

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 52 nr. 11 2015

Søsken- mishandling - et skjult problem

*Vitenskapelig
artikkel, side 956*

NORSKE STEREOTYPIER

*Aktuelt, side 942 og
Oppsummert, side 952*

- Å hjelpe er å gi folk problemer

Per Isdal, side 984

Sykenærvær på jobben

*Vitenskapelig
artikkel, side 972*

ISSN 0332-6470



9 770332 647006 11



Bård Løkke Kallhaugen 2015

PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 11** 2015

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

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

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

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl,
oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,
nina.strand@psykologtidsskriftet.no, tlf. 979 59 515

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Markedskonsulent Winnie Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Joar Halvorsen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Anlov P. Mathisen, Mental Helse
Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Bendik Kaltenborn

Form Laboremus Oslo AS

Trykk O7 Gruppen AS

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

Ingen menneskerett

POLITIKERE, HELSEARBEIDERE OG samfunnet bryter fortsatt menneskerettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Vi bryter rettighetene til mennesker med psykiske lidelser, mennesker med utviklingshemninger, mennesker med demens. Det gjelder svært mange personer hvert eneste år: Rundt 5400 personer ble tvangsinnlagt i 2013, og Europarådets kommissær for menneskerettigheter kritiserte før sommeren Norge for utstrakt bruk av ufrivillig medisinsk behandling og tvangsinnlegging. Dette samtidig som norske sykehjem utsetter tusenvis for urettmessig tvang eller frihetsberøvelse ifølge forskere og Helsetilsynet. Det kan vi ikke være bekjente av.

Det er lett å si seg enig med Likestillings- og diskrimineringsombudet når de skriver at det er «foruroligende at funksjonsnedsettelse fremdeles både brukes til å forklare og forsvare kontroll, tvang og fravær av selvbestemmelse». Ombudet er satt til å føre tilsyn med Norges etterfølgelse av FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. Deres rapport om etterlevelse av konvensjonen ble sluppet 19. oktober, og forteller om utbredte og grove menneskerettighetsbrudd mot personer med nedsatt funksjonsevne.

Det virker som om myndighetene skjuler seg bak tolkningserklæringene de vedtok samtidig med FNs konvensjon i 2013, tolkningserklæringene som åpner for bruk av tvang som et legitimt virkemiddel for å fremme pasientens bedring.

Slik kan man, til tross for ratifiseringen, fortsette som før. Da har tolkningserklæringene blitt den soveputen som Norsk senter for menneskerettigheter advarte mot i sin årbok i 2012, en sovepute som hindrer nødvendige reformer. Slik signaliserer myndighetene at de anser dagens tvangsregime som legitimt. Stikk i strid med budskapet om redusert tvangsbruk som ellers formidles.

Spørsmålet er likevel om soveputen vil bufre for FNs kritikk. Som Psykologforeningens president påpekte i maiutgaven av Psykologtidsskriftet: FNs tilsyn har for vane å se bort fra disse tolkningsprotokollene. Det er kanskje ikke så rart. For det er jo besynderlig at vi tilpasser lovverket til eksisterende praksis, i stedet for å lage et lovverk og en praksis som er i tråd med menneskerettighetene.

Det betyr at vi bryter menneskerettighetene. Som politikere. Som profesjonsutøvere. Som samfunn. Og vi får ikke til de ønskede endringene. Tross gode intensjoner om redusert bruk av tvang, ligger tallene stabilt høye år etter år. Myndighetene får sørge for at lovverket og fortolkningen av det er i tråd med de konvensjonene vi har ratifisert. Mens helsearbeidere må sørge for en praksis som er i tråd med menneskerettighetene. Det gjelder ikke minst psykologstanden, som gjennom Psykologforeningens prinsippprogram har forpliktet seg til en psykologisk fagutøvelse som ivaretar menneskerettighetene. Det betyr også at psykologene må ta ansvar for at dagen praksis endres. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Vi bryter menneskerettighetene. Som politikere. Som profesjonsutøvere. Som samfunn.

942



FOTO: FARTEIN RUDJORD

ANSIKT TIL ANSIKT

Vi ser ikke tobarnsfare og rørleggeren, Grigore Rosca (48), kun flaskesamleren.

Men fordommer utfordres hvis vi får til å møtes ansikt til ansikt, mener professor Susan Fiske.

Reportasje og Oppsummert

970



I LLUSTRASJON: SEPEHR BABI

KROPPSSIGNALER

Ved Raskere tilbake ved Loviseberg DPS måler pasienter pulstrytmen for å bli bedre kjent med seg selv.

Fra praksis

«Søskenmishandling er et gjentatt mønster av aggresjon rettet mot et søsken med den hensikt å såre emosjonelt, og motivert ut fra et indre emosjonelt behov for makt og kontroll.»

Elfrid Amlund undersøker fenomenet søskenmishandling.

Vitenskapelig artikkel, side 956



ILLUSTRASJON: ÅSHILD IRGENS

PEDOFILI BLIR MISFORSTÅTT

Pedofili er ikke en legning, men en mental forstyrrelse, skriver psykolog Thore Langfeldt.

Hovedinnlegg

Innhold

- 937 **Ingen menneskerett**
Leder | Bjørnar Olsen
- 940 **- Flyktninger må ikke klientifiseres**
Nå: Udesh Anda | Per Olav Solberg
- 942 **Hvem av disse stoler du på?**
Reportasje | Nina Strand
- 952 **Norske stereotypier**
Oppsummert | Hege Høivik Bye
- 956 **Søskenmishandling - et skjult problem**
Vitenskapelig artikkel | Elfrid Amlund
- 967 **Forskningsnotiser: Stereotypier**
- 968 **Biofeedback - La puls og pust danse i takt**
Fra praksis | Pål Nystuen
- 972 **Vanlige psykiske helseproblemer og sykenærvær i arbeidslivet**
Vitenskapelig artikkel | Bjørn Lau et al.
- 982 **Min hverdag med NAV**
Hverdag | Johan Hauknes
- 984 **Helt frem til kvelertaket**
Fri assosiasjon | Per Isdal
- 987 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Pedofili er en mental forstyrrelse | Thore Langfeldt (s. 988)
Debatt: Barnevern (s. 993), Spesialistutdanningen (s. 994), Klimaansvar (s. 996), Behandling ved kronisk suicidalitet (s. 998), Medlemskriterier (s. 999), Psykologisk forskning (s. 1000)
Derfor: Den kliniske tanken | Ida K. Holth (s. 997)
Leserombudet: Mennesker er smartere enn rotter | Espen Walderhaug (s. 1001)
Perspektiv: Pakk opp da, vel! | Bent Høie (s. 1002)
- 1004 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Å komme verden i møte (s. 1004), Fornøyeelig reise i normalpsykologien (s. 1007), Positiv sexologi (s. 1008)
Anbefalt: Biter av dannelse (s. 1006)
Klassikeren: Backe, Leick, Merrick og Michelsen (red.), *Incest. En bog om blodskam* (1983)
- 1010 **Kurskalenderen**
- 1011 **Annonser**
- 1017 **Stillingsannonser**



- Det kan ligge en sterk selvoppholdelsesdrift og positiv kraft i å få en mulighet til å begynne på nytt

Psykologspesialist Udesh Anda

- FLYKTNINGER MÅ IKKE KLIENTIFISERES

Psykologspesialist Udesh Anda er mer opptatt av å se på flyktninger og asylsøkere som ressurser enn hjelpetrengende.

- Du kom som tamil fra Sri Lanka til Norge så langt tilbake som i 1983 for å studere psykologi. Hvordan var overgangen?

- Tamilene begynte å få det vanskelig på Sri Lanka på den tiden, og vi ble utsatt for systematiske angrep etter opptøyene i 1983. På grunn av kvoteordninger ved universiteter på Sri Lanka strevde jeg med å komme inn. Jeg ønsket meg derfor vekk og søkte på universiteter over hele verden. Det var en sårbar tid. Det var en sterk og befriende opplevelse å få mulighet til å studere ved Universitetet i Bergen. Samtidig hadde jeg savn og uro knyttet til alle jeg forlot på Sri Lanka. Men jeg opplevde at jeg ble langt mer verdsatt her. Som student ble jeg tatt svært godt imot, jeg ble sett på som en ressurs og ikke som et problem. Det var svært verdifullt og viktig for meg.

TEKST

Per Olav Solberg

FOTO

Vegard K. Anda

- Ut fra din egen bakgrunn og opplevelser, hva tenker du om migrasjons- og flyktnings-situasjonen vi opplever akkurat nå?

- At mennesker er på flukt, er ikke noe nytt. Som art har mennesket alltid vært på vandring, historisk sett er det temmelig nytt at vi kan leve på ett sted hele livet. For mange folkeslag oppleves nok migrasjon langt mer naturlig enn det virker for oss nordmenn. Det betyr ikke at det ikke oppleves dramatisk for flyktninger å bryte opp fra sitt opphav, men at det også kan ligge en sterk selvoppholdelsesdrift og positiv kraft i å flykte og få en mulighet til å begynne på nytt.

- Og hvordan tenker du mulighetene er for de som kommer til Norge?

- Jeg tenker mye henger sammen med hvordan flyktningene som kommer, blir møtt, og

hvordan det påvirker deres selvbylde. Som student ble jeg tatt godt imot, det er en rolle det er knyttet positive assosiasjoner til. Er man flyktning og asylsøker, er det ofte vanskeligere. Det er både interessant og foruroligende at ett bilde (guttan på stranden, red.anm.) kan være i stand til å forandre opinionens holdning til flyktninger, og da særlig syrerne, i så stor grad. Det sier noe om hvor lett påvirkelige vi er, og mediens sentrale rolle. Men det betyr også at holdninger raskt kan forandre seg igjen til det negative. Dette er skjøre mekanismer.

– **Hva bør være norske psykologers stemme og rolle i flyktningssituasjonen som nå utspiller seg?**

– Det er liten tvil om at en del av flyktingene trenger psykologisk hjelp. Vi bør likevel ha et nyansert syn på hvordan vi kan hjelpe de som kommer hit til å bli godt integrert. Jeg tror ikke på ideen om at et psykologisk hjelpeapparat skal stå klart og i beredskap til et stort antall hjelpetrengende flyktninger. Mennesker trenger tid, jeg tror vi som psykologer først og fremst skal ha et forebyggende perspektiv og hjelpe dem å tilpasse seg. Det er en parallell her til 22. juli, hvor det var forventninger om at mange var behandlingstrengende. Enkelte opplevde at dette ble tvunget på dem. Jeg hadde noen få av disse ungdommene i terapi, og enkelte av dem følte seg sykeliggjort av å komme til meg og ville ikke være med på det. De hadde heller behov for tilpasning på skolen eller annen type hjelp. Det forstod jeg veldig godt. Det er derfor viktig å ha et nyansert perspektiv på hvordan vi skal hjelpe andre mennesker. Svært mange av flyktingene som kommer hit, er heller ikke klare for å ta imot psykologisk hjelp. En del av dem er traumatiserte, ja, men samtidig er mange midt i en frigjøringsprosess som gir dem framtidshåp. Denne optimismen kan være en sterk drivkraft.

– **Du har hatt flyktninger i terapi selv?**

– Jeg har ikke hatt veldig mange, men de som har kommet, har fort blitt borte igjen etter noen timer.

– **Hva er grunnen, tror du?**

– Noe har med det jeg nevnte å gjøre, at de ikke har vært klare for terapi. En annen viktig faktor er hvor fremmed det i mange kulturer er å dele sitt innerste med et helt ukjent menneske. Det rimer ikke, og det er jo forståelig. Det er familien eller andre ressurspersoner man kjenner godt, som brukes til denne typen formål.

Hvorfor NÅ?

- I 2015 kommer det mer enn 25.000 asylsøkere til Norge, ifølge UDI. Neste år regner UDI med at tallet vil overstige 30.000.
- Udesch Anda er tamil fra Sri Lanka og kom til Norge i 1983 for å studere psykologi. Han vet noe om å være i en utsatt posisjon i hjemlandet og å reise til en helt ukjent, vestlig kultur.
- Anda er spesialist i klinisk samfunnspsykologi og barne- og ungdomspsykologi.
- Han har avtalehjemmel og driver privatpraksis i Stavanger.

I en periode hadde jeg et par oppdrag med tamiler i terapi. Noen var svært skeptiske til meg. I den tamilske kulturen er det tradisjon for å ikke snakke om det som er vanskelig. Man holder det for seg selv og tenker at det vonde da forsvinner med tiden. Når noen tamiler begynte å åpne seg for meg i terapi, ble dette tolket negativt og ikke forstått av resten av familien. Denne typen problemstillinger kommer hele tiden opp i møte med andre kulturer.

– **I Norge er psykologi på mange måter en integrert del av kulturen. Gir det noen utfordringer i møte med mer ikke-psykologiske kulturer?**

– Jeg tenker det er en fare for at vi klientifiserer de som kommer hit. At vi gjør mange sykere enn de er, og mer avhengige av hjelp enn de egentlig er. Under tsunamikatastrofen i Sørøst-Asia i 2004 la jeg merke til hvordan nordmenn som overlevde, forholdt seg til seg selv og omgivelsene. I større grad enn andre som ble rammet, forventet nordmenn at norske myndigheter skulle ordne opp raskt og ta vare på dem. Dette er velferdsstaten på godt og vondt. Vi er vant til å bli tatt hånd om når noe dramatisk skjer. Men kanskje overfører vi til en viss grad vår egen følelse av hjelpeløshet under kriser, på flyktingene som kommer hit?

– **Jeg merker at du er langt mer opptatt av å se på flyktninger som en ressurs enn som en belastning. Men er ikke flyktninger som resten av oss – noen ender opp med å bidra lite – andre mye, avhengig av bakgrunn og ressurser?**

– Jo, det er riktig, og jeg kan være redd for at vi blir mest opptatt av de negative aspektene ved flyktingstrømmen. Jeg har mer tro på å fokusere på det positive. Blant syrere som kommer hit, er mange ressurssterke, og de var velstående i Syria før borgerkrigen, med god utdanning, gode jobber, hus osv. Her snakker vi om en syrisk middelklasse på flukt. Så kommer de hit som flyktninger og inn i asylsystemet, til akutt- og asylmottak. Hvis oppholdet på slike steder varer for lenge, kan mange bli passivisert. Dette er ingen god start. Å gi folk mulighetene til raskt å ta del i og bidra i det norske samfunnet tror jeg er helt essensielt, uansett hvilke ressurser man måtte ha. Jeg har ikke oppskriften på hvordan, men jeg er opptatt av at de som kommer hit, så fort som mulig skal oppleve en følelse av mestring og verdi. ✘



RALUCA IOANA MOTEI (35)
prosjektmedarbeider



WILLIAM CHARTERS (27)
musiker



MINA SODHI (2)
datter



FLORIN CUSLEA (34)
gatearbeider



AXEL PETERSSON (30)
kampsportinstruktør



JOCELYN ALINGKEYON (26)
au pair



HADI RAHEMI (40)
pedagogisk leder



ODA JOHANSON FARSTAD (10)
skoleelev



VICTORIA BERGE (70)
kunstner



ANDRES NESJE (23)
student



UNNI STRANDEM (81)
pensjonist



FRANK ROBERT BØHN (39)
salgssjef



SIGURD HEKK (18)
skoleelev



JORUNN WIEN (70)
pensjonist



HARMINDER SODHI (35)
kokk



KHAIRIA GORANI RITESH (30)
sykepleierstudent



HAJRA AHMED (18)
skoleelev



MOHAMMED ROBIN TIMOH (36)
snekker



ANNE MARIE JOHANSEN (75)
pensjonist



MIKKEL BERG-NORDLIE (32)
forsker



ARILD HERMANSEN (49)
daglig leder



HILDE JOHANSON HAGEN (37)
butikkpraktikant



JARLE WAHL (76)
pensjonist



SELMA HAUGEN (16)
skoleelev



TERJE SANDBERG (80)
pensjonist



LAILA DJUPVIK (47)
frivillig



KNUT ARNESEN (60)
kontorist



ALIAA AL-DERAWI (18)
skoleelev

REPORTASJE

Hvem av disse stoler du på?

Noen personer får vi spontant mer tillit til enn andre. Forsker og sosialpsykolog Susan Fiske vet hvorfor.

TEKST Nina Strand
FOTO Fartein Rudjord



OSLOFOLK Underveis til dagens dont lar mange seg villig stoppe for å bli fotografert - uten helt å vite hva ansiktet deres skal brukes til. Tegn på et samfunn preget av tillit mellom mennesker?

En verdensledende amerikansk forsker har forklart meg hvordan mennesker som møtes første gang, i løpet av mindre enn ett sekund plasserer hverandre som varm og vennligsinnet, eller kald og fiendtlig. Det tar oss heller ikke lang tid å vurdere om den andre er kompetent og dyktig. Eller kanskje vennlig, men inkompetent? Dyktig, men kald? Umiddelbart plasserer vi hverandre i båser etter et intrikat system, finner professor Susan Tufts Fiske. Indirekte var det hun som satte meg på ideen om å tilbringe en halvtimes tid på Oslo Sentralbanestasjon fire oktobermorgener på rad.

HJEMLØS

På en hard aluminiumsbenk i venterommet på Oslo S ser jeg en ung mann; halvt liggende med hodet bøyd ned mot brystet har han funnet en minst mulig ubehagelig sovestilling. Det er den tredje morgenen jeg ser ham akkurat der. To store bæreposer ved føttene, hullete klær og grimete ansiktstrekk forteller meg at han tilhører dem som ikke hadde noe annet sted å gå i går kveld. Kanskje satt han her til stasjonen stengte 0130, og måtte finne seg et annet sted å være noen timer, før han vendte tilbake da stasjonen åpnet dørene igjen i grålysningen i håp om å få sove litt til.

Securitasvakten med gul vest har fortalt meg at hvis de hjemløse sitter noenlunde oppreist og ikke lager bråk, får de være i fred, selv om det egentlig strider mot reglementet å bruke venteværelset som sovesal. Nå ser jeg at mannen våkner til, retter seg litt opp og ser framfor seg. Mumler litt for seg selv. Det er en ledig plass ved siden av ham. Med en lett kribling i magen skynder jeg meg bort og setter meg der. Jeg er journalist, og vil gjerne snakke med denne mannen. Men vil han snakke med meg?

VARME OG KOMPETANSE

Susan Fiske (63) regnes som en av de mest innflytelsesrike psykologene i verden etter annen verdenskrig, og leder the Intergroup Relations, Social Cognition, and Social Neuroscience Lab ved Princeton University. I mai kom hun til Oslo for å presentere forskningen sin på arbeids- og organisasjonspsykologikongressen (EAWOP).

Fiske står i spissen for et stort internasjonalt forskningsmiljø som studerer hva sosiale grupper i et samfunn tenker om og føler for hverandre – på godt og vondt. Jeg intervjuer henne på

et hotell like ved Oslo S, og da vi slår følge på vei tilbake mot konferansesenteret, passerer vi en av T-banenedgangene der norske og utenlandske tiggere har sin faste plass. Oppslukt av samtalen enser vi dem knapt. Men Fiske vet godt hva nordmenn flest tenker om utenlandske tiggere. Norske forskere har brukt hennes metoder for å undersøke stereotypier her til lands, og finner at «rom» er en av de mest stigmatiserte av alle de sosiale grupperingene som var med i undersøkelsen (se Hege Høivik Bye side 952).

– Min spesielle tilnærming, eller vår, er å forstå psykologiske mekanismer som opptrer når folk møter og interagerer med andre, forklarer Fiske.

I 2002 lanserte hun og kollegene The Stereotype Content Model bygd på undersøkelser i USA, men som siden har vært adoptert av forskere verden over for å studere hvordan grupper innenfor et samfunn vurderer og oppfatter hverandre. Metoden har hittil blitt brukt i 38 land – i Nord- og Sør-Amerika, Europa, Australia, New Zealand, Asia og i deler av Midtøsten.

Fiske og kolleger finner at våre forestillinger om andre dannes langs to akser, eller dimensjoner. Den ene kaller hun «varme». Når vi møter et menneske, danner vi oss raskt et inntrykk av om personen er vennligsinnet og har gode hensikter – eller ikke. Den andre akselen kaller hun «kompetanse». Her dreier det seg grunnleggende sett om en kjapp vurdering av trusselbildet, og hvorvidt personen er i stand til å handle ut fra sine intensjoner, på godt eller på vondt. Fiske mener menneskearten har hatt med seg disse refleksene i lang tid, fordi de dekker grunnleggende behov for trygghet og beskyttelse.

– Det er mulig å argumenter for at dette er evolusjonært, og vi tror at varme er mest fundamentalt. I løpet av få sekunder kan vi ut fra et ansikt danne oss en mening om personen er vennligsinnet eller ikke. Vurdering av kompetanse bruker vi litt lengre tid på, sier hun.

Ikke uventet finner Fiske og kolleger at folk med høy sosial status generelt vil bli oppfattet som dyktige, mens de med lav samfunnsposisjon oppfattes som lite dyktige. Med andre ord: Vi setter likhetstegn mellom utdanning eller sosial posisjon og grad av kompetanse. Kvinner oppfattes tradisjonelt som varmere enn menn, men litt mindre kompetente. I tillegg til sosial status og kjønn er også rase og alder grunnlag for stereotypifisering og fordommer.

- I løpet av få sekunder kan vi ut fra et ansikt danne oss en mening om personen er vennlig-sinnet eller ikke

Susan Fiske



Likevel er det ikke slik at vi har et ensidig positivt eller negativt inntrykk av en gruppe, påpeker Fiske. Sentralt i forskningen hennes er dokumentasjonen av *ambivalensen* som preger vårt forhold til andre sosiale grupper enn vår egen. Aksene for varme og kompetanse krysser hverandre, slik at vi eksempelvis oppfatter eldre mennesker som varme og vennligsinnete, samtidig som vi ikke tror de er spesielt dyktige. Vi tenker at rike folk må være kunnskapsrike og handlekraftige, men også egoistiske og griske.

Dette funnet, ambivalensen, blir ofte fremhevet som Fiskes særlige bidrag til tenkningen rundt stereotypifisering.

BLANDEDE FØLELSER

Antakelser om at en person er en ressurs for samfunnet eller en belastning, er grunnleggende i våre vurderinger av andre ifølge Susan Fiske. Men det handler om mer enn tanker og ideer. Fiske og kolleger har dokumentert hvordan også følelsene våre kommer i spill i møtet med sosiale grupper vi vurderer positivt eller negativt. For eksempel har vi medfølelse med gamle og funksjonshemmede. Til tross for at de ikke oppfattes som å bidra mye til samfunnet, har vi sympati med dem, og mener de fortjener omsorg og hjelp. Flyktninger derimot kan føles som en trussel ved at de belaster samfunnet, eller representerer andre verdier, og vi distanserer oss ved ikke å tilby hjelp.

FLERKULTURELL OPPVEKST - Det er læring for livet å ha en slik oppvekst som jeg hadde. Det gjør at man er i stand til å jobbe sammen med folk som har helt ulik bakgrunn, sier professor Susan Fiske. Foto: Fredrik Varfjell

Susan Fiske

- Professor ved Princeton University, New Jersey, USA
- Pioner innenfor sosialpsykologien med sin forskning på stereotyper og fordommer, hvor hun tar utgangspunkt i kulturelle, politiske og mellommenneskelige perspektiver
- Blant bøkene hun har utgitt er *Envy up, scorn down: How status divides us* (2011) og *The Human Brand: How We Relate to People, Products, and Companies* (2013)

»



HEGE HØIVIK BYE (34)
forsker



JUNI JOHNSEN (16)
skoleelev



DANILE OLBERG (29)
salgssjef



DANIELA VILCEANU (46)
gatearbeider

– Rom betraktes på samme måte som eksempelvis beduiner i studier fra land som har disse gruppene. Folk har slett ikke tillit til dem

Susan Fiske

Når hjemløse og rusavhengige ser ut til å skåre lavt både på varme og kompetanse i alle hjørner av verden, har det også sammenheng med at vi føler forakt – og likegyldighet, ifølge Fiske. På tvers av kulturer ser det ut til å være en allmenn oppfatning at vi får det vi fortjener, at fattige og hjemløse er udugelige og en belastning for samfunnet. Men dette bildet kan nyanseres:

– De fattige deles igjen inn i de som fortjener å være det, og de som ikke gjør det. Når fattigdommen oppfattes som uforskyldt, kan det vekke sympati, og vi er villige til å hjelpe, sier Fiske.

– Nå ser jeg fra den norske undersøkelsen at rom settes i boks med nettopp bostedsløse og andre fattige grupper. Rom betraktes på samme måte som eksempelvis beduiner i studier fra land som har disse gruppene. Folk har slett ikke tillit til dem.

Jeg ringer forsker og førsteamanuensis Hege Høivik Bye ved Universitetet i Bergen for å få utdypet nettopp dette.

– *En jeg kjenner sa nylig at familien hans vurderte å la en syrer få bo hjemme hos dem. 'For syrerne er jo ofte folk med utdanning, som kan engelsk. Jeg ville ikke være redd for at de skulle stjele sølvtøyet vårt,' sa han. Dere har vel ikke rukket å forske på akkurat dette. Men er det typisk for vårt syn på syrerne, tror du?*

– Ja, det stemmer med mitt inntrykk. I mediene blir syrerne ofte beskrevet som ressurspersoner, som ærlige og kanskje mer like oss enn andre flyktninggrupper. Debatten om flykt-

ninger viser at egenskapene som trekkes frem, dreier seg nettopp om varme og kompetanse: Er de ærlige? Vil de bli en ressurs i samfunnet? Man kan godt tenke seg at syrer ville skåret høyt på disse dimensjonene i en undersøkelse blant nordmenn. Men det gjenstår å se: Det finnes motstemmer som vil beskrive syrer som kalde og opportunistiske, og si at andre grupper trenger hjelpen mer. Det er for tidlig å si hvordan bildet ville se ut hvis vi gjorde en undersøkelse her.

KOMPETENT – MEN KALD?

Men hva vil rom selv si om sine erfaringer med nordmenn? Hvordan vil etnisk norske hjemløse kommentere sitt liv på utsiden av samfunnet? Jeg velger Oslo S, der «hele Norge» møtes; høy og lav, ung og gammel. Og ikke minst, insidere og outsiders.

Første morgen som reporter på Oslo S stan- ser jeg opp hos en ung kvinne som selger bladet *Folk er folk*. Jeg kjøper det. 100 kroner. Hun er vennlig og åpen, men kan ikke nok engelsk til at vi får til noen særlig samtale. En kollega av henne dukker opp, og vil hjelpe til. Men først vil hun ha penger. Kvinnen forteller at hun har sovnet ute i natt, og at hun har to barn hjemme. Hun synes jeg har gitt for lite penger, og vil ha mer. Hun sier at hun fryser, og jeg synes blikket hennes suger seg fast i den tjukke jakka mi. Venter hun at jeg skal gi henne den? Ubehaget stiger. Jeg forstår at jeg forstyrrer salget deres, og tar høflig farvel for å gå til kontoret. Jeg kjenner et ekkelt sug i magen, og da en annen rom-



SUSAN FISKE (63)
forsker



STEPHANIE CHARTERS (25)
dyrepleier



ASIN DELAWIC (25)
tatovør



JAN ERIK SKAUGE (61)
siviløkonom

kvinne litt lenger opp i gata stopper meg for å få penger, svarer jeg som sant er, at jeg ikke har kontanter. Hun mener jeg kan ta ut penger i minibanken. Da merker jeg irritasjonen komme, og avviser henne.

Jeg går frustrert videre. Det er jo ikke sant at jeg ikke har penger. Jeg ville bare ikke gi mer. 140 kroner føltes som nok. Min indre forsvarsmonolog fortsetter: Jeg gir regelmessig penger til diverse organisasjoner som støtter fattige i Norge og i utlandet. Likevel – jeg kunne gitt mer penger til de kvinnelige gatearbeiderne. Kontoen min er ikke tom.

Men jeg ble irritert, ja, jeg følte meg faktisk stigmatisert av kvinnene, at jeg i deres øyne ikke var noe annet enn en vandrende penge-sekk, en de kunne kreve betaling fra for noen setninger om at de frøs og tenkte på familien i Romania. Kanskje det ikke var sant engang? Det var ekkelt å kjenne at jeg mistrodd henne. Det var ubehagelig å bli minnet på at jeg som journalist lever av andres fortrolighet og gode historier.

Susan Fiskes forskning viser at rike folk ofte blir sett på som kalde, som egoistiske og lite empatiske. Nå følte jeg satt i bås med dem: Damene jeg hadde møtt på gata, hadde nok opplevd meg som den velfødde, norske drittsekken.

SOM OM DE IKKE VAR MENNESKER

Fiske legger vekt på at forskningen hennes bygger på et mangfold av metoder: fra dybdeintervjuer, spørreskjemaer, eksperimenter til hjerneskaning. Og hjerneskaning (fMRI) gir nye muligheter for innsikt.

– Gjennom hjerneskaning kan resultatene våre individualiseres mer, sier professoren.

Men enkelte funn har vært spesielle. Forskerne lot studenter se bilder av et mangfoldig utvalg mennesker, og observerte hva som skjedde i den delen av hjernen som kalles medial prefrontal cortex. Den aktiviseres når en ser på mennesker, og tenker på hvem de er, eksempelvis om de er vennlige og varme. Forskerne ble sjokkert da de oppdaget at når bildene viste tiggere, uteliggere og rusavhengige, ble ikke denne delen av hjernen stimulert i det hele tatt.

– Det var som om de ikke var menneskelige, sier Fiske.

Selv går jeg helst fort forbi tiggere. På vei til jobben blir jeg hver morgen møtt av den rumenske trekkspilleren ved utgangen av T-banestasjonen. Han spiller tango og popsanger, det bruser og svinger. Skal jeg ta opp lommeboka og legge penger i koppen? Nei. Nesten uten unntak går jeg videre, men det ekle stinget i magen dukker opp hver gang. Det forsvinner likevel raskt, og er glemt. Ubegag etter møtet med kvinnene på Oslo S derimot tar større plass. Det forlater meg ikke like fort heller, og det truer selvbildet mitt. Jeg vil gjerne være en empatisk og tolerant person, ikke en som ser på andre med mistanke.

Jeg forstår at jeg måtte finne andre måter å snakke med rom på – både av hensyn til saken jeg skriver, og av hensyn til meg selv. Men jeg trenger noen som kan fjerne hindrene mellom meg og dem. Som kan hjelpe meg å komme ut av riking-båsen, slik at det blir mulig å få til en samtale. Det må være mulig å møtes på en mer likeverdig måte. Ansikt til ansikt.

Kirkens bymisjon viser seg å kunne hjelpe. Fotograf Fartein Rudjord og jeg reiser til Tøyenkirken, der Bymisjonen hver torsdag åpner dørene for fattige tilreisende. Fra en frodig bakgård der gresset fortsatt er grønt, dukker vi ned i de slitne, men lyse kjellerlokalene hvor det yrer av liv. Ved langbordet rett ved inngangen sitter en gruppe damer med norsk utseende og en håndfull menn som åpenbart ikke er norske. De drikker kaffe, noen holder i et strikkesøy mens praten går på engelsk, norsk og noe som høres ut som rumensk. Her kan man vaske klær, lære å strikke, få seg et varmt måltid og snakke norsk med frivillige nordmenn. Flertallet av de som oppholder seg i de trange kjellerlokalene i dag, er menn. Ingen ber »



EGENTLIG SVEISER

Han leser jobbannonser, leter på nettet, går på NAV og søker på jobb etter jobb. – Jeg har håp, sier Florin Cuslea.

– Når jeg får jobb, vil jeg sørge for å vise dem at det ikke er grunn til å stigmatisere oss

Florin Cuslea

oss om penger – de er ikke på jobb nå. Jeg er ingen kunde. Det er befriende. Blikkene våre kan møtes og vi kan hilse og smile til hverandre uten at noen tenker på pengetransaksjoner. Raluca Motei fra Bymisjonen tar vennlig imot oss. Hun er selv rumener, og skal være vår tolk i intervjuet med to menn, begge gatearbeidere her i Oslo.

ANSIKT TIL ANSIKT

På forhånd har jeg bestemt meg for at det skal være korte intervjuer, med vekt på deres erfaring med nordmenn. Jeg ønsker ikke å grave i deres personlige liv og elendighet.

Grigore Rosca (48) setter seg i stolen overfor meg. Han er en ganske lav mann, med sterkt nærvær og intenst blikk. Rosca er fra Romania, og lever av å samle flasker. Arbeidstiden er fra tidlig morgen til sein kveld, hver dag. Men egentlig er han utdannet rørlegger.

– *Fikk du ikke jobb i hjemlandet ditt?*

– Dette handler ikke bare om å ha arbeid. Problemet er like mye at en ikke klarer seg på lønnen en får. Jeg jobbet hardt, med 12 timers arbeidsdager. Det var ikke nok.

– *Har du familie i Romania?*

– Jeg er skilt, men har to voksne barn på 19 og 21 år.

Jeg smiler.

– *Like gamle som mine to barn! Det var morsomt.*

Ansiktet hans lyser opp, og han smiler bredt inn i øynene mine.

Roscas erfaringer med nordmenn er varierte. Noen er vennlige, andre trakasserer den rumenske flaskesamleren. De unge slenger kanskje litt mer med leppa enn voksne. Han har blitt truet med juling av en rusmisbruker, men også opplevd at en eldre dame som fant ham sovende, kom tilbake med varme klær. Eldre mennesker virker mer vennlig innstilt, synes han.

Florin Cuslea (34) overtar stolen foran meg. Også han er rumener, opprinnelig utdannet sveiser, med 10 år i Italia bak seg. Siden det var vanskelig å få jobb, anbefalte moren ham å ta skredderutdanning, uten at det hjalp noe særlig. Men pågangsmotet har han bevart. Han leser jobbannonser, leter på nettet, går på NAV og søker på jobb etter jobb.

– Nordmenn er reserverte overfor rumenere, sier han. Nylig søkte han jobb på en tekstilfabrikk, og kom til intervju. Han følte det gikk fint – inntil han fortalte hvor han var fra. Da opplevde han at tonen endret seg, og han hørte ikke noe mer.

– *Hvorfor det, tror du?*

– Vi rumenere har dårlig rykte, det går mange historier om hvilke problemer vi har, svarer Cuslea.

– *Du får ikke sjansen?*

– Ikke foreløpig, men jeg har håp. Jeg vil så gjerne bli her i Norge. Nordmenn er åpne og vennlige. Når jeg får jobb, vil jeg sørge for å vise dem at det ikke er grunn til å stigmatisere oss.

– *Hvor møter du hyggelige nordmenn?*

– Overalt. Når jeg har småjobber, og når jeg spiller trekkspill på gata.

Cuslea spiller ofte sammen med andre, og når jeg spør hvem som særlig er vennlige, innrømmer han at kvinner kanskje er litt mer åpne.

– For vi spiller jo for dem, ler han, og setter et muntert blikk i den kvinnelige tolken og meg. Vi besvarer latteren.

Jo, dette var et annet slags møte enn med de kvinnelige gatearbeiderne ved Oslo S. Begge intervjuene inneholdt et gyllent øyeblikk av kontakt –

et fellesskap som foreldre til jevnaldrende barn, og et hint om at en gatemusiker kan sjarmere norske jenter. Men først og fremst hadde jeg fått innsikt i personene bak rollene flaskesamler og gatemusikant. Jeg hadde møtt to rumenske menn, begge med solid utdanning og med personlig initiativ som gjorde at de reiste til Norge for å få et bedre liv ved hjelp av egne krefter.

Susan Fiske er for lengst tilbake på Princeton, men kanskje ville hun beskrevet mennene slik: Begge burde skåre høyt både på kompetanse og på varme. Men i den norske undersøkelsen skåret gruppen de tilhører, lavt på begge dimensjonene.

Nordmenns måte å kategorisere mennesker på stemmer altså godt overens med internasjonale funn. Men Fiske sier hun er optimist. Hun har solid dokumentasjon for at fordommer lar seg endre, og mener også å vite hva som skal til for at det kan skje.

NÆRHET OG NABOLAG VIRKER

Susan Fiskes kolleger fulgte nemlig opp studien som viste at studenter dehumaniserte tigere og uteliggere. Etter hjerneskanningen der de viste liten eller ingen respons på bilder av de fattige, ble de stilt spørsmål til de samme bildene av fattige og hjemløse, som «Hva slags grønn saker tror du denne mannen liker?» Da gikk aktiviteten i hjernen opp, og hun mener det er uttrykk for at han nå i større grad ble sett som en person.

Professoren har lenge interessert seg for endringer av stigma.

– I noen av mine eldste arbeider plasserte vi folk i team sammen med mennesker de hadde fordommer mot. Så skulle de løse oppgaver sammen, og resultatet forutsatte at de var sammen om å få til et godt resultat. Samarbeidet førte til at de også la merke til det som *ikke* stemte med stereotypien de hadde av den andre. Nå så de hverandre mer som individer enn som representant for en gruppe. Men hvis forsøkspersonene derimot skulle jobbe uavhengig av hverandre, var de mer oppmerksomme på egenskaper som passet med fordommene.

Det er ikke overraskende eller noe galt i at folk foretrekker å være sammen med likesinnede, mener Fiske, som likevel kan referere til en rekke undersøkelser som viser at stereotypene faller når konteksten endres.

– Under rette omstendigheter lærer folk å like og å respektere folk som er ulike dem selv. »



EGENTLIG

RØRLEGGER – Jeg jobbet hardt, som rørlegger i Romania, med 12 timers arbeidsdager. Det var ikke nok, sier Grigore Rosca.

Men det er ikke nok med «food festivals and flags», smiler hun.

