.

*Se hovedinnlegg på de neste sidene*



## Hva menes med begrepet «ikke-vestlige»?

Forskning om minoritetsetniske barn er upresis.

*Se side 902*

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.

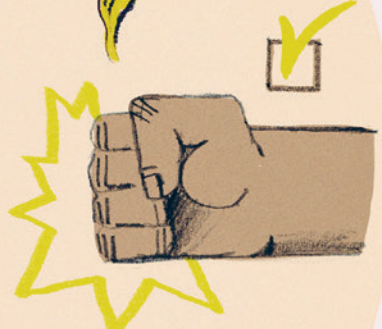
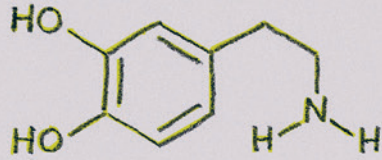
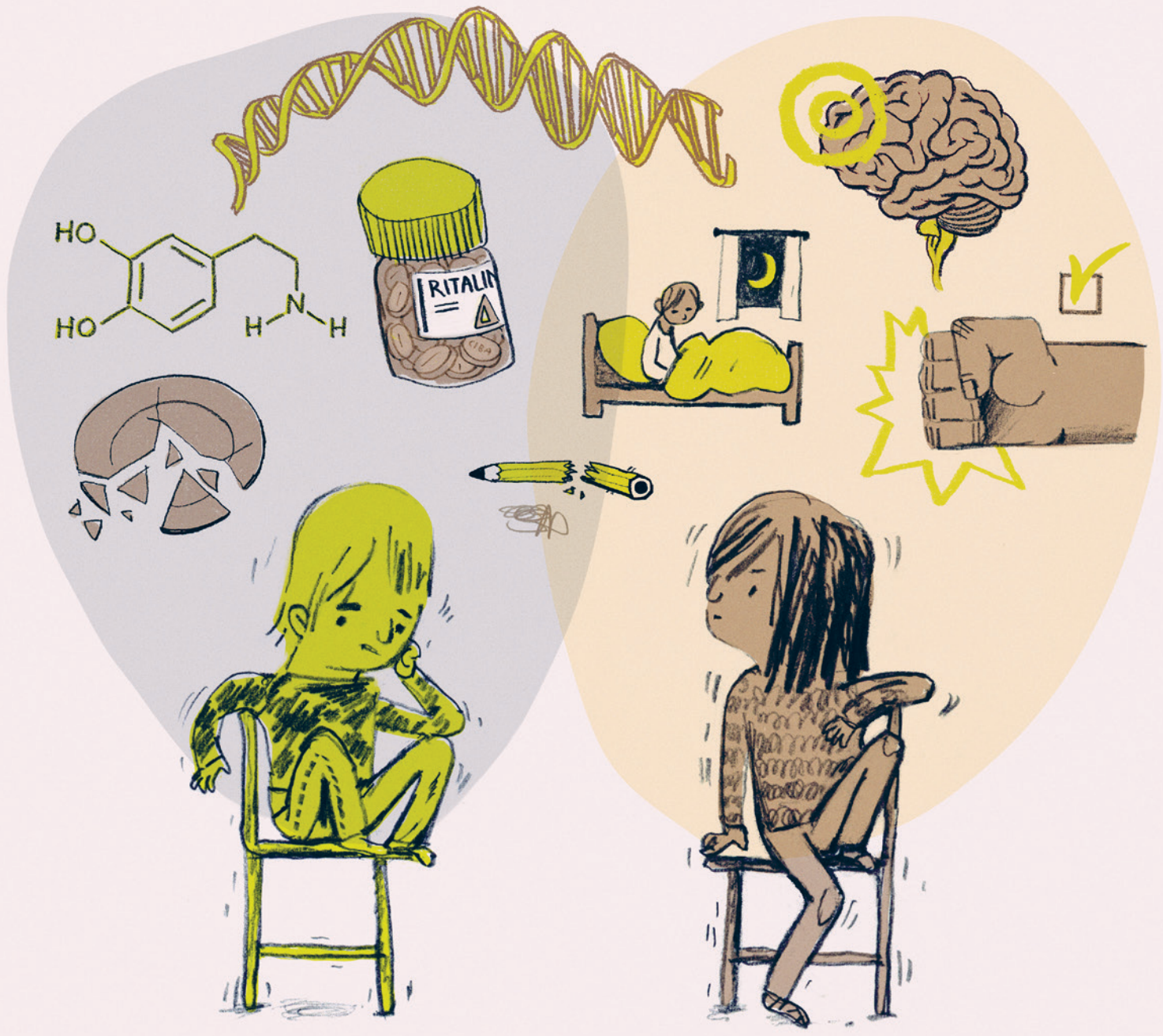
### DEBATTINNLEGG

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.



# Bør vi operere med to typer ADHD?

Vi ser de samme barna, men fortolker deres uttrykk forskjellig i fagfeltet – kan vi komme til en slags enighet?

**ADHD HAR OPPTATT** meg de over 20 årene jeg har jobbet som psykolog. Jeg har fulgt og deltatt i debatten som ofte blir polarisert mellom født sånn eller blitt sånn. I løpet av disse årene har det skjedd en dramatisk endring av hvordan man forstår psykisk sykdom generelt og ADHD spesielt.

I dag forstår man i større grad at psykiske symptomer uttrykker seg langs et kontinuum, og ikke som et enten – eller. Dette innebærer at vi alle kan ha «litt av noe», men ikke nok til å fylle kriteriene for en diagnose. Dagens diagnoser er polytetisk-kategoriske. Det betyr er at man bare trenger å ha noen og ikke alle symptomene som en diagnose spesifiserer. Da kan det bli stor variasjon i hvilke symptomer som legges til grunn. To pasienter med samme diagnose kan ha få symptomer felles, enten kvalitativt eller kvantitativt.

Når det gjelder ADHD, står det eksplisitt i ICD-10 at diagnosen ikke skal stilles dersom avvikene *ikke er svært* omfattende i forhold til barnets alder og IQ nivå, og videre at *bare ekstreme nivåer* skal diagnostiseres i førskolealder! «Svært omfattende» vil statistisk si at man skal ligge over 95 prosentil på de ulike funksjonsområdene man tester, dersom

## TEKST

Espen Idås, Spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi

## ILLUSTRASJON

Åshild Irgens





Barn som i hovedsak har betydelige livsbelastninger med seg, skal vel ikke primært medisineres med mentylfenidat?

man skal være inkludert i diagnosen. Tar vi dette hensynet når vi tolker testresultatene?

Problemet i dette diagnostiske regnestykket er at man ofte bare «legger til» hva som er «typisk ADHD-trekk» når diagnosen skal stilles, og ikke tar med i regnestykket hva som bør «trekkes fra» av livsbelastningsfaktorer, som et jævlig liv, en voldelig oppvekst, mangel på omsorg, mangelfull emosjonell støtte, rusforeldre, vold eller overgrepserfaringer, for å nevne noe. Dette er selvfølgelig forhold som også skaper uro i menneskers sjel og sinn, og som utfordrer individets eksekutive funksjoner.

Jeg har meldt min bekymring på flere vis for den eksplosive utviklingen av ADHD-diagnoser vi ser både internasjonalt og nasjonalt, og at utfordringene disse barna har, i for stor grad blir forstått i en biologisk ramme.

For barn i Norge har riktignok utviklingen de siste årene hatt noe utflating, kanskje mye takket være den pågående offentlige debatten og eksempler på at diagnosen har fått fatale konsekvenser (Christoffersaken).

ADHD-Norge har vokst seg til en meget stor og sterk interesseforening. Den baserer seg først og fremst på en genetisk forståelse av ADHD (lik American Psychiatric Associations forståelsesramme), som noe man er født med, et genetisk avvik, og at det er en sykdom. Andre mener tilstandens kjernesymptomer i like stor grad kan skyldes helt andre forklaringer, som ulike livsbelastninger, traumer, angst, vanskjøtsel og stress. Etter min mening er det helt sentralt at klinikerer forsøker å ha flere årsaksforklaringer i tankene når barnet skal vurderes, og i størst mulig grad har en komplementær tilnærming.

Det er disse ulike oppfatningene som skaper debattene og diskusjonene. Vi ser de samme barna, men fortolker deres uttrykk forskjellig. Dette har ledet meg inn på en idé, som kunne ført til mer enighet når vi skal fatte en beslutning i diagnosearbeidet.

#### ARV OG MILJØ

Med dagens viten rundt epigenetikk er det godt dokumentert at vår fenotyp (hva som kommer til uttrykk) er summen av arv og miljøbetingelser. Ingen er bare arv eller bare miljø. En diagnose som bl.a. ADHD vil derfor alltid være et resultat av dette samspillet. Den genetiske komponenten kan vi i dag i liten grad fastslå eksakt hos den enkelte, derimot kan man i stor grad slå fast menneskets totale livsbelastninger gjennom en god anamnese.

Sårbarhetsmodellen som snakker om medfødt sårbarhet, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer er relevant i denne sammenhengen. Når det gjelder ADHD, er jeg av den klare oppfatning at vi kan observere de samme kjernesymptomene, men årsakene bak disse vanskene kan være svært ulike.

Min idé er at man kunne operert med to typer ADHD der symptomene vi observerer, er like, men hvor man tillegger symptomene forskjellige årsaker og forklaringer.

Utfordringen i dag er at antall symptomkombinasjoner (tegn på hva som er typisk ADHD) er så massive at det er stor sannsynlighet for at mange får diagnosen på feil grunnlag. Det er svært mange inklusjonskriterier, men få klare eksklusjonskriterier. Har man symptomene, uan-

sett årsak, kan man oppleve å få diagnosen ADHD der symptomene heller burde vært forstått som oppstått av ulike andre livsbelastninger, og hvor diagnosen skulle vært noe annet enn ADHD, forståelsen en annen, og tiltakene primært annerledes. Barn som i hovedsak har betydelige livsbelastninger med seg, skal vel ikke primært medisineres med mentylfenidat?

### TO TYPER ADHD

Jeg har tenkt at man kunne operert med to typer ADHD. *ADHD type I* (endogen type), der man med overveiende sannsynlighet vil tilskrive symptomene medfødte avvik/høy grad av sårbarhet. I denne kategorien har man gjennom behandlingen kommet frem til at barnet konstitusjonelt har en stor grad av medfødt sårbarhet, men ellers få andre livsbelastninger med seg. I den andre typen *ADHD type II* (kontekstuell type) ser man det motsatte, man finner liten grad av medfødte tidlige avvik, men observerer multiple belastninger fra tidlig barndom og opp gjennom oppveksten.

I beslutningsarbeidet rundt diagnosen tenker jeg at man burde sette seg ned og vurdere hva som med overveiende sannsynlighet vil kunne forklare de kjernesymptomene man ser som individets utfordringer. Er det slik at de symptomene jeg ser, med overveiende sannsynlighet bør forklares ut fra medfødte avvik eller ut fra livsbelastninger? Konklusjonen er altså at man ser de samme symptomene, men forklarer dem forskjellig.

Denne sannsynlighetsvurderingen vil mange hevde allerede gjøres i dag, men jeg mener at det i for mange tilfeller ender med en «medisinsk forklaringsmodell» der foreldrene og barna får høre at ADHD er genetisk, arvelig og medfødt, og at det i for liten grad forklares som en tilpasningsreaksjon på langvarig belastning. Gjennom flere vitnesbyrd fra ungdom i Forandringsfabrikken har vi hørt at mange i dag opplever å bli møtt med skjemaer og tester de ikke forstår, og som ikke belyser det de egentlig sliter med. Vi bør tilstrebe å snakke mer med dem det gjelder, om det som ligger bak den adferden de viser, og følelsene som følger av dette.

Jeg er selvsagt klar over at denne modellen/ideen heller ikke kan forklare alt. Det å innse at diagnoser ikke er fastlåste, men bevegelige, og at ikke spørreskjema og testinstrumenter kan gi oss fullstendige svar, er en del

av hverdagen som psykolog. Vårt skjønn vil alltid ligge til grunn for en beslutning. Det er her jeg tenker at det å ta inn det juridiske begrepet «overveiende sannsynlig» i vurderingsarbeidet vil kunne hjelpe oss til å gjøre en god vurdering.

Det vil aldri være et enten – eller, men ofte ser man at det er overveiende argumenter for det ene eller det andre. Jeg tror det i flere tilfeller vil være til hjelp både for behandlere og personene man skal hjelpe, at man tenker slik, og det vil også gjøre noe med hvordan vi tenker intervensjon, og hva som er best hjelp i de enkelte tilfeller. I dag er det en overhengende fare for at mange går rundt og tror at de har en sykdom, og ikke får hjelp til å se symptomene i den sammenheng hvor de har oppstått.

### LEVD LIV I BAKGRUNNEN

Etter å ha jobbet som sakkyndig og meddommer i snart 15 år er jeg bekymret over hvor mange av barna i barnevernssaker som har fått ADHD-diagnosen (og gjerne foreldrene også). Samtidig ser jeg i hvor liten grad kaoset i deres liv har blitt tillagt mening i den diagnostiske vurderingen. I veilederen står det jo klart at diagnosen ikke skal stilles dersom den bedre kan forklares ut fra andre forhold. I disse sakene blir ofte ADHD brukt som argument for at barna og foreldrene sliter, mens deres levde liv kommer helt i bakgrunnen som årsaksforklaring til omsorgssvikten som avdekkes. I mange barnevernssaker kan ADHD bli nevnt flere hundre ganger i saksdokumentene og totalt dominere argumentasjonen fra de prosessfullmektige.

I mitt liv som praktiker har jeg også sett et fellestrekk ved de fleste som sliter med psykiske sykdommer med en viss intensitet. Disse pasientene har ofte vansker med eksekutive funksjoner og kan plages av konsentrasjonssvikt, oppmerksomhetssvikt og uro av indre eller ytre karakter.

Selvsagt kan det være en sårbarhet i bunnen, men når livsbelastningene er mange og alvorlige, vil reaksjonen og symptomene som følger, være naturlige fordi de fleste individer under de samme gitte livsbelastningene vil kunne vise det samme symptombildet.

Jeg har liten tro på at det med det første vil bli tenkt nytt innenfor diagnosesystemet, men jeg vil gjerne få flere til å reflektere rundt ADHD-fenomenet. ✕

# Norske masterutdannede må inkluderes i EFPA

Den europeiske psykologiplattformen EFPA skal representere og fremme psykologien som et mangfoldig fagfelt, men norske master- og doktorutdannede er ikke representert. Det er svært kritikkverdig at Norsk psykologforening ikke ser noen grunn til å endre dette.



**MADELEINE  
DALSKLEV** og  
**KAREN EIMOT**

Fagpolitiske rådgivere  
i Psykologiforbundet

**PROFESJON  
I ENDRING**

**TIDLIGERE I SOMMER** sendte vi, på vegne av Psykologiforbundet, en henvendelse til Norsk psykologforening angående norsk representasjon i den europeiske psykologiplattformen EFPA – European Federation for Psychologists' Association. EFPA beskriver seg selv som et «forum for europeisk samarbeid i et bredt spekter av akademisk trening, psykologisk praksis og forskning», og inkluderer i utgangspunktet psykologer som jobber innenfor alle fagområder av psykologien. Dette gjenspeiles i at EuroPsy-sertifiseringen, som er utarbeidet for å kvalitetssikre psykologiutdanninger, ikke kun utstedes til kliniske psykologer, men også innenfor områder som organisasjonspsykologi, utdanningspsykologi og andre. Men EFPA har kun en medlemsorganisasjon per land, og den norske representanten Norsk psykologforening (NPF) inkluderer bare de med profesjonsutdanning i psykologi. Dermed utestenges master- og doktorutdannede fra en sentral plattform.

En mulig løsning på problemstillingen ville vært at det ble dannet en norsk paraplyorganisasjon som inkluderer NPF og Psykologiforbundet. Dette er i tråd med EFPAs vedtekter, som sier at EFPA skal støtte opp under dannelsen av et nasjonalt nettverk som kan overta medlemskapet i tilfeller der det finnes mer enn én nasjonal forening. En slik løsning synes likevel ikke NPF å være interessert i. I sitt svar på vår henvendelse gjør spesialrådgiver Julius Okkenhaug det klart at NPF ikke ser noen grunn til å iverksette noen nasjonale prosesser for å endre den norske representasjonen. Okkenhaug refererer til at de fleste norske psykologer er medlem av NPF og dermed også representeres i EFPA. Det er imidlertid tydelig at EFPA har en bredere definisjon av hva en psykolog

er og arbeider med, enn den som er gjeldende i Norge.

Dessverre føyer denne reaksjonen seg inn i en rekke eksempler på hvordan NPF motarbeider master- og doktorutdannedes muligheter til å delta og bidra til faglig utvikling. Det seneste eksempelet var i diskusjonen om det burde være et krav at ny instituttleder ved Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo skulle ha profesjonsbakgrunn. Visepresident i NPF, Birgit Aanderaa, uttalte da til Uniforum at dette burde være et ufravikelig krav både ved denne anledningen og i all fremtid. NPF hevder å være både en fagforening og en faglig forening. I prinsippprogrammet kan vi blant annet lese at NPF skal arbeide for å fremme anvendelsen av psykologisk fagkunnskap, for forskning og fagutvikling, og være en pådriver i å opprettholde bredden i faget. Men gjentatte ganger fremstår det som om faglig fellesskap og utvikling er mindre viktig for foreningen enn at profesjonsutdannede skal beholde eneretten på en beskrivende yrkestittel, lederjobber og tilgang til europeiske plattformer.

