

Inger Skjelsbæk:

## I alarmismens tid trengs politisk psykologi

*NÅ-intervjuet*

## DEN BLINDE, PLASTISKE HJERNEN

*Vitenskapelig artikkel og forskningsintervju*

## EMDR-terapi ved Aspergers syndrom

*Fra praksis*

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-08



9 770332 647006 08

RETURUKE 36 150 NOK



*Bendik Kaltenborn*

# PSY KOL OGI

Vol. 53 **nr. 8** 2016

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

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

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

**Redaksjonssjef** Per Olav Solberg (debattansvarlig),

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

**Redaktører/journalister** Øystein Helmikstøl,

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

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

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

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

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

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

**Markedskonsulent** Winnie Engevoid

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Marianne Hansen, Nasjonalt

kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

**Omslagsillustrasjon** Bendik Kaltenborn / byHands

**Form** Laboremus Oslo AS

**Trykk** 07 Gruppen AS

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

# Persontilpasset

**POLITIKERNE VIL HA** et behandlingsapparat som bygger på den beste, mest (kostnads)effektive behandlingen, helst slik den er dokumentert i RCT-studier. Samtidig ønsker de å gi brukerne størst mulig valgfrihet, både med tanke på hvor og hvordan man skal behandles. Signaler om brukermedvirkning, samvalg og pasientens helsetjenester er imidlertid ikke alltid like enkle å forene med krav om at helseprofesjonene skal drive evidensbasert og følge offentlige behandlingsveiledere.

**Noen nylige debatter illustrerer spenningen** i helsefeltet: Den ene springer ut av psykiater Jon Ivar Røssbergs innlegg i Aftenposten 13. juni. Her peker han på at vedtaket om medikamentfrie tilbud er basert på politiske beslutninger, og ikke er i tråd med forskningsevidensen. Psykologforeningens president Hofgaard sier seg enig i dette to dager senere på sin blogg i Dagens medisin – med en stor forskjell: Han mener det er helt legitimt at helseministeren «gir uttrykk for et verdiladet politisk syn – ikke ikke evidensbasert helsefag» når medikamentfrie tilbud skal innføres.

**En tilsvarende tematikk** berøres av kommuneoverlege Elisabeth Swensen i forrige utgave av Psykologtidsskriftet: Brukermedvirkning kan ikke innebære at pasienten får ansvar for tjenestetilbudet, for behandlingen må basere seg på beste «tilgjengelige kunnskap – i vår kultur anerkjent vitenskap og oppsummerte, systematiserte og etterprøvbare metoder».

**Men heller ikke forskningsevidensen**, spesielt slik den kommer til uttrykk i nasjonale retningslinjer for behandling, går fri for kritikk. Legetidsskriftets sjefredaktør Are Brean skriver at en stadig voksende portefølje av konkurrerende retningslinjer for behandling er et praktisk problem for klinikere (Legetidsskriftet, nr. 8, 2016). Retningslinjene bygger på et kunnskapssyn som toner ned den kliniske ekspertisen. I en tid hvor man stadig oftere møter begrepet persontilpasset medisin, ender vi med retningslinjer som i stedet bygger på en fiktiv gjennomsnittspasient som knapt finnes igjen i en aldrende populasjon med sammensatte lidelser.

**Det kan se ut som** om det hersker en forvirring om hvilken kunnskapsbase behandlingstilbudet skal bygge på: brukerens levde liv, klinisk erfaring, forskningen eller politiske føringer? Og den kunnskapsbasen som for tiden får minst drahjelp, er den som forvaltes av personene som faktisk har ansvaret for å utøve helsehjelpen: Den kliniske ekspertisen. Men det er nettopp i møtet med helsearbeiderne at brukermedvirkning utøves og forskning anvendes – og politiske føringer blir til praksis.

**De ulike kunnskapsbasene** er selvsagt ikke motsetninger, noe Psykologforeningens prinsipperklæring om evidensbasert praksis forteller: Det handler om klinisk ekspertise, skreddersøm til pasienten og best tilgjengelig forskning. Og det er dette evidensbegrepet som bør få helsepolitisk kraft, der det åpner for brukerens levde liv, klinikerens erfaring og forskningsevidensen. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

[bjornar@](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no)

[psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no)



Det er i møtet med helsearbeiderne at brukermedvirkning utøves og forskning anvendes – og politiske føringer blir til praksis

# 596



FOTO: ØYSTEIN HELMIKSTØL

## BEHOV FOR POLITISK PSYKOLOGI

Etter hendelser som angrepet i Nice 14. juli, må vi forsøke å forstå hvordan ideologi og psykologi virker sammen, mener førsteamanuensis Inger Skjelsbæk. Foto fra strandpromenaden i Nice.

*Intervju*

# 598

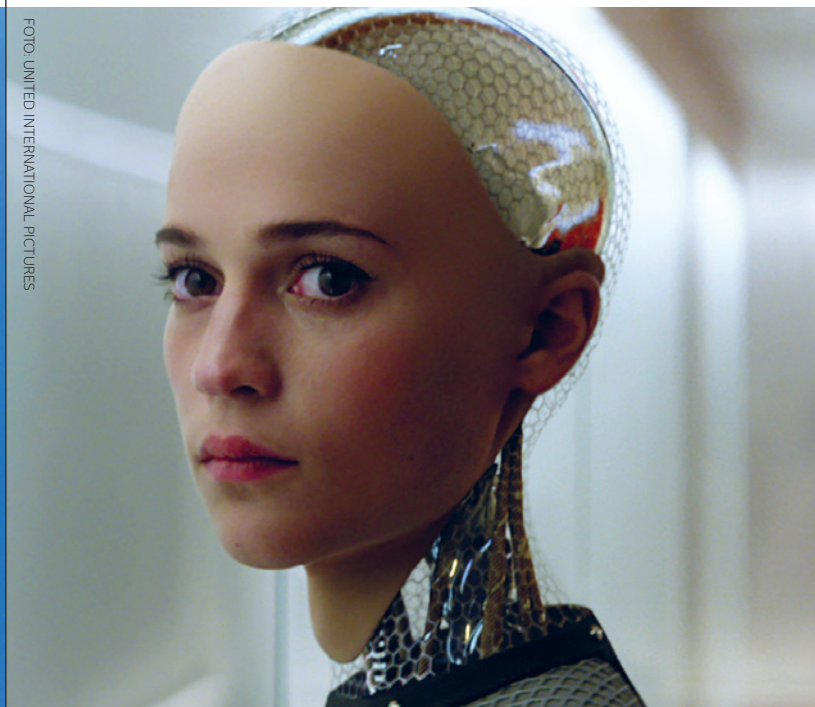


FOTO: UNITED INTERNATIONAL PICTURES

## ROBOTTERAPI

Snart inntar robotene terapirommet. Blir psykologen, slik vi kjenner henne, overflødig?

*Aktuelt*

# 608

*Tidlig blinde ser ut til å kunne utnytte hjernens evne til plastisitet i større grad fordi den umodne hjernen ikke er ferdig med den visuelle utviklingen*

Vitenskapelig artikkel ved Hovland Evensen et al.  
Se også forskningsintervju, side 604



## SELMORD PÅ SCENEN

Nyere psykologiske teorier og forskning om selvmordsatferd hos barn og voksne gir ny forståelse av hvorfor Hedvig tar sitt eget liv, hevder Ellen Hartmann i et essay om Ibsens skuespill *Vildanden*.

*Fagessay og kommentar*

# Innhold

- 593 **Persontilpasset**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 596 **Fryktsesong**  
Nå: Inger Skjelsbæk | Øystein Helmikstøl
- 598 **Psykolog Versjon 2.0**  
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 604 **Bruker hørselen for å se**  
Forskningsintervju: Karsten Specht | Nina Strand
- 608 **Den blinde hjernen: plastisk og fantastisk**  
Vitenskapelig artikkel | Hovland Evensen et al.
- 619 **- Du har hjernevasket meg**  
Fra praksis | Kjersti Berge Evensen
- 624 **Reduksjon av tvangsinnleggelser fra legevakt**  
Vitenskapelig artikkel | Ness et al.
- 632 **Valgets arkitekter**  
Fri assosiasjon | Jonas Leversen
- 635 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Behovet for evolusjonær empati | Rune Karlson (s. 636)  
Debatt: Brukerkritikk (s. 642), ADHD-medisinering (s. 644), Papirløse pasienter (s. 646), Medisinfri behandling (s. 648), Perspektiv: Barneløftet - ikke høyt nok | Kerstin Söderström (s. 650)
- 652 **INNTRYKK**  
Anmeldelser: Grei oversikt om psykose (s. 652), Straffen for å si fra (s. 666)  
Fagessay: Hedvigs selvmord i Ibsens *Vildanden* (s. 654) | Ellen Hartmann
- 668 **Kurskalenderen**
- 669 **Annonser**
- 683 **Stillingsannonser**

# Fryktsesong

I en fryktpreget tid trengs en politisk psykologi, mener Inger Skjelsbæk.



**INN I UTDANNINGEN** Inger Skjelsbæk mener politisk psykologi må løftes frem på psykologiutdanningene i Norge. Foto: PRIO, Ingar Steinholt.

**TEKST** Øystein Helmikstøl<sup>1</sup>

– En 31-åring drepte nylig 84 mennesker og skadet mange flere på strandpromenaden her i Nice. Hva kan man si nå?

– Tragedien føyer seg inn i rekken av grufulle hendelser som gjør at opplevelsen av utrygghet tiltar, noe som ble ytterligere forsterket av kuppforsøket i Tyrkia dagen etter da enda flere mennesker mistet livet.

– **Handler massakren i Nice om politikk eller psykologi?**

– Kommentarene etter tragedien viser at det han gjorde, tolkes inn i en politisk ramme. Selv om det også er mange ting som tyder på at dette var en gjerningsmann med store psykologiske problemer.

– **På hvilken måte er politisk psykologi relevant etter en slik hendelse?**

– Det er viktig å skjønne bedre hvordan slike grufulle hendelser blir forstått. Hvordan gjøres gjerningspersonen til en politisk aktør? Hva er det ved personen, volden og settingen som gjør at noe blir forstått politisk, av gjerningspersonen og av omgivelsene, mens andre hendelser ikke blir det? Skolemassakre som vi har sett i USA og i våre naboland, samt vår egen smertefulle erfaring med 22. juli 2011, viser hvor vanskelig disse grenseoppgangene er. I et forebyggingsperspektiv - i den grad slike hendelser overhodet kan forebygges - er det viktig å forstå hvordan politiske strømninger eller ideologier og psykologi virker sammen. Det er viktig å undersøke på hvilke måter enkelte ideologier legitimerer ulike former for vold på individnivå. Og motsatt: hvordan ulike individer bekler sine voldshandlinger ideologisk.

<sup>1</sup> Takk til @ebjorshol, @ElseMarieMolund og @Mannsperson for twitter-tips til intervjuet.

– Norske psykologer er helsepersonell. Hvorfor skal de bry seg om politikk?

– Helse er politikk, tenker jeg, på mange nivåer. Livet vårt er rammet inn av politiske forutsetninger; en velferdsstat som gir deg muligheter og rettigheter som de for eksempel bare kan drømme om i et land som USA. Det påvirker også hvilke rammevilkår som legger til rette for helse og *well-being*. For meg, som har jobbet med fred- og konfliktforskning, er rammene for folks liv og helse sentralt. Da jeg jobbet med doktorgraden min, gjorde jeg feltarbeid ved to psykososiale sentre i Bosnia. De jobbet med kvinner som hadde opplevd seksuelle overgrep under krigen. De som jobbet der, fortalte meg mye om hvordan det å forstå et traume i en krigssituasjon er veldig forskjellig fra i en fredssituasjon. Å få anerkjennelse for disse forskjellene av andre fagfolk, var veldig viktig for dem. Men jeg er helt sikker på at norske psykologer bryr seg mye om politikk.

– Hva er politisk psykologi?

– Politisk psykologi kan handle om mye forskjellig, fra gruppepsykologi, personlighetspsykologi og kulturpsykologi til samfunnspsykologi. Det er et flerfaglig felt der man tar opp spørsmål om hvordan psykologiske aspekter påvirker politiske beslutningsprosesser, vilkår og samfunnsutvikling. Og motsatt; hvordan individer og grupper blir påvirket av og lever under de politiske rammene som omgir dem.

– Hvordan står det til med fagfeltet?

– Politisk psykologi kan knapt sies å være et vitenskapelig felt i Norge i dag. Det finnes to bøker på norsk, en som kom ut i 1964 av Otto Klineberg, og Nora Sveaass og Nils Johan Laviks bok fra 2007. Internasjonalt finnes det flere tidsskrifter, og faglige nettvert som har årlige internasjonale og regionale konferanser og utdanningsløp, sånn som den internasjonalt anerkjente sommerskolen i politisk psykologi ved Stanford University. Det er også sterke fag-

## Hvorfor NÅ?

- Førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo Inger Skjelsbæk bruker sommeren til å jobbe fram en søknad til Horisont 2020 for et forskningsprosjekt om hvordan forebygge ekstremisme. Arbeidet ledes av Tore Bjørge, leder i C-REX.
- 25. oktober arrangerer Skjelsbæk, Nora Sveaass og Sigrun Marie Moss en heldagskonferanse om politisk psykologi ved Institutt for fredsforskning (PRIO). De håper at dette kan bli startskuddet for et nordisk nettverk i politisk psykologi.
- Se utvidet versjon av intervjuet på psykologtidsskriftet.no.

lige miljøer i dette feltet i Irland, i Israel/Palestina, i USA og ved Lund Universitet i Sverige, bare for å nevne noen steder.

– På hvilken måte kan politisk psykologi være med på å fremme psykologidisiplinen vitenskapelig og etisk?

– Globale utfordringer knyttet til krig, terror, ekstremisme, migrasjon, miljø, internasjonal strafferett og mer er sentrale samfunnsaktuelle temaer der politisk psykologi har en plass. Jeg har truffet folk som jobber ved Den internasjonale straffedomstolen i Haag, som ønsker flere psykologer, klinikere og andre som kunne jobbe med spørsmål knyttet til internasjonale forbrytelser og menneskerettighetsovergrep. Da trenger man folk som kan psykologi, politikk og samfunnskunnskap. Vi trenger kunnskap om hva det betyr å ha overlevd i en borgerkrig og måtte bygge opp livet sitt igjen, forebygge utbrudd av nye kriger og oppblomstring av ekstremisme. Det er altfor ofte slik at de som jobber med globale utfordringer i internasjonale organer, har bakgrunn i andre samfunnsvitenskapelige disipliner enn psykologi, for eksempel statsvitenskap, økonomi og sosiologi. Dette synes jeg er synd. Mer undervisning i globale politiske utfordringer og psykologisk forskning på disse tror jeg derfor ville være bra.

– Du får nå sjansen til å gi tiden vi lever i, en diagnose.

– Jeg synes det er umulig å gi en diagnose på vår samtid, men den er jo preget av alarmisme i stor grad, som kan gi grobunn for ulike former for frykt. Samtidig er det slik at vi på mange måter ikke har hatt det bedre. Levevilkårene går opp og volden går ned, om man ser stort på det. Det er dermed mulig å skille ut områder der det er grunn til å ha berettiget frykt, for eksempel knyttet til miljøutfordringer, og kanskje bekymre oss litt mindre for andre trusler som kanskje ikke er så omfattende som det kan se ut som. ✘

AKTUELT: KUNSTIG INTELLIGENS

# Psykolog Versjon 2.0

En talerobot med kunstig intelligens som erstatter psykologen i terapirommet, sa du? Det høres ut som en dårlig sci-fi-film, men er allerede en realitet.

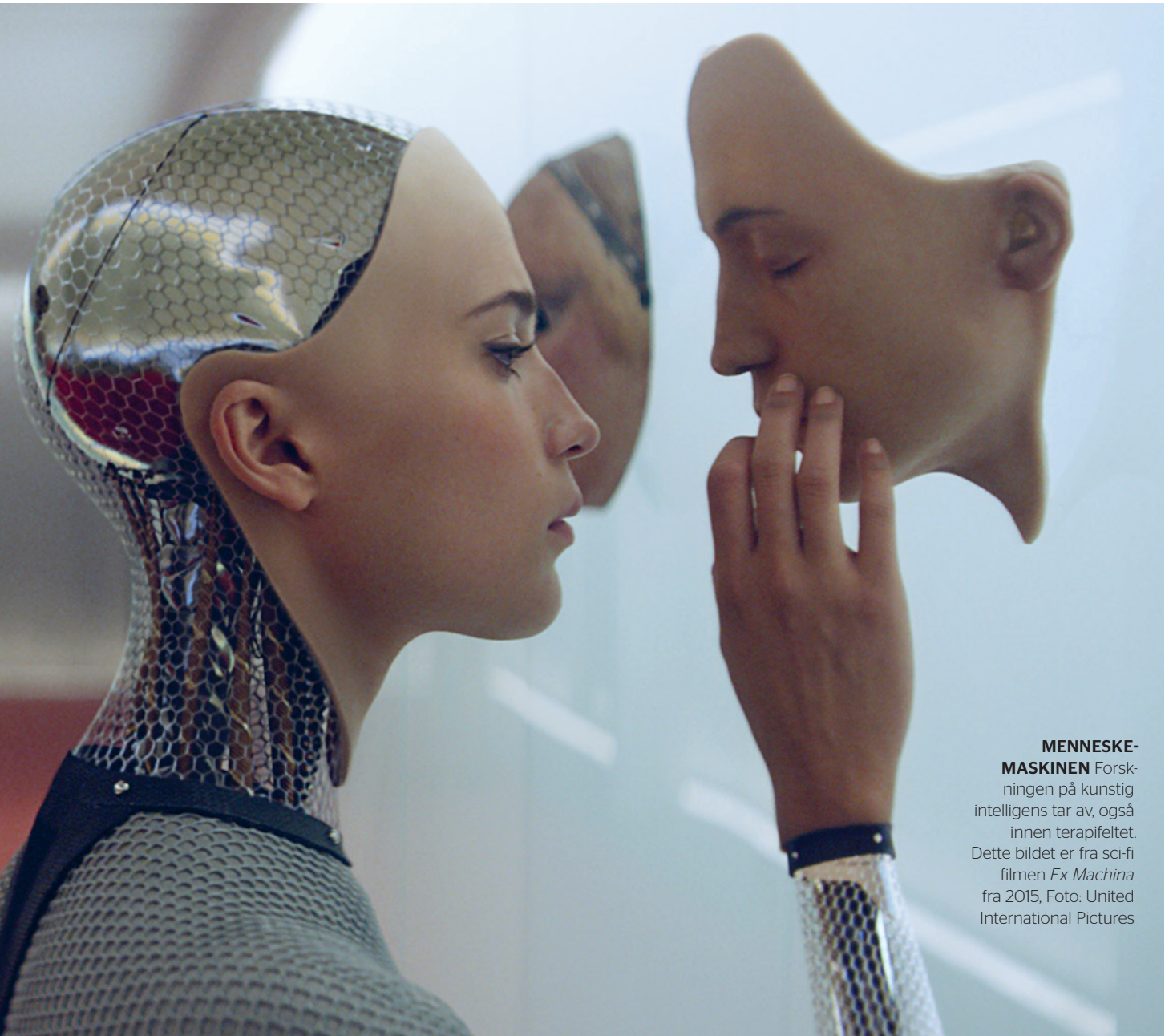
**TEKST** Per Olav Solberg



Samantha er ikke som andre kvinner, hun er et intelligent og emosjonelt operativsystem, med en sensuell og varm stemme. Samantha kan alt og vet alt. Hun har humor. Hun er støttende. Hun er forståelsesfull og responderer adekvat på større og mindre hverdagsfrustrasjoner. Hun er fin å pludre med. Hun er lett å bli forelsket i. Det eneste hun mangler, er en kropp.

I 2013 kom sci-fi-filmen *Her* ut, regissert av Spike Jonze. Den handler om nyskilte Theodore, som forelsker seg i Samantha. Hun er for god til å være sann, tenkte jeg da jeg forlot kino-





**MENNESKE-  
MASKINEN** Forskningen på kunstig intelligens tar av, også innen terapifeltet. Dette bildet er fra sci-fi filmen *Ex Machina* fra 2015. Foto: United International Pictures

salen. Og det stemte jo. Dette var film. Sci-fi. Langt fra vår virkelighet, tross alt. Et operativsystem som tar vare på følelsene mine, kom igjen. Det skjer ikke. Det kommer ikke til å skje.

Fram til 5. juli i år tenkte jeg fortsatt slik, selv om det har vært en rivende utvikling innen taleteknologi og kunstig intelligens de siste tre årene. Apple, Google og Amazon (for å nevne noen av teknologigigantene som leder an i utviklingen) konkurrerer for tiden om å lage de beste taleassistentene. Markedslederen Amazon Echo, en liten boks du plasserer i stua og som har fått navnet Alexa, kan du snakke til

og stille faktaspørsmål om alt mellom himmel og jord, og du får som regel relevante svar. Den setter på musikken du ønsker, forteller hvordan været blir, og lager handlelister og andre gjøremålsliste når du ber om det. I løpet av det neste halvåret vil Google lansere sin egen versjon av Amazon Echo, under navnet Google Home.

Og som om ikke det er nok: I skrivende stund jobber den norskamerikanske gründeren Dag Kittlaus med et prosjekt han kaller «Viv – The global brain», som det er knyttet store forventninger til. Kittlaus er nemlig mannen som utviklet Siri, stemmeassistenten som Apple bruker i »



**SMART OG SENSITIV** I filmen *Her* fra 2013 forelsker hovedpersonen, spilt av Joaquin Phoenix (2), seg i det intelligente og følsomme operativsystemet Samantha (1). Utviklere er nå i ferd med å skape dataprogrammer som ligner på Samantha. Foto: United International Pictures

sine mobiltelefoner. Viv, som er det latinske navnet for «liv», blir langt mer avansert enn Siri. Ifølge en reportasje i nettmagasinet *esquire.com* (<http://www.esquire.com/lifestyle/a34630/viv-artificial-intelligence-0515/>) har gründerne bak Viv klart å utvikle et dataprogram som kan skrive sin egen kode og dermed finne egne løsninger på ulike problemer. Det betyr at Viv vil kunne improvisere. Det er i så fall svært annerledes enn hvordan for eksempel Amazon Echo fungerer. Sistnevnte er basert på mer eller mindre avanserte algoritmer<sup>1</sup> som gjør nøyaktig det de er programmert til å gjøre – verken mer eller mindre. Algoritmer improviserer ikke.

Forskjellen mellom Amazon Echo og et intelligent operativsystem er fortsatt stor. Det er langt fra Alexa til Samantha. Men hvor langt blir det mellom Viv og Samantha?

## FRAMTIDEN ER HER

Tilbake til 5. juli. Hva skjedde? Ikke annet enn et 45 minutters telefonintervju med Svein Øverland, en av de mest oppdaterte norske psykologspesialistene på ny teknologi og hva den vil kunne komme til å bety for psykologifaget.

Jeg tenkte i utgangspunktet at denne artikkelen skulle handle om tekniske hjelpemidler som skaper noen nye muligheter både for terapeuten og pasienten, som for eksempel e-terapi gjennom Skype eller helse- og selvhjelpsapper på mobilen som pasientene kan bruke for å monitorere sin egen helse og gi motivasjon til å endre vaner. Men Øverland, som også

.....

1. En algoritme er i databehandling definert som en fullstendig og nøyaktig beskrivelse av fremgangsmåten for løsning av en beregningsoppgave eller annen oppgave.

har jobbet mye med e-terapi og selvhjelsapper, går mye lenger enn dette. I hans verden kan psykologer bli erstattet av roboter.

– En av de beste sci-fi filmene jeg vet, er *Blade Runner*. Filmen er filosofisk og tar blant annet opp hva som egentlig er forskjellen mellom et menneske og en androide. I *Blade Runner* blir androidene avslørt fordi de ikke evner å respondere adekvat på menneskelige følelser. I dag har vi klart å skape roboter som leser menneskelige følelser gjennom å tolke ansiktsuttrykk. Vi er forbi *Blade Runner*, sier Øverland.<sup>2</sup>

Kanskje har Øverland rett, selv om robotene han snakker om (Zenboe og Pepper), ikke er så imponerende som jeg ventet etter å ha sett noen filmer med dem på YouTube. Mer imponerende, i hvert fall hvis man har psykologblikket på, er SimSensei, et amerikansk forskningsprosjekt der pasienter gikk i reell e-terapi med data-applikasjonen Ellie. Ellie er en dataanimert kvinne som sitter i en bred lenestol og ser ut som en klassisk terapeut. Man ser at hun ikke er ekte, og det er noe av poenget. Hun introduserer seg selv på følgende måte i møte med nye pasienter:

Hi, I am Ellie. Thanks for coming in today. I was created to talk to people in a safe and secure environment. I am not a therapist, but I'm here to learn about people, and I would love to learn about you. I will ask a few questions to get us started. And please feel free to tell me anything; your answers are totally confidential. Are you ok with this?

SimSensei er finansiert av forsvaret i USA, og Ellie er konstruert for å diagnostisere PTSD og depresjon blant krigsveteraner. Ellie kan blant annet tolke ansiktsmimikk og registrere stemmens tonefall og intensitet. Ut fra dette trekker Ellie slutninger knyttet til pasientens emosjonelle tilstand, og responderer på dette.

– Ellie var egentlig utviklet kun for diagnoseformål, men det viste seg at mange av soldatene foretrakk å snakke med Ellie fremfor en vanlig psykolog. De trengte ikke å være redde for å bli vurdert, uansett hvilke skamfulle historier de kom med. Derfor var det lettere å betro seg til en maskin enn et menneske, har soldatene som var med i studien forklart, sier Øverland.

## UTVIDET VERKTØYKASSE

Klassisk psykoterapi er neppe over med det første selv om enda mer avanserte e-terapeuter enn Ellie vil se dagens lys de nærmeste årene. Heller ikke i Øverlands verden vil psykologen forsvinne, men selve psykologrollen vil endre seg betydelig, i takt med teknologiske endringer, mener han. Nylig fikk Øverland økonomisk støtte fra Innovasjon Norge til å videreutvikle en selvhjelsapp der pasienter på daglig basis registrerer relevante data om seg selv knyttet til sine psykiske problemer, og der disse dataene kontinuerlig deles med behandleren.

.....

2. Zenboe (utviklet av Asus) og Pepper (utviklet av Aldebaran Robotics) er to eksempler på roboter som tolker menneskelige følelser.

– Utgangspunktet er at pasienten frivillig deler disse opplysningene med behandleren. Det gir en lege eller psykolog mulighet til å se status, framdrift og varseltegn hos sine pasienter. Aktivitets- og sensordata fra pasientens mobiltelefon kan analyseres hos psykologen/legen og gi en prognose for utvikling av humør, aktivitet og tilstand til pasienten, sier Øverland.

Sensordata er data som mobiltelefonen automatisk registrerer, og som deles med behandler. Eksempler på sensordata fra en mobiltelefon kan være fysisk bevegelse eller ringe-/sms-aktivitet. Hvis man har koblet mobilen til en smartklokke, kan også puls kontinuerlig måles og deles. Om få år er det lett å se for seg at vi alle går rundt med mer eller mindre avanserte helsesensorer på kroppen, som kontinuerlig måler sentrale data om vår egen helse og som vi – frivillig selvsagt – deler med fastlegen og eventuelt psykologen vi går til.

– Når behandleren ser tegn til at pasientens tilstand forverres betydelig, er det på tide å ta kontakt med pasienten. Jeg mener et slikt system vil gi pasientene både større trygghet og bedre innblikk i hvordan behandlingen går, sammenlignet med klassisk terapi, der det ikke er kontakt mellom pasient og terapeut utenom terapisesjonene, sier Øverland.

Ordet *brukermedvirkning* vil også endre innhold i takt med en endret psykologrolle. Brukerne vil få enda flere valg å ta stilling til sammenlignet med i dag.

– Jeg ser for meg at pasienten blir tilbudt en meny hos psykologen: Man kan velge mellom vanlig samtaleterapi, e-terapi med en virkelig psykolog, en selvhjelsapp med psykologens stemme og e-terapi med en robotpsykolog som minner om SimSensei. Eller man kan velge en kombinasjon av flere av disse elementene. Dette vil være brukermedvirkning i praksis, sier Øverland, som også tror prisen på psykologtjenester vil gå ned i takt med den teknologiske utviklingen.

– Å gå til en psykolog som ikke har driftstilskudd, er temmelig dyrt. I USA ser man eksempler på at advokathonorarene går ned fordi advokater nå får konkurranse fra advokatroboter som er langt billigere i drift. Jeg ser for meg at psykologer kommer til å konkurrere »



**ENDRING** Psykologspesialist Svein Øverlands ser ikke for seg at psykologen forsvinner når robotpsykologene gjør sitt inntog, men han tror psykologrollen vil endre seg betydelig. Foto: Henning Meier

med robotpsykologer i en ikke altfor fjern framtid, sier Øverland, som mener norske psykologer bør forholde seg mer aktivt til de teknologiske innovasjonene og endringene vi står midt oppi.

– Psykologstanden må åpne øynene. Det er synd at det kun er en liten gjeng av oss som er opptatt av hvordan teknologiske endringer vil forandre både faget og hvordan vi behandler pasienter. Psykologi er filosofi i praksis, og psykologer har dermed et bedre utgangspunkt enn andre for å delta og utvikle debatten som helt sikkert kommer på bakgrunn av den kommende teknologien. Jeg ønsker å bidra til – og er i gang med – å lage framtidens helsetjenester. Hvis ikke vi gjør det, er det garantert noen andre som kommer til å gjøre det, uten at vi vet hva resultatet blir.

## SLUTT PÅ ENSOMHETEN?

Kanskje det mest interessant med filmen *Her*, som denne artikkelen startet med, er noen av de underliggende spørsmålene den tar opp: Hva er en relasjon? Hva er et kjærlighetsforhold? Hva er forskjellen mellom et menneske og en adaptiv maskin som responderer på andres følelser?

Vi vet at ensomhet er årsak til mye psykisk uhelse i befolkningen, særlig blant eldre. Å forebygge ensomhet vil gi mindre individuell smerte og følgelig bedre helsen i befolkningen. Helsevesenet vil belastes mindre, som igjen vil gi en samfunnsøkonomisk gevinst. Tusenkronersspørsmålet er

dermed: Er det mulig å se for seg roboter som er så menneskelige at de forebygger og lindrer ensomhet? Roboter som *oppveks* som reelle venner – selv om man vet at de er roboter?

– Jeg er ikke i tvil om at vi kommer dit. Det er allerede laget sosiale roboter som er ment å avhjelpe ensomhet, og de kommer til å bli mer og mer avanserte. Det er særlig to faktorer i måten mennesket fungerer på som gjør at vi vil omfavne slike roboter: For det første har mennesket svært lett for å knytte seg til andre skapninger, både mennesker og dyr. For det andre er hjernen laget for å konstruere sammenhenger der sammenhenger ikke finnes. En robot med menneskelige trekk vil for hjernen være fullgodt med et ekte menneske. Kombinasjonen av disse to gjør det lett å se for seg at vi kommer til å knytte oss sterkt til en robot som bare er snill og vil oss vel – og som faktisk vil gjøre oss mindre ensomme, sier Øverland.<sup>3</sup>

Samantha i filmen *Her* forebygger uten tvil ensomhet, i hvert fall i filmens første del. I filmen *Ex Machina*, fra 2015, har en kunstige intelligens også blitt utstyrt med en kropp. *Ava*, som den kvinnelige roboten i filmen heter, ser ut som et menneske og oppfører seg helt som et menneske.

– Jeg tenker at vår virkelighet befinner seg et sted mellom filmene *Her* og *Ex Machina*. Forskning viser til og med at når du gir roboter en kropp, lærer de raskere enn rene dataroboter. Hva skjer når roboter har blitt flinkere enn oss til *alt*, også til å tolke våre følelser? Hva blir menneskets plass og rolle i verden da? Hvor vil grensene gå mellom det som er virkelig og uvirkelig? spør Øverland.

## FLUKTEN TIL UVIRKELIGHETEN

Det er lett å se for seg at disse grensene sakte, men sikkert smuldrer bort. I Aldous Huxleys framtidssjvision fra 1932, *Brave New World*, er krig og fattigdom uttrykket. Jordens befolkning

.....

3. Det finnes forskning som til dels motsier Øverlands påstand her: Se for eksempel <http://spectrum.ieee.org/automaton/robotics/humanoids/study-nobody-wants-social-robots-that-look-like-humans> (Studien er omtalt i Forskningsnotiser på side 617)

er permanent lykkelige, godt hjulpet av «soma», et narkotisk stoff uten bivirkninger, som gir fantasier i form av hallusinasjoner for å komme vekk fra smerte og vonde følelser. I tillegg er samfunnet fullstendig promiskuøst, der det oppfordres til å ha sex med så mange som mulig, så ofte som mulig. Gleder og nytelse er livets mål. Hvis Huxley hadde levd i 2016, hvilke ingredienser hadde han da brukt for å formidle sin dystopiske framtidvisjon? Høyst sannsynligvis en VR-brille<sup>4</sup>. Da trenger man ikke lenger «soma» eller virkelig sex. Kun en brille som fører deg med den opplevelsen du trenger akkurat der og da, om det er sex, et fallskjermhopp eller å ligge på en strand og lese en bok.

Når nye teknologier og medier ser dagens lys, har de alltid vært gjenstand for skepsis og moralske panikker. Det skjedde da radioen kom, og i enda større grad da fjernsynet så dagens lys. Men som medievitenskapen har gjort et poeng av, viser det seg at denne typen moralske panikker er temmelig grunnløse. Mennesker forholder seg aktivt og reflekterende til nye medier, de gjør oss ikke til hjernedøde konsumenter. Hvorfor skulle virtuell virkelighet være annerledes?

Svein Øverland er både teknologioptimist og kan sin mediehistorie. Likevel kan han bli urolig over konsekvensene av VR-teknologien, fordi den vil bli så ekstremt realistisk og tiltrekkende.

– Den største faren med utviklingen innen virtuell virkelighet er at vi blir pasifiserte. Vi risikerer å kun bli konsumenter og mottakere av inntrykk, uten at vi produserer noe som helst. Jeg tror internett vil forandre seg fra å være en portal for informasjon til å bli en portal for opplevelser, ikke minst gjennom VR-briller eller VR-linser. Teknologien vil bli bedre og bedre, det vil til slutt bli vanskelig å se forskjell på den virkelige verden og verden sett gjennom slike briller. Porno, for å ta ett eksempel, vil oppleves svært ekte. Det kan bli fristende for fler og fler å være mest mulig i den typen verden og mindre og mindre i den «virkelige» verden. Men igjen: Hvordan definerer man hva som er virkelig, når man ikke lenger ser forskjell på det som er ekte og uekte, undrer Øverland.

For også å avslutte med en filmreferanse: Kanskje håpet vårt ligger i karakteren Neo i filmen *Matrix*. I *Matrix* har robotene tatt over verden, og alle mennesker ligger hele livet i en type kuvøse, men er koblet på en virtuell virkelighet som ligner vår egen. Menneskene tror de lever sitt liv i en ekte verden, selv om det kun er en illusjon. Men Neo fornemmer at noe er galt – at virkeligheten han lever i, ikke er virkelig. Han vil til bunns i dette mysteriet han ikke engang vet hva er. Selv om den virkelige verden i *Matrix* er et øde, forlatt og grusomt sted, vil Neo heller være der enn i den virtuelle virkeligheten. Fordi den er ekte og sann. Moralen Neos karakter målbærer, er at mennesket alltid både vil fornemme og foretrekke det sanne og det ekte framfor det usanne. Har Neo rett? Eller er han bare – ja, nettopp – en fiksjon? ✘

– En robot med menneskelige trekk vil for hjernen være fullgodt med et ekte menneske

Svein Øverland

.....

4. En VR-brille er en brille som viser en virtuell, data-generert virkelighet. Når man tar på seg brillen, er man i en annen verden. Mye brukt i dataspill. I eksponeringsterapi har det blitt vanlig å bruke VR-teknologi som en del av terapien, for eksempel mot flyskrekk.



**INNSYNS I HJERNEN** Karsten Specht ved en magnetresonanstomograf (MR) på Haukeland Universitets sykehus. MR-maskinen brukes blant annet i forskning på strukturell og funksjonell hjerneavbildning (fMRI). Foto: Eivind Senneset, Universitetet i Bergen

# Bruker hørselen for å se

Hjernen hos blinde omstrukturerer seg ved at hørselen overtar det visuelle systemet. Denne kunnskapen kan hjelpe mennesker med helt andre utfordringer.