– Jeg ser at dere har restauranter fra mange verdenshjørner her. Meksikanske, tyrkiske, pakistanske. Men skal en fjerne fordommer, må kontakten gå dypere. De sosiale forskjellene må ikke være for store, og folk må identifisere seg med de grunnleggende samfunnsverdiene. Folk må gå på skole sammen, de må jobbe sammen. Bo i samme nærmiljø, ikke i atskilte bydeler.

– *Du har personlige erfaringer med å bo i et flerkulturelt strøk. Har det påvirket forskningen din?*

– Ja, absolutt! Jeg vokste opp i Chicago, i et flerkulturelt nabolag. De voksne var stolte av det, de viste oss at det var en verdi. Det betydde mye, sier Fiske, som forteller at mor, bestemor og oldemor var ildsjeler som jobbet for kvinners rettigheter og for bedre sosiale kår for mindre privilegerte grupper. Foreldrene, men spesielt faren, som var psykolog, lærte henne nødven-

digheten av å ha solid evidens. Det var ikke nok å ha meninger og verdier.

– Jeg er nok også preget av å ha vært ung på 70-tallet. Jeg lærte meg at man ikke hjalp verden ved bare å sitte på kontoret, smiler hun.

Hun er overbevist om at hvis man vokser opp med personer med ulik bakgrunn, vet man at det ikke er sant når man møter fordommer.

– Kunnskapen er rotfestet i deg fra barndommen av. «You have evidence in your mind.» Det er læring for livet å ha en slik oppvekst som jeg hadde, det gjør at du er i stand til å jobbe sammen med folk som har helt forskjellige forutsetninger. Folk som vokser opp i segregerte områder, mangler denne ferdigheten, sier Fiske.

DET TRENGS NYE FORTELLINGER

Fiske er også opptatt av måten man snakker om innvandrere på. En kan beskrive dem som upålitelige mennesker som snylter på samfunnet og tar jobbene fra de opprinnelige innbyggerne. Eller som flittige mennesker som bidrar til sam-

- Folk må gå på skole sammen, de må jobbe sammen. Bo i samme nærmiljø, ikke i atskilte bydeler

Susan Fiske

funnsøkonomien, sier Fiske, og minner om at mange hvite amerikanere har vokst opp med historier om sine forfedre, som på 1800-tallet immigrerte fra Europa. De fortellingene handler om pågangsmot, høy moral og ressurser.

- Hvis du legger vekt på hvor hardt det er det å reise fra hjemlandet, at man må være svært motivert, ha mye viljestyrke og ressurser, vil du kunne påvirke stereotype forestillinger om hvem innvandrere er og hvorfor de er her. Slike fortellinger kan bidra til å endre deres status. Det igjen endrer følelsene folk har for disse gruppene. Og da endrer man atferd. Slik ser jeg det.

- *Hvem har ansvar for å endre fortellingene?*

- Det er vertskapskulturen som må gjøre dette. Politikere må engasjere seg, dette kan ikke innvandrene selv gjøre.

OPPSUMMERT

Susan Fiske inspirerte meg til å oppsøke de mest utsatte og stigmatiserte, jeg ville høre

fra deres munn hvordan de tenkte om det å være ekskludert. Etter noe nøling, har jeg satt meg ned på setet ved siden av en ung mann som har overnattet på sentralbanestasjonens venterom. Vi stirrer begge ut i luften en stund, før jeg spør om jeg kan stille ham et spørsmål. Han snur seg mot meg, og smiler rett inn i øynene mine:

- Det er helt ok!

- *Hva tenker du om folk rundt deg, her du sitter?*

Han kaster et blikk på familien som sitter vis-à-vis, de ser ut som rom, og har tatt med litt mat som de deler. Praten går livlig.

- De der borte ser i alle fall hyggelige ut, sier han, og tar en tenkepause. Ser på meg igjen, og holder blikket mitt lenge.

Jeg har sagt at jeg jobber i Psykologtidsskriftet, men poengtert at jeg ikke er psykolog. Likevel – det blir for mye for ham. Talestrømmen vitner om at en tsunami av vonde minner flommer inn i følelser og kropp. Han sier at han forstår at jeg ikke er psykolog, men at han ikke klarer å snakke med meg uten å tenke på krenkelsene han ble utsatt for. Jeg blir ikke sett som en person, men som en representant for en yrkesgruppe denne mannen frykter. Han reiser seg, sier han må gå. Men en replikk blir stående før han forsvinner mot utgangen.

- Når man tenker negativt om folk, tar man alltid feil. Man finner ut nye ting om dem når man blir kjent med dem, sier han.

Susan Fiske, oppsummert.

✘

Norske stereotypier

Ikke alle regnes som en del av et større «vi» når nordmenn rangerer sosiale gruppers stereotypiske trekk.



TEKST

Hege Høivik Bye,
Førsteamanuensis,
Institutt for
samfunnspsykologi,
Universitetet i Bergen.

KONTAKT

Hege.Bye@uib.no

HVILKE GRUPPER I det norske samfunnet beundrer og liker folk flest? Hvem misliker vi, samtidig som vi ser på dem med en blanding av respekt og misunnelse? Hvem anerkjenner vi som søte og snille, men ville aldri tilbudt en lederstilling? Og hvem befinner seg på utsiden; foraktet og nedvurdert? Susan Fiske og kolleger lanserte i 2002 en ny modell for å forstå innholdet i stereotypier av grupper i samfunnet («The Stereotype Content Model»; Fiske, Cuddy, Glick, & Xu, 2002). I motsetning til forskning på *hvordan* mennesker skaper, anvender og endrer stereotypier, beskriver denne modellen *hva* det er vi tenker om *hvem* – og *hvorfor*. Flere forskere fremmer modellen som et universelt rammeverk for å forstå stereotypi-innhold. Sammen med psykologistudentene Henrik Herrebrøden, Gunnhild Hjetland, Guro Røyset og Linda Westby har jeg testet denne modellen i Norge. Vår studie gir et innblikk i det norske landskapet av stereotypier og fordommer, i tillegg til at den utforsker modellens gyldighet i en norsk kontekst (Bye, Herrebrøden, Hjetland, Røyset, & Westby, 2014).

«STEREOTYPE CONTENT»-MODELLEN

Stereotyper er samfunnets delte forestillinger om ulike sosiale gruppers kjennetegn, ifølge

Fiske og kollegers modell. Forestillingene representerer primært dominante gruppers perspektiver, men deles av mange grupper. I Norge vil en dominant gruppe kunne være etniske nordmenn fra middelklassen. Modellen viser at folk oppfatter grupper med høy status som kompetente (dyktige, selvsikre), mens lavstatusgrupper stereotypisk oppfattes som inkompetente. Grupper som representerer en trussel; som inngår i en kamp om begrensede ressurser, eller som oppleves å utfordre etablerte verdier i samfunnet, vurderes som kalde (uvennlige, uærlige). Vennligsinnede ikke-konkurrenter, derimot, vurderes som varme (snille, ærlige). Et viktig aspekt ved modellen er at de to aksene *varme* og *kompetanse* krysser hverandre. Stereotyper er ikke bare ensidig positive eller negative, slik man kanskje tradisjonelt har tenkt. Mange grupper rammes av en ambivalent stereotypi; de sees som varme og inkompetente eller kalde og kompetente (se illustrasjon). Et annet viktig prinsipp i modellen er at stereotyper er nær knyttet til emosjonelle fordommer. Vi beundrer de varme/kompetente, misunner de kalde/kompetente, synes synd på de varme/inkompetente og forakter de kalde/inkompetente.

METODE

I vår studie ønsket vi altså å finne ut hvilke stereotyper som knyttes til sosiale grupper i Norge. Undersøkelsen besto av tre deler. En pilotstudie ga oss svar på hvilke grupper folk deler det norske samfunnet inn i. Deltakerne fikk fritt liste opp sine egne forslag. Basert på svarene deres og tidligere forskning valgte vi ut 25 grupper: arbeidsledige, eldre mennesker, fattige mennesker, feminister, folk med høy utdanning, folk med lav utdanning, funksjonshemmede, homofile menn, husmødre, innvandrere, jøder, kristne, kvinner, menn, middelklassen, muslimer, nordmenn, rike mennesker, rom, rusmisbrukere, samer, studenter, tiggere, trygdede og ungdommer. Disse kategoriene dekker blant annet ulikheter basert på kjønn, alder, sosioøkonomisk status, etnisitet og religiøs tilhørighet, og favner dermed en del av mangfoldet i det norske samfunnet.

I den neste delen av undersøkelsen fikk et nytt utvalg gi sin vurdering av gruppene fra pilottesten. I tråd med definisjonen av stereotyper som delte forestillinger i et samfunn, ba vi deltakerne angi hvordan gruppene blir ansett av nordmenn flest. For hver gruppe skulle deltakerne tenke på hvordan gruppen blir ansett av folk i Norge generelt og angi i hvilken grad gruppen (slik folk flest ser det) er varm og kompetent. I den tredje og siste delen fokuserte vi spesifikt på stereotypier knyttet til ulike innvandrergrupper. Nye deltakere ble bedt om å vurdere hvordan nordmenn flest ser på svenske, polske, somaliske, pakistanske og irakiske innvandrere. Vi valgte disse gruppene fordi de er blant de største innvandrergruppene i Norge.

FEM «FORDOMMER»

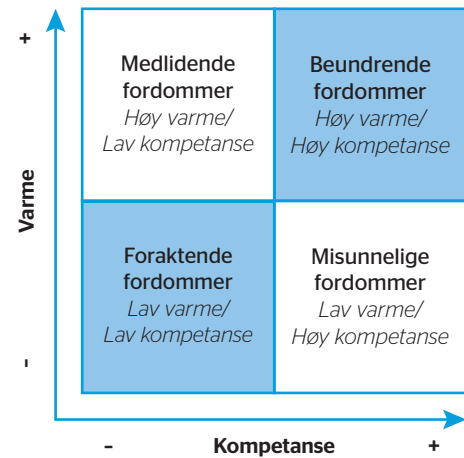
Som man ville forvente basert på «Stereotype Content»-modellen, spredte vurderingene av de ulike gruppene seg ut langs både varmeaksen og kompetanseaksen (se tabell på neste side). Litt forenklet kan vi si at stereotypene av de sosiale gruppene fordelte seg i fem kategorier.

De beundrede. Flere av gruppene ble sett på som enten kompetente og veldig varme (f.eks. kvinner, homofile menn og middelklassen) eller som kompetente og ganske varme (f.eks. nordmenn, menn, studenter og folk med høy utdanning). Samlet sett kan man tenke på disse gruppene som å representere de typiske inngruppene eller referansegruppene i Norge, altså grupper mange enten tilhører, sammenligner seg med eller ønsker å være en del av.

De mislikte, men respekterte. På tvers av land er det én sosial gruppe som konsekvent havner i kvadranten for misunnelige fordommer, nemlig rike mennesker. Også i våre data anerkjennes rike mennesker som kompetente, men vi liker dem ikke og vurderer dem som kalde.

De snille, men ikke så dyktige. Det var få grupper som klart havnet i kvadranten for medlidende fordommer; anerkjent som vennlige, men ikke respekterte som kompetente. Unntaket var funksjonshemmede og folk med lav utdanning. Begge disse gruppene kan sies å møte denne sjatteringen av fordommer.

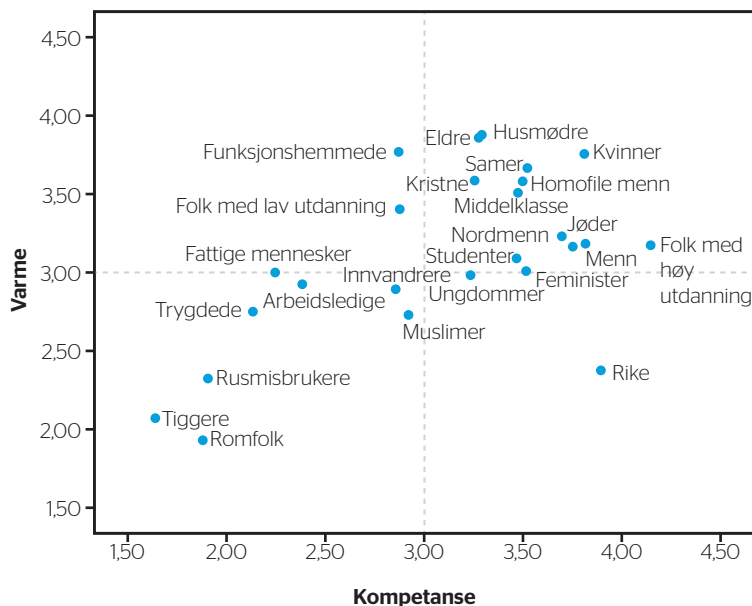
De foraktede. Deltakernes svar viste at tre grupper stereotypisk ansees som kalde og inkompetente: rusmisbrukere, tiggere og rom. Dette gir »



AMBIVALENS Mange grupper rammes av en ambivalent stereotypi; de sees som varme og inkompetente eller kalde og kompetente. Illustrasjonen viser en skjematisk fremstilling av «Stereotype Content»-modellen.

«Stereotype Content»-modellen i Norge

- Inngrupper og referansegrupper (f.eks. kvinner, nordmenn, middelklassen, folk med høy utdanning) beundres som varme og kompetente
- Funksjonshemmede og folk med lav utdanning anerkjennes som vennlige, men blir ikke respektert som kompetente
- Rusmisbrukere, tiggere og rom anses som kalde og inkompetente



GJENNOMSNIITT Tabellen viser den gjennomsnittlige vurderingen av varme og kompetanse for 25 sosiale grupper. Totalt inkluderte studien 244 deltakere. Hver deltaker vurderte et tilfeldig utvalg av gruppene, slik at hver gruppes skårer er basert på cirka 40 personers vurdering.

REFERANSER

- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., Kwan, V. S. Y., Glick, P., Demoulin, S., Leyens, J. P., . . . Ziegler, R. (2009). Stereotype content model across cultures: Towards universal similarities and some differences. *British Journal of Social Psychology*, *48*, 1–33. doi: 10.1348/014466608x314935
- Durante, F., Fiske, S. T., Kervyn, N., Cuddy, A. J. C., Akande, A., Adetoun, B. E., . . . Storari, C. C. (2013). Nations' income inequality predicts ambivalence in stereotype content: How societies mind the gap. *British Journal of Social Psychology*, *55*, 726–746. doi: 10.1111/bjso.12005
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 878–902. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.878

et tydelig bilde av hvem som ikke regnes med i det større «vi-et». Også fattige, trygdede og arbeidsledige ble ansett som lite kompetente, men ble noe mer positivt vurdert på varme.

De i midten. Noen grupper ble rangert midt på både varmeaksen og kompetanseaksen. Dette gjaldt for eksempel innvandrere. Når vi i den siste delen av undersøkelsen ba deltakerne vurdere spesifikke innvandrergupper, så vi at polske, pakistanske og irakiske innvandrere forble i denne midtposisjonen. Svenske og somaliske innvandrere fikk derimot diametralt motsatte plasseringer, og skilte seg dermed fra den generelle «innvandrere»-kategorien og de andre innvandrerguppene. Svenske innvandrere stereotypes som nordmenn (altså som varme og kompetente), mens somaliske innvandrere deler den klart negative (lav varme, lav kompetanse) stereotypen til tiggere, rom og rusmisbrukere.

HVORFOR ER DETTE VIKTIG?

«Dette vet jeg, jo!» har du kanskje tenkt mens du leste de forrige avsnittene eller kikket på illustrasjonen av resultatene. Min erfaring er at de aller fleste med tilstrekkelig fartstid i det norske samfunnet intuitivt «vet» hvor nordmenn plasserer de ulike gruppene. Hvert semester får jeg psykologistudenter til å tegne gruppekartet – de bommer aldri! Men det at man kjenner seg igjen, betyr ikke at funnene er uinteressante. En ting er de teoretiske implikasjonene studien har som bidrag til den krysskulturelle valideringen av «Stereotype Content»-modellen (Cuddy et al., 2009; Durante et al., 2013). For fagutøvere er det kanskje enda mer interessant å benytte funnene som utgangspunkt for refleksjon over egne og andres sosiale posisjoner, slik «Ethiske prinsipper for nordiske psykologer» legger opp til. Vil ikke den typiske psykologen være norsk, kvinne, høyt utdannet, og medlem av middelklassen? Trygt plassert i det øvre høyre hjørnet av modellen? Hvordan er det å arbeide fra den posisjonen, med mennesker som vet at de i majoritetens øyne vurderes som uvennlige og uærlige snyltere, som dumme og ubrukelige? Det kan være verdt å spørre seg selv: Hvilke kulturelle stereotyper har jeg internalisert, og hvordan kan disse komme til uttrykk i møte med klienter? ✘

Fra arkivet: 1995

Profesjonell incest?

Det ble nylig arrangert en konferanse om psykologer som har sex med klienter. I den anledning blir uttrykket «profesjonell incest» lansert. Det blir antydnet at under en prosent av norske psykologer har seksuell kontakt med pasienter. Selv om det nok finnes mørketall så er de kun registrert ca. 15 tilfeller av slik seksuell kontakt i løpet av de siste årene.

Uten å bagatellisere; dette er et svært lite antall sett i forhold til den følelsesmessige intime situasjonen som terapi er. Det er umulig å unngå at slike ting forekommer. I USA (som vi liker å sammenligne oss med) viser en undersøkelse at mellom to og ti prosent har hatt seksuell kontakt med pasienter. Til sammenligning er derfor dette problemet lite her i Norge. Å overfokusere på et problem kan skape tilleggsproblemer: Å framstille psykologer som potensielle overgripere svekker tilliten til psykologstanden.

Dette er ikke et forsøk på å benekte et problem, men personlig mener jeg at uttrykket «profesjonell incest» er galt å bruke. Det dreier seg jo om voksne mennesker, og et terapeutisk forhold er ikke et potensielt incestforhold. Jeg mener at det er å misbruke ordet og definisjonen incest. Incest er noe helt annet enn sex mellom terapeut og pasient. Når det innledes en seksuell relasjon mellom terapeut og pasient kan det i en del tilfeller være en frivillig handling og et frivillig forhold fra pasienten sin side. Og da er det jo ikke noe overgrep. Det er et (ubehagelig?) faktum at noen pasienter blir forelsket i terapeuten og av den grunn selv ønsker en seksuell relasjon.

Siden problemet er såpass lite er det av psykologforeningen å sette inn store ressurser på å bekjempe det de kaller «profesjonell incest». Uansett kan vi aldri gardere oss mot seksuelle overgrep eller frivillige seksuelle forhold innen psykologien. Og vi kan heller aldri «kontrollere» hva som foregår mellom psykolog og pasient. Det ville kunne ødelegge det tillitsforholdet som pasientene trenger og er avhengige av. Den terapeutiske relasjonen er avhengig av at pasientene kan føle seg trygge på at det som blir sagt eller gjort i en terapi er noe som forblir mellom terapeut og pasient. Det er selve essensen i et godt terapeutisk forhold.

Uansett må begrepet «profesjonell incest» forkastes fordi det ikke har noe med incest å gjøre. Det kan også virke nedverdiggende på pasienter, og psykologene kan bli «oveforsiktige» i frykt for at de skal bli anklaget for overgrep. Det er pasientene som blir skadelidende av dette, og det er vel dem vi tenker på ?

*Kjersti Anine Torsdalen i spalten
Speakers corner, september 1995*

AKTUELT

- UTRANGERER PSYKOLOG- FORENINGEN

President Gøran Gundersen mener Psykologiforbundet har en medlemspraksis som utrangerer Psykologforeningen.

TEKST Øystein Helmikstøl

PSYKOLOGIFORBUNDET har henvendt seg til EFPA (European Federation of Psychologists' Associations) om medlemskap. I dag er det Norsk psykologforening som har medlemskapet der.

President Gøran Gundersen mener Psykologiforbundet er den sammenslutningen som best representerer bredden av norske psykologer.

– Psykologiforbundet representerer forsknings- og praksiskompetanse innenfor et bredt spekter av psykologien. Kombinasjonen av klinisk, master- og doktorgradskompetanse gir oss bredde i stallen. Jeg mener vi har en medlemspraksis som utrangerer Psykologforeningen og som harmonerer bedre med med EFPAs statutter.

I oktoberutgaven skrev Psykologtidsskriftet at Norsk psykologforening ikke ønsker å iverksette noen prosesser nasjonalt for å få Psykologiforbundet med i EFPA.

Hva mener Gøran Gundersen om Psykologforeningens måte å forholde seg til Psykologiforbundets EFPA-søknad på?

– Det er ikke så relevant hva jeg mener om det. Vi er interessert i en dialog med Psykologforeningen, fordi vi tror det kan komme mye godt ut av et samarbeid. EFPAs oppgave er å fremme utviklingen av psykologifaget «in all its forms». Enhver medlemsorganisasjon bør legge til rette for det samme, svarer Gundersen.

Psykologiforbundet har i dag 432 medlemmer. Psykologforeningen har 8 580. ✕

Se også debattinnlegg av
Tor Levin Hofgaard på side 999.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 956-966 FAGFELLEVDERT

ELDFRID AMLUND Psykolog, Haugesund sjukehus, Helse Fonna, psykisk helsevern for barn og unge
KONTAKT eldfridamlund@gmail.com

SØSKENMISHANDLING - ET SKJULT PROBLEM

Søskenaggresjon kan ha ødeleggende virkninger for mental helse hos barn og unge, og bør gis større oppmerksomhet.

I min kontakt med barn på lekerom har jeg gjentatte ganger gjort erfaringer som kunne tyde på at de befant seg i en destruktiv søskenkonflikt. I situasjoner der de under sin lek kommuniserte en slik konflikt, la jeg merke til at de samtidig kunne uttrykke sterk affekt, gjerne i form av sinne og tristhet. Noen av barna kunne fortelle om fysiske angrep og sårende ord de gjentatte ganger hadde fått høre fra et eldre søsken, og under leken ble det ofte tydelig hvordan slik krenkelse hadde virket inn på deres psykiske helse. Imidlertid innså jeg gradvis at jeg manglet kunnskap på området «søskenaggresjon» og hvordan jeg kunne intervensere for å stanse vold i søskenrelasjoner. For å øke min kunnskap om emnet gjorde jeg søk på «Google». Med søkeord som «sibling aggression», «effects of sibling aggression», «sibling aggression assessment and intervention», fant jeg at flere bøker og artikler er skrevet om emnet, og at forfatterne av disse hovedsakelig er amerikanske (for eksempel Caspi, 2012; Wiehe, 1997; Jenkins Tucker, Finkelhor, Turner, Shattuck, 2013; Keery, Boutelle, van den Berg & Thompson, 2005; Caffaro & Conn-Caffaro, 2005).

SØSKENMISHANDLING - ET OVERSETT PROBLEM

I litteraturen som jeg fant om søskenaggresjon, oppdaget jeg at søskenmishandling er et forsømt problemområde. Caspi (2012) og Wiehe (1997) er blant flere forskere som hevder at det eksisterer én type mishandling som stort sett har forblitt uoppdaget. Det er den fysiske, emosjonelle og seksuelle mishandlingen av et søsken fra et annet. Først i 1960 ble man, ifølge Isdal (2000), vitenskapelig og helsemessig opptatt av vold mot barn og ti år senere av vold mot kvinner. Flere teoretikere (for eksempel Isdal,

ABSTRACT

Sibling abuse – a hidden trauma

Considerable progress has been made in the field of family violence in detecting, treating and preventing different types of abuse. The author found however that one type of abuse largely has remained undetected and unrecognized. This is the physical, emotional, and sexual abuse of one sibling by another. The fact that sibling abuse has largely remained in the shadow has serious consequences. Its symptoms go unrecognized and its devastating effects on the victim continue to be ignored. To prevent such negative results, sibling abuse needs to be brought out of the shadow and into the open. In this article the author contributes to greater openness by presenting clinical examples, results from research on sibling abuse and finally, some methods for assessing sibling abuse.

Keywords: sibling abuse, causes, consequences, assessment, intervention

2000) anser usynliggjøring av volden som den viktigste grunnen til at den kan fortsette. Usynliggjøring går konkret ut på ikke å snakke om, ikke tenke på og ikke forholde seg til volden. At vold i søskenrelasjoner har fått så liten plass i litteraturen om barnemishandling, mener Wiehe (1997) kan skyldes at mange aksepterer aggressiv oppførsel i søskenrelasjoner som et normalt trekk ved familielivet. Aggressiv atferd mellom søsken ses av mange på som midlertidig og noe som barnet vil «vokse ut av», eller den betraktes som lek og ingen ting å bry seg om. Isdal (2000) advarer mot normalisering av vold fordi den rettferdiggjør handlingen samtidig som den ilegger offeret for handlingen skylden og ansvaret, der-som denne skulle få reaksjoner eller problemer. Caspi (2012) og Wiehe (1997) peker på følger av at søskenmishandling forblir et skjult og ikke anerkjent problem. Dets symptomer kan da vanskelig gjenkjennes og knyttes til årsaken, og dets ødeleggende virkninger på offeret fortsetter å bli ignorert. Denne for meg nye kunnskapen om at søskenmishandling er et oversett problem og de alvorlige følgene det får, skapte et ønske i meg om å bidra til større åpenhet om emnet.

I denne artikkelen presenteres først to kasus-eksempler. Eksemplene illustrerer former for søskenvold, enkelte årsaker, og virkninger den kan ha på den som volden går ut over. Dernest presenterer jeg et utvalg av forskningsresultater på området søskenmishandling og drøfter avslutningsvis hvordan behandlere innenfor psykisk helsevern effektivt kan kartlegge og intervensere i forhold til søskenaggresjon. Av de som har forsket på mishandling i søskenrelasjoner, fremstår Wiehe (1997) som en pioner og den mest betydningsfulle. Han vil stå sentralt i denne artikkelen.

KRISTOFFER

Kristoffer, fem år gammel, ble i henvisningspapirene beskrevet som en svært aggressiv gutt. Personalet i barnehagen rapporterte at han kunne dytte, sparke eller slå barn som var yngre enn ham, uten at de ansatte kunne se noen grunn til slik atferd. De ønsket gutten utredet, og jeg startet med å observere ham på lekerom.

Kristoffer fremsto som en alvorlig gutt, og jeg fornemmet raskt en kvalitet av aggresjon og avstengthet hos ham. Jeg registrerte et hardt blikk og at han unnlot å svare når jeg snakket til ham. I første time på lekerommet viste han liten interesse for å utforske hva som var der av leker. I stedet gikk han med et målrettet uttrykk i ansiktet bort til dukkestuen og kom der fort i gang med leken. Han begynte med å legge alle dukkene i en haug foran seg; dernest plukket han ut en mannedukke og en damedukke og plasserte dem på stoler i stuen. Kristoffer leter så videre i haugen til han finner en babydukke. Denne legger han i en seng på soverommet i etasjen over. Etter å ha brukt god tid på å rydde i alle rommene, fokuserer han plutselig sin oppmerksomhet på «babyen». Brått griper han tak i babyen og hiver den hardt ned i gulvet. Denne uventede handlingen traff meg sterkt følelsesmessig, og min første impuls var å hente babyen opp igjen. Idet jeg bøyer meg ned, får jeg klar beskjed om å la den ligge. Han går så bort til den, sparker til den og sier: «Babyen grein, men det var det ingen som hørte.» Mitt neste utspill var å spørre Kristoffer direkte hvorfor han hadde sparket til babyen? Jeg fikk et direkte svar tilbake: «Den er dum. Det er jo bare en liten drittunge.»

Lek i dukkestuen sto sentralt også i timene som fulgte, og under slik lek ble «babyen» fortsatt gjort til gjenstand for Kristoffers aggresjon. Mens han mishandlet den på ulikt vis, registrerte jeg en holdning av ringeakt

hos ham. Negativ tilskrivning i form av «liten drittunge» og «skrikunge» gikk igjen, samtidig med et kroppsspråk som klart uttrykte dominans og forakt.

I en ny samtale med Kristoffers foreldre, der jeg informerte dem om mine funn, fortalte de, ikke uventet, at forholdet mellom Kristoffer og hans lillesøster var svært dårlig. De opplyste at de hadde merket trassig atferd hos ham fra den dagen hans søster ble født og senere et tiltagende sinne. De fortalte om episoder der han hadde rettet sin aggresjon mot sin lillesøster, og også om deres egen følelse av maktesløshet som foreldre.

ANNE

Anne, fire år gammel, ble henvist med bakgrunn i emosjonelle problemer. Barnehagen beskrev henne som en trist jente, som satt mest for seg selv og lekte lite med de andre barna. Personalet rapporterte også at hun kunne være fjern i perioder, og at de da ikke lyktes i å nå inn til henne.

Da jeg første gang møtte Anne på venterommet, fremsto hun som stille, blek og lite vital. Nølede ble hun med inn på lekerommet og ble der stående ved døren som om hun vegret seg for å gå inn i rommet. Når jeg fortalte henne at lekerommet var hennes rom og at hun kunne gjøre og si hva hun ville der, begynte hun med forsiktige skritt å gå mot et skap med leker i. Hun fant der fram noen fargestifter og la disse på bordet ved siden av en tegneblokk. Mens vi sitter sammen ved bordet, gir hun ingen blikkontakt, og jeg registrerer igjen en innsunket kvalitet hos henne. Taushet dominerer, og hun kommer ikke i gang med å tegne. Jeg foreslår derfor at hun tegner familien sin og sakte begynner hun da å tegne – først sin mor, så far og til slutt sin bror. Her stopper hun opp som om hun nå hadde tegnet familien sin ferdig. Når jeg spør henne om hun ikke skal tegne seg selv også, ser hun opp på meg for første gang. Nølede begynner hun å trekke opp konturen av en jente. Hun gjør dette med svakt trykk på blyanten og i en påfallende stor avstand til de øvrige i familien. Jeg oppfatter at hun med dette har gitt meg viktig informasjon. Kanskje har hun nå indirekte formidlet en opplevelse av å stå utenfor familien sin og også en opplevelse av ikke å være et avgrenset individ. Når Anne skal til å fargelegge jenten, er hennes valg av farge også påfallende. Hun har funnet fram



Det «tilsidesatte» barnet er tilbøyelig til å rette sin aggresjon mot et yngre og «svakere» søsken, som representerer et tryggere mål

en hvit fargestift og nå, med iver, fargelegger hun den nesten konturløse jenten hvit. Jeg opplever igjen at hun indirekte har formidlet et viktig budskap og kommenterer at jenten ser annerledes ut enn de andre i familien: «De har alle fått sterke farger, mens jenten er hvit.» Anne svarer spontant: «Det er fordi jeg er usynlig!» Jeg bekrefter at det er vanskelig å se den hvite jenten på det hvite arket og sier at det må være vanskelig for henne at ingen ser henne. Med ett bryter det fram en kvalitet av tristhet i Annes ansikt, og hun avbryter leken. Hun går igjen bort til skapet med leker og finner der fram et spill som hun legger på bordet. Jeg får vite at hun har spilt det før, og ber Anne om å begynne. Hun kommer imidlertid fort til kort og får sterke reaksjoner på det. Nesten på gråten sier hun: «Jeg får det ikke til!» Jeg ber henne prøve igjen, men det vil hun bestemt ikke. Hun skyver i stedet hele spillet fra seg og sier: «Jeg får ikke til noen ting». Jeg svarer: «Du får sikkert til mye» og legger til: «Alle som spiller dette spillet gjør mange feil. Det gjør jeg også.» Det synes som Anne nå er i ferd med å åpne opp for en indre smerte hun lenge har båret på. Hun fortsetter: «Broren min sier alltid at jeg er dum og at jeg ikke kan noen ting!» I min videre dialog med Anne i denne timen er hennes forhold til sin bror fortsatt et tema. Det fremkommer at han også har kalt henne «stygg», kløpet henne og slått henne. Hun viser meg et blått merke på den ene armen sin.

I en tilbakemeldingssamtale med Annes foreldre formidlet jeg opplysningene Anne hadde gitt meg om psykisk og fysisk vold fra hennes bror. Foreldrene kunne bekrefte et dårlig forhold mellom de to. Det fremkom under samtalen at Annes eldre bror, i likhet med Kristoffer i eksemplet foran, hadde endret sin atferd i forbindelse med at et nytt søsken ble født. Annes foreldre fortalte at Anne hadde krevd svært mye av deres oppmerksomhet i tiden etter at hun ble født, og dermed hadde det blitt en ujevn fordeling av deres oppmerksomhet på barna. Ifølge mor hadde Annes bror endret sin atferd ved å bli svært klengete på henne. Senere kunne han uttrykke bråsinne, som enkelte ganger gikk hardt ut over Anne. Foreldrene til Anne hadde lenge håpet at denne negative atferden ville gå over av seg selv. Når den imidlertid vedvarte, hadde det gradvis vokst fram en følelse av fortvilelse og hjelpeløshet i dem. Angivelig hadde de ingen formening om hva som kunne være årsaken til hans aggresjon, heller ikke hva Annes tilstand av tristhet kunne komme av.

HVORDAN KAN MISHANDLING I SØSKENRELASJONER FORSTÅS OG FORKLARES?

I sin teori om søskenmishandling skiller Wiehe (1997) klart mellom søskenrivalisering og søskenmishandling. Han poengterer at rivalisering mellom søsken er normalt, mens søskenmishandling er unormalt. Wiehe definerer søskenmishandling som et gjentatt mønster av aggresjon rettet mot et søsken med den hensikt å såre emosjonelt og motivert ut fra et indre emosjonelt behov for makt og kontroll. Som former for søskenmishandling fremholder han emosjonell, fysisk og seksuell mishandling. Enkelte andre teoretikere (for eksempel Isdal, 2000) inkluderer i tillegg materiell og latent vold i sin forståelse. Wiehe understreker viktigheten av at vi forstår hvorfor søskenmishandling skjer; bare da blir det mulig å forhindre den og behandle dens virkninger på «de overlevende». I sin teori presenterer Wiehe en rekke årsaksfaktorer, som han hevder virker inn på hverandre og bare delvis kan forklare vold i søskenrelasjoner. Faktorene han nevner, viser til foreldreatferd, familiedy- »

namikker og individuelle faktorer og er hentet ut fra «de overlevendes» egne beretninger om sine overgrepserfaringer. Han understreker at de årsakene til søskenmishandling som han fant, ikke inkluderer alt, og at ytterligere faktorer, som ikke ble antydnet av deltakerne i hans forskning, kan være påkrevet for å forklare søskenmishandling.

MISBRUK AV MAKT

Misbruk av makt skjer i alle former for søskenmishandling, fysisk, emosjonell, seksuell, så vel som i alle typer av familievold, ifølge Wiehe (1997). Misbruk av makt fokuserer på et individ med mer makt, som mishandler en med mindre makt. Selv om misbruk av makt synes å være en handling fra en sterk person mot en svak, kan det, ifølge Finkelhor (1983), se ut som gjerningspersonen engasjerer seg i de krenkende handlingene for å kompensere for egen opplevelse av mangel eller tap av makt. I tråd med Finkelhor hevder Isdal (2000) at vold er en måte å gjøre noe med egne følelser på, mestre dem, gjennom å gjøre noe med andre. Beretningene til «de overlevende» som deltok i Wiehes forskning, indikerer at det ofte var et eldre søsken som fysisk eller emosjonelt mishandlet et yngre søsken, og at makt i mange tilfeller var assosiert med kjønn. Mannlige søsken mishandlet gjerne kvinnelige søsken. Wiehe mener at menns behov for å utøve makt og kontroll over kvinner kan ha å gjøre med sosialiseringen av menn. Han viser til at kvinner, historisk, er blitt betraktet som menns eiendom, noe som innebærer at menn kunne behandle kvinner som de ville. Ifølge Wiehe synes beretningene fra de kvinnelige «overlevende» i hans forskning å røpe en underliggende antakelse hos deres brødre – en rett de hadde til å dominere over sine søstre. Svarene antydnet at de så fysisk og verbal vold som egnede måter å nå dette målet på.

FORSKJELLSBEHANDLING FRA FORELDRE

Ifølge Caspi (2012) synes barn å kunne akseptere at deres foreldre behandler dem ulikt så lenge de blir fortalt hvorfor og finner grunnene fornuftige. Når grunnene ikke blir fortalt eller er uklare for dem, kan dette lett resultere i en opplevelse av urett og en følelse av å bli tilsidesatt, hevder han. Sjalousi, knyttet til en opplevelse av å bli tilsidesatt, er et sentralt tema

i litteraturen om søskenmishandling. For eksempel beskriver Wiehe (1997) hvordan et nytt søsken i familien kan kaste en skygge på livet til det første barnet og oppleves som en trussel mot dets velvære. Et nytt søsken impliserer at det vil bli mindre oppmerksomhet fra foreldrene og mindre tid sammen med dem. Det første barnet kan til og med tenke at foreldrene er mer glade i det nye barnet. I sin artikkel «Den sorte sjalusien – svartsjuken» beskriver Per Are Løkke (2013) søskensjalusi som en alminnelig følelse, men hevder at den kan gi seg dramatiske uttrykk der det dreier seg om kompliserte sjalusitilstander. Han viser til en gutt på tre år, som i raseri og fortvilelse gikk direkte til angrep på sin bror etter hjemkomsten fra sykehuset. «Jeg vil at han skal bort», sa han og satte fingrene i brorens øyne (s. 13). At søskensjalusi kan gjøre seg sterkt gjeldende i familier og få alvorlige konsekvenser, blir også klart i Freuds teori. I Kristian Schjelderups norske oversettelse (1962) av Freuds «Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse» (1916–1917) beskrives det lille barnet som egoistisk og hensynsløst: «Det lille barnet behøver ikke nødvendigvis å elske søsknene sine; ofte legger det klart i dagen at det ikke gjør det. Det ser utvilsomt konkurrenter i dem som det hater, og det er vel kjent hvor ofte en slik innstilling uten avbrytelse kan vare gjennom lange år, like fram til moden alder, ja ofte enda lenger ... Lettest kan man iaktta den hos barn i alderen fra to og et halvt til tre eller fem år når det kommer en ny liten bror eller søster til verden. Det nye barnet får som oftest en meget uvennlig motakelse. Det er ikke sjelden å høre slike uttalelser som «jeg liker det ikke, storken skal ta det med seg igjen». Senere nyttes enhver anledning til å redusere nykomlingen, og selv forsøk på å skade, direkte attentater, er ikke noe uhørt» (s. 163).