Masterutdanningene i psykologi har vært tilbudt ved norske universiteter i over ti år. Vi arbeider med viktige samfunnsoppgaver innenfor andre områder enn det kliniske, og en betydelig andel av oss går videre til doktorgradsstudier og er dermed med på å videreutvikle psykologifaget. Det er derfor viktig at vi finner løsninger på hvordan master- og doktorutdannede i psykologi fra Norge kan delta i en organisasjon som er ment å representere og fremme psykologien som et mangfoldig fagfelt. Psykologiens fremtid og videreutvikling ligger ikke i splittelse og utestengelse. Fremtiden ligger i fellesskap, samarbeid og kompetanseutvikling på tvers av utdanningsbakgrunn. ✕



# Kraftterapi

Kjære pasient i BUP...

**KATHRINE**, Psykolog i BUP

## NEW PUBLIC MANAGEMENT

**VER SÅ GOD.** Du har no fått tildelt ein terapeut. Underteikna, som det så fint heiter. Ein litt sliten terapeut som ikkje har tid til å tenke. Det er jo litt synd, men det er jo trass i alt ikkje tenking som er det sentrale no. Pyttsann. Det skal haldast fristar. Særleg er det viktig at eg og du no overheld fristen for kor tid du skal vere friskmeld. Skund deg å bli betre, hald fokus på eit problem, ikkje dra inn andre faktorar, og pass på at du passar inn i ein reinskoren diagnose, så skal dette bli så bra, så. Skikkeleg kraftterapi. Terapeuten du no har vore så heldig å bli tildelt, har som nemnt lite tid til å tenke. Kanskje ein lausriven tanke eller to under eit toalettbesøk. Difor er det viktig at du ikkje kjem med forvirrande uttalelsar, ombestemmer deg undervegs, eller har for komplekse vanskar. Kanskje rekk eg å tenke eit par tankar medan eg går bortover gangen for å hente deg inn til time. Då lyt me ta det som rein bonus, både eg og du. Ville ikkje det vore fint? Du blir nok frisk i ein fei.

Eg ber om forståing for at me i tillegg til målet om rask friskmelding set opp sjeldne timar. Dette av omsyn til alle dei andre pasientane som òg ynskjer kraftterapi. Ikkje for lange mellomrom, altså. Berre nokre veker. Du stussar gjerne litt over dette, men du anar ikkje kor mykje god terapi det er i å vere innskripen og i gang. Mange blir betre berre av det! Slik sett er det jo ikkje sikkert du treng kome til timar eingong, kanskje er du nøgd med berre å ha namnet ditt på våre lister. Kraftlister.

Eg skjønar om du nøler, men dette blir bra. Dei høge herrar har bestemt at dette blir kjempebra. Me treng nemleg ikkje finne opp krutet på ny, har dei bestemt. Me treng ikkje halde i hevd gamaldagse tankar om at terapi er ein prosess, at det kan vere lurt å nytte tid, og at relasjon kan vere medverkande til betring. I staden skal me visstnok sjå til dei som fiksar dette allereie, der ventelistene er korte og alle får terapi, seier dei høge herrar. Dette er dei stadene der behandlarane har pasientlister lange som år, og jobbar dagar lange som veker. Der får dei god terapi. Alle er nøgde, særleg terapeutane, som slepp tenke, og som kan tilby det heilt nyaste: brannsløkkingsterapi.

Det er ikkje krut alt som luktar svidd. ❌

*Debattanten ønsket å være anonym. Psykologtidsskriftet kjenner identiteten til innleggets forfatter.*

## Debattert

# Skolepsykologi

**Integrert psyke** - Vi trenger nok ikke et selvstendig fag, men vi bør integrere mental helse i undervisningen.

*Andreas Høstmælingen til God Morgen Norge, 8. september*

**Synleg psykolog** Ein skulepsykolog på alle skular skal gjere det lettare for elevane. Tenk om ein berre kunne ha gått bort i gangen og spurt etter hjelp på ein elles tung dag, eller kanskje løyst eit problem etter tallause vonde dagar og timar. Ein skulepsykolog skal vere synleg på skulane. Dei aller fleste skal ha eit forhold til denne personen, og ingen skal vere redd for å stikke innom for å få hjelp.

*Sofie Sundberg på NRK Ytring, 10. september*

**Innlemmet** Vi tror at psykologi og livskunst på pensum kan bidra både i kampen mot mobbing, utenforskap og for den enkeltes evne til å håndtere vanskelige følelser. Er partiene villig til å innlemme psykisk helse i skolen, og hvor mye skal de satse på skolehelsetjenesten?

*Elin Anita Lund debatterer i Oppland Arbeiderblad, 12. september*

**Hører hjemme** Veiledning til mental balanse bør starte før prestasjons-skruen strammes til i videregående skole og på universitetet. Dagens barn og ungdom trenger en gymtime for tanker og følelser, slik presidenten i Norsk psykologforening, Tore Levin Hofgaard, formulerte det nylig. Psykologi var ikke en del av pensum på syttitallet heller. Mye tyder på at faget hører hjemme i dagens skoleplan.

*Torstein Hvattum kommenterer i Aftenposten 14. september*

# Upresist om minoriteter

Forskning om minoritetsetniske barn er viktig, men vi trenger studier som inkluderer minoriteter på nye premisser.



## EMINE KALE,

Psykologspesialist

## ELISABETH HELLZÉN,

Klinisk sosionom/cand.  
polit, RBUP Øst og Sør

## LEOUL MEKONEN,

Sosionom og  
Studieleder RBUP Øst  
og Sør

## YALILA CASTRO,

Psykolog, Alternativ  
til Vold

## FARSHAD, MOHSENI,

Klinisk sosionom/  
Familieterapeut  
Sykehuset i Vestfold HF

## MOZAFAR AMINI,

Psykiatrisk sykepleier,  
Fredrikstad kommune  
(Alle bidragsyterne  
er med i nettverk for  
minoritetsterapeuter)

**I RAPPORTEN** *Minoritetsetniske barn og unge og vold i hjemmet* (NKVTS, 2014) leser vi at en gruppe minoritetsetniske barn i større grad enn andre barn rapporterer å ha opplevd vold fra foreldre. Forskerne antyder også at barn fra minoritetsetniske familier *kan* ha høyere risiko for å bli utsatt for vold i nære relasjoner enn barn i majoritetsetniske familier.

Funnene er urovekkende og problematiske, men ikke overraskende. Vi som til daglig jobber i denne virkeligheten, opplever det samme. Imidlertid vil vi gjerne gjøre oppmerksom på noe vi anser som et tilbakevendende problem ved hvordan slik forskning utføres. I denne rapporten blir det oppsummert en rekke omfangsstudier fra Norden som konklusjonene bygger på. Særlig undersøkelser fra Norge (Mossige & Stefansen, 2007), Sverige (Janson, Jernbro, Lånberg 2011) og Danmark (Korzen, Fisker, Oldrup 2010) blir trukket frem. En del metodiske svakheter i disse undersøkelsene påpekes av forfatterne i rapporten, noe vi også er enige i. Alle undersøkelsene hadde landsrepresentative utvalg med selvrapportering via spørreskjema som metode. Selvrapportering er en utbredt metode, men har sine begrensninger i og med at du må akseptere svarene som kommer som valide. Samtidig vet vi at man kan pynte på eller undervurdere svarene noen ganger, særlig når man blir spurt om følsomme temaer. Utvalget i disse tre undersøkelsene var aldersmessig ulike – også med hensyn til hvordan de definerte gruppen av minoritetsetniske barn/ungdom. En annen forskjell var hvorvidt resultatene var korrigert for levekårsfaktorer. Alle disse forskjellene til sammen gjør det vanskelig å sammenligne resultater fra disse studiene

og trekke konklusjoner, noe som også nevnes i rapporten.

Vil vil også problematisere bruken av begrepet «kultur» i disse undersøkelsene og i rapporten. Vi stiller oss spørrende til hvorvidt forskerne kan trekke inn «kultur» som en variabel i diskusjonen av funnene når det ikke på forhånd er definert hva denne konstruksjonen består av. I de tre undersøkelsene som er nevnt i rapporten, deles ungdommene i grupper etter landbakgrunn til foreldre. Det eneste man derfor kan antyde, er at vold *kan* forekomme hyppigere hos familier med «ikke-vestlig» bakgrunn. «Ikke-vestlig» er også definert forskjellig i de tre undersøkelsene rapporten nevner, og man kan da undre seg over hvilken verdi en slik kategori har. Derimot kan det være nyttig å stille seg spørsmålene: hvem er disse «ikke-vestlige» familiene, og hva gjør at disse relativt sett oftere utsetter barna sine for vold enn majoritetsfamilier?

## UTELATT FRA UNDERSØKELSER

Vi ser to tendenser i omfangsstudiene og til en viss grad også i de kvalitative undersøkelsene: Enten utelates deltagere fordi de har en annen kulturell bakgrunn som dermed kan kreve ekstra innsats for oversettelse av spørreskjema osv, eller så klumper man sammen store grupper med ulik landbakgrunn i store «sekker» som f.eks «ikke-vestlige». Det første kan illustreres ved tilfellet da Bufdirs rapport «Skeiv på bygda»<sup>1</sup> utelot ungdom med innvandrerbakgrunn på

1. [http://www.kun.nl.no/admin/tiny\\_mce/jscripts/tiny\\_mce/plugins/filemanager/files/client\\_11/rapporter/2015/2\\_2015\\_LHBT.pdf](http://www.kun.nl.no/admin/tiny_mce/jscripts/tiny_mce/plugins/filemanager/files/client_11/rapporter/2015/2_2015_LHBT.pdf)



grunn av ressursmangel. (Utrop «Straff, trakasering og utstøting er vanlig» <http://www.utrop.no/Plenum/Kommentar/Blogg/28761>). Dette til tross for undersøkelser som tyder på at skeiv ungdom med en annen kulturell bakgrunn enn norske kan være mer utsatt for selvmord. Ved å utelate informanter kan informasjon bli misvisende og grupper usynliggjort.

Den andre tendensen (å samle landbakgrunn i store sekker) utgjør en fare for å tilsløre viktig kunnskap. Dessuten kan kategoriene også være mangelfulle og utdaterte. Hvor skal ungdommen plassere seg selv når hun kommer fra en familie med flere kulturelle identiteter og landbakgrunner? Dette er tilfellet for et økende antall barn og ungdommer. I vår globaliserte verden er dette faktisk mer en norm enn et unntak, og identiteter kan være resultat av en spennende kulturblanding/kreolisering. Det vanskeliggjør kategorisering av våre moderne ungdommer og gjør gruppebetegnelser i forskningssammenheng utdaterte. Et forslag kan være å be deltagerne i undersøkelsen selv definere sin egen kulturelle/etniske tilhørighet istedenfor å tvinge dem inn i forhåndsbestemte kategorier. Vi oppfordrer forskerne til å anstrenge seg for å fange opp denne fargerike virkeligheten.

Og hva med definisjonen av vold? Hvordan har forskerne definert vold for deltagerne? Har de tatt høyde for psykisk vold? Har de definert og undersøkt vold likt? Vi vet at det som oppfattes som vold, kan variere innad i storsamfunnet, men ikke minst innad i ulike miljøer og subkulturer. Så vidt vi kjenner til, er det bare 33 land i verden som forbyr fysisk avstraffelse av barn. I mange land skilles det mellom «legitim fysisk avstraffelse» og mishandling. Det betyr at hva som anses som «vold» i Norge, kan være akseptert oppdragelse og grensesetting i andre deler av verden.

Vi mener det trengs mer presis forskning som hjelper å identifisere de ulike faktorene som bidrar til forekomst av vold mot barn i innvandrer miljøer. I tillegg er det et sterkt behov for involvering av forskere og ressurspersoner med minoritetsbakgrunn så vel som innvandrer miljøer i planlegging, gjennomføring, formidling og evaluering av forskningsprosjekter. Deres nærhet til og tause kunnskap om innvandrer miljøer vil være uvurderlig i utviklingen av treffsikre metoder for å studere tabubelagte områder som vold mot barn i familien. ✘

## Journalistisk selvtillit

I sommer leste jeg boken *Hva jeg snakker om når jeg snakker om forskning* av Jørgen G. Bramness. (Se NÅ-intervjuet på side 852.) Boken problematiserer blant annet den uoverstigelige (?) kløften mellom forskning på den ene siden og journalistisk formidling på den andre.

Argumentasjonen er velkjent: Forskingen er så kompleks og uutgrunnet at det er umulig å formidle den i et kort journalistisk format. Nyansene forsvinner, og enda verre, det som kommer ut, blir direkte feil. Hvordan kan journalisten unngå å havne i dette sporet?

Daniel Kahnemann, mannen bak bestselgeren *Tenke – fort og langsomt*, har tatt konsekvensen av dette. Han er sjelden eller aldri med i offentlige debatter knyttet til egen forskning. Han ønsker å ha mest mulig kontroll over det som kommer ut. Kahnemann er benådet med en god penn, det gir ham et fortrinn framfor andre forskere som ikke mestrer språket like godt. Men hva med alle de andre? Trenger de journalisten for å få fram budskapet sitt?

Det siste spørsmålet er i mine øyne ikke bare feil stilt, men leder også til at altfor mye forskning fremstilles både galt og ukritisk. Noe av problemet med forskningsformidling er at forholdet mellom meg som journalist og forskeren er usymmetrisk. Jeg kan lite om det gjeldende temaet – forskeren kan svært mye. Dette vet begge parter når intervjuet begynner, og det gir forskeren makt i situasjonen. Som journalist har jeg ikke gjort jobben min hvis jeg blir forskerens nyttige idiot.

Det er her Bramness' bok kommer meg til unnsetning. Den er ikke bare kritisk til journalisten, men også til forskeren. Et sted i boka står det at over 50 prosent av all forskning som gjøres, ikke lar seg reproducere. Bramness skriver at forskere ofte torturerer data for å få fram signifikante funn. Og han skriver om funn som er helt tilfeldige. Det kommer også fram at det brukes altfor lite forskningsmidler til å verifisere tidligere funn. Antallet enkeltfunn øker, men nesten ingen gjør en tilsvarende studie for å se om resultatet stemmer. Det er morsommere å komme opp med noe nytt enn å få bekreftet eller falsifisert det andre har gjort tidligere.

Dette er problematisk. Her er det et verifiseringshull som må fylles for at forskningen skal komme videre. Kanskje kan en kritisk forskningsjournalistikk bidra? Ikke ved at journalisten har for sterkt fokus på et interessant enkeltfunn forskeren ønsker å få fram. Men ved å være langt mer kritisk til *hvordan* forskeren kom fram til dette funnet. Å lese boken til Bramness har gitt meg økt journalistisk selvtillit. Til å gå bak funnene forskeren kommer til intervjuet med. Til å problematisere årsakene til at dette funnet (hvis det gjør det) går på tvers av mye annen forskning. Til i større grad å være metodejournalist enn forskningsjournalist.

# Er fellesfaktorer alternativet?

I hvilken grad kan fellesfaktorer skiller fra teknikker og endringsmekanismer som er spesifikke for ulike behandlingsformer?



## SIRI ERIKA GULLESTAD

Psykoanalytiker og professor i klinisk psykologi ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

### FELLESFAKTORER

**HVA GJØR OPPSPLITTING** i en rekke ulike skoler – tre-bokstav-syken – med den faglige utviklingen av psykoterafeltet? Spørsmålet reises av Erik Falkum og medforfattere i et fagessay i *Psykologtidsskriftet* (april 2015). De skal ha honnør for å reise denne debatten. Psykoterafeltet preges av at stadig nye begreper kommer på moten – mindfulness, mentalisering, meta-kognitiv, affektfobi – og av at nye «terapiskoler» etableres (mindfulness-terapi, affektfobi-terapi osv.). Som artikkelen poengterer, dreier det seg ikke sjelden om gammel vin på nye flasker. Når det gjelder grunnutdanning i psykotera, som er et hovedanliggende for meg, er det uheldig at én dimensjon ved personligheten (for eksempel affekt eller reflekterende funksjon) fremheves og gjøres til hovedfigur. Som terapeuter forholder vi oss til individet som en følende og tenkende *helhet*. Endimensjonal fokusering vil også lett kunne fremme en holdning til psykotera som et sett av teknikker snarere enn som en åpnende, utviklingsfremmende dialog.