**TEKST** Nina Strand

**HVIS MAN ER** født blind, eller blir blind i veldig ung alder, vil hjernen forsøke å tilpasse seg dette ved å omstrukturere seg – en prosess som kalles nevroplasticitet. Det som helt konkret skjer, er at det auditoriske systemet (hørselen) prøver å kompensere manglene i synssenteret ved å ta over det visuelle systemet.

I denne utgaven av Psykologtidsskriftet (side 608) publiserer Karsten Specht sammen med kolleger artikkelen «Den blinde hjernen: plastisk og fantastisk».

– Vi ville undersøke plastisitet i hjernen hos blinde, og gjennom det lære mer generelt om hjernens evne til å endre seg. Dette er vel å merke en litteraturgjennomgang, ikke en studie jeg har gjort selv, påpeker forskeren, som gjerne forklarer nærmere hvordan blinde hjerner utvikler et system for å fange opp visuell informasjon.

– I hjernen har vi jo én del for akustisk prosessering og én for visuell prosessering. Nå ser vi at de som er født blinde, klarer å bruke også synscortex, som ligger i bakhodet, til auditorisk prosessering. På den måten hører de egentlig mye bedre enn folk som ikke er blinde.

– *Ja, det sies jo at blinde kan kompensere manglende syn ved å bruke hørselen. Men det nye er altså at det er dokumentert, og at dere har funnet selve mekanismen for dette?*

– Nettopp. Vi ser at blinde bruker flere deler av hjernen for å høre, slik at hørselen blir mye mer spesialisert. De kan for eksempel ta hørselen i bruk for å forstå hvilken retning en person som beveger gjennom rommet, går i. Sanseintrykket, det vil si lyden, kobles faktisk til synssenteret og hjelper blinde til å navigere, sier Specht.

Han forklarer at denne typen omkobling ikke bare er begrenset til hørsel. For eksempel bruker blinde som leser blindeskrift med fingrene, de samme strukturene i synssystemet som seende bruker til å lese bokstaver. »

## Karsten Specht

- Professor i biologisk og medisinsk psykologi ved Universitetet i Bergen
- Ph.d. i kognitiv nevrovitenskap, utdannet fysiker
- Leder BeRG-AP/Bergen Research Group on Auditory Perception, som er en del av The Bergen fMRI Group



For å finne mer individuelt tilpassede terapiformer er det spesielt viktig å få bedre kunnskap om hjernens formbarhet

– Dette innebærer jo en sterk forandring av hjernen. Dermed er synssystemet i hjernen hos en blind person ikke uten funksjon, men koblet til andre sanser.

#### SKJEDDE AV SEG SELV

I litteraturgjennomgangen ønsket forskerne også å undersøke forskjeller i plastisitet mellom aldersgrupper, det vil si mellom de som er født blinde eller mister synet før de er 4–5 år, og de som mister synet som voksne. De fant stor forskjell mellom de to gruppene.

– Hos de som ble blinde etter fødselen, endrer hjernen seg også, men ikke i like stor grad, og det tar mye lengre tid etter puberteten, sier forskeren, og forteller at dette er en viktig resultat som man også har sett i andre sammenhenger. Hjernen klarer å forandre seg også i voksen alder.

Nå vet man at hjernen kan forandre seg gjennom hele livsløpet. Den kan ikke lage nye nerveceller, men den kan lage nye forbindelse og styrke koblinger mellom de nervecellene som finnes. Dette er et sentralt aspekt i dagens grunn- og kliniske forskning, og et viktig element med tanke på aldring og på terapi etter hjerneskade, ifølge Specht.

Han synes det er fascinerende å tenke på at hjernen genererer disse tilpasningene helt av seg selv.

– Endringene er ikke resultat av terapi eller bestemte tiltak. Dette er jo spennende i seg selv. Utdraget nå er å finne terapiformer som styrke slike forandringsprosesser, sier han.

#### LOVENDE FOR REHABILITERING

Specht leder nettverket BeRG-AP/Bergen Research Group on Auditory Perception, som igjen er knyttet til The Bergen fMRI Group, og jobber utrettelig for å forstå mer av hvordan hjernen fungerer og utvikler seg gjennom hele livsløpet. Dette er grunnforskning som involverer store internasjonale forskernettverk. Samtidig er han engasjert i hvordan kunnskapen kan brukes i praktisk rehabiliteringsarbeid. Han merker stor interesse fra kliniske miljøer som ser mulighetene som åpner seg ved å kunne fasilitere og forsterke hjernens evne til endring og tilpasning.

Et raskt google-søk på Karsten Specht viser at han er involvert i forskning på eksempelvis afasi, dysleksi, psykose, epilepsi og Parkinson.

– Denne forskningsartikkelen gjelder en gruppe blinde, men du mener det er generell kunnskap som også kan hjelpe andre grupper?

– Ja. I rehabiliteringsarbeid med pasienter tar en nå i bruk kunnskapen om hjernens formbarhet. Selv har jeg jobbet mye med utviklingsforstyrrelser, for eksempel stamming og dysleksi – og med rehabilitering etter hjerneskade, som afasi. Men for å bedre dagens terapi og finne mer individuelt tilpassede terapiformer er det spesielt viktig å få bedre kunnskap om hjernens formbarhet, svarer forskeren.

Han betoner at generell kunnskap om plastisitet er svært nyttig i denne sammenhengen. Men det trengs fremdeles mye mer grunnforskning for å forstå mekanismene som fører til disse endringene i hjernen og hvordan man kan styrke dem.

#### MUSIKK SKAPER ENDRING

Musikkterapi er et interessant felt i denne sammenhengen, ifølge Specht. Her driver han forskning akkurat nå, og forteller om en studie der de har undersøkt plastisitet hos pasienter med traumatiske hjerneskader. Pasi-



entene skulle lære seg å spille piano i løpet av åtte uker med intensiv trening (se reportasje i Bergens Tidende 16.12. 2015).

– De foreløpige resultatene ser ganske lovende ut. Ikke bare ble pasientene bedre, men vi ser også forandringer i hjernen, sier forskeren.

Han peker på at musikk er spesielt egnet til terapi ved helt forskjellige sykdommer.

– Musikk kan generere emosjonelle opplevelser bare ved at vi lytter til den. Enkle lyder og rytmer kan også brukes til å komme i kontakt med svært syke pasienter som ikke er i stand til å kommunisere eller snakke på vanlig måte. Rytmiske lyder brukes for å hjelpe Parkinsonpasienter.

Det å spille et musikkinstrument er en stor og kompleks oppgave for hjernen, forklarer forskeren. Vi må integrere synsinformasjonen fra notebladet med fingerbevegelser for å spille de riktige notene. Så er det auditoriske systemet viktig for å kontrollere om vi faktisk spiller de riktige notene med riktig lengde og intonasjon. Sist, men ikke minst trenger vi emosjoner for å gi musikkstykket et riktig uttrykk – og alt skjer innenfor veldig kort tid. Men det er nettopp slike prosesser som fører til plastiske forandringer i hjernen, siden kommunikasjonen mellom forskjellige hjernedeler må forbedres for å klare denne oppgaven.

Specht vil utvide perspektivet:

– Det gjelder ikke bare for pasienter, men for alle, og spesielt eldre, at det er viktig å gi hjernen helt nye utfordringer. Som å lære et nytt språk, eller å lære å spille et nytt musikkinstrument. Vi snakker om «life-long learning».

#### - TIDEN HJELPER

Denne forskningen forteller at tålmodighet er avgjørende i møtet med disse pasientene, mener Karsten Specht, som avslutter intervjuet med spesiell adresse til helsepolitikere og NAV:

– Mantraet er: Ting skjer, men det tar tid. Ikke minst hos voksne og eldre er det viktig å legge til rette for en lang opptreningsfase. Da snakker vi om uker, men også om år. Det hjelper ikke å ha kun ti timer hos en logoped over en måned etter at man har fått slag. Det bør være mye mer og mye oftere. Her kan man også tenke seg at mobilteknologien og e-terapi innebærer nye muligheter i fremtidens terapi. ❌



## Effekten av behandling mot villet egenskade

Selvskading forekommer hos omtrent en av ti unge, og flere av disse har forsøkt å ta sitt eget liv. Behandlere ønsker å vite hvordan de kan nærme seg problematikken. Folkehelseinstituttet har gjennomført en systematisk undersøkelse av hvilke tiltak som har effekt på selvskading.

Seniorforsker Geir Smedslund har vært prosjektleder for studien og uttaler til Folkehelseinstituttets egen nyhetsside at «aktiv kontakt og oppfølging i akuttinntak trolig reduserer antall nye selvmordsforsøk». Videre sier han at «problemløsningsterapi kan redusere ny villet egenskade og psykiatriske symptomer». Andre tiltak, som psykodynamisk interpersonlig terapi, samt intensiv oppfølging og en oppsøkende tilnærming, kan muligens også ha effekt.

Datagrunnlaget for å si noe om effekten av tilnærminger som kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi, var ikke tilstrekkelig til at man kunne trekke noen sikre konklusjoner.

**Kilde:** <https://www.fhi.no/nyheter/2016/tiltak-mot-villet-egenskade-kan-ha-effekt/>



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 608-616 FAGFELLEVDERT

MARITA HOVLAND EVENSEN, SILJE SEGADAL FLUGE, TRINE SKEISTRAND KJOBORG,  
HANNE STØLE-HANSEN og KARSTEN SPECHT\*

Universitetet i Bergen, Institutt for Biologisk og Medisinsk Psykologi, Bergen

KONTAKT karsten.specht@psybp.uib.no

# DEN BLINDE HJERNEN: PLASTISK OG FANTASTISK

Forskjellen mellom tidlig og sent blinde viser hvordan nervesystemet endrer seg og kompenserer for skader og tap av sanser. Kunnskap om nervesystemets plastisitet kan være nyttig for klinikere, uansett arbeidsområde.

Hva skjer i hjernen når et menneske mister en av sine mest essensielle sanser? Forskning på blinde viser at hjernen har en enorm tilpasnings- evne og kan reorganisere seg på tvers av sanseområder ved tap av syn.

Siegel (2001) definerer cerebral plastisitet som «hjernens evne til å forandre seg som følge av erfaring og til å restituere seg etter skade eller sykdom». Dette omfatter både struktur og funksjon. Siden mye psyko- logisk behandling baserer seg på endring, kan det være nyttig for klini- kere å ha kunnskap om hjernens plastisitet. I et større perspektiv kan prinsippene som kommer frem i forskning på blinde overføres til andre områder innenfor psykopatologi.

I denne artikkelen tar vi for oss studier på plastisitet i sensoriske syste- mer og tilhørende hjernestrukturer, med fokus på endringer som følge av synsdeprivasjon. Endringer på tvers av sanser betegnes som kryssmodale. I denne sammenheng er det nødvendig å forstå betydningen av kritiske og sensitive perioder. En kritisk periode kan defineres som et begrenset tidsvindu der miljømessig påvirkning er nødvendig for normal utvikling

## ABSTRACT

### *The blind brain: plastic and fantastic*

This literature review investigates the differences in cross-modality in early and late blind individuals. Studies have shown that plasticity in early and late blind subjects differ both quantitatively and qualitatively. Early blind subjects exhibit a higher degree of cross-modality due to the fact that blindness has occurred while the visual system is still developing and neuronal density is high. Late blind subjects seem to have less cross-modality, which is also different in nature. The research on blind individuals reviewed in this paper demonstrates the human brain's ability to adjust to dramatic changes throughout life.

*Keywords: plasticity, blindness, early and late blind, cross-modality, glucose metabolism, neural pathways*

\* Medforfatterne har bidratt like mye til utforming av manuskriptet.

av visse evner og egenskaper (Berk, 2009). Uten adekvat miljømessig påvirkning i den kritiske perioden vil ikke de aktuelle evnene utvikles, og dette er ofte irreversibelt. En sensitiv periode er et tidsvindu der man er spesielt mottagelig for påvirkning fra miljøet, og der det er mest hensiktsmessig at endringer oppstår. I motsetning til i kritiske perioder kan positiv utvikling oppnås også utenfor det optimale tidsvinduet (Berk, 2009).

Wiesel og Hubel (1963) var blant de første som studerte endringer i hjernen ved synsdeprivasjon. Ved å tvinge lukking av det ene øyet hos nyfødte kattunger kunne de studere effekten av synsdeprivasjon på den primære synsbarken (V1). Etter to til tre måneder med deprivasjon var det kun én av 84 kortikale celler i V1 tilhørende det synsdepriverte øyet som responderte på synsinformasjon og synsevnen var dermed sterkt nedsatt. Å synsdeprivere voksne katter på samme måte hadde tilsynelatende ingen effekt (Wiesel & Hubel, 1963). Når begge øynene til nyfødte kattunger ble sydd igjen sluttet mer enn halvparten av nervecellene i V1 å respondere på stimuli (Wiesel & Hubel, 1965). En irreversibel deprivasjonseffekt er størst hos kattunger fra fjerde til og med åttende leveuke før den forsvinner rundt sekstende uke (Hubel & Wiesel, 1970). Dette tyder på en kritisk periode tidlig i livet der hjernen er spesielt sensitiv for deprivasjon og man kan observere høy grad av plastisitet. Det er rimelig å anta at en slik kritisk periode også finnes hos mennesker, men fordi forskere bruker ulike inndelinger av tidlig og sent blinde så er det vanskelig å avgjøre hvilke prosesser som foregår i hjernen hos blinde. Man har likevel klart å identifisere forhold som synes å spille en rolle for hvor plastisk hjernen er og hvordan plastisiteten påvirker atferd. Denne artikkelen vil belyse forskjeller mellom tidlig og sent blinde med tanke på ulike sanseprosesser samt se på hvordan andre sanser kompenserer for tapet av syn.

### METODE

Artikkelen er basert på litteratursøk i PsycINFO, Web of Science og PubMed samt en gjennomgang av relevante tidsskrifter og referanselister i sentrale artikler. Det ble søkt med nøkkelordene «plasticity», «blindness» og «early and late blind». Søket var begrenset til studier publisert mellom 1990 og 2015 og gav totalt 112 treff. PsycINFO gav 30 treff, PubMed gav 34 treff, mens Web of Science gav 48 treff. Totalt ble 64 treff inkludert. De inkluderte artiklene er begrenset til nyere oversiktsartikler og originalartikler som omhandler forskjeller mellom tidlig og sent blinde.

### ULIKHETER MELLOM TIDLIG OG SENT BLINDE

Denne artikkelen bygger på litteratur som omhandler forskning på forskjeller mellom tidlig og sent blinde. Litteratursøket viser at fokuset i hovedsak er på forskjeller i auditiv prosessering, taktil prosessering, sansekompensering samt funksjonelle og strukturelle endringer i hjernen. Studiene som gjennomgås viser at bakhodelappen, som rommer synsbark og prosessering av synsintrykk, blir funksjonelt rekruttert til ikke-visuelle oppgaver. Tidligere var det antatt at hjernen til voksne personer ikke har evne til omfattende kryssmodal reorganisering (Rebillard, Carlier, Rebillard, & Pujol, 1977). Hovedtendensen i litteraturen er at tidlig blinde viser en mer omfattende restrukturering, men at også sent blinde viser betydelig tilpasning.

Voss (2013) har forsket mye på plastisitet hos blinde og definerer gruppen «tidlig blinde» som individer som er blitt blinde som barn, før fylte fem år. Sent blinde defineres som individer som er blitt blinde etter puber-

teten. Bare 12 av artiklene i denne litteraturgjennomgangen har en kategori for medfødt blinde. De resterende studiene bruker kategoriene «tidlig blind», «sent blind» eller har samlet alle blinde i én gruppe.

### AUDITIV PROSESSERING

Auditiv prosessering er noe av det som er mest undersøkt hos blinde. 16 av artiklene i denne gjennomgangen handler om dette. Voss (2013) påpeker at bakhodelappen har spesialiserte funksjoner for syn og derfor er mest effektiv til å behandle visuell informasjon. Hos blinde kan andre sanser få tilgang til dette området. Man antar at hjernestrukturer beholder sin funksjonelle spesialisering, men at andre sanser kan knytte seg til dem. For eksempel viser studier at områder i synsbarken som i utgangspunktet prosesserer romlig visuell informasjon, i stedet rekrutteres til romlig lytting hos blinde (Collignon et al., 2011; Voss, Collignon, Lassonde, & Lepore, 2010; Voss, Gougoux, Zatorre, Lassonde, & Lepore, 2008). Romlig lytting vil si å avgjøre hvilken retning lyder kommer fra og hvor lydilden er posisjonert i rommet.

Bedny, Konkle, Pelphrey, Saxe og Pascual-Leone (2010) viste at en struktur i den midterste delen av tinninglappen (V5) rekrutteres til å prosessere auditive stimuli i bevegelse hos tidlig blinde. Normalt prosesserer V5 informasjon om visuell bevegelse og dette viser at V5 beholder sin funksjonelle spesialisering selv når den rekrutteres av andre sanser. Poirier og medarbeidere (2006) viste også at V5 ble aktivert hos tidlig blinde ved auditive oppgaver der volum på høyre og venstre øre ble manipulert slik at lyden ble oppfattet til å endre posisjon. Dette støtter hypotesen om at funksjonell spesialisering opprettholdes ved tidlig blindhet. I tråd med dette har Poirier og medarbeidere (2006) også vist at tidlig blinde har en forsterket nevralt kobling mellom auditive og visuelle områder sammenlignet med seende personer. Stevens (2009) har funnet at tidlig blinde har en lavere aktivering i hørselsbarken sammenlignet med sent blinde og personer med intakt syn. Han foreslår at dette kan komme av at de utnytter tilgjengelig auditiv informasjon på en mer effektiv måte og at større aktivering ikke er nødvendig.

Kujala og kolleger (1997) har imidlertid vist at sent blinde har mer aktivering i bakre deler

av hjernen enn seende. Andre studier har også vist at bakhodelappen aktiveres hos blinde ved ulike auditive prosesseringsoppgaver (De Volder et al., 1999; Tao et al., 2013; Voss, Gougoux, Lassonde, Zatorre, & Lepore, 2006; Burton, Diamond, & McDermott, 2003). Dette tyder på at bakhodelappen er involvert i aktiv prosessering hos både tidlig og sent blinde.

### TAKTIL PROSESSERING

18 av artiklene i litteraturgjennomgangen omhandler taktil prosessering. Det er vist at taktile stimuli fører til kryssmodal aktivering hos blinde (Amedi, Raz, Azulay, Malach, & Zohary, 2010; Pietrini et al., 2004; Uhl, Franzen, Lindinger, Lang, & Deecke, 1991; Uhl et al., 1994). Dette støttes av Satihans' (2005) gjennomgang av studier av aktivering i synsbarken ved taktil persepsjon. Burton og medarbeidere (2002) har funnet aktivering i synsbarken, i tillegg til parietale og frontale områder, hos både tidlig og sent blinde under lesing av blindeskrift. Blant annet finnes det en region i synsbarken som er aktivert hos seende når de leser som også er aktivert hos blinde ved lesing av blindeskrift (Burton, McLaren, & Sinclair, 2006).

Det har blitt avdekket forskjeller i aktiveringsmønstre hos tidlig og sent blinde ved lesing av blindeskrift. En studie fant at medfødt blinde hadde aktivering i flere visuelle områder og parietale assosiasjonsområder, mens sent blinde i tillegg viste aktivering i V1, noe som ikke ble funnet hos medfødt blinde (Büchel, Price, Frackowiak, & Friston, 1998). Andre studier viser derimot at V1 også er aktivert hos medfødt og tidlig blinde (Sadato et al., 1998). Det er blant annet vist at V1 aktiveres hos tidlig blinde ved taktile diskrimineringsoppgaver i større grad enn hos sent blinde (Burton, Snyder, Conturo, Akbudak, Ollinger, & Raichle 2002; Sadato, Okada, Honda, & Yonekura, 2002). Videre viste Cohen og medarbeidere (1999) at elektromagnetisk stimulering av bakhodelappen hadde en negativ påvirkning på tidlig blindes prestasjoner på en oppgave som involverte lesing av blindeskrift, men den påvirket ikke prestasjonene til sent blinde. Sadato og medarbeidere (2002) foreslår at områder i den visuelle assosiasjonsbarken er mellomledet som tillater aktivering av V1 ved taktil stimulering, og at dette ikke ser ut til å være begrenset av en kritisk periode.

Voss, Pike og Zatorre (2014) har vist at blindes prestasjoner på auditive og taktile oppgaver var relatert til en rekke nevrologiske funn i områder i synsbarken. Tidlig blinde hadde høyere konsentrasjon av grå materie enn sent blinde i blant annet fusiform gyrus, inferior occipital gyrus og V1, som er anatomiske strukturer som tilhører synsbarken i bakhodelappen. Signifikante forskjeller i grå og hvit substans i synsbarken predikerte forskjellene i prestasjoner hos tidlig blinde, sent blinde og personer med intakt syn.

### SANSEKOMPENSERING

12 artikler tar for seg om døve og blinde har en fordel når det kommer til å prosessere stimuli med sine gjenværende sanser, noe som kalles sansekompensering. Ifølge Hötting og Röder (2009) rekrutterte belgisk politi blinde mennesker til å bli etterforskere på grunn av deres overlegne auditive evne, der de blant annet analyserte lydopptak med mye støy for å identifisere individuelle stemmer. Wan, Wood, Reutens og Wilson (2009) har vist at medfødt blinde og tidlig blinde har bedre auditiv nøyaktighet og er bedre på frekvensdiskriminering og klangkategorisering enn sent blinde og seende. Tidlig blinde presterer også like bra eller bedre på lyd-



Blinde viser bedre prestasjoner på oppgaver med taktil diskriminering enn individer med intakt syn





Man antar at hjernestrukturer beholder sin funksjonelle spesialisering, men at andre sanser kan knytte seg til dem

lokaliseringsoppgaver (Gougoux, Zatorre, Lassonde, Voss, & Lepore, 2005; Lessard, Pare, Lepore, & Lassonde, 1998). Blinde viste overlegne prestasjoner ved identifisering og lokalisering av objekter ved bruk av ekkolokalisering (Schenkman & Nilsson, 2010). Videre viste Fortin og medarbeidere (2008) at blinde hadde signifikant bedre navigasjonsevner enn seende og at blinde viste signifikant volumøkning i fremre områder av hippocampus sammenlignet med seende.

Blinde viser bedre prestasjoner på oppgaver med taktil diskriminering enn individer med intakt syn. Blant annet presterte tidlig blinde signifikant bedre enn seende på en vibrotaktil diskrimineringsoppgave, og medfødt blinde var den gruppen som presterte best (Wan, Wood, Reutens, & Wilson, 2010). Goldreich og Kanics (2003) viste at blinde presterer overlegent på passive taktile diskrimineringsoppgaver og at nøyaktigheten gikk ned desto eldre forsøkspersonene var da de mistet synet. Goldreich og Kanics (2003) mener at den økede taktile sensitiviteten skyldes kryssmodal reorganisering som følge av synstap, og at den ikke kommer av trening. Slimani, Danti, Ptito og Kupers (2014) har vist at personer som har vært visuelt deprivert fra fødselen av har økt sensitivitet for smerte, og at dette sannsynligvis er et resultat av kompensatoriske prosesser. De har ikke påvist forskjell i smerteterskel hos sent blinde og personer med intakt syn.

#### **FORKLARINGSMODELLER TIL KOMPENSERINGSMEKANISMER**

Glukose er hjernens viktigste energikilde, og glukosemetabolisme kan indikere presynaptisk aktivitet (Büchel et al., 1998). Studier som benytter positronemisjonstomografi (PET), viser at tidlig blinde har en økt glukoseutnyttelse i synsbarken sammenlignet med sent blinde (Veraart et al., 1990) og individer med intakt syn (Wanet-Defalque et al., 1988). Wanet-Defalque (1988) foreslår at denne vedvarende aktiviteten i synsbarken hos tidlig blinde er et resultat av at de ikke har gjennomgått en utlukingsprosess av overflødige synaptiske forbindelser i det visuelle systemet. Dette fordi slik synaptisk revisjon er avhengig av visuell informasjon. En hjerne som mottar synsinformasjon når først maksimal synaptisk tetthet ved fem år, før det skjer en gradvis nedgang i forbindelser og man når et nivå som vedvarer resten av livet. Hos tidlig blinde forblir den synaptiske tettheten i synsbarken høy siden forbindelser som normalt er overflødige ikke lukes vekk (Johnson, 1997).

Denne uteblivende utlukingsprosessen fører til at synsbarken er tykkere hos tidlig blinde, noe som igjen kan føre til høyere glukosemetabolisme i dette området (Jiang et al., 2009; Veraart et al., 1990). Voss og Zatorre (2012) viste at tykkelsen på bakhodelappen hos blinde var signifikant korrelert med prestasjoner på to frekvensbaserte auditive oppgaver, der tidlig blinde presterte bedre enn personer med intakt syn. Disse funnene støtter antagelsen om at tykkere synsbark hos tidlig blinde reflekterer adaptiv kompensatorisk plastisitet.

#### **PROSESSERINGSBANER**

Ifølge Voss (2013) tyder nyere forskning på at plastisiteten hos tidlig og sent blinde er kvalitativt ulik. Det er fremdeles uklart hvordan sent blinde drar nytte av den kryssmodale reorganiseringen. Prosesseringsbaner som er involvert i kryssmodale endringer, omtales i 12 av artiklene som gjennomgås. Wittenberg og medarbeidere (2004) har funnet evidens for nevralt baner på tvers av ulike sensoriske områder i hjernen. Klinge, Eippert,

Röder og Büchel (2010) fant en tydelig kobling mellom den primære hørselsbarken (A1) og V1 som var spesielt forsterket hos medfødt blinde sammenlignet med personer med intakt syn.

Simon-Dack, Rodriguez og Teder-Sälejärvi (2008) påpeker at de visuelle kortikale banene som blir rekruttert er ulike hos tidlig og sent blinde individer. De visuelle områdene blir likevel rekruttert til ikke-visuelle oppgaver hos begge gruppene. Den kryssmodale reorganiseringen hos tidlig blinde bygger på forsterkning av allerede eksisterende nevralt koblinger fremfor dannelsen av nye (Voss, 2013). Guzzetta og kolleger (2010) påpeker i sin oversiktsartikkel at den umodne hjernen benytter enkelte strategier som er utilgjengelige senere i livet og at den utnytter strategier på en mer effektiv måte.

Basert på studier av medfødt blindhet og medfødt katarakt mener Maurer, Lewis og Mondloch (2005) at tidlig visuell erfaring legger grunnlaget for infrastrukturen for læring som involverer den dorsale og ventrale strømmen. En oversiktsartikkel av Dormal, Lepore og Collignon (2012) viser at den ventrale strømmen («hva») og den dorsale strømmen («hvor») beholder sin funksjon innenfor objektidentifisering selv om de blir rekruttert til en annen sans.

Collignon og medarbeidere (2013) har vist at overføring av auditiv informasjon til bakhodelappen trolig foregår via ulike baner hos tidlig og sent blinde. Den auditivt relaterte aktiviteten i synsbarken hos medfødt blinde går via direkte baner fra A1 til synsbarken, mens det hos sent blinde benyttes en mer indirekte rute som går via parietallappen. Voss (2013) mener dette er en sterk indikasjon på at kryssmodal rekruttering styres av ulike prosesser og baner hos tidlig og sent blinde.

### REHABILITERING OG SENSORISKE HJELPEMIDLER

Kunnskap om sensitive perioder og hjernens evne til plastisitet kan gjøre det mulig å utvikle verktøy som gjør hverdagen til blinde enklere. Blindeskrift er et av de mest kjente eksemplene på hvordan en sensorisk modalitet kan samle inn informasjon som normalt prosesseres av den depriverede sansen. Blant annet har Bachy-Rita og Kercel (2003) utviklet et hjelpemiddel der et kamera som er festet på blinde personer omgjør bilder til informasjon som kan oppfattes taktilt. Lewis, Ackland, Lowery og Rosenfeld (2015) gjennomgår den siste utviklingen

i visuelle proteser for blinde og viser til flere fremskritt hos forskningsgrupper som arbeider med utforming av ulike implantater og proteser. Deres egen forskningsgruppe nærmer seg preklinisk testing og ferdigstilling av et protetisk synssystem basert på kortikal mikrostimulering. Det er blitt vist at man gjennom intensiv trening og bruk av slike hjelpemidler også kan oppnå omfattende reorganisering, selv sent i livet (Zhou & Merzenich, 2009).

I forsøk på å gjenopprette synssansen til blinde har man blant annet benyttet kirurgiske inngrep (Fine et al., 2003). Et nytt fremskritt innenfor området bygger på å «printe» levende gangliaceller til rotter ved hjelp av en tilpasset skriver for å gjenoppbygge skadede netthinner (Lorber, Hsiao, Hutchings, & Martin, 2014).

### DISKUSJON

Som vist i litteraturpresentasjonen gjennomgår hjernen store endringer som følge av synstap. Disse endringene bidrar blant annet til kryssmodal reorganisering og kompensatoriske prosesser som viser seg å ha ulik funksjonell betydning hos tidlig og sent blinde. Forskning på området tyder på at det er store forskjeller mellom de to gruppene. Det er blant annet vist at tidlig blinde presterer bedre på oppgaver med taktil prosessering og diskriminering enn sent blinde, samt auditiv diskriminering og lokalisering. Videre er det vist at tidlig blinde har en forsterket kobling mellom auditive og visuelle områder og at synsbarken blir funksjonelt rekruttert til ikke-visuelle oppgaver hos tidlig blinde. At det er funnet en aktivering i visuelle områder hos blinde under auditive og taktile oppgaver kan tyde på en kryssmodal reorganisering.

Tidlig blinde ser ut til å kunne utnytte hjernens evne til plastisitet i større grad fordi den umodne hjernen ikke er ferdig med den visuelle utviklingen. Det visuelle systemet hos sent blinde har allerede gjennomgått den visuelle utviklingen og er derfor mer låst til sine opprinnelige funksjoner. Dette hindrer en like effektiv kryssmodalitet og reorganisering, og man ser derfor ikke nødvendigvis den samme forbedringen i hverdagslig fungering som man ser hos tidlig blinde.

En metodisk svakhet ved flere av studiene som er gjennomgått er at det er få deltagere, noe som begrenser generaliserbarheten. Et annet problem er at det varierer hvordan tid-

»



Kunnskap om sensitive perioder og hjernens evne til plastisitet kan gjøre det mulig å utvikle verktøy som gjør hverdagen for blinde enklere

lig og sent blinde inndeles, samt at man ofte ikke skiller mellom medfødt blindhet og tidlig blinde personer. Man må være oppmerksom på at flere studier ikke har tatt hensyn til at individene i den sent blinde gruppen ikke nødvendigvis har vært blinde like lenge. Dette bør tas hensyn til når man deler blinde inn i ulike kategorier. Hvor lenge personen har vært blind spiller en viktig rolle for i hvor stor grad hjernen har tilpasset seg synstapet og gjennomgått nødvendige kompensatoriske endringer. Mens hjernen til tidlig blinde har bearbeidet visuell informasjon i et begrenset tidsvindu, har hjernen til medfødt blinde vært deprivert for visuelle stimuli fra fødselen av. Det kan derfor være hensiktsmessig å skille mellom disse gruppene. Dette vil være av betydning for forståelsen av de kryssmodale endringene. Voss (2013) påpeker at kriteriene for inndeling av blinde søkspersoner tidligere har vært for varierende. Overlapp og inkongruens i inndelingen av de ulike gruppene gjør det vanskelig å sammenligne resultater. Voss (2013) foreslår at forskningsmiljøet bør komme til enighet om hvem som skal klassifiseres som tidlig og sent blinde, og at det kan være hensiktsmessig å skille mellom medfødt blinde og tidlig blinde. Han foreslår også at klassifiseringen sent blinde bør forbeholdes individer som har blitt blinde etter puberteten, siden den markerer at den mest grunnleggende utviklingen er ferdig.

Når synsbarken blir rekruttert av andre sanser kan man spørre seg om den mister noe av sin opprinnelige funksjon, og det kan diskuteres hvorvidt det visuelle systemet fremdeles er «visuelt» hos blinde. Hjernestrukturene som i utgangspunktet er predisponert til å behandle synsinformasjoner blir ikke eksponert for visuell informasjon hos tidlig blinde. Sent blinde har derimot visuelle minner, noe som kan påvirke reorganiseringsprosessen og hvordan de prosesserer taktile og auditive stimuli. Hos både tidlig og sent blinde ser det ut til at de enkelte strukturene i det visuelle systemet beholder mye av sin funksjonelle spesialisering.

Studier som er gjort på blinde viser at hjernen er plastisk hele livet, selv om dens evne til å reorganisere seg er størst i ung alder. Om dette er et resultat av en sensitiv eller kritisk periode og når denne eventuelt opphører er fremdeles uklart. Når man gjennom videre forskning har tilegnet seg mer kunnskap om blinde og kritiske perioder og avklart om det faktisk finnes

en slik periode, vil dette kunne bidra betraktelig til forståelsen av hva som skjer med hjernen når den avskjæres fullstendig fra visuell informasjon. Dette vil ha viktige implikasjoner for tilrettelegging for og behandling av blinde. Sensorisk erstatning er i dag et lovende forskningsområde og kan sannsynligvis føre til utvikling av viktige hjelpemidler i rehabilitering av syn hos blinde, siden det er påvist at en del reorganisering kan skje senere i livet.

Forskning på dette området minner oss også om hjernens evne til plastisitet mer generelt og viktigheten av sensitive perioder. I utredning bør man være oppmerksom på når den utløsende hendelsen har inntruffet for å få en bedre forståelse av hvordan hjernen kan ha tilpasset seg som følge av denne, og hvilket endringspotensial personen har. Å forstå hvordan hjernen endrer seg og hvilke prosesser som styrer disse endringene er viktig både for å forstå normal og abnormal atferd og for å utvikle behandling av atferdsmessige og psykiske lidelser (Kolb, Gibb, & Robinson, 2003). Forholdet mellom plastisitet og mental helse må undersøkes mer detaljert i fremtidige studier. Det er allerede mulig med dagens kunnskap om hjernens plastisitet å tilpasse behandling slik at man utnytter hjernens dynamiske egenskaper når man planlegger og igangsetter intervensjoner.