Hvordan et barn vil forholde seg til et tilskudd i familien er, ifølge Wallius (2013), avhengig av flere faktorer. Hun peker på faktorer, som kan bidra til å utvikle et bånd mellom søsken. Faktorene hun fremholder, er ressurser i form av indre trygghet (trygg tilknytning), evne til å hemme primitive impulser gjennom sublimering og å uttrykke seg verbalt.

I sin teori fremholder Caspi to strategier som barn ofte benytter når de føler seg tilsidesatt eller opplever å ha en lavere status enn et annet søsken. I et forsøk på å øke sin status

kan de klage til foreldrene sine om den uretten de opplever, eller de kan klage på sin bror eller søster på måter som har til hensikt å minske den favorisertes posisjon. Caspi beskriver hvordan den «svake» parten i søskenforholdet lett kan rammes dersom foreldrene ikke tar inn over seg alvoret i sitt barns klage om opplevd urett. Det «tilsidesatte» barnet er da, ifølge Caspi, tilbøyelig til å rette sin aggresjon mot et yngre og «svakere» søsken, som representerer et tryggere mål. Han snakker i denne forbindelsen om «redirected aggression» («omadressert aggresjon») – et fenomen som er tydelig illustrert i de to kaseksempelene som ble presentert tidligere.

INEFFEKTIVE INTERVENSJONER

En annen grunn til at søskenmishandling skjer i noen familier er, ifølge Wiehe, at foreldrene ikke vet hvordan de effektivt kan gripe inn når barna deres har en konflikt seg imellom. Aggressiv atferd i søskenrelasjoner vil da lett kunne fortsette, hevder han, og eskalere til mishandling i noen tilfeller. Når foreldrene derimot kan løse problemet sammen med barna på en konstruktiv måte, gir dette et budskap om at aggressiv og krenkende atferd mellom søsken bør unngås, og at den ikke vil bli tolerert i familien. Ineffektive tilnærminger fra foreldrene gir ikke et slikt budskap til barna, og de blir ikke instruert i hvordan de kan unngå voldelig atferd. I tilfeller der foreldrene straffer et eldre barn hardt kroppslig for mishandling av et yngre søsken, kan den sterke parten i søskenrelasjonen, ifølge Wiehe, øke mishandlingen. Han/hun blir sint på offeret for å ha fortalt hva som skjedde, og som hevn øker krenkeren mishandlingen av offeret. Han/hun kan bli tvunget til ikke å fortelle om mishandlingen i fremtiden av frykt for hevn. Ifølge Wiehe kan ofre for søskenvold også frykte de konsekvensene det kan få for utøvere av søskenvold dersom offeret forteller foreldrene sine om mishandlingen. Enkelte av «de overlevende» i Wiehes forskning berettet at den svært harde kroppslige straffen som de erfarte at foreldrene kunne gi gjerningsmannen for å ha mishandlet et søsken, hadde bevirket at de aldri mer fortalte foreldrene sine om mishandlingen de opplevde.

Vold mellom søsken kan forstås på flere måter. I et sosialt læringsperspektiv lærer barn gjennom å observere sine rollemodeller og gjenta den type atferd og de holdningene som

rollemodellene viser (Bandura, 1977). Wiehe fant at voldelig atferd i søskenrelasjoner ofte var lært atferd. Vold i søskenrelasjoner kan også forstås som *et psykologisk forsvar* («identifikasjon med aggressor», Anna Freud, 1946). Offeret overtar da aggressors karakteristikk ved å skifte fra en passiv offerrolle til en aktiv aggressiv rolle og påfører et annet offer den samme mishandlingen som det selv opplever. Sluttresultatet er at søsknene er i en konstant tilstand av konflikt.

SØSKENOMSORG FOR YNGRE BRØDRE OG SØSTRE

I Wiehes forskning var den hyppigst oppgitte årsaken til søskenmishandling at et eldre søsken hadde ansvaret for et yngre på det tidspunktet da mishandlingen skjedde. Søskenmishandling som skjer når et søsken har ansvar for ett eller flere yngre søsken i foreldrenes fravær, kan ifølge Wiehe (1997) betegnes som «urealistiske forventninger». Foreldrene antar da at det eldre søskenet kan håndtere dette ansvaret og forventer at dette søskenet ikke vil misbruke sin rolle. Schier (2013) er opptatt av hva det kan innebære for et barn å være en erstatningsforelder over tid: «Både min kliniske erfaring og resultatene fra min egen empiriske forskning har fått meg til å betrakte parentifisering hovedsakelig som en form for neglisjering av barnets utviklingsbehov» (s. 5, min oversettelse). Barn med et slikt vedvarende ansvar ofrer sine egne behov for oppmerksomhet, trøst og veiledning, hevder hun.

I sin teori om søskenaggresjon illustrerer Caspi (2012) hvilke følger parentifisering kan få både for den «sterke» og den «svake» parten i søskenforholdet. Han viser der til samtaler han hadde, atskilt, med en 12 år gammel parentifisert gutt og hans fire år yngre bror. Av de første samtalene fremgår det at tolvåringen opplever sterk frustrasjon og et sinne over at foreldrene alltid forteller ham at han har ansvaret for sin lillebror, og over at ingen har ansvaret for ham selv. Av en senere samtale med Caspi fremgår det at guttens sinne over å være en erstatningsforelder med ansvar for sin yngre bror etter hvert hadde utviklet seg til et hat, som han nå retter mot sin bror i form av psykisk og fysisk vold.

Vold mellom søsken kan altså være et resultat av parentifisering og dermed et tegn på omsorgssvikt fra foreldrene.



Ved «identifikasjon med aggressor» overtar offeret aggressors karakteristikk og påfører et annet offer den samme mishandlingen som det selv opplever





Jentene som i barndommen hadde blitt ertet for sitt utseende av minst ett søsken, viste signifikant lavere nivåer av selvfølelse

DYSFUNKSJONELLE FAMILIER

Forskning antyder at unge overgripere som har misbrukt et søsken seksuelt, ofte kommer fra disharmoniske familier. Worling (1995) sammenliknet 32 unge mannlige overgripere, som hadde mishandlet yngre søsken seksuelt, med 28 mannlige overgripere som hadde mishandlet barn seksuelt som ikke var søsken. Ungdommene i den førstnevnte gruppen rapporterte betydelig mer disharmoni i ekteskapet, avvísning fra foreldrene, bruk av fysisk disiplin, en mer negativ familieatmosfære enn overgriperne i den andre gruppen, som de ble sammenliknet med. Worling antyder flere mulige forklaringer på forholdet mellom disharmoniske familier og seksuell mishandling av søsken. For det første, hevder han, kan barn som lever med avvísende foreldre, vende seg mot hverandre for å oppnå trøst, næring og støtte. Når disse barna blir ungdommer, tenker Worling at det vil kunne oppstå en risiko for seksualisering av disse relasjonene. For det andre kan overgripere søke å gjengjelde innenfor sin familie den mishandlingen og avvísningen de selv har opplevd der. En tredje forklaring han antyder, er at ungdommenes aggressive atferd mot sine søsken kan være lært.

OFFERETS BIDRAG

En annen faktor som kan være med på å forklare hvorfor søskenmishandling skjer, er ifølge Wiehe offerets eget bidrag. Han fant at mishandling ofte er selektiv og rettet mot et bestemt barn i familien. Genetisk bestemte fysiske eller atferdsmessige karakteristikk kan, hevder han, gjøre et barn mer utsatt for mishandling. Visse barn kan også utvikle atferd som kan invitere til mishandling. I slike tilfeller blir mishandlingen ofte syklisk og eskalerer, ifølge Wiehe. Barnets atferd kan drive en voksen til ytterligere mishandling av det. Dette kan forsterke barnets atferd, som igjen kan frembringe mer emosjonell og fysisk mishandling av det barnet. Forskning støtter hypotesen om at atferdsmønstrene til mishandlede barn har en tendens til å invitere til ytterligere mishandling (Bakan, 1971; Patterson, 1982).

Wiehe understreker at den interaksjonelle teorien om barnemishandling ikke gir barnet skylden for mishandlingen. Å gi barnet skylden impliserer, ifølge Wiehe, at barnet fortjente å bli mishandlet, noe ingen gjør.

Den interaksjonelle teorien om barnemishandling fra voksne gjelder også for søskenmishandling, ifølge Wiehe. Fra kommentarene til «de overlevende», som deltok i hans forskning, ble det klart at den emosjonelle mishandlingen de hadde mottatt fra et søsken, ofte var rettet inn mot deres fysiske karakteristikk. Likeledes kan atferden til noen søsken gjøre søskenmishandling mer sannsynlig. For eksempel, når et yngre søsken krever for mye oppmerksomhet fra et eldre søsken, kan dette ifølge Wiehe provosere fram hendelser av søskenmishandling. Han plasserer her ansvaret hos foreldrene og understreker viktigheten av at de er oppmerksomme på slike provokasjoner og griper effektivt inn.

FORSKNING PÅ KONSEKVENSER AV SØSKENMISHANDLING

Per Isdal (2000) har bidratt sterkt til vår forståelse av hva vold gjør med barn. Han hevder at traumatiske voldsopplevelser preger barn gjennom karakteristiske umiddelbare reaksjoner og gjennom alvorlige senvirkninger. Isdal (foredrag, 22.10.2013) gir en oversikt over symptomer blant barn som har vært vitne til og/eller har vært direkte utsatt for vold. Det

fremgår der at barna i denne gruppen får problemer på et atferdsmessig, fysiologisk, emosjonelt og kognitivt plan. Når det gjelder forskningen som hittil er gjort på konsekvenser av søskenvold, viser denne hovedsakelig til symptomer på det emosjonelle området, så vidt jeg kan se. For eksempel viser den til lavt selvbilde, angst, depresjon, sinne, symptomer på posttraumatisk stresslidelse og tilknytningsforstyrrelse, symptomer som også Isdal inkluderer i sin oversikt over symptomer som er relatert til traumatiske voldsopplevelser.

UMIDDELBARE VIRKNINGER

Flere studier gir en beskrivelse av de umiddelbare virkningene av mishandling av et barn fra en voksen, som ifølge Wiehe også vil kunne gjelde for ofre for søskenmishandling. For eksempel undersøkte Dubowitz, Black, Harrington og Vershoore (1993) atferden til 93 barn i prepuberteten, evaluert for seksuelt misbruk, og 80 ikke-misbrukte barn. De anvendte «Child Behaviour Checklist» omtrent fire måneder etter at de seksuelt misbrukte barna hadde blitt klinisk undersøkt for misbruket. De fant at de seksuelt misbrukte barna hadde signifikant flere atferdsproblemer enn gruppen av ikke-misbrukte barn som de ble sammenliknet med. Symptomene de fant, inkluderte depresjon, aggresjon, søvnplager og somatiske plager, hyperaktivitet og seksuelle problemer.

Annen forskning indikerer at depresjon kan være åpenbar hos barn kort tid etter at mishandling har funnet sted. I et utvalg på 39 jenter mellom seks og tolv år som hadde blitt henvist for evaluering av antatt seksuelt misbruk, kunne 67 % av barna klassifiseres med symptomer som var i samsvar med diagnosen depresjon (Koverola, Pount, Heger & Lytle, 1993).

Når det gjelder barn som har blitt fysisk mishandlet, viser forskningen til Kurtz, Gaudin, Wodarski og Howing (1993) at skolebarn med slike erfaringer hadde betydelige lærevansker og sosioemosjonelle problemer, sammenliknet med gruppen av ikke-mishandlede barn. Nevnte forskere hevder at barn, som har blitt fysisk mishandlet, ofte er sinte, distraherbare, engstelige og impulsive, og at det derfor er ekstremt vanskelig for dem å lære.

Silverman, Reinherz og Giaconia (1996) har vist hvordan fysisk og seksuell mishandling kan påvirke «den overlevende» i årene som følger like etter mishandlingen. I en studie som gikk over 17 år, ble 375 personer undersøkt. Disse hadde opplevd fysisk og seksuell mishandling fra et familiemedlem før de var 18 år. Forskerne fant at de mishandlede personene, i sammenlikning med en gruppe ikke-mishandlede, viste en signifikant svekkelse i sin fungering både i alderen 15 og 21 år. Deres symptomer inkluderte depresjon, angst, psykiatiske forstyrrelser, atferdsproblemer og selvmordsforsøk.

LANGTIDSVIRKNINGER

Av de forskerne som har fokusert på langtidsvirkningene av søskenvold, er Wiehe (1997) trolig den mest sentrale. Han hevder at forskning på emner som det er lite kunnskap om – sonderende forskning – egner seg for kvalitativ heller enn kvantitativ analyse. Han fremholder at kvalitativ dataanalyse er beskrivende av natur, med liten eller ingen bruk av statistikk. Anekdotiske fremstillinger utgjør en viktig del av funnene. Kvalitativ analyse prøver å fange emosjonene og stemningene til de som deltok i forskning, for å lære om problemet fra *deres* perspektiv og for

å oppdage deres reaksjon på problemet. Kvalitativ analyse er den formen for dataanalyse som Wiehe valgte for sin innledende studie av søskenmishandling.

I Wiehes forskning ble det benyttet et 14 siders spørreskjema, som inkluderte spørsmål om deltakernes tidligste minne om søskenmishandling, deres typiske opplevelse av mishandlingen, deres reaksjon på mishandlingen, deres foreldres reaksjon på mishandlingen, hvordan mishandlingen har påvirket livet deres som voksne, og deres forslag til hvordan søskenmishandling kan forhindres.

Informasjonen som Wiehe presenterer, er basert på 150 svar fra personer som hadde blitt fysisk, emosjonelt eller seksuelt mishandlet av et søsken mens de vokste opp. 89 % (134) av de som svarte, var kvinner; 11 % (16) var menn. Gjennomsnittsalderen av de som svarte, var 37 år. 85 % (127) var hvite; 13 % (20) var afroamerikanske, og 2 % (3) representerte annen rase eller etnisk bakgrunn.

DÅRLIG SELVFØLELSE

Ifølge Wiehe (1997) viste nesten alle de som deltok i hans forskning, til dårlig selvfølelse, enten de var «overlevende» av fysisk, emosjonell eller seksuell søskenmishandling. Caffaro og Conn-Caffaro (2005) fant likeledes at søskenmishandling i alle dens former synes å bryte ned et barns følelse av selvidentitet og selvfølelse. Keery, Boutelle, van den Berg og Thompson (2005) fremholder svekket selvfølelse som en av virkningene av erting, relatert til utseende, i søskenrelasjoner. De fant at av de 372 ungdomsskolejentene som ble intervjuet, rapporterte 29 % slik erting fra et søsken. Jentene som rapporterte at de i barndommen hadde blitt ertet for sitt utseende av minst ett søsken, viste signifikant lavere nivåer av selvfølelse enn de jentene som rapporterte at de ikke hadde blitt ertet av sine søsken.

Forskning tyder på at lav selvfølelse er en virkning av mishandling, enten den påføres av et søsken eller en voksen. Forskning på virkningene av foreldres emosjonelle mishandling av barna sine viser at disse barna har en tendens til å føle seg uønsket, mindreverdig, uelsket og utilstrekkelige (Cavaiola & Schiff, 1989). I tråd med deres funn rapporterte deltakerne i Wiehes forskning at ydmykelsene og fornedrelsen de hadde opplevd fra et søsken som barn, hadde etterlatt seg en følelse i dem av å være underlegen, utilstrekkelig og verdiløs. »

Ifølge Wiehe gir atferden til personer med et lavt selvbilde et budskap til andre om at de er verdiløse og fortjener å bli mishandlet. Svarene fra mange av «de overlevende» som deltok i hans forskning, røpet at de hadde valgt venner og ektefeller som satte dem i situasjoner der de igjen ble ofre.

DEPRESJON

Mange av de spurte i Wiehes undersøkelse rapporterte at de opplevde depresjon som voksne, og at de direkte assosierte sin depresjon med søskenmishandlingen de hadde opplevd som barn. Benum (2006) har beskrevet hvordan depresjon kan inntreffe i voksen alder som resultat av at barnets primære reaksjon på fare stadig ble utløst uten at det førte til at noen kom barnet til unnsetning. Hun hevder at slike erfaringer i barndommen legger grunnlag for avmaktsfølelse og tilbaketrekning, reaksjoner som ifølge Wiehe var dominerende hos flere av de som deltok i hans forskning. I den nevnte undersøkelsen til Keery et al. (2005) viste jentene som rapporterte at de i barndommen hadde blitt ertet for sitt utseende av et søsken, også signifikant høyere nivåer av depresjon enn de jentene som rapporterte at de ikke hadde blitt ertet for sitt utseende av et søsken.

Deltakerne i Wiehes forskning ble spurt om de noen gang hadde vært innlagt for depresjon. 26 % (39) svarte bekreftende. Av svarene fremkom det at depresjonen til noen av «de overlevende» var så alvorlig at den hadde ført til selvmordsforsøk. 33 % av de som svarte, rapporterte at de hadde forsøkt selvmord. Forskning viser at det er en forbindelse mellom seksuell mishandling i barndommen og suicidalitet (Briere, Evans, Runtz & Wall, 1988; Peters & Range, 1995).

I sin teori om søskenmishandling beskriver Wiehe depresjon og sinne som to sider av samme mynt. Han ser depresjonen som «de overlevende» av søskenmishandling berettet om, som et resultat av sinnet de følte mot overgriperen og som de vender mot seg selv. Han hevder at dette er spesielt plausibelt for mange av de spurte i hans undersøkelse, som klandret seg selv for mishandlingen de opplevde, og der foreldrene overhørte deres rop om hjelp. Ifølge Wiehe synes det som den eneste konklusjonen de kunne trekke, var at de fortjente å bli mishandlet.

POSTTRAUMATISK STRESSLIDELSE

Flere av «de overlevende» som deltok i Wiehes forskning, berettet om angstanfall og «flashbacks», symptomer på posttraumatisk stresslidelse som de satte direkte i forbindelse med søskenmishandlingen de hadde opplevd som barn. Van der Kolk, 2006; Ogden, Minton og Pain, 2006; Rothschild, 2000; Levine, 1998/2007; Kurtz, 2007 er blant flere teoretikere som har beskrevet hvordan personer som har opplevd interpersonlig traume, kan reagere når de står overfor ytre «påminnere» av traumet. I slike situasjoner forutfører de gjerne trussel og reagerer defensivt i kroppen som om traumet fortsatt skjer. De hevder at individer som er fanget i et mønster av forutfølt fare og gjenagering av gamle defensive responser, har en begrenset evne til å modifisere sine reaksjoner i samsvar med kontekst. I stedet kan de reagere kroppslig med for eksempel lammelse («freeze»), reaksjoner som «den gang» sikret overlevelse, men som nå ikke er hensiktsmessige. For å unngå et slikt ubehag som ytre «påminnere» av traume kan trigge, er det ifølge de nevnte teoretikerne vanlig at personer i denne gruppen begrenser kontaktene sine med andre og trekker seg tilbake. Wiehe fant at tilbaketrekning fra menn var vanlig blant de kvinnelige forskningsdeltakerne som hadde opplevd seksuell mishandling fra en bror.

Wiehes forskning viser at flere av deltakerne som hadde opplevd søskenvold i barndommen, hadde vansker med å relatere seg ikke bare til personer av motsatt kjønn, men til andre generelt. De berettet om hvor vanskelig det var for dem ikke å gjenta mønstre av lært atferd. Enkelte rapporterte at de var for harde mot sine egne barn, andre at de hadde en giftig tunge, lett kunne true eller angripe. Atter andre berettet at deres vansker kunne ta form av åpen konflikt med andre voksne, mens noen kunne kompensere for sine følelser av lav selvverdi gjennom å «please» andre.

At søskenaggresjon kan være et betydelig problem, blir også klart i en fersk amerikansk søskenstudie (Jenkins Tucker, Finkelhor, Turner & Shattuck, 2013). Deres forskningsresultater viste at søskenaggresjon var forbundet med betydelig verre mental helse hos barn og unge og at denne forbindelsen var tydelig for både milde og harde former for søskenaggresjon og både for de som hadde opplevd én type og de som hadde opplevd flere typer av

søskenaggresjon. De nevnte forskerne fant at barn mellom 0 og 9 år viste større mental helseidelse enn ungdommer mellom 10–17 år i tilfeller av milde fysiske angrep. Barn og unge ble imidlertid likt påvirket av andre former for søskenaggresjon. Videre, fant Jenkins Tucker et al. at barn og unge som hadde opplevd flere former for søskenaggresjon, rapporterte større mental helseskade. 32% av de spurte opplevde stress og angst som resultat av aggressiv atferd fra et søsken.

Wiehe (1997) fant at søskenmishandling potensielt kan skje i enhver familie, og at religiøs tro og et sosioøkonomisk nivå over middels ikke er noen garanti for at søskenmishandling ikke vil skje i familien. Hans funn harmonerer med forskningsresultatene til Adler og Schutz (1995). De studerte 12 mannlige lovovertredere som hadde begått søskenincest, og som hadde blitt henvist til en poliklinikk for evaluering og behandling. De fant blant annet at personene i dette utvalget kom fra middelklasse- til øvre middelklasse-familier. Imidlertid rapporterer andre studier av søskenincest om lav sosioøkonomisk status (for eksempel Becker, Kaplan, Cunningham-Rathner & Kavoussi, 1986). Forskning synes altså å antyde at angrep fra et søsken kan skje i alle familier, uavhengig av religiøs tro og sosial klasse.

SØSKENAGGRESJON OG KARTLEGGING

Caspi (2012) og Wiehe (1997) anbefaler behandlere systematisk å spørre etter søskenaggresjon ved inntak. For å kunne bli i stand til å avgjøre om søskenaggresjon eksisterer eller ikke, og i hvilken grad den er problematisk, bør de spørre etter ulike typer søskenaggresjon, hyppighet og intensitet av fiendtlige møter, intensjon om å skade, og om noen av partene i søskenforholdet opplever relasjonen som stressende. Ifølge Wiehe kan det å spørre pasienter direkte om de noen gang har opplevd fysisk, emosjonell, eller seksuell mishandling fra et søsken provosere fram en defensiv benektelse. Han hevder at mange er nølende med å fortelle at de ble mishandlet av et søsken fordi de ikke identifiserer den krenkende behandlingen de fikk fra søskenet, som mishandling, og fordi noen klandrer seg selv for mishandlingen de erfarte. Han anbefaler derfor behandlere, som et første skritt, å be pasienter om å beskrive hyggelige opplevelser de har hatt med søsken i barndommen. Etter at slike minner har blitt hentet fram

og snakket om, anbefaler han behandlere å be pasienten om å beskrive ubehagelige minner fra barndommen, assosiert med søsken. Ubegagelige minner, knyttet til opplevelser med søsken, gir terapeuten en anledning til å utforske utvalgte minner i dybden, og terapeuten kan da vurdere om disse minnene indikerer mishandling.

Under arbeidet med å kartlegge anbefaler Caspi en strategi han kaller «frykt for å være alene-spørsmålet». Denne strategien går ut på å spørre pasienter individuelt om de er, eller har vært, redde for å være latt alene med et søsken. Caspi antar at det ikke finnes andre årsaker til at et barn er redd for å være alene med et søsken enn trussel om psykologisk grusomhet og fysisk skade. Dersom behandleren konkluderer med at søskenmishandling er et eksisterende problem, anbefaler Caspi at han/hun tar problemet opp i samtale med foreldrene og barna samlet, og at fokus rettes mot de faktorene som forsterker aggresjon i søskenrelasjonen. Han anbefaler en oppgavesentrert tilnærming, som integrerer oppgavesentrert, strukturell familierterapi og atferdsmetoder.

Ifølge Wiehe (1997) er behandlingen av pasienter som har opplevd å bli mishandlet av et søsken, hovedsakelig lik behandlingen av pasienter som har blitt mishandlet i en voksenbarn-relasjon. Han hevder imidlertid at visse faktorer er unike for søskenmishandling. Faktorene han sikter til, inkluderer en tendens hos «overlevende» til ikke å erkjenne at den krenkende atferden de erfarte fra et søsken, faktisk var mishandling. Wiehe påpeker viktigheten av at behandlere tidlig i terapiforløpet bekrefter virkeligheten av mishandlingen som har funnet sted. Å benevne krenkende atferd som mishandling vil ifølge Wiehe frigi emosjonell energi. Pasienten kan da begynne å arbeide med virkningene som søskenmishandlingen har på hans eller hennes voksne liv.

KONKLUSJON

Søskenmishandling er en oversatt form for interpersonlig vold med potensielt ødeleggende langtidsvirkninger. For å kunne bekjempe vold i søskenrelasjoner er åpenhet, synliggjøring og avnormalisering av volden nødvendig. Ytterligere forskning på søskenmishandling er påkrevet, og det er ønskelig at også norske forskere interesserer seg for emnet og tilfører feltet ny kunnskap. ✕ »



Av svarene fremkom det at depresjonen til noen av «de overlevende» var så alvorlig at den hadde ført til selvmordsforsøk

REFERANSER

- Adler, N. & Schutz, J. (1995). Sibling incest offenders. *Child Abuse & Neglect*, 19, 811–819.
- Bakan, D. (1971). *Slaughter of the innocents*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Pearson Education, US.
- Becker, J., Kaplan, M., Cunningham-Rathner, B. & Kavoussi, R. (1986). Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators. *Journal of Family Violence*, 1, 85–97.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I T. Anstorp, K. Benum, M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer* (s. 32). Oslo: Universitetsforlaget.
- Briere, J., Evans, D., Runtz, M. & Wall, T. (1988). Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 457–461.
- Caffaro, J. V. & Conn – Caffaro, A. (2005). Treating sibling abuse families. *Aggression and Violent Behaviour*, 10, 604–623.
- Caspi, J. (2012). *Sibling aggression*. New York: Springer Publishing Company.
- Cavaiola, A., & Schiff, M. (1989). Self-esteem in abused chemically dependent adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 13, 327–334.
- Dubowitz, H., Black, M., Harrington, D. & Vershoore, A. (1993). A follow-up study of behaviour problems associated with child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 7, 743–
- Finkelhor, D. (1983). Common features of family abuse. I D. Finkelhor, R. Gelles, G. Hotaling, & M. Strauss (red.), *The dark side of families* (s. 17–27). Beverly Hills, CA: Sage.
- Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defence*. s 285, 316 New York: International Universities Press, Inc.
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Isdal, P. (2013). Vold i nære relasjoner – voldens psykologi. Foredrag i Arendal, 22. oktober, 2013.
- Jencins Tucker, C., Finkelhor, D., Turner, H. & Shattuck, A. (2013). Association of Sibling Aggression with Child and Adolescent. *Mental Health, Paediatrics*, 132, 179.
- Keery, H., Boutelle, K., van den Berg, P. & Thompson, J. K. (2005). *The impact of appearance-related teasing by family members*. (2) 120–127.
- Koverola, C., Pount, J., Heger, A. & Lytle, C. (1993). Relationship of child sexual abuse to depression. *Child Abuse & Neglect*, 17, 393–400.
- Kurtz, R. (2007). *Body-centered psychotherapy: the hakomi method*. Mendocino, CA: LifeRhythm.
- Kurtz, P., Gaudin, J., Wodarski, J. & Howering, P. (1993). Maltreatment and the school-aged child: School performance consequences. *Child Abuse & Neglect*, 17, 581–589.
- Levine, P. A. (1998). *Væk tigeren: helbredelse af traumer*. København: Borgens Forlag.
- Løkke, P. A. (2013). Den sorte sjalusien – svartsjuken. *Nordisk tidskrift för barn- och ungdomspsykioterapi*, 28, 13–19.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (20006). *Trauma and the body*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Patterson, G. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Peters, D. & Range, L. (1995). Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men. *Child Abuse & Neglect*, 19, 335–341.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Schier, K. (2013). The consequences of the neglect of children's developmental needs. The relationship of the siblings. *Nordisk tidskrift för barn- och ungdomspsykioterapi*, 28, 3–12.
- Schjelderup, K. (1962). *Forelesninger til innføring i psykoanalyse*. Oslo: Gyldendal.
- Silverman, A., Reinherz, H. & Giaconia, R. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 709–723.
- Van der Kolk, B. A. (2006). Foreword. I P. Ogden, K. Minton, C. Pain (red.), *Trauma and the body* (s. xxiv). New York, London: W. W. Norton & Company.
- Wallius, R. (2013). Hur uppstår syskonkärlek? *Nordisk tidskrift för barn- och ungdomspsykioterapi*, 28, 20–25.
- Wiehe, V. R. (1997). *Sibling abuse. Hidden Physical, Emotional, and Sexual Trauma*. CA: Sage Publications.
- Worling, J. (1995). Adolescent sibling-incest offenders: Differences in family and individual functioning when compared to adolescent nonsibling sex offenders. *Child Abuse & Neglect*, 19, 633–643.

Fra pilotprosjekt til permanent tilbud

Transkulturelt senter i Stavanger startet opp som et pilotprosjekt i 2013 i Helse Vest. Formålet er å bidra til at traumatiserte asylsøkere og flyktninger får et godt helsetilbud som ivaretar deres psykiske helse. I september besluttet Helse Vest at senteret blir et permanent tilbud. Leder ved transkulturelt senter,

psykiater Jone Schanche Olsen, er selv sagt fornøyd med avgjørelsen: - Dette er svært gode nyheter for oss. Nå kan vi virkelig konsentrere oss om behandling og bruke mindre ressurser på strategi og dokumentasjon. Den akutte flyktningsituasjonen akkurat nå skaper større behandlingsbehov, og

kan nok ha hatt betydning for avgjørelsen om et permanent senter, sier Schanche Olsen i en kommentar til Psykologtidsskriftet.

Senteret har i dag fem ansatte; to psykiatere, en psykolog, en sosionom i tillegg til en sekretær.



Typisk menn

Folk assosierer fremdeles vitenskap med menn. Men stereotypene kan stå for fall.

Selv i land hvor kvinner utgjør omtrent halvparten av universitets vitenskapelige ansatte, forbinder folk vitenskap med menn i større grad enn med kvinner, viser en ny studie fra Northwestern University, Illinois. Men, når flere kvinner får seg jobb innenfor forskningen, kan også våre stereotyper være i endring.

Forskerne samlet data fra nesten 350 000 mennesker i 66 land. Deltakerne besvarte en assosiasjonstest via nettet, hvor de ble målt på «eksplisitte fordommer» gjennom å rangere hvor mye de assosierte vitenskap med menn eller kvinner, og «implisitte fordommer», det vil si hvor raskt de assosierte vitenskapsord som «matte» og «fysikk» med mannlige ord som «gutt» eller «mann». Funnene viser at deltakerne gjennomførte sistnevnt oppgave raskere når vitenskapsord ble koplet med «mannlige» kontra «kvinnelige» ord.

David Miller, studiens førsteforfatter, mener resultatene viser hvordan man på tvers av land og kulturer stereotypisk knytter vitenskap til menn, både implisitt og eksplisitt. Nederland viste seg å være det landet som hadde de sterkeste eksplisitte stereotypene, og de nest sterkeste implisitte stereotypene. Mexico, Portugal og Spania hadde noen av de laveste skårene på implisitte stereotyper, selv om respondentene assosierte vitenskap mer med menn enn med kvinner. Norge var ikke med i studien.

Miller uttaler at dette er viktig kunnskap da slike stereotyper for eksempel kan bidra til skjevheter i ansettelsesprosesser.

Studien ga imidlertid grunnlag for optimistiske framtidsutsikter: Det ser ut til at i land som har mange kvinnelige forskere, er assosiasjonen mellom menn og vitenskap svakere. Dette er et viktig funn fordi tidligere studier har vist at stereotyper om forskning og kjønn har vært vonde å vende.

Referanse: Miller, D. I., Eagly, A. H., & Linn, M. C. (2014). Women's Representation in Science Predicts National Gender-Science Stereotypes: Evidence From 66 Nations.

Kilde: <http://www.apa.org/monitor/2015/09/upfront-profession.aspx>

Kulturelle stereotyper

Kvinnens oppfatning av IT-kulturen hindrer dem i å velge en teknisk utdanning.

Hvorfor er det mindre sannsynlig at kvinner velger informatikk og ingeniørfag enn menn, selv om de har vært like teknologinteressert som barn? Dette var et av spørsmålene forskerne Sapna Cheryan, Allison Master og Andrew N. Meltzoff ved Universitetet i Washington i Seattle (USA) ønsket å finne ut av i deres studie om kulturelle stereotyper som ble publisert i februar i år. De trekker flere interessante konklusjoner:

Forskerne mener årsakene ikke har med fagfeltet i seg selv å gjøre, men hvilke stereotyper/fordommer som kommuniseres rundt hva slags typer mennesker det er som har og tiltrekkes av teknologiske jobber, og hva slags verdier de har.

I studien listes det opp flere kulturelle stereotyper som kjennetegner en såkalt «nerde»-kultur, og som bidrar til at jenter i liten grad velger informatikk/tekniske fag. Eksempler på denne typen stereotyper: De som velger IT-fag er ensomme og teknologifokuserte; arbeidet handler i liten grad om samarbeid og om å hjelpe andre; verdiene handler om å bli best mulig, å bli geniérklært. Ifølge forfatterne er disse stereotypene høyst levende i den amerikanske kulturen og en helt sentral faktor som forklarer hvorfor teknologi-interesserte kvinner likevel ikke velger tekniske studier.

Hva kan gjøres med dette?, undrer forfatterne. Her kommer de med en del konkrete råd som alle handler om å synliggjøre mangfold: IT-feltet er like variert som andre bransjer med tanke på hvilke mennesker som jobber der. Men dette vises i liten grad fram i offentligheten og i mediene. Konsekvensen er at kvinner tror de må oppføre seg på bestemte måte for å passe inn i slike miljøer, istedenfor å tenke og være trygge på at feltet ønsker variasjon og mangfold.

Kilde: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2015.00049/full>



BIOFEEDBACK - LA PULS OG PUST DANSE I TAKT

Psykologer behandler ofte psykiske problemer langt ute i forløpet. Hva om vi også kan påvirke mer basale fysiologiske fenomener til grunn for problemer som angst og depresjon?

PÅL NYSTUEN,

Dr.psychol., spesialist
i arbeids- og
organisasjons-
psykologi,
Lovisenberg DPS

KONTAKT

pal.nystuen@lds.no

Psykologisk behandling er ofte ressurskrevende, og vi lykkes ikke alltid med å få tilbudet fram til dem som har behov for det. Vi trenger flere effektive metoder som ikke krever spesialisert kompetanse for å kunne gi effekt. Biofeedback-trening kan være en slik metode.

Biofeedback-trening er å motta signaler fra kroppen gjennom forskjellige måleinstrumenter, for deretter å lære seg å påvirke de kroppslige prosessene. Ulike former for biofeedback har vist seg effektive ved helseutfordringer som astma, irriterbar tarm, kronisk smerte, migræne, høyt blodtrykk, ADHD, søvnproblemer, angstlidelser og depresjon (Phelan, 2013). Ved Lovisenberg DPS har en gruppe psykologer tilbudt kurs i biofeedback-trening siden våren 2012. Gjennom totalt ni kurs med til sammen 75 deltakere har vi erfart at mange opplever dette som en nyttig tilnærming, både som supplement til annen terapi og som enkeltstående tilbud.

BIOFEEDBACK SOM LÆRINGSPROSESS

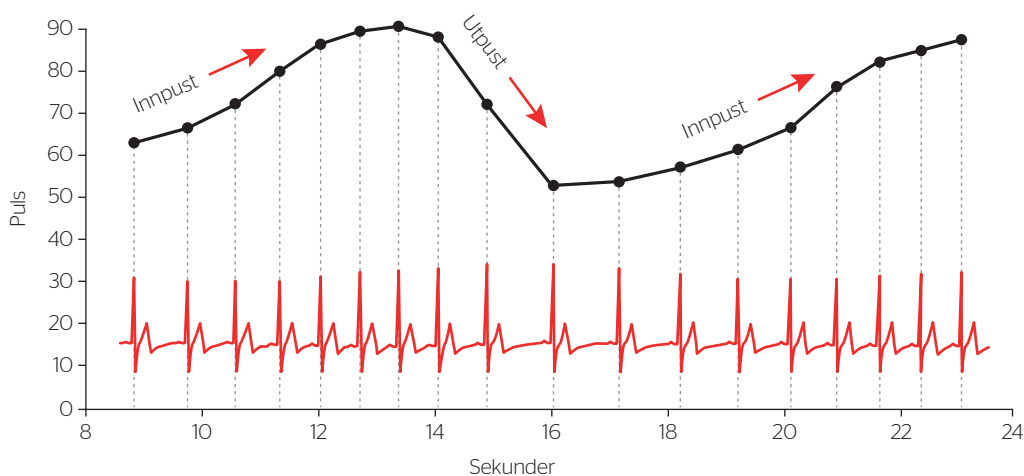
Biofeedback er ikke noe nytt, det har eksistert i ulike varianter siden 70-tallet (Lehrer, 2003). Det som er nytt, er at teknologien nå har gjort

dette mye mer tilgjengelig for mange flere mennesker. Utstyr som for ikke lenge siden var forbeholdt laboratorier, kan nå enkelt kobles til en PC, et lesebrett eller mobiltelefoner.