### TOLERANSE FOR FLERTYDIGHET

I kjølvannet av essayet har det vært en debatt spesifikt om mentaliseringsbasert terapi og markedsføringen av denne. Den har skygget for andre deler av artikkelen, som jeg mener fortjener diskusjon. Først til analysen av «kognitiv lukning». Det er nyttig, slik artikkelen gjør, å trekke inn Kahnemanns begreper om rask og langsom tenkning (System 1 og System 2) i en refleksjon over diagnostikk og behandling. Hva vi legger merke til og fokuserer på hos en pasient, er betinget av vår forutforståelse og teori – og vi søker og finner gjerne bevis for allerede etablerte oppfatninger, såkalt *bekreftelsesbias*. I psykoterautdanning og veiledning er det vesentlig å være klar over den

kognitive utfordring som bekreftelsesbias innebærer: I nybegynnerens møte med en meget kompleks terapeutrolle er angst og usikkerhet vanlige følelser (Rønnestad & Skovholt, 1993; Strømme, 2012). Angsten mestres ikke sjelden gjennom en «lukning» der alternative fortolkninger utelukkes og kompleksiteten reduseres. Resultatet kan bli kvasi-mestring og profesjonell stagnasjon (Rønnestad & Skovholt, 1993). Slik jeg ser det, er det avgjørende at kandidater i psykoterautdanning får hjelp til å tåle opplevelseskvaliteter hos pasienten som de ikke uten videre forstår. Terapeuten må tolerere å være deltaker i emosjonelle dialoger der hun/han ikke umiddelbart skjønner hva som skal gjøres. Psykoteraforskning dokumenterer betydningen av at terapeuten kan romme tvil om sin egen evne til å være en god terapeut for den aktuelle pasienten (Nissen-Lie et al., 2013). I psykoanalysen er det utviklet flere begreper som søker å fange inn toleranse for flertydighet – som Bions (1962) begrep om *negative capability*. Det er fruktbart når begreper som er dannet i klinisk sammenheng, og som ofte har et metaforisk preg, understøttes av mer systematisk forskning av den type Kahnemann og Nissen-Lie har foretatt.

### FELLES OG SPESIFIKT: ENTEN-ELLER?

Oppsplitting av fagfeltet i tallrike skoler hindrer fagutvikling, ifølge artikkelforfatterne. I denne situasjonen foreslår Falkum et al. å ta utgangspunkt i den integrative tradisjonen som vektlegger faktorer som er felles for all psykotera – ikke minst terapeutens relasjonelle kompetanse. Dette punktet fortjener diskusjon. For hva er det som er felles – og hva betyr «integrativt»? Det er utvilsomt at faktorer som terapeutisk allianse, empati, respekt og terapeutens oppmerksomme nærvær har avgjørende betyd-



ning for terapeutisk resultat. I psykoanalysen representerer terapeutisk holdning, allianse og korrektiv emosjonell erfaring en selvfølgerlig del av behandlingens infrastruktur, selv om man her oftest ikke anvender begrepet fellesfaktorer. En viktig diskusjon, ikke minst teoretisk, er imidlertid i hvilken grad fellesfaktorene kan skilles fra de tekniske og endringsmekanismer som er spesifikke for ulike behandlingsformer – og mange har påpekt at det er kunstig å skille fellesfaktorer fra de spesifikke (Strupp, 1995; Rø, 2013; Nissen-Lie et al. 2013). I en psykoanalytisk terapi kan en tolkende kommentar i en gitt situasjon være den mest empatiske intervensjon – slik at fellesfaktoren i en viss forstand virker gjennom den spesifikke faktoren.

Hva vi ser som realistiske og ønskelige målsettinger i en gitt behandling, hviler etter min mening på en *forståelse* av pasientens lidelse. I psykoanalytisk tradisjon er behandlingen tett sammenvevd med en teori om personlighetsutvikling og psykopatologi, der begreper som ubevisst motivasjon, indre konflikt og strukturdannelse står sentralt. For å planlegge en behandling er en ICD-10 diagnose utilstrekkelig. Terapeuten trenger i tillegg en kasusformulering – en sammenhengende fortelling som plasserer pasienten i en livshistorisk kontekst. Kasusformuleringen – som er hypotetisk, og som revideres kontinuerlig – gir en beskrivelse av pasientens bakgrunn, hva som har utløst

problemen som bringer ham til behandling, og hvordan pasienten selv bidrar til at maladaptive samspillmønstre, holdninger og væremåter opprettholdes i nåværende relasjoner. Antakelse om utløsende faktorer og om hvordan mønstre og væremåter opprettholdes, kan vanskelig formuleres uten teori – kasusformuleringen er teorispesifikk.

#### RELASJONENES TOPOGRAFI

Ikke bare er kasusformuleringen teorispesifikk – også forståelsen av selve terapiprosessen er forankret i teori. Begrepet «relasjonell kompetanse» kan tydeliggjøre mitt poeng. Når Falkum et al. snakker om terapeutens relasjonelle kompetanse som en fellesfaktor, vises det til den relasjon terapeuten maktet å etablere i forhold til pasienten. Kvaliteter som respekt, anerkjennelse og empati er vesentlige her – det er omforent. I psykoanalytisk terapi vil relasjonell kompetanse også være knyttet til den spesifikke betydning av «relasjon» som er utviklet i denne tradisjonen. Psykoanalytisk objektrelasjonsteori omhandler ikke først og fremst de observerbare samspill, men snarere de mønstrene som er internalisert gjennom samspillet med betydningsfulle andre, og som har nedfelt seg som *indre relasjonsscenarioer*. Disse lever videre som ubevisste, latente relasjoner bak de manifeste – de utgjør stabile strukturer som kommer til uttrykk i individets karakter, »

Faksimile fra  
aprilutgaven av  
Psykologtidsskriftet

og som farger nåtidige mellommenneskelige forhold. Hos et barn kan tidlig avvísning resultere i tilbaketrekning og utforming av et selvtilstrekkelig mønster – som beskytter mot nye skuffelser. Den selvtilstrekkelige væremåten vil i sin tur kunne utløse ny avvísning, og slik opprettholde det defensive mønsteret i en form for syklisk kausalitet (Wachtel, 2014). I terapisisituasjonen vil slike ubevisste mønstre aktualiseres i forholdet til terapeuten (*overføring*). Hvis terapien sikter mot å endre repeterende, destruktive væremåter og samspill, vil terapeuten søke å fange inn de underliggende relasjonsscenarioer og få dem «inn» i dialogen. Dette er utfordrende – ikke minst når det gjelder aktivering av scenarioer preget av sterke negative følelser som hevngjerrighet, raseri, bitterhet, misunnelse og grådighet.

Et eksempel: I en veiledning nylig presenterte kandidaten et problem fra en gruppeterapi som skulle inngå i et forskningsprosjekt. En av pasientene, en ung mann, var svært deprimert, og uttrykte at han opplevde at alt føltes tomt og meningsløst. Terapeuten og de andre pasientene var blitt grepet av den unge mannens fortvilelse – og møtte ham med interesse og forsøk på innlevelse. Dette hjalp ikke – den unge mannen opplevde empatien som villet og «profesjonell», med det resultatet at ikke bare medpasientene, men også terapeuten, ble mer og mer frustrert. I et kasus som dette trenger terapeuten en konseptualisering nettopp av indre relasjonsscenarioer. I dette tilfellet dreide det seg om skepsis og *tvil* – var det i det hele tatt mulig å stole på noen? Tvilen fungerer som et strukturelt forankret «filter» som hindrer pasienten i å ta imot den «gode relasjonen» her-og-nå – og dette må terapeuten forstå.

I dag enes de fleste om betydningen av relasjoner – i utvikling og i psykoterapi. «Relasjon» er dagens språk. I denne situasjonen mener jeg det er viktig å avklare hva vi mener med begrepet. Hva slags relasjoner som fremtrer som *sentrale*, vil avhenge av målsettingen med behandlingen og terapeutisk arbeidsmåte. Kanskje kan man snakke om en relasjonenes topografi? En psykoanalytisk behandling vil sikte mot å bevisstgjøre latente relasjoner – «dialogen bak dialogen» (Gullestad & Killingmo,

2002). I dette arbeidet må terapeuten blant annet bruke egne følelser (*motoverføring*) som et instrument – empatisk innlevelse er ikke nok. Og dette fordrer en særegen kompetanse.

I dagens terapimangfold er det, slik jeg ser det, vesentlig å anerkjenne at ulike behandlingsformer ikke bare virker likt. Psykoanalysen er en dybdepsykologisk metode som søker å endre de dynamiske og strukturelle forhold som ligger til *grunn* for pasientens selvoppfatning og følelsesmessige forhold til andre. Mange av de pasientene som i dag søker behandling, har tidligere gått i avgrensede og symptomorienterte behandlinger uten å føle at disse har hatt en dypere virkning. Disse pasientene etterspør en behandling som er rettet mot kjernen i savn og konflikter, med sikte på mer omfattende og varige endringer i selvopplevelse og i relasjonen til andre mennesker (Gullestad & Killingmo, 2013). For denne gruppen med kompleks, karakterforankret problematikk kan en psykoanalytisk/psykodynamisk terapi være den som best er i stand til å hjelpe pasienten, slik nyere komparative studier også underbygger (Leichsenring et al., 2015). Mitt poeng er at denne inngående terapiformen fordrer kompetanse i å håndtere overføring og motoverføring – altså en *spesifikk* relasjonell kompetanse. Å snakke om «terapeutens relasjonelle kompetanse» som en fellesfaktor vil i denne sammenhengen kunne dekke til reelle forskjeller. ✕

## REFERANSER

- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2002). Dybdeintervjuet. Dialogen bak dialogen. I A.L. von der Lippe & M.H. Rønnestad (red.), *Det kliniske intervju*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 123–147.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., Leweke, F., Rabung, S. & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2: 648–660.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P. & Rønnestad, M. R. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86–104.
- Nissen-Lie, H. A., Oddli, H. W. & Wampold, B. E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 2013.
- Rø, F. G. (2013). Psykoterapiforskning – aktuelle utfordringer og dilemmaer. *Matrix*, 1, 26–37.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, 71: 396–405.
- Strupp, H. H. (1995). The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 70–74.
- Strømme, H. (2012). Confronting helplessness. A study of the acquisition of dynamic psychotherapeutic competence by psychology students. *Nordic psychology*, 64 (3): 203–217.
- Wachtel, P. L. (2014). *Cyclical psychodynamics and the contextual self. The inner world, the intimate world, and the world of culture and society*. London and New York: Routledge.

Fra arkivet: 1977

## Mennesket og arbeidet

Utvikling og forandring av mennesker og menneskelig kontakter og interaksjonsmønstre står i fokus for psykologer. Det blir vesentlig for forståelsen å ha kjennskap til den kontekst som danner rammene om interaksjonen. Videre kreves innsikt i de samfunnsmessige faktorer som regulerer rammene. Sentralt i den forbindelse står den menneskelige virksomhet: arbeidssituasjonens utforming og de arbeidsmuligheter som tilbys vil på avgjørende måte påvirke menneskets livssituasjon.

**Ulike aspekter** ved dette omfattende temaet ble tatt opp og diskutert på den XI. nordiske psykologkongressen i Åbo 8.-12- august 1977. Diskusjonene kom til å spenne over et vidt felt: Arbeid og personlighetsutvikling, Arbeidsforhold og psykisk helse, Oppdragelse, familie og samfunn, Psykologenes endrede arbeid.

**Psykologenes arbeidsfelt** og arbeidssituasjon sto naturligvis sentralt, og det var et av hovedmålene for kongressen å drøfte hvilken betydning kunnskap om mennesket og dets arbeid har for psykologenes egen funksjon.

**En forsøkte å analysere** vekselvirkningen mellom mennesket og dets virksomhet: hvordan kan arbeidsmiljøet skapes ut fra ulike ideologier, hvordan virker miljøet inn på individets psykiske og fysiske helse. Spørsmålet om makt og maktrelasjoner sto naturlig nok sentralt i den diskusjonen: ofte blir analyser av maktrelasjoner foretatt ut fra et konfliktløsnings- eller arbeidstrivselssynspunkt. Fra et mentalhygienisk synspunkt er det imidlertid et vel så viktig spørsmål om hvorvidt individet har mulighet for å arbeide for å forbedre sine egne livsbetingelser.

**Et annet hovedspørsmål** gjaldt sosialiseringen, hva er oppdragelsens mål i hjem og skole, hvilket arbeidsliv forbereder vi barna til: arbeidslivet slik det er nå, ellers lik vi kunne ønske det – innstiller vi barna på mulighet for forandringer?

**Hvorledes påvirkes** jenter og gutter med henblikk på sine roller: ut fra skjulte og ubevisste antagelser om ulikheter, eller med tanke på å gjøre dem i stand til å stille seg våkne og kritiske til de rolleutførelser som eksisterer i familien, på arbeidsplassen, i samfunnet?

**I spørsmål av denne art** ligger en betydelig utfordring til oss som psykologer: hvordan kan vi være med på å influere (for eks.) skolen, slik at en der får anledning til å legge større vekt på det mentalhygieniske aspekt, om nødvendig endog på bekostning av det rent kunnskapsformidlende.

*Usignert leder, oktober 1977.*



FOTO: LUIGI NOVI WIKIMEDIA COMMONS

## Hatten av

**Oliver Sacks var kasuistikkens mesterformidler. Nå har han gått bort.**

Hørt om mannen som tok feil av sin kone og en hatt? Eller kvinnen med autismediagnose som fant opp sin egen klemmemaskin? Så slapp hun å få klem av et menneske. Oliver Sacks var nevrologen som møtte dem begge – han møtte mange.

Med en grunnleggende humanisme i bunn fortalte Sacks historiene til mennesker med uvanlige nevrologiske syndromer og tilstander. Fargerike narrativer om ekstrasordinære personer kaster lys over hvordan hjernene våre sanser, husker og blir et Selv.

Sacks sto stødig i tradisjonen til den sovjetiske nevrologen A. R. Luria, som både var Sacks mentor og venn, med deskriptiv, kasus-orientert medisinsk skrivning. Selv kalte Sacks sin fremgangsmåte «romantisk» – han sto for en «romantisk vitenskap» som søkte å balansere de små detaljene med det store bildet (New York Times, 28.12.2012). Illustrativt ble 1976-utgaven av den kjente boka *Awakenings* viet til poeten W. H. Auden, med utdrag fra diktet *The Art of Healing*:

'Healing',  
Papa would tell me,  
'is not a science,  
but the intuitive art  
of wooing Nature.'

Sacks døde 30. august i år. Igjen står en fascinerende bibliografi, av en nysgjerrig og poetisk vitenskapsmann, som satte individet i sentrum.

Tekst: Ida K. Holth



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

# De synlige usynlige

Sammen med fagfolk kan vi i pårørendeforeningen bidra til å få på plass bedre rutiner for et positivt møte med hjelpeapparatet.

**JEG HAR MERKET** meg en svært positiv trend i det siste. Stadig flere pårørende står fram med sine historier i ulike medier. Det er jo selvfølgelig svært positivt, da de jo representerer førstehåndskunnskap om hvordan de ulike instanser, institusjoner og hjelpetiltak oppleves. Det jeg også har merket meg, er at ingen står frem med navn. Nesten samtlige historier er anonyme.

Vi i Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP) kjenner identiteten til mange av dem. Vi vet også hvorfor historiene deles anonymt. Stigma er faktisk fortsatt en utfordring, men den viktigste årsaken er nok allikevel hensynet til den syke. Både fordi man ikke ønsker å utlevere sine kjære, og fordi man faktisk er bekymret for at det å kritisere, påpeke, og foreslå kan påvirke hvordan pasienten ivaretas og behandles. Om det faktisk er sånn, har vi selvfølgelig ikke belegg for å påstå, men det er en utfordring i seg selv at dette er en følt sannhet.

## VI INVITERER

Det forteller oss samtidig om viktigheten og nødvendigheten av organisasjoner som vår. Vi har et stort ansvar i å være pårørendes talerør. Da er brukermedvirkning og god dialog mellom oss og helsepersonell avgjørende. Vi må tenke over nytten av et tett og godt samarbeid med både de pårørende som er berørt, og organisasjonene for øvrig.

Vi er representert over hele landet. Dette er en åpen invitasjon. Sammen kan vi skape gode lavterskeltilbud for alle landets pårørende. Eksempler på dette er møteplass og samtalegrupper. Sammen kan vi også skape en bedre hverdag, og kan bidra til å få på plass bedre rutiner for at pårørende skal oppleve møtet med hjelpeapparatet som positivt, istedenfor anstrengt og vanskelig, noe vi vet er realiteten for mange i dag. Her sitter vi med førstehåndskunnskap i bøtter og spann.

## PÅRØRENDE ER I VINDEN

I 2013 var jeg for første gang i Stavanger. Ikke i selve byen, men for første gang i nettverket for pårørendeforskning. Universitetet i Stavanger har tatt initiativ til dette nettverket, og her samles forskningsmiljøet for å dele og informere om de ulike prosjektene som pågår innenfor pårørendeforskning.

Det som slo meg fra sist møte nå i år, var hvor like utfordringer pårørende rapporterer. Da snakker jeg om pårørende generelt, ikke bare innenfor psykisk helse. Vi fikk forelagt forskning om pårørende for mennesker med ulike diagnoser, og svarene fra de pårørende var stort sett likelydende i samtlige forskningsprosjekter. Det forteller meg jo at vi fortsatt har et godt stykke igjen før vi kan være fornøyde med situasjonen for pårørende. Det

som samtidig har slått meg, er hvor mange gode forskningsprosjekter som nå pågår.