#### KONKLUSJON

Litteraturen viser at det er forskjeller i kryssmodalitet og reorganisering i hjernen hos tidlig blinde og sent blinde. Ettersom reorganiseringen hos tidlig blinde er mer omfattende enn den man ser hos sent blinde, vil også konsekvensene av denne reorganiseringen være ulik for de to gruppene. Den umodne hjernen er i større grad i stand til å utvikle kompenserende prosesser, og de som har blitt blinde tidlig i livet kan sies å være bedre tilpasset livet som blind. Likevel tyder forskning på at også sent blinde viser stor tilpasningsevne, noe som understreker viktigheten av å gi tett oppfølging av blindhet som inntreffer i sen barndom og voksen alder. Forskning på hva som skjer ved tap av synssansen illustrerer i et større perspektiv at hjernen er plastisk hele livet. Denne fantastiske evnen til plastisitet omfatter ikke bare tilpasning til blindhet, men all læring og utvikling. ✘



## REFERANSER

- Amedi, A., Raz, N., Azuly, H., Malach, R., & Zohary, E. (2010). Cortical activity during tactile exploration of objects in blind and sighted humans. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 28(2), 143–156. doi:10.3233/RNN-2010-0503
- Bach-y-Rita, P., & Kercel, S.W. (2003). Sensory substitution and the human-machine interface. *Trends in cognitive sciences*, 7(12), 541–546. doi:10.1016/j.tics.2003.10.013
- Bedny, M., Konkle, T., Pelphrey, K., Saxe, R., & Pascual-Leone, A. (2010). Sensitive period for a multimodal response in human visual motion area MT/MST. *Current Biology*, 20(21), 1900–1906. doi:10.1016/j.cub.2010.09.044
- Berk, L.E. (2009). *Child development* (8th ed., p 24). Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Büchel, C., Price, C., Frackowiak, R.S., & Friston, K. (1998). Different activation patterns in the visual cortex of late and congenitally blind subjects. *Brain*, 121 (3), 409–419. doi:http://dx.doi.org/10.1093/brain/121.3.409
- Burton, H., Diamond, J.B., & McDermott, K.B. (2003). Dissociating cortical regions activated by semantic and phonological tasks: a fMRI study in blind and sighted people. *Journal of Neurophysiology*, 90(3), 1965–1982. doi:10.1152/jn.00279.2003
- Burton, H., Snyder, A.Z., Conturo, T.E., Akbudak, E., Ollinger, J.M., & Raichle, M.E. (2002). Adaptive changes in early and late blind: a fMRI study of Braille reading. *Journal of Neurophysiology*, 87(1), 589–607.
- Burton, H., McLaren, D.G., & Sinclair, R.J. (2006). Reading embossed capital letters: an fMRI study in blind and sighted individuals. *Human brain mapping*, 27(4), 325–339. doi:10.1002/hbm.20188
- Cohen, L.G., Weeks, R.A., Sadato, N., Celnik, P., Ishii, K., & Hallett, M. (1999). Period of susceptibility for cross-modal plasticity in the blind. *Annals of Neurology*, 45(4), 451–460. doi:10.1002/1531-8249
- Collignon, O., Dormal, G., Albouy, G., Vandewalle, G., Voss, P., Phillips, C., & Lepore, F. (2013). Impact of blindness onset on the functional organization and the connectivity of the occipital cortex. *Brain*, 136(9), 2769–2783. doi:10.1093/brain/awt176
- Collignon, O., Vandewalle, G., Voss, P., Albouy, G., Charbonneau, G., Lassonde, M., & Lepore, F. (2011). Functional specialization for auditory-spatial processing in the occipital cortex of congenitally blind humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(11), 4435–4440. doi:10.1073/pnas.1013928108
- De Volder, A.G., Catalan-Ahumada, M., Robert, A., Bol, A., Labar, D., Coppens, A., . . . Veraart, C. (1999). Changes in occipital cortex activity in early blind humans using a sensory substitution device. *Brain research*, 826(1), 128–134. doi:10.1016/S0006-8993(99)01275-5
- Dormal, G., Lepore, F., & Collignon, O. (2012). Plasticity of the dorsal «spatial» stream in visually deprived individuals. *Neural plasticity*, 2012(26), 1–12. doi:http://dx.doi.org/10.1155/2012/687659
- Fine, I., Wade, A.R., Brewer, A.A., May, M.G., Goodman, D.F., Boynton, G.M., . . . Ia Macleod, D. (2003). Long-term deprivation affects visual perception and cortex. *Nature neuroscience*, 6(9).
- Fortin, M., Voss, P., Lord, C., Lassonde, M., Pruessner, J., Saint-Amour, D., . . . Lepore, F. (2008). Wayfinding in the blind: larger hippocampal volume and supranormal spatial navigation. *Brain*, 131(11), 2995–3005. doi:10.1093/brain/awn250
- Goldreich, D., & Kanics, I. M. (2003). Tactile acuity is enhanced in blindness. *Journal of Neuroscience*, 23(8), 3439–3445.
- Gougoux, F., Zatorre, R.J., Lassonde, M., Voss, P., & Lepore, F. (2005). A functional neuroimaging study of sound localization: visual cortex activity predicts performance in early-blind individuals. *PLOS Biology*, 3(2). doi:0.1371/journal.pbio.0030027
- Guzzetta, A., D'Acunto, G., Rose, S., Tinelli, F., Boyd, R., & Cioni, G. (2010). Plasticity of the visual system after early brain damage. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(10), 891–900. doi:10.1111/j.1469-8749.2010.03710.x
- Hubel, D.H., & Wiesel, T.N. (1970). The period of susceptibility to the physiological effects of unilateral eye closure in kittens. *The Journal of Physiology*, 206(2), 419–436.
- Hötting, K., & Röder, B. (2009). Auditory and auditory-tactile processing in congenitally blind humans. *Hearing research*, 258(1), 165–174. doi:10.1016/j.heares.2009.07.012
- Jiang, J., Zhu, W., Shi, F., Liu, Y., Li, J., Qin, W., . . . Jiang, T. (2009). Thick visual cortex in the early blind. *The Journal of Neuroscience*, 29(7), 2205–2211. doi:10.1523/JNEUROSCI.5451-08.2009
- Johnson, M. (1997). *Developmental Cognitive Neuroscience: An Introduction*. Oxford: Blackwell.
- Klinge, C., Eippert, F., Röder, B., & Büchel, C. (2010). Corticocortical connections mediate primary visual cortex responses to auditory stimulation in the blind. *Journal of Neuroscience*, 30(38), 12798–12805. doi:10.1523/JNEUROSCI.2384-10.2010
- Kolb, B., Gibb, R., & Robinson, T.E. (2003). Brain plasticity and behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 1–5. doi: 10.1111/1467-8721.01210
- Kujala, T., Alho, K., Huottilainen, M., Ilmoniemi, R.J., Lehtokoski, A., Leinonen, A., & Naatanen, R. (1997). Electrophysiological evidence for cross-modal plasticity in humans with early- and late-onset blindness. *Psychophysiology*, 34(2), 213–216. doi:10.1111/j.1469-8986.1997.tb02134.x
- Lessard, N., Pare, M., Lepore, F., & Lassonde, M. (1998). Early-blind human subjects localize sound sources better than sighted subjects. *Nature*, 395(6699), 278–280. doi:10.1038/26228
- Lewis, P.M., Ackland, H.M., Lowery, A.J., & Rosenfeld, J.V. (2015). Restoration of vision in blind individuals using bionic devices: A review with a focus on cortical visual prostheses. *Brain research*, 1595, 51–73. doi:10.1016/j.brainres.2014.11.020
- Lorber, B., Hsiao, W.K., Hutchings, I.M., & Martin, K.R. (2013). Adult rat retinal ganglion cells and glia can be printed by piezoelectric inkjet printing. *Biofabrication*, 6(1), 015001. doi: 10.1088/1758-5082/6/1/015001.
- Maurer, D., Lewis, T.L., & Mondloch, C.J. (2005). Missing sights: consequences for visual cognitive development. *Trends in cognitive sciences*, 9(3), 144–151. doi:10.1016/j.tics.2005.01.006

- Pietrini, P., Furey, M.L., Ricciardi, E., Gobbi, M.L., Wu, W.H., Cohen, L., . . . Haxby, J.V. (2004). Beyond sensory images: Object-based representation in the human ventral pathway. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(15), 5658–5663. doi:10.1073/pnas.0400707101
- Poirier, C., Collignon, O., Scheiber, C., Renier, L., Vanlierde, A., Tranduy, D., . . . De Volder, A. G. (2006). Auditory motion perception activates visual motion areas in early blind subjects. *Neuroimage*, 31(1), 279–285. doi:10.1016/j.neuroimage.2005.11.036
- Rebillard, G., Carlier, E., Rebillard, M., & Pujol, R. (1977). Enhancement of visual responses on the primary auditory cortex of the cat after an early destruction of cochlear receptors. *Brain Research*, 129(1), 162–164. doi:10.1016/0006-8993(77)90980-5
- Sadato, N., Okada, T., Honda, M., & Yonekura, Y. (2002). Critical period for cross-modal plasticity in blind humans: a functional MRI study. *Neuroimage*, 16(2), 389–400. doi:10.1006/nimg.2002.1111
- Sadato, N., Pascual-Leone, A., Grafman, J., Deiber, M.P., Ibanez, V., & Hallett, M. (1998). Neural networks for Braille reading by the blind. *Brain*, 121(7), 1213–1229. doi:http://dx.doi.org/10.1093/brain/121.7.1213
- Satihhan, K. (2005). Visual cortical activity during tactile perception in the sighted and the visually deprived. *Developmental psychobiology*, 46(3), 279–286. doi:10.1002/dev.20056
- Schenkman, B.N., & Nilsson, M.E. (2010). Human echolocation: Blind and sighted persons' ability to detect sounds recorded in the presence of a reflecting object. *Perception*, 39(4), 483–501. doi:10.1068/p6473
- Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, »mindsight,» and neural integration. *Infant mental health journal*, 22(1–2), 67–94. doi:10.1002/1097-0355
- Simon-Dack, S.L., Rodriguez, P.D., & Teder-Sälejärvi, W.A. (2008). Psychophysiology and imaging of visual cortical functions in the blind: a review. *Behavioural neurology*, 20(3–4), 71–81. doi:10.3233/BEN-2008-0217
- Slimani, H., Danti, S., Ptito, M., & Kupers, R. (2014). Pain perception is increased in congenital but not late onset blindness. *PLoS ONE*, 9(9). doi:10.1371/journal.pone.0107281
- Stevens, A.A., & Weaver, K.E. (2009). Functional characteristics of auditory cortex in the blind. *Behavioural brain research*, 196(1), 134–138. doi:10.1016/j.bbr.2008.07.041
- Tao, Q., Chan, C.C., Luo, Y.J., Li, J.J., Ting, K.H., Wang, J., & Lee, T.M. (2013). How does experience modulate auditory spatial processing in individuals with blindness? *Brain topography*, 1–14. doi:10.1007/s10548-013-0339-1
- Uhl, F., Franzen, P., Lindinger, G., Lang, W., & Deecke, L. (1991). On the functionality of the visually deprived occipital cortex in early blind persons. *Neuroscience Letters*, 124(2), 256–259. doi:10.1016/0304-3940(91)90107-5
- Uhl, F., Kretschmer, T., Lindinger, G., Goldenberg, G., Lang, W., Oder, W., & Deecke, L. (1994). Tactile mental imagery in sighted persons and in patients suffering from peripheral blindness early in life. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 91(4), 249–255. doi:10.1016/0013-4694(94)90188-0
- Veraart, C., De Volder, A.G., Wanet-Defalque, M.C., Bol, A., Michel, C., & Goffinet, A.M. (1990). Glucose utilization in human visual cortex is abnormally elevated in blindness of early onset but decreased in blindness of late onset. *Brain Research*, 510(1), 115–121. doi:10.1016/0006-8993(90)90735-T
- Voss, P. (2013). Sensitive and critical periods in visual sensory deprivation. *Frontiers in Psychology*, 4, 664. doi:10.3389/fpsyg.2013.00664
- Voss, P., Collignon, O., Lassonde, M., & Lepore, F. (2010). Adaptation to sensory loss. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 1(3), 308–328. doi:10.1002/wcs.13
- Voss, P., Gougoux, F., Zatorre, R. J., Lassonde, M., & Lepore, F. (2008). Differential occipital responses in early- and late-blind individuals during a sound-source discrimination task. *Neuroimage*, 40(2), 746–758. doi:10.1016/j.neuroimage.2007.12.020
- Voss, P., Gougoux, F., Lassonde, M., Zatorre, R.J., & Lepore, F. (2006). A positron emission tomography study during auditory localization by late-onset blind individuals. *Neuroreport*, 17(4), 383–388. doi:10.1097/01.wnr.0000204983.21748.2d
- Voss, P., Pike, B.G., & Zatorre, R.J. (2014). Evidence for both compensatory plastic and disuse atrophy-related neuroanatomical changes in the blind. *Brain*, 137(4), 1224–1240. doi:10.1093/brain/awu030
- Voss, P., & Zatorre, R.J. (2012). Occipital cortical thickness predicts performance on pitch and musical tasks in blind individuals. *Cerebral Cortex*, 22(11), 2455–2465. doi:10.1093/cercor/bhr311
- Wan, C.Y., Wood, A.G., Reutens, D.C., & Wilson, S.J. (2010). Congenital blindness leads to enhanced vibrotactile perception. *Neuropsychologia*, 48(2), 631–635. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.10.001
- Wan, C. Y., Wood, A. G., Reutens, D. C., & Wilson, S. J. (2010). Early but not late-blindness leads to enhanced auditory perception. *Neuropsychologia*, 48(1), 344–348. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.08.016
- Wanet-Defalque, M.C., Veraart, C., De Volder, A., Metz, R., Michel, C., Doooms, G., & Goffinet, A. (1988). High metabolic activity in the visual cortex of early blind human subjects. *Brain Research*, 446(2), 369–373. doi:10.1016/0006-8993(88)90896-7
- Wiesel, T. N., & Hubel, D. H. (1963). Single-Cell Responses in Striate Cortex of Kittens Deprived of Vision in One Eye. *Journal of Neurophysiology*, 26, 1003–1017.
- Wiesel, T.N., & Hubel, D.H. (1965). Comparison of the effects of unilateral and bilateral eye closure on cortical unit responses in kittens. *Journal of Neurophysiology*, 28(6), 1029–1040.
- Wittenberg, G.F., Werhahn, K.J., Wassermann, E.M., Herscovitch, P., & Cohen, L.G. (2004). Functional connectivity between somatosensory and visual cortex in early blind humans. *European Journal of Neuroscience*, 20(7), 1923–1927. doi:10.1111/j.1460-9568.2004.03630.x
- Zhou, X.M., & Merzenich, M.M. (2009). Developmentally degraded cortical temporal processing restored by training. *Nature Neuroscience*, 12(1), 26–28. doi:10.1038/nn.223

FOTO: ROCK HUDSON OG JULIE ANDREWS I FILMEN DARLING LULL (1968)



## De uventede kyskene

**Kunstig intelligens forsøker å forutse kysket (og andre menneskelige handlinger), men får det ikke helt til.**

Det kan være greit å vite om det er et kyss på gang, eller om vedkommende bare lente seg vel langt inn i intimsone din. En ny algoritme kan (av og til) forutse om det er det ene eller det andre som er i ferd med å skje.

«Deep-learning», eller «dyp-læring», heter fremgangsmåten forskerne ved Massachusetts Institute of Technology har benyttet seg av. Forskerne har trent flere datasystemer til å forstå kroppsspråkets intrikate mønstre, slik at maskinene kan gjette hvordan to mennesker vil reagere på hverandre. Målet er å bruke kunnskapen i akuttberedskapstjenesten, der roboter etter hvert skal bli i stand til å vurdere om en person er skadet eller i fare.

Et nettverk av datamaskiner så 600 timer med underholdningsprogrammer av typen «Frustrerte fruer» og «The Office». Deretter fikk datasystemet bruke sine algoritmer på helt nye videoklipp. Maskinene ble bedt om å forutsi om folk i videoene ville klemme, kysse, gi en high-five eller håndhilse.

Dyp-læringsprogrammet forutså riktig handling mer enn 43 prosent av gangene (videoen ble satt på pause ett sekund før handlingen utspilte seg på skjermen). Til sammenligning gjettet mennesker riktig 71 prosent av gangene. Med andre ord, læringsystemene har enda litt å lære.

Forskerne er optimistiske på vegne av utviklingen av denne typen kunstig intelligens: «Vi ønsket å vise at datamaskiner, gjennom videotitting, kunne få nok kunnskap til å forutse menneskelig samhandling», uttalte Carl Vondrick, en av doktorgradsstudentene tilknyttet prosjektet. Selv om algoritmene til forskerteamet ennå ikke er nøyaktige nok til å kunne anvendes, er studien, som er delfinansiert av Google, ett skritt i retningen av utviklingen av roboter som kan dekode menneskelig atferd.

**Kilde:** <http://fox13now.com/2016/06/21/new-artificial-intelligence-can-predict-when-you-will-kiss-someone/>

## Robotskepsis

**Vi ønsker ikke roboter som ligner oss selv.**

Sosiale roboter er i skuddet som aldri før, men nå viser en ny studie, publisert i *International Journal of Social Robotics* i januar i år, at mennesker er skeptiske til roboter som i for stor grad ligner oss selv for mye. I studien har forskerne vist bilder og filmer av ulike typer roboter, fra svært maskinaktige til svært menneskelignende, til et utvalg personer, og analysert responsen deres. Jo mer menneskelige robotene framstod, jo mer betenkt var utvalget til å bruke robotene. Forskerne Francesco Ferrari og Maria Paola Paladino fra Universitetet i Trento, Italia, og Jolanda Jetten fra University of Queensland, Australia, tolker resultat slik: Det vi ikke liker med antropomorfe roboter, er at de i for stor grad oppleves som et angrep på vår egenart. Spørsmålet er likevel om testpersonene reagerte på denne måten fordi sosiale roboter er et nytt fenomen og at det tar tid til å bli vant til dem, eller om aversjonen er mer generell og tidløs. Det gir studien ikke noe svar på.

**Kilde:** <http://link.springer.com/article/10.1007/s12369-016-0338-y>

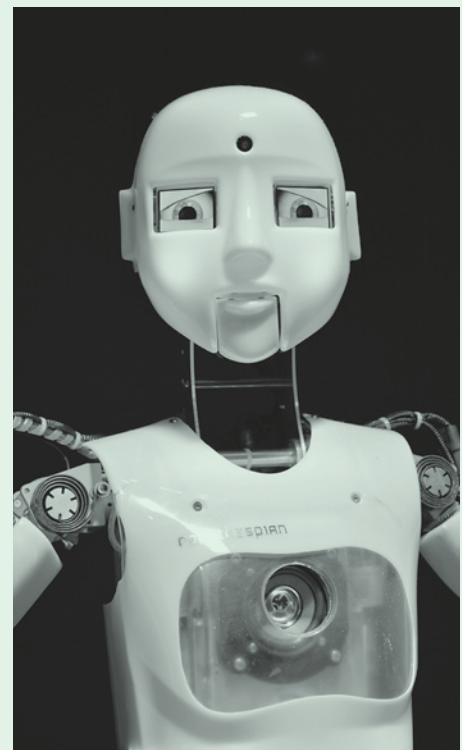


FOTO: MB-FOTOGRAFIE/PHXABAY



*Bendik Kaltenborn*

## FRA PRAKSIS

# - Du har hjernevasket meg

Første gangen jeg møtte Gunnar, var han sint og avvisende. Siste gangen jeg så ham, mente han at jeg hadde hjernevasket ham - på en god måte. EMDR-terapi med en gutt med Aspergers syndrom viste seg virksomt.

**B**arn med Aspergers syndrom har ofte vansker med å dra nytte av tradisjonell psykoterapi. En årsak kan være vansker med å sette ord på følelser. Dette er historien om hvordan EMDR-terapi kan fungere som et nyttig alternativ for denne pasientgruppen.

## GUNNAR

Gunnar (13) ble henvist til BUP av fastlegen sin med ønske om utredning av Aspergers syndrom og behandling av en mulig posttraumatisk lidelse (PTSL) etter langvarig mobbing på skolen. Gunnar var ikke selv klar over mistanken om Aspergers syndrom, han trodde han var henvist til BUP for å få hjelp til å håndtere de vonde minnene etter mobbingen.

Foreldrene fortalte i inntakssamtalen at Gunnar alltid hadde hatt sosiale vansker; han

hadde hatt vansker med å forstå sosiale koder og situasjoner. Han forsto ikke ironi, og utviste i svært vekslende grad empatiske evner. Han hadde alltid blitt opplevd som litt annerledes av omgivelsene; han var veslevoksen, søkte aldri trøst hos voksne, avviste nærkontakt og søkte alltid mye oppmerksomhet uten å vurdere om den var positiv eller negativ. Han ble opplevd som rigid og kunne være helt fastlåst i situasjoner som plutselig endret seg. Han hadde få venner. Han hadde også et veldig voksent språk, og foreldrene beskrev ham som litt professoraktig, samtidig som de var usikre på om det han sa, var forankret i en genuin forståelse av det han pratet om.

For cirka ett år siden hadde foreldrene blitt informert om den omfattende mobbingen som hadde foregått over flere år. Foreldrene hadde hatt mistanke om at Gunnar ikke hadde det så

## TEKST

Kjersti Berge Evensen, psykologspesialist og stipendiat ved Universitetet i Stavanger

## KONTAKT

kjersti.bevensen@uis.no

## ILLUSTRASJON

Bendik Kaltenborn



## EMDR

- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) er en psykoterapeutisk tilnærming som kombinerer teknikker fra ulike terapeutiske retninger, blant annet kognitiv terapi. Ulike former for bilateral/tosidig stimulering er en sentral teknikk innen EMDR.
- Virkningsmekanismene ved EMDR er antatt å være at den tosidige stimuleringen, som øyebevegelser, auditiv eller taktil stimulering, aktiverer begge hjernehalvdelen. Gjennom oppmerksomhetsfokus på både traumet og stimuleringen øker tempoet i informasjonsbehandlingen.
- Metoden er anerkjent som en effektiv behandlingsmetode for bearbeiding av traumer, men brukes også i behandling av andre psykiske lidelser forbundet med sterke følelser.

Kilde: *emdrnorge.no*

greit på skolen, men på direkte spørsmål hadde Gunnar alltid benektet at noe var galt. Foreldrene fortalte at de hadde merket at gutten hadde forandret seg, men at denne forandringen hadde kommet så gradvis at de ikke hadde reagert. Når de så tilbake, så de likevel at Gunnar de siste årene hadde blitt mer stille, mer irritabel og hadde fått lavere frustrasjonstærskel. Først da klassen fikk ny kontaktlærer, ble mobbingen oppdaget og tatt tak i. Både den nye kontaktlæreren og Gunnar kunne fortelle om systematisk utestenging, verbal mobbing som gikk på utseende og atferd, samt fysisk mobbing som slag, spark, lugging, kloring.

Da mobbingen ble tatt tak i, var det som om Gunnar falt litt sammen, og han var mye sint. Han fikk problemer med å konsentrere seg om skolearbeidet, og hadde ofte mareritt og søvnvansker. Han hadde store humørsvingninger og gråt lett. Foreldrene fortalte at Gunnar var svært avvisende til å snakke om mobbingen, og de var bekymret fordi han begynte å gråte hver gang dette ble tatt opp. Han pleide imidlertid å gjøre alt han kunne for å skjule at han gråt, og ga sterke nonverbale uttrykk for at dette var ubehagelig for ham: Han så opp, blunket med øynene, tørket tårene fort bort, ga ikke øyekontakt, begynte å tromme med fingrene eller riste med beina. Han gikk også raskt i forsvar hvis foreldrene tok opp mobbetemaet, og han uttrykte sterk redsel for å bli oppfattet som annerledes og for at noen skulle klandre ham for selv å ha skyld i mobbingen.

Etter en helhetlig vurdering av tidligere utredninger og kartlegginger, samtaler med foreldre og skole og samtaler med Gunnar selv ble diagnosen Aspergers syndrom satt. I samråd med foreldrene bestemte jeg meg samtidig for at Gunnar ikke skulle bli informert om diagnosen før traumebehandlingen var gjennomført. Beslutningen baserte seg på flere overveielser: Gunnar var svært vår for å bli oppfattet som annerledes enn andre, og derigjennom selv få skyld i mobbingen. Dette hadde han uttrykt flere ganger til meg, sine foreldre og til sin lærer. Jeg vurderte at han lett kunne tolke en diagnose innenfor autismespekteret dithen at mobbingen var selvforskyldt, all den tid Aspergers syndrom er en diagnose som blant annet sier noe om avvikende sosial atferd og kommunikasjonsvansker. På grunn av dette antok jeg også at det var økt risiko for at Gunnar ville avvise diagnosen, samt avvise videre behandling med meg som terapeut. Jeg vurderte videre at en slik diagnose kunne øke risikoen for utvikling av depresjon, både fordi diagnosen lett kunne føre til en forsterket følelse av annerledeshet, og fordi vi da måtte utsette traumebehandlingen for å sikre god forståelse og informasjon om aspergerdiagnosen. Jeg bestemte meg derfor for å gjennomføre traumebehandling først.

### HVA VILLE VIRKE?

Fagfolk er uenige om hvorvidt barn og ungdom med Aspergers syndrom drar nytte av tradisjonell psykoterapi. Samtidig synes denne gruppen å være spesielt sårbare for å utvikle psykiske lidelser, og behovet for kunnskap om behandling av psykiske lidelser hos disse barna er derfor stort (Kaland, 2009; Karlsen, 2000). Ifølge Karlsen (2000) bør fokus flyttes bort fra at eksisterende terapiformer synes lite fruktbare for denne gruppen, til å utvikle og prøve ut alternative terapiformer. Behandlingsmodellen som har fått mest empirisk støtte innenfor traumeterapi for barn og ungdom per i dag, er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (Jensen, 2011), og jeg vurderte derfor om denne behandlingsmodellen

kunne brukes. Komponenter fra TF-CBT ville helt klart være nyttige for Gunnar, men samlet ble denne terapiformen anslått å kreve for store verbale ferdigheter i forhold til hva jeg tenkte Gunnar ville mestre. I tillegg har TF-CBT mye fokus på å identifisere og uttrykke følelser, noe vi også vurderte som vanskelig for Gunnar.

Gunnar hadde tidligere utvist sterkt ubehag når noen hadde forsøkt å få ham til å fortelle om mobbeepisodene, og han hadde en lang historie med å avvise hjelpepersonell. Vi vurderte derfor at en behandlingsmodell som ikke vektlegger omfattende verbal konstruksjon av traumenarrativer, ville være viktig. I og med at han hadde avvist tidligere hjelpepersoner og eksplisitt hadde uttrykt manglende tillit til voksne, var det også viktig at vi fant en behandling som kunne gi hurtig bedring. Jeg vurderte at jeg sannsynligvis ikke ville få mange sjanser til å hjelpe ham hvis ikke det jeg gjorde, ga rask og merkbar bedring.

Gunnar hadde vansker med emosjonelle uttrykk, både å uttrykke egne emosjoner og forstå andres. Det var derfor viktig at behandlingsmodellen vi valgte, ikke forutsatte gode evner til emosjonsforståelse og begreper knyttet til dette. Han hadde også vansker med å huske flere av mobbeepisodene, spesielt detaljer knyttet til dem, og det var viktig å velge en metode som ikke forutsatte god hukommelse for slike minner.

EMDR, eller Eye Movement Desensitization Reprocessing, ble derfor vurdert som en egnet behandlingsmodell med tanke på hans vansker. EMDR er en terapeutisk teknikk der traumatiske minner bearbeides gjennom bilateral stimulering, slik at emosjoner knyttet til traumene gjøres mindre overveldende (Tinker & Wilson, 1999). Flere studier viser at EMDR er effektiv i behandling av PTSL (Shapiro, 2005; Tinker & Wilson, 1999). EMDR består kort fortalt i å identifisere hendelsen eller traumet som antas å gi pasienten symptomer. Dette gjøres ved hjelp av en teknikk som kalles *floatback*: Man instruerer pasienten til å mentalt gli bakover i tid til situasjoner som har vært truende eller gitt ubehag. Til slutt har man en kjede av hendelser, og pasienten har kommet frem til det eldste minnet. Videre identifiseres positive og negative «kognisjoner» som er knyttet til dette minnet. Kognisjonene skal være en antakelse om en selv, slik som «jeg er hjelpe-

løs», og pasienten skal angi hvor sanne uttalelsene kjennes, på en skala fra 1 til 10. Pasienten blir deretter bedt om å identifisere emosjoner og ubehag som oppstår når han tenker på dette minnet, og lokalisere hvor i kroppen ubehaget sitter. Også emosjonene og ubehaget skal valideres på tallskalaer.

Behandlingen består videre i å få pasienten til å visualisere minnet og holde fast ved dette bildet mens han beveger øynene raskt fra side til side ved å følge terapeutens fingre eller motta bilaterale auditive signaler. Prosesseringen blir repetert til pasienten ikke lenger rapporterer om negative minner, følelser, kroppslige signaler eller kognisjon i forbindelse med traumet (måles ved validering med tall).

#### Hvorfor virker EMDR?

Det antas at ulike former for bilateral stimulering aktiverer både venstre og høyre hjernehalvdel, og at fokus på både traumet og stimuleringen øker tempoet i informasjonsbearbeidingen (Shapiro, 2005; Tinker & Wilson, 1999).

Det er ennå relativt få studier på bruk av EMDR for barn og ungdom med Aspergers syndrom og PTSL, men det antas at EMDR gir god effekt i behandling av PTSL hos denne gruppen (Kosatka & Ona, 2014). Dette skyldes i hovedsak at metodens aktive bilaterale prosessering av traumatiske minner ikke krever gode verbale ferdigheter.

#### TERAPIFORLØPET

I begynnelsen av behandlingen brukte Gunnar og jeg god tid på å bli kjent. Det var viktig for meg at han ble trygg på meg, men det var også viktig for meg at han fikk en følelse av kontroll og mestring i terapisisituasjonen. Jeg antok at Gunnar var blitt fratatt følelsen av kontroll og mestring mange ganger gjennom mobbing, og det var derfor avgjørende at terapisisituasjonen ikke ga ham opplevelse av avmakt og frustrasjon. Vi brukte mye tid i begynnelsen på å snakke om hans interesser. Vi avtalte at vi delte inn timene i to: Første halvdel var min, andre halvdel var hans, og han kunne snakke om det han ville. Dette fungerte fint.

De første timene fikk han informasjon om hva BUP er, hva en psykolog er, hvilke barn som kommer til BUP, og av hvilke årsaker barn blir henvist til BUP. Videre informerte jeg om hva jeg visste om ham, og fortalte ham hva som er vanlige symptomer etter mobbing, »



Jeg ville sannsynligvis ikke få mange sjanser til å hjelpe ham hvis ikke det jeg gjorde, ga rask og merkbar effekt



Han sa at han visste at mange vitenskapsmenn hadde hatt denne diagnosen, og at han nå kanskje hadde noe til felles med veldig smarte folk

samt trygget ham på at det han hadde opplevd var alvorlig, og at hans reaksjoner var fullt forståelige.

Jeg ga så informasjon om EMDR som behandlingsmetode. Gunnar syntes det hørt litt rart ut at dette kunne behandle vonde minner, men ga uttrykk for at det var greit. I disse første timene var Gunnar tilsynelatende uinteressert når jeg pratet, svarte med enstavelser, trakk mye på skuldrene, sa *samme for meg* som svar på de fleste spørsmål eller betraktninger jeg hadde. Han var ikke uvennlig, men kunne ofte bli litt brysk i svarene. Dette kom gjerne hvis vi berørte temaet mobbing. Jeg tok ikke dette som avvisning, men heller som forsøk på å holde de vanskelige temaene på avstand, samt et høyt forsvar mot å gråte eller vise seg berørt. Han kom imidlertid alltid fem minutter for tidlig til timene, og satte seg gjerne ned i stolen på kontoret mitt og ville sitte der mens jeg forberedte meg til timen eller avsluttet annet arbeid. Og selv om han startet hver time med å si: *Jeg gidder ikke å sitte så lenge i dag altså, jeg har viktigere avtaler*, ble han til timen var slutt hver gang.

Det første vi gjorde, var å etablere «Trygt sted», en vanlig prosedyre i EMDR. Vi avtalte videre et eget stoppsignal (løfte hånden) hvis han underveis hadde behov for pauser.

Gunnar klarte fremdeles ikke å fortelle så mye om de ulike mobbeepisodene. Dette skyldtes både at det var vanskelig for ham å snakke om hendelsene, og at han hadde problemer med å huske hendelsesforløp og detaljer. Vi gjorde det derfor slik at jeg stilte enkle spørsmål og han svarte hvis han husket. Etterpå oppsummerte jeg historien slik jeg hadde oppfattet den, og han fikk mulighet til å eventuelt korrigere. Etter dette begynte vi med bilateral stimulering i form av øyebevegelser. Vanligvis gjennomførte vi tre til fire perioder med stimulering per historie. De fleste historiene handlet om fysisk mobbing og/eller situasjoner der han opplevde at de voksne ikke hadde grepet inn for å hjelpe ham.

Etter første time med EMDR ga Gunnar uttrykk for at det følte veldig rart, men han følte seg rolig og glad. Vi hadde da jobbet med en konkret episode der han var blitt sparket og slått av tre klassekamerater. Underveis i stimuleringen hadde han plutselig husket hvordan læreren hans hadde grepet inn, og hvordan disse tre guttene var blitt stilt til

ansvar for det de gjorde. Han husket også at de hadde kommet og bedt ham om unnskyldning. Mot slutten av denne første timen sa han at han måtte tvinge seg selv til å hente opp det vonde bildet, det kom ikke lenger automatisk.

De to neste timene gjentok det samme seg. Vi hadde fokus på tre ulike vonde episoder, og hver gang ga Gunnar uttrykk for å huske flere detaljer og hendelser som var knyttet til voksne som grep inn, eller til egen mestring av situasjonen.

Vi gjennomførte til sammen fem timer med EMDR, og fikk da bearbeidet seks mobbeepisoder.

Foreldrene rapporterte både underveis og etter avsluttet EMDR-behandling at Gunnar sov bedre, han virket gladere, han var oftere ute sammen med andre gutter, og han var lettere å kommunisere med. De syntes også at han virket mindre irritabel og sint. Gunnar selv ga uttrykk for at han ikke lenger tenkte så mye på mobbingen. Han kunne ikke lenger komme på noen spesielle episoder som var vanskelige for ham, og som han hadde behov for å bearbeide, men han ønsket likevel å fortsette å komme til samtaler en stund. Og det var i en av disse timene Gunnar selv introduserte temaet autisme og Aspergers syndrom. Han fortalte at han hadde en god venn med *veldig sterk autisme*, og sa at *jeg tror kanskje jeg òg har noe sånn autisme*. Han fremsto ikke trist da han sa det, og jeg opplevde det mer som en konstatering han søkte bekreftelse på. Han sa han hadde tenkt på det en stund, og syntes ikke lenger det gjorde noe å få den diagnosen. Han sa at han visste at mange vitenskapsmenn hadde hatt denne diagnosen, og at han nå kanskje hadde noe til felles med veldig smarte folk.

Da vi avsluttet og hadde hatt vår siste time, løp han ut døren og bortover gangen uten å si noe. Men helt plutselig var han tilbake i døra og sa: *Du vet at psykologene under krigen ble brukt til å hjernevaske folk? På en sånn dårlig måte? Det er det du har gjort med meg. Hjernevasket meg. Men på en god måte altså*. Og så løp han igjen.

#### EN FAST RAMME

EMDR viste seg å kunne imøtekomme mange av utfordringene og begrensningene knyttet til Gunnars vansker. Metoden ga raskt resultat, og både Gunnar og foreldrene rapporterte



om betydelig symptomlette. Ved å bruke EMDR ble det ikke stilt noen krav til Gunnar om å huske alle detaljer ved episoden eller at han måtte fortelle meg alt som hadde skjedd; begge deler vanskelig for ham. Jeg oppdaget også at jeg ikke trengte mye informasjon om hver enkelt episode for å kunne jobbe terapeutisk med den. Metoden ga også tiltrengt struktur og forutsigbarhet.

Noen utfordringer oppsto imidlertid underveis i behandlingsforløpet: Det var vanskelig for Gunnar å identifisere emosjonene som var knyttet til de traumatiske minnene. Vi løste til slutt dette ved å se på tegninger av ansikter som viste ulike enkle emosjonelle uttrykk, og ved hjelp av disse tegningene fant Gunnar ut hvilke ansikter som kunne beskrive hans emosjoner. Det var også vanskelig for ham å lokalisere hvor i kroppen ubehaget satt, men vi falt til slutt ned på at han hadde en generell uro i kroppen. Dette først etter at vi hadde definert uro og beskrevet hvordan det kan kjennes. Valideringen med tall av de enkelte komponentene i metoden var også noe vanskelig, her konkretiserte vi hva hvert enkelt tall betydde i ord.

Selve den bilaterale stimuleringen ble utfordrende å finne en løsning på. Gunnar syntes det var ubehagelig å sitte tett inntil meg, ansikt til ansikt. Han ville heller ikke at jeg skulle stå bak ham og vekselvis berøre skuldrene hans. Vi løste det ved at vi satt på skrå vendt bort fra hverandre, med et bord i midten. Jeg så ikke direkte på ham, men gjorde den bilaterale stimuleringen fra siden, slik at jeg beveget hånden foran ansiktet hans mens jeg selv satt med overkroppen vendt bort fra ham. Slik unn-gikk han å måtte se direkte på meg også. I begynnelsen var dette litt uvant for meg, jeg var vant til å ha mer kontroll og lese ansiktsuttrykk mens jeg gjorde de bilaterale stimuleringene. Men etter hvert som jeg ble bedre kjent med Gunnar, lærte jeg meg å tolke hans signaler, og vi fant et fint samspill i disse situasjonene.

Underveis funderte jeg på et etisk dilemma: Skulle jeg informere Gunnar om han hadde fått diagnosen Aspergers syndrom eller ikke? Jeg syntes det var vanskelig å sitte med informasjon og vurderinger om ham som han ikke visste om, og som var avgjørende for ham og vår forståelse av hans vansker. I etterkant er det lett å se at vurderingen om å ikke informere ham var riktig. Han opplevde meg sannsynligvis som en åpen og ikke-dømmende samtalepartner, noe som sannsynligvis gjorde det enklere for ham å etablere et tillitsforhold til meg.