Biofeedback er en læringsprosess hvor den enkelte øver seg på å gjenkjenne fysiologiske reaksjoner og å påvirke dem. Det har mye til felles med å lære enhver annen ferdighet – det krever øvelse. Gjennom øvelser blir vi kjent med våre egne unike fysiologiske mønstre og reaksjoner, og vi lærer å påvirke og styre dem i stedet for at de kontrollerer oss. Personen får kontinuerlig tilbakemelding (feedback) om kroppslig aktivitet, for eksempel hjertefrekvens, hjerneaktivitet eller hudtemperatur, via et måleinstrument som er koplet til kroppen. I tilbudet vårt bruker vi variasjoner i puls som det fysiske fenomenet deltakerne får tilbakemelding på.

PULSVARIASJON

I den internasjonale litteraturen er pulsvariasjon oftest omtalt som «Heart rate variability» (HRV), hjerteratevariabilitet (Gevirtz, 2013). På kursene bruker vi *pulsvariasjon* som et litt mer intuitivt og enklere ord. Pulsvariasjon er



FIGUR 1 Deltakerne lærer å regulere puls og pusterytme ved hjelp av biofeedback.

en viktig indikator for kroppens evne til å regulere seg selv. De fleste oppfatter puls som noe jevnt, men i virkeligheten er pulsen vår et svært variabelt fenomen som endres fra sekund til sekund. Denne variasjonen kan fortelle mye om den enkeltes autonome reguleringssevne, det vil si kroppens evne til å regulere seg opp og ned. Mindre variasjon i puls indikerer dårligere reguleringsfunksjon. Personer som sliter med generalisert angst, panikkklidelse og posttraumatisk stress, har oftere redusert evne til autonom regulering (Wheat & Larkin, 2010). Det er også sannsynliggjort at redusert autonom regulering øker risiko for å utvikle depresjon og for tilbakefall av depresjon (Karavidas, 2007).

I kursene bruker vi tid på å forklare hvordan variasjonen i puls gir oss et vindu inn i noe av det mest grunnleggende i kroppen: balansen mellom aktivering og deaktivering. Det autonome nervesystemet har to hoveddeler: sympaticus, som gir signaler om økt aktivering, og parasympaticus, som gir signaler om deaktivering. Når disse to systemene fungerer godt sammen, oppstår en naturlig pulsvariasjon når kroppen er i hvilemodus. Ifølge Friedman (2007) har man i forskningen på angst og stress overfokuset på det sympatiske nervesystemet og neglisjert det parasympatiske. Vi har sett etter feil ved gasspedalen, og oversett muligheten for at problemet skyldes dårlige brems. Vi trenger med andre ord både gass og brems. Pulsvariasjonstrening handler om å lære seg å kjenne igjen kroppens rytme i hvilemodus for å kunne utnytte de mulighetene som byr seg til å roe ned i løpet av dagen. Biofeedback-

trening kan i denne forbindelse ses på som en svært nær slektning av ulike typer oppmerksomhetstrening.

BIOFEEDBACKTRENING FOR BEDRE PULSVARIASJON

Pulsen er et gjennomsnitt av hjerteraten i en tidsperiode. Når jeg sitter og skriver på denne artikkelen, måler pulsen min, og finner ut at den ligger på cirka 70, så vil det likevel kunne være stor variasjon i avstanden mellom hvert pulsslag i denne perioden (figur 1). Stor variasjon er et tegn på god helse og indikerer at vår fysiologiske brems fungerer godt (Thayer et al., 2012). Denne bremsemekanismen svekkes vanligvis ved økt alder, og biofeedback-trening kan også motvirke en slik naturlig svekkelse.

Når vi er i ro, gjerne sittende, og puster i en langsom rytme på rundt seks ganger i minuttet, som tilsvarer 4–5 sekunder på innpust og 5–6 på utpust, så vil ofte variasjonen i puls finne en tilsvarende rytme. Pulsen har en tendens til å øke når vi puster inn og synker igjen når vi puster ut. En jevn rytme gir raskere stressreduksjon og regulerer hormonutskillelsen og sirkulasjonssystemet vårt på gode måter (Lehrer et al., 2000). Når vi bruker biofeedback, blir det lettere for oss å finne fram til og opprettholde vår egen takt, som varierer noe fra person til person. Denne rytmen omtales som «respiratory sinus arrhythmia» (RSA) på engelsk.

Mange ulike faktorer påvirker hjerterytmen vår, alt fra å løpe opp en trapp, en skremmende eller stressende tanke, hyperventilering, til uvante følelser. Barorefleksens vår er den reflek-





Biofeedback-trening kan sees på som en svært nær slektning av ulike typer oppmerksomhets-trening.

sen som hjelper kroppen med å sørge for at vi har et gunstig blodtrykk i forhold til den aktiviteten vi driver med. Når denne refleksens funksjon ikke er så god, vil vi for eksempel kunne få forhøyet blodtrykk med økt fare for mer alvorlige helseproblemer. Pulsvariasjonstrening kan sannsynligvis påvirke og, over tid, bedre barorefleksens funksjon. Når pusterytme og pulsvariasjon samvarierer, trimmer vi altså barorefleksens vår. Hvis vi klarer å påvirke denne helt grunnleggende mekanismen vil det kunne ha positive ringvirkninger, både innenfor fysisk og psykisk helse.

Teknisk utstyr

Denne tekniske utviklingen har vært viktig for utviklingen av kursing i biofeedback. Terskelen for å kunne skaffe seg og bruke denne typen verktøy er i dag svært lav sammenlignet med bare noen år tidligere. Vi har så langt benyttet utstyr fra selskapet HeartMath i forbindelse med kursene. De har utviklet biofeedback-utstyr som kan installeres på PC, Mac og på iPad, iPhone og iPod¹.

Det dukker stadig opp flere mobil-applikasjoner som også gjør det mulig å måle pulsvariasjon ved hjelp av mobilens kamera og blitsfunksjon. Dette fungerer etter samme prinsipp som utstyret fra ulike leverandører ved at det er blodgjennomstrømming i fingrene eller øret som registreres, og dermed måles også puls og pulsvariasjon. Til iPhone har vi anbefalt HeartRate+ til våre deltakere (www.heartrateplus.com). Et godt alternativ til androidplattformen er «Stress Releaser Meditation».

ERFARINGER FRA KURSENE

Deltakerne på kursene våre er arbeidstakere som enten er sykmeldte eller står i fare for å bli det, som følge av lettere til moderate psykiske problemer. Kurset går over seks uker, og er i hovedsak praktisk trening på biofeedback. Det er 8–10 deltakere på disse kursene. Alle deltakerne har en individuell forsamling med en av kurslederene der vi sammen vurderer om dette kan være et godt tilbud for vedkommende. Hver kursgang er halvannen time lang.

En av kursdeltakerne beskriver et travelt og til tider grenseløst arbeidsliv over mange år, der han alltid var for sent ute til flyet eller alltid var for sen med å fullføre arbeidsoppgaver. Dette hadde blitt normalen, og han kjente ikke på det som stress, annet enn at «nå er jeg litt oppkavet, nå fullfører jeg dette her, og så roer jeg ned». Han beskrev seg selv som den som ofte holder roen i situasjoner, og som klarer å koble ut etter en arbeidsdag. Å bli kjent med de kroppslige symptomene på økt aktivitet var en lærerik opplevelse:

Jeg har trodd at når jeg kom hjem, slengte meg på sofaen, spiste et måltid, satte på TV-en, da slappet jeg av. Men det avslørte jo denne gadgeten at det var ikke tilfellet. Nei, så jeg kaller det distraksjon. Det kan man jo bruke, hvis man er stressa i en situasjon og tar opp telefonen og leser meningsløse nyheter, da føler du at du kobler ut. Men rent fysiologisk så slapper du ikke av likevel.

Vi opplever at mange deltakere får en økt bevissthet, både i forhold til hvordan det er å være høyt aktivert, og hva som skal til for å la kroppen falle mer til ro.

.....

1. Vi har for øvrig ingen interesser i salg eller formidling av utstyr fra HeartMath.

Gjennom kurset har vi mye oppmerksomhet på at stress ikke er farlig, men normalt og adaptivt. Mange av deltakerne forteller om økt bevissthet på egen aktivering, og økt aksept for egen kroppslig tilstand, i motsetning til å reagere med frykt på eget stressnivå. Samme deltaker uttalte:

Stressresponsen er jo ikke noe som man direkte kan gjøre noe med, det er ikke noen medisiner eller inngrep som tar det bort. Men da er det jo nyttig å lære (...) mer om disse aktiveringsmekanismene. Når er det jeg blir aktivert uten at jeg trenger å være det, og hvordan kan jeg regulere ned?

Budskapet fra kursholderne er at våre stressreaksjoner i utgangspunktet ikke er skadelige, de er naturlige responser på noe som oppfattes som en trussel. Dagens ensidig negative fokus på stress som helsefarlig kan i noen grad være en del av problemet (Jamieson et al., 2012). Problemer knyttet til stress oppstår når stresset blir kronisk, vår fysiologiske brems svekkes, og vi ikke klarer å roe ned igjen når tenkt eller ekte fare er over.

Noen deltakere reagerer også med økt aktivering og angst når de får mer kontakt med kroppen eller når de i større grad følger med på kroppslige fenomener. Tanker som «jeg klarer ikke å puste riktig», «pusten kjennes feil» og «jeg får panikk av å kjenne min egen pust/hjerterytme» er vanlige. Dette oppstår som regel i starten, og erfaringen så langt er at de fleste lykkes godt med å normalisere sin egen respons i løpet av kursperioden.

Det er også en fare for at personer med angstproblemer benytter teknikker og øvelser som dette som sikkerhetsstrategier. Biofeedback kan bli noe personen «må» gjøre for å takle spesielle situasjoner, litt som å banke i bordet. Dette kan forsterke og opprettholde stress- og angstproblemer. Vi prøver å gjøre deltakerne oppmerksomme på disse fenomenene underveis i kurset hvis de dukker opp. Aksept er et viktig stikkord i møtet med alle disse utfordringene, kurslederne formidler en grunnleggende aksept til tanker, følelser og kroppslig aktivering på alle nivåer.

VEIER VIDERE

Det er fortsatt et stort behov for evaluering av effekter av biofeedback som metode, men også av kommersielle produkter (for eksempel emWave, HearthMath) av en tredjepart som ikke er investert i positive resultater. Mange av studiene som er gjort på HearthMath sine produkter og metoder, er gjort av leverandøren selv, eller av personer tilknyttet virksomheten. Det er et problem at brukere av produktene blir utsatt for markedsføring som kanskje overvurderer effektene som kan oppnås. Det er slik det oppfattes, få og mangelfulle beskrivelser av de mest sannsynlige virkningsmekanismene, slik de er forsøkt beskrevet her. Dette kan utgjøre en utfordring i arbeidet med å spre denne metoden videre.

Biofeedbacktrening kan gi muligheter for samarbeid på tvers av profesjoner og fagfelt, og i klinisk praksis og forskningsprosjekter. Lignende kurskonsepter som det vi tilbyr, vil kunne gjennomføres av mange helsefaglige yrkesgrupper i mange ulike settinger. Vi jobber for eksempel for tiden med å få til et kurs i biofeedback for nyopererte hjertepasienter ved vårt eget sykehus. Biofeedbacktrening kan også lanseres som web-baserte læringsprogrammer eller som program i skolesystemet. Hvis vi kan sannsynliggjøre at denne metoden er virksom og effektiv for personer med stress-, angst- og depresjonsplager, kan det ha stor samfunnsmessig betydning i framtida. ✘

REFERANSER

- Friedman, G. H. (2007). An autonomic flexibility – neurovisceral model of anxiety and cardiac vagal tone. *Biological psychology*, 74(2), 185–199.
- Gevirtz, R. (2013). The Promise of Heart Rate Variability Biofeedback: Evidence-Based Applications. *Biofeedback*, 41(3), 110–120.
- Jamieson, J. P., Nock, J. P. & Mendes, W.B. (2012). Mind over matter: Reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(3), 417–422.
- Karavidas, M. K., Lehrer, P. M., Vaschillo, E., Vaschillo, B., Marin, H., Buyske, S.... & Hassett, A. (2007). Preliminary results of an open label study of heart rate variability biofeedback for the treatment of major depression. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 32(1), 19–30.
- Lehrer, P. M., Smetankin, A. & Potapova, T. (2000). Respiratory sinus arrhythmia biofeedback therapy for asthma: A report of 20 unmedicated pediatric cases using the Smetankin method. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 25(3), 193–200.
- Lehrer, P. M. (2003). Applied psychophysiology: Beyond the boundaries of biofeedback. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 28(4), 291–304.
- Phelan, D. (2013). Biofeedback: An Introduction for Consumers. Faoláin Press.
- Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers III., J. J. & Wager, D. W. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(2), 747–756.
- Wheat, A. L. & Larkin, K. T. (2010). Biofeedback of Heart Rate Variability and Related Physiology: A Critical Review. *Applied Psychophysiology and biofeedback*, 35(3), 229–242.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 972-981 FAGFELLEVDERT

BJØRN LAU^{1,2}, TOVE HELENE EDVARSDEN¹, MATTIAS VICTOR¹

KONTAKT bjorn.lau@lds.no

VANLIGE PSYKISKE HELSEPROBLEMER OG SYKENÆRVÆR I ARBEIDSLIVET

En betydelig andel av langtidssykefravær og uførepensjonering er forårsaket av vanlige psykiske lidelser. De fleste med slike lidelser er i arbeid. Derfor trenger vi mer kunnskap om hva som fremmer arbeidsdeltakelse, og under hvilke betingelser en slik deltakelse er helsefremmende.

I Norge vil omtrent 15 % av befolkningen rammes av en angstlidelse i løpet av et år, mens depresjon rammer cirka 10 % (Knudsen & Mykletun; 2010). Norske og internasjonale studier viser at disse lidelsene står for en stor del av det registrerte sykefraværet (Henderson, Glozier & Elliott, 2005; Arbeids- og Inkluderingsdepartementet & Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007; Mykletun & Knudsen, 2009). Begge typer lidelser er forbundet med kognitive og emosjonelle symp-

ABSTRACT

Common mental problems and sickness presence in working life

Introduction: Common mental health problems are an important reason for long-term sickness absence and disability pensioning. Meanwhile, many with such disorders remain in employment, despite their mental disorder. Meeting at work with illness or symptoms that could have caused sickness absence, is termed sickness-presenteeism. In this study, the experiences of being sick present of patients in treatment for common mental disorders was examined.

Method: Eight patients (four women) were interviewed about their sickness presence. The interviews were transcribed and analyzed according to interpretative phenomenological analysis.

Results: Symptom reduction, adjustments made at the workplace, inner attendance pressure and a relationship to the leader characterized by trust, were found to be of importance for sickness-presenteeism. Being at work and mastering work tasks could give experiences of flow and meaning. These conditions were considered to have a beneficial health effect by the informants.

Discussion: None of the adjustments at the workplace described by the informants were specifically linked to depressive- or anxiety problems. This may reflect that neither employers nor patients have knowledge about what adjustments are best suited for various forms of mental problems. Leaders probably need training in order to make work-adjustments that enable this group of patients to work, with an improvement of health as a result.

Keywords: sickness presenteeism, attendance-pressure, common mental disorders, interpretative phenomenological analysis, work environment, return to work.

1 Lovisenberg DPS, Raskere tilbake

2 Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt

tommer, så vel som atferdsmessige konsekvenser. Siden komorbiditeten mellom angst og depresjonsproblematikk er relativt høy (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001, 2006), vil mange oppleve symptomer fra begge diagnosegrupper. Symptomene gjør at både funksjonsevne og arbeidsevne påvirkes, selv ved mild til moderat grad, slik at det for noen vil være vanskelig å arbeide i en periode. Forskning indikerer imidlertid også positive psykiske helseeffekter av å være i arbeid (Waddell & Burton, 2006; Falkum et al, 2011), og illustrerer viktigheten av arbeid for bedring av psykisk problematikk.

SYKENÆRVÆR

Selv om vanlige psykiske lidelser står for en stor andel av sykefravær og uføretrygding, så viser studier at mange med slike lidelser går på jobb (Sanderson & Andrews, 2006). Det å gå på jobb til tross for at man opplever symptomer og sykdom, blir kalt sykenærvær (Aronson, Gustafsson & Dallner, 2000). Sykenærvær er et vanlig fenomen. I en undersøkelse av et representativt utvalg av norske arbeidstakere ble det vist at over halvparten hadde vært sykenærværende i løpet av det siste året (Johansen, 2012). De hyppigste helseplagene blant ansatte med høyt sykenærvær er rygg- og nakkeplager, samt tretthet og moderate depressive tilstander (Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000).

Det er flere gode grunner til å studere sykenærvær blant personer med vanlige psykiske lidelser. Sykenærvær kan under visse forutsetninger tenkes å ha en gunstig helsemessig effekt, samtidig som det kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Ulike forhold gjør at noen blir sykemeldte mens andre er sykenærværende. Et ensidig fokus på sykefravær gir utilstrekkelig innsikt i hva som gjør at de fleste ansatte med vanlige psykiske lidelser allikevel møter på jobb. Fordi sykenærvær er et nytt forskningsfelt, er det gjennomført få studier av hva som gjør at noen arbeidstakere med milde og moderate former for psykiske lidelser er sykenærværende, og hvordan de opplever dette. Vi ønsker derfor å undersøke slike forhold i denne pasientgruppen.

En arbeidstaker som blir akutt eller kronisk syk, står overfor et valg om enten å søke seg sykemeldt eller å gå på jobb (Johns, 2012). I tillegg til at selve sykdommen medfører reduksjon i arbeidsevne, vil også andre faktorer virke inn. Vi vet i dag at fastlegers praksis i stor grad virker inn på sykefravær og langvarig utstøting fra arbeidslivet (Markussen, Mykletun & Røed, 2012). Imidlertid har få studier undersøkt arbeidstakeres erfaringer med sykenærvær i henhold til situasjonen på arbeidsplassen og relasjonen til leder. Blant de få studiene som har undersøkt dette, har man funnet at kvaliteten på ledelse førte til mindre sykefravær særlig hos arbeidstakere med en moderat form for depresjon (Munir, 2011). I en studie av Hjarsbeck og kolleger (2013) fant man at opplevelsen av organisasjonsrettferdighet, dvs. i hvilken grad man opplevde at arbeidet ble fordelt på en rettferdig måte, og om konflikter ble løst på en rettferdig måte i organisasjonen, var assosiert med lavere sykefravær hos mannlige arbeidstakere med depresjon. En svakhet ved disse studiene er at de baserer seg på spørreskjema-data og registerdata. Hva som konkret gjør at forholdet til nærmeste leder og en opplevelse av organisasjonsrettferdighet henger sammen med lavere sykefravær hos ansatte med depressive symptomer, vet man derfor lite om.

POSITIVE FORMER FOR SYKENÆRVÆR

For at ansatte med angst og depresjonsproblematikk skal ha et positivt utbytte av å være i arbeid, vil det ofte være behov for tilpasninger på

arbeidsplassen (Saksvik, Guttormsen & Thun, 2011), som går lenger enn generelle arbeidsmiljøtiltak. Slike tilpasninger bør ta utgangspunkt i den enkeltes symptomer og arbeidsevne, slik at arbeidstakeren kan oppleve mestring i utførelsen av arbeidet. Samtidig bør tilpasningene kunne utfordre den underliggende problematikken som ligger til grunn for den enkeltes lidelse. Under slike betingelser kan man til og med se for seg at sykenærvær kan være terapeutisk (Aronsson & Gustafsson, 2005). Betegnelsen «positivt sykenærvær» brukes når tilpasninger på arbeidsplassen gjør at ansatte klarer å utføre arbeidsoppgavene sine ved sykdom, og det i tillegg er terapeutisk gunstig å arbeide.

NÆRVÆRSPRESS

Det går et viktig skille mellom *positivt sykenærvær* og negativt nærværspress. Et negativt nærværspress (Saksvik, 1996) innebærer et press fra andre eller en selv som gjør at man går på jobb når man helsemessig ikke er i stand til det. Ingen tilpasninger gjøres for å sikre at den sykenærværende forblir i stand til å arbeide, ei heller noen form for forebygging mot forverring av helseplagene. De vanligste nærværspressfaktorene er i henhold til Saksvik (1996) *uunnværlighetspress* (som kan innebære at det er mye å gjøre på jobb, eller vanskelig å skaffe vikar), *sanksjonspress* (hvor arbeidstakerne kan bli «straffet» hvis de blir sykemeldt), *moralpress* (som impliserer en motvilje mot å være borte fra jobb på grunn av egen samvittighet) og *sikkerhetspress* (som innebærer at man er redd for å miste jobben hvis man er borte på grunn av sykdom).

Fordi sykenærvær er et relativt nytt forskningsfelt, er det gjennomført få studier som fokuserer på *psykiske lidelser*. Systematiske kvalitative studier er derfor nødvendige for å etablere interessante og fruktbare hypoteser, som siden kan testes i kvantitative studier. Av den grunn benyttet vi en kvalitativ design i denne undersøkelsen. Arbeidstakere med milde og moderate former for angst og depresjon redegjorde for sine erfaringer med sykenærvær sett opp mot forhold på arbeidsplassen og ledelse. Vi ønsket for det første å undersøke hvordan symptomer og nedsatt arbeidsevne virket inn på evne til å være sykenærværende. For det andre ville vi undersøke hvilke former for tilpasninger som ble gjort på arbeidsplassen for å legge til rette for positivt sykenærvær. Et tredje mål var å eksplorere om sykenærværet

var assosiert med negativt nærværspress. Det fjerde målet var å undersøke hvordan forholdet til lederen kunne ha betydning for sykenærvær. Til slutt ville vi undersøke hvorvidt det ble opplevd som positivt for helsetilstanden å være i arbeid, og i så fall på hvilke måter.

METODE

Fordi det foreligger lite informasjon om sykenærvær blant pasienter i behandling for angst og depresjonslidelser, valgte vi å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse hvor resultatene skulle analyseres i tråd med fortolkende fenomenologisk analyse (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Prosedyre

Alle behandlere ved Lovisenberg DPS sin Raske tilbake poliklinikk mottok e-post med beskrivelse av prosjektet, samt en forespørsel om forskerne kunne ta direkte kontakt med de pasientene som ønsket ytterligere informasjon og/eller som ønsket å delta i studien. Pasientene skulle oppfylle diagnosekriterier i ICD-10 (World Health Organization, 1992) for a) angstlidelse (sosial angst/generell angstlidelse) og/eller b) mild eller moderat depresjon (depressiv episode), og ikke være sykemeldt på daværende tidspunkt. Disse diagnosene ble valgt da de er vanlige og ble antatt å ha store konsekvenser for arbeidsevne. Forskerne tok deretter direkte kontakt med pasientene som ga samtykke til kontakt. Studiens formål ble beskrevet på telefon, og skjema for informert samtykke ble sendt i posten. Før intervjuet startet, ble skjemmet med informert samtykke gjennomgått og undertegnet av deltaker og forsker. Informantene ble lovet full anonymitet, og ingen informasjon som kan føres tilbake til den enkelte, ble registrert. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, slik at de senere kunne skrives ut i fulltekst.

Det ble utviklet en intervjuguide som skulle benyttes som en sjekklister underveis i samtaler. Intervjuene kan derfor best beskrives som semistrukturerte intervjuer. Det ble gjennomført åtte intervjuer ved årsskiftet 2012–2013. Første og andre forfatter gjennomførte intervjuene med pasienter som man selv ikke hadde i behandling. Et av intervjuene ble gjort av begge disse forfatterne for å teste ut intervjuguiden. Tilnærmingen under intervjuene var fleksibel med åpne spørsmålsstillinger hvor intervjueren inntok en nysgjerrig og fasiliterende holdning. På den måten ønsket vi å få fram personlige,

detaljerte beretninger med dybde, som senere kunne analyseres. Alle intervjuer ble transkribert før videre analyser ble gjort.

Deltakerne

Rekruttering av deltakere fortsatte til en opplevde at problemstillingene var tilstrekkelig belyst og intervjuene ikke resulterte i nye koder. Av de åtte informantene som ble intervjuet, arbeidet fire i privat sektor og fire i offentlig sektor. De fleste hadde høyskole- eller universitetsutdannelse. En var i lederstilling med personalansvar, mens to hadde faglig veilederansvar eller koordineringsansvar. Fem hadde jobber hvor de i stor grad arbeidet i team. Det var et stort spenn i alder, noe som ble reflektert i ytterpunktene at to var relativt nyutdannende, mens en hadde vært i arbeidslivet i omtrent 40 år. Halvparten av de intervjuede var kvinner.

Vi undersøkte ikke hvilke diagnoser den enkelte hadde, men det fremkom i intervjuene at halvparten opplevde depresjon som primærproblematikk, mens de øvrige opplevde ulike varianter av angstproblematikk. Likevel fikk vi et klart inntrykk av stor grad av komorbiditet av disse to diagnosegruppene blant informantene.

To av informantene hadde ikke vært sykemeldt, til tross for symptomene sine. Fire hadde vært helt sykemeldt i en periode, for deretter å gå over til gradert sykemelding, med stadig synkende sykefraværsprosent. De to siste informantene hadde ikke vært fullt sykemeldt i tilknytning til sykdomsforløpet, men hadde vært gradert sykemeldt, med minkende grad av sykefravær over tid.

Analyser

Etter transkripsjon ble teksten analysert i overensstemmelse med prinsipper for fortolkende fenomenologisk analyse. Studier som benytter denne tilnærmingen, undersøker i detalj hvilke erfaringer og meninger en mindre gruppe respondenter har om et gitt fenomen i en gitt kontekst ut fra en felles situasjon. Utskriften ble først kodet på individnivå. Den videre analysen hadde et skiftende fokus mellom sentrale uttalelser fra deltakerne til våre tolkninger av meningen bak disse. Etter hvert som analysen utviklet seg, ble mønstre i de innledende kodene identifisert på tvers av deltakere. Slike mønstre identifiserte temaer som var viktige for deltakerne, og formidlet noe av meningen deltakerne la i dem. Disse temaene ble i neste



Symptomene gjør at både funksjons- evne og arbeids- evne påvirkes, selv ved mild til moderat grad, slik at det for noen vil være vanskelig å arbeide i en periode



omgang gruppert under bredere temaer, også kalt «overordnede temaer.» Det endelige settet med overordnede temaer og undertemaer blir presentert under resultater.

Etiske vurderinger

Studien ble framlagt for Regional etisk komité (REK), og ble anbefalt gjennomført av internt personvernombud.

RESULTATER

De fleste av informantene hadde i en periode vært helt eller delvis sykemeldt. De hadde opplevd at fravær fra arbeidsplassen hadde vært påkrevet i en periode fordi symptomene gjorde at de ikke hadde klart å utføre alle arbeidsoppgavene. Men på den andre siden ga deltakerne sterkt uttrykk for at det å være hjemme hadde vært en påkjenning i seg selv. Beskrivelser som «kjedelig», «stressende», «et mareritt», «flaut», «et nederlag», og «skamfullt», ble brukt. Våre informanter opplevde med andre ord at det å gå hjemme i sykemeldingsperioden i seg selv hadde ført til tanker og følelser som ikke var gunstige for deres symptomer og helsemessige utvikling.

Symptomer og arbeidsevne

Symptomlette var assosiert med økt arbeidsevne, noe som gjorde at informantene opplevde at det var lettere å komme helt eller delvis tilbake i jobb. Men fortsatt var det symptomer og redusert arbeidsevne som den enkelte måtte takle. Her følger en oppsummering av disse:

Slitenhetsfølelse: Flere opplevde å være ekstra slitne og trøtte når de jobbet. Dermed klarte de ikke å gjøre like mye som ellers. Flere rapporterte at de etter en arbeidsdag var helt utkjørt. Det var nærmest som de hadde «brukt opp all energien på jobben».

Redusert konsentrasjonsevne: Redusert konsentrasjonsevne hadde flere opplevd. Det kunne være vanskelig å være konsentrert over lengre tid med samme oppgave, eller særlig vanskelig å konsentrere seg om noen typer arbeidsoppgaver.

Utfordringer med kommunikasjon og samarbeid: Flere av informantene hadde opplevd det som vanskelig å kommunisere med kolleger og andre på jobben. Dette var særlig knyttet til angstproblematikk og i særdeleshet til sosial angst. For noen var det vanskelig å finne ut hva man skulle si. Angsten kunne også gjøre det vanskelig å høre hva andre sa, slik at man ikke visste hvordan man skulle respondere på

det som ble sagt. Disse symptomene gjorde deler av jobben ekstra utfordrende for flere. For eksempel ble det å delta aktivt i møter vanskelig for noen, noe som kunne være en viktig del av arbeidet deres. Andre hadde vansker med å uttrykke sine meninger når det oppstod faglige uenigheter eller konflikter på arbeidsplassen, noe de opplevde som hemmende for sin yrkesutøvelse.

Angstsymptomer som var forbundet med redusert lyst til å eksponere seg for andre, hadde for noen ført til at de begynte å isolere seg fra kolleger og andre, både i sosiale sammenhenger og i direkte jobberelaterte situasjoner. Dette kunne innebære at man ikke spiste lunsj i kantina med kolleger, eller i størst mulig grad ble sittende på kontoret alene med lukket dør når man utførte arbeidsoppgaver. Men isoleringstendensene så også ut til å være forbundet med mer depressive symptomer, hvor det «å være sosial og prate med andre ikke lenger var så interessant».

Irritabilitet: I tillegg til å oppleve angst og tristhet/nedstemthet hadde flere av informantene opplevd lavere terskel for irritasjon og sinne enn tidligere. Dette kunne særlig utløses av høye lyder og inntrykk, men også under utførelse av mer kompliserte arbeidsoppgaver. En av informantene lot dette sinnet gå utover kollegene, noe som i neste omgang gjorde at hun ble engstelig for å bli oppfattet som «sur og negativ».

På vakt: Flere hadde opplevd å være særlig på vakt overfor kolleger. Dette kunne bunne i en uro for hva andre ville tro om dem hvis det ble oppdaget at de hadde en angstlidelse. En annen form for vaktksomhet var knyttet til personer eller situasjoner man visste kunne utløse symptomer. For noen dreide dette seg om situasjoner hvor man skulle prestere, eller jobbe sammen med personer man opplevde som mer kompetente enn en selv, eller å måtte jobbe med personer man opplevde å ha et dårlig forhold til.

Tilrettelegging

Den enkeltes dialog med arbeidsgiveren var en forutsetning for at det skulle bli gjort tilpasninger på arbeidsplassen. Blant de som ikke var sykemeldt, eller som ikke hadde fortalt om symptomene sine eller at de hadde behov for tilrettelegging, var det ingen dialog om psykisk helse og tilrettelegging på arbeidsplassen. De andre informantene rapporterte om følgende tilretteleggingstiltak:

Færre arbeidsoppgaver: Det meste av tilretteleggingen var knyttet til arbeidsoppgaver. Overordnet dreide det seg om reduksjon i arbeidet den enkelte skulle utføre. Denne formen for tilrettelegging ble gjort på ulike måter. Det kunne dreie seg om visse arbeidsoppgaver man ikke lenger skulle utføre, at man fikk mindre ansvar, at man ikke fikk nye saker, at man ikke lenger jobbet visse former for skift, at man ikke deltok i visse prosjekter, eller at man ikke jobbet overtid. Denne formen for tilrettelegging gjorde at mange opplevde mindre grad av press på jobben, slik at det var mulig for dem å gjøre arbeidsoppgavene i den tiden de var på jobb.

Enklere arbeidsoppgaver: Når arbeidsoppgavene ble færre, var det flere som hadde opplevd at de ble sittende igjen med mer avgrensede og mer overkommelige oppgaver. Det kunne innebære at de mer komplekse arbeidsoppgavene ble fjernet, og at man satt igjen med mer konkrete oppgaver. Informantene brukte betegnelser som «mindre kompleksitet i arbeidssituasjonen», «mer avgrensede oppgaver som var mer håndterbare», eller «mer overkommelige». Men det kan også se ut som at noen mistet arbeidsoppgaver som de syntes var spennende, og ble sittende igjen med oppgaver som de i utgangspunktet var mindre indre motiverte for.

Fleksibel arbeidstid: Arbeidstiden var et annet område hvor det ble gjort tilpasninger. Flere fikk en ordning som innebar at de i større grad kunne arbeide når det passet for dem.

Nærværspress

Ytre nærværspress: Ingen av informantene hadde opplevd å bli direkte presset til sykenærvær av kolleger eller ledere. Likevel var det flere som opplevde et indirekte press om å være på jobb. En av deltakerne opplevde en kulturell norm på arbeidsplassen om at det var viktig å vise at man var sterk. Fordi psykiske lidelser ble sett på som svakhet, opplevde informanten det vanskelig å sykemelde seg for dette.

Redsel for å miste jobben eller falle ut av arbeidslivet: Selv om ingen av informantene hadde opplevd at de stod i reell fare for å miste jobben, så hadde flere hatt bekymringstanker om dette. Noen var engstelige for å miste jobben fordi man ikke presterte godt nok, var for dyr i drift, eller fordi man var et problem som bedriften ville kvitte seg med. Av de som ikke var redde for å miste jobben, begrunnet én dette med at han var så god i jobben at ledelsen derfor ikke ville kvitte seg med ham. Noen som ikke var redd for å miste jobben, understreket at det var andre på deres arbeidsplass som hadde vært sykemeldt med lignende symptomer, og som ikke hadde mistet jobben.

En annen form for indre nærværspress som flere rapporterte om, var redsel for å miste kontakten med arbeidslivet. Som en av informantene uttrykte det: «Jeg har tenkt at jeg må prøve da, hvis ikke har jeg ingenting igjen tross alt.» For noen var det en redsel for at de kunne komme til å bli uføretrygdet, mens andre var engstelige for at de ville miste kontakten med sitt eget fagområde om de ble for lenge borte fra arbeidsplassen.

Samvittighetspress: En ganske vanlig form for indre nærværspress var knyttet til *dårlig samvittighet og skamfølelse*. Denne formen for nærværspress kom til uttrykk på to måter. For det første var det mange som skammet seg over å være hjemme når de var sykemeldt, for det andre var det knyttet dårlig samvittighet til ikke å være i stand til å



Fordi sykenærvær er et relativt nytt forskningsfelt, er det gjennomført få studier som fokuserer på psykiske lidelser



utføre jobben. Tanker om at man hadde for sterke symptomer til å være i stand til å jobbe, så derimot ut til å motvirke denne formen for dårlig samvittighet. Den dårlige samvittigheten og skamfølelsen ble nok av de fleste oppfattet som en ubehagelig følelse, men som en av deltakerne uttrykte det, så reflekterte det også en motivasjon til å komme tilbake i arbeid.

Uunnværlighetspress: Flere informanter ga uttrykk for det som best kan beskrives som uunnværlighetspress. Det å være borte fra jobb førte til tanker om at kolleger måtte ta over jobben man selv skulle ha gjort, eller at klienter ikke fikk det de trengte, noe som i neste omgang resulterte i dårlig samvittighet. Men fordi ingen rapporterte om negative reaksjoner fra kolleger eller klienter, så bør denne formen for uunnværlighetspress nærmest ses på som en form for samvittighetspress.

Forholdet til nærmeste leder og ledelsen

Relasjonen til nærmeste leder var noe flere av informantene ga uttrykk for hadde vært av vesentlig betydning for deres mulighet og motivasjon for å være sykenærstående. Særlig ble støtte fra nærmeste leder understreket som viktig. Denne støtten kunne være *instrumentell*, hvor lederen var opptatt av hva den ansatte trengte for å kunne være i jobb, og hva arbeidsplassen kunne gjøre for den enkelte. En annen form for støtte var av mer *emosjonell* art, hvor informantene opplevde at de kunne fortelle om sine problemer til leder hvis de hadde behov for det, og hvor de ble mottatt med «varme.»

Ivaretagende ledelse ble også understreket som viktig. Ivaretagende ledere kunne for eksempel sende den ansatte hjem, om hun mente at det ville være til fordel for den ansatte. Denne formen for ledelse kunne også komme til uttrykk ved at leder understreket at den ansatte måtte bruke tid på å bli frisk.

At lederen lagde *struktur og forutsigbarhet* i arbeidssituasjonen, ble også oppfattet som positivt av informantene. Struktur og forutsigbarhet kunne blant annet oppnås ved å sette opp konkrete mål over hva det ble forventet at den enkelte skulle gjøre av arbeidsoppgaver.

At nærmeste leder viste *anerkjennelse* for arbeidet man utførte og den kompetansen man hadde, og viste glede over å se den ansatte, ble trukket fram som et trekk som gjorde det lettere å være på jobb.

I tillegg ble det vektlagt at lederens *integritet og verdisyn* var viktig. Det var viktig å kunne stole på at lederen ikke «slarvet» om det man snakket om. I den forbindelse ble også noen ledere oppfattet som gode rollemodeller ved at de vektla sin egen helse som viktig, og for eksempel selv var hjemme med syke barn. Dette ble oppfattet som ledere som skapte en kultur hvor det var greit å kunne være åpen om problemene sine, og hvor man kunne stole på at det som ble sagt, ble mellom lederen og den ansatte.

Positive opplevelser ved å være sykenærstående

Å være i arbeid og utføre arbeidsoppgaver ble opplevd som positivt på tre måter.

Mestringsopplevelse: At man klarte å utføre sine arbeidsoppgaver, kunne gi tanker som «at jeg i hvert fall får til noe», som gav *mestringsopplevelse*. I så måte trakk man fram viktigheten av enten å ha arbeidsoppgaver hvor det var mulig selv å kunne vurdere resultatet, eller at andre ga tilbakemeldinger på kvaliteten av det arbeidet man utførte. For eksempel

opplevde en informant det som lettere å se hva hun fikk til når hun jobbet med klienter, framfor å ha administrative oppgaver.