LPP er aktivt med i enkelte av dem, mens vi følger spent med på andre. Pårørende er i alle fall i fokus, og det kartlegges og systematiseres stadig mer rundt pårørendes situasjon. Vi har også deltatt i internasjonale undersøkelser der pårørendes situasjon også blir belyst.

Det trengs helt klart arenaer der pårørende løftes og der fokus settes på pårørende, uavhengig av både diagnoser og organisasjoner. Slike nettverk ønsker vi derfor hjertelig velkommen.

### ALTERNATIVE TANKER PÅ VEI

Medikamentfrie behandlingstilbud har lenge vært på agendaen. Det har sågar kommet i oppdragsdokumenter fra departementet, men har aldri blitt en faktisk realitet, selv om det fra politisk hold altså har vært bestilt. Nå er jeg vel ikke så sikker på om det politiske miljøet skal påberope seg å ha vært fryktelig aktive når det gjelder oppfølging av dette kravet, eller at de har fulgt opp eget oppdrag. Men det er i alle fall positivt at det er bestilt, og i så måte skal komme.

Det var noe mer nedslående da vi så svarene fra helseforetakene. Flere meldte tilbake at de rett og slett ikke ønsket å innføre slike tilbud. Dette var for så vidt interessant nok, at man ikke var villige til å følge egen eiers ønske. Nok om det. Dette er selvfølgelig en utfordring for departementet, men vi forventer jo at det blir fulgt opp, og at det kommer, i tråd med oppdragsdokumentet. Fellesaksjonen for medisinfri behandling vil på nytt be om et møte med departementet for oppfølging av saken.

For noen tror jeg medikamentell behandling er til svært god hjelp i perioder. For andre tror jeg derimot det vil være fullstendig krise å bli påtvunget en slik behandling. Folk er for-

skjellige, og det må også psykiaterne ta innover seg. Det er nødvendig med individuell og riktig behandling for den enkelte. Det kan være ulik fasit på hva som er det beste for den enkelte, og derfor er vi også avhengige av å ha alternativene. Vi kan ikke lenger akseptere å gå i det samme sporet, et spor som ikke er riktig for mange. Vi må evne å tenke alternativt, slik at flere kan få en bedre hjelp, for sin egen del. Det gjør vi best gjennom å innse at folk er ulike, og dermed kan ha forskjellige løsninger som den mest riktige veien.

### ENDT KRONIKKRUNDE

Etter å ha vært fast kronikør i bladet, er jeg nå ved veis ende. Jeg håper jeg har fått belyst pårørendes situasjon noe, og synliggjort at muligheter finnes. Fra vår side er vi i alle fall alltid interesserte i å skape en best mulig hverdag for både pårørende og brukere. Dette tror jeg vi gjør best gjennom et likeverdig samarbeid. Her må både helsepersonell, politikere og vi som interesseorganisasjoner være oss vårt ansvar bevisste. Spiller vi på lag, så kommer de gode løsningene. Vi ønsker alle det beste for våre, enten det er brukere, pårørende eller likepersoner. Dette skal vi sammen også klare.

Sammen skal vi skape og forbedre. Sammen skal vi nå stadig nye mål. I alle fall håper jeg at vi kan benytte ordet «sammen». Vi er klare og interesserte. Det håper jeg både psykologene, politikerne og øvrige er. Går vi i dialog, så får vi kanskje et nytt perspektiv på noen realiteter. Kanskje kan dette nye perspektivet medføre et bedre tilbud til alle landets pårørende? ✕



Vi har fortsatt et godt stykke igjen før vi kan være fornøyde med situasjonen for pårørende

A.G P Tegesum

# Inntrykk



Robin Schaefers historie om Monika-saken er lærerik for psykologer innenfor mange fagfelt, mener psykologspesialist Cecilie Thorsen.

Side 914

Hvordan gjøre gode beslutninger? Nils Tore Meland viser vei.

Side 915

*Etter sjokket* handler om hvordan vi reagerer på ekstremt stress, men kunne vært mer reflektert.

Side 916

## Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

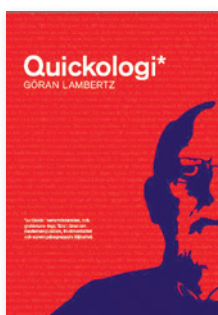
Send forespørsel på e-post til perolav@psykologtidsskriftet.no eller nina@psykologtidsskriftet.no.

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

## ANMELDT: BOK

# The last man standing

Ikke før var Quick/Bergwall frikjent for alle drap, så kommer en fersk bok av Justitiekansler Göran Lambertz som sier at Quick antakeligvis var skyldig likevel. Forvirret?



**GÖRAN LAMBERTZ**  
*Quickologi*, Fri Tanke, 2015. 502 sider

### ANMELDT AV

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

**SIST JEG SJEKKET** var det skrevet syv bøker av, og særlig om, mannen som i perioden 1994–2001 tilsto totalt 39 drap og ble dømt for åtte av dem. Han kalte seg Thomas Quick. I 2001 stanset tilståelsene, og Sture Bergwall, som han nå kalte seg, trakk senere alle sammen. Flere hadde gitt uttrykk for en mistanke om at mannen var en mytoman og at domfellelsene var uriktige. Med tiden ble Bergwall frikjent for drap etter drap, og sommeren 2013 ble han frikjent for det siste drapet. Nå er han en fri mann. I kjølvannet av frifinnelsene ble han også skrevet ut fra den rettspsykiatriske klinikken Säter etter å ha vært der i 24 år etter at han ble dømt til psykiatrisk behandling. Med dette var Sveriges største rettsskandale et faktum. Eller?

### GÖRAN LAMBERTZ

Nei, slett ikke, skal vi tro Göran Lambertz, som har skrevet den åttende boken om Quick/Bergwall, som han har kalt «Quickologi». Lambertz er Svensk høyesterettsdommer og tidligere Justitiekansler i Sverige (en blanding av regjeringsadvokat og sivilombudsmann). Hans hensikt med den 500 sider lange boken er tindrende klar fra de første sidene: For det første, skriver Lambertz, var det slett ingen rettsskandale at Quick ble dømt for drapene.





Dommene var egentlig riktige. For det andre er den voldsomme kritikken som har rammet flere av aktørene i saken, fullstendig ute av proporsjoner. De aktørene Lambertz mener har fått urimelig kritikk, er Quick-sakens etterforskere, Quick sin tidligere forsvarer, terapeutene som behandlet sin pasient og som trodde på hans tilståelser, samt en psykologiprofessor som bisto politiet i å håndtere Quick og alle hans tilståelser.

Boken består av to hoveddeler. Den første delen er Lambertz' redegjørelse av Quicksakens bakgrunn. Den andre er hans versjon av hvordan hele saken *egentlig* henger sammen. Denne delen er delt opp i 25 underkapitler.

Forfatteren tilhører en liten gruppe i Sverige som fortsatt forfekter Quick/Bergwall sin skyld, og Lambertz er den som sterkest har frontet standpunktene deres i det offentlige rom. Han beskriver inngående den sterke kritikken han som høyesterettsdommer har fått for sine synspunkter om at Quick neppe er uskyldig. Forfatteren fremhever at selv om Quick

er frikjent, er han ikke nødvendigvis uskyldig. I boken går forfatteren systematisk igjennom saken. Han redegjør i detalj for kritikken han og hans meningsfeller har fått, og han er særdeles grundig i sin begrunnelse for at de opprinnelige dommene (som han siterer mye fra) var korrekte. Han gjennomgår alle bevis i saken og skriver til og med sin egen (fiktive) dom basert på det han mener å finne.

Ut over Quick sine egne tilståelser fantes det verken tekniske bevis på hans skyld eller noen vitneobservasjoner. Til tross for dette tar Lambertz på grundig svensk vis for seg absolutt alt som taler for at Quick var skyldig i de åtte drapene han nå er frikjent for; Quicks manglende troverdighet, feil i de frikjennende dommene og påståtte faktafeil i bøkene om Quick. Et noe kuriøst innslag er de hyppige referansene til sporhunden Zampo. Det er ifølge Lambertz et sterkt indisium på at Quick snakket sant da han tilsto drapene, i og med at hunden ofte markerte på lik der Quick tilsto å ha drept et menneske.

**STURE BERGWALL**, eller Thomas Quick som han også kalte seg (bildet), er ikke uskyldig, mener forfatter og høyesterettsdommer Göran Lambertz som i boken tar et oppgjør med «den kompakte majoritet.» Foto: Ulf Palm/Scanpix





Man skal ha en temmelig stor interesse for og kunnskap om Quick-sakens mange irrganger for å ha glede av denne boken

#### ENKELTE GODE POENGER

Lambertz er ingen dum mann, og i løpet av den omfattende boken har han gode poenger. Det er liten tvil om at Quick/Bergwall hadde en lengre historie med alvorlig vold og seksualovergrep bak seg. I så måte var han i en høyrisikogruppe for å utøve alvorlig vold. Det var dermed ikke utenkelig at Quick kunne stå bak de forbrytelsene han ble dømt for. Lambertz skriver videre at han ved gjentatte anledninger har svart ja til å møte sine meningsmotstandere til debatt, som f.eks. den profilerte kriminolog-professoren Leif G. W. Persson og forfatteren Dan Josefsson (som skrev boken *Mannen som slutade ljuga* fra 2013). Men disse har ved flere anledninger takket nei til å møte Lambertz. Når hans meningsmotstandere er så overbevist om at Lambertz tar feil, så bør de våge å møte ham i offentlig debatt. Det er også et poeng at ingen av frifinnelsene ble ført for en domstol. Det som skjedde, var at påtalemyndigheten etter hvert la ned alle sakene, og så fulgte domstolen opp og frikjente ham. Lambertz' poeng er at om alle de åtte dommene hadde vært ført samlet for domstolen, så ville man, etter hans mening, ha kommet frem til at det var nok bevismateriale for en fellende dom.

Det interessante med boken er å se hvordan en person argumenterer for en sak hvor han er så til de grader uenig med den kompakte majoritet. Det er også spennende å lese om mediene og meningsmotstandernes rolle i saken slik forfatteren ser det. Mediene har hatt en nærmest ensidig negativ vinkling av Lambertz og hans meningsfeller. Det kaller Lambertz for «et journalistisk havari». Det er også engasjerende å lese om det skarpe debattklimaet som har oppstått og hvor personkarakteristikkene har haglet. Eksempelvis gjengir Lambertz en karakteristikk mot seg som Leif G. W. Persson kom med:

För manliga tillkortakommanden av mer betydande slag finns det tre bildliga beskrivningar som i vart fall inte drabbar kvinnor; Man kan fastna med skägget i brevlådan, med pitten i svängdörren eller med brallorna nedhasade till fotknölnarna. I en rent praktisk, fysisk och mänsklig mening skal det naturligtvis och i princip vara omöjligt att samtidigt uppnå dessa tre resultat. Icke förty så har numera även Göran Lambertz (...) lyckats med detta akrobatnummer.

Samtidig er ikke heller Lambertz nådig. Han beskylder journalisten Dan Josefsson for å skrive så villedende om Quicksaken at han bevisst bedrar sine lesere. For psykologer kan det være av interesse å se hvordan Lambertz behandler spørsmålet om fortrenge minner og den terapien Quick fikk på Säter. Flere, bl.a. Josefsson, har vært klar på at teorien om fortrenge minner dominerte behandlingen av Quick. Quick på sin side, hevdet Josefsson, bedrev en manipulasjon av terapeutenes naivitet og gjorde seg interessant for dem ved sine tilståelser. I sterk medikamentpåvirket tilstand fortalte han sin terapeut om drap etter drap. Behandlerne mente at Quick gjenskapte sine barndomstraumer med å begå drap. Lambertz mener at det ikke på noe vis – slik flere har påstått – lar seg dokumentere at det var denne terapien som «skapte» monsteret og seriemorderen Quick.

#### ER BOKEN AV INTERESSE?

Man skal ha en temmelig stor interesse for og kunnskap om Quick-sakens mange irrganger for å ha glede av denne boken. Derfor blir den neppe noen kioskvelter heller. Boken starter interessant, men blir altfor langt forsvarsskrift for Lambertz og hans meningsfeller. I løpet av boken repeterer forfatteren seg selv til det kjedsommelige, og det kan virke som at han blir mer og mer sikker på sin egen sak. Motforestillingene svinner utover boken helt hen. Det blir nesten irriterende når han benytter seg av uttrykk som «uten tvil» og «helt sikkert». Det kan nesten virke som forfatteren skriver i affekt. Han som kritiserer andres skråsikkerhet (som han kaller en «majoritetseufori»), blir selv skråsikker i sin sak. Når han så skriver sin egen dom, som er blottet for tvil om Quicks skyld, blir det for sært.

Rett etter at Lambertz utga sin bok, kom Bergwallkommisjonen ut med sin 716 sider lange granskningsrapport. Den slår langt på vei fast at det ble gjort betydelige feil hos flere av de involverte da Quick ble dømt. Kanskje burde Lambertz ventet med å utgi boken til etter offentliggjøringen av granskningen. Men det er tvilsomt om det ville endret noe som helst på Lambertz' oppfatninger. Siste ord i denne betente saken er neppe skrevet. ❌

## KLASSIKEREN



### Irvin D. Yalom, *Kærlighedens bøddel og andre psykoterapeutiske fortællinger* (1994)

Ungdommene jeg møter i jobben min, ville elsket å snakke med Yalom, skriver Marianne Kuvaas.

For 20 år siden – nyutdannet og nettopp flyttet fra Danmark til Arendal for å jobbe – fikk jeg anbefalt *Kærlighedens bøddel* av en svoren tilhenger av Yalom. I boken møtte jeg ti personer med forskjellige livsproblemer, og Yalom som hjelper dem til å leve med seg selv. Boken har blitt en følgesvenn fra første jobb i akuttpsykiatrien for voksne, til PPT, som privatpraktiserende, på Familiekontor, i Barnevernet og nå i ABUP, døgnpast for ungdom. *Kærlighedens bøddel* er fortsatt like god å ha i hylla.

Da jeg slukte boken første gang, var den sterkeste følelsen beundring for terapeuten Yalom. Andre gangen var den sterkeste følelsen gjenkjennelse av det menneskene i nød beskrev. At vi mennesker har felles eksistensielle utfordringer, og at terapeuten først og fremst er et menneske.

Det hjelper å møte mennesker i nød med Yalom bak øret, og som kan hviske: «Angst er et grundvilkår». Altså ikke i utgangspunktet en sykdom som vi bør bli kvitt. «Valgets kvaler er noe vi alle må leve med – og noen ganger trår vi feil.» Jeg føler at jeg kan puste med den filosofien, og den måten å møte mennesker i nød på.

I dag jobber jeg med ungdom som tenker på å ta livet sitt og kanskje allerede har trent på å dø. De ville ha elsket å snakke med Yalom.

*Marianne Kuvaas utfordrer  
Anne Poulsson til å ta stafettpinnen videre*

## Ferskvare



### «Hemmelig» essaytrilogi

Stig Sæterbakken gikk bort vinteren 2012, bare 46 år gammel. *Der jeg tenker er det alltid mørkt* er en samleutgave av hans «hemme-

lige» essaytrilogi, utgitt som boksingler på Flamme Forlag i tidsrommet april 2009–august 2011. «Ja. Nei. Ja» tar utgangspunkt i en samtale mellom Peter Handke og vennen Peter Hamm, og munnar ifølge forlaget ut i et rungende forsvar for skilsmissem. «Umuligheten av å leve» er et bekjennelsesskrift om barnsligheten som forfatterens dominerende personlighetstrekk. «Det fryktinngydende» handler om å bli innhentet av sine «sjokkerende feilskjær, sine buksespjærende blunder». Boka inneholder nyskrevne for- og etterord av John Erik Riley og Tom Egil Hverven.



### Essays om tingene rundt oss

*Om høsten* er tittelen på Karl Ove Knausgård's nye essaysamling. Et barn skal bli født, og faren setter seg ned for

å skrive til det. Ifølge forlaget Oktober er dette er første bindet i en personlig encyklopedi som forsøker å sirkle inn det karakteristiske ved tingene vi omgir oss med, og nærme seg verdens materialitet gjennom en serie korte beskrivelser. Enkelte av tekstene handler om lysende øyeblikk hvor noe tilsynelatende ubetydelig får glans fra livet som står og betrakter det, mens andre er melankolske, fulle av sorg over det som går tapt. Men felles for dem alle, er at den verden som stiger frem gjennom dem, er en fantastisk verden.

# Etter etterforskningen

Politietterforsker Robin Schaefer sin historie om Monika-saken er en fortelling om den psykiske belastningen ved å være en varsler – og om å stå for noe.