For meg som terapeut ble dette behandlingsforløpet en god erfaring. Jeg opplevde EMDR som en ikke-invaderende metode. Gunnar var tidvis ganske avvisende både til meg som terapeut og til behandling, men jeg opplevde at denne metoden ga ham mulighet til selv å kontrollere hvor mye og hva han ville si. Samtidig opplevde han at behandlingen hadde hurtig effekt. Jeg erfarte at metoden var lett å tilpasse til hans vansker knyttet til aspergerdiagnosen, men også til hans personlige stil. Med små justeringer ga den en fast, ytre ramme for behandling. Jeg opplevde også at metoden krevde lite verbalisering og lite mental fleksibilitet hos pasienten. For meg som terapeut var det godt å slippe å bruke mye tid på å få tak i pasientens historie, samt slippe å oppleve å være invaderende overfor Gunnar.

Jeg tror endringene hos Gunnar skyldtes flere faktorer. Foreldrene hans fikk mye informasjon om Aspergers syndrom, og møtte sannsynligvis Gunnar på en annen måte enn tidligere. Gunnar fikk også ny lærer, som tok ham på alvor og fikk slutt på mobbingen, og med dette

bidro han sterkt til at Gunnar på ny fikk tillit til voksne. Tillit til voksne er svært avgjørende for å begrense symptomutviklingen hos traumatiserte barn (Dyregrov & Yule, 2006). Jeg antar at det var disse forholdene som sammen med EMDR-metoden bidro til endringene hos Gunnar.

## MER KUNNSKAP

Som terapeut vil jeg gjerne vite så mye som mulig om pasientens tanker og følelser, for å kunne gi god behandling. Uten den innsikten føles det ofte vanskelig å hjelpe. EMDR ga meg erfaring med hvordan terapi ikke alltid må innebære inngående verbalisering av hendelser og følelser. Metoden ga meg muligheten til å møte Gunnar på en ikke-invaderende måte, der jeg fikk ivaretatt både hans egne grenser og hans vansker med å uttrykke seg verbalt. Samtidig fikk vi bearbeidet hans vonde opplevelser og gitt ham en ny forståelse både av minnene og av seg selv.

Behandlingsforløpet med Gunnar viser at EMDR kan være effektiv i behandling av traumer hos ungdom med Aspergers syndrom. Det er lite kunnskap om hvordan denne metoden kan anvendes og tilpasses denne gruppen. Pasientgruppen er sårbar, og det er viktig med mer forskning for å øke kunnskapen om behandling og tilnærming for å kunne tilby behandling som er tilpasset både deres syndrom og psykiske lidelse. ✕

## REFERANSER

- Dyregrov, A. & Yule, W. (2006). A review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176–184.
- Jensen, T. (2011). Posttraumatisk stress hos barn og unge – forståelse og prinsipper for behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(1), 57–63.
- Kaland, N. (2009). Angst og affektive lidelser ved autismspektertilstander. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(3), 252–259.
- Karlsen, K. (2000). Barn med Asperger syndrom. Terapeutiske begrensninger og utfordringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37(10), 908–914.
- Kosatka, D. & Ona, C. (2014). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a Patient With Asperger's Disorder: Case Report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 13–18.
- Shapiro, F. (2005). *EMDR solutions, Pathways to Healing*. New York: Norton.
- Tinker, R.H. & Wilson, S.A. (1999). *Through the eyes of a child: EMDR with children*. New York: Norton.



**VITENSKAPELIG ARTIKKEL**

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 624-631 FAGFELLEVDERT

**EWA NESS**, Spesialist i psykiatri, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, **OLE STEEN**, Spesialist i psykiatri, Avdeling for akuttpsykiatri, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, **JON G. REICHEL**T, Dr.Med., Spesialist i psykiatri, Kontor for psykiatri og stressmestring / Institutt for militærpsykiatri, Forsvarets sanitet, **FREDRIK A. WALBY**, Forsker / Psykologspesialist, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo

**KONTAKT** ewa.ness@ous-hf.no

# REDUKSJON AV TVANGSINNLEGGELSER FRA LEGEVAKT

Gjennom fokuserte tiltak reduserte Psykiatrisk legevakt i Oslo andelen tvangsinnleggelseser fra 80 til 42 prosent. Antallet innleggelseser ble samtidig redusert med 43 prosent.

Psykisk helsevernloven (1999) hjemler muligheten til å legge inn personer uten eget samtykke til observasjon og behandling i psykisk helsevern. Hovedvilkåret er at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse. I tillegg må vedkommende enten være til fare for seg selv eller andre, forspille muligheten for vesentlig bedring, eller det må være fare for vesentlig forverring. Pasienter kan dessuten legges inn til tvungen observasjon i inntil ti dager dersom man mener det er overveiende sannsynlig at vilkårene for tvungent vern er til stede. Når pasienten blir mottatt på en akuttpsykiatrisk avdeling, skal det innen 24 timer gjøres en spesialistvurdering som avgjør om begjæringen om tvang skal tas til følge.

Psykisk helsevernloven har strenge rammer for når tvang kan brukes. Formålet er å sikre at etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. I loven står det i § 2-1: «Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke [...] med mindre annet følger av loven

**ABSTRACT**

*Reduced number of involuntary commitments from an emergency outpatient clinic*

For many years it has been a governmental goal to reduce involuntary psychiatric treatment in Norway, but with limited success. The Psychiatric Emergency Outpatient Clinic in Oslo implemented a series of measures during a ten-year period to reduce the occurrence of forced commitments. The result was a reduction from 80 percent to 42 percent during the period 2000-2013. The total number of hospital commitments was reduced over the same period by 43 percent. Our actions included a checklist, personal feedback, an audit of the journals, and abolishment of printed forms.

*Keywords: compulsory referrals, involuntary admittance, reduction*



Frem til år 2000 ble cirka 80 prosent av alle som ble innlagt fra Psykiatrisk legevakt, lagt inn på tvang

her.» Hovedregelen er altså at psykisk helsevern skal være frivillig. Dette er et lovområde som også er dekket av bestemmelsene i Menneskerettsloven, som i artikkel 5 anviser at «Enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet. Ingen må bli berøvet sin frihet unntatt i følgende tilfelle [...]».

Forsøk på å sammenlikne de nordiske landene tyder på at det er store forskjeller når det gjelder bruken av tvungent psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Island og Danmark ligger lavest, mens Norge og Finland ligger høyest. Det er forskjeller i lovverket, offentlig statistikk og utbyggingsgrad av helse- og sosialtjenestene i de enkelte landene. Alt dette gjør det vanskelig å sammenlikne forekomst av tvungent vern mellom landene. Sverige har nylig gjennomført et forbedringsarbeid, kalt «Bättre vård – mindre tvång». Målet var å høyne kompetansen og bedre datagrunnlaget, men det er ikke dokumentert at disse tiltakene har ført til redusert bruk av tvang (Socialstyrelsen, 2013). I Storbritannia finnes en bekymring for et økende antall tvangsinnleggelse. Bruk av kriseplaner og «Community Treatment orders», som kan sammenliknes med tvungent psykisk helsevern uten døgnbehandling, har ikke ført til reduksjon i antall tvangsinnleggelse (Johnsen, 2013).

Ifølge planen «Bedre kvalitet – økt frivillighet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) blir Norge kritisert av ulike menneskerettsorganer i FN og Europarådet for å ha en liberal tvangspraksis. Også politikere, fagmiljøer og brukerorganisasjoner er bekymret for at bruken av tvang innenfor psykisk helsevern i Norge er for høy. Myndighetene har utgitt to handlingsplaner for å redusere bruken av tvang de siste ti årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Innsamlede data viser at dette ikke har ført til redusert bruk av tvang på et nasjonalt nivå (Helsedirektoratet, 2010, 2011).

Psykiatrisk legevakt i Oslo er en del av spesialisthelsetjenesten for byens befolkning. Tjenesten drives av Oslo universitetssykehus og er lokalisert sammen med det kommunale legevaktilbudet. Oslo legevakt betjener en befolkning på ca. 650 000 innbyggere og tilreisende. I tillegg bruker mange pasienter fra kommunene rundt Oslo Psykiatrisk legevakt, uten at det foreligger tall som dokumenterer omfanget. Tjenesten er åpen på kveldstid (16–22) og

i helger (12–22), og er bemannet med leger, psykologer og sykepleiere. De fleste er spesialister innenfor de respektive yrkeskategoriene. Publikum kan henvende seg uten henvisning eller timeavtale. Noen bringes også til Psykiatrisk legevakt av politi, akutteam på DPS, politiarresten, fengsel, asylmottak eller av pårørende. Mange henvises også fra andre avdelinger ved legevakten. Hovedoppgavene er å tilby en rask diagnostisk vurdering og en avgrenset intervensjon basert på pasientens akutte behov, for deretter å henvise tilbake til ordinær behandling på dagtid (Oslo universitetssykehus, 2016).

Frem til år 2000 ble ca. 80 prosent av alle som ble innlagt fra Psykiatrisk legevakt, lagt inn på tvang. Rundt 2000 gjennomførte Legeforeningen et nasjonalt kvalitetsforbedringsprosjekt med tema reduksjon av tvang ved psykiatriske avdelinger. Det fins dessverre ikke publiserte resultater for dette prosjektet, men det er omtalt på [www.Legeforeningen.no](http://www.Legeforeningen.no) (Legeforeningen, 2011). Dette prosjektet førte til en bevisstgjøring og refleksjon over den høye andelen tvangsinnleggelse fra Psykiatrisk legevakt, og ledelsen besluttet å forsøke å redusere dette. En undersøkelse utført ved Psykiatrisk legevakt i 1998 viste at det ikke ble opplevd som vanskelig å få lagt inn pasienter i akuttpsykiatrien i Oslo (Ness & Hytten, 2000).

Hensikten med denne artikkelen er 1) å beskrive de ulike tiltakene vi iverksatte ved Psykiatrisk legevakt i tidsrommet 2001 til 2013 for å redusere antall tvangsinnleggelse, og 2) å beskrive utviklingen i antallet innleggelse fra Psykiatrisk legevakt til sykehus i samme periode. Vi ikke er kjent med andre undersøkelser som har vist reduksjon i tvangsinnleggelse.

#### METODE

I 2001 satte ledelsen opp et mål om å redusere andelen av tvangsinnleggelse fra 80 prosent til 50 prosent. Prosjektet ble etablert etter «gjennombruddsmodellen», som ble brukt i det nasjonale forbedringsprosjektet, og som var utviklet av Institute for Healthcare Improvement i USA og oversatt til norsk av Legeforeningen (Legeforeningen, 2011). Tiltakene ble rettet mot alle ansatte, men fordi det bare er leger som i henhold til lov om psykisk helsevern kan legge inn på tvang, var det et spesi-

elt fokus på denne yrkesgruppen. Det ble oppfordret til å unngå bruk av tvang i de tilfellene der pasienten selv ønsket innleggelse. Dette ble formidlet muntlig og skriftlig. Spesielt ble det oppfordret til å forsøke å unngå tvangsinnleggelse av pasienter med personlighetsforstyrrelser, eller med primær indikasjon selvmordsproblematikk eller akutt alkoholrus. Sekretæren registrerte alle innleggelsene ved å gjennomgå alle journalene daglig i journalsystemet Profdoc. Hun var informert om forbedringsprosjektet på samme måte som de ansatte.

Fra 2006 avvirket man bruken av sjekklister der man kunne krysse av for om kriteriene for tvang var til stede, som del av formalia for tvangsinnleggelse. Dette medførte at legen i innleggesskrivet måtte argumentere for tvangsinnleggelse for hvert enkelt av lovens kriterier, noe vi antok krevde mer aktiv stillingtagen til problemstillingen enn å krysse av på et skjema.

Fra 2007 fikk alle leger og psykologer personlig tilbakemelding om antall innleggelse og andelen tvangsinnleggelse hvert halvår. Alle ble oppfordret til å drøfte indikasjonen for innleggelse med en kollega for å bedre beslutningsgrunnlaget for innleggelse. Dette gjaldt både frivillige innleggelse og tvangsinnleggelse.

Vi laget en sjekkliste for innleggelse som beslutningsstøtte, som hver enkelt skulle gå igjennom før en innleggelse (tabell 1). Innleggende lege ved Psykiatrisk legevakt fikk også kopi av epikrisen når tvang ikke ble etablert ved sykehuset etter spesialistvedtaket. I en periode ble det også gitt tilbakemelding om ettdøgninnleggelse for å bevisstgjøre den enkelte lege og psykolog om sykehusets vurdering av deres innleggelse.

Fra 2009 gjennomførte vi en journalrevisjon, der alle innleggelse ble evaluert av tre erfarne spesialister som arbeidet ved tre av Oslos akuttpsykiatriske avdelinger. Tre journaler fra hver medarbeider ble evaluert anonymt med hensyn til om innleggelse var indisert, om argumentasjonen for dette var god nok, om tvangsinnleggelse eventuelt var nødvendig, og om formalia for dette var i orden. Deretter ble alle innleggelsesnotater ved tvangsinnleggelse i ett år evaluert på samme måte av en psykiater, som ga personlig tilbakemelding til den som la inn pasienten.

**Tabell 1** Sjekkliste

<b>Alle innleggelse skal drøftes med en annen spesialist eller i et team for å kvalitetssikre avgjørelsen.</b>
<b>Før en innleggelse gjennomgås denne sjekklisten:</b>
✓ Har pasienten en psykisk lidelse som forårsaker hans problemer?
✓ Har pasienten et alkoholproblem som kunne vært behandlet på avrusning eller ved henvisning til A-klinikk?
✓ Er pasienten somatisk syk?
✓ Kan pasienten samarbeide om behandlingen?
✓ Er det ikke mulig å behandle pasienten poliklinisk?
✓ Har frivillig behandling vært forsøkt, eller er det åpenbart formålsløst?
✓ Mangler pasienten nettverk, eller er disse ikke i stand til å ta ansvar for pasienten?
✓ Er pasienten til fare for seg selv eller andre?

## FUNN

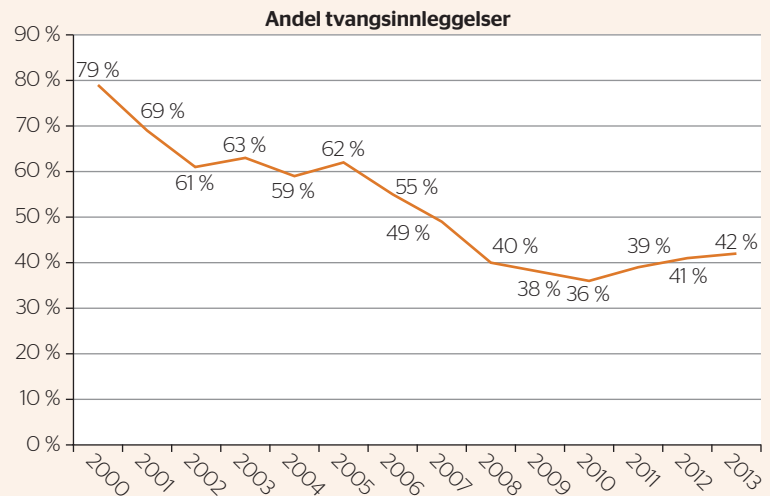
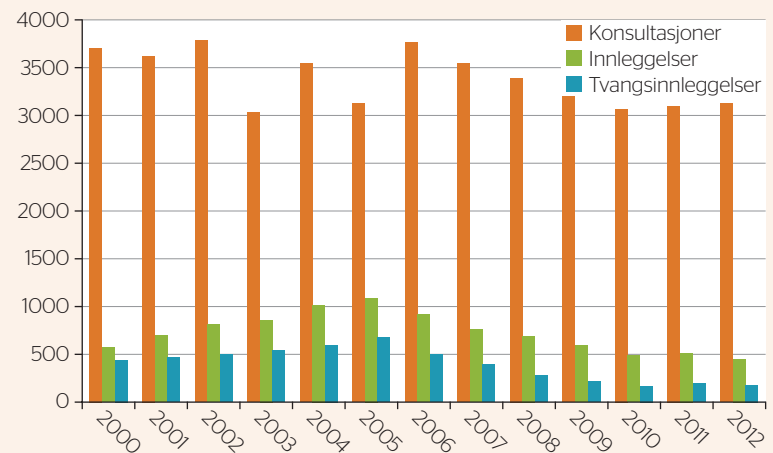
Tabell 2 gir en oversikt over utviklingen i antall konsultasjoner og innleggelse totalt, samt innleggelse til tvang. Fordi formålet med artikkelen er å studere reduksjonen i bruk av tvangsinnleggelse totalt, har vi ikke skilt mellom innleggelse til tvungent vern og til tvungen observasjon. Antall konsultasjoner har hatt en fallende tendens fra i overkant av 3500 per år i begynnelsen av perioden til om lag 2400 i 2013. Antall innleggelse har variert betydelig i samme periode. Fra 2000 ser vi en økning fra 15 prosent innleggelse av alle konsultasjoner frem til en topp i 2005 med 35 prosent innleggelse av alle konsultasjoner. Deretter har andelen innleggelse igjen falt tilbake mot utgangspunktet. I perioden 2005 til 2013 ble antallet innleggelse totalt redusert med 70 prosent.

Andelen tvangsinnleggelse av alle innleggelse sank fra 79 prosent i 2000 til 40 prosent i 2008, og har deretter ligget på dette nivået, samtidig som antall innleggelse totalt har falt betydelig. Fordi totalt antall innleggelse også har gått ned, er den faktiske reduksjonen i antall tvangsinnlagte større.

I deler av prosjektperioden ble det registrert antall innleggelse, og formalia ved disse fordelt på hver enkelt medarbeider. Kun innleggelse foretatt av lege er tatt med her, fordi bare denne yrkesgruppen har mulighet til å legge inn på tvang. For å unngå en svært stor grad av tilfeldighet i tallmaterialet når innleggelse ble brutt ned på hver enkelt lege, ble innleggelsesfrekvensen kun beregnet for leger med flere enn ti innleggelse. Av de 24 legene som inngår, varierte antall innleggelse i snitt mellom 0,5 innleggelse per vakt til 1,3 innleggelse per vakt. Median var 0,9 innleggelse per vakt. Det var også stor variasjon i andel tvangsinnleggelse per lege; fra to tvangsinnleggelse av totalt 15 innleggelse (13 prosent), til 26 av totalt 41 innleggelse (63 prosent). Innleggelse der tvang ikke ble etablert ved spesialistvurdering på sykehus, sank fra 10 prosent av alle tvangsinnleggelse i 2007 til 3 prosent i 2008. Vi registrerte ingen økning i antall selvmord knyttet til virksomheten i denne perioden. Det har ikke kommet noen formelle klager om at vår endrede praksis har medført uheldige konsekvenser i andre deler av tjenesteapparatet, for eksempel i form av at pasientene skriver seg raskt ut av sykehusavdelingen mot medisinske råd, eller økt bruk av konvertering til tvang. »

**Tabell 2** Oversikt over antall konsultasjoner, antall innleggelseser og antall tvangsinnleggelseser i årene 2000–2013

År	Innleggelseser og andel innleggelseser i prosent av antall konsultasjoner			Antall tvangsinnleggelseser (både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern), andel tvangsinnleggelseser i prosent av antall innleggelseser og andel tvangsinnleggelseser i prosent av konsultasjoner		
	Konsultasjoner n	n	prosent	n	prosent	prosent
2000	3706	571	15	444	79	12
2001	3618	702	19	471	69	13
2002	3780	818	22	503	61	13
2003	3022	861	28	539	63	17
2004	3544	1014	29	600	59	17
2005	3131	1090	35	680	62	22
2006	3767	923	25	504	55	13
2007	3540	764	21	389	49	11
2008	3398	695	20	278	40	8
2009	3202	592	18	225	38	7
2010	3063	487	15	173	36	6
2011	3095	514	17	199	39	6
2012	3123	456	15	186	41	6
2013	2415	326	13	137	42	6

**Figur 1** Andelen tvangsinnleggelseser av totalt antall innleggelseser**Figur 2** Antall konsultasjoner, antall innleggelseser og antall tvangsinnleggelseser

## DISKUSJON

Antallet innleggelse og andelen tvangsinnlegger er betydelig redusert ved Psykiatrisk legevakt i perioden 2000–2013. Selv om vi ikke har hatt noen kontrollgruppe, er det en tydelig tidsmessig sammenheng mellom innføringen av tiltakene og endringen av praksis. Den store reduksjonen, sammenholdt med at mer enn 50 behandlere har vært involvert over en 13-årsperiode, taler imot at dette er en tilfeldig endring. Det er grunn til å tro at fokuset på å redusere tvang og de tiltakene som er satt i verk, har virket. Slik studien er gjennomført, kan det imidlertid ikke sies noe om hvilke av tiltakene som eventuelt har hatt effekt, i hvor stor grad, og eventuelt for hvilke diagnostiske grupper. Tiltakene ble innført til dels etter hverandre etter hvert som vi evaluerte om de hadde effekt. Forskningsmessig er dette en svakhet.

Vi tror det viktigste tiltaket var den personlige tilbakemeldingen og fokuset på innleggelsespraksisen, fordi den skapte størst diskusjon og sammenfaller med tidspunktet for den kraftigste reduksjonen i tvang. Vi er ikke kjent med at klinikere andre steder får tilbakemeldinger om nivå av tvangsbruk, og de vil da ikke vite om de legger inn ofte eller sjelden på tvang. Vi var overrasket over den store variasjonen mellom legene med hensyn til andel tvangsinnleggelse. Vi er likevel mest overrasket over den store nedgangen i antall innleggelse totalt i samme periode, noe som ikke var et mål i prosjektet.

Det er samtidig en rekke andre forhold utenfor vårt prosjekt som kan ha hatt betydning for reduksjonen i antall konsultasjoner, andelen innleggelse og andelen tvangsinnleggelse. En nærliggende forklaring er at et mer omfattende tilbud innenfor psykisk helsevern er blitt etablert i samme periode. Dette gjelder både utbyggingen av DPS og av tjenester i kommunene, med bedre tilgjengelighet, og etableringen av ambulante akutteam og døgnbehandling på DPS, som har vært gjennomført på landsbasis i tråd med Opptappingsplanens intensjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999–2008). Nasjonalt steg imidlertid omfanget av tvangsinnleggelse i perioden 2001 til 2005, og flatet deretter ut og har holdt seg på omtrent samme nivå fra 2005 til 2010 (Helsedirektoratet 2010). Gjennom perioden 1998–2013 har antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne nasjonalt blitt halvert (Helsedirektoratet 2013).

Kjernegruppen for tvangsinnleggelse, pasientene med psykoselidelser, bor i dag ofte i bemannede boliger eller egne leiligheter med poliklinisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten og/eller kommunen. Dette er en gruppe vi ser mindre i legevaktsammenheng nå i forhold til for ti til femten år siden. Mange av disse pasientene var i en periode såkalte svingdørspasienter. De ble kortvarig tvangsinnlagt, særlig i perioden etter at de store sykehusene hadde bygd ned sengekapasiteten, før kommunene hadde bygd opp tilstrekkelige tiltak. At man nå mange steder har et bedre og mer differensiert tilbud til denne gruppen, har sannsynligvis betydning for reduksjon av innleggelse generelt og tvangsinnleggelse spesielt.

Tilnærmingen vår til behandling av pasienter med rusproblemer har endret seg i samme periode. Før ble disse pasientene ofte kortvarig tvangsinnlagt med selvmordsproblematikk eller atferdsproblemer, mens de i dag som regel blir tilbudt behandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, for eksempel frivillig innleggelse på Rusakuttmottaket eller henvisning til poliklinisk rusbehandling. Etableringen og utbygging av tverrfaglig spesialisert rusbehandling har medført økt kapasitet på dette området. Rusakuttmottaket ble etablert i Oslo i 2010, og evalueringen etter fem år viste at de har hatt ca. 3000 konsultasjoner i året og mellom 1200 og 1500 døgninnleggelse (Sintef, 2015).

Vår tilnærming til selvmordsproblematikk har også endret seg. Tidligere la vi inn mange pasienter med selvmordsproblematikk til tvungen observasjon. I dag er polikliniske tilbud lett tilgjengelige, og mange pasienter får derfor et behandlingstilbud tidligere i sitt sykdomsforløp. Innleggelse på grunn av suicidalitet er derfor sjeldnere indisert.

Hovedkriteriet i psykisk helsevernloven for etablering av tvungent vern er at det foreligger en alvorlig sinnslidelse. Vi mener at vi i større grad praktiserer dette enn vi gjorde tidligere. En undergruppe av pasientene med selvmordsproblematikk har ustabile personlighetstrekk eller -forstyrrelser, og bruker legevakt hyppig i kriser. Innleggelse er sjelden indisert i slike situasjoner, i tråd med de føringer som gis i de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Pasientene bør få poliklinisk akuttbehandling inntil krisen er over og pasienten kan reise hjem. Vi har utviklet en egen behandlingstilnærming til denne



Vi tror det viktigste tiltaket var den personlige tilbakemeldingen og fokuset på innleggelsespraksisen





Vi var overrasket over den store variasjonen mellom legene med hensyn til andel tvangsinnleggelse

gruppen, basert på teknikker hentet fra dialektisk atferdsterapi, som vi har gode erfaringer med i praksis (Walby & Ness, 2009).

Erfaringen er at mye klinisk arbeid, kanskje spesielt i en hektisk legevaktsituasjon, er styrt av trangen til å løse henvendelsen raskt og effektivt, og av vaner og faglige tradisjoner. Antakelig var en del av den tidligere praksisen med et relativt høyt antall tvangsinnleggelse uttrykk for dette. Man ville sikre en rask innleggelse, fjerne tvil om indikasjon hos mottakende avdeling, sikre pasienten, og kanskje seg selv, mot en for tidlig utskrivelse. Tvangsinnleggelse ble den enkleste løsningen på en vanskelig situasjon, selv om det ikke alltid var god behandling eller riktig ressursutnyttelse.

Da målingene viste at antall tvangsinnleggelse ble vesentlig redusert, opplevde vi ikke at dette gikk på bekostning av faglig kvalitet og forsvarlighet. Vi har ikke mottatt klager utover to tilbakemeldinger om maniske pasienter som ikke klarte å samarbeide. Vi ble derfor mer forsiktige med å legge inn disse pasientene på frivillig grunnlag til tross for at pasientene samtykket.

Over tid oppstod en endret holdning hos legene, psykologene og spesialsykepleierne, og tiltakene har nå blitt selvfølgelig. Vi mener de er basert på respekt for pasientens autonomi og korrekt lovanvendelse. Det er likevel fortsatt individuelle variasjoner i innleggelsesfrekvens og andel tvangsinnleggelse mellom legene og psykologene. Dette er nå en del av virksomhetsdataene som alle får tilbakemelding om hvert år.

#### KONKLUSJON

Andelen tvangsinnleggelse fra Psykiatrisk legevakt til akuttpsykiatriske avdelinger i Oslo-området ble redusert fra 80 prosent til 42 prosent i en periode på 13 år, samtidig med at antall innleggelse ble redusert med 43 prosent. Reduksjonen faller sammen med et systematisk endringsarbeid med fokus på å redusere tvangsinnleggelse. Dette viser at systematisk arbeid med holdningsendring, bevisstgjøring, monitorering og individuell tilbakemelding med stor sannsynlighet har hatt effekt. All reduksjon i perioden kan neppe tilskrives de ulike tiltakene som ble iverksatt, men skyldes nok også den generelle utbyggingen innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som har foregått i samme periode. Praksis rundt tvangsinnleggelse og innleggelse ved Psykiatrisk legevakt har uansett endret seg i perioden, i tråd med psykisk helsevernlovens klare intensjon samt helsepolitiske føringer med vekt på mer frivillighet, medbestemmelse og poliklinisk behandling. Sett i sammenheng med den påfallende mangelen på dokumentert redusert omfang av tvangsinnleggelse i psykisk helsevern i Norge over mange år, bør dette gi grunn til optimisme, ettertanke, faglig diskusjon og videre systematiske studier. Slik vi vurderer det, bør tilsvarende tiltak for å redusere både tvangsinnleggelse og innleggelse uten adekvat indikasjon kunne prøves ut flere steder i Norge. Metoden vil uten større tilpasninger kunne tas i bruk ved større distriktpsikiatriske sentre og ved større legevakter. For eventuelt fremtidige studier vil vi anbefale en mer nøyaktig kartlegging av «baseline» før en intervensjonsperiode, og vi anbefaler at de som vil forsøke å redusere bruk av tvang i egen virksomhet, gjør dette mer planmessig.

Slike tall kan trolig nå lett skaffes gjennom lokale driftsdata. Videre forsøk på å spesifisere den relative betydningen av tiltakene vi har prøvd ut, eller utvikling av nye opplærings- eller tilbakemeldingstiltak rettet mot klinikere, vil også kunne ha stor verdi. ✕



## REFERANSER

- Helsedirektoratet (2010). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009* (IS-1861). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/467/Bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2009-IS-1861.pdf>
- Helsedirektoratet (2011). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2010* (IS-1941). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/466/Bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2010-IS-1941.pdf>
- Helsedirektoratet (2013). *SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013* (IS-2194). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/615/Samdata-spesialisthelsetjenesten-2013-IS-2194.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester 2012–2015*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt\\_frivillighet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf)
- Institute for Healthcare Improvement (2016). <http://www.ihl.org/Pages/default.aspx>
- Johnsen, S. (2013). Can we reverse the rising tide of compulsory admissions? *The Lancet*, 381, 1603–04.
- Legeforeningen (2011). Gjennombruddsprosjektet psykiatri: Bruk av tvang. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Gjennombruddsprosjektet/Gjennombruddsprosjekt-psykiatri-Bruk-av-tvang/>
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). (LOV-1999–07–02–62)
- Ness, E., & Hytten, K. (2000). Akuttpsykiatrien i Oslo er ikke avvisende ved mot-tak. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2000; 120:55–6. <http://tidsskriftet.no/article/88346>
- Oslo universitetssykehus (2016). [http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/\\_avdelinger/\\_psykiatrisk-legevakt](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_psykiatrisk-legevakt)
- Sintef (2015). *Evaluering av Rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus HF*. (Rapport nr. A 27021) <https://www.sintef.no/globalassets/rapport-a27021-evaluering-av-rusakuttmottaket-ved-oslo-universitetssykehus-hf.pdf>
- Socialstyrelsen (2013). «Bättre vård – mindre tvång», artikkelnummer 2013–11–27. Hentet fra: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-27>
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (Meld. St. 25 (1996–97)). Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/?ch=1&q=](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/?ch=1&q=)
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St.prp. 63 (1997–98)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98/id201915/>
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS 1511)*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonalfaglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS 1370)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/is-1370-tiltaksplan-for-reduisert-og-kval-id439524/>
- Walby, F., & Ness, E. (2009). Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129:885–7. <http://tidsskriftet.no/article/1830049> doi: 10.4045/tidsskr.08.0417

## Psykologtidsskriftet søker ny fagredaktør

Vi søker ny fagredaktør i 50 prosent stilling.

Psykologtidsskriftet vant i 2016 Norsk tidsskriftforenings pris for god faglig formidling. Som fagredaktør vil du ha en viktig rolle i å føre dette arbeidet videre, og du vil få et selvstendig ansvar for å initiere, vurdere, kvalitetssikre og utvikle faglige bidrag.

Vi ønsker oss en fagredaktør som aktivt oppsøker og bygger nettverk innenfor fag- og forskningsmiljøene. Doktorgradskompetanse og medieerfaring er en fordel.

Det er stor fleksibilitet i hvor og når man jobber, men jevnlige møter med resten av redaksjonen er ønskelig.

Spørsmål om stillingen kan rettes sjefredaktør Bjørnar Olsen, tlf. 474 01 165.

Søknad sendes [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no)

**Søknadsfrist 15. september**



# Valgets arkitekter

Viktigere enn hva som velges, er det å ha et valg.

**TEKST** Jonas Leversen, psykolog ved Angstavdelingen, Modum Bad

**ILLUSTRASJON** Alanyadk/Pixabay.com

**D**en nye unge pasienten skapte hodebry for miljøpersonalet. Hun ville ikke spise. Som psykologkandidat i praksis fikk jeg i oppgave å løse problemet.

Hun hadde vært på vei hjem fra hyttetur. Bilen sørfra kom over i motsatt kjørefelt, og front til front-ulykken var et faktum. Hun ble kastet ut gjennom vinduet, og hode og kropp ble hardt skadet. Det var ikke gitt at hun skulle overleve. Før ulykken hadde hun mange valgmuligheter – nå var mange av dem borte.

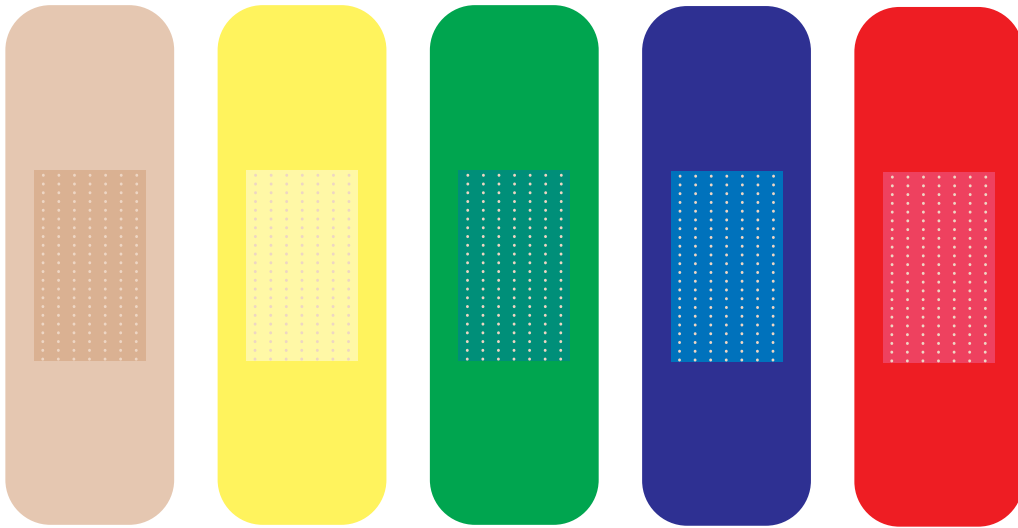
Jeg kom inn på rommet hennes og satte meg i psykologstolen. Hun satt i sengen lengst bort fra vinduet og stirret rett frem. «Jeg har skjønt at du ikke har lyst til å spise?» sa jeg. Hun tok seg til hodet, der stingene etter operasjonen fortsatt var godt synlige. «Ja, de kommer inn og spør om jeg vil spise. Jeg sier at jeg ikke vil. Da sier de at jeg må. Hvordan er det et valg?»

Jeg hadde ikke noe svar.

## AUTONOMI

Autonomi er menneskets mulighet til å bestemme over seg selv. Begrepet har lang fartstid innenfor filosofien, og for Kant er det autonomi som gjør oss menneskelige. Det at vi kan velge, gjør oss til mennesker.

Det moderne samfunnet stiller oss imidlertid overfor flere valg enn vi kan håndtere. Den teknologiske utviklingen har gjort store mengder informasjon tilgjengelig for oss, og dersom vi skulle ha tilegnet oss all denne kunnskapen for å kunne ta riktige valg, hadde vi ikke hatt tid til annet. Derfor er jeg glad i et begrep som forskerne Thaler og Sunnstein (2008) har introdusert, nemlig *valg-arkitekter*. Dette er mennesker som heller enn å velge for oss lager en arkitektur for at vi kan ta det gode valget. Tilrettelegging for sykling er et godt eksempel. Vi vet at det er lettere å velge sykkelen dersom det er anlagt en sykkelvei. Jeg tenker ofte at vi psykologer også må være slike valgarkitekter for våre



pasienter. Vi må bruke kunnskapen vi har, til å legge gode rammer for at pasienten skal kunne velge det som er bra for dem.

Den unge kvinnen hadde begrenset autonomi der hun satt skadet i sengen. Når hun ble spurt om hun ville spise, fikk hun ikke noe reelt valg ettersom det egentlig ikke spilte noen rolle hva hun svarte. Hun måtte spise. Slike kvasivalg er svært uheldige. En person trenger ikke mange slike opplevelser før vedkommende har lært at det ikke er noen vits i å gi uttrykk for sin egen mening. Andre vet best. Dette er det motsatte av det filosof Lars Fredrik Svendsen hevder er selve *meningen* med psykologisk behandling, nemlig «å gjenopprette autonomi».