Flytopplevelse: Utførelsen av arbeidsoppgaver man mestret kunne føre til en form for konsentrasjon som best kan beskrives som en positiv *flytopplevelse*. I tillegg til at denne opplevelsen var behagelig i seg selv, ble den også rapportert å kunne føre til en reduksjon i negativ grubling.

Opplevelse av mening kunne oppstå gjennom en forståelse av at arbeidet man utførte, hadde samfunnsbetydning eller var viktig for kunder eller klienter. Å oppleve mening i arbeidet så også ut til å gi tanker om at selve livet var meningsfullt for noen.

DISKUSJON

De fleste av informantene hadde på grunn av depresjon og angstproblematikk vært sykemeldt helt eller delvis. Å være sykemeldt og gå hjemme hadde i seg selv vært både en påkjenning og kjedelig. Tanker om nederlag og skamfølelse ble opplevd som ugunstig for deres helsemessige tilstand. Når symptomene var redusert, hadde tanker om å komme helt eller delvis tilbake i arbeid meldt seg, selv om det fortsatt var klare symptomer til stede. Disse symptomene måtte informantene derfor mestre for å kunne utføre arbeidet sitt. Å møte på jobb med symptomer som gjør at man helt eller delvis har problemer med å utføre sine vanlige arbeidsoppgaver, kalles sykenærvær. Men for at et sykenærvær skal betegnes som «positivt sykenærvær», må det være gjort tilpasninger på arbeidsplassen som sikrer at den ansatte er i stand til å arbeide, og at det å være i arbeid kan ha en positiv effekt på symptomer og sykdomsforløp. Negativt nærværspres derimot innebærer at man er sykenærstående på grunn av et indre eller ytre press, uten at det er gjort tilpasninger på arbeidsplassen. I denne studien fant vi at både tilrettelegging på arbeidsplassen og forholdet til lederen var av betydning for sykenærvær, men at også ulike former for indre nærværspres gjorde seg gjeldende. Det lot derfor til å være enighet blant informantene om at graden av symptomer og medhørende redusert arbeidsevne var en viktig årsak til at de hadde vært fullt eller delvis sykemeldt. Symptomlette, men også et indre nærværspres, bidro i neste omgang til at man helt eller delvis gikk tilbake i jobb, mens tilrettelegging på arbeidsplassen og forholdet til lederen gjorde at de hadde vært i stand til å være sykenærstående.

Tilpasninger på arbeidsplassen

De mest vanlige tilpasningene vi fant, var knyttet til færre eller enklere arbeidsoppgaver og fleksibel arbeidstid. Dette reflekterte nok at mange av informantene hadde vært i gradert sykemelding, og derfor ikke jobbet i full stiling. Slike former for tilrettelegging gjorde det lettere å gjennomføre de gjenværende arbeidsoppgavene. Men for å få til slike tilrettelegginger måtte den sykemeldte selv være åpen om sitt behov for tilpasninger. De av informantene som ikke hadde vært det, hadde heller ikke opplevd at det ble gjort tilpasninger for dem.

Et annet moment her er at ingen av tilpasningene vi ble fortalt om, var spesifikt knyttet til depresjons- eller angstproblematikk. Det var for eksempel ikke slik at de med angstproblematikk ble utfordret til å eksponere seg, eller at de med depresjonsproblematikk ble gitt mulighet til å finne meningsfullhet i arbeidet. Dette innebærer også at vi i liten grad fant historier om at det å være i arbeid bevisst ble benyttet som en aktiv ingrediens for bedring av informantens psykiske problemer. Det er for oss uklart hva årsaken til dette er, men en mulig hypotese er at arbeidsgivere så vel som pasienten selv ikke har kunnskap om hvilke tilpasninger som vil være best egnet for ulike former for psykisk problematikk. Fordi vi finner at arbeidsevnen til personer med vanlige psykiske lidelser er nær knyttet til deres symptomer på angst og depresjon, er det viktig å understreke at tilretteleggingen som gjøres på arbeidsplassen, bør ta utgangspunkt i disse symptomene, og da gjerne utfordre dem med varsomhet. På den måten ser vi for oss at sykenærvær vil kunne være gunstig for den enkeltes helseutvikling.

Nærværspress

Ingen av informantene fortalte om direkte ytre nærværspress, i den forstand at noen hadde presset dem til å møte på jobb. Derimot fant vi flere former for tanker og forestillinger og ubehagelige følelser som best kan karakteriseres som indre nærværspress. For eksempel hadde flere bekymringstanker om at de kunne komme til å miste jobben eller kontakten med arbeidslivet og bli uføretrygdet. Slike tanker skapte en redsel for å *miste jobben eller kontakten med arbeidslivet*. På samme måte kunne *uunnværlighetstanker* om at kolleger måtte ta over jobben man selv skulle ha gjort, eller at klienter ikke fikk det de trengte, føre til dårlig samvittighet og engstelse.

På lignende måte kunne det å ikke klare å utføre jobben sin ved å være helt eller delvis sykemeldt, også føre til *dårlig samvittighet og skamfølelse*. Fordi ingen rapporterte om press eller negative reaksjoner fra ledere, kolleger eller klienter, så kan nok disse formene for nærværspress betraktes som indre nærværspress. Dette er noe i motstrid med foreliggende litteratur. For eksempel blir uunnværlighetspress ofte betraktet som en ytre form for nærværspress (Saksvik, 2011), mens det blant våre informanter framstod mer som en form for samvittighetspress.

Nærværspresslitteraturen skiller ikke alltid mellom reelt ytre nærværspress på den ene siden og tanker hos den sykemeldte som i neste omgang kan skape følelser og reaksjoner som dårlig samvittighet, skamfølelse og engstelse. Etter vår mening er det derfor viktig å skille mellom det som måtte være en ytre realitet, og hva som er den sykemeldtes tanker og følelser. Ikke minst vil dette være viktig da en del av disse tankene og følelsene kan være en del av symptombildet, knyttet til et generelt høyt bekymringsnivå, samvittighetsnag, redusert selvfølelse og selektiv oppmerksomhet.

Forholdet til lederen

Forholdet til nærmeste leder ble sett på som viktig både for motivasjon og evne til å være sykenærstående. Ledere som var verdibaserte i sin lederstil, gjorde det lettere for informantene å inngå i dialog. Man stolte på slike ledere, i den forstand at det ble opplevd som trygt å fortelle at man hadde behov for tilrettelegging. Slik fikk man et grunnlag for tilpasninger og tilrettelegging på arbeidsplassen.

Ledere som kan betegnes som instrumentelt støttende og strukturskapende, ble oppfattet som genuint opptatt av å legge forholdene til rette for at den ansatte kunne være i jobb til tross for sykdommen. Dermed var det større sannsynlighet for at den ansatte fikk en arbeidssituasjon med overkommelige oppgaver som i neste omgang kunne gi en opplevelse av både mestring og flyt.

Emosjonelt støttende, ivaretagende og anerkjennende ledere skapte en oppfatning hos den sykenærstående om å være akseptert og inkludert med den arbeidsevnen man hadde. Dette gjorde det nok lettere å være sykenærstående, da en slik væremåte hos lederen så ut til å motvirke angstskapende tanker om hva andre måtte mene. Man kan også se for seg at

»



Ingen av tilpasningene vi ble fortalt om, var spesifikt knyttet til depresjons- eller angstproblematikk

denne formen for ledelse kan motvirke angst og depresjon i den grad arbeidstakeren lar seg smitte emosjonelt og begynner å tenke om seg selv på en mer positiv måte.

Sykenærvær og helse

Mange av informantene i denne studien opplevde det som positivt for sin psykiske helse å være i arbeid. Dette stemmer med tidligere forskning, som viser at arbeid og yrkesdeltakelse er viktig for både personlig selvrealisering og det å oppleve anerkjennelse fra omgivelsene (Falkum et al, 2011). Vi identifiserte tre opplevelser relatert til arbeidet som så ut til å kunne gi en slik effekt. Den første var å utføre arbeid som ga en *opplevelse av mestring*. Denne mestringsopplevelsen kunne oppnås ved å utføre arbeidsoppgaver man var i stand til å gjøre, og som man enten selv kunne se resultatet av, eller som man fikk tilbakemeldinger fra andre om at man løste på en god måte. Selve mestringsopplevelsen så ut til å være forårsaket av positive tanker om å være kapabel. Med andre ord det motsatte av tanker som ofte ligger under en depresjon. Den andre betingelsen var at utføring av arbeidsoppgaver kunne lede til en *flyttopplevelse* slik det beskrives av Csikszentmihályi (1991). Opplevelsen av å være i flyt så ut til å gi informantene et pusterom fra grubling og negative tanker, som ofte forekommer ved depresjon. Den tredje opplevelsen som en del hadde, var at noen av arbeidsoppgavene ble opplevd som meningsfulle, enten for kunder og klienter, eller for samfunnet. En slik *opplevelse av meningsfylthet* så ut til å motvirke opplevelser om at livet er meningsløst, som forekommer for en del pasienter med angst og depresjon. Slike opplevelser av mestring, flyt og meningsfylthet vil alle kunne få som et resultat av å være i arbeid, men for de som har symptomer på angst eller depresjon, ser det ut til at disse opplevelsene i tillegg førte til symptomlette eller endring av tanker som ga symptomer.

KONKLUSJONER

Med utgangspunkt i resultatene fra denne studien ser vi at nærmeste leder har en viktig rolle, både i å stå for tilrettelegginger på arbeidsplassen, men også ved å gi støtte og anerkjennelse til den sykenærværende. Selv om ledere kan ha utbytte av opplæring i psykisk helse, tror vi ikke at nærmeste leder er den som eksplisitt skal avgjøre hva arbeidstakeren trenger å utfor-

dre seg på i den aktuelle tilstanden. Lederen bør ikke bli «behandler». I stedet må psykologer og behandlingsapparatet ellers bidra mer aktivt, både som premissleverandør i tilrettelegging av arbeidssituasjonen og i å fokusere på arbeid i den pågående behandlingen. Tilpasninger som gjøres på arbeidsplassen, bør fokusere på at den sykenærværende kan oppleve mestring, flyt og mening i arbeidet. Dette kan oppnås gjennom arbeidsoppgaver som den sykenærværende er i stand til å utføre med utgangspunkt i grad av symptomer og funksjonsnivå. Mengden arbeid vil også være av betydning, da mange opplever å bli fortere utmattet enn de gjorde før de ble syke

Etter vår mening bør vi som behandlere støtte mennesker med vanlige psykiske lidelser til å være i arbeid, på grunn av den positive effekten dette kan ha på psykisk helse. Dette kan gjøres gjennom en terapeutisk tilnærming hvor man undersøker om tankemønstre, følelser og grunnleggende antakelser klienten har om seg selv, bidrar til at arbeidssituasjonen oppleves vanskelig. Gjennom psykoedukasjon kan vi også informere pasienten om grunnkjenetegnet ved allmenne psykiske lidelser som gir funksjonsnedsettelse i arbeidssammenheng. Men selv om pasienten opplever uttalt slitenhet, konsentrasjonsvansker, irritabilitet, mistenksomhet og problemer med selvhevdelse, så er det ikke sikkert psykologen bør anbefale eller støtte sykemelding. Sykenærvær, helt eller delvis, vil kanskje være en bedre løsning, dersom ikke tilstanden er akutt eller funksjonssvikten er for omfattende. En tredje tilnærming vil da være å gå i dialog med pasienten og arbeidsgiveren om tilrettelegging på arbeidsplassen. Denne dialogen bør gjøres med utgangspunkt i den sykenærværendes arbeidsoppgaver sett opp mot konkrete symptomer og funksjonsnedsettelse, samtidig som grunnleggende problematikk hos pasienten blir utfordret. Spesialister i klinisk arbeidspsykologi er vel de som særlig vil være i stand til å gjøre en slik oppfølging, men etter vår mening er dette et fokus alle psykologer bør ha i behandling av klienter som er i et ansettelsesforhold.

Etter vår mening vil det være viktig i framtidig forskning å undersøke hvordan symptomer ved alminnelige psykiske lidelser fører til konkret funksjonsnedsettelse, og hva dette gjør med muligheten og motivasjonen for å være i arbeid. Det vil også være viktig å undersøke systematisk hvilke tiltak som kan gjøres på arbeidsplassen

for at medarbeidere med vanlige psykiske lidelser skal oppleve et positivt sykenærvær. Dette må gjerne gjøres bransjevis eller knyttet til spesifikke stillinger, da det godt kan tenkes at det er lettere å gjøre slike tilpasninger i noen bransjer eller for visse stillinger. Dette er områder det er forsket lite på, og som derfor vil kreve ulike tilnærminger, både faglig og metodisk.

Styrker og svakheter ved studien

Denne studien baserer seg på et lite og selektert utvalg av pasienter som var sykenærstående

på tidspunktet da de ble intervjuet. Resultatene er derfor ikke nødvendigvis representative eller overførbare til andre utvalg. En styrke ved studien er at den kvalitative designen gjorde det mulig å skaffe en dypere forståelse av hvordan det oppleves å være sykenærstående, samt hva som ble opplevd som ressurser for at dette skulle være mulig. I videre studier vil det derfor være viktig å følge opp hvordan terapeutisk tilnærming i kombinasjon med tilpasninger på arbeidsplassen kan føre til positivt sykenærvær for pasienter med vanlige psykiske lidelser. ✕

REFERANSER

- Arbeids- og Inkluderingsdepartementet og Helse- og Omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Aronsson, G. & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 47, 958–966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiological Community Health*, 54, 502–509.
- Csikszentmihály, M., & Csikszentmihály, M. (1991). *Flow: The psychology of optimal experience* (Vol. 41). New York: Harper-Perennial.
- Falkum, E., Hytten, K. & Olavesen, B. (2011). Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 1080–1085.
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K.H. (2005). Long term sickness absence – Is caused by common conditions and needs managing. *British Medical Journal*, 330, 802–803.
- Hjarsbech, P. U., Christensen, K. B., Bjorner, J., Madsen, I. E., Thorsen, S. V., Carneiro, I., Christensen, U., & Rugulies, R. E. (2013). A multi-wave study of organizational justice at work and long-term sickness absence among employees with depressive symptoms. *Scandinavian journal of work, environment & health*, (doi: 10.5271/sjweh. 3401).
- Christensen, U., & Rugulies, R. E. (2013). A multi-wave study of organizational justice at work and long-term sickness absence among employees with depressive symptoms. *Scandinavian journal of work, environment & health*, (doi: 10.5271/sjweh. 3401).
- Johansen, V. (2012). Sickness presenteeism in Norway and Sweden. *Nordic Journal of Social Research*, 3, 88–102.
- Johns, G. (2012). Presenteeism: A short history and a cautionary tale. *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice*, 2, 204.
- Knudsen, A. K. og Mykletun, A. (2010). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, side 342–343.
- Kringlen, E., S. Torgersen, & V. Cramer (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 7, 1091–1098.
- Kringlen, E., S. Torgersen, & V. Cramer (2006). Mental illness in a rural area A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 713–719.
- Markussen, S., Mykletun, A., & Røed, K. (2012). The case for presenteeism – Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96(11), 959–972.
- Munir, F., Burr, H., Hansen, J. V., Rugulies, R., & Nielsen, K. (2011). Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms? A prospective study. *Journal of psychosomatic research*, 70(1), 3–9.
- Mykletun, A., & Knudsen, A.K. (2009). Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Saksvik, P. Ø. (1996). Attendance pressure during organizational change. *International Journal of Stress Management*, 3, 47–60.
- Saksvik, P.Ø, Guttormsen, G. & Thun, S. (2011). Sykenærvær, nærværspres, fraværmestring og langtidsfriskhet – nye begrep i sykefraværskforskningen. I P. Ø. Saksvik (2011). *Innføring i arbeids- og organisasjonspsykologi – aktuelle tema til inspirasjon for et bedre arbeidsliv*. Oslo. 3. opplag. Cappelen Akademisk Forlag.
- Sanderson, K., & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 63–75.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. Sage.
- Waddell, G. & Burton, A.K. (2006) Is work good for your health and wellbeing? Norwich: The Stationary Office.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.

Min hverdag med NAV

Etter vel ti år som psykisk sjuk med depresjoner og total energitomhet, er jeg i skrivende stund verre stilt enn noensinne. Det er din skyld, NAV! Nå er begeret fullt.

Jeg er 61 år gammel, og du mener jeg kan kastes på skraphaugen. Hadde jeg vært suicidal, er sjansen stor for at jeg hadde skrevet dette som et etterlatt brev til deg. Ville du tatt ansvaret for at jeg la på telefonen for siste gang? Jeg er ganske sikker på at det ikke ville skjedd.

Dette skrev jeg i sommer i en kronikk på nrk.no (3.8.2015) etter at jeg to måneder tidligere hadde fått avslag på min søknad om uførestønad, noe som medførte at NAV også trakk tilbake min AAP-stønad. Jeg skulle altså etter NAVs mening stå helt uten inntekt. Er det rart jeg ble sint?

Etter at jeg ble sjuk, har jeg mange ganger blitt møtt med NAVs etter sigende proaktive holdning til sine klienter. Og alltid sitter jeg igjen med inntrykk av et fravær av medvirkning, empati og forståelse fra NAVs side. Jeg har av NAV erfart brudd på lover og regler, opplevd ikke å bli trodd på, bli mistenkt som trygdemisbruker, og overlatt totalt til meg selv. Siden jeg nå henvender meg til deg – for meg og mine like representerer du «behandlerne» – vil jeg reflektere over ditt mulige bidrag for å hjelpe oss å takle en ekstrabelastning vi burde slippe.

I møtet med NAV har jeg følt meg retts- og verdiløs – mange ganger. NAV har gjort meg sjukere – igjen og igjen. Etter NAVs avslag ble jeg sint, frustrert og dypt deprimert. Jeg sto uten inntekt og fikk beskjed om at «du kan jo søke sosialstønad». Takk skal du f...n meg ha, NAV!

I møtet mellom meg og min sykdom er det slik jeg ser det, fem sentrale terapeutiske grensesnitt. De første to er tradisjonelle, (1) medikamentell behandling med antidepressiver og (2) terapeutisk behandling i samarbeid med psykologisk sakkyndig lege, psykolog eller behandlende institusjon. Disse to grensesnittene har i all hovedsak positive effekter, det er i hvert fall deres primære hensikt.

De tre siste grensesnittene har derimot muligheten for alvorlig å undergrave effekten av disse to. (3) er møtet med det offentlige støtte-systemet, som skal sørge for en aktivt støttende og tilretteleggende prosess for å kunne vende tilbake til en «normal» tilstand. NAV er den viktigste delen av dette. I min historie har NAV gjennomgående spilt en negativ rolle. NAV har spilt en rolle jeg var totalt uforberedt på, og som mine behandlere kunne hjulpet meg å møte.

Det fjerde grensesnittet er det direkte møtet mellom meg som pasient og mine nærmeste sosiale omgivelser, som venner, familie, arbeidskolleger og arbeidsgiver. For mange av oss er forholdet til vår arbeidsgiver og arbeidslivets organisering og kultur viktig. Vi har en jobb som vi elsker, og som vi lengter etter å vende tilbake til. Men kunnskapsløshet i store deler av arbeidslivet er en stor ekstra-belastning.

Det femte og siste grensesnittet er møtet med offentligheten. Verst her er fåkunne og mange ganger også rein dumskap fra samfunnsaktører som journalister og politikere. Særlig kommer dette fram i offentlige oppslag om «jakten på trygdesvindler», som lett stigmatiserer alle oss som er uten synlige lidelser. Her er dessuten NAV en ytterligere vedkaster på bålet.

FOTO: ASTRIVANNERO



TEKST

Johan Hauknes

For mange av oss blir det siste grensesnittet en belastning *fordi* mange av oss framstår som velfungerende og ressurssterke. Vi er taleføre og velutdannede, i konflikt med offentlighetens myter om hva det er å være psykisk sjuk. Selv om mye har bedret seg når det gjelder stigmatisering av psykisk sjuke de siste tiårene, er det fortsatt en lang vei å gå. Selv har jeg mange ganger blitt karakterisert som «for oppegående» til kunne være sjuk. Holdningen at «dere må jo bare ta dere sammen» er det mange vi møter som har. Denne holdningen er ødeleggende for mange av oss, fordi den bekrefter et allerede negativt sjølbilde. Vi pisker oss sjøl daglig med akkurat det samme – at vi må ta oss sammen.

Jeg har flere ganger uttrykt overfor NAV at jeg oppfatter deres møte med meg å dreie seg kun om én ting: Jeg er en utgiftspost det er NAVs oppgave å minimere. Den proaktive rollen de flagger utad, er totalt fraværende. NAV understreker stadig at de tilbyr mange funksjonsfremmende aktiviteter. For noen år siden skrøt NAV av at de skulle sørge for en aktiv og løpende dialog med meg. Gjennom det skulle NAV gi meg et tilbud som svarte på *mine* behov.

Etter ti år sitter jeg igjen med ett eneste dialogmøte, og de meget få tilbudene jeg har fått, har kommet som følge av mitt aktive pådriv. NAV har gjort lite eller ingenting for å bidra til oppfølging og tilrettelegging ved min arbeidsplass. Som klient har jeg måttet lære meg at alle mine og min leges vurderinger og uttalelser blir mistrodd og snudd opp ned på for å finne et lite hull som kan begrunne avslag. Opplevelsen av å være skyldig inntil det motsatte er bevist, forsterkes fra dag til dag. Opplevelsen av å ha sviktet meg selv, kolleger og samfunn blir ikke mindre etter NAVs bidrag.

Og her kommer min bønn til deg: Du må støtte din pasient i møtet med NAV. Det er du som er ressurspersonen i relasjonen – også på dette området. Du møter mange pasienter og kjenner dermed mange historier. Jeg kan kun fortelle en eneste historie – min egen. Alt du har prøvd å bygge opp i samarbeid med pasienten, kan rives ned på en dag, en time, på grunn av en telefon eller et brev fra NAV. Sammen har vi ansvar for å presse på NAV til å ta sin selvpålagte oppgave om proaktivt samarbeid alvorlig. Også at NAVs personale blir tvunget til å skaffe seg oppdatert kompetanse på psykisk helse.

La meg avslutte med følgende. Om det er en lykkelig historie eller om har en bitter ettersmak, overlater jeg til deg som leser. Etter at NAV på forsommeren hadde avslått min søknad om uføretrygd, klaget jeg selvfølgelig på vedtaket. Raskt fikk jeg svar med at forventet behandlingstid var *ett år!*

Da jeg sendte den nevnte kronikken til NRK, ville de ha en kommentar fra NAV Forvaltning. Da kronikken med NAVs kommentar ble publisert, fikk jeg samtidig brev fra samme enhet – NAV Forvaltning – med beskjed om min klage var tatt til følge. Vedtaket var datert dagen etter at de mottok mitt utkast. Og altså mer enn ti måneder *før* NAV hadde planlagt å svare.

Tilfeldig? Nepp! For å være sjuk med NAV må du være svært frisk. På vegne av vanvittig mange, Johan Hauknes. ✕

NAV svarer

Slik kommenterer NAV innlegget til Johan Hauknes:

DET GJØR INNTRYKK å lese det Johan Hauknes skriver om hvordan han har opplevd møtene med NAV. Det er ikke slik vi ønsker det skal være. Det er både beklagelig og leit å høre at Hauknes opplever at vi har sviktet han. Det er svært mange som er i en sårbar situasjon og som trenger hjelp fra NAV, og vi vet at vi ikke alltid har klart å følge dem opp på en god nok måte. Selv om vi ser at vi klarer å følge opp bedre nå og at flere kommer i jobb, har vi fortsatt en vei å gå.

Før vi innvilger uføretrygd skal alle muligheter for jobb være prøvd ut. Loven stiller strenge krav, og det må dokumenteres grundig at vilkårene for å få uføretrygd er oppfylt. Når vi ber om mer dokumentasjon eller opplysninger fra en annen lege, er det fordi NAV plikter å opplyse saken så godt og helhetlig som mulig før vi fatter vedtak.

Vi har sett inn på Hauknes sin sak, og har lest hans innlegg med interesse. Vi takker for hans tydelige tilbakemeldinger, og tar med oss hans erfaringer videre i arbeidet med å skape bedre brukeropplevelser fremover.

*Hege Farnes Hildrum
Fylkesdirektør i NAV Oslo*

Helt frem til kvelertaket

Jeg ble psykolog for å gi folk problemer.

TEKST

Per Isdal,
Psykologspesialist
ved Alternativ til Vold i
Stavanger

ILLUSTRASJON

Lucasbosch /
Wikimedia Commons

SKRIV I

«FRI ASSOSIASJON»

Skrivekyndig
psykolog?

Skråblikk på
egen praksis?

Ta kontakt:

ida.holth@
psykologtidsskriftet.no

Med skam å bekjenne er jeg nok en romantiker. Bak valget om å bli psykolog lå det et sterkt og vakert ønske om å hjelpe mennesker som hadde det vanskelig. Det ville være godt for meg. Jeg tenkte på hjelp som å lindre, redusere eller fjerne problemer. Jeg ville at mennesker skulle få det bedre.

Sosialklinisk fordypning ved Universitetet i Oslo var også herlig full av tilnærminger for å minske klientenes problemer. Jeg lærte mye om å gjøre store problemer om til mindre eller ikke-eksisterende problemer. Jeg gikk glad og optimistisk ut i den virkelige verden utstyrt med grunnleggende forståelse og empati, samt virksomme teknikker for problemreduksjon.

I min aller første time som voldspesikolog møtte jeg en opprørt ung mann:

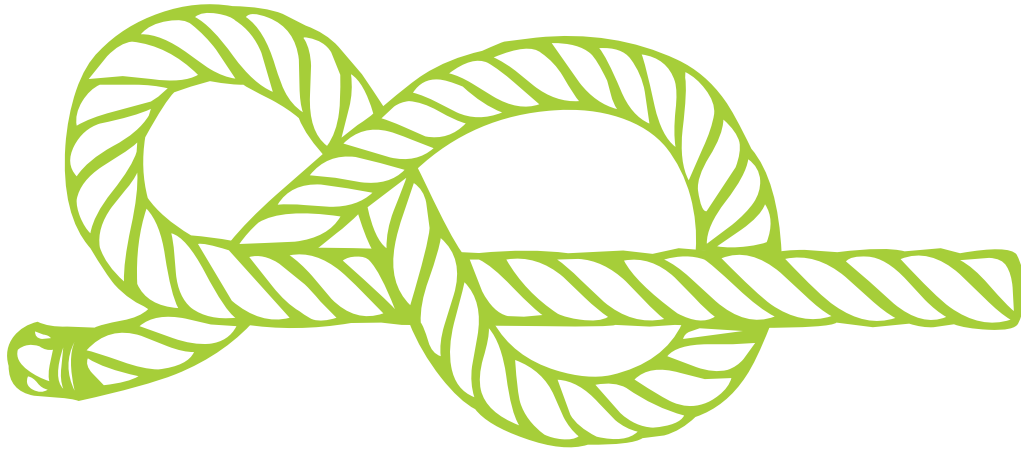
Fy faen! Jeg har problemer jeg. Jeg er jo faen meg spike pine gal. Jeg slår ned folk overalt. Nå har jeg brukket kjeven på mora mi, og i går banka jeg opp bestekompisen min. For ingen ting. Det finnes jo ingen damer som tør å være sammen med meg lenger, og jeg er jo nekta å komme inn på halvparten av alle utestedene i byen. Jeg skjønner ikke en dritt. Du må hjelpe meg.

Her var det virkelig snakk om et problem, og mannen hadde det åpenbart vondt. Kanskje en litt i overkant røff start der jeg satt alene med ham i et lite kontor på loftet på Ullevål sykehus. Det første som spontant slapp ut av meg var:

Oi, kan du komme til å slå ned meg også?

Jeg ble litt overrasket over at mitt prosjekt om å hjelpe andre så fort falt bort, og at jeg ble mer opptatt av å hjelpe meg selv der og da. Han forsikret meg på det sterkeste om at han ikke kom til å røre meg. Etter det fikk vi en flott time, og jeg fikk være den psykologen jeg ønsket. Enkelte deler av verktøykassa, som «positiv reformulering» eller «paradoksale intervensjoner», kjentes det riktignok ikke helt passende å ta i bruk. Jeg var i gang, men han kom dessverre aldri tilbake. Sånne som ham kom det heller ikke så mange av i de neste årene.

I stedet kom mann etter mann etter mann som på forskjellige vis fortalte meg at de ikke var voldsmenn, at problemene ikke var så ille som de kunne høres ut som, og at de hadde det greit. Noen sa dette på sinte måter, andre sa det på sympatiske måter, og noen sa det gjennom å si svært lite. På symptomsjekklisten SCL-90



skåret mange klienter o eller nær o på opplevde problemer.

Jeg forstod tidlig at min klientgruppes hovedutfordring var mangelen på problemer. Nå var riktignok noen av dem jeg møtte, svært tydelige på at livet var vanskelig, men det var nesten alltid fordi andre var vanskelige (primært samlivspartneren). Sjelden eller aldri var det de selv som var problemet.

Og mitt problem ble at jeg ikke fikk servert problemer av mine klienter – de ga meg liten mulighet til å være «den gode psykolog».

Minimalisering, bagatellisering, eksternalisering og ansvarsfraskrivelse er ikke unike utfordringer for psykologer som arbeider med menn som bruker vold mot kvinner. Vi finner mekanismene igjen i alle type vansker som dreier seg om at klienter gjør noe som ikke er bra eller riktig for andre eller for dem selv.

Jeg har tenkt at det må være lettere å jobbe med dem som faktisk er offer for sine omstendigheter. De som gråter, lider og plages. Klienter som gir meg muligheten til å være klok, trøstende, lindrende og hjelpende. Som ikke bare gjør meg til en god hjelper, men også til en god person. På et tidspunkt hadde jeg en liten privat praksis ved siden av voldsjobben. Dit kom

flere klienter som gråt bare de kom innenfor døren, som hadde det vondt og som eksplisitt trengte hjelp. Jeg husker enda hvor vidunderlig det var å føle meg som hjelper.

INN I DET SMERTEFULLE

Det tok imidlertid ikke mange år før jeg skjønnte at *min* viktigste oppgave som psykolog var å gi mine klienter problemer.

Det var ikke vanskelig å skjønne at voldsutøvernes primære utfordring lå i å orke seg selv, eller å orke å ta inn over seg hvordan de faktisk ødela ikke bare andres, men også sitt eget liv. Terapiforskningen gir klare anbefalinger. Den sier at den viktigste drivkraft til endring er depresjon eller opplevd smerte: å selv kjenne sterkt at noe er vondt og vanskelig. Mennesket har en iboende draging mot det behagelige og bort fra det vonde. Min jobb må dermed bli å gjøre det verre, vanskeligere og vondere for mine klienter. Gjennom dette gjør jeg dem en stor tjeneste. I Den katolske kirke heter det at gjennom skyld og soning kan man oppnå tilgivelse og lindring. Skriftemålet deres ligner mye på psykoterapiens kjerneelement



Det tok ikke mange år før jeg skjønnte at min viktigste oppgave som psykolog var å gi mine klienter problemer





Min jobb
må dermed
bli å gjøre
det verre,
vanske-
ligere og
vondere
for mine
klienter

– å sette ord på det vonde og vanskelige til et annet ikke-dømmende menneske. På lignende vis må *eksponering* for det vonde og vanskelige være den viktigste metoden overfor mange av mine klienter, fordi deres atferd så til de grader dreier seg om unngåelse: unngåelse av sannheten, unngåelse av virkeligheten, unngåelse av ansvar og unngåelse av å ta inn over seg hva det er de gjør med andre.

Å gi mennesker problemer dreier seg om å gå inn i det smertefulle med klientene. For meg er det volden. Jeg tenker på arbeidet som en parallell til Milgrams kjente eksperiment. Klienten begynner langt, langt borte fra den konkrete, brutale og virkelige handlingen. Med det generelle, det avsporende og det unnvikende. På lang avstand blir ikke volden problematisk i det hele tatt. Jobben min blir på gode terapeutiske måter å ta klientene mine nærmere og nærmere sin egen vold. Akkurat som Milgram gjorde da han til slutt lot noen forsøkspersoner stå i samme rom som sitt «offer» og sette strømstøtet direkte på «offerets» kropp. Dette blir min også min bevegelse. Jeg må lede og følge klienten fra «jo da, vi krangler da litt, men det meste av tiden har vi det fint» fram til «jeg holder hendene rundt halsen hennes og klemmer til (mens barna er i samme rom og huler av skrekk)».

Jeg vet at denne tilnærmingen er riktig. Banalt sagt; det må bli verre for at det skal bli bedre. I praksis så vet jeg også at det i seg selv er godt for menneskets samvittighet å lette

seg. Det er godt å tilstå! Det gir selvfølelse å ta ansvar i motsetning til å fraskrive seg ansvar. Det er også godt for de andre at utøveren tar inn over seg det han (eller hun) har gjort – i all sin tyngde. Det er noe av det eneste som kan reparere relasjoner (selv om det noen ganger er for sent å reparere det som er ødelagt). Men først og fremst er det godt å bli et bedre menneske.

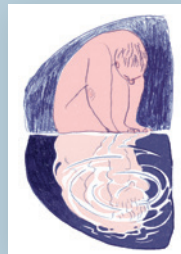
Alt dette vet jeg, og allikevel er det vanskelig. Det er det fortsatt etter 28 år som terapeut. Å følge mennesker inn i volden og helt fram til kvelertaket og det intense ønsket om å skade er smertefullt. Delvis fordi jeg som terapeut må inn i noe av den samme grusomheten selv. Jeg også må kjenne på volden, og jeg må se «offerets» lidelse. Men enda mer er det vanskelig fordi jeg der og da – i øyeblikket – må gjøre det vondere for et medmenneske som sitter i samme rom som meg. På en måte påfører jeg mennesker smerte. Jeg er overbevist om at dette på et nivå strider mot vår og min grunnleggende natur. Det strider også mot min egen «godhet» og det hjelpe-ridealet jeg en gang gikk inn i psykologien med.

Jeg har på ingen måte alltid fått til å gjøre jobben min. Til tider orker jeg ikke å være hjelper når hjelp defineres som det å gi mennesker problemer. Jeg oppdager fortsatt perioder (noen ganger så lange som 2 måneder) der volden forsvinner helt fra mine klientsamtaler. Det smertefulle blir borte. Jeg ser at jeg prater med klienter i stedet for å drive terapi. Jeg orker ikke mer vold, og da orker jeg ikke lenger å gjøre jobben min. ✕

Priser til Psykologtidsskriftets illustratører



Bendik Kaltenborn, gikk helt til topps i Nordens største konkurranse innen visuell kommunikasjon, Visuelt, innen kategorien Redaksjonell illustrasjon for forsiden «Partnervold» (11/2014). Juryen uttalte: «Hardtslående illustrasjon som behandler et mørkt tema på en smart og sensitiv måte. (...) God bruk av blåveis-metafor.»



Åshild Irgens, Tidsskriftets andre faste illustratør, fikk diplom for sine illustrasjoner til essayet «Hvem trener psykologien» i samme utgave. Juryens kommentar lyder: «To måter å se seg selv; et menneske som betrakter sitt eget speilbilde og en kvinne som ser inn i seg selv. Måten illustratøren har løst dette på er helt genial (...)»

Meninger



FOTO: ARNE OLAV L. HAGERBERG



Pedofili er ikke en legning
Psykolog Thore Langfeldt tar for seg misforståelsene rundt pedofilibegrepet.

Les hovedinnlegget på de neste sidene

Derfor trekker de seg

Spesialistutvalget i klinisk voksenpsykologi vil ikke mer.
Her begrunner de hvorfor.

Les debattinnlegg på side 994

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

DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

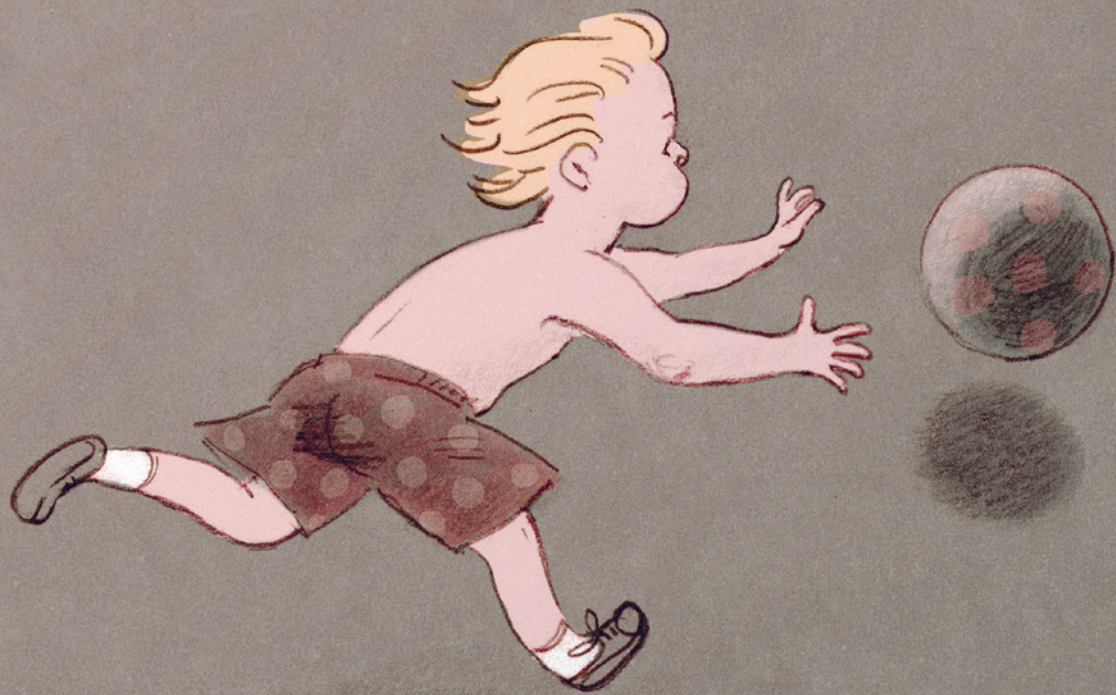
DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



Pedofili er en mental forstyrrelse

Fagfolk må behandle pedofili som en forstyrrelse, ikke som en legning

I **MEDIA** og blant fagpersoner hører vi ofte at pedofili er en seksuell legning eller orientering. Dette på tross av at hverken ICD-10 og DSM-V¹ beskriver pedofili som en legning. Googler du «pedofili»/»pedophilia», blir du forvirret. På de fleste nettsidene kan man faktisk lese at pedofili er en seksuell orientering som ikke kan behandles. Mange av våre pasienter på IKST, både barn og voksne som har hatt seksuell tenning på barn, er fortvilet etter å ha lest på nettet at ingen kan hjelpe dem ut av håpløsheten. Dette har ført til alvorlige depresjoner og selvmordsforsøk, og til hemmeligholdelse i møte med helsevesenet. Her i landet bruker både psykologer, leger, media og ikke minst rettsvesenet begrepet «pedofil legning» som om det skulle være en ubestridt sannhet. I det siste mandatet fra påtalemyndigheten jeg

.....