## ROBIN SCHAEFER

*Monika-saken*,  
Vigmostad & Bjørke,  
2015. 258 sider

**HÅNDTERINGEN AV MONIKA-SAKEN** er et eksempel på at varslerer er i en utsatt posisjon. I min nåværende jobb møter jeg mennesker preget av belastninger i arbeidslivet, i form av negativt arbeidsmiljø, opplevelser av mobbing/trakassering, eller at konflikter eller varslingsaker håndteres på en måte som blir belastende. I boka *Monikasaken* beskriver Schaefer sin historie. Jeg er interessert i hva jeg kan lære av hans erfaringer som kan ha nytteverdi for meg som fagperson. Er hans opplevelser både på jobb og personlig gjenkjennbare? Har hans erfaringer overføringsverdi til de jeg møter i min arbeidshverdag?

## EKSTREME PÅKJENNINGER

Vi følger Schaefer i ett år, hvor saken etter hvert preger hele hans tilværelse. På arbeidsplassen motarbeides og trues han. I stedet for at utøvelsen av hans plikt som politimann verdsettes, frykter han å bli stemplet som illojal, med de konsekvenser det kan få for hans jobbidentitet, i et fellesskap preget av sterk korpsånd. Han er usikker på hvor han har kollegaene hen:

I begynnelsen av februar var jeg tilbake på jobb, men hadde store konsentrasjonsproblemer. Jeg gikk fortsatt med for lite søvn i kroppen og kjente meg irritabel. Begynte å trekke meg bort fra de andre, i lunsjen satt jeg og jobbet i stedet for å delta i fellesskapet.

Noe av det som gjør denne boka interessant, er at Schaefer vektlegger å beskrive sine erfaringer fra et menneskelig perspektiv og gir oss et levende innblikk i hvordan han har det. Han blir dårlig når han nærmer seg jobb. Han mister nattesøvnen, grubler mye, opplever livet som meningsløst, har bekymringstanker rundt egen helse i tillegg til høy paranoid beredskap: «Jeg stoler ikke på noen lenger, så jeg står til og med

og pisser med døren åpen, i frykt for at han skal ta bilder av dokumentene mine.» I perioder er han ikke i stand til å arbeide og strever med å forholde seg til sine nærmeste. Han føler seg alene.

Han rammes av den eskalerende konflikten og av at det utøves en autoritær lederstil med mangel på dialog, hvor han verken føler seg hørt eller behandlet med respekt. Tilsvarende erfaringer fra arbeidslivet og hvordan man da rammes personlig, er svært gjenkjennelig fra det vi hører på Jobbfast. Mange strever med å fungere på jobb og i hverdagen. Mange får symptomer på depresjon, angst, søvnproblemer, høynet paranoid beredskap, muskelpåler og posttraumatiske symptomer (PTSD). Mange uttrykker tvil på seg selv i sin rolle som yrkesutøver. Mange deler lite med kollegaer og sine nærmeste og føler seg alene. Opplevelsen av ensomhet, både eksistensielt og i praksis ved at man føler seg utestengt fra fellesskapet eller selv unngår andre, er noe av det som rammer hardest. Sosial isolasjon er jo også et av menneskets mest fryktede eksistensielle grunnvilkår. Varslerne vi møter, beskriver belastningen med å ikke bli hørt, at illusjoner brister, at man kan kjenne mindre tro på rettferdighet og anstendighet og få redusert opplevelse av sammenheng i tilværelsen. Noen forteller at de kommer seg, men at de i etterkant lever i en svært annerledes verden enn den de levde i tidligere. Andre rokkes i en «sunn» naivitet i troen på et anstendig arbeidsliv hvor eksisterende retningslinjer for håndtering av konflikter eller mobbing faktisk følges i praksis.

## LÆRERIKT

Dette er en historie om et menneskes erfaringer som er lærerik for psykologer innenfor flere fagfelt. For klinikerne gir boka et levende inn-

## ANMELDT AV

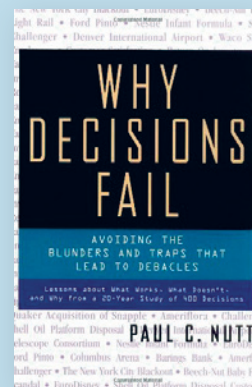
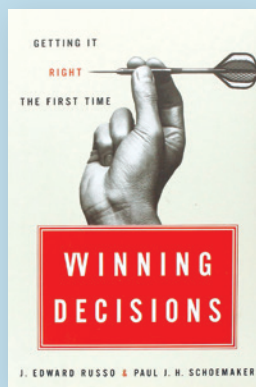
Cecilie Thorsen,  
Psykologspesialist  
på «Jobbfast»,  
Yrkesmedisinsk  
avdeling på  
Haukeland  
universitetssykehus.

## ANBEFALT

blikk i hvordan store belastninger i yrkeslivet og rollen som yrkesutøver kan få store helsemessige konsekvenser. På et dypere plan kan disse belastningene også påvirke ens selvopplevelse og identitet. For organisasjons- og arbeidspsykologen gir boka et innblikk i de sterke destruktive og helsefarlige kreftene som kan vokse frem i en organisasjonskultur og i et arbeidsmiljø preget av dårlig ledelse.

Det jeg ble mest overrasket av, er hvor relevant boka er fra et allmennmenneskelig perspektiv. Den er et eksempel på bevissthet om egne verdier og å leve i tråd med dem. Det krever mot og styrke å varsle. Det krever imidlertid også bevissthet om hva man står for, og mot til å handle deretter. Boka kan også leses i lys av aksept- og forpliktelsesterapi (ACT). ACT er en mindfulness-basert atferdsterapi som har allmenngyldig relevans og rommer en stor eksistensiell komponent. Hva ønsker du å stå for i livet, og hva er det som er viktig for deg? Målet med ACT er å hjelpe oss å skape et meningsfullt liv, og samtidig akseptere de utfordringer og smerter som livet uunngåelig fører med seg. Det å handle i tråd med egne verdier kan også medføre både smerte og ubehag. Schaefer gjorde et valg om å kjempe for det han mente var viktig, til tross for store belastninger for ham selv: «Jeg sier jeg tar all belastning som saken medfører, selv om jeg ser at karrieremuligheter forsvinner.»

Schaefer skriver i dagboks form og velger å by på seg selv og dele egen sårbarhet. Akkurat nok til at det gjøres med verdighet og respekt for sine nærmeste. Dette er en interessant og leseverdige bok; for klinikerer, organisasjons- og arbeidspsykologen, men ikke minst som inspirasjon til selvrefleksjon. Hva er viktig for meg? Hva står jeg for? Eller for å sitere Robin Schaefer: «Stå for det du tror på, og tro på det du står for.» ❌



## EN GOD BESLUTNING Å LESE OM GODE BESLUTNINGER

Flere tiår med forskning viser at vi mennesker er belemret med en rekke forutsigbare handlingsmønstre – som står i veien for det å ta gode valg. En begredelig konsekvens er at minst halvparten av de viktige beslutningene i organisasjonslivet skjærer seg. Vi velger for raskt eller for tilfeldig. Vi baserer oss på for mye, for lite eller gal informasjon. Vi vegrer oss og venter. Eller vi lar være.

Den gode nyheten er at det finnes mye godt stoff om hva vi kan gjøre med dette. Etter å ha arbeidet med lederutvikling i snart tre tiår, synes jeg det er litt snodig at organisasjonspsykologene synes å ha interessert seg lite for litteraturen innenfor dette spennende – og ikke minst praktiske – fagfeltet.

Her er noen lesetips til deg som ønsker å hjelpe ledere i organisasjoner med å utvikle seg som beslutningstakere:

Det er et godt utgangspunkt å starte med Daniel Kahnemans skattkiste *Tenke fort og Langsomt*. For å supplere med et mer konkret organisasjonsperspektiv, anbefaler jeg imidlertid å lese Russo & Schoemakers *Winning Decisions* og *Why Decisions Fail* av Paul Nutt. Sistnevnte er kanskje en av våre aller største nålevende eksperter på fagfeltet.

På norsk har vi Linda Lais *Dømmekraft* fra 1991 og Karin & Nils Brunssons *Beslutninger*, som kom ut nå i år. I tillegg vil jeg nevne Marcus Selarits *A Leadership Perspective on Decision Making*, som også er en norsk utgivelse, men skrevet på engelsk.

Jeg kan også anbefale Thaler & Sunsteins *Nudge* og boken *Wiser* – skrevet av Sunstein & Hastie. Sistnevnte utgis på norsk nå i høst.

Anbefalt av Nils Tore Meland, organisasjonspsykolog og offiser.

# Gode råd

Verdifull kunnskap om reaksjonene vi får etter ekstremt stress, men jeg savner de gode refleksjonene.



**NILLE LAUVÅS,  
ROLF MARVIN BØ  
LINDGREN**

*Etter sjokket.  
Traumatisk stress og  
PTSD*

Aschehoug forlag,  
2015. 224 sider

**MÅLGRUPPEN FOR** Nille Lauvås' og Rolf Lindgrens bok *Etter sjokket* er først og fremst de som selv har opplevd, eller som står nær noen som har opplevd, traumatiske hendelser. Den er ikke skrevet for terapeuter, men den kan være nyttig for folk flest som vil lære mer om stressreaksjoner etter traumer. Den er lettlest, har korte kapitler, og teksten er enkelt og forståelig skrevet. Kort oppsummert forteller boka en historie om hva som kan skje når vi opplever en traumatisk hendelse, og hvordan vi kan minske risikoen for å få helseplager i etterkant. Den gir konkrete råd og veiledning til de utsatte om når og hvor de bør søke hjelp, den har en egen del som omhandler hvordan de utsatte kan komme tilbake til arbeidslivet, og den har kapitler for pårørende. Teksten er rammet inn av forfatterne egne historier: Rolf som terapeut, og Nille som forteller om sine erfaringer og reaksjoner fra 22. juli og tiden etterpå. Hun var på jobb i regjeringskvartalet den dagen bomben smalt, og det er vanskelig ikke å la seg bevege av kapitlet der historien hennes blir viet plass. Det formidler et dypt alvor, samtidig som den gir håp.

## PEDAGOGISK TILNÆRMING

Som forfatterne selv skriver, har boka ambisjoner om å være psykoedukativ, eller pedagogisk, i formen. Leseren får en fin innføring i hva som skjer med kroppen når vi blir redde. Boka forteller om hvordan vi reagerer på stress og ekstreme hendelser ved å beskrive kroppens alarmsystem, automatiske stressreaksjoner, og hvordan nervesystemet reagerer. Dette er fine kapitler, og jeg liker at evolusjonsperspektivet trer frem når reaksjonene forklares som hensiktsmessige overlevelsesinstinkter som har utviklet seg gjennom menneskets evolusjon.

Nilles og Rolfs egne stemmer bidrar til å knytte kunnskapen til konkrete eksempler gjennom hele teksten, noe som fungerer som

et godt pedagogisk virkemiddel. En annen ting jeg liker, er vinklingen boka har mot å hjelpe den utsatte til å akseptere vanskene sine. Fokuset er å ta vare på seg selv, og boka gir forklaring på hvorfor dette kan være en hjelpsom posisjon å innta. Jeg synes også de kliniske vignettene til Rolf fungerer godt i den sammenhengen; her brukes det gode metaforer, og den aksepterende terapeuten er fremtredende.

## GODE OG TYDELIGE RÅD

Jeg synes forfatterne har klart å lage en tekst som mestrer balansegangen mellom ikke å være for generell og for spesifikk. Det er fint at de fremhever at de fleste ikke blir syke, og at det er stor variasjon i reaksjoner. Likedan at forfatterne tar opp at selv om det er lenge siden en hendelse har skjedd, kan plagene fremdeles være sterke og hemmende. Samtidig gir de tydelige råd; både om hva som bør gjøres, og om hva som ikke bør gjøres. I kapitlet om førstehjelp gir forfatterne gode anbefalinger som fremhever betydningen av å være åpen, oppsøke sosial støtte og fortsette hverdagen.

Forfatterne har selv skrevet at de har valgt å ikke ha referanser i teksten, men jeg savner at sentrale bidragsyttere blir trukket frem. Hobfolls prinsipper om tidlig intervensjon blir for eksempel ikke nevnt, og disse prinsippene om blant annet sikkerhet, ro, samhörighet og håp burde ha kommet tydeligere frem fordi de ofte er toneangivende i psykologiske førstehjelpstiltak. Det er heller ikke trukket frem noe empiri eller noen teori i beskrivelsen av de ulike reaksjonsfasene etter traumatiske hendelser, og jeg savner faglitteratur i teksten om dissosiasjon, hukommelse og menneskets søken etter trygghet.

## FOR FRAGMENTERT

De korte kapitlene er trolig et grep forfatterne tar for å gjøre boka lettere å følge. For meg fun-

## ANMELDT AV

Tonje Holt, Psykolog og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

gerer det ikke helt. Teksten blir litt for oppstykket, og flere steder opplever jeg at det er for mange underkapitler, og at innholdet i disse flyter inn i hverandre. Oppbygningen av kapitlene hjelper meg heller ikke med å se helhet og sammenheng. Jeg lurer for eksempel på hvorfor kapitlet om nervesystemet kommer så sent i boka. Det ville trolig ha passet bedre som bakgrunnskunnskap tidlig i boka.

Jeg liker bruken av Nille og Rolfs stemmer underveis i teksten. Det som derimot undrer meg, er hvorfor forfatterne velger å stykke opp teksten med enda flere sitater og kliniske eksempler, både fra bøker, sangtekster og avisreportasjer. Det virker rotete, og det får teksten til å fremstå som litt halvhjertet. Hvis forfatterne hadde erstattet noen av disse sitatene med Nilles eller Rolfs kjente stemmer, og klart å bruke dem mer gjennomgående, ville jeg nok opplevd boka som mer sammenhengende. Jeg lurer også på om forfatterne hadde trengt å ha med kapitlet om soldater og innsatspersonell. Jeg synes dette kapitlet går utover det allmenne og blir for spesifikt.

### SAVNER REFLEKSJONENE

Innholdsmessig synes jeg boka gaper for høyt. De mange temaene gjør at forfatterne ikke får anledning til å fordype seg i de mest interessante dilemmaene og utfordringene, og jeg savner de gode refleksjonene. Flere ganger sitter jeg igjen med en opplevelse av at «ja dette er viktig», men så stopper teksten plutselig opp og begynner på noe nytt. For eksempel hadde jeg ønsket at boka gikk enda lenger i å drøfte hvordan pårørende kan ta opp bekymringer, være støttende og få til gode samtaler hvis en nær har opplevd noe traumatisk. Videre synes jeg at kapitlet som er for foreldre og omsorgspersoner blir litt overfladisk. Her kunne det i større grad vært trukket frem hvordan omsorgsgivere kan være ressurspersoner for barna sine, hvordan de kan støtte barna sine, og hvordan de kan alderstilpasse samtaler og informasjon. Likeledes hadde det vært ønskelig med mer tekst om at foreldre og andre voksne ofte kan slite med å se og oppdage barnas plager hvis de ikke spør og bryr seg. Jeg lurer også på hvorfor BUP ikke er nevnt over aktuelle tilbud hvor barna kan få hjelp.

Unngåelse er videre et tema hvor forfatterne kunne ha løftet frem potensielle dilemmaer: Hvordan finne balansen mellom trygghet og unnvikelse? Er noen typer unngåelse mindre hensiktsmessige enn andre? Her er det mange aktuelle avveininger som forfatterne kunne ha dvelt ved.

Kort oppsummert: Dette er en bok for allmennheten, og spesielt for dem som på en eller annen måte er berørt av potensielt traumatiserende hendelser. Leseren vil sannsynligvis sitte igjen med verdifull kunnskap om reaksjonene vi får etter å ha opplevd ekstremt stress. Jeg er imidlertid usikker på hva boka kan bidra med av dypere innsikt og refleksjon.✘



Fokuset er å ta vare på seg selv, og boka gir forklaring på hvorfor dette kan være en hjelpsom posisjon å innta



# 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 kurskalenderenkontakt oss på tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

## OKTOBER

---

### Hvordan skrive journal

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

### Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Conners' CPT

Oslo, 8.–9. oktober 2015  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning)

### Nepsy-II-kurs

Oslo, 22. og 23. oktober 2015  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning)

### Lovkurs; tvangsvedtak i psykisk helsevern

Oslo, 28. og 29. oktober 2015  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning)

## NOVEMBER

---

### Obligatorisk program i spesialiteten Arbeidspsykologi

19.–20. november i Oslo  
[www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning)

### Kronisk traumatisering og strukturell dissosiasjon av personligheten

Bergen, november 2015–mai 2016  
[www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no)

## DESEMBER

---

### Kurs i EMDR

Oslo, 9.–11. desember 2015  
Påmelding og nærmere informasjon  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## 2016

---

### Kurs i EMDR

Oslo, 11.–13. januar 2016  
Trondheim, 4.–6. april 2016  
Bergen, 25.–27. april 2016  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

### Toårig sertifiseringsprogram i skjemat terapi

Starter opp i februar 2016  
For program og påmelding: [www.kognitiv.no/Utdanningsprogram/Fagnettverk eller www.psykologbehandling.no](http://www.kognitiv.no/Utdanningsprogram/Fagnettverk_eller_www.psykologbehandling.no)



**KONTOR TIL LEIE****VED MAJORSTUHuset LEGEGRUPPE I OSLO**

Velfungerende gruppepraksis med fire fastleger og en kardiolog. 4 erfarne helsesekretærer. Kontoret passer godt til psykiater/psykolog eller nevrolog, men andre interesserte spesialister kan også gjerne ta kontakt med dr. Tord Østberg, **tlf. 905 45 996** eller dr. Torunn Bjerve Eide, **tlf. 951 32 959**.