Den muligheten den unge kvinnen hadde for å være autonom i denne situasjonen, var å si nei. Et menneske som ikke kan gå eller stå, har mistet mange av de valgmulighetene vi alle tar for gitt. Men personen har fortsatt mulighet til å si nei, å ta et valg, å være et menneske.

## VALG INNENFOR RAMMER

Begrensede valgmuligheter for våre pasienter er ikke alltid så tydelige som ved fysisk skade, men jeg trenger ikke snakke lenge med en pasient for å forstå hvordan angst og ulike forstillinger begrenser valgmulighetene. En pasient med panikk lidelse opplever ikke å ha et valg mellom å ta t-banen og taxi til timen. Det blir taxi. Som fagperson vet jeg at slik atferd forsterker angsten på lengre sikt. Min jobb blir da å skape en arkitektur som gjør det mulig å velge annerledes. Jeg kan for eksempel tilby meg å bli med på t-banen.

Etter en stunds stillhet snakket den trafikk-skadde pasienten og jeg om hvordan hun hadde det, hvem som hadde besøkt henne, og hva hun skulle gjøre etter at hun var utskrevet. Etter hvert spurte jeg om vi skulle se på hvilken type mat det var mulig å få den dagen. Valget stod ikke lenger mellom å spise og ikke spise, men mellom ulike typer mat. Vi så sammen på menyen, og hun sa: «Jeg vil gjerne ha en yoghurt.» ✕



Slike kvasivalg er svært uheldige

## Fra arkivet: 1982

### Transportsyndromet

Gjennom de siste årtier har det gamle, autoritære behandlingssystemet vesentlig basert på tvangsbehandling gradvis blitt brutt ned. Fortsatt står mye igjen, særlig i de store gamle institusjonene i voksenpsykiatrien. Men det at manges blikk – med dette – har vært så sterkt rettet mot de kritikkverdige forholdene i denne delen av psykiatrien, har kanskje gjort oss mindre kritisk mot andre deler av behandlingsvesenet hvor problemene har vært andre, ja nesten av motsatt karakter.

En viktig del av problemene i «den gamle psykiatrien» har bestått i at pasienter har vært holdt fast i årevis etter at det opprinnelige grunnlaget for en tvangsinnleggelse var borte, gjemt vekk uten noen meningsfull behandling. Men i andre mer «moderne» deler av behandlingsvesenet har ofte problemet bestått i en manglende «fastholden» av klienten over tid. «Pasienten passer ikke i vårt opplegg», er en velkjent replikk. Likeledes det paradoksale forhold, at når en pasient manifesterer det symptom som hun eller han er innlagt for (f.eks. alkoholmisbruk, stoffmisbruk), så fører det automatisk til utskrivning og at behandlingen avbrytes.

I økende grad formes behandlingen mer ut fra behandlernes ideologi enn ut fra den virkelighet som søkermassen representerer. Stadig fler vil arbeide med «motiverte» og «egne» klienter, gjerne i «målrettede korttidsopplegg». Resultatet er blitt en økende transport av klienter mellom forskjellige behandlingsopplegg som de «ikke er i stand til å nyttiggjøre seg».

Klienten går inn og ut av svingdørene og henvises, viderehenvises og tilbakehenvises i en evig runddans mellom instansene. Behandlerne er travelt opptatt og har et stort arbeidspress, men det er usikkert hvor mye som kommer ut av det. Dette transportsyndromet er dels resultat av misforstått «liberal» behandlingssideologi med tilhørende kritikk av alt som heter institusjoner, dels av myndighetenes hel-splaner og cost-benefit tenkning (les spareforsøk).

Det som trengs midt oppi dette syndromet er behandlere og behandlingsforhold over tid – også gjennom kriser.

*Usignert leder, mars 1982*



### Foreldrevold

En ny rapport fra Voldsprogrammet ved NOVA forteller at hver femte ungdom har opplevd vold fra foreldrene i oppveksten. Likevel er dette en nedgang siden 2007, hvor hver fjerde ungdom fortalte om tilsvarende vold.

Nedgangen har skjedd i kategorien mildere vold, forteller prosjektleder Svein Mossige til *Viten + praksis*. Omfanget av den grove volden ligger derimot stabilt på rundt seks prosent. Forskerne mener at det kan skyldes at den grove volden ikke er like tilfeldig, men kobles til vanskelige familiesituasjoner som foreldre med rusproblemer og familier med dårlige økonomi. Undersøkelsen viser også at grov vold er mer vanlig i familier der foreldrene har ikke-vestlig bakgrunn.

Vold mellom foreldrene øker sannsynligheten for at barn utsettes for grov vold. Det gjelder særlig fra den forelderen som utøver vold, men også fra den forelderen som selv opplever vold.

Tallene kommer frem i spørreundersøkelsen UngVold 2015, hvor 4500 ungdom mellom 18 og 19 år fra hele landet deltok.

*Psykologtidsskriftet*

# Meninger



## - Metakognitiv psykologi bommer på bekymring

Rune Karlson i hovedinnlegget på de neste sidene.

«...en liten gjeng av for det meste nyutdannede psykologer står alene med svært sårbare mennesker»

Valeria Markova og Sindre Nordaker om behandling av papirløse pasienter.

«Motstanden knyttet til medisinfrie alternativer i behandlingen av psykoselidelser fremstår som et gufs fra den paternalistiske psykiatrien»

Anne-Kari Torgalsbøen, side 648.

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

### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

### KRONIKK

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

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



DON'T WORRY



BE HAPPY

# Behovet for evolusjonær empati

Metakognitive psykologer leverer teknikker med den hensikt å redusere bekymring. Men bekymring er ikke et problem som skal løses. Den er et signal om manglende sosial sikkerhet.

**TEKST** Rune Karlson, psykologspesialist, Karlson Psykologtjenester

**ILLUSTRASJON** Åshild Irgens



**VINTEREN 2009 KUNNE** engelskmenn, waliser og skotter lese følgende tekst på busser, tog og på veggene i Londons undergrunn: *There's probably no God. Now stop worrying and enjoy your life.* Ideen bak kampanjen ble unnfanget av komiker Ariane Sherine og satt ut i livet med økonomisk støtte av det britiske humanistforbundet (British Humanist Association) og den prominente ateisten Richard Dawkins.

Budskapet er besnærende enkelt og rørende velment: Når det engang er slik at det med stor sannsynlighet kan tenkes at det ikke finnes en gud, hvorfor bruke tid og energi på å bekymre seg og gruble når du heller bare kan nyte livet?

En annen profilert brite - psykologen Adrian Wells - har utviklet en behandlingstilnærming som formidler noe lignende. I sin bok *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* gir Wells et eksempel på hvordan antakelser om bekymringens fortreffelighet skal utfordres. Etter å ha inaspisert klientens resonnement konkluderes det på følgende måte: *That's right. So how much do you believe worry is helpful in preventing mistakes?* Etter et helt liv med bekymring sier den eldre mannen seg enig: *It probably isn't very useful.*

Det er lett å være enig med både Sherine, Dawkins og Wells i at bekymring er lite hensiktsmessig. Fryktelige ting skjer uavhengig av om du bekymrer deg eller ikke. Dette vet vi alle innerst inne. Gud finnes eller finnes ikke, uavhengig av om du bekymrer deg for hva som skjer etter at du er død.

Men hvorvidt du kan slutte å bekymre deg og isteden nyte livet, er bare delvis et spørsmål om de fryktelige tingene fremtiden kan bringe. Vi tåler godt en verden preget av usikkerhet og overhengende risiko for frykteligheter, bare vi har allierte rundt oss. Når enkeltmennesket bekymrer seg, er det i stor grad et resultat av manglende sosial sikkerhet. Angst og bekymring er alarmer som advarer mot en livssituasjon ute av takt med selve grunnpremisset for menneskelig overlevelse og suksessfull reproduksjon: beskyttende medlemskap i sosiale enheter.

#### **METAKOGNITIVE FORSTÅELSER AV BEKYMRING**

Wells og andre metakognitive psykologer forstår bekymring som noe som har vært adaptivt i menneskelig evolusjon. De individene som har hatt kapasitet til bekymring, har i større grad vært i stand til å forutse problemer og

dermed møte utfordringer på en måte som har maksimert sannsynligheten for overlevelse og reproduksjon. Evolverte emosjonelle tilstander, skriver Kennair, «er kun adaptive dersom de motiverer til handling» (2008, s. 204).

Hva er egentlig forskjellen mellom alminnelig bekymring og den bekymringen som gjør at noen mennesker velger å oppsøke psykolog? Ifølge Wells består forskjellen i at bekymring hos personer med for eksempel generalisert angstforstyrrelse har en tendens til å være assosiert med mer negative tanker og uhensiktsmessige antakelser om det å bekymre seg. Et eksempel på dette er den eldre klienten nevnt innledningsvis som til slutt sier seg enig i at bekymring er lite hensiktsmessig, men som fortalte at han hadde sett på bekymring som en måte å forhindre å gjøre feil på.

Bekymring, sier Wells, kan kontrolleres, men ikke de påtrengende tankene («intrusive thoughts») som igangsetter prosessen. Fordi bekymringstankene som følger de ufrivillige igangsetterne, både er bevisste og målrettede, er de også kontrollerbare. Målet i metakognitiv terapi er følgelig å minske eller stoppe bekymringstenkning som respons. Den bærende tanken i metakognitiv tilnærming er: De fleste mennesker vil oppleve påtrengende tanker, men det som skiller de som bekymrer seg på en ikke-adaptiv måte fra andre, er måten de *tenker om* at disse påtrengende tankene har dukket opp, altså påfølgende metakognisjon.

Wells skiller mellom type 1-bekymringer og type 2-bekymringer. Den første typen er generell bekymring om eksterne hendelser, sosiale forhold og helsemessige forhold. En påtrengende tanke som for eksempel «Hva om denne hostingen er et tegn på kreft?», aktiverer bekymringer om konsekvensene av en slik realitet. Type 2-bekymring er bekymring knyttet til at man bekymrer seg: «Hva om jeg mister kontrollen?» Eller: «Jeg skader kroppen med all denne bekymringen!» Angsten som aktiveres gjennom type 2-bekymring, kan fungere som en forsterkning av den opprinnelige bekymringen, sier Wells.

Metakognitiv terapi består av ulike teknikker og tilnærminger som skal gjøre klienten bedre i stand til å forholde seg «fornuftig» til livet: Fryktelige ting kan og vil skje, men det hensiktsmessige å gjøre når påtrengende tanker dukker opp, er ikke å lete etter bevis i favør eller ufavør av bekymringen, men ganske enkelt stoppe tankeprosessen.



## GRAD AV BEKYMRING

Hvorfor bekymrer noen seg mer enn andre? I den metakognitive forståelsen heter det at de som bekymrer seg mer, tenker flere negative tanker og har flere antakelser om det å bekymre seg. Kennair gjør det klart at hvorvidt bekymring er patologisk eller ikke, vil være et spørsmål om grad og mengde, men legger til at han anser spørsmålet for å være uavklart. Dersom vi skal nikke anerkjennende i William av Ockhams retning, vil det enkleste svaret på dette spørsmålet rett og slett være at de som bekymrer seg mer enn andre, har mer grunn til å bekymre seg. Eller snudd på hodet: Dersom du bekymrer deg mindre enn andre, har du ganske enkelt mindre grunn til å bekymre deg.

Men hvorfor skulle noen mennesker ha mer grunn til å bekymre seg enn andre? Kennair åpner sitt kapittel om generalisert angstlidelse med et sitat som kunne fungert som en utdypning av Sherines slogan på de britiske bussene:

Don't worry about the future. Or worry, but know that worrying is as effective as trying to solve an algebra equation by chewing bubble gum. The real troubles in your life are apt to be things that never crossed your worried mind, the kind that blindsides you at 4 pm on some idle Tuesday (Kennair, 2008, s. 202).

Dette sitatet sier noe om en forståelse av at fryktelige ting skjer med *alle* mennesker. Det er følgelig ikke slik at noen har mer grunn til å bekymre seg enn andre. Alle mennesker er utsatt for alle mulige slags større og mindre katastrofer.

Det som forener Dawkins, Wells, Sherine og Kennair, er en grunn tanke om at mennesker befinner seg i den samme generelle situasjonen – ingen har vesentlig mer eller mindre grunn til bekymring enn noen annen. Uavhengig av hvor materielt privilegert du er, kan fryktelige og forferdelige ting skje. Selv vestlige intellektuelle som Richard Dawkins kan bli syke eller påkjørt. Problemet med *stop worrying and enjoy your life*-tilnærmingen i forståelsen av bekymring er ikke at det er en integrert del av menneskelig eksistens at fryktelige ting skal skje. Problemet er at den neglisjerer både fundamentale deler av menneskelig evolusjonær bakgrunn og den variasjon som alltid eksisterer mellom livssituasjonen til de menneskene som opplever denne konstante trusselen.

## HAUKER ELLER DUER

Antropolog Keith Otterbein skiller i sin bok *How War Began* mellom de av sine kolleger han kaller for *doves*, og de han refererer til som *hawks*. Skillet mellom disse to leirene går ifølge Otterbein mellom de som forstår krig og krigslignende tilstander som noe som oppstod lenge før det moderne mennesket gjorde sitt inntog i verden for 200 000 år siden (haukene), og de som ser på krig som noe som oppstod i sammenheng med at de første statene oppstod for rundt 5000 år siden (duene). Duene blant Otterbeins kolleger har slett ikke en forståelse av menneskelig evolusjon som en fredelig affære, men motsetter seg for eksempel *killer ape*-teorien som forstår *homo sapiens* som å ha en iboende, evolusjonært frembrakt tendens til bakholdsangrep, vold, drap og krig.

Det er altså ikke enighet blant antropologer om at krig, konflikt og feider har preget relasjoner mellom moderne mennesker i 200 000 år, eller om det først er i de senere 5000 år at dette har blitt et gjennomgripende fenomen mellom mennesker. Uavhengig av om det er duene eller hau-



Kognitive og metakognitive psykologers *ytre perspektiv* øker risikoen for empatiske brudd med klienter





Når psykologen fra sin autoritative posisjon vennlig antyder at klienten driver med noe som er uhensiktsmessig, er dette pinlig åpenbart

kene som er i besittelse av den riktige forståelsen av menneskets såkalte *Environment of Evolutionary Adaptedness* (EEA), så er få antropologer villige til å hevde at de siste tusener av år av våre forfedres sameksistens har vært preget av fred og fordragelighet.

Det finnes et godt grunnlag for å si at våre forfedre hadde mye å bekymre seg for. Ikke bare sykdom, skade og uforutsigbare naturfenomener, men også den gjennomgripende trusselen om krig og ulike typer ufred. Tar vi i betraktning at mennesker eksponeres for en overveldende mengde trusler, og at dette er noe som har preget menneskelig eksistens i tusener av år, er det hensiktsmessig å se nærmere på det spørsmålet som Kennair tar opp, nemlig: «Hva er den adaptive responsen på en påtrengende tanke?»

For bekymrede individer, nå som alltid, har det vært viktig å forberede seg på mulige utfordringer og farer, og det har vært mulig å forberede seg. I tempererte deler av verden har folk forberedt seg på vinteren ved å lagre mat og bygge varmeisolerende bygninger. Yanomamo-indianerne og andre moderne steinalderfolk har bevæpnet sine krigere for å være forberedt på mulig angrep fra rivaliserende stammer, og foreldre lar barna sine vaksineres for å verne dem mot infeksjonssykdommer. Likevel er det antakeligvis riktig at «The real troubles in your life are apt to be things that never crossed your worried mind». I den myriaden av ulike trusler og farer som gjennomsyrrer verden, er det rett og slett verken mulig eller realistisk at et menneske skal kunne gardere seg mot selv en beskjeden del av fremtidens fryktelige eventualiteter.

I en slik situasjon er ikke bare «en overdreven, fantasidrevet antakelse om hva som kan gå galt i en nær forestående situasjon» (Kennair, 2008, s. 203) formålsløst. Selv en systematisk proaktiv holdning til farer, det Kennair kaller adaptiv frykt, vil bare kunne adressere en liten del av den overveldende mengde mulige truende situasjoner som kan oppstå. Så, dersom særlig overdrevet bekymring, men også en proaktiv holdning ikke nødvendigvis vil maksimere sannsynlighet for overlevelse og reproduksjon, hva vil? Hva er den definitivt adaptive respons på en påtrengende tanke? Svaret på dette går rett til kjernen av psykologens virksomhet.

#### BEHOVET FOR SOSIAL SIKKERHET

Kennair forstår emosjoner som adaptive hvis de fører til atferd som kan justere det som i utgangspunktet genererer ubehaget. Dersom du er deprimert, vil et senket stemningsleie være adaptivt for så vidt som det fører til handling i retning av å løse problemet som fører til at du er deprimert. Likeledes vil bekymring bare være adaptiv dersom det fører til handlinger som kan løse problemet som ligger til grunn for bekymringen. Som vi har sett tidligere, er det riktig at bekymring ikke løser problemet, men disse klientene vet allerede at det å bekymre seg er like hensiktsmessig som å drøvtygge tyggegummi for løse et matteproblem.

Klienter som oppsøker psykologer fordi de er bekymret, kommer ikke for å få vite at de driver med noe som er irrasjonelt og tullele, de kommer for å skaffe seg den sosiale sikkerheten som angst og bekymring gir dem beskjed om at de mangler. Metakognitive psykologer forstår ikke at det klienten forsøker å få til, er å danne en sosial enhet sammen med et kompetent og ressurssterkt menneske.

Ansikt til ansikt med en usikker fremtid var det de individene som hadde motivasjon til å søke sikkerhet sammen med andre, som hadde reproduktiv suksess. Angst er ubehaget som har motivert våre forfedre til å søke sammen med andre, slik at man ikke ble stående alene når «real

troubles (...) that never crossed your worried mind» dukket opp. Det har vært en viktig forutsetning for overlevelse og reproduksjon at mennesker har vært i stand til å registrere når de lever med for lite sosial sikkerhet. Så viktig har det vært at dagens mennesker har finjusterte sensorer som oppdager når det foreligger for lite sosial sikkerhet. Dersom individet konkluderer med utilstrekkelig sosial sikkerhet, går angstalarmen som motiverer individet til å styrke sitt medlemskap i grupper.

Det er i denne situasjonen at kognitive og metakognitive psykologer arbeider ut fra et premiss som er grunnleggende inkompatibelt med et av grunnpremissene for menneskelig eksistens. Legger man den kognitive forståelsen av bekymring til grunn, har psykologen dårlig grep om den egentlige grunnen til at klienten kommer inn til konsultasjon. Klienten har oppsøkt psykologen for å konsolidere sin sosiale sikkerhet, og dette er et premiss som krever en helt annen type håndtering enn det som finnes i den kognitive verktøykassen.

### EVOLUSJONÆR EMPATI

Det er få psykologer som er i tvil om at empati er viktig i møte med klienter. I kapittelet om betydningen av behandlingsalliansen i kognitiv terapi skriver Berge et al. at

empati svekkes ved at pasientens følelser og reaksjoner ensidig tilskrives negative automatiske tanker eller feilforestillinger. Det å bestemme at en persons tenkning er irrasjonell, er basert på et ytre perspektiv, og er neppe empatisk, for empati er å forsøke å forstå pasientens indre perspektiv (2008, s. 35).

Det er kognitive og metakognitive psykologers *ytre perspektiv* som øker risikoen for empatiske brudd med klienter. Det er ikke tilstrekkelig å ha som utgangspunkt at overdreven bekymring er uhensiktsmessig, når bekymring er et symptom på at klienten lever et liv som er preget av sviktende sosial sikkerhet. Når psykologen fra sin autoritative posisjon vennlig antyder at klienten driver med noe som er uhensiktsmessig, er dette pinlig åpenbart og samtidig ikke problemet. Dette er mer enn et empatisk brudd, det representerer en fundamental misforståelse av hva som er problemet.

Fotografiet av Richard Dawkins foran en av bussene som bar det ateistiske budskapet nevnt innledningsvis, forteller ganske mye om bekymringens psykologi. På bildet som ble publisert i britiske Daily Mail den 7. januar 2009, kan man se en smilende Dawkins ved siden av Ariane Sherine og Guardian-skribent Polly Toynbee. I en verden full av fanatiske religiøse kreasjonister finnes det nok av folk som ser på Dawkins som fiende nummer én, men rundt seg har han varm støtte fra venner, meningsfeller og beundrere. Han er eksponert for de samme truslene som de fleste av oss, men hans sosiale sikkerhet er solid. Sett fra hans perspektiv er det lite grunnlag for bekymring. ✕

### REFERANSER

- Berge, T. & Repål, A. (2008). (red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kennair, L.E.O. (2008). Generalisert angstlidelse. I: Berge, T. & Repål, A. (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 202–224). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Otterbein, K.F. (2004). *How War Began*. College Station: Texas A&M University Press.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.

# Fortsatt tvetydig



«Det er grunn til å mistenke Nasjonalt senter for erfaringskompetanse for å leve godt med brukerfeltets sprikende meninger», skriver Odd Volden.

**ODD VOLDEN,**  
brukeraktivist

## BRUKERKRITIKK

**SOSIALE BEVEGELSER OPPSTÅR** når det mellommenneskelige og samfunnsmessige trykket blir for stort til å leve med for et tilstrekkelig antall medlemmer av en gruppe. Psykososiale problemer kan representere eksistensielle utfordringer som for mange er så skjellsettende at de ikke orker å sitte stille og se på at tjenestene ikke fungerer slik de er ment å gjøre. Brukerbevegelsen på psykisk helsefeltet er derfor en legitim bevegelse, som fører sin kamp med den kunnskapen og de midlene den opplever at den har til rådighet til enhver tid.

Sosiale bevegelser er selvstendige, og de står på skuldrene av andre sosiale bevegelser. De er heller ikke nødvendigvis (til enhver tid) inkongruente med andre aktører i samtiden, slik Nasjonalt senter for erfaringskompetanse (NSE) helt riktig peker på i sitt innlegg i juniutgaven av Psykologtidsskriftet. Det er derfor underlig at NSE ønsker å diskreditere brukerperspektivet som analytisk term (til fordel for «brukerkunnskap»).

### BORGERENS HELSETJENESTE

Et nettsøk viser at «brukerperspektivet» (i bestemt form entall) brukes som overordnet term av en rekke aktører, innbefattet helsemyndighetene. Brukerperspektivet gir tre ganger så mange treff som brukerkunnskap. Brukerperspektivet har nettopp de dialogiske fortrinn som NSE ellers ser ut til å være opptatt av: Vi ser den samme verden, men vi ser den fra ulike vinkler. Når vi perspektiverer, produserer vi ikke nødvendigvis bastant og bestandig kunnskap, men vi fryser noen bilder så lenge det er nødvendig, for oss selv og for andre aktører. Brukerperspektivet akkumulerer kunnskap, uten nødvendigvis å gjøre så mye vesen av det: Når et brukervennlig tjenestetilbud er på plass, er «kunnskapsgrunnlaget» ikke egentlig veldig interessant for veldig mange. For den jevne bruker er det viktigste at tjenestene virker, ikke *hva* som gjør at de virker.

Like viktig som hensynet til brukerbevegelsens innsatser er derfor hensynet til det vi kan kalle «den idealtypiske forbrukerinteresse»: Det som gjelder for pasienter, brukere, kunder og borgere generelt, gjelder også for tjenestebrukere på psykisk helsefeltet. Det er urovekkende å se i hvilken grad det som er elementære, grunnleggende og definerende krav til tjenester generelt, ikke synes å gjelde for psykisk helsetjenester. Skal «pasientens helsetjeneste» bli noe mer enn nok et temporært mantra på psykisk helsefeltet, må den først og fremst ha ambisjoner om å være *borgerens helsetjeneste*. Dette kan best oppnås gjennom at det legges økt vekt på nye metaforer, mer og bedre informasjon og support, tjenstedesign, og utvikling av bedre brukergrensesnitt og systemer for tilbakemelding.

Det er derfor befriende når Heidi Tessand (maeutgaven av Psykologtidsskriftet) trekker inn organisasjons- og ledelsesteori i denne samtalen. Det særlovrammede og særlovinnrammede psykisk helsefeltet trenger sårt tilførsel av allmenn kunnskap om allmenne fenomener. Med referanse til NSEs langt mer tradisjonelle tilnærminger er det kanskje symptomatisk at tre dager etter at en av NSEs seniorrådgivere står på en talerstol og «etterlyser mer forskning» og forklarer at det vil ta lang tid å endre holdninger og kultur i tjenestene, publiserer NAPHA et blogginnlegg der vinneren av Psykologprisen 2016, Birgit Valla, skiller mellom «innovatører og treiginger» og forteller oss at «(v)i støtter oss til forskning, men vi sitter ikke og venter på at forskning skal fortelle oss hva vi skal gjøre».

Men dette blir kanskje også for udialogisk og aktivistisk for NSE? Eller er det greit at en anerkjent fagperson spissformulerer og viser til motsetninger og barrierer i feltet, mens en brukerstemme beskyldes for «(å legge) en konfliktmodell til grunn» hvis hen ønsker å tydeliggjøre tilsvarende motsetninger?



«Kanskje fremmes kritikk i en form som gjør at bare de tøffeste blir igjen på arenaen?» spør NSE i ingressen. Innlegget avsluttes i samme gate; med en presisering av behovet for «en sunn dialog». Hva og hvem er det som får NSE til å tenke at det er nødvendig å fremholde dette? Slike antydninger bør avvises som en svært tvilsomt form for paternalistisk lekkasje. NSE mener forhåpentligvis ikke at vi skal ha særegne debatt-, samtale- og samværeregler i fora der borgere med psykososiale utfordringer og funksjonsnedsettelser deltar?

«Brukerstemmen må ikke profesjonaliseres så mye at den blir utilgjengelig og snever», står det i NSEs ingress.. Om vi sammenlikner brukerbevegelsens tekster med fag- og byråkratilitteraturen, slik denne foreligger i dag, er det vanskelig å se at NSEs bekymring er noe vi trenger å bry oss om på denne siden av 2050.

**HVEM TAR ANSVAR FOR UTDANNING?**

Hvis man vil fortsette å holde utsatte grupper nede, skal man nekte dem utdanning. Når NSE kort (og udialogisk) avviser å ta ansvar for utdanning, må noen andre gjøre det (når begynner vi, Adrian Lorentsson og Heidi Tesand?). Det er grunn til å mistenke NSE for å leve godt med brukerfeltets sprikende meninger: Så lenge brukerrepresentanter, erfaringskonsulenter og faktiske brukere ikke får tilbud om bistand til å utvikle en felles forståelse av

(«forståelse av», ikke «enighet om») hvilke utfordringer som ligger i de ulike delfeltene, blir det atskillig lettere for NSE å forsvare sin posisjon som samlende kraft.

NSE har, ifølge egne nettsider, åtte ansatte. Ingen av dem flagger brukererfaring i presentasjonene. En stillingsannonse fra 2016 viser at brukererfaring heller ikke etterspørres når NSE rekrutterer. NSEs styre har elleve medlemmer. Tre, eventuelt fire, kommer fra brukerfeltet. NSE er altså ikke i nærheten av å være verken brukerstyrt eller brukerinvolvert i hverdagen.

NSE har lagt ut en forhåndsomtale av sitt jubileumsantologiprojekt på sine nettsider. Dersom innholdet svarer til forventningene som temaoversikten skaper, kan vi få se en bok som stikker seg ut, i positiv forstand, fra liknende fagstyrte bokprosjekter. Om boka vil oppnå status som «grunntekst for brukerperspektivet» er tvilsomt, men vi skal ikke se bort fra at NSE kan komme til å lykkes i sine strategiske grep om å sikre seg støtte gjennom å kaste ut bein til mange aktører, samtidig som man er påpasselig med å holde dem som til enhver tid har pondus til å true NSEs selvforståelse og selvpromotering på armlengdes avstand.

Om dette vil gagne brukerperspektivet, eller om den eventuelle vinninga går opp i spinninga, gjenstår å se. NSE fremstår i hvert fall på dette tidspunktet i historien fortsatt som svært tvetydige.

»

Når Nasjonalt senter for erfaringskompetanse avviser å ta ansvar for utdanning, må noen andre gjøre det

**FAKSIMILE** fra juniutgaven av Psykologtidsskriftet.



# ADHD, metylfenidat og seksuelle overgrep

Det kan være en sammenheng mellom ADHD-medisinering og seksuelle overgrep begått av barn.



**THORE LANGFELDT,**  
Institutt for klinisk  
sexologi og terapi i  
Oslo.

**ADHD-  
MEDISINERING**

**INSTITUTT FOR KLINISK** sexologi og terapi (IKST) har etter at det ble etablert i 1989, motatt en rekke henvendelser om barn og unge som har vært seksuelt pågående eller begått seksuelle overgrep mot mindre barn. Etter hvert som vi har behandlet flere og flere barn og unge, har det fremkommet at nærmere 80 % av disse gikk på metylfenidat, som er virkestoffet i medisinene man bruker mot ADHD, blant annet i Ritalin, Concerta og Esquasym, for å nevne de vanligste. Denne høye andelen mener vi er urovekkende. Et viktig spørsmål som da reiser seg, er om seksuelle overgrep kan knyttes opp til bruken av metylfenidat, eller om andre forklaringer kan ligge til grunn.

## ØKT DOPAMINNIVÅ

I den internasjonale litteraturen er det foreløpig ingen artikler som belyser overgrepssproblematikk og bruken av ADHD-medisiner. Det er derimot kjent at virkestoffet i Ritalin, Concerta og Esquasym er metylfenidat, og at det i terapeutiske doser øker det ekstracellulære nivået av dopamin i hjernen (Volkow et al., 2001). Dopamin vet vi påvirker seksualiteten hos menn (Hull, Muschamp & Sato, 2004). I den senere tid har det dukket opp en rekke vitenskapelige artikler som viser økt seksuell aktivitet ved bruk av metylfenidat i terapeutiske doser på barn og unge. Flere nyere studier viser en direkte sammenheng mellom metylfenidat og seksuelt aktiveringsnivå, som overdreven masturbasjon og hyperseksuell adferd (Bilgic et al., 2007). Det er også vist at metylfenidat økte reaksjonen på erotisk stimulering (Schmid et al., 2015).

Det er med andre ord ingen tvil om at virkestoffet i Ritalin, Concerta og Esquasym påvir-

ker seksualiteten gjennom dopaminsystemet i hjernen. Den eneste advarselen man finner i Felleskatalogen, er *forstyrrelser i libido*. Dette er en meget gammeldags formulering, og ordet «forstyrrelse» sier heller ikke noe om hva det eventuelt måtte handle om. Libido er et ord man anvender på voksne, og man tenker derfor ikke umiddelbart på at dette også gjelder barn.

Vi vet fra flere studier i Norge at det er en urovekkende økning i bruk av ADHD-diagnosen og dermed en økning i bruk av medisiner (Reigstad & Kvernmo, 2015), og vi står også i fare for å stille feil diagnoser. Det er en stor fare for at når diagnosen ADHD er gitt, er man på et vis ferdig med den terapeutiske intervensjonen og overlater den videre medisinering til fastlegen.

I forbindelse med de ungdommene vi har hatt til behandling, har vi heller aldri lest i rapporter eller pasientjournaler om eventuelle bivirkninger ved bruk av metylfenidat. Med referanse til alle de bivirkningene vi finner i Felleskatalogen ved bruk av dette virkestoffet, er det urovekkende at det er så liten interesse for de psykologiske bivirkninger som nevnes i katalogen. Der står det uttrykkelig at man må være oppmerksom på bivirkninger som affektabilitet, aggresjon, agitasjon, depresjon, irritabilitet, økt fiendtlighet og unormal adferd. Det er ikke utenkelig at visse typer av psykologiske bivirkninger sammen med den seksualstimulerende effekten kan føre til seksuelle overgrep hos personer som ellers, uten medisiner, ikke ville ha begått overgrep.

Jeg vil illustrere dette med en pasienthistorie der vi nettopp kom tett innpå overgrepet, medisinering og seponering.

Petter er 16 år. Han har lokket en fireåring han kjente godt, inn på toalettet og slikket på penis hans. Han fikk allerede som 11-åring diagnosen ADHD og ble medisinert. Da jeg fikk kontakt med ham, gikk han på høye doser Concerta, 54+18 mg per dag. 54 mg regnes som max dose. Under den første samtalen registrerte jeg en overdreven interesse for sex. Han avbrøt meg hele tiden og var kjapt inne på min PC for å vise meg «Trekant», et program fra NRK om seksualitet. Han klaget også over at han gikk rundt med halvstiv penis. Han så ofte på porno og onanerte mye. Far kunne bekrefte at gutten ofte gikk rundt med ereksjon. Etter tre samtaler bestemte jeg meg for å fortelle foreldrene at det kanskje var en sammenheng mellom medisinene og hans hyperseksuelle adferd. Da de kom hjem etter den samtalen, kastet Petter pillene i toalettet. Far fortalte at etter noen dager var Petter blitt helt forandret. Han var samarbeidsvillig, han kunne snakkes til. 14 dager etterpå kom far og Petter til samtale. Petter var påfallende mye roligere enn slik jeg hadde opplevd ham før. For første gang lyttet Petter uten å avbryte. Far tok til tårene og sa gjentatte ganger at nå hadde de fått en ny gutt. Petter sier at han ikke lenger går rundt med stiv penis hele dagen, og sier at det er en lettelse.

### MER FORSKNING NØDVENDIG

Det er ingen tvil om at i Petters tilfelle er det en klar sammenheng mellom metylfenidat og hans hyperseksualitet. At denne tilstanden lett kan føre til seksuelle overgrep, er høyst tenkelig. Det er påfallende at nærmere 80 % av ungdommen som blir henvist til IKST på grunn av grensoverskridende seksuell adferd, går på medisiner med metylfenidat. Det er ikke utenkelig at de bivirkningene som går under betegnelsen «psykiske bivirkninger», også kan ha en sammenfallende effekt og dermed øke sannsynligheten ytterligere for å begå seksuelle overgrep.

På bakgrunn av disse funnene er det grunn til å understreke at man må utvise stor grad av forsiktighet ved bruk av medisiner som inneholder metylfenidat. Det er videre grunn til å stille spørsmål om fastlegen alene skal sitte med ansvaret for den videre medisinerings mot ADHD. Jeg mener det er nødvendig med et større fokus på hvordan metylfenidatpreparatene påvirker personligheten og seksualiteten, slik at vi kan unngå seksuelle overgrep. Dette er et felt det må forskes grundig på i fremtiden. ✕

### REFERANSER

- Bilgic, A., Gürkan, K. & Türkoglu, S. (2007). Excessive masturbation and hypersexual behaviour associated with methylphenidate. *Journal of the academy of child & adolescent psychiatry*, 44, 789–790.
- Hull, E.M., Muschamp, J.W. & Sato, S. (2004). Dopamine and serotonin: influences on male sexual behaviour. *Physiology & Behavior*, 83, 291–307.
- Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2015). ADHD eller noe annet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52, 203–211.
- Schmid, Y., Hysek, C.M., Preller, K.H., Bosch, O.G., Bilderbeck, A.C., Rogers, R.D., Quednow, B.B. & Liechti, M.E. (2015). Effects of methylphenidate and MDMA on appraisal of erotic stimuli and intimate relationships. *The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 25, 17–25.
- Volkow, N.D., Wang, G.-J., Fowler, J.S., Logan, J., Gersanimov, M., Maynard, L., Ding, Y.-S., Gatley, S.J., Gifford, A. & Franceschi, D. (2001). Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in the human brain. *The Journal of Neuroscience*, 21, 1–5.

### Debattert

## Problematisk valgfrihet

**Endringsresistens:** På grunn av tvangspsykiatriens endringsresistente holdning har utallige tiltaksplaner for å begrense tvangen vært resultatløse. Sentralt i formålet bak Høies pålegg er å styrke pasientenes rett til selvbestemmelse og la dem velge bort medisinene.

*Ketil Lund i Aftenposten 13. juli*

**Ministerstyrt:** Karterud kommenterer ikke det problematiske med at en helseminister skal styre psykosebehandlingen ved å innføre en behandlingsspakke som ikke er undersøkt tilstrekkelig, og som ikke er i tråd med internasjonale og nasjonale retningslinjer.

*Jan Ivar Røssberg i Aftenposten 14. juli*

**Riktig:** – Det er ingen tvil om at mange medisiner har bivirkninger som er veldig alvorlige, og da er det riktig at sykehuset dreier mer mot medisininfrie tilbud.