1. Det vil si den rettede DSM-V-utgaven fra 31. oktober 2013.

leste, ble de sakkyndige spurt om tiltalte hadde en pedofil legning. Hvis svaret de gir er ja, vil det vanligvis føre til en forvaringsdom som kan innebære mange ekstra år i fengsel. Bakgrunnen er at legning ikke kan behandles.

Det er betimelig å spørre hvorfor så mange mener at pedofili er en legning, når det ikke finnes noe vitenskapelig belegg for en slik påstand. Hvilke mekanismer startet og opprettholder denne forståelsen?

PEDOFILI BLIR EN «LEGNING»

Mot slutten av 1960-tallet dukket det opp personer som mente at pedofili var en seksuell orientering. Utviklingen av denne forståelsen hadde sammenheng med homobevegelsens kamp for å normalisere homofili. Samtidig med at man ønsket å normalisere homoseksualitet som ikke-patologisk, ble det viktig å hevde at homoseksualitet var en medfødt legning. Altså noe som man verken kunne lastes for eller for- >>

TEKST

Thore Langfeldt, Psykolog, Institutt for klinisk sexologi og terapi

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

andre på. Frem til 1980-årene ble homoseksualitet av visse fagmiljøer oppfattet som en psykologisk sykdomstilstand som kunne behandles ved hjelp av spesielle teknikker. På 1970-tallet oppsto det et krav fra de homofile organisasjonene om at den seksuelle lavalder måtte være lik for heterofile og homofile. De viste blant annet til at mange unge homofile gutter foretrakk seksuelle forhold til eldre. Det var i denne kampen at de pedofile dukket opp og «hang seg på» den seksuelle frigjøringsbølgen, og mente at pedofili også var en medfødt legning på lik linje med homofili og heterofili. De gikk inn for å senke aldersgrensen ytterligere. I Nederland på 1970-tallet sto formannen i Justiskomiteen, Brongersma, frem sammen med en 13 år gammel homofil gutt som han hadde et seksuelt forhold til. Dette skapte sterke reaksjoner både for og imot, og det førte til en sammenblanding av diskusjonen om hva pedofili var for noe, og spørsmål knyttet til seksuell lavalder.

DEFINISJONER PÅ PEDOFILI

Som mange psykiske begreper er pedofili en teoretisk definert konstruksjon som inneholder en rekke hypotetiske egenskaper. Det kreves en kritisk og åpen holdning til all tenkning og forskning som kan bidra til en bedre forståelse av diagnostikk, men slik har det ikke vært med forvaltningen av begrepet pedofili. Det er først gjennom de moderne diagnosesystemene at pedofilibegrepet har fått et mer konsistent innhold. I ICD-10 er pedofili definert som en parafili og ikke en legning. Definisjonen lyder som følger:

Seksuell preferanse for barn, vanligvis førpubertert eller tidligpubertetsalder. Noen pedofile tiltrekkes bare av jenter, andre bare av gutter, mens andre tiltrekkes av begge kjønn.

DSM-5 - KUPPET SOM IKKE LYKTES

Da DSM-4 skulle fornyes, ble Ray Blanchard, som er psykolog, valgt til leder av en undergruppe som skulle vurdere de ulike parafiliene som også inkluderte pedofili. Blanchard var kontroversiell i fagmiljøet fordi han mente at pedofili var en legning og at alle pedofile opprinnelig var heteroseksuelle, og hvor noen utviklet en preferanse for gutter, andre for jenter, mens noen hadde preferanse for begge kjønn. Han snakker interessant nok utelukkende om mannlige pedofile og nevner ikke kvinner. Han uttrykte det slik:

Among pedophiles in general, erotic preference moves away from women along two dimensions – age and sex. (Blanchard, et al., 1999).

Da papirversjonen av DSM-5 kom ut sommeren 2013, hadde Blanchard fått igjennom i DSM-5 komiteen at pedofili var en seksuell orientering. Den amerikanske psykiatriforeningen (APA), som er ansvarlig for DSM, rykket straks ut og rettet den elektroniske utgaven. Den trykte boken kunne de ikke gjøre noe med, derfor måtte de sende ut et skriv for å rette opp skandalen. I skrevet fra APA som kom ut 31. oktober 2013 heter det blant annet:

APA Statement on DSM-5 Text Error

Pedophilic disorder text error to be corrected

The American Psychiatric Association's (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) has recently been published after a comprehensive multi-year research and review of all of its diagnostic categories.

In the case of pedophilic disorder, the diagnostic criteria essentially remained the same as in DSM-IV-TR. Only the disorder name was changed from «pedophilia» to «pedophilic disorder» to maintain consistency with the chapter's other disorder listings.

«Sexual orientation» is not a term used in the diagnostic criteria for pedophilic disorder and its use in the DSM-5 text discussion is an error and should read «sexual interest.» In fact, APA considers pedophilic disorder a «paraphilia,» not a «sexual orientation.» This error will be corrected in the electronic version of DSM-5 and the next printing of the manual.

Denne rettelsen har tre viktige implikasjoner. For det første er pedofili ingen legning, men en forstyrrelse. Man kan heller ikke si at en person er pedofil, men at vedkommende har en pedofil forstyrrelse. For det andre må en pedofil forstyrrelse bygge på en allerede eksisterende seksuell legning. Når vi i dag opererer med to legninger, heterofil og homofil, impliserer det at pedofil forstyrrelse må kunne utvikles fra begge legningene. Resultatene fra en studie av 111 menn som hadde forgrepet seg på barn, viste at det var signifikante forskjeller mellom disse gruppene (Langfeldt 2010) med tanke på om de forgrep seg på gutter eller jenter. For det tredje kan uttalelsen fra ASA forstås som en støtte til videre forskning, både om årsak og terapi.

Hvordan kunne APA gjøre denne bommert? Da jeg i 2010 møtte et av medlemmene i gruppen til Blanchard, den amerikanske psykiateren Richard Kreuger, fortalte han at de hadde fått munnkurv når det gjaldt samtalen de hadde i komiteen, noe han selv var svært misfornøyd med. Det er interessant at så få har kommentert denne rettelsen. Jeg kjenner bare til Washington Times som har laget en lengre artikkel om den.

PEDOFIL FORSTYRRELSER I ET UTVIKLINGSPERSPEKTIV

Dersom vi betrakter pedofili som en forstyrrelse, må det sees i et utviklingsperspektiv og ikke som et fenomen som oppstår av intet. Det å være homofil er for mange så vanskelig at enkelte har uttrykt at det er lettere å være pedofil enn homofil, og sier at så lenge man er pedofil, er man i hvert fall syk. Når den amerikanske psykiatriforening understreker i sin rettelse at de fortsatt støtter arbeid for å utvikle behandling og samtidig understreker at vi her snakker om en *pedofil forstyrrelse*, så er det et viktig sig-

nal om at vi må se nærmere på pedofilibegrepet. Dette er en klar utfordring til forskere, klinikere og helsevesenet om fortsatt å ha et åpent sinn til fremtidig forskning og behandling.

Baserer man seg på antakelsen om at vi har en heterofil eller en homofil legning eller en blanding av disse, så må vi utvikle en identitet som står i forhold til legningen. Det er her problemene starter. Nyere forskning tyder på at heteroseksuelle som utvikler tidlige relasjonsproblemer og som i tillegg er hemmet seksuelt, er i faresonen for å utvikle seksuell preferanse for barn av motsatt kjønn. Både Marshall og andre har i de siste årene vært opptatt av sammenhenger mellom de som begår overgrep og tilknytningsskader i barndommen. (Lyn & Burton, 2004; Marshall, 2000; Marshall, Fernandez, Marshall, & Serran, 2006; Vildalen, 2014).

Når det gjelder menn som forgriper seg på gutter, vil samfunnets negative holdning til homofili gjøre det vanskeligere å utvikle en homofil identitet enn en heterofil identitet. Hvis den homofile gutten i tillegg ikke viser noen feminine trekk, blir det enda vanskeligere. Nyere forskning viser at menn som utelukkende forgriper seg på gutter utenfor familien, har en homofil legning i bunnen, men har av ulike grunner problemer med å utvikle en homofil identitet. En av årsakene er at disse mennene som unge gutter hadde en maskulin oppførsel som ikke vekket noen tanke om at gutten kunne være homofil (Langfeldt 2008, 2010). Norum og Holst skrev i 2013 en hovedoppgave på bakgrunn av pasienter fra Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST) om hvor vanskelig det var å utvikle en homofil identitet og kalte oppgaven: «Å være homo var jo helt utenkelig» (Holst & Norum, 2013).

VIRKER BEHANDLINGEN AV PEDOFILER?

Mange kritiske røster har hevdet at behandling av pedofile ikke virker, og har dermed vært viktige premissleverandører for å hevde at pedofili er en legning. Metastudier om behandling av personer som er dømt for seksuelle overgrep, har sine klare begrensninger. Behandlingen løper ut fra en tradisjon som går under benevnelsen «relapse prevention». Behandlingsformen er stort sett basert på kognitive korttidsprogrammer ledet av spesialtrene fengselsbetjenter. Dette er en overfladisk behandling som dreier seg om at overgriperen skal lære å kontrollere sine seksuelle lyster gjennom ulike treningsprogrammer. Denne metoden var allerede på

1980-tallet ikke særlig overbevisende, og mange viste til svake resultater (Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon, & Fenton, 2006).

En ytterligere begrensning ligger i utvalgsmetodene til metastudiene. I studiet til Grønnerød og medarbeidere anvender de CODC (Collaborative Outcome Data Committee) for å plukke ut hvilke studier de tok med i undersøkelsen. Av 337 arbeidere var det kun 14 som oppfylte denne typen kriterier (Grønnerød, Grønnerød, & Grønndal, 2014). Denne utvalgsmetoden tar kun utgangspunkt i den metodiske beskrivelsen av behandlingen, og ikke om behandlingen er relevant for problematikken, eller hvilke kvalifikasjoner behandlerne har (for eksempel om behandlingen drives av fengselsbetjenter eller psykologer.) Det viktigste for denne utvalgsmetoden er at endring og resultater er vitenskapelig målbare. Å tro at alle typer overgrep kan behandles med samme type program, er etter min mening en fullstendig utopisk tanke.

En svært systematisk undersøkelse som ble publisert i 2005, viste at kognitive ferdighetsprogrammer ikke hadde noen særlig effekt (Marques, Wiederanders, Day, Nelson, & Ommeren, 2005). Her brukte man ulike kognitive mestringsmetoder fra sosial fungering til stressmestring, ledet av fengselsbetjenter og ikke av psykologer. Forhold som gruppeklima, samhold, allianse og empati er grunnleggende egenskaper for at gruppeterapi skal fungere optimalt (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave, 2005). Slike kriterier tas det aldri hensyn til i metastudier

Kritiske forskere peker også på at de som behandles, som i praksis kun er de som sitter i fengsel for overgrep mot barn, bare utgjør 6–8 prosent av barneovergriperne. Dermed blir utvalget ikke representativt. Studier fra USA viser at disse også ofte har tilleggs kriminalitet.

En viktig kritikk mot at behandlingsprogrammer overfor menn som forgriper seg på gutter ikke fungerer, er at homofili i USA i dag oppfattes som svært negativt blant folk flest. På 70- og 80-tallet, som er den tiden da de fleste metastudiene henter sine data fra, var faktisk homofili straffbart. Det er derfor helt utenkelig at terapeutene våget å hjelpe klientene til å utvikle en homofil identitet. Hadde de gjort det, ville de blitt saksøkt. Dette kan være en av forklaringene på den store tilbakefallsprosenten hos nettopp de som har forgrepet seg på gutter. »



Kritiske røster har hevdet at behandling av pedofile ikke virker, og har vært viktige premissleverandører for å hevde at pedofili er en legning.

ET RELASJONELT PERSPEKTIV

I Canada, spesielt i gruppen til Bill Marshall, har terapi med overgripere de siste 10 årene utviklet seg i en relasjonell og mer psykodynamisk retning med psykologer som behandlere (Marshall, Fernandez, Marshall, & Serran, 2006). Selv om de kaller det kognitiv terapi, ligner den mer og mer på en psykodynamisk modell. De har kritisert den klassiske «relapse prevention»-terapien og snakker nå om «beyond relapse prevention». De har blant annet påpekt at det er viktig at terapeutene viser empati og deltar følelsesmessig for å bygge opp evnen til å danne relasjoner.

Gjennom langvarig psykodynamisk terapi kommer man nærmere mulige bakenforliggende årsaker til utvikling av overgrepsadferd (Langfeldt 2013). Her er det duket for mye spennende forskning. Som nevnt har mange forskere vist at tilknytningsstil og ulike former for omsorgssvikt spiller en sentral rolle hos personer som begår overgrep. Erfaring fra terapien viser at det å utvikle en adekvat seksuell identitet kan forstyrres av overgrep, traumer, seksuell invadering og negative sanksjoner, som igjen øker sjansen for seksuelle overgrep. Her trenger vi i første omgang mer kvalitativ forskning. ✕

BIBLIOGRAFI

- Angelides, S. (2003). Historicizing affect, psychoanalyzing history: Pedophilia and the discourse of child sexuality. *Journal of Homosexuality* 46(1–2), 79–109.
- Blanchard, R., Watson, M., Choy, A., Dickey, R., Klassen, P., & Kuban, J. a. (1999). Pedophiles: Mental Retardation, Maternal Age, and Sexual Orientation. *Archives of sexual behavior*, 28 (2), 111–129.
- Eher, R., Rettenberger, M., Matthes, A., & Schilling, F. (2010). Stable Dynamic Risk Factors in Child Sexual Abusers: the Incremental Predictive Power of Narcissistic Personality Traits beyond the Statistic-99/Stable-2007 Priority Categories on Sexual Reoffense. *Sexual Offender Treatment vol 5, Issue 1*.
- Grønnerød, C., Grønnerød, J., & Grønndal, P. (2014). Psychological Treatment of Sexual Offenders Against children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcome Studies. *Trauma, violence & abuse* <http://tva.sagepub.com/content/early/2014/02/25/1524838014526043>.
- Holst, I., & Norum, L. (2013). *Å være homo var jo helt utenkelig*. Oslo: Hovedoppgave ved Psykologisk institutt, UIO.
- Johnson, J., Burlingame, G., Olsen, J., Davies, D., & Gleave, R. (2005). Group climate, cohesion, alliance and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52., s. 310–321.
- Jones, A. (1957). Sigmund Freud: Life and work. Vol 3: The Last Phase. London: Hogarth Press.
- Kenworthy, T., Adams, C., Bilby, C., Brooks-Gordon, B., & Fenton, M. (2006). *Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending*. Cochrane Database of Statistics Reviews (Issue 4).
- Krafft-Ebing, R. (1924). *Psychopathia Sexualis*. New York: Physicians and surgeons book company.
- Langfeldt, T. (2005). Erotikk og fundamentalisme. Fra Mesopotamia til kvinnefronten. Oslo: Universitetsforlaget.
- Langfeldt, T. (2008). Menn som forgriper seg på unge gutter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, s. 729–734.
- Langfeldt, T. (2010). Is «Pedophilia» a Useful or Confusing Concept? An empirical study on sexual abuse of children, sexual orientation and typology: Implications for therapy. s. 5,1.
- Langfeldt, T. (2013). Seksualitetens gleder og sorger. Identitet og uttrykksformer. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lyn, T., & Burton, D. (2004). Adult Attachment and Sexual Offender Status. *American journal of orthopsychiatry* 74(2), 150–159.
- Marques, J., Wiederanders, M., Day, D., Nelson, C., & Ommeren, A. (2005). Effects of a Relaps Prevention Program on Sexual Recidivism: Final Results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(1), . 79–107.
- Marshall, W. L. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. . *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 17–26.
- Marshall, W., Fernandez, Y., Marshall, L., & Serran, G. (2006). *Sexual offender treatment*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Sato, M., Cantor, J., & Blanchard, R. (2006). Child pornography offenders are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of abnormal psychology*, 111, 610–615.
- Seabloom, W., Seabloom, M., Seabloom, E., Barron, R., & Hendrickson, S. (2003). A 14- to 24- Year Longitudinal Study of a Comprehensive Sexual Health Model Treatment Program for Adolescent Sex Offenders: Predictors of Successful Completion and Subsequent Criminal Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 47(4), 468–481.
- Vildalen, S. (2014). Seksualitetens betydning for utvikling av relasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Alarmerende taushet

Hvorfor vil ikke Psykologforeningen kommentere bekymringsmeldingen om norsk barnevern?

I PSYKOLOGI nr. 9 2015 leser jeg med undring at leder Katrin Koch i Foreningen for sakkyndige psykologer i Psykologforeningen, An-Margritt Aanonsen, leder i Barnesakkyndig kommisjon, og President i Psykologforeningen Tor Levin Hofgaard, ikke vil kommentere bekymringsmeldingen om norsk barnevern som 160 fagpersoner i dette landet har støttet. Dette er foruroligende.

Bekymringsmeldingen ble overlevert Regjeringen tidligere i sommer. Initiativtakerne understreker at flere fagfolk i ulike yrker som er nær praksisfeltet, innser at systemet for barnevernet i mange situasjoner ikke ivaretar barns beste, og at det er behov for grunnleggende endringer. I meldingen understrekes spesifikt de sakkyndige psykologenes rolle, og det rettes krass kritikk.

Psykologforeningen har «Forebygging for barn og unge» som et av sine hovedsatsingsområder i landsmøteperioden 2013–2015. De kaller det «På tide med Barneløftet.» På foreningens nettsider vises det til bakgrunnsartikkelen «Et krafttak for barn og unges psykiske helse» av Gøril Wiker. Med dette som bakteppe er det ikke akseptabelt at min egen fagforening kommenterer bekymringsmeldingen med taushet. Videre er det bemerkelsesverdig at foreningen som både har ansvar for å utdanne sakkyndige psykologer og for å vurdere og behandle klager på disse, ikke finner det betimelig å ha en mening og delta i debatten. Det gjør at tilliten til foreningen svekkes og spørsmålene om hvem de tjener dukker opp. Hvis det er slik at sakkyndige psykologer, som er psykologer med makt og posisjoner og med direkte inngripen i enkeltmenneskers liv, ikke skal ha meninger om den bekymringsmeldingen som foreligger, da bør de kan hende ikke sitte der de sitter!

MONOPOL PÅ BARNEPERSPEKTIVET

I mange ulike sammenhenger har psykologer og andre fagpersoner i lengre tid uttalt seg bas-

tant, og med stor definisjonsmakt, om barneperspektiv, barns beste, tilknytningssatferd hos barnet og omsorgssystem det vekker eller ikke vekker hos foreldre osv. Dette er størrelser det er svært vanskelig å måle, selv med spesialisert teoretisk kunnskap og erfaring i klinisk praksis. Det bekymrer mange fagpersoner i praksisfeltet at disse størrelsene måles og veies på en for lemfeldig måte av ansatte i barnevernet og sakkyndige psykologer, og at deres vurderinger «limer» seg på som sannheter om barnet og dets omsorgspersoner gjennom hele prosessen. To av våre toneangivende psykologer på barne- og ungdomsfeltet, Magne Raundalen og Willy-Tore Mørch, skrev i Aftenposten 22.06.2015 at bekymrede advokater nær praksisfeltet i barnevernet «ser foreldrenes vei». Dette gjør Raundalen og Mørch sikre på at de «trygt kan stå igjen hos barna». Da har de etter min mening misforstått andre fagpersoners bekymring, og bidrar til en avsporing der de fremstiller seg selv, og til en viss grad barnevernet, som de eneste med evne til å ta barneperspektivet.

Hvordan det er mulig å ikke kunne forenes i bekymringer rundt hvordan en av våre viktigste etater er organisert og virker, der psykologer som faggruppe har sentrale roller og direkte inngripen i små barns videre skjebne, er vanskelig å forstå.

Jeg legger også merke til at det på Psykologforeningens nettside ligger lenker til kronikker, kommentarer og innlegg som belyser tematikken ensidig. Det er flere perspektiver i denne saken som fremmer et kritisk syn på både praksis, faglighet og kompetanse innenfor arbeidsfeltet barnevern. Ingen av disse er å finne på nettsiden. Jeg savner lenker til kronikker og innlegg av blant andre Gro Hillestad Thune, Einar C. Salvesen og Elvis Nwosu, i sammenheng med bekymringsmeldingen. ❌



TRUDE HOFF

Psykologspesialist ved
Maurtuva Vekstgård,
Familiefakultetet

BARNEVERN



Jeg legger merke til at det på Psykologforeningens nettside ligger lenker til kronikker, kommentarer og innlegg som belyser tematikken ensidig

Derfor trekker vi oss

Ett års praksis er ikke i nærheten av tilstrekkelig for å beherske fagområdet på det nivået en bør kunne forvente av en psykologspesialist.



**HARALD BÆKKELUND,
ERIK BRENNÅ,
BJARNE HANSEN,
KIRSTI SUNDE
HANSEN,
ELISABET ROMØREN,
YVONNE SEVERINSEN,
HARALD AASEN**

Avtroppende medlemmer fra spesialistutvalget i klinisk voksenpsykologi i Norsk psykologforening.

SPESIALIST- UTDANNINGEN

SENTRALSTYRET HAR VEDTATT å godkjenne døgnspraksis i rusfeltet som fordypningspraksis til spesialiteten i voksenpsykologi (i det gamle spesialistreglementet kalt «klinisk voksenpsykologi»). Praksis i rusfeltet har alltid kunnet godkjennes som ett av de fem praksisårene, men at det også skal godkjennes som fordypningspraksis er nytt, og i strid med vurderingen til et samlet utvalg. Utvalget har argumentert for at tre av fem praksisår i spesialistutdanningen voksenpsykologi bør være i institusjoner/klinikker, der utredning og behandling av psykisk lidelse er primær oppgaven. Dette vil være i tråd med tidligere praksis.

Norsk psykologforening har medvirket til at myndighetene har tillagt spesialister i voksenpsykologi stort ansvar og stor myndighet i fagområdet psykisk helsevern, og praksisdelen av spesialistutdanningen fremheves som den viktigste læringsarenaen i utdanningen.

FORDYPNING VIKTIGST

En grunntanke bak enhver spesialiseringsordning er at fagfeltet så bredt at det er behov for fordypning i tillegg til generalistkompetanse for å kvalitetssikre tilbudet til bestemte målgrupper. I flere av psykologforeningens spesialistutdanninger er kombinasjonen av bredde og fordypning ivarettatt ved at et bestemt antall av de fem praksisårene skal være forbeholdt arbeid i institusjoner der problemstillingen er spesialisert, er den *primære arbeidsoppgaven* («fordypningspraksis»). I reglementet for voksenpsykologi er tre av fem år omtalt som fordypningspraksis. Minimum ett av fordypningsårene skal være i poliklinikk og minimum ett i døgnavdeling. For det polikliniske året er det spesifisert at institusjonen skal ta imot en ikke selektert pasientgruppe. Med sentralstyrets vedtak er det altså kun dette *ene* poliklinikkåret som er forbeholdt arbeid med

pasienter der psykisk lidelse er den primære problemstillingen.

Endringene i praksiskrav medfører etter vår vurdering at kompetansen i spesialiteten i voksenpsykologi ikke lenger er tilstrekkelig kvalitetssikret. Utvalget kan ikke stå inne for å forvalte et regelverk hvor kompetansekravene ikke harmonerer med ansvaret spesialister skal inneha.

Videre mener vi at sentralstyret gjennom vedtaket undergraver landsmøtets beslutning om å skille mellom de to spesialitetene rus- og avhengighetspsykologi og voksenpsykologi. Vedtaket utgjør dertil et betydelig hinder i arbeidet med å spesifisere hva som kan og ikke kan godkjennes som fordypningspraksis. Visepresidenten i Psykologforeningen har fremholdt at det ved søknad om godkjenning av praksis i rusinstitusjon som fordypningspraksis vil gjøres en vurdering av psykologens primære arbeidsoppgaver. Hvem skal gjøre denne vurderingen? Hvordan skal dette bli forutsigbart for de som arbeider i rusfeltet og ønsker godkjenning av praksis? Vi kan ikke se hvordan dette regelverket kan forvaltes på en måte som gir forutsigbarhet og likebehandling av søkere.

Bekymringen for mangelfull kvalitetssikring av spesialistkompetansen, forvanskning av reglementet for søkere og forvaltere, samt undergravingen av skillet mellom rus- og voksenspesialiteten, har ved flere anledninger blitt tatt opp med sentralstyret. Tilbakemeldingene har noe overraskende vært preget av begrenset kjennskap til både fagfeltet og til organiseringen av fagområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), samt manglende kunnskap om gjeldende regler som regulerer spesialistutdanningen. For utvalget er det vanskelig å se at landsmøtets vedtak om å etablere en spesialistutdanning i klinisk voksenpsykologi, primært knyttet til arbeid innen-

for fagområdet psykisk helsevern og en annen spesialitet primært knyttet til arbeid innen fagområdet TSB, blir fulgt opp gjennom dette vedtaket.

PINLIG FOR HVEM?

Utvalgets uenighet med Psykologforeningens faglige ledelse og beslutningen om å trekke seg er blitt omtalt i Tidsskrift for Norsk psykologforening, henholdsvis i august- og septemberutgaven. Saken var på det tidspunktet til behandling hos sentralstyret ettersom de valgte å utsette effektueringen av vedtaket. Utvalget oppfattet det som god skikk å vente med å uttale seg i tidsskriftet så lenge saken var under behandling.

I augustnummeret av Psykologtidsskriftet kan en under overskriften «Strid om praksis i rusfeltet», skrevet av tidsskriftets journalist Øystein Helmikstøl, lese at «I praksis handler det om hvorvidt det å jobbe ved en rusinstitusjon skal godkjennes for å få klinisk voksenspesialitet». Dette er feil. Spesialistutvalgets medlemmer har ikke vært negative til at praksis i rusfeltet kan godkjennes som praksis til spesialiteten i klinisk voksen. Utvalget argumenterte som sagt for at *de tre fordypningsårene* bør være forbeholdt praksis i psykisk helsevern, hvor utredning og behandling av psykisk lidelse er det primære.

Lossius og Iversen går i septemberutgaven hardt ut mot utvalget i sitt innlegg «Pinlig – rett og slett». De synes å legge til grunn at utvalget er mot at praksis fra rusfeltet skal være tellende i spesialiteten til klinisk voksen. (Kan de ha fått ideen fra augustnummeret av Tidsskriftet?). I motsetning til hva Lossius og Iversen later til å tro, anser utvalget erfaring med rusproblematikk som et sentralt læringsmål, og er positive til at praksis fra rusfeltet skal være tellende. Utvalget er godt kjent med at en bety-

delig andel pasienter i psykisk helsevern har rusproblemer som en kompliserende tilstand. Samtidig er det slik at flertallet av pasientene i psykisk helsevern *ikke* har rusproblemer, og disse trenger en spesialist med særlig kompetanse på utredning og behandling av deres lidelse. Utvalget legger til grunn at rusinstitusjoner mottar pasienter der rus- og avhengighet er den primære henvisningsgrunnen, og at hovedoppgavene til psykologer i en rusinstitusjon er utredning og behandling av rusproblematikk. Utvalget mener at praksis i rusfeltet tilfører mye relevant, men ikke *tilstrekkelig* kompetanse for å bli spesialist i voksenpsykologi. Følgelig mener vi at praksis i rusfeltet ikke kan godkjennes som fordypningspraksis. Vi vil understreke at vi ikke på noen måte har satt spørsmålsteget ved det faglige grunnlaget for behandling i TSB. Utvalget anser kompetanse på og erfaring med rusbehandling som svært viktig for alle psykologspesialister.

Til Lossius og Iversens orientering har utvalget også uttrykt bekymring for at utvisking av skillet mellom praksiskrav til de to spesialistene kan undergrave spesialiteten i rus- og avhengighetspsykologi. Dette er fordi psykologer har en tendens til å søke godkjenning i den spesialisten som gir bredest kompetanse med tanke på arbeidsmarkedet. Det er trist at fagfolk i ledende stillinger angriper kollegaer basert på antakelser, og dermed bidrar til unødvendig polarisering mellom fagfelter som er i behov av et nært og godt samarbeid.

Å være med i Psykologforeningens spesialistutvalg er et frivillig og ulønnet dugnadsarbeid. For spesialistutvalget er det selvsagt uholdbart å være på kollisjonskurs med sentralstyret, noe vi tar konsekvensen av ved å trekke oss. Vi overlater med dette stafettpinne til andre, takker sekretariatet for godt samarbeid, og ønsker lykke til i det viktige arbeidet. ✕



Det er trist at fagfolk i ledende stillinger angriper kollegaer basert på antakelser, og dermed bidrar til unødvendig polarisering

EKSTREMVÆR

Flyfotoet viser oversvømte New Orleans etter orkanen Katrina sine herjinger i 2005. Foto: Jocelyn Augustino/FEMA



Bør klargjøre sin klimarolle

Hvor er og står Norsk psykologforening i klimadebatten?

**BERGLJOT**

GJELSVIK, Post doc,
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

ARNE JOHAN

VETLESEN, Professor,
Institutt for filosofi,
idé- og kunsthistorie
og klassiske språk,
Universitetet i Oslo

PER-EINAR BINDER,

Professor, Institutt
for klinisk psykologi,
Universitetet i Bergen

FRANCIS VERGUNST,

PhD, Department of
Psychiatry, University
of Oxford

I 2014 VALGTE British Medical Association (BMA), fagforeningen for leger i Storbritannia, å kutte organisasjonens investeringer i fossil energi. BMA ble med dette den første profesjonelle helseorganisasjonen i verden til å ta dette skrittet. Beslutningen kom på bakgrunn av en klar evidens for at klimaendringer utgjør en enorm risiko for vår helse og vårt mentale velvære, gjennom værforandringer (stormer, flodbølger, tørke), global matusikkerhet, spredning av infeksjonssykdommer, tvungen migrasjon og krig (Berry et al., 2010; Costello et al., 2009). FNs Millennium Development Goals har nylig blitt utvidet med et nytt mål: *Take urgent action to combat climate change and its impacts* (UN, 2014). BMAs beslutning har satt en historisk presedens. Hvor er Norsk Psykologforening i denne debatten?

Å unngå de verste konsekvensene av klimaendringer krever en betydelig reduksjon i bruk av fossil energi. For å ha minst 50 % sjanse for å unngå en 2 % økning i overflatetemperaturer

– generelt anerkjent som terskelen for irreversible ødeleggelser – må 80 % av de allerede oppdagede fossile brenselreservene forbli urørt (McGlade & Ekins, 2015). Dette er målet til deinvesterings-kampanjen ('divestment campaign'). Kampanjen erkjenner vår nåværende avhengighet av fossil energi og argumenterer for en overgang til en lavkarbonøkonomi gjennom å flytte aksjer og andre investeringer fra industri involvert i fossil energi, til investeringer i fornybar energi.

BMAs beslutning om å kutte bånd til industri involvert i fossil energi er analog til beslutningen om å trekke seg ut av investeringer i tobakkindustrien for 30 år siden. Da, som nå, er det ideoende motsetningsfylt for en helseorganisasjon å investere i og tjene penger på industrier som er direkte skadelige for helsen. I løpet av de siste par årene har hundrevis av universiteter, byer, fylker, selskaper og offentlige organisasjoner forpliktet seg til å kutte alle bånd til kull- og oljeindustrien. Norske eksempler er

Oljefondet og Kommunal Landspensjonskasses beslutning om å deinvestere fra kullindustrien. På helsesektoren har profesjonsforeninger og studentorganisasjoner som Medact og Healthy Planet UK oppfordret andre britiske helseorganisasjoner til å gjøre det samme.

Debatten i Psykologtidsskriftet de siste årene tyder på et visst engasjement for klimasaken både blant medlemmer og i redaksjonen. Psykolog Einar Strumse har beskrevet menneskeskapte miljøendringer som 'vår tids mest kritiske endringsprosess'. President Tor Levin Hofgaard har etterlyst forslag til hvordan psykologer, inspirert av den amerikanske psykologforeningen (APA), kan bidra til en mer miljøvennlig utvikling. Dette til tross kommenterte Tidsskriftets redaktør Bjørnar Olsen i 2012 at psykologer, foreningen og Psykologtidsskriftet generelt har forholdt seg forbausende tause i de globale miljøspørsmålene. Hvorvidt og i hvilket omfang Norsk psykologforening (NPF) har investeringer i fossil energi, er så vidt vi vet et spørsmål som så langt ikke er blitt diskutert offentlig.

Klimaendringer utgjør en uakseptabelt høy risiko for vår helse og vårt mentale velvære og krever umiddelbar handling. NPF har en viktig rolle i å forme den offentlige forståelsen av disse truslene og har et potensial til å ta en lederrolle i å takle noen av dem ved å forplikte seg til å ikke ha bånd til kull- og oljeindustrien, og å oppfordre andre organisasjoner til å gjøre det samme. Vi ber NPF om å offentlig klargjøre sin status når det gjelder investeringer i kull- og oljeindustrien, og til å forplikte seg til ikke å investere i fossil energi i fremtiden. Her vil det være på sin plass at NPF er synlig med et offisielt og prinsipielt standpunkt. ✘

REFERANSER

- Berry, H. L. et al. (2010). Climate change and mental health: a causal pathways framework. *International Journal of Public Health*, 55, 123–132.
- BPS (2007). Response to the Department of Health / Health Protection Agency consultation: Health Effects of Climate Change in the UK – 2007. *The British Psychological Society*.
- Costello, A. et al. (2009). Managing the health effects of climate change. *The Lancet*, 373, 1693–1733.
- McGlade, C. & Ekins, P. (2015). The geographical distribution of fossil fuels unused when limiting global warming to 2 °C. *Nature*, 517, 187–190.
- UN (2014). Outcome Document – Open Working Group on Sustainable Development Goals. United Nations. Nedlastet 30.05.2015 fra: <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>

Den kliniske teksten

Psykologisk praksis er ryggraden i psykologifaget. Det hører jeg ofte (kliniske) psykologer si når de vil sette fingeren på selve kjernen i faget. Min beskjeftigelse med psykologisk praksis om dagen er gjennom tekstene psykologer sender inn til oss i Tidsskriftet. I disse personlige, ettertenksomme, systematiske og usystematiske tekstene, får jeg, og siden leserne, følge det terapeutiske resonnementet til et mangfold av norske psykologer. Det er praktikerens *tanke* bak handlingene som kommer til syne, eller like gjerne, tankene *etter* at en intensjon ble til en handling. Hva gjør disse tekstene så interessante?

Når Per Isdal i denne utgavens *Fri assosiasjon* skriver at jobben hans er å skaffe folk problemer, kommer leseren helt nær hva det vil si å faktisk jobbe som psykolog, i den rotete, uoversiktlige virkeligheten. Isdal skriver om hva det vil si å skitne til hendene sine i terapiens tjeneste, om hvordan hjelpelogikken snus på hodet. Å hjelpe er å ta tak i nakken på pasienten og presse ham varsomt inn i eget mørke. Vi kommer tett på terapirealitetene.

I Fra-praksis-bidragene våre gis det singulære betydning. Og er det ikke pussig hvordan det partikulære, det en-gangs-forekommende, rent fenomenologisk oppleves som relevant? Psykologistudent Benjamin Yazdan anmelder Knausgårds siste essayistiske roman i dette nummeret, og peker på hvordan forfatteren trekker linjene fra det lille og hverdagslige til de overordnede meningsstillasene vi beveger oss innenfor. Den samme bevegelsen skjer i gode Fra praksis-bidrag: Fra det lille, tilsynelatende ubetydelige, til teorien som farger lerretet bak. Kanskje oppleves denne typen tekster som treffende fordi skribenten har klart å holde på alle nyansene i terapeutens opplevelse av terapien.

I Fra praksis-bidrag kan vi fiske fra den kollektive terapeutiske erfaringsbanken. Utbyttet kan vært stort. Den kliniske tanken kommer kanskje aller best frem i velskrevne, dyptpløyende kasusstudier. I artikkelen *Fem misforståelser om kasus-studien* skriver danske Bent Flyvbjerg at «... en videnskapelig disiplin uten et stort antal omhyggelig utførte casestudier er en disiplin uten systematisk produksjon av eksemplarer, og en disiplin uten eksemplarer mangler gjennomslagskraft». «Eksemplarene» gir figur til teori og empiri, og vann på den terapeutiske refleksjonsmølla.