**OSLO.** Majorstukrysset Legegruppe har ledig kontor til utleie for psykolog. Adr: Bogstadveien 72. For nærmere informasjon, ta kontakt med Rebekka J Wangenstein, **tlf. 482 77 227**, e-post **reb.j.w@online.no**

Neste utgivelse er **2. november**,  
frist for å bestille annonse til  
november-utgaven er

**mandag 19. oktober**

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



**Den 8. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging**

## Fra handlingsplan til praksis

**18.–19. november 2015,  
Kristiansand**

Arrangør:  
RVTS SØR og Nasjonalt senter  
for selvmordsforskning og  
-forebygging (NSSF)

For påmelding og mer informasjon, se  
**[www.nasjonal-selvmordskonferanse.no](http://www.nasjonal-selvmordskonferanse.no)**



## Ledige plasser på IAPs fordypningsprogram i barne- og ungdomspsykologi

Starter januar 2016

Den toårige utdanningen er godkjent av Norsk psykologforening som fordypningsprogram for spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi. Programmet går over fire semestre og omfatter 8 samlinger á to dager, 96 veiledningstimer i gruppe og egenstyrte arbeidsgrupper. Første kurs i programmet finner sted i Oslo 20. og 21. januar 2016.

### Aktuelle tema:

- Utviklingsstøttende kommunikasjon og arbeid med barns relasjoner
- Metaforer, narrativer og lek i terapi med barn og ungdom
- Kognitive metoder i arbeid med barn og unge
- Barnefokuserte familiesamtaler
- Forståelse og behandling av traumatiserte barn og ungdom
- Terapi og terapeutisk allianse med ungdom
- Ungdom – kontekst – system: Multisystemisk forståelse og intervensjoner i arbeid med ungdom
- Familieterapeutiske virkemidler med barn/ungdom som henvist klient

**Mer informasjon** om aktuelle forelesere/veiledere, organisering av gruppeveiledning og kostnader ved deltakelse finner du på vår hjemmeside. Forutsetning for deltakelse er at en er i klinisk praksis hovedsakelig med barn og/eller ungdom. Videre at veiledning i gruppe lar seg ordne praktisk. Påmeldingen stenges når programmet er fulltegnet.

Påmeldingsskjema på IAPs hjemmeside **<http://www.iapnett.no/>**.

Eventuelle spørsmål kan rettes til koordinator Anneli Otnes, telefon 995 85 767.

## INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

**For psykologer og leger  
igangsettes det våren 2016:**

### 2-årig INNFØRINGSSEMINAR I:

OSLO – seminarleder Mona Semb  
KRISTIANSAND – seminarleder Tone Skjerven  
VESTFOLD/TELEMARK – seminarleder  
foreløpig ikke bestemt

### 2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR I:

OSLO – seminarleder foreløpig ikke bestemt

**Innføringsseminaret** gir en generell innføring i psykodynamisk teori, intervjuteknikk, psykodynamisk evaluering og terapi. Som ledd i utdannelsen kreves at kandidatene i hele seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasienter (voksne) under kvalifisert veiledning. Det er ønskelig med minimum to års klinisk praksis fra psykisk helsevern før opptak.

**Videregående seminar** bygger på innføringsseminaret, og gir en teoretisk fordypning med større vekt på det kliniske arbeid. Ved siden av de oven nevnte betingelser for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikke trygdefinansiert lærebehandling.

- Innføringsseminarene vil gå over 5–6 enkeltdager pr. semester, på fast ukedag, totalt 180 timer.
- Videregående seminar vil gå over 5–6 enkeltdager pr. semester, på fast ukedag, totalt 200 timer.
- Det er inklusive to fordypningsseminarer a 10 timer på henholdsvis innførings- og videregående seminar.

Det forutsettes gode kunnskaper i norsk muntlig og skriftlig. Faglitteraturen er i hovedsak på engelsk.

Vi oppfordrer søkere til å sette seg godt inn i utdanningens rammebetingelser. Fullstendig informasjon om utdanningens innhold finnes på Instituttets hjemmeside [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no)  
Der finnes også søknadsskjema.

#### Seminaravgift:

innføringsseminar kr 10 000,- pr. semester og videregående seminar kr 10 500,- pr. semester.

#### Søknadsfrist: 30. oktober 2015.

Søknad sendes via hjemmesiden [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no)

**For nærmere informasjon:** telefon **22 58 17 70** eller epost: [sekr@instpsyk.no](mailto:sekr@instpsyk.no) / [und-leder@instpsyk.no](mailto:und-leder@instpsyk.no)

## Nasjonal fagkonferanse 2015

10.–11. november 2015, Oslo Kongressenter

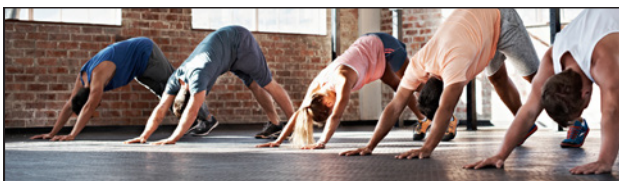


Bedre hjelp til barn og unge med  
sammensatte vansker

Påmeldingsfrist: 20. oktober  
[www.nasjonal FAGkonferanse.no](http://www.nasjonal FAGkonferanse.no)



atferdssenteret



## PROFESSIONEL FAGUTDANNELSE MINDFULNESSINSTRUKTØR

Ønsker du å utvide din kompetanse som  
mindfulnessinstruktør ?

1-årig fagutdanning med fokus på fordypning og  
formidling av mindfulness.

START 28. JANUAR 2016

8 samlinger x 4 dager

Søknad: [www.creationwork.org](http://www.creationwork.org)

Vi tilbyr også 8-ukers MBSR-kurs  
Start 26. oktober 2015 kl. 18.30-21.00



Creationwork

Kontakt:

[info@creationwork](mailto:info@creationwork)

tel. 910 01 921

[www.creationwork.org](http://www.creationwork.org)



**Kull 14 starter opp 21.–22. januar 2016**

**Søknadsfrist: 1. november 2015**

## **Kropp og selvfølelse**

**Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser**

**Helse Sør-Øst. Regional seksjon for spiseforstyrrelser,  
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål**

Målsettingen med utdanningen er å gi helsepersonell innføring i klinisk kompetanse innenfor fagområdet spiseforstyrrelser. Videre vektlegges oppbygging og utvikling av lokale fagmiljøer. Kompetanseprogrammet retter seg spesifikt mot behandlere som for eksempel psykologer, leger, helse- og sosialfaglig høgskoleutdannet helsepersonell, fysioterapeuter og pedagoger, kliniske ernæringsfysiologer og andre. Kandidatene vil få klinisk veiledning av egne pasienter med spiseforstyrrelser. Det første møtet med pasienter i primærhelsetjenesten regnes som behandling.

Kompetanseprogrammet går over tre semestre med totalt 17 dagers undervisning og veiledning. Disse blir fordelt på 11 seminardager og 6 veiledningsdager. Kursbevis utstedes etter 80 % oppmøte på forelesningene og 100 % oppmøte på veiledning. Veilederne har lang erfaring innen behandling av spiseforstyrrelser og har veilederkompetanse. Til formidling av tema har vi samlet noen av de fremste fagpersonene fra inn- og utland.

Fullstendig program vil foreligge i løpet av høsten 2015 på våre hjemmesider [www.rasp.no](http://www.rasp.no) Se «undervisningstilbud». Oppstartsseminar på Thon Ullevål Stadion hotell 21. og 22. januar 2016, med en overnatting. Øvrige seminardager vil i hovedsak foregå på RASP, bygg 37 på Ullevål sykehus.

Utdanningen dekkes av midler via Helse Sør-Øst, og gjennomføres derfor uten kursavgift. Arbeidsgiver må imidlertid dekke reisekostnader. Det er ingen eksamen eller vektallsystem. Kursbevis utstedes ved fullført utdanning. Det vil bli søkt om godkjenning hos de respektive foreninger og forbund.

For ytterligere informasjon om opptak av nye kull henvises vår nettside [www.rasp.no](http://www.rasp.no). Du finner utlysningen i nettverkskalenderen og under **undervisningstilbud** på [www.rasp.no](http://www.rasp.no).

### **Kontaktpersoner:**

Kurssekretær Elisabeth Haakafoss, tlf. 23 01 62 24, e-post [eliaha@ous-hf.no](mailto:eliaha@ous-hf.no) eller prosjektleder for Kropp og Selvfølelse Heidi Langbakk Skille, tlf. 23 01 62 48, e-post [uxskhe@ous-hf.no](mailto:uxskhe@ous-hf.no)

## **Ønsker du å abonnere på PSYKOLOGI?**

### **PSYKOLOGI – Tidsskrift for Norsk psykologforening**

utgis 12 ganger per år. For privatabonnenter koster et årsabonnement kr 1 425, og for bedrifts-/institusjonsabonnement er prisen kr 2 150 per år.

For bestilling se

[www.psykologtidsskriftet.no/abonnement-og-lossalg](http://www.psykologtidsskriftet.no/abonnement-og-lossalg)  
eller kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
eller tlf. 23 10 31 33.





## 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 medlemside

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

### PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER

#### SPECIALPLASSERING:

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

#### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

#### SMÅANNONSER:

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

#### NETTANNONSER:

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

**NYHET!** Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 4 850 (inntil en måneds visning) kan logo vises på forsiden [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillingsannonse.

#### ANNONSEFORMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
11	19.10	02.11
12	18.11	01.12

#### 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 medlemsservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

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



## Obligatorisk program i spesialiteten Arbeidspsykologi

*Ønsker du å jobbe med forebygging, behandling og systemrettet arbeid? Har du tro på at arbeid er en viktig mestringsarena for å fremme helse og livskvalitet? I så fall er fordypningen i arbeidspsykologi noe for deg.*

Spesialiteten i arbeidspsykologi svarer på befolkningens og samfunnets behov for et inkluderende og helsefremmende arbeidsliv, og et effektivt og koordinert behandlings- og hjelpeapparat.

De fleste spesialister i arbeidspsykologi arbeider i helsetjenesten eller NAV. Andre arenaer vil være arbeidsrettet rehabilitering, «Raskere tilbake-prosjekter», bedriftshelsetjeneste, kommunale helse- og arbeidslivstjenester, konsultasjon overfor virksomheter og i virksomheteres HR-avdelinger.

Hensikten med utdannelsen er å gi spesialisten kompetanse for å fremme individers deltakelse i arbeidslivet. Det vil si:

- Forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet
- Bidra til inntreden og tilbakeføring til arbeidslivet
- Bidra til helsefremmende arbeidsplasser

Kurssekvensen som starter nå i november er på 96 timer og går over 1,5 år

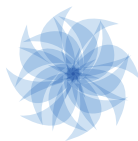
Sted og dato: Oslo, 19.–20. november 2015 (1. samling)

Avmeldingsfrist: 15. oktober 2015

Medlemspris: kr 6 300 (pr to dagers kurs)

Kursnr.: 521-15

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



ÅLESUND KOMMUNE



## Psykolog/Pedagogisk-psykologisk rådgiver (15/6669)

Virksomhet pedagogisk-psykologisk tjeneste

100 % fast stilling som psykolog, eventuelt som pedagogisk-psykologisk rådgiver. Arbeidsområde er for tiden videregående opplæring.

Krav til utdanning som cand.psychol, cand.paed.spes, cand.paed, cand.polit, eller en mastergrad innenfor tjenestens fagområder, gjerne med relevant tilleggsutdanning.

### Arbeidsoppgaver:

- Utviklingsarbeid sammen med skoler
- Forebygging, tidlig innsats og psykososialt miljø
- Sakkyndighetsarbeid, med særlig vekt på å utvikle gode individuelle opplæringstiltak innenfor rammen av tilpasset opplæring
- Rådgivning og veiledning til skoler, foreldre og elever

### Særlig for psykologer i tjenesten:

- Tjenestens psykologer er rådgivende i psykologfaglige spørsmål overfor det øvrige fagpersonellet i tjenesten
- Det gis, etter avtale, i noen grad anledning til å arbeide psykologfaglig i form av korttidsbehandling

PP-tjenesten har til sammen 23 fagstillinger, samt en merkantil stab. Det er for tiden ansatt en psykologspesialist og en psykolog i spesialisering.

En ønsker å rekruttere utviklings- og samarbeidsorienterte medarbeidere som har erfaring fra teamarbeid og som har god kommunikativ kompetanse. Det er etablert rutiner for intern opplæring og veiledning i arbeidet og det legges til rette for relevant videreutdanning og spesialisering. Psykologspesialist veileder psykologer i spesialisering.

Virksomheten har kontorlokaler i Ålesund rådhus. Det er behov for egen bil i arbeidet – dekning etter statens satser. Lønn etter avtale.

For nærmere opplysninger, kontakt virksomhetsleder Johannes Drabløs, tlf. 70 16 25 42/ 92 07 14 68 eller psykologspesialist Anne Marthe Husø, tlf. 70 16 25 16.  
**Søknadsfrist: 14. oktober 2015.**

Vi ser helst at søknaden sendes elektronisk, se annonse på [www.alesund.kommune.no](http://www.alesund.kommune.no) under "Ledige stillinger". Du finner også søknadsskjemaet på <https://e-skjema.no/alesund/>

Ev. papirsøknader sendes Ålesund kommune, postboks 1521, 6025 Ålesund.



## KOMMUNEPSYKOLOG

Id 337

**100 % fast stilling**

*Kommunane Sande og Vanylven har fått midlar frå Helsedirektoratet til oppretting av stilling som kommunepsykolog. Stillinga skal ha hovudfokus på barn og ungdom, men ta del i arbeid inn mot heile befolkninga i dei to kommunane. Tilbodet skal vere lett tilgjengeleg. Det vil verte lagt stor vekt på kommunepsykologen sine ønskje med omsyn til bustad og lokalisering av tenesta.*

### Kvalifikasjonskrav:

- psykolog med lisens/autorisasjon
- erfaring frå veiledning- og/eller koordineringsoppgåver
- IKT-kunnskapar

### Personlege eigenskapar:

- tydeleg og strukturert
- initiativrik og fleksibel
- gode samarbeids- og kommunikasjonsevner
- erfaring med ulike aldersgrupper, men særleg barn og ungdom

### Arbeidsområde/oppgåver:

- styrke det samla kommunale arbeidet på psykisk helse og rusfeltet, helsefremmande og førebyggjande arbeid i kommunane
- kome tidleg inn slik at kommunane kan gje eit godt tilbod til born og unge
- delta på sentrale samlingar, samt i lokale nettverk

For fleire opplysningar om stillinga – kontakt kommunalleiar Bård Dalen **tlf. 482 46 331**.

Den som vert tilsett må ha førarkort og disponere bil. Politiattest av ny dato må leggjast fram før tiltreding.

Søknad skal sendast på elektronisk søknadsskjema som ein finn på [www.sande-mr.kommune.no](http://www.sande-mr.kommune.no)

**Søknadsfrist: 21.10.15.**

# Store oppgaver i Små Enheter

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

---

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

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

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

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

Du er fleksibel og håndterer godt ulike problemstillinger. Arbeid på kvelder og helger tilhører unntakene, men kan forekomme som følge av at våre enheter har full drift gjennom døgnet.

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

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

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

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

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

**joacim.solum@behandlingssenteret.no / 66 77 45 00 - Joacim Solum innen 31. oktober.**

behandlingssenteret.no



Hå kommune sitt administrasjonssenter ligg på Varhaug, 40 minutt med tog frå Stavanger. Kommunen har 18.500 innbyggjarar, og er i sterk vekst. Kommunen har velfungerande skuledrift, full barnehagedekning og gode helseilbod. Dugnads-kommunen Hå har eit rikt og variert kultur-, idretts- og organisasjonsliv, i tillegg til flotte tur- og friluftsområder frå hav til hei. Hå kommune sin visjon er: Me løfter i lag og Open, Driftig, Stolt er våre verdiar. Vi ønsker oss kandidatar som kan identifisera seg med vår visjon og våre verdiar.

## Psykolog ved Familiesenteret, Hå kommune

### Beskrivelse

Ved Familiesenteret i Hå er det ledig 100 % stilling for psykolog. Familiesenteret er et frivillig lavterskeltibud til barn og unge opp til 18/20 år. Det tilbys individuelle samtaler, gruppeterapeutiske aktiviteter og undervisning. Det øvrige personalet ved Familiesenteret er tverrfaglig sammensatt i form av psykolog, klinisk sosionom, psykiatrisk sykepleier, samt vernepleier med videreutdanninger.

### Kvalifikasjoner

- psykolog eller psykologspesialist
- fordel med erfaring fra arbeide med vold i nære relasjoner
- fordel med erfaring fra arbeid med barn og unge, samt familierettet arbeid.

### Personlige egenskaper

- evne til å motivere andre mennesker
  - et positivt menneskesyn
  - gode samarbeidsevner.
- Personlig egnethet vil bli vektlagt. Menn oppfordres til å søke.