*Borghild Spiten Mathisen til Fædrelandsvennen 15. juli*

**Vurderingsløst:** Vi har påpekt faren ved at behandlingstilbudet ved psykoser blir endret uten at det har gjennomgått en grundig vurdering slik som er etablert i nasjonale og internasjonale retningslinjer. I dette tilfellet er ikke slike prosedyrer blitt fulgt.

*Ole A. Andreassen, Ulrik Malt og Jan Ivar Røssberg i Aftenposten 18. juli*

**Fortsatt kamp:** Lege Elisabeth Swensen mener pasienter har større valgfrihet enn de har godt av. (...) Innlegget, som sikkert er skrevet i beste mening, viser at det nødvendig for pårørende og pasienter å fortsette med å kjempe for medbestemmelserett.

*Frødis Lilledalen i Klassekampen 18. juli*



FAKSIMILE fra juniutgaven av Psykologtidsskriftet.

## Diskriminerende helseomsorg

Innvandringspolitikk går foran god helseomsorg i dagens Norge.



**VALERIA MARKOVA,**  
psykolog  
**SINDRE NORDAKER,**  
psykolog

**PAPIRLØSE PASIENTER**

**FARSHBAF OG NÅSHOLM** tar i juni-utgaven av Psykologtidsskriftet opp viktige problemstillinger når de fremhever de motsetningsfylte posisjoner psykologer kan få som portvoktere i psykisk helsevern. Det er tankevekkende at det rådende innvandringspolitiske klimaet i landet til enhver tid kan bli styrende når helsepersonell skal gjøre vurderinger som angår et individs psykiske helse, særlig når konsekvensen kan innebære mangel på livreddende helsehjelp.

I Bergen har Helsehjelp til papirløse hatt åpen klinikk en gang i uken i overkant av to år, og er blitt drevet som en selvstendig organisasjon. Vi har fulgt opp pasienter med lette til alvorlige psykiske lidelser, og har sett hvordan psykologiske intervensjoner har kommet flere pasienter til gode. Samtidig ser vi vår tilkorkommenhet i arbeid med dem med alvorlige psykiske lidelser, som psykoseproblematikk, alvorlige traumetilstander og alvorlige depre-

## Portvokter eller helsearbeider

Psykologer bør være bevisst skillett mellom helsetjenester og asylpolitikk.

«JEG LEVER HER, men jeg finnes ikke.»

Ordet finnes beskriver den tyske forfatteren i Norge, Gunter Grass, som beskriver han opplevelsen i sin roman. Han har lært, som finnes ikke på papiret. Han er en såkalt papirløs med enkle avlag. Det som gjør livet vanskelig er at han lever med innvandringspolitikk som ikke gir ham noen form for opprettholdelse i oppvekst med tryk, tetter og fangenskap i hjemlandet. Av frykt for å bli sendt tilbake til Norge, og siden han befinner seg i landet uten gyldig oppholdspapir, har norske politiske myndigheter hatt rettigheter. Konsekvensen er at de fleste pasientene er at helsearbeid-

den står i en vanskelig posisjon i møte med denne type pasienter.

Det som gjør Grass' historie tragisk, er at asylkandidaten sannsynligvis er av et land som ikke har vurdert som nødvendig under avslutningsprosessen. Studier har vist at traumatiserte mennesker har et høyere nivå av psykisk lidelse sammenlignet med lavere traumatisering (se Herlihy, Johnson & Turner, 2002; Bagley, Fox & Herlihy, 2002). I tillegg viser forskning at diskrepans i historietelling, eller forberedelse med manglende informasjon, forårsaker et stort helseproblematisk pasienter (Herlihy & Turner, 2006). Manglende informasjon om tjenester som tilgjengelig i Norge kan føre til at pasientene er i en vanskelig posisjon og utgjør et rettssikkerhetsproblem.

**HVEM ER DE PAPIRLØSE?**  
Statistisk sentralbyrå (SSB, 2008) har anslått at det finnes 91 000 papirløse innvandrere i Norge.

**TITTEL**  
Mona Farshbaf,  
psykolog og  
diskrimineringsadvokat  
Lene Nashed,  
psykolog  
**ILLUSTRASJON**  
Anast Kras

**PAPIRLØSE**

sjoner. Her klarer vi ikke å tilby adekvat helsehjelp. Dette synes vi er viktig å fremheve.

### FRIVILLIG INNSATS ER IKKE NOK

Som frivillige helsearbeidere på Helsehjelp til papirløse har man vakt i gjennomsnitt en gang i måneden, eller sjeldnere. To ansatte deler en 50 % stilling og har ansvar for koordinering og oppfølging av frivillige og pasienter. Når vi får inn pasienter med psykoseproblematikk eller alvorlige dissosiative lidelser, burde vi hatt et mye større oppfølgingsapparat. Vi har lagt inn pasienter på akuttpsykiatrisk mottak i Bergen, men har for liten kapasitet til å følge opp pasientene eller ha den tilstrekkelige dialogen med akuttmottaket. Som kliniske psykologer som jobber med disse systemene til vanlig, vet man også at en innleggelse på et akuttmottak kan være en kortvarig affære. Papirløse pasienter i Hordaland har ikke tilgang til særtiltak for traumatiserte flyktninger uten lovlig opphold, beskrevet



av Farshbaf og Näsholm. I praksis betyr det at vi – en liten gjeng av for det meste nyutdannede psykologer – står alene med svært sårbare mennesker.

Som nevnt av Farshbaf og Näsholm har voksne irregulære migranter bare rett til helsehjelp hvis det er «fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter». Dessuten har de rett til abort, smittevern hjelp og nødvendig helsehjelp i forbindelse med fødsel. Psykisk ustabile personer som kan utgjøre en fare, har også rett til psykiatrisk behandling. Ifølge loven må pasienten *selv* betale kostpris for den akutte hjelpen. Pasienten blir ofte sendt hjem med en regning i hånden. Fødsel ved hjelp av keisersnitt koster for eksempel rundt 50 000 kroner (Dommerud, 2015). Etter vår mening gir dette ny valør til behandlerens rolle. Som studenter lærte vi at det er pasienten og dennes helsebehov, ikke hans/hennes status, man skal ta utgangspunkt i ved valg av behandling. Ifølge dagens regelverk skal helsepersonell først ta stilling til pasientens administrative status, før helsehjelp gis. Dette er en rolle som strider mot Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, som Norge har ratifisert. Gjennom ratifisering skal disse ha forrang fremfor norsk lov.

Dagens regelverk er også fundert i en redsel for at vi ved å gi papirløse like helserettigheter vil få flere til å forbli i Norge, og gjøre det mer attraktivt for nye innvandrere å komme. Dette mener vi det ikke er grunnlag for å anta. Studier fra USA tyder på at det motsatte snarere er realiteten. Tilgang til helsehjelp er sjelden motivasjonen til mennesker på flukt. Irregulære migranter kommer på grunn av jobbmuligheter eller familieforhold, og er en trussel mot folkehelse generelt om de går lenge ubehandlet (Kullgren, 2003; Berk, Schur, Chavez, & Frankel, 2000).

### INNVANDRINGSPOLITISKE HENSYN

Vi skal selvsagt fortsette å jobbe for å utbedre tilbudet vi har i Bergen, med flere psykologer, psykiatere, sykepleiere, og kanskje utvidede åpningstider på lengre sikt. Samtidig tror vi dette ikke vil være tilstrekkelig for de sykeste i vår pasientgruppe, som vil ha behov for tverrfaglige tjenester over tid. Noen av pasientene våre har vi hatt flere enkeltmøter med, der vi har sett en gradvis forverring av deres psykiske helsetilstand. Hadde disse pasientene hatt tilgang på ordinær helsehjelp på et tidligere stadium, kunne kostbare akuttinnleggelser trolig vært unngått. Det er dermed av betydning at det legges til rette for at helsepersonell skal kunne yte hjelp uten å gjøre dette i skjul, og uten å tape økonomisk på slik virksomhet.

Det er et bevisst valg av myndighetene å ikke gi papirløse den helsehjelp de har behov for, og da må de også kunne stå inne for at de som er psykisk syke, blir sykere. Innvandringspolitiske hensyn synes å trumfe viktigheten av at papirløse får den hjelp de har behov for. Veldig få pasienter vi møter, etterspør at vi skal tale deres sak med tanke på oppholdstillatelse i Norge. De oppsøker hjelp i håp om å gjenerobre autonomi i sitt eget liv. ✕

### REFERANSER

- Berk, M.L., Schur, C.L., Chavez, L.R., & Frankel, M. (2000). Health care use among undocumented Latino immigrants. *Health affairs*, 4, 51–63
- Dommerud, Tine. (2015). «Papirløs mor må betale 52.000 for å føde». *Aftenposten*. <http://www.aftenposten.no/norge/Papirlos-mor-ma-betale-52000-for-a-fode-65838b.html>.
- Kullgren, J.T. (2003). Restrictions on Undocumented Immigrants' Access to Health Services: The Public Health Implications of Welfare Reform. *American Journal of Public Health*, 93(10), 1630–1633.



Innvandringspolitiske hensyn synes å trumfe viktigheten av at papirløse får den hjelp de har behov for

# Brukermedvirkning forutsetter valgfrihet

Motstanden knyttet til medisinfrie alternativer i behandlingen av psykoselidelser fremstår som et gufs fra den paternalistiske psykiatri – en tid verken pasienter eller fagfolk ønsker seg tilbake til.



## ANNE-KARI TORGALSBØEN,

professor og spesialist i klinisk psykologi, Psykologisk institutt, UiO

## MEDISINFRI BEHANDLING

I 2005 BLE jeg bedt om å holde et foredrag på en konferanse i regi av Rådet for psykisk helse. Tittelen var: «Drømmen om fremtiden». Her fikk jeg mulighet til å løfte frem visjonene om hvordan pasientenes psykiske helsevern ville se ut en del år frem i tid. Jeg valgte å presentere et psykisk helsevern der mestringsmodellen (recovery) hadde erstattet den medisinske sykdomsmodellen som faglig forståelsesramme. I pasientenes psykiske helsevern eksisterte ikke lenger betegnelser som «psykiatrisk pasient», «psykiatrien» eller omtale av personer som «paranoid schizofrene», ei heller ville man bruke betegnelser som fremstilte pasientene som passive mottakere, som for eksempel «pasienten står på medisiner», «pasientflyt» eller «liggetid». Honnørordene som brukermedvirkning, forebygging og sammenhengende tjenester var realiserte i denne fremtidsvisjonen!

Det var for meg på den tiden et stort paradoks at de fleste var for brukermedvirkning, mens man i omtalen av pasientene brukte betegnelser som fremstilte dem som passive og utflytende. For å realisere pasientenes psykiske helsevern mente jeg vi måtte skifte perspektiv: fra fokus på tilkortkommenheter til styrking av sterke sider – fra symptomkontroll til mestringsfokus. Bedring (recovery) hos en

person med psykisk lidelse handler om å ta tilbake håpet, personlig identitet samt tilliten til egne tanker og valg.

## IKKE ET SJANSEPILL

Ved å innføre et lovbestemt tilbud om medisinfrie alternativer fra 1. juni i år viste helseminister Bent Høie at brukermedvirkning nå har skiftet status fra honnørord til realitet. Denne bestemmelsen er et gjennombrudd for brukernes reelle valgfrihet i psykisk helsevern. I et innlegg i Aftenposten (14. juni 2016) er imidlertid psykiater Jan Ivar Røssberg bekymret for at personer med psykoselidelser nå skal få den samme valgfrihet som andre pasienter, nemlig muligheten til å velge om de vil ha medisin eller annen form for virksom behandling. Dertil frykter han at tilbudet om medisinfrie alternativer kan føre til at pasienter vil komme senere til behandling, samt at skepsisen til bruk av medisiner vil forsterkes. Samtidig understreker han at han er for brukermedvirkning.

Han beskriver medisinfrie alternativer som et sjansespill, men unnlater å nevne at selv om medikamentell behandling kan være nyttig og virkningsfull ved psykose, gjelder dette ikke for alle. Vektøkning, følelsesavflatning, mangel på vitalitet og energi er kjente bivirkninger for dem som ikke har nytte av medisineren.

Dette formidles til meg av unge pasienter med førstegangspsykose som deltar i en pågående 10-årig longitudinell studie. Her får jeg et unikt innblikk i hvordan manglende oppfølging fører til at mange av deltakerne blir stående på en for høy vedlikeholdsdose. Det er denne praksis som representerer et sjansespill, særlig fordi det også rammer de pasientene som faktisk opplever medisinene som viktige. Disse står i fare for å bli påført bivirkninger fordi medisineren ikke monitoreres godt nok. Jeg ser frem til å publisere resultatene fra denne studien, som i tillegg til å dokumentere for dårlig oppfølging av medisineren også vil vise medisinfrie positive forløp for personer med psykose.

Det er også verdt å merke seg at de som har seponert sin antipsykotiske medikasjon i denne studien, har gjort det på eget initiativ. Jeg har til gode å høre noen av deltakerne fortelle at medikamentansvarlig har tatt opp med dem at tiden nå er inne til å prøve ut gradvis nedtrapping og på lengre sikt seponering. Dagens kunnskap om psykosenes heterogenitet, både hva angår patofysiologi og bedringsprosesser, taler for en langt mer nyansert tilnærming. Det gjelder også til den medikamentelle delen av behandlingen. Helseministerens beslutning om medikamentfri behandling står seg derfor godt.

## REELL VALGFRIHET

Fremtredende schizofreniforskeres selvrapporter på «5th Schizophrenia International Research Society Conference» i Firenze nylig tyder også på at noe er i endring. Fra stadig flere stilles spørsmålet om kuren (medisinen) er verre enn lidelsen. Det er tankevekkende at nestorene i feltet åpent tilkjenner at dersom de fikk starte sin forskerkarriere på nytt, ville

de ha vært mindre lydhøre overfor de konvensjonelle strømningene i tiden. I mange år ble det hevdet at psykosen var toksisk for hjernen, og at det derfor var viktig å bruke antipsykotisk medikasjon. En annen «opplest sannhet» var at medisinene måtte brukes hele livet. Begge deler er nå tilbakevist. Flere studier finner ikke belegg for toksisk effekt ved ubehandlet psykose. I en tiårs oppfølgingsstudie av tidligere pasienter med schizofreni som var fullt restituert, var det hele 50 prosent som ikke brukte nevroleptika på undersøkelsestidspunktet (Torgalsbøen & Rund, 1998). I to oppfølgingsundersøkelser (15 og 20 år) ble funnene replikerte, noe som viser at det er mulig for fullt restituerte å opprettholde bedring, og at den ikke er avhengig av bruk av antipsykotika (Torgalsbøen & Rund, 2010; Torgalsbøen, 2012). Disse resultatene er i tråd med internasjonale langtidsstudier som har identifisert undergrupper av schizofrenipasienter som ikke blir psykotiske igjen uten medikasjon. De har god psykososial fungering og har ikke lenger behov for behandling (Harrow & Jobe, 2007).

Et psykisk helsevern basert på reell valgfrihet i behandlingstilbudene vil virke tillits-givende på en helt annen måte enn i dag. I motsetning til Røssberg mener jeg at skepsisen til medikamentell behandling vil svekkes, nettopp fordi pasientene som ønsker psykologisk behandling i stedet, nå skal få det tilbudet. Tiden for en paternalistisk psykiatri som faglig premissleverandør til psykisk helsefeltet er heldigvis over. De fleste gleder seg over denne utviklingen. Svartmalingen av reell bruker-medvirkning fremstår derfor som et gufs fra en tid verken pasienter eller fagfolk ønsker seg tilbake til. Nå står pasientene ikke lenger på medisiner; de har enten valgt å bruke dem eller valgt dem bort. ✕



Flere studier finner ikke belegg for toksisk effekt ved ubehandlet psykose

## REFERANSER

- Harrow, M. & Jobe, T.H. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medication: A 15-year Multifollow-Up Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 406–414.
- Torgalsbøen, A.K. & Rund, B.R. (1998). «Full recovery» from schizophrenia in the long term: A 10-year follow-up of eight former schizophrenic patients. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 61, 20–34.
- Torgalsbøen A.K. & Rund, B.R. (2010). Maintenance of recovery from schizophrenia at 20-year follow-up. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 1, 70–83.
- Torgalsbøen, A.K. (2012). Sustaining full recovery in schizophrenia after 15 years: Does resilience matter? *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 193–200.



**KERSTIN SÖDERSTRÖM** er barnepsykolog ved BUP Lillehammer og postdoktor ved Høgskolen i Lillehammer. Sammen med Tor Levin Hofgaard, Gerd Kristiansen og Bent Høie er hun fast kronikør.

# Barneløftet – ikke høyt nok

Et løft for barn og unge trengs. Men i stedet for å legge opp til et nødvendig maratonløp satser regjeringen på en rask spurt. Det er ikke godt nok.

**NORGE KAN SLÅ** seg på brystet med mange topplasseringer i levekår, den beste nasjonen å være mamma i, og et av verdens beste land å bo i. Det er et lykkeland med stor materiell trygghet, men våre barn og ungdommer er ikke spesielt lykkelige. Det slås fast i en UNICEF-rapport som sammenligner barns velvære i 21 rike land.

Seks temaer i barns liv er undersøkt: materielle forhold, helsestatistikk, skole, relasjoner til venner og familie, risikoatferd og de unges subjektive opplevelse av tilfredshet med livet. Ett av spørsmålene var: *Her er en stige med 10 trinn. Det øverste er det beste livet du kan forestille deg, det nederste er det verste. Generelt, hvor på stigen vil du si at du står akkurat nå?* Svarene plasserte norske barn tredje nederst av 21 OECD-land. De synes ikke at de har det spesielt bra, og de er ikke særlig aktive. De skårer høyt på helseriisikoatferd. 16 prosent av norske åtteåringer er overvektige. Både vektproblemer og skoledropout har klare klasseskiller, og påvirker psykisk helse.

Norske barn har det sånn middels bra med venner og familie, men langt fra så bra som italienske, portugisiske og nederlandske barn. Der sier flere barn at foreldre bruker tid til «bare å snakke» med dem. Flyktningbarn uten foreldre sitter i mottak og gruer seg til 18-årsdagen. I fjor opplevde nærmere 9000 barn at foreldrene skilte seg. Omtrent hvert tiende barn har en forelder som har misbrukt alkohol i løpet av året. For noen er hjemme verst. Barndomsbelastninger, vold og krenkelses i nære relasjoner er trolig vårt største folkehelseproblem.

## BARNDOMMEN ER ET LANDSKAP

Barndommen er ikke en tid, men et landskap, skriver Edvard Hoem. Biologi, erfaringer, historie og omgivelser smelter sammen i individets tilblivelsesprosess, og blir et landskap som vokser inn i voksenlivet og forplanter seg til neste generasjon. Vi vet hva som skader barn, og hva som er bra. Vi vet at innsats i barndommens landskap er det viktigste vi kan gjøre for folkehelse, fellesskapet og enkeltmenneskers livskvalitet.

Dette vet også helse- og omsorgskomiteen. Ved inngangen til sommeren la de fram Innstilling 346 S til Stortinget, der komiteen foreslår en ny tverrfaglig og forpliktende opptrappingsplan for barn og unges psykisk helse. «Et historisk løft for barn» er den begeistrede beskrivelsen fra Psykologforeningens president, for planen har langt på vei tatt hensyn til feltets kunnskap og argumenter. «For godt til å være sant», tenker jeg, og tar fatt på en kritisk nærlesing av dokumentet.

Innstillingen legger til grunn at tidlig innsats er så samfunnsøkonomisk lønnsomt at vi ikke har råd til å la være. Den foreslår økte ressurser

til førstelinjetjenesten, lettere tilgjengelighet og flere kommunepsykologer. Den vil tøyte veksten i foreskriving av medikamenter til barn og unge, og vil ha tydeligere ansvarlinjer og bedre koblinger mellom BUP og barnevern. Det er til og med et forslag om å vurdere om refusjonstakster står i veien for samhandling. Det hele omsatt i 11 forslag til endring og opptrapping, 11 lovende, etterlengtede forslag som skraper i overflaten av mulighetene og problemkomplekset.

#### **BEGEISTRET - MEN PLANLØS**

Helse- og omsorgskomiteens innstilling er et dokument som i stor grad tar barn og unges situasjon på alvor, men ikke alvorlig nok. Den tar ikke ut potensialet i grunnlagsforståelsen, nemlig at kilden til både problemer og løsninger handler mer om sammenhengene enn de enkelte deler, mer om relasjoner enn individer, og ikke minst, det handler mer om voksne enn om barn. Innstillingen henger fast i en for snever sykdomsmodell, og når dermed ikke frem til mekanismene bak overdreven medikament-utskrivning til unge mennesker.

I USA har 9 prosent av barnebefolkningen en ADHD-diagnose, i Norge mellom 3 og 5 prosent, mens det i Frankrike bare er 0,5 prosent, fordi barns impulsivitet og overdrevne uro ses som uttrykk for forhold i omgivelsene. Innstillingen vil bare flikke på en merkelig styringsmodell der psykisk helsevern evalueres i antall produserte tiltak og ikke i helbredelse og tilfredshet – og der fravær av fristbrudd er synonymt med kvalitet i tjenesten.

Selv om enigheten i komiteen har vært stor, er det noen røster som etterlyser større helhet. Én gjør oppmerksom på at Norge er ett av få OECD-land som ikke har en nasjonal plan

for psykisk helse. Norsk psykisk helsepolitikk for barn og unge beskrives som høyt prioritert, men planløs. Flere av medlemmene løfter blikket utover refusjonstakster, resepskriving og stillingsnormer og tar til orde for at det viktigste er å rette innsatsen mot arenaer som skaper psykisk helse og uhelse, som familie, barnehage, skole og nabolag. Men disse stemmene har ikke slått gjennom i den endelige innstillingen.

#### **IKKE BARE LØFTE, MEN BÆRE LANGT**

Noen av forslagene vil gi flere barn en god voksen å snakke med. Det er bra. Hjelpetiltak blir forhåpentligvis bedre koordinert. Flott og nødvendig. Men – når blikket først og fremst er på barnet, er det lett å glemme at det er hele landskapet som må kultiveres. Til det trengs det mer enn flere psykologer. En helhetlig plan blir ikke helhetlig før de grunnleggende betingelsene er analysert, slik at det varslede barneløftet kan bli til en langsiktig, bærekraftig strategi. Det er ikke løftene som forandrer barndommens landskap, det er de stødige prosessene styrt av et klart mål og politisk enighet helt ned på grunnfjellet, og folkene som tålmodig bærer hele veien fram. Derfor trenger vi en nasjonal strategi for psykisk helse.

Den beskrevne opptrappingsplanen er en svært god begynnelse, gjerne en stafettpinne der komiteene med ansvar for familie- og sosialtjenester og for barnehage- og skolepolitikk kan føye til sine analyser og anbefalinger. Til slutt bør vi få en tverrdepartemental, helhetlig plan med fast plass i politikk og budsjetter og lang tidshorisont. For, som nobelprisvinneren i økonomi James Heckman sier, investering i tidlig barndom er svært lønnsomt, men politikere må forberede seg på en maraton, ikke et spurtmesterskap. ❖



Inn-  
stillingen  
vil bare  
flikke  
på en  
merkelig  
styrings-  
modell



**ANMELDT: BOK**

## Greit oversikt om psykose

Synet på bakenforliggende, utløsende og opprettholdende faktorer ved psykoselidelser har ofte vært overforenklet. Forfatterne vil vise kompleksiteten i lidelsene i samspill med omgivelsene.



**SOFIE R. AMINOFF,  
AKIAH OTTESEN  
BERG, TRINE  
VIK LAGERBERG,  
INGRID HELLE,  
CARMEN SIMONSEN,  
TORILL UELAND,  
MONICA AAS**

*Psykose og samfunn,*  
Universitetsforlaget  
2015. 210 sider

### ANMELDT AV

Arne Repål,  
spesialrådgiver ved  
Klinikk psykisk helse  
og rusbehandling,  
Sykehuset i Vestfold HF

«**MÅLSETTINGEN MED DENNE** boka er å gi en bredere forståelse av kompleksiteten bak psykotiske lidelser med en særlig vekt på psykososiale miljøfaktorer», skriver forfatterne, som alle er tilknyttet Norment K.G. Jebsen senter for psykoseforskning. Det er en målsetting jeg synes er viktig, da synet på bakenforliggende, utløsende og opprettholdende faktorer ved psykoselidelser etter min mening ofte har vært overforenklet.

Boken er inndelt i syv kapitler, hvorav det første fungerer som en innledning. Selv om hovedtittelen på kapitlet er «Psykotiske lidelser og samfunnet», handler det mest om schizofreni og bipolare lidelser. Kapitlet er således mer avgrenset enn hva det står på baksideteksten, hvor det fremgår at bokens tema er å formidle kunnskap om samfunnsfaktorer som har betydning for *psykoselidelser*. Med det lille forbeholdet gir kapitlet en grei og kortfattet oversikt over kunnskapsstatus knyttet til symptomer, forekomst, forløp og årsaksteorier, der også det biologiske aspektet ved lidelsen har fått sin plass.

### STORBY, TRAUMER OG MIGRASJON

Kapittel 2 har tittelen «Psykose og storbyen». Forfatteren viser til forskjeller i forekomst av psykoselidelser mellom bygd og by. Sentralt i kapitlet står hypoteser om årsakssammenhenger som kan knyttes til storbylivet. Blant disse inngår både sosiale og biologiske forklaringsmodeller, og hovedbudskapet synes å være at det å vokse opp i en storby kan ha en negativ effekt på hjernen og dermed gi økt sårbarhet for å utvikle psykoselidelser.

Kapittel 3 omhandler barndomstraume som risikofaktor ved psykose. Innledningsvis beskrives vanskene med å måle barndoms-traumer samtidig som det vises til at psyko-sepasienter med barndomstraume har større forstyrrelser i forståelsen av selvet, og flere positive symptomer. En stor del av kapitlet omhandler samspillet mellom traumatisk stress og fysiologi.

Kapittel 4 omhandler migrasjon og etnisk minoritetsstatus som risiko for psykoselidelser. Dette er et spennende kapittel, og etter min vurdering bokens beste. På 20 sider får leseren et godt innblikk i kunnskapsstatus på et område som er høyst aktuelt. Det vises til at det er 2,7 ganger mer sannsynlig at migranter vil få en psykoselidelse enn andre i befolkningen. Kapitlet konkluderer med at verken selektiv migrasjon, genetikk eller rusmisbruk kan forklare dette.

Problemer knyttet til å sette diagnoser i en krysskulturell kontekst har fått bred plass. Det samme har sosiale faktorer som opplevd diskriminering og sosial motgang. Her konkluderes det med at fremmedgjøring og manglende muligheter fører til sosialt nederlag, en miljøbelastning som i særlig grad gir økt dopaminproduksjon og økt risiko for psykose. Avslutningsvis beskrives en del utfordringer knyttet til behandling.

### HVORFOR RUS OG PSYKOSE?

Kapittel 5 beskriver forekomst av rusbruk og ruslidelser hos personer med psykoselidelse, kunnskap om sammenheng mellom ruslidelser

og psykoselidelser og hvordan rusbruk synes å påvirke psykoselidelse. En stor del av kapitlet er viet sammenheng mellom cannabisbruk og psykose. Et spørsmål jeg gjerne skulle sett belyst fyldigere i boken, er hvorfor så mange personer med psykoselidelse trekkes mot rusmiljøer. Hvilken rolle spiller sosial utstøtning og jakten på en identitet her?

#### KLINISK OG PERSONLIG RECOVERY

I kapittel 6 tar boken mer direkte for seg miljøets og samfunnets betydning for sykdomsforløp og bedring. Innledningsvis beskrives forskjellen mellom «klinisk recovery» som er en del av den medisinske forskningstradisjonen, og «personlig recovery» som er knyttet til den brukerorienterte forskertradisjonen. Dette er nyttig lesning som sier noe om ulike måter å vurdere endring på. En utvidet forståelse av stress-sårbarhetsmodellen nyanserer samspillet mellom biologi og omgivelser ytterligere. Samfunnmessige miljøfaktorer som stigmatisering og myndiggjøring er også et viktig tema.

Kapittel 7 tar for seg funksjon ved psykoselidelser med fokus på utdanning og arbeid. Selv om arbeid som hovedregel er å anse som et gode, understrekes det at arbeid ikke er et mål for alle med psykoselidelser. For noen vil det handle om å finne meningsfulle aktiviteter som kan bidra til å hindre marginalisering og sosial isolasjon.

#### NOEN ETTERLYSNINGER

På slutten er det et lite avsnitt om psykotiske fenomener som normalfenomener. Skulle jeg

etterlyse noe i boken som helhet, er det kanskje en større bevissthet rundt kontinuumet mellom mer avgrensede psykoselidelser og schizofreni. Det berøres i innledningskapitlet, der det skrives at denne boken omhandler den brede gruppen psykotiske lidelser. Her pekes det også rettmessig på at det ikke er noen symptomer som er helt spesifikke for enkelt diagnoser. Dette, sammen med muligheten for at samme symptomutforming kan ha helt ulike etiologi, kunne kanskje vært problematisert noe mer. Den omfattende bruken av begrepet schizofreni kan også virke litt forvirrende all den tid forfatterne selv sier boken omhandler «den brede gruppen psykotiske lidelser».

Boken som helhet gir en grei oversikt over samfunnmessige faktorer, og løfter frem betydningen av disse både i forståelse av utviklingen av psykoselidelser, opprettholdelsen av dem og hva som kan bidra til økt mestring. Deler av boken er viet biologiske forklaringsmodeller, men da i lys av samspillet med miljøet. Ved slutten av hvert kapittel er det satt opp referanser under tittelen «Anbefalt lesning». Det er nyttig for den som vil gå videre på noen av områdene som er omtalt. Boken kan leses fra perm til perm, men kan også fungere som et oppslagsverk med oversikt over kunnskapsstatus på de områdene som er omtalt. Slik fungerer den etter min mening i tråd med hva forfatterne har beskrevet som formålet med den. ❌



Et spørsmål jeg gjerne skulle sett belyst fyldigere i boken, er hvorfor så mange personer med psykose lidelse trekkes mot rusmiljøer

# Hedvigs selvmord i Ibsens *Vildanden*



Ibsen har på en forbløffende og imponerende måte skapt Hedvig-skikkelsen som en ungdom i en familie med nettopp de karakteristika nyere psykologisk teori og forskning har vist at har større risiko for selvmord enn andre ungdommer.



**H**edvigs selvmord i Ibsens *Vildanden* (1884) er ikke godt nok forstått, hverken av litteratur- og teatervitere eller av psykologer. For det første har få vært opptatt av at det er et 14 år gammelt barn, og ikke en voksen, som skyter seg. Dernest har ingen, så langt jeg vet, brukt den forskningsbaserte kunnskapen eller de psykologiske teorier vi i dag har om selvmord og selvmordsatferd hos barn og voksne til å belyse Hedvigs selvmord.

Viktigst for å fatte hvorfor Hedvig skyter seg, er likevel Ibsens tekst. Mens han arbeidet med *Vildanden*, skrev Ibsen til sin forlegger Fredrik Hegel: «Dette stykke handler ikke om politiske eller sociale eller overhovedet om offentlige anliggender. Det bevæger sig helt igennem på familjelivets område. Diskussion vil det nok kunne fremkalde; men det vil ikke kunne vække anstød hos nogen» (Brev 14. juni 1884). Muligens skrev Ibsen dette for å berolige forleggeren sin etter alt bråket rundt utgivelsen av *Et dukkehjem* (1879) fem år tidligere og *Gengangere* (1881) to år etter det igjen. Men uansett om så var tilfellet, fikk Ibsen rett. Selv om mange var negative til stykket – Bjørnstjerne Bjørnson (1932, II) mente for eksempel at oppbyggingen av Hedvigs død var så usannsynlig «at mordet på den lille pike blir *forfatterens*. Væmmeligt.» (s. 284) – vakte det ikke den samme voldsomme fordømmelsen som *Et dukkehjem* hadde gjort. Hvordan kunne Ibsen vite at *Vildanden* ikke ville vekke anstød? Skuespillet tar jo opp en så opprivende hendelse som at et barn dreper seg selv. Kan det være at Ibsen ved å understreke at *Vildanden* ikke handler om *offentlige anliggender*, men *beveger sig helt igennem på familjelivets område*, ville vise at han visste at den vold og urett som skjer privat, innenfor familien, ikke vekker samme harme og forargelse som når for eksempel Nora bryter med sin tids offentlige normer for kvinners atferd? Selv i dag overser vi eller griper ofte ikke inn når barn lider på grunn av voksnes uvitende, egoistiske eller direkte onde handlinger.

.....  
 Essayet bygger på et foredrag holdt 8. mai 2015 på et seminar Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen ga i anledning av markeringen av at professor Geir Høstmark Nielsen sluttet ved fakultet.

## SELMORD HOS BARN OG UNGE

I dag har vi imidlertid forskning og psykologiske teorier som gir oss bedre grunnlag til å forstå barn og unges problemer og hvorfor noen barn begår selvmord. Jeg mener at denne kunnskapen og psykologiske forståelsen også kan gi en dypere og mer fullstendig forståelse av hvorfor Hedvig skyter seg. Hawton, Saunders og O'Connor (2012) har for eksempel vist at selvmord blant tenåringer er assosiert med at den unge har forholdsvis lite utdanning, har et meget snevert sosialt nettverk av jevnaldrende, lever i familier preget av konflikt og splid, der de voksne har lav selvfølelse, og der incest og incestlignende relasjoner forekommer. Andre studier (se bl.a. Christiansen & Jensen, 2007; Gjelsvik, 2013) så vel som klinisk erfaring tilsier at selvmord blant unge mennesker ofte skjer impulsivt, og i en del tilfeller uten forutgående ikke-dødelige selvmordsforsøk (Joiner, 2005). Lett tilgang til suicidale hjelpemidler som visse medikamenter og skytevåpen øker derfor risikoen for selvmord, ikke minst hos ungdom.

Den amerikanske psykolog og selvmordsforsker Thomas E. Joiner Jr. og hans medarbeidere (Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Joiner, 2010) har utviklet en mellommenneskelig («interpersonal») teori om selvmord der de hevder at *samtidig* tilstedeværelse av forstyrret tilhørighet («thwarted belongingness») og opplevelse av å være til byrde («perceived burdensomeness») for sine nærmeste er de viktigste psykologiske grunnene til at mennesker utvikler de farligste og mest skjebnesvangre ønsker om å ta sitt eget liv.

Min forståelse av hvorfor Hedvig skyter seg, bygger på denne kunnskapen, men i særlig grad på den amerikanske psykoanalytiker John T. Maltzbergers (2004) modell for *suicidalt sammenbrudd*. Maltzbergers mer enn 40 år lange forskning og kliniske erfaring om selvmord og selvmordsatferd tilsier at den viktigste drivkraften bak nesten alle selvmord er *mental smerte*, eller *psychache*, for å bruke begrepet til en annen kjent amerikansk selvmordsforsker, Edwin S. Shneidman (1985; 2001), som har en tilsvarende forståelse av selvmord. Ifølge Maltzberger er reelt eller antatt tap av en nær tilknytningsperson en av de viktigste risikofaktorer for suicidal adferd. Men svært få av dem som utsettes for slike eller lignende traumatiske livserfaringer, reagerer »



### IBSENS ANTAGELSE

Henrik Ibsen antok at *Vildanden* ikke ville vekke samme forargelse som andre av hans dramaer, fordi handlingen kun foregikk på familiens arena, skriver Ellen Hartmann. I 1902 laget Munch dette trykket av Ibsen, kalt *Henrik Ibsen på Grand Café*. Copyright: Munchmuseet.

med å bli suicidale. Ifølge modellen til Maltzberger starter suicidalitet gjerne med at personen *oversvømmes av uutholdelige følelser*. Slik emosjonell overstimulering kan ramme alle mennesker som kommer i kritiske livssituasjoner. Men for personer som har begrenset evne til å regulere følelser eller ikke makter å unnsnippe intens psykisk smerte, kan følelsesmessig overstimulering bli en alvorlig selvmordsfare. Slike mennesker forsøker å holde seg *flytende* gjennom å mestre eller tåle de uutholdelige følelsene og slik unngå kontrolltap og desintegrasjon. Mange klarer det, mens andre står i fare for å *drukne*. Viktige psykologiske funksjoner svikter, fragmenteres eller holder på å gå i oppløsning. Spesielt farlig og smertefullt er det hvis suicidale personer opplever en fragmentering av selvet, der deler av selvet blir utsatt for angrep innenfra. En slik indre krig kan i verste tilfelle resultere i at evnen til realitetstesting og selvoppholdelse krakelerer. Det hjelpeløse og utslitte selvet gir opp og *går fullstendig under*.