Se Fri assosiasjon, side 984 og Inntrykk, side 1004.

Ida K. Holth,
Fagredaktør

Mangelfullt om behandling ved kronisk suicidalitet

Behandlingstilbud som etterlyses i fagessay, er allerede på plass ved mange av landets DPS-er og sykehus.



SIGMUND KARTERUD

Professor i psykiatri og leder for Institutt for Mentalisering

BEHANDLING VED KRONISK SUICIDALITET

BERGLUND, FRØYSAA OG Siqueland (2015) har i oktobernummeret av *Psykologtidsskriftet* et utmerket fagessay om behandling ved kronisk suicidalitet. Utmerket – frem til siste avsnitt, «Veien videre». Her blir det merkelig uklart. Det handler om gode alternativer til døgninnleggelse og oppstykket behandling. Forfatterne refererer til en nederlandsk artikkel (Bales et al., 2012) om mentaliseringsbasert terapi (MBT) som viste gode resultater. Behandlingen var i regi av en dagavdeling. Så skriver forfatterne:

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.

Til dette er det å si følgende: Dersom det er norske dagavdelinger forfatterne har i tankene når de skriver at det er de mer velfungerende borderlinepasientene som tilbys gruppebehandling på dagavdelinger, har de delvis rett. Men bare delvis. Det kan jeg bekrefte ved selvsyn og lang erfaring. Jeg har vært leder for det norske dagavdelingsnettverket i 23 år. Det er mange år siden vi problematiserte dagavdelingsformatet og anbefalte utvikling av «forsterkede polikliniske tilbud». Navnet på nettverket ble av denne grunn endret til «Nettverk for personlighetsfokuserede behandlingsprogrammer i Norge». Det Berglund, Frøysaa og Siqueland

etterlyser, nemlig «forsterket poliklinisk tilbud, med både individuell behandling og gruppebehandling», med kasesformuleringer og kriseplaner og med tett «samarbeid mellom enheter og avdelinger» og «fleksible overganger», er allerede etablert på mange DPS-er og sykehus. Det har ikke krevd vesentlig «annen strukturering av DPS-systemet», men spesialisert psykoterapiutdanning, allokering av et fåtall stillinger og fornuftige samtaler med lederne.

Varianter av dette er allerede etablert, eller er under etablering, på følgende steder i Norge: Tromsø, Namsos, Trondheim, Ålesund, Førde, Bergen, Haugesund, Stavanger, Kristiansand, Skien, Sandefjord, Hamar, Oslo, Lillestrøm, Moss, Sarpsborg og Fredrikstad.

Jeg mener ikke med dette å si at alt er såre vel i norsk psykisk helsevern med hensyn til behandling av kronisk suicidalitet. Men vi er på god vei. Og utviklingen skjer raskt. Det er beklagelig at Berglund, Frøysaa og Siqueland ikke informerer om dette. Psykologer er i førersetet for denne utviklingen. Det er viktig å utveksle erfaringer og stimulere kolleger til initiativ på institusjoner som ennå henger etter. ✕

REFERANSER

- Berglund, A., Frøysaa, C. & Siqueland, J. (2015). Behandling av kronisk suicidalitet – retningslinjer og realiteter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(10), 872–877.
- Bales, D., van Beck, N., Smits, M., Willemsen, S., Buschbach, J. J., Verheul, R. & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day-hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders*, 26(4), 568–582.

Selektiv lesning om EFPA

Psykologiforbundet må ha misforstått EFPAs regelverk.

I PSYKOLOGTIDSSKRIFTET I oktober kan vi lese at Psykologiforbundet vil inn i Den Europeiske Psykologføderasjonen EFPA, der Norsk Psykologforening i dag representerer norske psykologer. Både i et intervju i tidsskriftet og i et innlegg skrevet av Psykologiforbundets fagpolitiske rådgivere, Marianne Dalsklev og Karen Elmot, er det åpenbart at de leser EFPAs regelverk på en svært selektiv måte.

EFPA ER EN PSYKOLOGFØDERASJON

I sin iver etter å finne argumenter for at det er Psykologiforbundet som bør være Norges EFPA-representanter, har forbundets fagpolitiske rådgivere åpenbart oversett det som står helt innledningsvis i EFPAs regelverk, der føderasjonen definerer seg selv, hvem som kan være medlem, og hva en psykolog er definert som i EFPA.

I Artikkel 2 – Definisjoner slår EFPAs regelverk fast følgende:

2.1. In the context of EFPA, a national association is an organization of psychologists or a federation (or network) of associations of psychologists (...)

(...)

2.4. In countries where there is legal recognition of psychologists, psychologists are those who are entitled, by law or through registration, to call themselves psychologists and to practice professionally as such.

Tydligere kan det ikke sies: EFPA er en føderasjon av psykologforeninger. Og EFPAs definisjon av hva en psykolog er, følger de lover og regler som gjelder i hvert enkelt land i Europa. Alt annet EFPA holder på med, må forstås med utgangspunkt i dette.

I Norge er psykologtittelen tydelig lovfestet og regulert. Norsk psykologforening har i dag nær 90 prosent av norske psykologer som medlemmer, og er åpen for alle autoriserte psykologer. Med andre ord er alle som kan representeres i EFPA fra Norge, sikret dette ved at Norsk Psykologforening er medlem i EFPA.

KRYSTALLKLART STYRE

Dalsklev og Elmot hevder imidlertid at styret i EFPA mener noe annet. Til det er det bare å slå fast at de nok tar feil. Som styremedlem i EFPA var jeg til stede da henvendelsen fra Psykologiforbundet ble diskutert. Jeg forholdt meg imidlertid taus i diskusjonen, fordi jeg som president i Norsk psykologforening sto bak henvendelsen til EFPA som førte til at saken kom opp til behandling i styret.

Diskusjonen i styremøtet førte imidlertid til et vedtak der tidligere president Robert Roe ble instruert til å skrive en ny epost til Psykologiforbundet. Der måtte han avklare at hans tidligere svar på deres henvendelse, med støtte til deres sak, var hans personlige mening. Professor Roe skriver i denne eposten fra 23. juni 2015 følgende:

«Please consider that my email gives you my personal assessment of the situation (...) and does not present EFPA's formal position. Your association should therefore not expect any direct support of EFPA.»

At professor Robert Roe må skrive en slik avklaring, er en overtydelig beskjed om at regelverket til EFPA står fast, og at styret i EFPA mener regelverket ikke kan redefineres eller forstås på noen alternativ måte. Det ville da også vært oppsiktsvekkende om et styre konkluderte annerledes.

ET HAV AV MULIGHETER

Jeg har ikke noe problem med å forstå enhver forenings ønske om å være del av en større sammenslutning regionalt og internasjonalt. For Psykologforeningen, som har vært med å bygge opp EFPA helt fra starten, og som har en tradisjon for å jobbe internasjonalt helt tilbake til vår etablering for over 80 år siden, har det å rette blikket utover vært en udelt berikelse.

Hvis Psykologiforbundet ønsker den samme typen inspirasjon, mangler det ikke på muligheter for det. Bare i Europa finnes det svært mange psykologifaglige organisasjoner som personer med ulike psykologiutdanninger kan knytte seg til. ✕



**TOR LEVIN
HOFGAARD**

President i Norsk
psykologforening

MEDLEMSKRITERIER



Tydligere kan det ikke sies: EFPA er en føderasjon av psykologforeninger

Debattert

Fagpublisering

Manglende tilbud Altfor få skriver om naturvitenskapelige emner, og det er sjelden du støter på virkelig gode tekster om samliv, helse og hverdagspsykologi. I sistnevnte gruppe dominerer enkeltskjebnene totalt. Unntaksvis kan de treffe, men ofte er de bygget opp over samme lest: Har du lest én, er det som om du har lest alle. Dette er litt leit, for det er grunn til å tro at kundene i bokhandel og bibliotek ikke sjelden nettopp etterspør *up to date*-titler med naturvitenskapelig eller medisinsk/psykologisk innhold.

Dag Gjestland ser på 10 år med innkjøpsordning av sakprosa, Prosa nr. 4 2015

Bokmessesuksess Bokmässans nye Psykologiscenen har kommet att bli en av 2015 års publikmagneter. Det har varit fullsatt på seminarierna.

Svenska Dagbladet rapporterer fra bokmessen i Göteborg 2015, 27. september

Hvem, hva, hvorfor? – Jeg leser faglitteratur om menneskelig psykologi, jeg hører på radioprogram om forskjellige mennesker, jeg må bare prøve å forstå andre. Hvem er de? Hva interesserer de seg for? Hvordan tenker de? Hvorfor gjør de som de gjør? Jeg er helt nerdete på det, faktisk.

Sofia Helin til Adresseavisen 10. oktober

Rammebetingelser – Jeg tror, med hånden på hjertet, at vi alle ønsker å gjøre gode, grunnleggende jobber når vi publiserer. Når «lettevinde løsninger» likevel kan påvises, synes jeg det er en for «lettevint løsning» å ene og alene skyldte på indre moralsk brist hos den enkelte forsker. Hva med de ytre forholdene? Rammebetingelsene?

Torill Christine Lindstrøm til Forskerforum.no 17. september



Abstraksjoner avsporer

Jeg tror vår tilbøyelighet til å generalisere og abstrahere passer dårlig i psykologien.

JAN SMEDSLUND, Professor i psykologi ved Universitetet i Oslo

PSYKOLOGISK FORSKNING

LESNING AV PSYKOLOGISK forskningslitteratur både i Psykologtidsskriftet og andre steder synes jeg viser at forskere ofte bruker ordet «predikere» om *passiv* prediksjon, dvs. om hva som vil skje i fremtiden gitt bestemte indikasjoner. Forskning består da i å finne bedre slike prediktorer.

Jeg tror at praktiserende psykologer hverken kan eller trenger å støtte seg til prediksjon på grunnlag av generelle holdepunkter. Erfarne praktiskere vet (eller burde vite) at det ikke finnes tilforlatelige slike holdepunkter fordi mennesker er målsøkende og hele tiden lærer av erfaring i interaksjon med en skiftende og ofte tilfeldig omverden. Man er henvist til å sikre seg en best mulig forståelse av klienten-i-sin-livssituasjon og å søke å etablere et samarbeid basert på gjensidig tillit. Sammen med klienten kan man da utforme tiltak som prøves ut i tentative skritt og med fortløpende revisjon. Et slikt samarbeid innebærer *aktive* forsøk på å være til hjelp i unike situasjoner hvor det prediktive elementet som oftest er minimalt. Det ser ut som om mennesker ikke kan predikeres særlig godt ut fra generelle holdepunkter, men bare kan hjelpes ved samarbeid om å utforme unike forsøksvise løsninger. Paul Meehls (1954) klassiske sammenlikning av klinisk og statistisk prediksjon var dobbelt misvisende, både fordi begge er dårlige og fordi klinikere faktisk ikke, som han mente, baserer seg på abstrakte prediktorer, men arbeider med å skape løsninger i unike situasjoner hvor de må improvisere (være hva Claude Levi-Strauss (1966) kalte «bricoleurer»).

Jeg tror vår tilbøyelighet til å generalisere og abstrahere passer dårlig i psykologien. Vi må forsøke å dempe vår tendens til å tro at det finnes «gode» terapeuter, «gode» metoder, «gode» ledere, osv. En av de få tingene som er blitt tydelig etter hundre år med studier og refleksjon er at vi attribuerer alt for mye til person og alt for lite til situasjon. Psykologiske praktikere må ligge tett inntil det *konkrete* (konteksten) og ikke la seg forlede av *abstraksjoner* (tatt ut av kontekst). I den grad forskning innebærer leting etter bedre generelle (abstrakte) prediktorer, blir det derved også tvilsomt om psykologi lar seg forske på med praktisk utbytte. ✕

REFERANSER

Levi-Strauss, Claude. 1966. *The Savage Mind*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Meehl, Paul. 1954. *Clinical versus Statistical Prediction*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Smedslund, Jan. In press. Why Psychology cannot be a Science. *Integrative Psychological and Behavioral Science*.

Mennesker er smartere enn rotter

... viser forskning. Hvordan kan journalister og forskere få til interessant forskningsformidling?

«**FORSKNING VISER AT ...**» heter intervjuet med professor Jørgen G. Bramness i siste nummer av *Psykologi* (nr. 10, 2015). Bramness er aktuell med utgivelsen av boken *Hva jeg snakker om når jeg snakker om forskning*. Boken problematiserer kløften mellom forskning og journalistisk formidling (*Journalistisk selvtillit*, Per Olav Solberg, nr. 10, 2015), og denne kløften kan tidvis være stor.

På mitt første kurs i forskningsformidling ble vi oppfordret til å samarbeide med journalister, men også advart. Den gang var professor Alan Parkin den mest profilerte forskeren på vårt institutt (Experimental Psychology, University of Sussex, UK), og han hadde preget forsiden på en av Englands største aviser med følgende overskrift: «Forskning viser at mennesker er smartere enn rotter.» Dette har jo aldri vært en nyhet, så hva var årsaken til denne snodige vinklingen? Enkelt forklart var både prof. Parkin og journalisten drittsekker. Prof. Parkin hadde behandlet journalisten respektløst og blant annet latterliggjort journalistens forsøk på å forstå forskningen ved å forklare som til et barn at «mennesker er smartere enn rotter.» Den fornærmede journalisten publiserte en artikkel for å hevne seg, og brukte det han kunne av sitater løsrevet fra sammenhengen. Resultatet gavnet ingen.

Her kommer et av poengene fra intervjuet med Jørgen Bramness til sin rett: «...forskningsformidling er altså noe du [forskeren] og journalisten skal få til sammen.» Dette tolker jeg ikke som at journalister er «nyttige idioter» for forskernes interesser, men at forskningsformidling bør etterstrebe et samarbeid preget av respekt og tillit mellom journalist og forsker. Dette er ikke noe som gir seg selv siden arbeidsformene er temmelig forskjellige. Journalister har press på leveranser, og skal i høyt tempo levere gode nyhetssaker som gir solide lesertall. Publisering av forskningsfunn pleier å ta godt over et år, og det som blir publisert kan i all ettertid granskes og kritiseres.

Det er et problem at forskning blir oversolgt, men det er også problematisk at svært mange forskere ikke ønsker kontakt med media. Forskere har en plikt til å formidle sine resultater i vitenskapelige tidsskrift, men også i media som er lett tilgjengelig for folk flest. Her syn-der mange. Det kan se ut som at et lite antall forskere er «media-grossister», mens et flertall unngår denne typen publisitet. Årsaken kan være at forskerne belønnes for internasjonale publikasjoner ved ansettelse, men i liten grad for mediehandtering. Mange forskere vil også være redde for at arbeidet deres skal bli fremstilt feil. Her dukker det opp et spennende forslag fra tidligere fagredaktør Katharine Cecilia Williams i: «For mange ville bistand til forskningsformidling utvilsomt gjort et samarbeid med *Psykologtidsskriftet* mer attraktivt» (augustutgaven av *Psykologtidsskriftet*). Det er mange måter tidsskriftet kan bistå forskere på, og mitt ønske er et fokus på de uten mediaerfaring. Unge og/eller ukjente forskere kan inviteres til et samarbeid med en journalist der målet er å sampublisere en kort artikkel av høy kvalitet. Journalisten kan her ta en «mentor»-rolle, og forskeren burde få forsikringer om at ingen ting blir trykket før begge er enige om innholdet.

Journalister og forskere bør også jobbe med langsiktig relasjonsbygging. En journalist med godt nettverk i forskningsmiljøene, vil lettere kunne produsere en artikkel der et forskningsfunn blir belyst av forskjellige fagpersoner, noe som vil høyne kvaliteten. Om journalisten får fram områder der forskerne strides, kan det være både lærerikt og underholdende for leseren. Forskerne tar ikke skade av å være uenige, men de skal ikke føle seg lurte når de leser den publiserte saken. Forskere kan bruke journalister som sparringspartnere for å avklare om man har en sak som kan vekke interesse i media, samt få hjelp til å forenkle presentasjonen av resultatene, metoden, den vitenskapelige sammenhengen og budskapet. ✕



TEKST

Espen Walderhaug, Forskningskoordinator, *Psykolog* og PhD, ved Seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung, Oslo Universitetssykehus HF



BENT HØIE er helse- og omsorgsminister. Sammen med Kerstin Söderström, Tor Levin Hofgaard og Gerd Kristiansen er han fast kronikør.

Pakk opp da, vel!

Jeg er nok ikke den første som har stått der – med en pakke, og en glad giver som håper at mottakeren blir like glad når han ser hva som skjuler seg under papiret.

JEG ER HELLER ikke den første som har pakket opp og blitt glad over å se noe jeg ønsket meg eller trengte. Og jeg er nok heller ikke den første som har pakket opp og stått der med et stivt smil og noe jeg verken ønsket eller trengte. Pakken viste seg å inneholde en unyttig gjenstand som havnet innerst i skapet, eller øverst i kassen som gikk til loppemarkedet på nærmeste barneskole.

Det er dem som hevder at pakkeforløp i psykisk helse verken er noe vi ønsker eller trenger. Det er dem som mener at det faktisk vil gi dårligere tjenester fordi det innebærer at psykisk syke mennesker blir behandlet på samlebånd etter mønster fra bilindustrien – det vil si på nøyaktig samme måte.

Det ville i så fall stride mot alt jeg arbeider for i den norske helsetjenesten. Jeg er ikke bare opptatt av at pasientene skal få raskere og bedre behandling. Jeg er også opptatt av at pasientene skal få behandling som er individuelt tilrettelagt, enten sykdommen er av det fysiske eller psykiske slaget.

I år har vi i tre etapper innført pakkeforløp for kreft. De foreløpige resultatene er svært gode. Anne Lise Ryel i Kreftforeningen sier det slik til Bergens Tidende: «Før fikk vi mange henvendelser fra kreftpasienter som følte seg som kasterbatter i systemet. Ofte var lang ventetid og usikkerhet om når de fikk hjelp, et tema. Dette hører vi ikke så ofte om lenger. Pakkeforløp skaper større trygghet og forutsigbarhet for pasientene.»

Dette ønsker vi også for andre pasienter som har måttet vente lenge i usikkerhet: dem med psykiske lidelser.

MINDRE FORSKJELLSBEHANDLING

Vi har flere mål med pakkeforløp for psykisk helse. La meg peke på to av dem: For det første, mer forutsigbarhet for pasienter som venter på utredning og behandling – ved at de får vite hva som skal skje og når det skal skje. For det andre, mindre forskjellsbehandling av pasientene – ved at det kommer standarder for hva utredning og behandling skal inneholde. Standardene skal være basert på nasjonale retningslinjer.

Noen vil si at kreftsykdom og psykisk sykdom ikke kan sammenlignes. Det er jeg enig i. Men pasientenes behov kan sammenlignes. De aller fleste som venter på utredning og behandling, enten symptomene tyder på kreft eller depresjon, opplever utrygghet og usikkerhet med tanke på framtida. De aller fleste av dem vil oppleve at ventetiden blir lettere om de vet hva som skal skje, og når det skal skje.

Det er ikke bare innenfor kreftbehandling vi har erfaringer og forskning som sier noe om hva som er best behandling for de ulike kreftformene. Vi har også mye forskning og lang erfaring når det gjelder hva

som fungerer best som behandling for ulike psykiske lidelser. Dette vil, sammen med de nasjonale retningslinjene, være kunnskapsgrunnlaget når vi skal utarbeide standardiserte pasientforløp for utredning og behandling innenfor psykisk helse.

Innenfor de aller fleste områdene i helse-tjenesten starter man behandling av en lidelse med metoden man har best statistisk grunnlag for å tro vil virke. Om denne behandlingen av en eller annen grunn ikke passer pasienten eller viser seg å ha liten effekt, velger man selvsagt en annen. Målet er slett ikke å sørge for at alle får samme behandling. Målet er å sørge for at alle får god behandling.

Det er store ulikheter i behandlingen som tilbys psykisk syke mennesker i Norge i dag. Mange pasienter får ikke tjenestene de trenger, og mange må vente altfor lenge før de får hjelp. Det er variasjoner i bruken av tvang, og det er variasjoner i involvering av pårørende. Fra Helsetilsynet hører vi at det er ulikheter i det faglige innholdet i behandlingen. Fra pasientene hører vi at samhandlingen mellom nivåene glipper. Pakkeforløp innenfor psykisk helse vil rette opp noe av dette. Det skal ikke bety redusert valgfrihet. Tvert imot. I Danmark er erfaringen at pakkeforløp gjør det lettere for pasientene å velge behandlingsopplegg.

RIKTIG Å GJØRE FORSKJELL

Vi lærer fra vi er ganske små at vi ikke skal behandle folk forskjellig. Det er en god regel på mange av livets områder. Men ikke på alle. Både sykdom og behandling gir forskjellig utslag på ulike mennesker. Det viser oss at forskjellige mennesker trenger ulik behandling selv om de lider av samme sykdom. Det er med andre ord riktig å gjøre forskjell i helsetjenesten. Pakkeforløpene er bygget på det brede felles kunnskapsgrunnlaget om hva som er den beste behandlin-

gen. Med utgangspunkt i dette må behandlingen tilpasses den enkelte for å ha best mulig effekt. Slik må det være ved behandling av kreft. Slik må det være ved behandling av psykiske lidelser.

Dagfinn Bjørgen i Mental Helse sier pakkeforløp kan ha heldige virkninger når det gjelder å få rask avklaring og utredning av pasientens situasjon. Men han peker også på at det er viktig at pakkeforløpene er fleksible og kan tilpasses pasientens behov. Jeg er enig i begge deler.

Erfaringer fra Danmark viser at både pasienter og fagfolk opplever at utredningen går fortere takket være pakkeforløpene, slik at behandlingen kommer raskere i gang. Pakkeforløpene vil ikke bare gi pasientene mer forutsigbarhet, de vil også gi behandlere i de ulike delene av helsetjenesten mer forutsigbarhet. De vil gjøre det tydeligere hvilket ansvar den enkelte behandleren har under utredning og behandling.

Psykolog Heidi Tessand har skrevet et blogginnlegg der hun slår fast at fagpersonen ser individet i terrenget, mens politikeren ser kartet over terrenget. De to må snakke sammen, mener Tessand. Det mener jeg også! Derfor inviterer jeg både fagfolk og pasienter med i arbeidet med pakkeforløp innenfor psykisk helse. Jeg ser fram til både diskusjoner og dialog – ikke minst med Psykologforeningen. Det grunnleggende er vi nokså enige om, tror jeg. Derfor er jeg sikker på at vi skal greie å lage en pakke som ikke havner innerst i skapet. Som er nyttig for både pasienter og behandlere.

Jeg gleder meg til pakken er ferdig. Og jeg håper mottakerne blir like glade når de ser hva som skjuler seg bak papiret.

Pakk opp da, vel!



De aller fleste av pasientene vil oppleve at ventetiden blir lettere om de vet hva som skal skje, og når det skal skje

Dein Lore

Inntrykk



ILLUSTRERT Billedkunstner Vanessa Baird har illustrert *Om høsten* av Karl Ove Knausgård.

ANMELDT: BOK

Å komme verden i møte

Karl Ove Knausgård's *Om høsten* minner oss om å ikke miste av syne det vi alltid ser.

«**JEG VIL VISE** deg verdenen vår, slik den er nå: døren, gulvet, kranen og hagestolen inntil muren under kjøkkenvinduet, solen, vannet, trærne. Du kommer til å se den på din egen måte, du kommer til å gjøre deg dine egne erfaringer og leve ditt eget liv, så det er selvsagt først og fremst for min egen skyld jeg gjør det: å vise deg verden, lille du, gjør livet mitt verdt å leve.» Det skriver Karl Ove Knausgård innledende i *Om høsten* (side 17), den første av i alt fire «personlige encyklopedier», eller brev, til sin ufødte datter.

Knausgård's første skjønnlitterære utgivelse etter *Min kamp* er vakkert illustrert av Vanessa Baird. Hver lille tekst på to–tre sider er et forsøk på å observere, for så å beskrive verdens fenomener som for første gang – et fenomenologisk blikk på motiver som epler, frosker, skumringer, telefoner og oppkast. Spranget fra det lille og prosaiske til det større og meningsskapende kjennetegner oppbyggingen i nesten hver tekst. I kjent, knausgårdsk stil oppheves også enhver forståelse av hverdagen som mindre viktig enn den høytsvevende tanken.

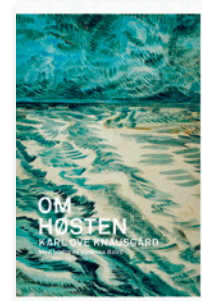
FORELDRE OG BARN

Slik han fremstår i *Min kamp*, bar Knausgård's far med seg et «nei» til verden, han tok hele tiden et steg *vekk* fra sine nærmeste. Det litterære jeg-et i *Om høsten* vender seg *til* dem han står nær. Han anerkjenner barna i en sårbar fase, ser dem som den de er. Det relasjonelle rommet og den sosiale intimiteten er det som skaper mening i tilværelsen; døtrene og sønnens tilknytning til og avhengighet av faren er gjensidig. «Jeg lever, jeg har egne barn, og med dem har jeg i grunnen bare forsøkt å få til én eneste ting, nemlig at de ikke skal være redd for sin far. Det er de ikke. Det vet jeg», skriver Knausgård i tredje bind av *Min kamp* (side 246).

Denne åpne, og følgelig mer sårbare, posisjonen gjør det lettere for forfatteren å komme sine barn i møte enn tilfellet var for hans far. Språklig beveger *Om høsten* seg i et høymodernistisk, mollstemt litterært landskap, og enkelte valg av motiv («Daguerreotypi», «Van Gogh», «Flaubert») henvender seg nok mer til en moden leser enn til barnet. Det er i det litterære premisset, i formen – i det åpne, vitebegjærlige blikket – at boken trer frem som barneoppdragelse. Prosjektet er en dyptfølt oppfordring til barna om aldri å miste nysgjerrigheten i møtet med tingene vi hele tiden ser, om å bevare kjærligheten til verden. «Det er ikke ofte jeg tenker på ham lenger [...]», skriver Knausgård (side 103). Men om *Min kamp* var en grundig bearbeidelse av den emosjonelle smerten faren voldte, er *Om høsten* et kjærlig nei til alt han sto for. Det er et rørende utgangspunkt. Og Knausgård er fortsatt enestående i avbildningen av de nære relasjonene. Boken er på sitt beste når forfatteren observerer barna fra skrivebordet, kjører dem til og fra skolen, reflekterer over deres plass i familien og i verden.

MELLOM PRIVATE OG OFFENTLIGE ROM

Om høsten knytter an til noe av en førsymbolisk tilstand slik vi kjenner det fra Jacques Lacan. Denne fasen av barnets første leveår – før det har funnet sitt språk og før ordnende symboler har rukket å bre seg om virkeligheten – reflekteres fint i den uskyldige, naive verdensanskuelsen. Forfatterens forsøk på å gjenoppdage virkeligheten speiler barnets første møter med de meningsskapende, språklige strukturene. Samtidig springer Knausgård's refleksjoner ut fra en ofte tilbakeskuende og erfaren nostalgi. Spennet mellom voksen og barn, gammel og ung, av i går og av i dag, må kunne sies å være noe av et ledemotiv.

**KARL OVE KNAUSGÅRD**

Om høsten, Oktober forlag, 2015. 434 sider

ANMELDT AV

Benjamin Yazdan,
Psykologstudent,

» Universitetet i Oslo

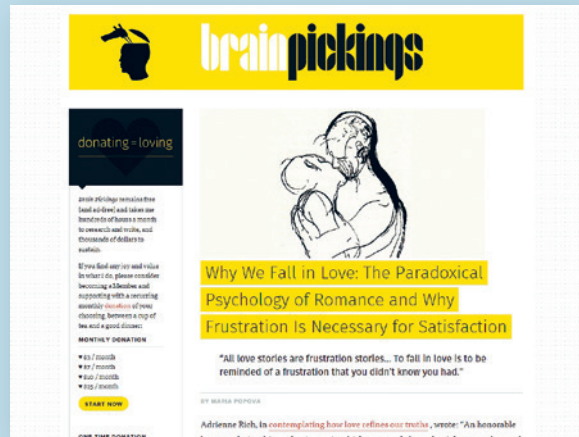
Terapirommet kan betraktes som et sted hvor det private møter det offentlige. Det kan utgjøre en befriende overskridelse av det vi i det daglige legger bånd på, med hensyn til tabuer, skamfølelse og sosiale påbud. Knausgårds prosjekt siden debutromanen *Ute av verden* er fundert i nettopp en slik blottleggelse, i brytningen mellom det som er forbeholdt den enkelte, eller de få, og det som angår alle.

Den sårbare prosaen er en invitasjon inn i et annet menneskes private rom, hvor dennes dypeste erfaringer gir gjenklang langt utover den enkelte nettopp på sitt mest intime. I sin kronikk i Morgenbladet fra i vår, «Knausgård i terapirommet» (30.04.2015), beskriver psykologiprofessor Siri Erika Gullestad forfatterens prosjekt med presisjon: «*Min kamp* sikter mot å komme ut av det inautentiske og å gi legitimitet til følelsene. Å vedgå hvor redd og skamfull man faktisk er – og hvordan vi mennesker forstiller oss – er et første steg mot økt frihet». Å redusere kunst eller kunstopplevelser til «terapeutisk» kan lett få noe krampaktig over seg – og er sikkert ikke en merkelapp forfatteren bejaer – men det er vanskelig å benekte et befriende potensial i overskridelsen og i frislippet av det skambe-lagte – både for forfatteren og for den som leser.

VEKSLLENDE KVALITET

Som i *Min kamp* er den litterære kvaliteten ofte sprikende. Det som utmerker seg, vil være et ytterligere bidrag til kanoniseringen av Knausgård. Det som ikke utmerker seg, er estetisk middelmådig, og forglemmelig. Motsetningen mellom de sterkeste og de svakeste partiene blir tydeligere i *Om høsten*. Forfatteren er ofte presis og overraskende i sine beskrivelser av fenomenene vi tar for gitt – som i «Krig», hvor sammenstillingen av den personlige anekdoten og voldens natur er sjeldent sterk. I «Toalettskåler» taler den avsluttende setningen for seg selv: «Slik fungerer toalettskålen, denne baderommets svane» (side 218). Flere ganger løper den assosiative tanken så altfor mye raskere enn språket, og tekstene slutter før de får utfolde seg. Motviljen mot å greie ut gir verket et uutgrunnet, poetisk preg, men er også en påminnelse om at forfatteren er på sitt beste når han tillater seg å skrive ned *alt* som måtte falle ham inn. *Om høsten* er en fascinerende og tidvis svært bevegende form-øvelse, men formens begrensninger synliggjør dessverre også begrensninger i litterær kvalitet. ❌

ANBEFALT



Biter av dannelse

Brain Pickings (brainpickings.org), løselig oversatt som de beste bitene fra noens hjerne, er et nettsted som daglig byr på små utdrag fra en kanon av litteratur, filosofi, vitenskap og kunst. I skrivende stund er øverste «nyhet» en båttur på Themsen en sommerdag i 1862 der matematikeren Charles Lutwidge Dodgson underholder med en bisarr historie om en jente som forsvinner ned et hull, i anledning en ny illustrert utgave av *Alice i eventyrland* av Andrea D'Aquino. I neste sak er vi i skogene i Massachusetts i 1853, der Henry David Thoreau reflekterer over de ideelle omgivelsene for tenkning minst ett århundre før kroppslig situert kognisjon kom på moten i fag som lingvistikk og psykologi: «[S]peech is for the convenience of those who are hard of hearing; but there are many fine things which we cannot say if we have to shout» (senere publisert i *Walden – Livet i skogene*). I den tredje av dagens «nyheter» blir leseren minnet om stillhetens kraft via Richard Kostelanetz' intervju-samling med komponisten John Cage, *Conversing with Cage* (1987). Under en drosjetur i New York møter Cage en sjåfør som preget av omgivelsenes larm, forbanner alt og alle. Cages respons er å forholde seg helt stille, og han kommer til å oppdage at transformative 4'33-intervensjoner også kan inntreffe fra baksetet av en taxi.

Visjonen med Brain Pickings er ifølge opphavskvinnen Maria Popova at de litterære godbitene man serveres, skal virke som materiale for nye tanker og forbindelser, og er herved anbefalt om du opplever at nettsurfingen din stadig etterlater deg uinnsjert og tom innvendig.

Anbefalt av Ole Jacob Madsen, førsteamanuensis i kultur- og samfunnspsykologi ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Fornøyeelig reise i normalpsykologien

Karlsen ønsker å gi hvermannsen smakebiter fra psykologiens verden, og lykkes i stor grad med dette.

PSYKOLOGI I ET NØTTESKALL er ifølge Pål Johan Karlsens en videreførelse av tekster fra spalter i blant annet Aftenposten og Bodø Nu. Det er imponerende hvor mange psykologiske teorier og forskningsfunn boken rekker innom på sine knappe to hundre og femti sider. Hovedtyngden er på såkalt normalpsykologi, og mye vil derfor være velkjent fra pensum på psykologistudiet.

Karlsen syr det hele sammen til historier med god flyt i en naturlig sammenheng. Kun lesere som er godt kjent med forfatterens produksjon fra før, vil gjenkjenne boken som bestående av atskilte essay. Å lese en underholdende bok forankret i forskning er befriende når mye psykologiprosa later til å være fundert på anekdoter eller spekulasjoner. Karlsen beskriver studiene i detalj, ofte akkompagnert av sitater fra relevante forskere. Akademikeren i meg jubler, men de omstendelige beskrivelsene gjør det iblant krevende å lese. Dette er med andre ord ingen sengelektyre, spesielt ikke for de som er uvant med å lese forskningsstudier.

Grundigheten gjør at jeg raskt stoler på forfatteren. Derfor savner jeg at han tillater seg litt friere spillerom og bidra mer med sin egen stemme. Et eksempel hvor forfatteren byr på seg selv, er i teksten om risikosøking, «Kunsten å bli modig», der han reflekterer om en flytur med pilot-vennen Darin. «Er jeg villig til å bli med Darin opp i luften? Vil jeg greie å nyte utsikten? I noen situasjoner krever det mot å mane til forsiktighet. Og det er utvilsomt et stykke fra tankeløshet og dumdristighet til spontant mot.»

FOR LETTBEINT?

Bokens sjanger fordrer en hårfin balansegang mellom faglig troverdighet og popularisering.

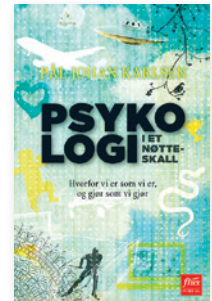
Pass deg for drittsekkene, skriver Karlsen, og viser til Silvio Berlusconi, Lance Armstrong og David Brent. Akkompagnert av en 9-punkts test som skal avdekke «Er du en drittsekk?», bikker dette over mot listene vi kjenner fra amerikanske populærvitenskapelige nettsider. Et annet eksempel hvor nyansene må vike, er karakteristikkene av oxytocin som «kjærlighets-hormonet».

Jeg savner også et kritisk blikk på forskningsmetodikk. Det er uheldig i en bok som nesten utelukkende viser til enkeltstudier. Med skandalen i sosialpsykologien friskt i minne og de store utfordringene psykologien har med å replikere sine funn, er jeg bekymret for om boken holder vitenskapelig vann om tyve år.

NØTTEKNEKKEREN

Karlsen veksler mellom gjenkjennelige historier fra det norske mediebildet og akademiske studier. Det hjelper legfolk å forstå. Kapitlene innledes med spørsmål som pirrer, og språket preges av en barnlig nysgjerrighet som smitter leseren. «Går det an å være for oppmerksomhetssyk? Er du en snobb?» Samtidig innlemmer Karlsen store spørsmål om moral, miljø og misunnelse, og henter hjelp fra alle psykologiens basalemner. Boken berører også temaer litt utenfor de tradisjonelle akademiske feltene, som déjà vu og drømmer. Det appellerer bredt.

Psykologi i et nøtteskall kan absolutt bidra til å vekke nysgjerrighet og interesse for faget vårt. I forordet anbefaler forfatteren å dele opp lesningen i «passende dagsetapper». Det er nok en god idé. Lest med den samme nysgjerrige gløden som forfatteren formidler, samt litt kritisk distanse til enkeltstudiene, er dette en flott introduksjon til psykologiens verden. ✘



PÅL JOHAN KARLSEN

Psykologi i et nøtteskall. Hvorfor vi er som vi er, og gjør som vi gjør Flux forlag, 2015. 248 sider

ANMELDT AV

Jørgen Flor, Psykologstudent, NTNU Trondheim og spaltist i Psykologisk Tidsskrift

Positiv sexologi

Seksualitet er relasjon, og det må folk forstå.



STÉPHANE VILDALEN

Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner
Gyldendal Akademisk,
2014, 249 Sider

TEMAET SEKSUALITET ER uuttømmelig, skriver Stéphane Vildalen i boken *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner*. Det har hun rett i. Den menneskelige seksualitet er et konsept fylt av moral, estetisering, salg, komikk, begjær, politisering og så videre, og temaet slutter aldri å interessere. Jeg griper ivrig boken. Jeg vet jeg har huller i kunnskapen min. Hadde vi egentlig noe om seksualitet på psykologstudiet? Jeg kan ikke huske det. Og Vildalen skriver nettopp om manglende oppmerksomhet om tema i profesjonsutdanningene, i helsetilbudene og i grunnskolen.