Nærmere opplysninger kan du få ved å kontakte fagleder Katrin Bredenbekk, mobil 940 59 068.

### Søknad kan sendast

Hå kommune oppfordrar alle til søkja elektronisk på web [www.ha.no/stilling](http://www.ha.no/stilling). Ta kontakt dersom du ikkje har høve til det.

### Politiattest

Politiattest nyare enn 3 månader må leverast før tiltreding i stilling.

### Tilsetjingsvilkår

Tilsetjinga skjer på dei vilkår og med dei pliktar som går fram av utlysinga, og dei til ei kvar tid gjeldande lover, reglement og tariffavtalar. Kommunen har gode pensjons- og forsikringsordningar med ulykkesforsikring i fritida. Kommunen har prøvetid på 6 månader og reglar for flyttegodtgjersle.

**Søknadsfrist:** 14.10.2015

**Utlyst dato:** 17.09.2015 **Vår ref:** 2714

### Kontaktperson

Katrin Bredenbekk, Faglig leder,  
tlf. 51 79 16 93, mobil 415 32 796.

Rogaland A-senter driver tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter oppdrag fra RHF-Helse Vest og kompetansesenter finansiert av Helsedirektoratet.

Institusjonen eies av Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Rogaland. Det er omlag 100 ansatte ved institusjonen.

## ROGALAND A-SENTER AS SØKER

### Psykolog/Psykologspesialist 100 % stilling

#### Om poliklinikken

Poliklinikken ved Rogaland A-senter tilbyr behandling til mennesker med rusrelaterte problem, spilleavhengighet og dopingmidler. Pasientens familie, pårørende og barn involveres i behandlingen så langt det er mulig. Poliklinikken tilbyr individual-, par-, familie- og gruppeterapi. Behandlingstilbud innen ordningen «Raskere tilbake» er også en del av poliklinikkens oppgaver.

#### Arbeidsoppgaver

Kartlegging, utredning, diagnostisering, behandling av avhengighetstilstander og lette til moderate psykiske lidelser. Veiledning kan også knyttes opp til stillingen. Arbeidet forutsetter samhandling med flere instanser.

#### Kvalifikasjoner

Praksis fra klinisk arbeid innen rusbehandling, psykisk helsevern eller familierapi er ønskelig. Personlig egnethet vil bli vektlagt i stillingen.

For fullstendig utlysningstekst, se våre hjemmesider på <http://www.rogaland-asenter.no>.

For ytterligere informasjon kontakt avdelingsleder Tor Borge, tlf. 908 23 819 eller ass.avd.leder Håkon Johnsen, tlf. 995 66 222.

Søknad med CV sendes som e-post til [soknad@ras.rl.no](mailto:soknad@ras.rl.no) innen **20.10.15**.

ROGALAND | En del av  
A-SENTER | Kirkens Bymisjon







Kvinesdal  
kommune

## Psykolog 100 % stilling

Kvinesdal kommune har ledig nyopprettet 100 % stilling som psykolog. Stillingen er en prosjektstilling for et år med mulighet for forlengelse. Annen stillingsprosent kan være mulig.

Stillingen er organisatorisk plassert i Enhet for levekår, i avdeling Helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Stillingen skal ha et forebyggende og helsefremmende perspektiv, der primær målgruppe er barn 0–20 år og deres foreldre.

Psykologen skal inngå i et arbeidsfellesskap med helsestasjon/familiesenter.

Kvinesdal helsestasjon har utviklet et tverrfaglig arbeidsmiljø hvor helsesøstre, jordmor, familiekonsulenter, sykepleiere, lege og fysioterapeut jobber sammen. Helsestasjonen har et bredt samarbeid med skoler, barnehager, fastleger og spesialisthelsetjeneste og det er et formalisert samarbeid med ABUP. Samlet dekket et bredt fagfelt innen medisinfaglige områder og andre teoriplattformer. Ved helsestasjonen er det et sterkt fokus på fagutvikling og de fleste ansatte har tilleggsgutdannelse og fordypning ut over grunnutdanningen.

### Arbeidsoppgaver:

- Klientrettet arbeid med fokus på tidlig innsats
- Oppfølging av skolefravær
- Tverrfaglig samarbeid
- Samarbeid med ABUP («kommunebup»)
- Veiledning/system- og utviklingsarbeid

Innenfor disse områdene vil en nytilsatt psykolog ha stor mulighet til å delta i utvikling av stillingen og i utforming av arbeidsoppgaver.

Sentrale arbeidsområder vil være innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig oppdagelse og intervensjon, og oppfølging av psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Psykologen skal bidra til at mennesker som er i ferd med å utvikle, eller som har utviklet psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer får et godt kommunalt tilbud. Stillingen vil innebære et bredt tverrfaglig samarbeid med fastlege, spesialisthelsetjeneste, PPT, barnehage og skole.

### Kvalifikasjoner for stillingen:

- Utdanning som psykolog eller psykologspesialist
  - Ønskelig med klinisk erfaring med barn, ungdom, familier og grupper
  - Ønskelig med erfaring fra forebyggende oppgaver
  - Gode kommunikasjonsevner, norsk muntlig og skriftlig
- Søkere må disponere egen bil i tjenesten.

### Personlige egenskaper:

Søkere må ha faglig engasjement, gode samarbeidsevner, være fleksibel, kunne arbeide selvstendig og ha evne til å se verdien av et bredt tverrfaglig samarbeid. Personlig egnethet vil bli vektlagt.

### Vi kan tilby:

Hos oss får du spennende arbeidsoppgaver og sjanse til å påvirke tjenestetilbudet, samt mulighet for aktuelle kurs og nettverkssamlinger. Det er satt av egne midler til deltagelse i faglig nettverk. Vi har et godt arbeidsmiljø og gleder oss til å få en ny kollega!

Lønn etter avtale. Tilsettingen skjer på vanlige kommunale vilkår. Attester og vitnemål leveres først ved et eventuelt intervju. Søkere må bruke vårt digitale søknadsskjema på:

**<http://www.kvinesdal.kommune.no/siste-nytt/ledige-stillinger>**

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til avdelingsleder Kristin Edland Aamodt, tlf. 977 97 074, e-post [kaa@kvinesdal.kommune.no](mailto:kaa@kvinesdal.kommune.no)

**Søknadsfrist 16. oktober 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

## Har du lyst til å bidra i utviklingen av fagområdet klinisk helsepsykologi i Norge?

Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ved Diakonhjemmet sykehus styrker bemanningen med psykolog eller psykologspesialist. Under forutsetning av finansiering er det ledig engasjement i 100 % stilling fra 1.1. til 31.12 2016.

Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken er organisert under Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, men har sitt virke ved de somatiske avdelingene ved Diakonhjemmet Sykehus. Enheten har to tjenester:

1. Vakttjeneste/CL-tjeneste med tverrfaglig team bestående av to personer i ordinær arbeidstid. Tjenesten er rettet mot pasienter innlagt med somatisk sykdom med vurdering av selvmordsfare og alvorlig psykisk lidelse
2. Klinisk helsepsykologisk tjeneste som tilbyr hjelp til mestring av akutt og kronisk sykdom og behandling for psykologiske forhold knyttet til en somatisk sykdom, som eksempelvis krisereaksjoner, angst, depresjon, smerter, utmattelse, søvnproblemer og familieproblemer. Vi driver utstrakt veiledning, har undervisning både for helsepersonell, pasienter og pårørende, og har flere pågående fagutviklingsprosjekter.

Her vil du være del av et spennende fagmiljø med engasjement for å se fysisk og psykisk helse i sammenheng og for å styrke behandlingstilbudet til mennesker med somatisk sykdom.

Det er en fordel med erfaring fra arbeid med somatisk syke pasienter, kognitiv terapi og prosjektledelse. Personlig egnethet, selvstendighet og gode samarbeidsevner vektlegges.

Kontaktpersoner: Enhetsleder Nina Lang,  
nina.lang@diakonsyk.no, tel. 90 64 13 83.

Ingrid Hyldmo, tel 91911664

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

**Søknadsfrist 25. oktober**

  
Diakonhjemmet  
Sykehus



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

## PSYKOLOG/ PSYKOLOGSPESIALIST

Ved Seljelia barne- og familiesenter er det ledig en 100 % stilling som psykolog/ psykologspesialist. Stillingen vil inngå i behandlingstilbudet til senterets målgruppe. Barne- og familiesenterne i Region øst har tilsammen 6 psykologstillinger. Det er et systematisert samarbeid mellom psykologene på tvers av sentrene. Senteret jobber systematisk med fagutvikling, og psykologene er viktige bidragsyttere i denne utviklingen.

Søknadsfrist: 15.10.2015

Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)

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



Sarpsborg  
kommune

## Modellutprøving – psykologer i kommunehelsetjenesten 100 % stilling ledig

Se fullstendig utlysningstekst på  
Sarpsborg kommunes nettsider,

[www.sarpsborg.com](http://www.sarpsborg.com)



NAV Arbeidsrådgivning er et fylkesdekkende ressurs- og kompetansesenter (spesialenhet) som skal ha utfyllende arbeidsrettet kompetanse innenfor arbeidspsykologi, pedagogikk og jobbmestrende kartleggings- og veiledningsmetodikk. NAV Arbeidsrådgivning skal bistå NAV-kontorene med å gi individuell bistand til personer med helsemessige og andre utfordringer knyttet til arbeid, samt avklaring av bistandsbehov for å komme i arbeid. Bistanden gis i form av kartlegging, utredning, veiledning og endringsarbeid. Det legges vekt på løsninger og mestringsstrategier sammen med bruker. I tillegg skal NAV Arbeidsrådgivning bidra til kompetanseheving i NAV gjennom veiledning, rådgivning og opplæring av ansatte. NAV Arbeidsrådgivning er en del av NAV Ressursenhet Østfold, har kontor i Fredrikstad og har f.t. 6 ansatte med ulike fagbakgrunn. Vi bygger et fagmiljø for en tjeneste hvor metodeutvikling er sentralt.

## Psykolog

# NAV Arbeidsrådgivning

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

### Ansvarsområdet og arbeidsoppgaver

- utvidet veiledning, kartlegging og endringsarbeid av brukere med psykiske, fysiske og sammensatte helseplager for å gi bruker bedre sykdomsforståelse og mestring i forhold til arbeidsmuligheter.
- kartlegging, utredning og veiledning av brukers ressurser og forutsetninger sett i forhold til muligheter og krav i arbeidsmarkedet, basert på bl.a. evnemessige forhold, lese- og skrivevansker, kognitiv funksjon, personlige egenskaper.
- yrkesvalg-rådgivning for brukere i målgruppen med stor grad av valgusikkerhet, med fokus på yrkesinteresser, yrkesverdier og arbeidsmuligheter.
- «Senter for jobbmestring» som tilbyr arbeidsrettet kognitiv terapi og individuell jobbstøtte (IPS) til personer med lettere til moderate psykiske helseplager (angst og depresjon) som er uten arbeidsforhold, er i et arbeidsforhold med fare for å bli sykemeldt / gjentatte sykemeldingsperioder eller oppgir usikkerhet knyttet til nåværende jobb og vurderer jobbskifte.
- bistå veiledere i NAV-kontorene med veiledning/rådgivning i sammensatte brukersaker. Fokus skal være på funksjon og ressurser i forhold til arbeid. Dette kan innebære deltakelse i samtale med bruker eller veiledning/rådgivning av NAV-veileder individuelt eller i gruppe. Dette kan også innebære saksdrøftinger i samarbeid med rådgivende overlege, veilednings- og oppfølgingslosere og andre spesialiteter i NAV.
- bistå fylkene og underliggende enheter med opplæring, kompetanseheving, veiledning og koordinering rundt fagtema innenfor f.eks. psykisk helse og arbeid, kommunikasjons- og veiledningsmetodikk (individ/ gruppe), annen kunnskapsbasert arbeidsrettet metodikk, samhandlingskompetanse med helsetjeneste og øvrige samarbeidspartnere. Som eksempel nevnes bidrag inn mot fokusområdet aktivitetskrav for sykemeldte.

### Dine kvalifikasjoner

- utdanning som psykolog med profesjonsstudiet
- har erfaring med veilednings-, utrednings- og kartleggingsarbeid ovenfor brukere med helsemessige og andre utfordringer med tanke på mestring av arbeid

### Vi ønsker at du

- har erfaring med å arbeide i team og gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
  - har gode serviceholdninger
  - har gode relasjonelle ferdigheter
  - har god skriftlig og muntlig fremstillingsevne
  - har evne til å arbeide målrettet, nøyaktig og effektivt
  - er selvstendig og løsningsorientert
- Personlig egnethet vil bli tillagt stor vekt.

### Vi tilbyr

- spennende og meningsfulle oppgaver innenfor et viktig fagfelt i utvikling
- et godt og engasjert fagmiljø under oppbygging
- aktive og engasjerte kollegaer
- stillingskode 0794 psykolog, lønnstrinn 61 til 70, kr 519.800 til kr 614.700. For særlig kvalifiserte søkere kan høyere lønn vurderes
- god pensjonsordning gjennom Statens pensjonskasse (fra lønnen trekkes 2 %)

NAV er opptatt av mangfold, og vi oppfordrer alle kvalifiserte kandidater til å søke jobb hos oss uansett alder, kjønn, funksjonshemming, nasjonal eller etnisk bakgrunn. NAV er IA-virksomhet, og vi vil legge forholdene til rette for søkere med redusert funksjonsevne.

Spørsmål om stillingen kan rettes til avdelingsleder for NAV Arbeidsrådgivning Åsne Aarskog, telefon 476 65 624 eller avdelingsdirektør for Ressursenheten Per Ivar Clementsen, telefon 976 17 799.

Søknad og CV sendes til e-post [navstillinger@nav.no](mailto:navstillinger@nav.no). Vi gjør oppmerksom på at CV benyttes i utvidet søkerliste. Vitnemål og attester tas med på et eventuelt intervju.

Dersom du ønsker å reservere deg fra oppføring på offentlig søkerliste, må dette opplyses om og begrunnes i søknaden. Opplysninger kan bli offentliggjort selv om du har bedt om ikke å bli oppført på søkerlisten. Du varsles dersom ønsket om reservasjon ikke tas til følge.

Søknadsfrist: **1. november 2015**

Referansenummer: **0199-15-04**

Fullstendig utlysning: [www.nav.no/navstillinger](http://www.nav.no/navstillinger) eller ring: 800 33 166

**Kronstad Distriktpsikiatriske Senter (DPS) Ambulant Akutteam (AAT) søker:**

## Psykolog og Teamleiar

Kronstad Distriktpsikiatriske Senter (DPS) har ansvar for 3 bydelar i Bergen, Bergenhus, Årstad og Ytrebygda. Kronstad DPS er lokalisert i eit nytt og moderne bygg på Danmarks plass.

Ambulant Akutteam (AAT) tar i mot tilvisingar frå legevakt, poliklinikk, fastlegar, sjukehus, private spesialistar eller kommunale heimebaserte tenester og innehar ei sentral rolle i samband med all akuttthandtering og beredskap. AAT deltar i AH ordninga ved Kronstad DPS med daglege akuttimar. AAT deltar på fellesundervisning, fagutvikling og anna samhandling ved Kronstad DPS. Teamleiar blir også med i eit godt fagmiljø både i poliklinikken og ved Kronstad DPS. Det er etablert eigen spesialistretteiing, samt moglegheit for forskning.

Vi har ledig ei 100% fast stilling som Psykolog og vi søker etter ein psykolog med eigenskapar og interesse for å utvikle AAT vidare i tråd med nasjonale retningslinjer og befolkninga sine behov. Stillinga som psykolog er ein nyoppretta stilling knytt til Ambulant akutteam (AAT) som pt er bemanna med 5,5 psykiatriske sjukepleiarar og ein sosionom som arbeider i turnus. AAT gir oppfølging til menneske i akutte psykiske kriser med bl.a oppfølging i heimen. Ei av hovudmålsettingane med oppfølging av AAT er å unngå unødige innleggingar på sjukehus og bidra til å gjere utskrivingar frå døgnbehandling tryggare og betre.

**Referansnr.: 2778729950. Søknadsfrist: 22.10.2015.** Kontakt: Seksjonleiar/Psykologspesialist Kristin Johannessen, telefon 55 95 60 00 eller Ass. klinikkdirktør Stig-Arthur Didriksen, telefon 55 95 70 00.

Vi har ledig ei 100% fast stilling som Teamleiar i AAT og vi søker etter ein teamleiar med eigenskapar og interesse for å leie og utvikle AAT vidare i tråd med nasjonale retningslinjer og befolkninga sine behov. Stillinga som teamleiar er knytt til Ambulant akutteam (AAT) som pt er bemanna med 5,5 psykiatriske sjukepleiarar og ein sosionom som arbeider i turnus. AAT gir oppfølging til menneske i akutte psykiske kriser med bl.a oppfølging i heimen. Ei av hovudmålsettingane med oppfølging av AAT er å unngå unødige innleggingar på sjukehus og bidra til å gjere utskrivingar frå døgnbehandling tryggare og betre.