### FAMILIEN I HOVEDROLLEN

I følgebrevet til utgivelsen av *Vildanden* betror Ibsen Hegel: «Menneskene i dette stykke er, trods deres mangehånde skrøbeligheter, dog ved denne langvarige daglige omgang med dem blitt mig kære» (Brev 2. september 1884). Jeg tror en viktig grunn til at Ibsens skikkelser, ikke bare i dette stykket, men i alle hans dramaer, fascinerer så sterkt, ligger i denne dobbelt-heten. Han formet personene med alle deres komplekse og urovekkende egenskaper med en empatisk innlevelse og forståelse for hva de strevde med, og hva som hadde hendt dem. På tilsvarende måte lever vi som lesere og tilskuerer oss inn i Ibsens personer – forstår dem og kjenner godhet for eller overbærenhet med dem.

Som mange Ibsen-forskere har pekt på, er det ingen av personene i *Vildanden* som har en klar hovedrolle. Det er familien Ekdal og familien Werle i flere generasjoner og relasjonene familiemedlemmene imellom, som har hovedrollen. Midt i dramaet står likevel Hedvig, som fyller 14 år mens stykket pågår. Det er

lett å bli glad i denne ensomme og undrende unge piken og også i hennes arbeidsomme mor Gina og i den fordrukne og livstrette bestefaren gamle løytnant Ekdal. Det har imidlertid tatt meg lengre tid å få godhet for den selvmedlidende faren Hjalmar Ekdal, enn si for Hedvigs kvasi-dealistiske halvbror Gregers Werle. Ibsen har imidlertid gitt flere hint om traumatiske opplevelser i oppveksten til Hjalmar og Gregers som gjør at jeg har fått økende empati og godhet for dem omtrent på tilsvarende måte som jeg får empati med mine pasienter når jeg får innblikk i den overlast de har lidd.

Få av Ibsens skuespill gir et så rikt innblikk i dagliglivet til en familie som *Vildanden*. Ved å fylle stykket med så mange hverdagslige gjøremål tror jeg Ibsen ville tydeliggjøre at *Vildanden* handler om allmenne relasjonelle konflikter, motsetninger og avhengighetsforhold innenfor familielivet – mellom barn, søsken, halvsøsken og foreldre og mellom kvinner og menn, mødre og fedre. Spesielt tror jeg han ønsket å vise hvilke fatale konsekvenser slike relasjonskonflikter kan få for barn.

### Det isolerte barnet

Hedvig er et enebarn som er sterkt formet av den kompliserte familiekonstellasjonen Ibsen lot henne vokse opp i, og de altfor få andre mennesker hun kjente. Hun er, som mange av Ibsens diktete barn, et såkalt uekte barn – moren Ginas skam. Det er tvil om Hedvigs far er den fattige fotografen Hjalmar Ekdal eller den rike verkseier og grosserer Haakon Werle. Hedvig har antakelig arvet en snikende blindhet fra grossereren.

Hedvig er nær knyttet til moren, glad i henne og preget av hennes praktiske og jordnære hjelpsomhet. Men psykologisk er hun likevel mer sin fars datter. Hedvig står på terskelen til å bli kvinne. Hennes følelser for sin antatte pappa Hjalmar er sammensatte psykologiske og fysiske lengsler etter kjærlighet – lengsler som ifølge psykoanalytiker Helene Deutsch (1945) er typiske for unge piker så lenge faren er den eneste mannen i deres liv. Men slike ungpikedefølelser blir farlige når det gjelder så skadeskutte menn som faren Hjalmar og halvbroren Gregers. Doktor Relling, som sammen med Gina er blant de få av Ibsens rollefigurer som ser barn fra barnets ståsted (Hartmann, 2016), advarer foreldrene: «Hedvig er i en vanskelig alder. Hun kan finne på alt det som galt er» (s. 84, akt 4). Dessverre er ikke Gina trygg nok til å være en god og beskyttende mor for datteren selv om hun prøver å være det. Gina føler seg utilstrekkelig og har en svak posisjon i familien, både fordi hun er en fattig kvinne fra arbeiderklassen som ble gift med en mann som opprinnelig kom fra overklassen, og fordi hun føler skam og er uviss på om Hjalmar er Hedvigs biologiske far. Hun er dessuten for opptatt av å være en god kone for Hjalmar. Gjennom hele deres samliv har Gina strevd med å legge forholdene til rette slik at han som familiens overhode skal ha det best mulig: «Ja, og så er det da ikke noe for en slik mann som Ekdal å gå her og ta portretter av kreti og pleti» (s. 59, akt 3), forklarer hun Gregers.

Mange har ment at den noe barnslige oppførselen til Hedvig ikke gjør det troverdig at hun er 14 år. Men Hedvigs mentale alder er ment å være lavere enn hennes fysiske alder. Ikke fordi hun er mindre begavet, men fordi hun har vært lydige mot foreldrenes ønske om å forbli den lille piken de alltid har behandlet henne som. Hjalmar og Gina har, som mange tilkortkomne foreldre ofte gjør, isolert barnet sitt fra andre barn og fra andre voksne utenfor deres egen snevre krets. Slik har de forhindre at Hedvig vet hvordan andre familier lever sammen. Hun kjenner



Reelt eller antatt tap av en nær tilknytningsperson er en av de viktigste risikofaktorer for suicidal adferd



også få mennesker og antakelig ingen på sin egen alder som kunne vært en motvekt til hennes nære families ofte destruktive påvirkning. Hjalmar har til og med tatt Hedvig ut av skolen, for, som hun betror Gregers: «far er redd, jeg skal forderve øynene» (s. 56, akt 3). Faren har lovet henne at han skal undervise henne, «men han har ikke fått tid til det ennå» (s. 56, akt 3), røper hun til Gregers. Slik har Hjalmar fratatt datteren mulighet til utdanning og forsterker dermed hennes sårbarhet og hennes barnslige ønske om å «alltid bli her hjemme og hjelpe far og mor» (s. 57, akt 3).

#### Den selvsentrerte faren

Hjalmars oppvekst ble sterkt preget av to skjebnesvangre opplevelser. Som liten gutt mistet han moren sin og ble som Jørgen Tesman i *Hedda Gabler* (1890) oppdratt, skjemt bort og forgudet av de to ugifte «forskrudde, hysteriske tante-frøknene» (s. 100, akt 5), for å bruke dr. Rellings ord om dem. Antakelig har dette medvirket til at Hjalmar trives så godt hjemme: «her er godt å være» (s. 37, akt 2). I hjemmet blir han skjemt bort og sett opp til av Hedvig og Gina.

Da Hjalmar var nesten voksen, ble familien Ekdal rammet av en stor skandale som medførte et dramatisk fall i deres sosiale posisjon og økonomi. Hans far, Gamle Ekdal, ble fratatt offisersgraden og dømt til mange års fengsel for ulovlig hogst i de store skogene oppe ved Højdalsverket – forbrytelser hans partner og venn grosserer Werle antakelig hadde lurt ham med på, men som Werle gikk fri fra. Hverken gamle Ekdal eller Hjalmar har kommet over familiens store sosiale fall. De har begge falt utenfor det gode samfunn og klarer ikke hverdagslivet sitt og har flyktet inn i en fantasiverden der de trives best inne på mørkeloftet, hvor de kan drømme seg tilbake til fordums storhetstider, late som de går på jakt og stelle med kaninene, hønsene, duene og villanden.

Slik er Hjalmar blitt en sjarmerende, men svært selvsentrert, forfengelig, bortskjemt, doven og ganske livsudugelig mann som fortsatt som voksen higer etter å være i sentrum for andres beundring. Han er derfor hverken i stand til å være en ansvarlig og kjærlig ektefelle for Gina eller en omsorgsfull og beskyttende far for Hedvig. Jeg er derfor uenig med den norske mannsforskeren Jørgen Lorentzen (2007) når han prøver å vise at Hjalmar trass i sin umodenhet er en «kjærlig, men hjelpeløs

far» (s. 821, min oversettelse) og at «det er klart at Hjalmar giftet seg med Gina av kjærlighet» (s. 831, min oversettelse). Den nedlatende måten Hjalmar behandler Gina på, viser at hans forhold til henne er mer preget av at han har måttet giftet seg under sin stand enn av kjærlighet. Slik Ibsen fremstiller forholdet mellom Hjalmar og Hedvig, mener jeg også at det er umulig å se på Hjalmar som en kjærlig eller god far.

#### Pappas lille pike

Den amerikanske Ibsen-forskeren Joan Templeton (1997) har poengtert at Hedvig er «daddy's girl» (pappas pike; min oversettelse, s. 173). Hun ser opp til faren sin og tror på ham og hans oppfinnelse, selv om hun også blir skuffet over ham og syns han kan være vanskelig å gjøre til lags. Far og datter har utviklet et tilsynelatende kjærlig forhold til hverandre, der hun stadig legger armene rundt farens hals og hvisker ham ting i øret. Hun har lært å gjøre ham glad ved å friste ham med små kulinariske lekkerbiskener og «deilig friskt øl» (s. 36, akt 2). Hun smigrer hans forfengelighet gjennom rosende bemerkninger om hans utseende og påkledning: «Hvor morsomt å se deg i kjole. Du tar deg godt ut i kjole far!» (s. 33, akt 2). Og: «Ja, det tar seg så godt ut til knebelsbarten og til det store krøllete håret» (s. 34, akt 2). Hjalmar forsterker datterens erotisk pregede tilknytning til ham ved å ta henne i armene sine og kjæle med henne. Hun er rørende takknemlig for disse tegn på farens gode følelser for henne. Gjemt i hans armer dulmes skuffelsen over at han glemte å ta med seg hjem de lovede godsakene fra den flotte herremiddagen hos verkseier Werle. «Hedvig! Hedvig!» (s. 36, akt 2), utbryter Hjalmar. Og Hedvig (glad og i tårer) svarer: «Å du snille far!» (s. 36, akt 2). «Du og jeg, Hedvig, vi to!» (s. 78, akt 4), slår faren fast litt senere. Som lesere og tilskuere får vi en følelse av at Hjalmar tror, og får Hedvig til å tro, at de to deler en gjensidig kjærlighet, en helt spesiell relasjon. Hennes tilknytning til faren er intenst hengiven, men utrygg og med sterke incestuøse undertoner. Slik har Hjalmar fått stor og antakelig destruktiv makt over datteren.

For Hjalmar er Hedvig først og fremst objekt for hans sentimentale og selvnyttende selvsentrerthet. Han har snudd opp ned på Hedvigs økende synsproblemer og gjort dem til hans og ikke hennes byrde, men samtidig til hennes og ikke hans ansvar. Til Gregers forteller Hjalmar:

«Hun er vår høyeste glede i verden, og – (senker stemmen.) hun er også vår dypeste sorg, Gregers» (s. 39, akt 2) og litt senere: «Å du kan da tenke, vi nenner ikke å si henne slikt. Hun aner ingen fare. Glad og sorgløs og kvitrende som en liten fugl flagrer hun inn i livets evige natt. (overveldet) Å, det er så knusende svært for meg, Gregers» (s. 39, akt 2).

Hjalmars virkelige holdning til Hedvigs økende blindhet blir avslørt litt senere. Gina har endelig fått Hjalmar til å jobbe med noen fotobestillinger. Hedvig kommer inn til sin arbeidende pappa. Først beskylder han henne for å være morens spion: «Jeg synes du går sånn og snuser omkring. Skal du passe på kanskje?» (s. 54, akt 3). Og når han har såret hennes følelser, får han henne til å overta retusjeringsarbeidet slik at han kan gå for å more seg på loftet sammen med faren – gamle Ekdal – slik han antakelig ofte har fått Hedvig eller Gina til å gjøre mesteparten av det arbeid han som familieforsørger skulle gjort selv. Han lurar seg unna og lar Hedvig, som så mange barnarbeidere før og etter henne, risikere liv og helse mens hun jobber i hans sted. Men samtidig advarer han henne: «Men ikke forderv øynene! Hører du det? Jeg vil ikke ha noe ansvar; du må selv ta ansvaret på deg, – det sier jeg deg» (s. 54, akt 3). Det er hverken en kjærlig eller hjelpeløs far som gjør dette mot datteren sin. Det er en slem og egoistisk far.

#### Fortielsen i ekteskapet

Hjalmar og Ginas ekteskap er bygd på løgner og fortielser. Hjalmar er hverken oppfinner, familieforsørger eller en selvoppofrende far, slik han selv tror eller innbiller seg. «Den merkelige oppfinnelsen» (s. 62, akt 3) eller «livsoppgaven» (s. 62, akt 3) er ikke hans, men doktor Rellings idé og lever videre i Hjalmars drømmeverden. Hjalmar kommer aldri, slik han selv fabler om, til å heve «det ekdalske navn til ære og verdighet igjen» (s. 63, akt 3). Det er ikke Hjalmar, men Gina og Hedvig, som i det vesentlige driver det praktiske fotoarbeidet og sammen med gamle Ekdal sørger for familiens økonomi.

Gina på sin side har tiet om sin fortid. Hun har aldri våget å fortelle ektefellen noe om sitt forhold til sin tidligere arbeidsgiver grosserer Werle, enn si noe om sin usikkerhet med hensyn til om Hedvig er Hjalmars eller Werles barn. Slik har den ekdalske familien levd i tilsynelatende harmoni og fellesskap uten noen form for familiekrise i 15 år, helt til Gregers – mot den jordnære Ginas vilje – flytter inn på hybel hos dem med sine ideale fordringer, blant annet om å omskape Hjalmars og Ginas samliv til et «sant ekteskap» (s. 83, akt 4).

#### Den hatefulle halvbroren

Gregers er den mest skadeskutte og derfor den farligste personen i *Vildanden*. Han har vokst opp i et gjennomgripende kjærlighetsløst hjem. Faren, grosserer Werle, giftet seg ikke av kjærlighet, men fordi han feilaktig trodde at den lite pene ektefellen ville arve en stor formue. Han har siden hatet henne fordi så ikke var tilfelle. «Har du ennå ikke kunnet fordøye den tort, at du regnet galt, da du trodde, du skulde få formue med henne?» (s. 71, akt 1) spør Gregers faren. Om atmosfæren i barndomshjemmet konstaterer Gregers: «Når har her vært familieliv? Aldri så lenge jeg kan minnes» (s. 25, akt 1). Moren drakk, og faren jobbet og var utro. Gregers' dom over faren: «Når jeg ser tilbake på all din ferd, da er det som jeg så ut over en slagmark med knuste menneskeskjebner langs alle veiene» (s. 26, akt 1). Og: «Du har forkvaklet hele mitt liv. Jeg tenker ikke på alt det med mor. Men »



Selv i dag overser vi eller griper ofte ikke inn, når barn lider på grunn av voksnes uvitende, egoistiske eller direkte onde handlinger



Han har snudd opp ned på Hedvigs økende synsproblemer og gjort dem til hans og ikke hennes byrde, men samtidig til hennes og ikke hans ansvar

det er deg, jeg kan takke for, at jeg går og jages og nages under en skyldbetyngt samvittighet. Så feig og forskremt var jeg. Jeg var så usigelig redd for deg – både den gang og lenge bakefter» (s. 71, akt 3), er blant Gregers' mange anklager mot faren. Som Ibsen (1884) skriver i opptegnelsene og utkast til *Vildanden*, vet Gregers hva som er «børns første og dybeste smerter. Det er ikke kærlighedssorger; nej det er familjemesmerterne – det pinefulde i hjemmets forholde – «.

Gregers var mest knyttet til sin syke og ulykkelige mor. Som faren påpeker: «Hun og du, – I holdt alltid sammen. Det var henne som fra først av fikk ditt sinn vendt bort ifra meg» (s. 22, akt 1). Men foreldrenes uforsonlige ekteskap og den evige maktkamp om hvem av dem som skulle bestemme over Gregers, rev gutten i stykker. Etter morens død flyktet han opp til Højdsalverket og unngikk all personlig kontakt med faren gjennom 15 år. Gregers har nok også alltid fornemmet at Hedvig og han er halvsøsken. Hans ønske om hevn over faren, som han hater intenst, og over lillesøsteren, som han antakelig alltid har vært sjalu på, er nok langt sterkere enn hans ønske om å lede Hjalmar og Gina inn i et sant ekteskap. Han vil hevne seg gjennom å avsløre farens tidligere seksuelle forhold til Gina, og at Hedvig er hans fars og ikke Hjalmars barn.

Gregers har aldri kunnet beundre faren sin. I stedet har han alt fra guttedagene sett opp til Hjalmar som en spesielt høyverdig person. Hjalmar på sin side trenger vennens beundring. Samtidig aner han at Gregers kan være farlig for ham, og prøver å stoppe ham: «Nei, kjære snille Gregers, snakk nå ikke mer om sott og forgift; jeg er slett ikke vant til den slags samtaler; i mitt hus snakker man aldri til meg om uhyggelige ting» (s. 65, akt 3). Men han er ikke trygg nok til å skyve vennen fra seg.

Gregers er et mishandlet, ensomt og hatefullt menneske som ønsker å være «en riktig urimelig flink hund; en slik en, som går til bunnns etter villender, når de dukker under og biter seg fast i tang og tare nede i mudderet» (s. 47, akt 2). Det er vanskelig å like Gregers. Men når Ibsen lar oss forstå den overlast han har lidd – hvor usigelig redd og sønderrevet han var gjennom hele oppveksten, blir det også mulig å få en viss godhet for ham.

#### Havsens bund

Gregers etablerer en spesiell relasjon til Hedvig som får katastrofale følger. Det oppstår en følelsesmessig kontakt mellom dem mens de

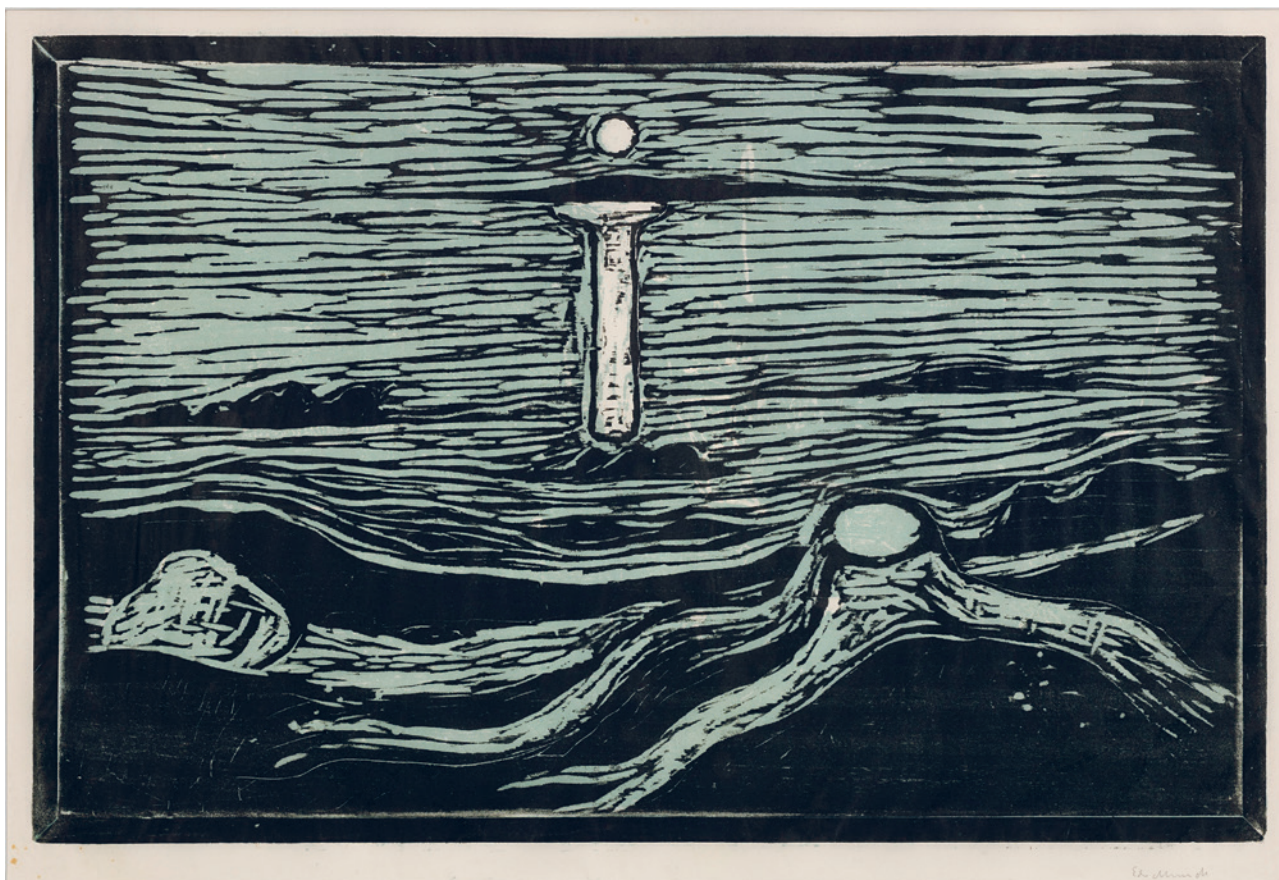
snakker sammen om villanden. Til Hedvigs forundring sier Gregers «og så har hun vært på havsens bund» (s. 58, akt 3) i stedet for å bruke mer vanlige uttrykk som på havets bund eller havbunden. Det kommer frem at Hedvig når hun tenker på villanden og alt det forunderlige og mystiske som finnes inne på mørkeloftet, er det som «hele rommet og alt sammen heter 'havsens bund'» (s. 58, akt 3). Dette sammenfallet i Gregers' og Hedvigs bruk av hennes private uttrykk 'havsens bund' fører til at Gregers når inn til Hedvigs følelser og forestillingsverden. Hun skifter holdning til ham – fra mistenksomhet: «det var liksom han mente noe annet enn det han sa – hele tiden» (s. 48, akt 2) til en gryende tillitsfullhet. Hedvig lar seg forføre av Gregers, som hun har latt seg forføre av faren. Fra da av har også Gregers skjebnesvanger makt over henne og kan påvirke henne i samsvar med egne planer.

#### Tap av tilknytningsperson

Hjalmar selvcentrerte kjærlighet til Hedvig bryter sammen når Gina ikke kan forsikre ham om at Hedvig er hans biologiske datter. For Gina er det ikke viktig om Hedvig er Werles eller Hjalmar barn. Det avgjørende for henne er at Hjalmar er Hedvigs sosiale far, og at de tre er en familie. Når Hjalmar krever å få vite om «ditt barn har rett til å leve under mitt tak» (s. 94, akt 4), blir Gina først forarget og svarer med lynende øyne «Og det spør' du om!» (s. 94, akt 4). Men når Hjalmar innstendig ber henne fortelle «om Hedvig hører ham til», svarer hun oppriktig: «Jeg vet ikke» (s. 94, akt 4). Gina har nok skjult fortiden sin for ektefellen, men hun er en av Ibsens få skikkelser som ikke direkte lyver.

For Hjalmar er det uutholdelig å tenke at Hedvig ikke er hans biologiske datter. «Så har jeg ikke mere å gjøre her i huset» (s. 94, akt 4). Gregers forsøker forgjeves å stoppe ham med nok en av sine ideale fordringer: «Sammen må dere tre være, hvis du skal vinne frem til den store tilgivelsens offerstemning» (s. 94, akt 4). Men da blir Hjalmar tydelig på at han hverken kan eller vil leve opp til slike idealer: «Dit vil jeg ikke. Aldri! Aldri! ... Min hatt! Hjemmet er styrtet i grus omkring meg. (brister i gråt.) Gregers, jeg har ikke noe barn!» (s. 94, akt 4).

Hedvig tåler ikke avvisning fra faren, som er hennes viktigste tilknytningsperson. Hun blir helt fra seg, klynger seg til ham og skriker: «Far, far... Nei, nei, ikke gå fra meg!» (s. 94, akt 4). Og



Gina, som den omsorgsfulle, men maktesløse mor hun er, ber ham: «Se på barnet, Ekdal. Se på barnet!» (s. 94, akt 4). Gina prøver å beskytte datteren gjennom å få Hjalmar til å se Hedvig – at han skal forstå hvor høyt hun elsker ham, og hvor fortvilet hun blir ved muligheten for å miste ham. Når Hjalmar's drømmeverden rakner, er han imidlertid bare opptatt av seg selv. Han er ikke i stand til å se datterens kjærlighet til ham, eller hennes fortvilelse og sammenbrudd. Han river seg løs, avviser sin desperate datter og går på fylla med doktor Relling og kandidat Molvik.

Like etter blir den sønderknuste Hedvig alene med Gregers. Hun betror ham at hun skjønner at faren har forlatt henne fordi: «Kanskje jeg ikke er fars riktige barn» (s. 95, akt 4). Men hun syns at han kunne holde like meget av henne for det. «Ja, nesten mere. Vildanden har vi jo også fått sendende til foræring, og allikevel holder jeg så svært av den» (s. 96, akt 4).

Så følger den skjebnesvangre scenen der Gregers spør Hedvig: «Men om nu du frivillig ofret villanden for hans skyld?» «Villanden?» «Om du nu for ham offervillig ga hen

det beste, du eier og vet i verden?» «Tror De, det ville hjelpe?» «Prøv det, Hedvig» (s. 96–97, akt 4), råder Gregers.

Når Hjalmar vender tilbake til hjemmet i siste akt, møter Hedvig ham med gledeskrisk. Men han avviser henne på nytt: «Gå din vei, vekk, vekk. (og til Gina) Få henne vekk fra meg!» (s. 105, akt 5). Gina får Hedvig til å gå ut av rommet, men litt senere kommer hun forskremt tilbake. Faren avviser henne på nytt: «I de siste øyeblikk, jeg tilbringer i mitt fordums hjem, ønsker jeg å forskånes for uvedkommende» (s. 107, akt 5). «Er det meg?» (s. 107, akt 5) spør den fortvilte og redselsslagne Hedvig. Hun husker Gregers' vanvittige forslag om å ofre det kjæreste hun eier for å gjenopprette farens kjærlighet til henne. «Hedvig», skriver Ibsen i sceneanvisningen, «står et øyeblikk urørlig, i angst og rådvillhet, biter leppene sammen for å kvele gråten; så knytter hun krampaktig hendene og sier sakte: *Vildanden!* Hun lister seg hen og tar pistolen fra hyllen, åpner loftsdøren på klem, smyger inn og trekker døren til etter seg» (s. 107, akt 5).

#### IKKE VAKKERT

Ellen Hartmann finner ikke noe forløsende eller vakkert ved Hedvigs død. Dette tresnittet til Edvard Munch er fra 1897 og finnes i samlingen til The Met i New York.





Hedvigs  
tilknytning til  
faren er intens,  
men utrygg

### SELVMORDET

Fra loftet overhører hun samtalen mellom Hjalmar og Gregers. Det har vært uenighet om hvorvidt Hedvig kan høre denne samtalen. Ibsen har imidlertid gjort det klart at veggen inn til loftet er meget tynn, at Hedvig har en særdeles god hørsel, og har latt Hjalmar og Gregers høre lyder fra villanden inne på loftet rett før dialogen mellom dem begynner. Jeg er enig med de Ibsen-kjennere som mener at slike innlagte hint neppe er tilfeldige. Ibsen har ment at vi skal forstå at Hedvig hører hva faren og Gregers snakker om. Hjalmar kommer først med en patetisk og nærmest paranoid fordreid historie om at hans uskyldige og elskede datter er blitt forvandlet til et svikefullt og pengegriskt monster. Hun elsket aldri den stakkars fotografen, og nå som hun vet hvem den virkelige faren er, vil hun være smart nok til å ta imot hans invitasjon til et liv i luksus. Full av selvmedlidenhet betror Hjalmar Gregers at han har fått «denne forfærdelige tvil –; kanskje Hedvig aldri holdt riktig ærlig av meg» (s. 112, akt 5). Gregers svarer forførende: «Det kunne du dog muligens få vidnesbyrd om» (s. 112, akt 5). Og Hjalmar lar seg rive med og sviker datteren for tredje gang: «Hvis jeg spurte henne nå: Hedvig, er du villig til å gi slipp på livet for meg? (ler spotsk) Jo, takk, – du skulle nok få høre hva svar jeg fikk» (s. 113, akt 5).

Og svaret kommer som et pistolskudd innefra loftet. Hedvig har skutt seg rett i hjertet, på nært hold, slik bestefaren – gamle Ekdal – har forklart henne at ville ender skal skytes. Hedvig skyter seg på bursdagen sin inne på sitt elskede loft, som samtidig for henne også er forbundet med 'havsens bund'. Vi ser henne ikke, men vi hører skuddet.

Mange forskere har prøvd å forklare hvorfor Hedvig skyter seg selv og ikke villanden. Noen mener at det er noe forløsende og vakkert over Hedvigs død (Kerans, 1965). Den amerikanske litteraturforskeren John Ditsky (1984) tror at Hedvig dreper seg selv og ikke villanden fordi hun er overbevist om at bare på denne måten kan hun «berettige – eller unnskyldte – sin eksistens og gjenopprette fred i familien» (s. 7, min oversettelse). Ibsen-forskeren Vigdis Ystad (1999) hevder at Hedvig ved å skyte seg «påtar seg ansvaret for å bekrefte livsinnholdet i Hjalmars tilværelse» (s. 5). Ystad mener at Hedvigs selvmord ikke er utløst av noe hun selv er skyldig i. Det er de voksne familiemedlemmene som er de skyldige. Selv er Hedvig et offer som soner andres skyld. Litteraturviteren Toril Moi (2006) tror Hedvigs selvmord er et resultat av farens avvisning av henne, og at «Hedvig dør for å vise Hjalmar hva kjærlighet betyr ... Hun tar Hjalmar på ordet og ofrer livet for ham» (s. 373). Bjørn Hemmer (2003), som er en av de Ibsen-forskere som er opptatt av at Hedvig er et barn, mener at hun «går seg vill i den voksnes forvirrede verden (s. 319). I likhet med Bjørnson (1913, II) og andre norske og utenlandske Ibsen-forskere hevder også Hemmer at Hedvig misforstår farens teatraliske spørsmål om hun for hans skyld er villig til å gi opp livet, det vil si hun feiltolker livet i luksus hos grosserereren til å bety å dø for min skyld (Hagen, 2015, Hemmer, 2003). Mens psykoanalytikeren og professor emeritus Bjørn Killingmo (1994) hevder at Hedvig «lider av en fundamental mangel på tilknytning» (...). «På et arkaisk nivå endrer Hedvig identitet. Hun blir villanden» (...). «Hennes impuls til å skyte seg skjer umiddelbart uten noen form for refleksjon eller valg» (s. 154, mine oversettelser).

Ibsens tekster er så rike og mangfoldige at de kan tolkes på ulike måter. Selv har jeg en enklere og mer psykologisk, men samtidig mer brutal og



tragisk forståelse av dette grufulle selvmordet. Jeg finner ikke noe forløsende eller vakkert ved Hedvigs død. Jeg tror heller ikke at et barn på Hedvigs alder har tanker om for eksempel å ta på seg *ansvaret for å bekrefte livsinnholdet i farens tilværelse*.

Jeg er også uenig med Killingmo (1994) i at Hedvig led av *en fundamental mangel på tilknytning*, enn si *endret identitet og ble villanden*, eller at hun skyter seg *uten noen form for refleksjon eller valg*. For meg er det opplagt at Hedvig hadde en nær tilknytning til moren. Men Gina har, som alt nevnt, dårlig selvfølelse på grunn av sin arbeiderklassebakgrunn og sin usikkerhet med hensyn til hvem som er Hedvigs biologiske far. Hun har alltid latt Hjalmar bestå på bekostning både av Hedvig og henne selv, «jeg og Hedvig behøver så lite» (s. 78, akt 4). Selv om vi som tilskuere og lesere kan se at den jordnære Gina er langt mer livsdyktig enn drømmeren Hjalmar, forstår vi likevel at hun føler seg og blir behandlet som sosialt underlegen og underordnet ektefellen. Hun makter ikke å stå opp for og ta vare på Hedvig når det virkelig gjelder.

Hedvigs tilknytning til faren er, som også alt nevnt, intens, men utrygg. Også Hjalmar er sosialt usikker og har dårlig selvfølelse. «Jeg er ikke skikket til å være ulykkelig, Gregers. Jeg må ha det godt og trygt og fredelig omkring meg» (s. 111, akt 5). Egentlig vet Hjalmar også at han aldri vil gjøre noen stor oppfinnelse: «Ja herre gud, hva vil du egentlig jeg skal oppfinne? De andre har jo oppfunnet det meste i forveien» (s. 111, akt 5), betror han Gregers etter at alt har falt sammen rundt ham. Hjalmar har ikke god nok selvfølelse til å være glad i og sosial far til et barn som ikke hans eget.

Hedvigs livssituasjon blir ytterligere vanskelig ved at hun ikke går på skole og ikke lærer det andre barn lærer. Hun har heller ingen jevnaldrende venner hun kan snakke med og betro seg til om for eksempel den *byrden* hun føler hun er blitt for faren etter at han fikk vite at hun kanskje *ikke er hans riktige barn*. Men en ting har Hedvig. Hun har en ladd pistol lett tilgjengelig.

Bjørnson tok med andre ord feil da han mente at fremstillingen av Hedvigs selvmord ikke var overbevisende. Tvert imot. Jeg vil hevde at Ibsen på en forbløffende og imponerende måte har klart å skape Hedvigskikkelsen som en ungdom i en familie med

nettopp de karakteristika nyere psykologisk teori og forskning (Gjelsvik, 2013; Hawton et al., 2012; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) har vist at har større risiko for selvmord enn andre ungdommer. Hedvig ligner de mennesker hennes sannsynlige biologiske far – grosserer Werle – har så stor forakt for: «Der gis mennesker her i verden, som dukker til bunns bare de får et par hagl i kroppen, og så kommer de aldri opp igjen mer» (s. 20, akt 1). Det er fascinerende hvordan Werle her bruker metaforer og en menneskekaraktistikk som psykologisk sett er sammenfallende med hvordan Maltzberger (2004) har anskueliggjort at suicidale sammenbrudd finner sted. Samtidig mener jeg at Ibsen gjennom dette utsagnet, som kommer alt i første akt, gir oss som lesere og tilskuere hint om hvorfor Hedvig skyter seg selv og ikke villanden.

I likhet med Moi (2006) er jeg overbevist om at Hedvig *ikke* feiltolker farens bruk av ordet *livet*, men tvert imot: «hun bare så alt for godt forstår hva han beskylder henne for» (s. 373). Når faren avviser henne, *overstrømmes* Hedvig av en *uutholdelig* angst og smerte. Hun forsøker å holde seg *flytende* ved å tryggle faren om ikke å gå fra henne. Men når han fortsatt ikke vil vite av henne og ser på henne som en uvedkommende, har hun ikke indre styrke nok til å regulere den overveldende vonde fortvilelsen over å være avvist av den personen hun er mest glad i og sterkest knyttet til. Hun er i ferd med å *drukne*. Redningen blir tilsynelatende *hunden* Gregers' fatale råd. Jeg tror Hedvigs plan da hun tok pistolen og listet seg inn på mørkeloftet, var å skyte villanden som et offer og bevis på hvor glad hun var i faren sin. Men idet hun hører og forstår at faren tviler på *hennes* kjærlighet til ham, og at faren kan tro at hun ville svikte ham for et liv i luksus, går hennes indre verden i oppløsning. *Den forstyrrede tilhørigheten* eller tilknytningen til faren ryker. *Byrden* blir for tung og *smerten uutholdelig*. Da velger hun heller – som skamskutte, ville ender – å dukke under og klynge seg til havsens bunn for aldri å komme opp igjen. ❌

.....  
Sitatene fra Ibsens skuespill *Vildanden* er hentet fra Samlede Verker 10. utgave ved Didrik Arup Seip (1952) i 6 bind, bind 5. Sideanvisning og akt står i parentes etter siteringene.