I vår seksualiserte, men seksualforvirrede tid, blir en bok om seksualitetens betydning en bok med en agenda; hos psykolog og sexolog Vildalen står aksept, relasjon, lyst og glede sentralt. Og Thore Langfeldt. *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner* er en fagbok som tar utgangspunkt i psykolog og sexolog Thore Langfeldts mangeårige arbeid innenfor sexologien, med den hensikt å spre tankene hans til et bredere publikum, og da særlig personer som jobber i helse- og undervisningsfeltet. Som pioner i sexologifaget har Langfeldt opplyst om seksualitet, behandlet de impotente og frigide, snakket åpent om barns seksualitet og arbeidet med samfunnets mest forhatte gruppe: de seksuelle overgriperne. Boken har form som en lærebok, men kan i tillegg leses som et kampskrift for integrering av sexologi i viktige samfunnsinstitusjoner - og som et festskrift for en sexologiens våpendrager.

MER LYST

Allerede innledningsvis får vi anslagene til en holistisk seksualitetsteori: Læren om seksualitet i helsevesen og skole skal ikke bare handle om formering, den skal handle om å knytte bånd og bygge relasjoner. Det bør være mer lyst og mindre problematisering, mener forfatteren. Vildalen trekker behendig på historiske perspektiver, forskning og klinisk erfaring for å normalisere det som anses som unormalt, avskamme det skammelige, og på denne måten senke terskelen for menneskelig seksuell variasjon.

Boken består av tre hovedseksjoner. Del I tar for seg den seksuelle utviklingen fra barn til voksen, med egne kapitler om Eldres seksualitet, kjønnsidentitet, hvordan foreldre kan snakke med barn om seksualitet, for å nevne noe. Kapittel to er som en «myth buster» når det vises til forskning på lyst, tenning og orgasme hos menn og kvinner. Tanker og ideer om kjønnsforskjeller utfordres, og det er tydelig at forskningsfeltet har mange ubesvarte spørsmål. For eksempel er det ifølge forfatteren til dags dato ikke et nøyaktig begrepsapparat for kvinners genitale anatomi.

Barns seksualitet er nok fremdeles et tema den nye generasjonen foreldre synes er kinkig å håndtere. Vildalen, og Langfeldt, mener at usynliggjøring av barns seksualitet gjør vokssenseksualiteten mer problematisk. Budskapet lyder: La barna leke seksuelle leker, men la dem respektere hverandres grenser. Beskjeden minner om Trond Viggos og NRKs seksualopplysningsprosjekt på 80-tallet da jeg selv var barn, men fremstår like aktuelt i dag.

Langfeldt har lang erfaring med behandling av personer som begår seksuelle overgrep, som gjør det naturlig at en god del av boka (Del II) er viet denne gruppen mennesker. Vildalen holder tunga rett i munnen når hun beveger seg i dette landskapet, og hun nyanserer: Av og til er noe et overgrep selv om det ikke rammes inn av straffeloven, av og til er voksne raske med å kalle noe et overgrep, når det egentlig kan være snakk om normal seksuell lek mellom barn. Boken inneholder kunnskap av betydning, for eksempel at mellom 30 og 50 prosent av alle seksuelle overgrep begås av barn og unge.

I del III tar forfatteren konsekvensene av de synspunkter og perspektiver hun har presentert, ved å komme med kritikk og anbefalinger til en mer helhetlig sexologiundervisning i skole, høyere utdanning, samt mer kunnskap om sexologi inn i helsetjenestene.

Bokens tredeling gir en noe fragmentert leseropplevelse. Det er som om forfatteren har villet skrive to eller tre bøker i én. Jeg lurar på om hensikten er å påvirke beslutningstagere, gi

ANMELDT AV

Ida K. Holth,
Fagredaktør

en generell innføring i sexologi til lærere og helsearbeidere, oppsummere og hedre Langfeldts virke, eller bidra til mindre fordommer og mer storsinn i befolkningen generelt.

Boken har en pedagogisk, velformulert tone, men oppleves noe gjentakende på sine fanesaker. Engasjerende blir det når forfatteren deler av sine erfaringer fra det kliniske rom. Som psykolog kunne jeg for eksempel ha ønsket meg et eget kapittel om behandling av personer utsatt for seksuelle overgrep.

VAGINABALLER

Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner er en fagbok som tar for seg en annen fagpersoners teorier og virke. Kunne den like gjerne het: *Langfeldts perspektiver på barns seksualitet*? Vildalen skriver at boken egentlig skulle ha vært en biografi, men forlagene mente interessen ikke var stor nok for dette. Nei, en biografi ville kanskje ikke være salgbar nok, men en bok som tar for seg utviklingen av sexologi-feltet i Norge, ville ha vært et idéhistorisk spennende prosjekt. Boken viser nemlig også frem en fortelling om hvordan norske sexologer har stått på barrikadene, og tidvis opplevd seg misforstått og uthengt i medier. Vildalen skriver om hvordan kvinnebevegelsen anklaget Langfeldt for å unnskyldte overgriperen – sexologien har til tider vært et minefelt. Jeg får inntrykk av at en del av sexologiens identitet har vært *outsiderens*. Er denne identiteten fremdeles gyldig? Uansett, det har nok krevd sine (vagina)baller å tale den seksuelle kompleksitetens sak her på berget.

Forfatteren og Langfeldt kjenner hverandre. Vildalen skriver i forordet hvordan hun har tilbrakt flere somre på hytta til Langfeldt-paret «traktert med de lekreste retter, god vin og delt sjenerøst av sine personlige og faglige tanker og ideer». Av og til oppleves forfatteren litt for tett på Langfeldt. Som sexologisk lærebok, ville boken stått sterkere med et tydeligere skille mellom person og fag. Som en hyllest til en foregangsmann innenfor sexologien fungerer den imidlertid godt.

Porno- og reklameindustrien har overdøvet tidligere tiårs frilynte, skandinaviske forsøk på å snakke om seksualitet som en naturlig del av helse, velvære og menneskelig samvær, og i dette landskapet fremstår bokens pedagogiske og positive syn på seksualiteten fremdeles svært relevant. ❌

KLASSIKEREN



Lone Backe, Nini Leick, Joav Merrick og Niels Michelsen (red.), *Incest. En bog om blodskam* (1983)

Boken endret min forståelse av enkeltmennesket, familien, psykologien og samfunnet.

Boken handler ikke bare om seksualitet, men også om familierelasjoner, sosial arv, maktforhold, og hvordan samfunnet forholder seg til tabuet. Boken endret min forståelse av enkeltmennesket, familien, psykologien og samfunnet. Den gav retning for arbeidet. Et menneskes erfaring, fungering og psyke fikk en klarere sammenheng med realitetene, og ble lettere å forstå. Arbeid for at barnevern (omsorg) og psyke (BUP) måtte være to sider av samme sak og ikke atskilt, ble viktig. Jeg ble klar over at noen typer kunnskap var uønsket i samfunnet. Fortellinger, erfaringer, tall og empiri ble angrepet. Det ble forsøkt forklart som fantasi, psykose, løgn mv. På denne måten ble kunnskap ugyldiggjort og borte. Omfanget av overgrep og mishandling er større enn hva som erkjennes i det offentlige. Det er en gåte for meg at samfunnet i perioder er overrasket og sjokkert når slikt kommer frem i lyset. God forståelse av barn og familieliv, og inngrep egnet til å beskytte barns fysiske og psykiske helse, er områder der psykologien kan bidra betydelig mer. Formelle og faglige skiller fortøner seg meningsløse. De er egnet til å la barns erfaringer og våre kunnskaper forsvinne i ideologisk og faglig strid og mellom etater.

Anne Poulsson utfordrer Vanja Hjelmseth til å ta stafettspinnen videre



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

NOVEMBER 2015

Obligatorisk program i spesialiteten Arbeidspsykologi

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

DESEMBER 2015

Kurs i EMDR

Oslo, 9.–11. desember 2015
Påmelding og nærmere informasjon
www.emdrutdanning.no

Etterutdanningskurs: Kreative Kroppsuttrykk

6 helger med oppstart 23. januar i Oslo
Godkjent av Psykologforeningen som vedlikeholdskurs

For informasjon og påmelding:
www.livsdans.no
Påmeldingsfrist 10. desember

JANUAR 2016

Kurs i EMDR

Oslo, 11.–13. januar 2016
Trondheim, 4.–6. april 2016
Bergen, 25.–27. april 2016
www.emdrutdanning.no

FEBRUAR 2016

Toårig sertifiseringsprogram i skjemat terapi

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

APRIL 2016

Kurs i EMDR

Trondheim, 4.–6. april
Påmelding og nærmere informasjon
www.emdrutdanning.no

Kurs i EMDR

Bergen, 25.–27. april
Påmelding og nærmere informasjon
www.emdrutdanning.no

AUGUST 2016

The art of EMDR

Røros, 30. august–2. september
Workshop med Roger Solomon
Påmelding og nærmere informasjon
www.emdrutdanning.no



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

danskebank.no/psykologforeningen

Oppdag mulighetene dine med Danske Bank

Særdeles lav rente på boliglån. Svært gunstige betingelser på en rekke andre tjenester. Samme gode tilbud til samboer/ektefelle som til deg som medlem. Gratis PC/Mac forsikring til studenter. Og eget VIP telefon-nummer; 05550.

Se fordelene og oppdag mulighetene på danskebank.no/psykologforeningen

Danske Bank



Du er garantert våre beste betingelser på forsikring

Magnus Wibe, Storebrand



Norsk psykologforening har sammen med Akademikerne forhandlet frem en spesialavtale for sine medlemmer på forsikring. Det betyr at du kan forsikre deg selv, din familie og dine eiendeler til ekstra gunstige betingelser. Du har også tilgang til et eget forsikringskontor, telefon 67 51 93 07, som hjelper deg med råd og spørsmål om dine forsikringer.

Du kan enkelt sjekke pris og bestille forsikringer på storebrand.no/psykol

 **storebrand**

BERGEN SENTRUM. Ledig kontor i faglig felles-
skap i Øvregaten 25. To mindre, nyoppussede
kontorer (ca. 12 m²) rimelig til leie, delvis møblert
om ønskelig. Mulighet for fulltids- og deltidsløse.
Kontorene er lyse og trivelige med utsikt over
Bryggen. Det er felles kjøkken og spisekrok,
venterom og arkivrom. Mulighet for tilknytning til
trådløst nett. De øvrige kontorene leies av
psykologer og familierapeut. Henvendelse
tlf. **483 61 228**, e-post livheggstad@hotmail.com

LEDIGE LOKALER I BYGDØY ALLÉ 111.

Rimelig kontor m/venterom til leie fra 2016.
Halv- eller heltid. Alle fasiliteter + parkering.
Henv. E-post: sigurdwenneberg@hotmail.com
tlf. **22 54 92 00 / 482 22 841.**



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Trinn 2 Oslo 9.–11. desember 2015
Trinn 1 Oslo 11.–13. januar 2016
Trinn 1 Trondheim 4.–6. april 2016
Trinn 2 Bergen 25.–27. april 2016

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

The Art of EMDR

Røros, 30. august–2. september 2016

Workshop med Roger Solomon,
EMDR Institute Senior Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Neste utgivelse er **1. desember**,
frist for å bestille annonse til
desember-utgaven er
onsdag 18. november

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

Utdanning i Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en
behandlingsform med påvist god effekt
på selvskadende og suicidal atferd.
Nasjonalt senter for selvmordsforskning
og -forebygging (NSSF), Universitetet i Oslo,
tilbyr terapeututdanning i behandlings-
metoden Dialektisk atferdsterapi (DBT).

Undervisningssted: Oslo

Oppstart: Nytt kull starter 25. januar 2016

Søknadsfrist: 15. november 2015

For mer informasjon, se www.dbt.no



UiO
Universitetet i Oslo



DBT DIALEKTISK
ATFERDSTERAPI



Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging



Utdanning i Theraplay® og MIM

OSLO, 7.–10. mars 2016 (4 dager)

**Theraplay Norge arrangerer utdanninge
i Theraplay trinn 1 og MIM (Marschak
Interaction Method).**

Kursholder: The Theraplay Institute, Chicago

Arrangør: Theraplay Norge

For ytterligere informasjon:

www.theraplay.no og www.theraplay.org.

Påmelding: hegewern@online.no

Møter du mennesker som har det vanskelig?

Din kunnskap om selvhjelp kan være til nytte!

Selvhjelpsgrupper virker. Det er et sted der mennesker møtes for å jobbe med problemene sine, dele erfaringer og utforske muligheter. Det handler ikke alltid om å bli kvitt problemene, men om å finne nye måter å håndtere dem på. Menneskers erfaringer er den viktigste kunnskapen i dette arbeidet. Selvhjelp er gratis.

Selvorganisert selvhjelp tar utgangspunkt i mennesker som på egen hånd ønsker å gjøre noe med problemer de sliter med. For noen er selvorganiserte selvhjelpsgrupper et selvstendig alternativ, for andre et supplement til nødvendig behandling. Eller det kan være en del av en forebyggende eller rehabiliterende aktivitet for bedre å sette seg i stand til å håndtere livet.

Helsedirektoratet har satt selvhjelp på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168). Visjonen er at alle mennesker skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan de kan ta dette verktøyet i bruk når livsproblemer oppstår. Selvhjelp Norge – Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet og har viktige oppgaver i realiseringen av planen.

Møter du mennesker i jobben din som kan ha nytte av å snakke med andre i liknende situasjon? Da kan din kunnskap om mulighetene i selvorganisert selvhjelp bidra til at de finner mot til å ta kunnskapen i bruk.

Kontakt oss! www.selvhjelp.no eller ring 23 33 19 00

Vårt kunnskap er kostnadsfri. Bestill materiell på våre nettsider.





UTDANNELSE I PSYKOANALYSE ved Norsk Psykoanalytisk Institutt

Norsk Psykoanalytisk Institutt mottar til enhver tid søknader til den psykoanalytiske utdannelsen.

Utdannelsen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon/lisens i Norge. Det forutsettes påbegynt spesialisering i klinisk psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri. Utdanningen finner nå sted i Bergen og Trondheim i tillegg i Oslo.

Interesserte kan henvende seg til Instituttets sekretariat for ytterligere informasjon. Se også instituttets hjemmeside, www.psykoanalyse.no, hvor det også opplyses om økonomisk støtte.

Søknad med yrkeserfaring (CV), levnetsbeskrivelse og kopi av autorisasjon / midlertidig lisens sendes:

Norsk Psykoanalytisk Institutt,
Fr. Nansens vei, 17, 0369 OSLO
Tlf.: 22 60 58 20
E-post: post@psykoanalyse.no

NORSK FORENING FOR KLINISK EVIDENSBASERT HYPNOSE (NFKEH), lager nytt kurs

Klinisk bruk av hypnose

Oslo 28.–29. januar 2016

Nytt grunnkurs for deg som trenger en innføring, eller oppdatering av metoden.

Basert på vitenskap og forskning får du lære mer om:

- Hypnose som behandlingsmetode – teori og praktisk bruk
- Behandling og mestring av stress og smerter
- Bruk av hypnose innenfor odontologi og medisin prosedyrer for behandling og undersøkelse. Hypnose integrert psykoterapi
- Indikasjoner og kontra indikasjoner for hypnose

Vi har samarbeid med Den norske legeforening, Den norske tannlegeforening og Norsk psykologforening. Kurset er godkjent som spesialistkurs og er egnet for leger, tannleger og psykologer. Vi blir flere dyktige forelesere som underviser og veileder.

Dr. Gunnar Rosén er kursansvarlig og koordinator, e-post Gunnar@hypnoseforeningen.no, tlf. 900 39 441.

For mer informasjon, program og påmelding se www.hypnoseforeningen.no

Introduksjonskurs: **FORSTÅELSE, KARTLEGGING OG BEHANDLING AV KRONISK TRAUMATISERING**

Bergen, 18.– 22. april 2016

**Psykologspesialistene
Arne Blindheim og Marianne Straume**

Pris: kr 6 800,–
Påmelding og nærmere informasjon:
www.krisepsyk.no

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside
eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

Scandinavian Centre of Awareness Training, www.scat.no
**«Oppnå mer med mindre stress med
 Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness»**
 Kurs i Oslo, 2016

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

Godkjent av Norsk psykologforening med
 42 t. vedlikeholdsutdanning.

**Vinterkurset: fredag og lørdag 8.–9. jan.,
 5.–6. febr., 4.–5. mars**

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

INTRODUKSJONSKURS

Fredag–lørdag, 8.–9. april

Godkjent av Norsk psykologforening med
 14 t. vedlikeholdsutdanning.

OT: En selvutviklingsprosess gjennom
 bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle
 yrkesgrupper, spesielt psykologer.

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

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi.
 Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av 6 bøker om OT.

**For mer informasjon om kursene kontakt:
ajkroese@online.no, tlf. 901 51 734 eller www.scat.no**

Stipend – Psykologer i ledelse

Norsk psykologforening deler ut tre stipender til lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000.
 Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere psykologer i ledelse.

Stipend kan søkes for å dekke utgifter i forbindelse med lederutdanning/lederkvalifisering. Ett av stipendene
 kan gis til anvendt forskning / kunnskapsakkumulering om psykologer og ledelse.

Søkere må være medlem av Norsk psykologforening. Kvinner oppfordres til å søke.

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning,
 arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2016 en kort redegjørelse for
 hvordan pengene er benyttet.

Søknad sendes Norsk psykologforening v/ Tone S. Naglestad, p.b. 419 Sentrum, 0103 Oslo,
 e-post tone.s.n@psykologforeningen.no

Søknadsfrist 1. desember 2015.



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

Etterutdanningskurs: Kreative kroppsuttrykk

Kurset vil utforske kreativitet og samspill gjennom dans og bevegelse, lek, bildeskaping og skriving. Danseterapi og danseterapeutiske prinsipper og metoder vil ligge til grunn. Danseterapi bygger på en helhetlig forståelse av at alle menneskelige ytringsformer, deriblant bevegelse, er viktige i en terapeutisk prosess.

Deltakerne vil få idéer, metoder og verktøy, og kurset vil inneholde mange praktiske øvelser og noe teori.

Tid: 6 helger i 2016, til sammen 84 timer.
23. og 24. januar, 5. og 6. mars, 9. og 10. april,
21. og 22. mai, 10. og 11. september og
15. og 16. oktober

Sted: Qigonsenteret, Grønlandsleiret 14, Oslo

Pris: kr 16 200

Påmeldingsfrist: 10. desember 2015

Kursledere: Liv Marie Leirvåg, danseterapeut, MA (USA) og spesialpedagog, og May Lisbeth Grønli, danseterapeut MA (USA) og pedagog.

Kurset er per 10. september 2015 godkjent av Norsk psykologforening som et vedlikeholdskurs inntil 72 timer.

For informasjon/påmelding: www.livsdans.no,
e-post liv@livsdans.no, tlf. 482 58 519



Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



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

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



Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

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





BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK POLIKLINIKK, LEDER

Stiftelsen Betanien Bergen er en selvstendig og selveiende stiftelse, tilknyttet Metodistkirken i Norge. Stiftelsen Betanien Bergen eier og driver Betanien barnehage, Betanien rehabilitering og sykehjem, Betanien sykehus og Høgskolen Betanien. Alle virksomhetene er lokalisert til Fyllingsdalen i Bergen, med unntak av avdeling Fundacion Betanien ved Betanien rehabilitering og sykehjem som er lokalisert i Alfaz del Pi på østkysten av Spania. Alle ansatte må være lojale mot Stiftelsens verdigrunnlag.

Kort om oss

Betanien er et privat sykehus med driftsavtaler med Helse Vest RHF. Betanien sykehus består av distriktpsykiatrisk senter, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, dagkirurgisk senter og røntgen- og laboratoriesenter. Betanien BUP er en del av det offentlige helsetilbudet for beboerne i Fyllingsdalen og Laksevåg bydeler med en barnebefolkning på ca 15 000. Poliklinikken er en del av Betanien sykehus som har driftsavtale med Helse Vest RHF. Poliklinikken har 21 behandlerstillinger fordelt på 6 legestillinger, 10 psykologstillinger og 5 pedagoger og sosionomer med videreutdanning innen feltet. I tillegg er ressursenheten V27 lagt til poliklinikken med 2,3 stillinger. Betanien BUP har en svært dyktig personalstab med høy kompetanse, og holder til i trivelige lokaler i Fyllingsdalen.

Kvalifikasjoner

Du som vil søke denne stillingen må ha et ambisjonsnivå om å få til en positiv videreutvikling av den faglige kompetansen i poliklinikken, i tråd med våre oppdragsgiveres krav. Du må være flink til å motivere dine medarbeidere og aktivt arbeide for å nå målene om høy kvalitet og tilgjengelighet i behandlingstilbudet som Betanien BUP skal gi. Du vil sitte i ledergruppen i Betanien sykehus. Vi ønsker en lege- eller psykologspesialist til denne stillingen. Det kan tilrettelegges for noe klinisk arbeid.

Vi tilbyr

Betanien sykehus tilbyr en utfordrende og spennende jobb i et trivelig og stabilt arbeidsmiljø med engasjerte og dyktige medarbeidere. Vi har en aktiv personalpolitikk i forhold til helse, miljø og sikkerhet. Vi har blant annet egen bedriftsfsioterapeut, avtale med godkjent bedriftshelsetjeneste, velferdstilbud som leie av leiligheter i Spania og hytte i Alvøen. Vi legger til rette for videreutvikling og økt kompetanse blant våre ansatte. Gode pensjonsordninger i KLP og lønn etter avtale.

Dokumentasjon

Attester, vitnemål og lignende tas med til et eventuelt intervju.

Slik søker du

Søknader sendes via vår portal: <https://minportal.betanien.no>
Klikk på «Søk på stilling» og følg videre instruksjon. Dersom du behøver hjelp, kan du ta kontakt med personalavdelingen på telefon 55 50 70 09.

Søknadsfrist: 28.11.2015 Utlyst dato: 22.10.2015 Vår ref.: 312

Kontaktperson

Eli Julseth Birkhaug, Sykehusdirektør, tlf. 55 50 73 44, e-post Eli.Birkhaug@betanien.no
Benedicte Von Mehren, Leder BUP, tlf. 55 50 73 42, e-post benedicte.von.mehren@betanien.no



STATENS BARNEHUS
Et tverrfaglig kompetansehus

Trondheim

BARNEHUSET TRONDHEIM

Vi søker:

Psykolog med godkjent spesialitet, sko 1304

Utdanningstittel:

Cand.psychol. og offentlig godkjent psykolog.

Avlønning i ltr. 66–72, f.t. kr 569 700–639 500.

Fullstendig kunngjøring og søknad med CV sendes

www.politijobb.no

Søknadsfrist: 15. november 2015

Kontaktinformasjon: Daglig leder av Barnehuset, Helle Leinslie, tlf. **404 38 068**, e-post Helle.Leinslie@Barnehuset-Trondheim.no



Oppegård
kommune

www.oppegard.kommune.no

Oppegård er nabokommune til Oslo på østsiden av Oslofjorden, med Kolbotn som kommunesenter. Kommunen har ca. 26 000 innbyggere, trivelige bomiljøer, varierte kultur- og fritidstilbud og gode buss- og togforbindelser.

Psykolog

Ønsker du å bidra til at mennesker med psykiske utfordringer får en aktiv og inkludert rolle i lokalsamfunnet?

Psykisk helsetjeneste har ledig en 100 % fast stilling som psykolog for målgruppen voksne over 18 år. Vi har et spesielt fokus på aldersgruppen 18-35 år.

Tiltredelse 1. januar 2016. Se hele utlysningen på våre nettsider.

Søknadsfrist: 16. november 2015

Helse Nord-Trøndelag HF er en av 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

Helse Nord-Trøndelag

Sykehuset Namsos

Habiliteringstjenesten for barn og unge har ledig følgende stillinger:

Psykolog/psykologspesialist

- 100 % fast stilling fra 1. januar 2016
- referanse 2814221490

Erfaring fra klinisk arbeid med barn og unge er en fordel. Det er ønskelig med erfaring fra habiliteringsarbeid.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: Seksjonsleder Anita Hoff, tlf. 74 09 83 02 eller avdelingsleder Randi Brenne Dreier, tlf. 74 09 87 10.

Søknadsfrist: 22. november 2015

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



HELSE NORD-TRØNDELAG

Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehuseheter 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. De tre lokalsykehusene har tilsammen ca 1350 årsverk og foretaket gir et lokalsykehusstilbud ca 77 000 innbyggere på Helgeland.

Psykiatrisk senter ytre Helgeland

Psykologspesialister/psykologer

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Sandnessjøen og Brønnøysund

Psykiatrisk senter Ytre Helgeland har to geografiske lokalisasjoner, Brønnøysund og Sandnessjøen. Vi har nå ledig to faste stillinger for psykologspesialist/psykolog innen barne- og ungdomspsykiatri - en i Brønnøysund og en i Sandnessjøen.

Våre klinikker skal ivareta barne- og ungdomsbefolkningen sitt behov for allmennpsykiatriske spesialisthelsetjenester. Vi arbeider for at barn og unge raskt skal få komme til samtale og få hjelp tilpasset deres behov.

Kontaktpersoner: Avdelingsleder, BUP Sandnessjøen, Gunnar Holmvik tlf. 476 20 801 eller avdelingsleder, BUP Brønnøysund, Anne Mari Skillevik tlf. 951 25 033

Søknadsfrist 22. november 2015

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no/jobb Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÆTIE





Stiftelsen Bergensklinikkene er en selveiende og livssynsnytral stiftelse for behandling, forebygging, undervisning, kompetanseutvikling, forskning og dokumentasjon for mestrings av rusproblemer; helse, livsstil og avhengighet.

Stiftelsen Bergensklinikkene driver Tverrfaglig Spesialisert Behandling for rusmiddelavhengige på oppdrag fra Helse Vest RHF. Stiftelsen Bergensklinikkene har behandlingsvirksomhet på Hjeljestad, i Skuteviken og i Sentrum av Bergen. Bergensklinikkene driver eget Kompetansesenter KoRus vest Bergen på oppdrag for Helsedirektoratet.

STIFTELSEN BERGENSKLINIKKENE, Psykiatrisk Ungdomsteam har ledig stilling som Psykologspesialist/psykolog til fast 100 % stilling

Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) er et poliklinisk tilbud til pasienter, mellom 15–30 år, som har rusmiddelproblemer og eventuelt komorbide tilstander.

Psykologen inngår i tverrfaglig team der hovedfokus er å inneha pasient- og behandlingsansvar for polikliniske pasienter. Stiftelsen Bergensklinikkene jobber etter kontinuitetsprinsippet og ved behov følges pasientene videre opp i dag- eller døgn-behandling.

- Stillingen er plassert i Vestre Torggate i Bergen sentrum, www.bergensklinikkene.no
- Stiftelsen Bergensklinikkene har i psykologfaglig behandling spesiell fokus på metodene MI, MBT og CBT

Kvalifikasjonskrav:

Fortrinnsvis psykologspesialist, men erfarne ikke-spesialister kan også søke.

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til:
teamleder Randi Abrahamsen eller kliniksjeff Eva Karin Løvaas,
tlf. 55 90 88 01.

Fullstendig stillingsannonse finner du på www.bergensklinikkene.no

Søknadsfrist 20. november 2015

Søknad med oversikt over utdanning og praksis (CV) sendes fortrinnsvis elektronisk til post@bergensklinikkene.no eventuelt med vanlig post til:

STIFTELSEN
BERGENSKLINIKKENE
Vestre Torggt. 11, 5015 Bergen

www.bergensklinikkene.no



Skiptvet kommune

Klart vi kan !

Kvalitet – Engasjement – Samspill

Skiptvet kommune ligger sentralt i Østfold mellom E6 og E18. Det er nærhet til natur, men samtidig kort vei til det urbane liv. Avstand til nærmeste by, Askim er 13 km, til Oslo er det 65 km og til Sarpsborg 30 km. Kommunen har ca. 3700 innbyggere. Vi ønsker at kommunen skal være et godt sted å bo i alle livets faser. Kommunens administrasjon og tjenester er organisert i 4 virksomheter.

PSYKOLOG, 100 % STILLING

Stillingen er nyopprettet og knyttet til virksomhet oppvekst. Virksomheten består av to skoler, tre barnehager, barnevern, helsestasjon, koordinator for personer med nedsatt funksjonsevne, bofelleskap unge enslige innvandrere og ungdomsklubb/ungdomsleder. Stillingen blir lokalisert i Familiens hus, men administrativt underlagt oppvekstsjef.

Søknadsfrist 10.11.15

Kontaktperson: Johan Søfteland, tlf. 915 49 365,
e-post johan.softeland@skiptvet.kommune.no

Se fullstendig utlysning og søknadsskjema på hjemmesiden til Skiptvet kommune:

www.skiptvet.kommune.no



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

Bufetat, region øst har ledig stilling som **LEDER for Seljelia barne- og familie- senter på Gjøvik**

Seljelia barne- og familiesenter har 29 beredskapshjem og er organisert i tre avdelinger med hver sin avdelingsleder. Det er pågående fag- og organisasjonsutvikling i alle tre avdelinger.

Enhetsleder rapporterer til regiondirektør og inngår i ledergruppen til avdelingsdirektør for barn og familier.

Søknadsfrist: 09.11.2015

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT direkte underlagt RHF som egen selvstendig enhet. Den samlede virksomheten omfatter ca 20 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 20 milliarder kroner. Se ytterligere informasjon på www.helse-midt.no.

Helse Midt-Norge RHF

4 avtalespesialisthjempler i klinisk psykologi

Helse Midt-Norge RHF ønsker en praksis rettet mot voksne som er innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Hjemlene vil kreve et godt samarbeid med helseforetaket, og sammen skal det skapes balanse og stabilitet innen dette fagområdet i denne delen av regionen. Betingelser for hjemlene er i samsvar med reglene i Rammeavtalen mellom Norsk psykologforening og Helse Midt-Norge RHF.

Hjemlene er besluttet lokalisert i Trondheim.

Søknadsfrist: 27. november 2015

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-midt.no - der du øg finner fullstendig utlysningstekst.

frantz.no

HELSE ●●● MIDT-NORGE

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

BUP poliklinikken Molde

Klinikk for barn og unge

Psykologspesialist/psykolog

Vi har ledig fast 100 % stilling og et 100 % vikariat med start etter avtale. St. nr. 2015/4433.

Arbeidsoppgåver

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

Kontaktinformasjon:

Marianne Weltzien, sek.leiar, tlf. 71 12 16 30,
Marianne.lochen.weltzien@helse-mr.no

Søknadsfrist: 10. november 2015

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du øg finn fullstendig utlysningstekst.

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

Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.

frantz.no

●●● HELSE MØRE OG ROMSDAL

●●● AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UIO Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttsykehus, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag.

"Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

BUP Nedre Romerike Seksjonssjef

Seksjonssjef ved BUP Nedre Romerike

Vi søker en fleksibel og løsningsfokusert leder med evne til samarbeid. Du må kunne gjøre tydelige prioriteringer og håndtere perioder med større intensitet. Til gjengjeld kan vi garantere gode og støttende kolleger og en fantastisk engasjerende jobb!

Referansenr: 2804070462

Søknadsfrist: 10. november 2015

Les mer om stillingen på www.ahus.no

frantz.no

www.ahus.no

HELSE ●●● SØR-ØST



Ledig stilling i PP-tjenesten

100 % vikariat med mulighet til fast tilsetning som psykolog/ped.psyk.rådgiver fra 01.01.16 til 31.12.16 i PP-tjenesten i virksomhet Barn og unge.

Søkere med annen relevant utdanning som cand. spec.ped., cand.ed. eller tilsvarende kan også søke. Den tilsatte må disponere egen bil i tjenesten. Lønn etter avtale.

Arbeidsoppgåvene vil omfatte utredning av barn og unge og oppfølging i barnehage og skole både på individ og systemnivå. Det vil være rom for klinisk arbeid i et forebyggende perspektiv. PP-tjenesten er et tverrfaglig kontor med et godt fag-og arbeidsmiljø.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til tjenesteleder Harald Ring, tlf. 992 49 400, e-post harald.ring@tonsberg.kommune.no

Søknadsfrist: 01.12.15

Se fullstendig utlysning på www.tonsberg.kommune.no - ledige stillinger
Arkivsaknr: 15/11555

Kommunepsykolog / psykologspesialist

Ledig vikariat i Barn, familie og helse, Kristiansund kommune. Barn, familie og helse er en enhet med ca. 85 ansatte, som fra 01.01.16 er fordelt på tjenestene Interkommunalt barnevern, Forebyggende helsetjenester for barn og unge, Spesialpedagoger, samt har ansvar for kommunens kriseteam.

Vår kommunepsykolog skal ha permisjon og enheten har derfor ledig 100 % vikariat fra 01.03.16 og i ca. 1–1,5 år. Still. kode 8470. Det er utarbeidet stillingsbeskrivelse for stillingen.

Søknadsfrist 19. november 2015.

Fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema finner du www.kristiansund.no



Kristiansund kommune
I medvind uansett vær



Den 1. januar 2016 fusjonerer Diakonhjemmet Høgskole, Haraldsplass diakonale høgskole, Høgskolen Betanien og Misjonshøgskolen til VID vitenskapelige høgskole.

Den nye høgskolen får ca. 300 ansatte og 3500 studenter og vil ha studiesteder i Bergen, Oslo og Sandnes/Stavanger.

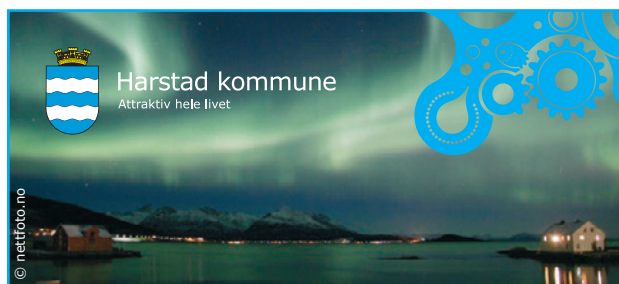
LEDIG STILLING

Førsteamanuensis i familieterapi og systemisk praksis

Ved VID vitenskapelige høgskole i Oslo, Institutt for sosialt arbeid og familieterapi, er det ledig en 100 % stilling som førsteamanuensis fra 1. august 2016.

Søknadsfrist 17. januar 2016

Fullstendig stillingsannonse:
<http://dia.no/forsteam-fam>



Helsehuset

Psykolog / Psykologspesialist

2 x 100% stilling fra januar 2016.

Målgruppen for de nye psykologstillingene vil primært være personer med sammensatte vansker innen rus og psykiatri. Psykologenes oppgave vil bl.a. være individuelle samtaler med den enkelte pasient og kartlegging av/kontakt med pasientens pårørende. Barn som pårørende er en prioritert målgruppe.

Kontaktperson

Frode Risdal, Enhetsleder/kommuneoverlege, tlf. 900 24 058, frode.risdal@harstad.kommune.no eller Malin Rognlid, tlf. 975 86 425, Malin.Rognlid@harstad.kommune.no

Søknadsfrist: 24. november 2015

Fullstendig utlysningstekst finner du på: www.harstad.kommune.no

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

Psykologspesialist / psykolog

Drammen DPS psykiatrisk poliklinikk

Referansenr: 2814951985 Søknadsfrist: 18.11.2015

Drammen DPS poliklinikken har ledig 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog. Her vil du jobbe med vurdering, utredning og behandling av et bredt spekter psykiske lidelser.

Velkommen til et stort fagmiljø med dyktige og engasjerte medarbeidere. Vi tilbyr tilrettelegging for nødvendig opplæring og gode muligheter for faglig utvikling.

Nærmere opplysninger ved seksjonsleder
Margrete Nysterud, tlf. 32 86 18 00 / 980 75 439

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

frantz.no



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no og meld din interesse.

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. Nettannonser har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 3 550 kan kursannonser annonsert i Tidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs».

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

ANNONSEFORMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
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 medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

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

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

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

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

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

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

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

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

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

Østfold
Harald Sandnes
hasandne@online.no
930 94 209

FAGETISK RÅD

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

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

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

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET**

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

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

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

SPELIALITETSRÅDET

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

KVALITETSUTVALGET

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

**SPESIALIST-
UTVALGENE***Felleselementene*

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

*Klinisk barne- og
ungdomspsykologi*

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

Klinisk familiepsykologi

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

*Psykologisk arbeid med rus
og avhengighetsproblemer*

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

Klinisk eldrepsykologi

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

*Klinisk psykologi
med psykoterapi*

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

*Klinisk voksenpsykologi**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
Roskar, 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

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post 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 post@
psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen

Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo

Henning Bang, Universitetet i Oslo

Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen

Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo

Tim Brennen, Universitetet i Oslo

William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole

Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo

Knut Dalen, Universitetet i Bergen

Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Fanny Duckert, Universitetet i Oslo

Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda

Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen

Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen

Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo

Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø

Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital

Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo

Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Odd E. Havik, Universitetet i Bergen

Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger

Asle Hoffart, Modum Bad

Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Hanne Haavind, Universitetet i Oslo

Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt

Gerd Kvale, Universitetet i Bergen

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Kim Larsen, Sykehuset Østfold

Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter

Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen

Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen

June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus

Svein Magnussen, Universitetet i Oslo

Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI

Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø

Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo

Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen

Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen

Terje Ogden, Atferdssenteret – Unirand

Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen

Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi

Sissel Reichelt, Universitetet i Oslo

Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo

Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo

Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo

Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo

Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen

Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus

Jan Skjerve, Universitetet i Bergen

Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø

Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene

Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse

Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen

Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø

Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo

Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo

Bente Træen, Universitetet i Oslo

Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF

Simon Øverland, Universitetet i Bergen

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

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

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

Frist for innlevering av annonser:
18.11, 15.12, 18.01, 16.02, 11.03, 18.04, 18.05,
16.06, 18.07, 18.08, 19.09, 18.10, 18.11