**Referansnr.: 2778760198. Søknadsfrist: 22.10.2015.** Kontakt: Seksjonleiar/Psykologspesialist Kristin Johannessen, telefon 55 95 60 00 eller Ass. klinikkdirktør Stig-Arthur Didriksen, telefon 55 95 70 00.



**HELSE BERGEN**

Haukeland universitetssjukehus

Les meir og søk stilling:

[www.helse-bergen.no/JobbOgUtdanning/](http://www.helse-bergen.no/JobbOgUtdanning/)

*Helse Nord-Trøndelag HF er Nord-Trøndelags største og viktigste organisasjon med 2750 kompetente og motiverte medarbeidere fordelt på Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Kolvereid og DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Les mer om oss på [www.hnt.no](http://www.hnt.no)*

### Helse Nord-Trøndelag

#### Sykehuset Levanger

#### Familieseksjonen, BUP

har ledig følgende stillinger:

## Psykologspesialister/psykologer

- 2x100 % faste stillinger

Referansnr. for begge stillingene er 2779934453.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: Seksjonsleder Ingunn Helmersberg, tlf. 74 09 82 58.

**Søknadsfrist: 18. oktober 2015**

Foretaket har elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via Helse Nord-Trøndelag hjemmeside ([www.hnt.no](http://www.hnt.no)) – der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.

frantz.no



**HELSE NORD-TRØNDELAG**



**Lenvik kommune**

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

## Kommunepsykolog

2. gangs utlysning. Lenvik kommune har ledig nyopprettet 100 % fast stilling som kommunepsykolog. Stillingen er organisatorisk plassert i Personal- og utviklingsenheten.

Stillingen skal ha et forebyggende og helsefremmende perspektiv, der primær målgruppe er barn 0-12 år og deres foreldre. Kommunepsykologen vil arbeide tett sammen med kommunens øvrige tjenester for målgruppa.

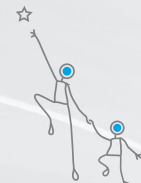
#### Arbeidsoppgaver:

- Klinisk arbeid mot barn og familie, inntil 6 konsultasjoner for utredning og behandling.
- Veiledning og undervisning med fokus på forebygging og tidlig innsats for barn og foresatte. Samarbeid med bl.a. jordmor, helsesøster, barnevern, psykisk helsestjeneste, barnehage og skole.
- Systemarbeid. Deltakelse i kommunens tverrfaglige arbeid som barnebykommune, utforming av relevant planverk og strategi for satsing på barn og forebygging.

Nærmere opplysninger ved henv. til kommunalsjef helse og omsorg, Bente Johnsen Karlsen, tlf. 480 04 179, epost: [bente.johnsen.karlsen@lenvik.kommune.no](mailto:bente.johnsen.karlsen@lenvik.kommune.no).

Søknad sendes via [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no) - hvor du også finner fullstendig utlysingsstekst. For nærmere informasjon om Lenvik kommune, se kommunens nettside - [www.lenvik.kommune.no](http://www.lenvik.kommune.no)

**Søknadsfrist: 15.10.2015.**



**BARNEBYEN**



EIDSKOG  
KOMMUNE

Eidskog kommune ligger like ved grensen til Sverige, Charlottenberg (15 km). Det er kort avstand til større byer og sentra. Kongsvinger (23 km), Gardermoen (90 km) og Oslo (110 km). Eidskog har ca 6250 innbyggere, sysselsetter ca 460 årsverk. Eidskog kommune er mest kjent for Magnor glassverk, Hans Børli, Sootkanalen og Morokulien. Vi har flott natur med gode muligheter til friluftsliv.

## Ledig stilling som kommunepsykolog – 2. gangs utlysning

Eidskog kommune har fått tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet til psykolog i kommunehelsetjenesten. Eidskog kommune ønsker et lavterskeltilbud for alle. Vi ønsker å styrke tilbudet til voksne innen psykisk helse og rus og søker etter en psykolog som skal arbeide med voksne.

De viktigste samarbeidspartene for psykologen som skal jobbe med voksenpopulasjonen blir: psykisk helsetjeneste, ruskonsulent/miljøarbeidere, spesialisthelsetjenesten, fastleger, arbeidsplasser og Nav. Organisasjonisk er stillingen lagt til helse sammen med psykisk helsetjeneste.

### Arbeidsoppgaver:

- Individuelle konsultasjoner og behandling
- Undervisning/veiledning av brukere, pårørende og ansatte
- Tverrfaglig samarbeid
- Systemarbeid og forebyggende helsearbeid

### Kvalifikasjoner:

- Autorisert psykolog/psykologspesialist
- Erfaring med klinisk arbeid med voksne og rus
- Erfaring med veiledning av og samarbeid med andre faggrupper
- Engasjement for tidlig innsats
- Søker må ha sertifikat å benytte egen bil. Det vil bli gitt kjøregodtgjørelse etter gjeldende satser

### Personlige egenskaper:

- Interesse for arbeid innen psykisk helse og rus
- Selvstendig og trygg på utøvelse av faget
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- En god veileder for brukere og ansatte
- Du er nytenkende og ser muligheter
- Beherske norsk skriftlig og muntlig godt
- Personlig egnethet vektlegges

### Vi tilbyr:

- 100 % prosjektstilling opptil 6 år med forbehold om tilskudd fra Helsedirektoratet
- Varierte arbeidsoppgaver
- Delta på nettverkssamlinger i regi av NAPHA
- Lønn etter avtale
- Mulighet for å være med på å utvikle tjenesten

**Tiltredelse for stillingen:** Etter avtale

**Søknadsfrist:** 23.10.15

**Saks-id:** 15/1257

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til avdelingsleder psykisk helsetjeneste:

Sidsel Trovåg, tlf. **404 36 844/62 83 38 74**.

Kommunen tar kun imot elektroniske søknader via [www.eidskog.kommune.no/soknadssenter/](http://www.eidskog.kommune.no/soknadssenter/)  
Husk å påføre saks-id.


Søkere som ønsker å være unntatt offentligheten må begrunne dette særskilt. Begrunnelsen vil bli vurdert i forhold til offentlighetsloven. Hvis det, etter kommunens vurderinger, ikke foreligger en særskilt grunn, vil søkerlisten bli offentliggjort. Søker vil i et slikt tilfelle bli kontaktet på forhånd.

...her skulle du ha bodd

Ønsker du å bryte med hverdagsliv og rutiner? Kjenne at de fire årstidene kiler deg litt på kroppen? Om du bare har noen timer, eller resten av livet, kan du få smake på den kreative galskapen vår lille verden kan by på av natur og næring, kunst og kultur, håp og harmoni. Men bli først med på en liten rusletur i bygda med mangfold og muligheter, da vel...?

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





## Sykehuset i Vestfold

**KLINIKK PSYKISK HELSE OG RUSBEHANDLING, PSYKIATRISK FYLKESAVDELING, DØGN AKUTT ALLMENNPSYKIATRI OG MOTTAK**

### Psykologspesialist/psykolog

**100 % fast stilling. Ref. nr.: 2763347945**

Vi søker etter psykologspesialist/psykolog, for tiden på Døgn akutt allmennpsykiatri.


Seksjonen gir et tidsavgrenset behandlingstilbud til pasienter med et bredt spekter psykiske lidelser i den akutte fasen.

**Kontaktinfo:**  
Terje Wegger, Seksjonsleder, tlf. 33 37 50 60 eller Martin Hegdahl, avdelingspsykolog, tlf. 33 37 50 13

**Søknadsfrist: 18.10.2015**

For å lese mer og søke på stillingen:  
[www.sykehuset-vestfold.no](http://www.sykehuset-vestfold.no)

frantz.no

## Sykehuset i Vestfold

**KLINIKK PSYKISK HELSE OG RUSBEHANDLING, GLENNE REGIONALE SENTER FOR AUTISME**

### Psykologspesialist i klinisk nevropsykologi

**100% stilling, ledig**


Glenne regionale senter for autisme har utredning, diagnostikk og behandling av autismespekter forstyrrelser som sine hovedoppgaver. Arbeidsprosessene forankres med et tydelig perspektiv på samhandling med kommunene rundt kompetanseoverføring og gjensidig kompetanseutvikling. I tillegg har senteret et selvstendig ansvar for fagutvikling.

Nærmere opplysninger ved Seksjonsleder for utredning, Ivar Morten Gjellesvik, tlf: 33 03 64 50 eller daglig leder, Tom Rørby, tlf: 33 03 64 50

**Søknadsfrist: 19. oktober 2015**

For å lese mer og søke på stillingen:  
[www.sykehuset-vestfold.no](http://www.sykehuset-vestfold.no)

frantz.no



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

### DPS Lister

## Psykologspesialist i FACT-team

100% fast stilling. Vi søker en engasjert, strukturert og selvstendig psykologspesialist til Listers FACT-team (fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam). Teamet er et samarbeidsprosjekt mellom 6 Listerkommuner og Lister DPS som blir opprettet i november 2015.

Kontaktinfo: Anne Dorte Lyken, avdelingsleder, 411 73 873 eller Trine Marie Nesheim, ass. avdelingsleder, 900 20 123

**Søknadsfrist: 14. oktober 2015**

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

frantz.no



*Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidig tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.*

### HELGELANDSSYKEHUSET MO I RANA

## Psykologspesialist/psykolog

### VOKSENPSYKIATRISK POLIKLINIKK

Ved Helgelandssykehuset i Mo i Rana er det på Psykiatrisk Senter, Voksenpsykiatrisk poliklinikk er det nå to ledige faste heltidsstillinger som psykologspesialist/psykolog.


Voksenpsykiatrisk poliklinikk yter differensiert spesialisthelsetjeneste og poliklinisk behandling til personer over 18 år. Vår målgruppe er pasienter med psykiatriske lidelser som angst, depresjon, tvangslidelse, alvorlige kriser, tilpasningsvansker, traumer, personlighetsproblematikk, rus/psykiatri, dobbeltdiagnoser, psykose m.m.

Nærmere opplysninger om stillingen fås hos avdelingsleder Wenche S. Nordnes, eller hos ass. avdelingsleder Ørjan Svenøy, tlf. 75 12 52 70

**Søknadsfrist 18. oktober 2015**

Fullstendig utlysningstekst og lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [helgelandssykehuset.no/jobb](http://helgelandssykehuset.no/jobb)

frantz.no





## 2 ledige psykologstillinger

I samarbeid med Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF) tilset dei ni kommunane i Sogn regionråd to psykologar. Psykologane vil arbeida med det kommunale folkehelsearbeidet. Klientarbeid vil bli kombinert med forskning, undervisning og rettleiing av personalet i barnehage og skule i regionen.

Stillingane er 100 % med fast tilsetjing. Sogndal kommune er arbeidsgjevar. Arbeidsplass vert på høgskulen eller kommunal kontorstad i Sogndal etter avtale. Sjå heile utlysinga [www.hisf.no](http://www.hisf.no) eller på [www.sogndal.kommune.no](http://www.sogndal.kommune.no)

Ta gjerne kontakt med studieleiar Osvald Lykkebø på HiSF, tlf. 930 44 206, eller programleiar i Sogn regionråd Claus Røynesdal, tlf. 954 72 049.

**Søknadsfrist:** 31.10.2015



**Kvinnherad kommune** har 13.100 innbyggjarar. Kommunen ligg i Sunnhordland, mellom Bergen, Haugesund og Odda.

**Kvinnherad kommune har for snarleg tilsetjing:**

**100 % fast stilling som psykolog ved PPT**

**100 % fast stilling som psykolog ved Rus- og psykiske helsetenester for vaksne**

For meir utfyllande informasjon om stillingane, gå inn på [www.kvinnherad.kommune.no](http://www.kvinnherad.kommune.no)

**Søknadsfrist:** 25.10.15

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

### Helse Vest RHF 20 % avtaleheimel i psykiatri / klinisk psykologi i Sunnhordland

**20 % avtaleheimel for godkjend spesialist i psykiatri eller godkjend spesialist i klinisk psykologi er ledig i Sunnhordland omgåande. Avtalen vil ha ei lengd på tre år.**

Den tidsavgrensa avtaleheimelen er etablert som eit ledd innan forskning ved Klinikk for stressmedisin, Albatross senter, Sveio, med evidensbasert behandling for CFS/ME og lidingar innan spekteret av stressmedisin.

**Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:**

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

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Den norske legeforening / Norsk psykologforening.

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 6.1 i rammeavtalen.

Plassering i driftstilskotsklasse vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar basert på utgifter til lokalar, utstyr og naudsynt hjelpepersonell. Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. mellom kr 834 000 (klasse 1) til kr 1 242 000 (klasse 3) ved fulltids heimel. (Dette avsnittet gjeld eventuelt berre psykiater.)

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

**Spørsmål om praksisen og lokalisering kan rettast til Bjarte Stubhaug, tlf. 908 30 496.**

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

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

**Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.**



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Psykisk helsevern

## Avdeling for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Avdeling for TSB består av 4 enheter i Oppland og Hedmark, med virksomhet på Reinsvoll og Sanderud.

### Psykologspesialist (Ref.nr. 2752240254)

100 % fast stilling som psykologspesialist er ledig ved avdeling for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Enhet for gravide og familie, Reinsvoll.

Enheden tilbyr behandling til 10 familier der barn er med foreldrene i behandlingen, og 10 plasser for gravide som er innlagt frivillig eller på tvang etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

**Kontaktperson:** Erik Szabo, tlf. 924 21 335 eller Cathrine Steen tlf. 915 79 666

### Søknadsfrist: 22. oktober 2015

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

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

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

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



frantiz.no



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon psykisk helsevern

## Enhet for mottak

Enhet for mottak er en lukket enhet med åtte senger som har som hovedoppgave å ta imot alle øyeblikkelig hjelp pasienter med behov for psykiatrisk hjelp i Hedmark fylke.

## Psykologspesialist/psykolog

100 % fast stilling (Ref.nr. 2766484050)

Vi søker deg som kunne tenke deg å arbeide i et hektisk og spennende fagmiljø med kort tidshorison i forhold til behandling, utredning og oppfølging av pasienter. Erfaring fra akuttpsykiatri er en fordel.

Kontakt: Torhill Sylju, tlf. 62 58 14 66

### Søknadsfrist: 25. oktober 2015

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

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

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

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



frantiz.no

*St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Det medisinske fakultet ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 000 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på [www.stolav.no](http://www.stolav.no)*

Tiller DPS

## Psykologspesialist

100 % fast stilling ved Døgnenheten.

Tiller distriktpsikiatriske senter (DPS) er en avdeling i psykisk helsevern i St. Olavs hospital HF, universitetssykehuset i Trondheim.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til Anne-Lise Løvaas, avd.sjef tlf. 72 82 39 00 eller Azra Karahasan, seksjonsleder/overlege tlf. 72 82 39 00

**Søknadsfrist : 14. oktober 2015**

**Søknad sendes elektronisk via [www.stolav.no](http://www.stolav.no), velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.**

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



frantiz.no

PSYK  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

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

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



**NORSK  
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

**Tor Levin Hofgaard**  
tor.levin.hofgaard@  
psykologforeningen.no  
918 65 931

**Visepresidenter**

**Rune Frøyland**  
rfroey@online.no  
450 30 522

**Birgit Aanderaa**  
biraan@ous-hf.no  
917 12 983

**Medlemmer**

**Kjetil Kaasin**  
kjetil.kaasin@sthf.no  
35 00 57 00

**Geir Skauli**  
geir.oyvind.skauli@larvik.  
kommune.no  
907 90 513

**Aina Holmén**  
aina@psykologforeningen.no  
986 64 501

**Ane Johnsen Lien**  
ane@bjornson.no  
414 02 259

**Jarle Refnin**  
jarref@so-hf.no  
916 90 509

**Børge Mathiassen**  
borge.idar.mathiassen@  
unn.no  
996 29 438

**Britt Randi Hjartnes  
Schjødt**  
bibihj@gmail.com  
922 99 371

**Studentrepresentanter**

**Tuva Emilie Haugdahl**

**Røskar**  
tuva.roskar@gmail.com  
416 61 585

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

**Varamedlemmer**

**Nina Dalen**  
nina.dalen@  
nevropsykolog.no  
909 41 650

**Joar Øveraas Halvorsen**  
joar.halvorsen@svt.ntnu.no  
922 56 656

**Ragnhild Klingenberg  
Stokke**  
ragnhildkstocke@gmail.com  
414 21 366

**Anne Kulseng Berg**  
akulseng@online.no  
928 60 119

**LOKALAVDELINGER**

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

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

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

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

**Hedmark**  
**Ingvild Knutssen Moen**  
ingvildkm@me.com  
936 50 674

**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**  
**Adriana Ochoa**  
psykolog.adriana.ochoa@  
gmail.com  
482 40 790

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**FAGETISK RÅD**

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

**ANKEUTVALG  
FOR FAGETISKE  
KLAGESAKER**

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

**LØNNS- OG ARBEIDS-  
MARKEDSUTVALGET**

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

**FORHANDLINGS-  
UTVALG FOR PRIVAT  
PRAKSIS**

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

**SPELIALITETSRADET**

**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:**  
19.10, 18.11