Neste side:

**Selvmordsforskeren  
kommenterer**

## REFERANSER

- Bjørnson, B. (1932, II) *Kamp-liv*. Oslo: Gyldendal forlag.
- Christiansen, E., & Jensen, B.F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 257–265.
- Deutsch, H. (1945). *The psychology of women*. Vol. 2. New York: Grune & Stratton.
- Ditsky, J. (1984). Child Sacrifice in Modern Drama: A Survey. *Ariel*, 15, 3–15.
- Gjelsvik, B. (2013). Suicidal intent and access to suicidal means in deliberate self-harm: A longitudinal study. University of Oslo, Norway.
- Hagen, E.B. (2015). *Hvordan lese Ibsen? Samtalen om hans dramatik 1879–2015*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hemmer, B. (2003). *Ibsen: Kunstnerens vei*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Hartmann, E. (2016). Ibsens skamskutte barn. *Tidskrift for norsk psykologforening*, 53(1), 60–67.
- Hawton, K., Saunders, K.E., & O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–2382.
- Ibsen, H. (1884). Optegnelser og utkast til *Vildanden*. I *Henrik Ibsens skrifter* (2003). Oslo: Aschehoug forlag.
- Ibsen, H. (1884). Brev 14. Juni 1884. I: *Henrik Ibsens skrifter* (2003). Oslo: Aschehoug forlag.
- Ibsen, H. (1884). Brev 2. September 1884. I: *Henrik Ibsens skrifter* (2003). Oslo: Aschehoug forlag.
- Joiner, Jr., T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kerans, J.E. (1965). *Kindermord and Will in Little Eyolf*. I: T. Bogard, & W. Oliver (red.) *Modern drama. Essays in criticism*. (192–208). New York: Oxford University Press.
- Killingmo, B. (1994). Ibsen's «The wild duck»: A case of undifferentiated self-object representations. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 17, 145–158.
- Lorentzen, J. (2007). Ibsen and fatherhood. *New Literary History*, 37, 817–836.
- Maltsberger, J.T. (2004). The descent into suicide. *International Journal of Psychoanalysis*, 85(3), 653–667.
- Moi, T. (2006). *Ibsens modernisme*. Oslo: Pax forlag.
- Shneidman, E.S. (1985). *A definition of suicide*. New York, NY: Wiley.
- Shneidman, E.S. (2001). *Comprehending suicide: Landmarks in 20<sup>th</sup> century suicidology*. Washington DC: American Personality Association.
- Templeton, J. (1997). *Ibsen's women*. Cambridge: Cambridge University press.
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A., & Joiner, Jr., T.E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
- Ystad, V. (1999). Ibsens selvmordere. *Suicidologi*, 4, 3–6.

Bergljot Gjelsvik er invitert av Psykologtidsskriftet til å kommentere Ellen Hartmanns fageessay. Gjelsvik er post-doktor ved Psykologisk Institutt, UiO. Hun forsker på suicidale forløp: prosessene som leder til selvmordsforsøk og utviklingsforløpet i etterkant.

## KOMMENTAR

# Selvmordsgåten

Hva bringer en person fra suicidal tanke til handling?

**SELMORD ER BÅDE** den mest private og mest relasjonelle av handlinger. Å identifisere typiske kjennetegn og forløp på tvers av slike tragiske utfall har vært høyt prioritert de siste 50 årene. Suicidologien – vitenskapen om selvmord og suicidal atferd – er en systematisk utforskning av slike kjennetegn og prosesser. Ellen Hartmanns analyse av det tragiske vendepunktet i *Vildanden* bringer leseren direkte inn i dilemmaet i moderne suicidologi: Kan vi – *post mortem* – forstå hva som ledet noen til å ta sitt eget liv? Hartmanns spørsmål bringer oss til selvmordsforskningens uvegerlige paradoks og sentrale utfordring: At selve *kilden* til gåten vi forsøker å forstå, ikke lenger er i tale. Hvordan kan vi da nærme oss fenomenet?

En hyppig brukt men metodologisk problematisk innfallsvinkel til forskning på selvmord er psykologiske post mortemstudier (autopsistudier) der man på bakgrunn av intervjuer med etterlatte og informasjon fra ulike registre, konstruerer *a posteriori* forklaringer på selvmordet. Slike studier gir holdepunkter for at risikofaktorene for alvorlig selvskading og selvmord ofte er overlappende (Hawton et al., 2005). Mens risikofaktorene for selvmord hos barn i stor grad sammenfaller med risikofaktorene for selvmord for unge voksne, er *varslene* (f.eks. klare uttrykk for et dødsønske) mindre tydelige (Freuchen, Kjelsberg, & Grøholt, 2012). I det samme materialet hadde 25% av barna det som ble betraktet som en diagnostiserbar psykisk lidelse da de døde, og interpersonlige konflikter ble rapportert av etterlatte i mer enn halvparten av tilfellene (Freuchen, Kjelsberg, Lundervold, & Grøholt, 2012). Til tross for at slike studier gir oss et privilegert innblikk i typiske kjennetegn hos barn som dør av selvmord, har denne metoden viktige begrensninger (Hawton et al., 1998). Et hovedproblem er at slike karakteristika (f.eks. depresjon) ikke er tilstrekkelig *spesifikke* – de gir ikke klinikere noe grunnlag for å differensiere minoriteten av barn med depresjon som tar livet sitt fra det store flertallet av deprimerte barn som *ikke* skader seg selv (Gjelsvik, 2015). Vi trenger å forstå, ikke bare *at* disse barna ofte er i konflikt, men – som i tilfellet Hedvig – *hva* det er ved deres opplevelse av slike konflikter som gjør selvmordet til den eneste logiske løsning for noen.

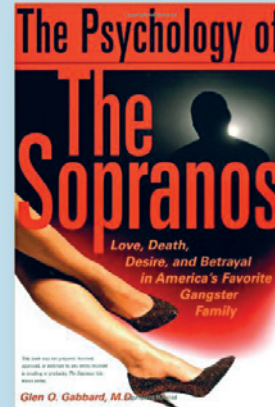
Selvmordsforskningen gjennomgår nå et paradigmeskifte. De tidlige teoriene om hvorfor personer tar livet sitt har gitt gode og rike forklaringer på hva som gjør at noen blir suici-

dale, altså har suicidale tanker uten å nødvendigvis handle på dem. Professor Mark Williams argumenterer for at kombinasjonen av å føle seg utmanøvrert (*defeated*) og fanget (*entrapped*) gjør at selvmordstanker blir fremtredende – noe som synes høyst relevant i Hedvigs tilfelle. Det slike teorier *ikke* forklarer, er hva det er som bringer individer fra suicidal tanke til handling (Burke & Alloy, in press). Årsakene til en slik fatal *mindlock* (Gjelsvik, 2015) er en uhyre kompleks og ikke-lineær interaksjon mellom praktiske faktorer (tilgang på midler; Hedvigs pistol) og emosjonelle og kognitive prosesser. Hva får Hedvig til å skyte? På ett plan kan vi, i livet som i fiksjonen, aldri helt favne beveggrunnene. Likefullt trenger vi som klinikere teorier som predikerer suicidal *atferd* – ikke bare tankeinnhold. Den retrospektive kunnskapen må suppleres med *prospektiv* kunnskap om selvmordsprosesser. Dette er utfordringen vi nå står overfor. Ibsens Hedvig er derfor en høyst aktuell gåte for moderne suicidologer. ❌

## REFERANSER

- Burke, T. A. & Alloy, L. B. (under publisering). Moving toward an ideation-to-action-framework in suicide research: A commentary on May and Klonsky (2016). *Clinical Psychology Science and Practice*.
- Freuchen, A., Kjelsberg, E., Lundervold, A. J., & Grøholt, B. (2012). Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child and adolescent psychiatry and mental health*
- Freuchen, A., Kjelsberg, E., & Grøholt, B. (2012). Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youths under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 30, DOI: 10.1186/1753-2000-6-30.
- Gjelsvik, B. (2015). Advarsel om selvmordsrisiko. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 242–251.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50, 269–76.
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal*, 330, 891–894.

## ANBEFALT



## Psykoanalytisk godis

Hva skjer om man setter en erfaren psykoanalytiker foran tv-skjermen for å se Sopranos? Jo, vi får en usedvanlig fascinerende analyse av alt som rører seg rett under overflaten hos en helt vanlig mafia-familie i New Jersey. I Glen Gabbard *The Psychology of The Sopranos. Love, Death, Desire, and Betrayal in America's Favorite Gangster Family* fra 2002, får vi ikke bare en psykologisk profil av mafiabossen Tony og hans to familier, Gabbard viser også hvordan en lang rekke ubevisste prosesser styrer skjebnene deres.

Spørsmål som bli reist, og besvart, er av typen: Er Tony anti-sosial eller psykopat? Hvordan kan hans mor Livia få en slik makt over alle familiemedlemmene? Er kona Carmela en med-sammensvoren eller uskyldig selv, og hvordan oppdra to tenåringer i denne jungelen av løgner og benekting? Kort sagt: Hva er prisen for et dobbeltliv?

En stor del av boken handler om hva som skjer i psykoterapien med Dr. Melfi. Er det overhodet mulig å behandle den panikkrammede Tony? Og hva er egentlig målet? Innsikt? Personlighetsforandring? Lovlydighet?

Alt dette, og mer psykoanalytisk snacks, får du svar på om du leser denne underholdende boken, som også får leseren til å tenke over egne dilemma, konflikter og valg. Enkelte ganger er slike populære bøker bedre enn noen standard tekstbok. Denne er en slik en.

*Anbefalt av Christian Schlüter, psykologspesialist,  
Avdeling for personlighetspsykiatri, OUS*

# Straffen for å si ifra

Boken *Moderne munnkurv* blir særlig aktuell i et helsevesen som stadig preges av byråkratiske vendinger.



**MARIA AMELIE,  
DAG YNGVE DAHLE**

*Moderne munnkurv. Ansattes ytringsfrihet i Norge.* Gyldendal arbeidsliv, 2016. 256 sider

## ANMELDT AV

Mehdi Farshbaf, psykolog og doktorgradsstipendiat

**MODERNE MUNNKURV** er en høyaktuell fagbok om ytringsfrihetens vilkår i arbeidslivet. Boken tar opp konflikten mellom ansattes grunnlovsfestede rett til ytringer og arbeidsgiveres behov for lojalitet. Samtidig berører den mye mer enn ytringsfrihet og varslingsvern for arbeidstakere. På sitt mest ideologiske gir boken stemme til den gamle kampen om arbeideres rettigheter og om behovet for sterke fagforeninger.

Forfatterne gir gjennom ni dybdeintervjuer viktige innblikk i potensielle konsekvenser når du som ansatt ytrer deg om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen eller om samfunns-spørsmål generelt. I tillegg presenteres forskning, spørreundersøkelser og intervjuer av eksperter som gir et bredere bilde utover den enkeltansattes opplevelser.

## SKREMMENDE LESNING

Boken er til tider en skremmende lesning om hvor galt det kan gå, og hvor utsatt du er som arbeidstaker hvis du uttaler deg om forhold som arbeidsgiveren eller ledelsen misliker. Det var spesielt to av sakene som gjorde inntrykk på undertegnede; Heidi Follett, som skrev en systemkritisk kronikk i NRK Ytring om det å jobbe for NAV, og Kirsten Laake i Statens strålevern, som påpekte feilaktige grenseverdier for radioaktivt avfall. Begge kvinnene, og det er kvinner som er mest utsatt for represalier, ble beskyldt for å opptre illojalt av sin arbeidsgiver. De ble utsatt for formelle og uformelle sanksjoner og måtte til slutt forlate jobbene sine.

Intervjuobjektene beskrivelser av arbeidsgiverens handlinger i tiden etter ytringene viser at det kan være grunn til å frykte arbeids-

giverens vrede ved upopulære ytringer. Follett opplevde at tiden etter kronikken ble meget belastende: «Du ser ut av vinduet og lur på hvilket tog du skal kaste deg foran.» Et spørsmål som meldte seg tidlig, og som kunne vært behandlet mer inngående i boken, er hvorvidt disse eksemplene handler om mangel på ytringsfrihet for arbeidstakere eller om dårlig ledelse som ikke tåler uenighet og ordskifte.

## LOJALITET

Lojalitet er et begrep som går igjen i intervjuene av de ni arbeidstakerne som kom i konflikt med ledelsen på grunn av sine ytringer. Forfatterne dokumenterer og sannsynliggjør at mange arbeidsgivere ønsker full lojalitet til bedriften eller ledelsen, også ved faglig uenighet. Amelie og Dahle skriver godt om hvordan dette er en misforstått og endimensjonal lojalitet, der lojaliteten til samfunnet og brukere blir tilslørt av organisasjonenes regelverk rundt kommunikasjon, etikk og merkevarebygging. En annen foruroligende beskrivelse er at medarbeidere som sier ifra, ser ut til å oppleve liten støtte fra medarbeidere som selv er enige i at det er uheldige forhold på jobben, men som ikke tør å si ifra.

## MINST ROM I DET OFFENTLIGE

Et interessant funn er at det er ansatte i offentlig sektor som opplever minst rom for å ytre seg om forhold på jobben. De opplever flere sanksjoner og driver i større grad med selvsensur. Nettopp dette med selvsensur og redselen for sanksjoner fra ledelsen er aktuelt i et helsevesen som er stadig preget av omorganiseringer og byråkratiske endringer. Boken presenterer funn som viser at

# Ferskvare



## Bedringshistorier

Boken *Et bedre liv* tar utgangspunkt i fjorten personers fortellinger om egen recovery fra rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer. «Selv om systemet svikter, er det mulig å få det til», «Løp meg til bedring» og «En dag vil det gå deg bra» er noen av overskriftene på bedringshistoriene. Fagfolk kommer også til orde med sine refleksjoner og viser hva forskning forteller om forhold som understøtter bedringsprosesser. Boken er redigert av Anne Landheim og kolleger, og utgitt på Gyldendal Akademisk.

ytringsfrihetens kår er dårligst innenfor den sektoren flest psykologer jobber i. Gitt hvor viktig fagpersoners kunnskap og kompetanse er for å drive et effektivt og godt helsevesen, er dette urovekkende. En av de intervjuede sier det på følgende måte: «... fagpersoner skal opptre lydig og føye seg etter ledere, selv om de mangler fagkunnskap. Vi ser konturene av et samfunn der beslutninger tas på et annet grunnlag enn kunnskap» (s. 115).

Det er når forfatterne trekker inn ideologi, boken blir mest interessant og sår viktige frø for videre kritikk og diskusjon. Mest leseverdige er de delene av boken som setter innskrenkningene i ansattes ytringsfrihet i sammenheng med New Public Management (NPM) og en større trang til kvantifisering, måling og behov for kontroll i offentlig sektor. For det er den ideologiske tilsløringen som er farligst for ytringsfrihetens kår, og som maner frem en form for selvsensur som kan føre til at samfunnet går glipp av viktige fagstemmer. Arne Johan Vetlesen beskriver dette godt: «Systemkritikk avpolitiseres og ufarliggjøres, den vendes om 180 grader, forvandles til en kritikk av avsenderen som individ.»<sup>1</sup>

## NYTTIGE RÅD

*Moderne munnkurv* er en viktig bok om konsekvensene av å si ifra. På slutten av boken får man som ansatt også nyttige råd om hvordan man kan gå frem for å varsle eller ytre seg om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen. I tiden fremover kan spesielt denne delen av boken bli viktig for oss psykologer når reformer om pakkeforløp og mulig endring av eierskap av DPS vil kreve at vi ytrer oss som fagpersoner. ✘

.....

1. <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/empati-under-press>

## Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Send forespørsel på e-post til [perolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:perolav@psykologtidsskriftet.no) eller [nina@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina@psykologtidsskriftet.no).

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



## Psykoseerfaring

Kognitiv terapi ved psykose må individualiseres i høyere grad enn ved mindre komplekse tilstander, skriver Marit Grand Grande og Lene Hunnicke Jensen i forordet til boken *Kognitiv terapi ved psykose*. Gjennom konkrete kasuseksempler viser de hvordan man kan legge til rette for et terapiforløp med utgangspunkt i den kognitive modellen. Boken er utgitt på Universitetsforlaget.



## «Det sosiale» i sosialt arbeid

Sosialarbeideres profesjonelle autonomi har blitt utfordret fra flere hold de siste tiårene. Felleskapsverdiene står under press. Dette er utgangspunktet for en kritisk drøfting av sosialt arbeid i boken *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten. Fra sosialt arbeid til «arbeid med deg selv»?*. Randi Kroken og Ole Jacob Madsen er redaktører for en samling tekster med mål om å bidra til en kritisk bevissthet om maktens føringer for sosialt arbeid, og gis ut på Gyldendal Akademisk.



# Kurskalenderen

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

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

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

## SEPTEMBER 2016

---

### Psykologikongressen 2016

Se annonse i Psykologtidsskriftet 06.16 s. 491  
Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Psykbase - Kurs i Oslo

Innføringskurs: Mandag 5. sept. kl. 09–16  
Kurs for viderekomne: Tirsdag 6. sept. kl. 09–16  
Informasjon om kurs og påmelding finner du på <http://www.psykbase.no/kurs/>

### WAIS-IV - Administrasjon og tolkning

19.–20. september  
For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Mindfulness i psykoterapi

22.–23. september  
For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

## OKTOBER 2016

---

### Sorgutdanning på deltid

Universitetet i Bergen i samarbeid med Senter for Krisepsykologi v/ professor Atle Dyregrov.  
Se annonse i Psykologtidsskriftet nr. 05.16 og 08.16. Søknadsfrist 1. oktober.  
Les mer og søk plass: [uib.no/evu](http://uib.no/evu)

### Lovkurs

10.–11. oktober  
For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Norsk institutt for kunstuttrykk & kommunikasjon (NIKUT)

14.–16. oktober: Coaching for indre og ytre bæreevne. Se annonse i Psykologtidsskriftets august-utgave  
For mer informasjon og påmelding  
[www.nikut.org](http://www.nikut.org)

### NEPSY-II

20.–21. oktober  
For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

## NOVEMBER 2016

---

### Norsk institutt for kunstuttrykk & kommunikasjon (NIKUT)

18.–20. november: Sykefravær og personorientert teamledelse. Se annonse i Psykologtidsskriftets august-utgave  
For mer informasjon og påmelding  
[www.nikut.org](http://www.nikut.org)

## DESEMBER 2016

---

### Psykbase - Kurs i Oslo

Innføringskurs: Torsdag 1. des. kl. 09–16  
Kurs for viderekomne: Fredag 2. des. kl. 09–16  
Informasjon om kurs og påmelding finner du på <http://www.psykbase.no/kurs/>



Psykologens førstevalg i over 20 år,  
og fremdeles helt på topp!

Utvikling | Leveranse | Drift | Support



35 05 79 02 | [psykbase.no](https://psykbase.no)

**GRØNLAND HELSESENTERET AS** leter etter en psykolog som ønsker å bruke et ledig kontor i våre lokaler i Motzfeldtsgate 1, Oslo sentrum f.o.m. 01.11.2016. Henv. post@gronlandhelsesenter.nhn.no

**OSLO. STORT KONTOR LEDIG I FAGLIG FELLESKAP I BYGDØY ALLÉ 21.** 3. etasje mot Bygdøy allé. Heis. Felles spiserom og kjøkken. Venteværelse. Henvendelse Kirsten Riisnæs, tlf. 950 88 512.

**LEDIGE LOKALER VED STILLATORGET/FRYSJA, OSLO.** Ledige lokaler til leie i medisinsk tverrfaglig klinikk. Gjerne med interesse for spiseproblemer Mulighet for samarbeid med erfaren psykolog. Lyse trivelig lokaler. Kom på visning! Adresse Kjelsåsveien 160, 5. etg. Kontakt Mona Melsom på tlf. **22 02 81 81** eller e-post [monamelsom@hotmail.com](mailto:monamelsom@hotmail.com)

## DAGSSEMINAR

Fredag 30.09.2016  
Thon Hotell Prinsen  
Trondheim

### BASAL EKSPONERINGSTERAPI (BET) EN TRANSDIAGNOSTISK TILNÆRMING TIL PASIENTER MED ALVORLIGE OG SAMMENSATTE PSYKISKE LIDELSER

Norsk psykologforening Sør-Trøndelag inviterer til dagsseminar med psykologspesialist Didrik Heggdal.

Didrik Heggdal vil på seminaret gi en klinikknær innføring i basal eksponeringsterapi (BET). Metoden er utviklet og innført ved Vestre Viken HF, som behandlingstilnærming for pasienter med alvorlige, sammensatte psykiske lidelser. Disse havner ofte i et negativt samspill med behandlingssystemet, noe som gjerne resulterer i hyppig bruk av tvang. Evalueringer så langt tilsier at BET har positive virkninger, både for pasienter og behandlere.

Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som 8 timers fritt spesialkurs og som 8 timers vedlikeholdsaktivitet.

**Kursavgift: kr 1 250, inkludert lunsj.**

Tid: 08.30 – ca. 16.30  
(registrering fra kl. 08.00).

Påmelding: [morten.thorsen@nav.no](mailto:morten.thorsen@nav.no)  
Påmeldingfrist: 01.09.15



Didrik Heggdal  
Psykologspesialist  
Vestre Viken HF



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING  
SØR-TRØNDELAG  
LOKALAVDELING



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

EMDR med barn trinn I 29.09.16 i Trondheim

EMDR med barn trinn II 30.09.16 i Trondheim

For informasjon og påmelding:  
[www.emdrkurs.no](http://www.emdrkurs.no)



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 13. – 15. september 2016

Trinn 2 Oslo 5. – 7. desember 2016

Trinn 1 Oslo 11. – 13. januar 2017

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](http://www.emdrutdanning.no)

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
**Min medlemside**  
eller send e-post til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)



**EINAR JENSEN**

UKCP reg. Psychotherapist  
EMDR Europe Approved  
Consultant

**DOLORES MOSQUERA**

Director of the Institute for the Study of  
Trauma and Personality Disorders (INTRA-TP),  
A Coruña, Spain, Psychotherapist, EMDR  
Europe Approved Consultant, boardmember

**A. SAVITA DALSBØ**

Psykologspesialist  
Psykologiforeningen  
EMDR Europe Approved Trainer

## Kurs i EMDR og komplekse traumer, 2 dager

SCANDIC HOTELL KNA, PARKVEIEN 68, OSLO

**DATO:** 31.10 - 01.11. 2016, **KLOKKEN:** 09.00 - 16.00

**KOSTNAD:** kr 5 200 **PÅMELDING:** [www.emdrkurs.no](http://www.emdrkurs.no)

***Det er en stor glede å ønske velkommen til kurset "EMDR og komplekse traumer".***

Med EMDR-terapi har du lært en effektiv og strukturert måte å behandle PTSD og andre traumereaksjoner.

I mer alvorlige og komplekse saker kan vi som klinikere støte på mange utfordringer. Vi erfarer bl.a. at DSI (dysfunksjonelt lagret informasjon) er mer enn bare minner og at DSI også er relatert til tilknytningsproblematikk.

Dolores Mosquera har i en lengre tid benyttet EMDR i behandlingen av pasienter med alvorlige og komplekse traumer. Hun behandler både misbrukte kvinner og voldelige menn. Dolores er også involvert i behandlingen av ungdomskriminelle. Hun er en erfaren kursleder og holder kurs over hele verden.

Hun har også skrevet flere bøker og mange artikler om personlighetsforstyrrelser, komplekse traumer og dissosiasjon, og er internasjonalt anerkjent ekspert innen dette området.

Vi vil vise hvordan dissosiasjon kan bli behandlet med en progressiv tilnærming. Kliniske problemer, sentrale begreper, og praktiske ferdigheter blir illustrert ved hjelp av videoklipp, noe som både klargjør og bringer humor til presentasjonen.

Dette kurset vil gi deg en videre opplæring i en del aspekter som en EMDR-terapeut må forstå og kunne anvende i de mer alvorlige og komplekse pasientsakene.

Du vil få praktisk kunnskap og erfaring med dissosiasjon og EMDR, og konkret hvordan jobbe med affektoleranse.

EMDR trinn 1 er en forutsetning. På kursdagen vil du få en manual med nyttige verktøy. Første dag foregår kurset på lettfattelig engelsk, den andre på norsk.

***Velkommen!***

### Bøker på engelsk

***EMDR and Dissociation:  
The Progressive Approach***

by Anabel Gonzales,  
Dolores Mosquera  
(2012)  
Paperback - 1600

***Borderline Personality  
Disorder and EMDR Therapy***

by Dolores Mosquera (Author)  
Anabel Gonzales (Contributor)  
(August 22, 2014)  
Paperback

***Diamonds: A glimpse into  
Borderline Personality  
Disorder***

by Dolores Mosquera (Author)  
(December 30, 2015)  
Paperback

**Link til publikasjoner:**

[www.researchgate.net/profile/Dolores\\_Mosquera/publications](http://www.researchgate.net/profile/Dolores_Mosquera/publications)



**EMDR EUROPE**

## Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontor utlyser stipend for 2017

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontors formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdomspsykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner. Formålene det kan søkes midler for må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden har vært Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Det kan søkes om midler til undersøkelser med relevans for området, til datainnsamling og/eller bearbeidelse av data. Det kan også søkes midler til frikjøp av tid for utarbeidelse av artikler, rapporter eller foredrag; samt til studiebesøk eller deltagelse på kongresser.

Søknadsskjema og informasjon hentes ut via denne linken:

**<http://medmenneskeioslo.com/legater/>**

Det må sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport bilagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendiet har blitt brukt til det formål det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Ved ellers like kriterier vil ansatte ved tidligere Mentalhygienisk Rådgivningskontor ha fortrinnsrett for tildeling av midler.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til Rune Johansen, 22 42 50 05 / **[ru-jo3@online.no](mailto:ru-jo3@online.no)** eller til Anders Zachrisson, 947 91 550 / **[johnaz@online.no](mailto:johnaz@online.no)**.

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontor vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

### **Søknad med dokumentasjon stiles til:**

Styreleder, overlege Otto Steinfeldt Foss og sendes forretningsfører:

Randi Hammerstrøm  
Oslo Røde Kors  
PB. 3 Grønland  
0133 Oslo

**Søknadsfrist 1. september 2016.**



## 25. OUS-symposium - 1. og 2. november 2016

### Traumatiske hodeskader – fra de mange små til de store få.

Fra forskning til praktisk medisin

**Faglig ansvarlig:** Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Nevrokirurgisk avdeling, Barneintensiv og Barneavdeling for nevrofag v/OUS

**Læringsmål:** Symposiet har som mål å gi oppdatert kunnskap om behandlingsskjeden for traumatisk hodeskade fra skadested til fullført rehabilitering; prehospitalet håndtering, triage av traumepasienter, bildediagnostikk, nevrokirurgi, intensivbehandling og rehabilitering

**Symposiet er godkjent av:** Norsk psykologforening som 15 timer vedlikeholdsaktivitet, Norsk Ergoterapeutforbund, Den norske legeforening og Norsk sykepleierforbund. Norsk fysioterapi forbund: Kurset kan benyttes i fornyet godkjenning av spesialitet

### **Program:**

[http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/aktiviteter/\\_/Sider/Det-25.-OUS-symposium-.aspx](http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/aktiviteter/_/Sider/Det-25.-OUS-symposium-.aspx)

**Påmelding til:** [symposium@ous-hf.no](mailto:symposium@ous-hf.no)

**Deltakeravgift:** kr 1.500,-

**Påmeldingsfrist:** 17. oktober 2016

**Sted:** Oslo universitetssykehus, Ullevål

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

facebook

## IAP AGORA 2016

### ANSVAR

### - noe for deg?

## Velkommen til IAPs 17. fagkonferanse «Agora»

### 24.-25.11.2016 på Leangkollen hotell i Asker

Med årets seminar ønsker vi å belyse hva ansvar kan bety i ulike deler av fagfeltet. Hvem har ansvar for hva? Og hvor går grensene for ansvar? Spennende foredragsholdere vil bidra med innspill.

#### Noen av bidragsyterne for årets tema – «ANSVAR»:

Jan Fredrik Andresen

Pelle Sandstrak

Tian Sørhaug

Peder Kjøs

Ann Kristin Hegdal

Lars Amundsen

Spennende workshoper

IAP ønsker både nye og gamle deltakere velkommen til høstens fagtreff. Kom og la deg inspirere av dyktige foredragsholdere, kreative workshoper, solide kulturinnslag og inkluderende fagfeller.

Rabatt for tidlig påmelding innen 1.10.16. **Siste frist for påmelding er 1.11.16.**

Begrenset antall plasser. For fullt program, priser, abstracts og påmelding:

**[www.agoraseminaret.no](http://www.agoraseminaret.no)**

Seminaret søkes godkjent av Norsk psykologforening som vedlikeholdskurs og fritt spesialkurs.

***Institutt for Aktiv Psykoterapi er en medlems- og utdanningsorganisasjon som tilbyr spesialistprogrammer, veiledning og kurs for psykologer.***

[www.agoraseminaret.no](http://www.agoraseminaret.no)  [facebook.com/agoraseminaret](https://facebook.com/agoraseminaret)



#### Tid:

24.-25. november 2016  
Åpning torsdag kl. 10.00  
Registrering fra kl. 09.30  
Avslutning fredag kl. 15.15

**IAP AGORA:** Faglig påfyll, hyggelige omgivelser, god mat og flotte kolleger.



Norsk Institutt for Kunstuttrykk & Kommunikasjon  
(NIKUT)

**HSN** Høgskolen  
i Sørøst-Norge

## Ny videreutdanning i Kunst og Uttrykksmetoder i Coaching og Teamarbeid (60 stp.) ved Høgskolen i Sørøst-Norge, Campus Drammen juni 2017

Forkursene er for deg som er nysgjerrig på bruk av kunst- og uttrykksmetoder i arbeidslivet. Det er obligatorisk med forkurs om du ønsker å søke videreutdanningen.

**14.–16. oktober** er temaet **coaching for indre og ytre bæreevne**. Vi vil jobbe med kunstbaserte verktøy for å uttrykke en visjon. Vi ser på sammenhenger mellom indre og ytre ressurser for dypere motivasjon, inspirasjon og omsorg

**Lærere:** Per Espen Stoknes, PhD, psykolog og kunst- og uttrykkspedagog og Anne Solgaard, MSc, kunst- og uttrykkspedagog med fokus på dans

**18.–20. november** setter vi søkelyset på **sykefravær og person-orientert teamledelse**. Kurset passer spesielt godt for prosjektledere, personalledere, ledere i helsevesenet, rådgivere og du som ønsker å nytte kreativiteten din som en ressurs på jobb

**Lærere:** Anne Solgaard, MSc, kunst- og uttrykkspedagog med fokus på dans og Eva Amundsen, spesialist i klinisk psykologi, kunst- og uttrykksterapeut og lærer i mindfulness

**Søknadsfrist 25.9 og 25.10**

**Påmelding:** tlf. 905 71 447 tirsdager kl 9–15 / e-post [nikut@online.no](mailto:nikut@online.no) / For mer informasjon [www.nikut.org](http://www.nikut.org)

**Sted:** Høgskolen i Drammen

## Scandinavian Centre of Awareness Training, [www.scat.no](http://www.scat.no) KURS I MINDFULNESS TRENING (MT), Oslo

### INTRODUKSJONSKURS

**Fredag–lørdag, 14.–15. oktober 2016**

**Mindfulness-trening:** En selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt psykologer.

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

Godkjent av Norsk psykologforening med **14 t.** vedlikeholdsutdanning.

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

**For mer informasjon om kursene kontakt:**

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

### UTDANNING SOM INSTRUKTØR I MT

**(3 x 2 dager + daglig egen trening)**

**Fredag–lørdag, 6.–7. jan., 10.–11. febr., 24.–25. mars 2017**

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

Godkjent av Norsk psykologforening med **42 t.** vedlikeholdsutdanning.

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
09/16	1. september	18. august
10/16	3. oktober	19. september
11/16	1. november	18. oktober
12/16	1. desember	18. november



Norsk Institutt for  
Emosjonsfokusert Terapi

# Emosjonsfokusert terapi

Oppstart av Modul 1 – Oslo  
– 17. oktober

Ta modulen som en innføring i EFT eller som en del av vår 3-årige spesialisering i psykoterapi.

1. samling 17.-20. oktober 2016
2. samling 20.-23. februar 2017
3. samling 29. mai – 1. juni 2017

Alle samlinger arrangeres i Oslo på Thon Hotel Vika Atrium.

Les mer på [www.nieft.no](http://www.nieft.no)  
Eller kontakt oss på [post@ipr.no](mailto:post@ipr.no) /  
tlf. 55 31 74 25



**Regionsenter for barn og unges psykiske helse**

Helseregion Øst og Sør

*Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør) utvikler og driver utdanning, forskning, fagutvikling og informasjonsvirksomhet om barn og unges psykiske helse. RBUP Øst og Sør holder til i Nydalen i Oslo.*

## Spesialistutdanning i barn og unges psykiske helse med 2-årig fordypningskurs i behandlingsmetode

RBUP Øst og Sør starter opp nytt kull i spesialistutdanningen i januar 2017.

Undervisningen går over 5 semestre og består av tre hovedelementer:

- **Forelesningsrekke og profesjonsseminar:** Barn og unges psykiske helse. Vekt på psykiske lidelser i barne- og ungdomstiden (82t.) Tilknyttet forelesningsrekken er profesjonsseminar for psykologer (145t).
- **Fordypning i behandlingsmetode der valg mellom følgende fordypninger tilbys:** Intersubjektiv psykoterapi med barn og ungdom, Kognitiv terapi, Familieterapi og fordypning i Sped- og småbarns psykiske helse (214t). I fordypningen Intersubjektiv psykoterapi for barn og ungdom tilbyr vi egen gruppe for kandidater som har terapeutisk kompetanse i sin grunnutdanning og / eller har terapeutisk erfaring.
- **Forelesningsrekke i tverrfaglighet, brukermedvirkning og samhandling** (40t).

Det er månedlige samlinger som hver vil gå over 3 dager fra onsdag til fredag. Utdanningsprogrammet dekker kravene fra målbeskrivelse for spesialiteten barn og unge, Norsk psykologforening. Opptakskrav er 2 år praksis i feltet barn og unge, samt innføringsseminaret fra Norsk Psykologforening.

**Søknadsfrist 3. oktober 2016.**

Søknadsskjema og informasjon finnes på [www.r-bup.no](http://www.r-bup.no) (se undervisning – spesialistprogrammet 2017–2019)

Spørsmål rettes til kurskoordinator Renate Stendal på tlf. 22 58 60 00/60 24, e-post [renate.stendal@r-bup.no](mailto:renate.stendal@r-bup.no) eller studieleder Heidi Brautaset på e-post [heidi.brautaset@r-bup.no](mailto:heidi.brautaset@r-bup.no)

4. nasjonale  
konferanse om DBT:  
Fra barn til voksen

13. - 14. september 2016 / Clarion Hotel Royal Christiania, Oslo



Les mer og meld deg på: [www.dbt.no](http://www.dbt.no)

UiO : Universitetet i Oslo

NSSF Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

## Introduksjonskurs i R-PAS: Rorschach Performance Assessment System



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

**Sted og dato:** Oslo, 23.9., 14.10., 11.11. og 16.12.2016 samt 3.2., 10.3. og 28.4.2017

**Kursholdere:** Cato Grønnerød og Harald Janson

**Informasjon og påmelding:** [norof.weebly.com](http://norof.weebly.com)

**NoRoF Den norske Rorschach-forening**

### PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2016

#### SPESIALPLASSERING:

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

#### KURSANNONSER/RUBRIKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 23 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 645, samme format i farger kr 3 968.

#### 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 5 850. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
9	18.08	01.09
10	19.09	03.10
11	18.10	01.11
12	18.11	01.12

#### ANNONSEFORMATER

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

#### Priser stillingannonser/profilannonser:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 550	15 250
1/2 side	12 250	11 250
1/4 side	10 850	9 850

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

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



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

## Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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

For bestilling av standard stempel med kun logo – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til [firmapost@adprofil.no](mailto:firmapost@adprofil.no)



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

## VERDENSDAGEN FOR SELVMORDSFOREBYGGING

8. SEPTEMBER 2016

UNIVERSITETET I AGDER  
AULAEN I SIGRID UNDSETS HUS



TEMA  
**UNGE MENN OG SELVMORD – SOM LYN FRA KLAR HIMMEL**

FOREDRAGS-  
HOLDERE:



**Atle Dyregrov**  
Faglig leder ved Senter for Krise-psykologi i Bergen og professor ved Psykologisk fakultet  
«Etterlatt med sorg etter brå død»



**Mette L. Rasmussen**  
Klinisk psykolog og selvmordsforsker ved Folkehelseinstituttet  
«Som lyn fra klar himmel»

PÅMELDING OG PROGRAM: [www.uia.no/leve](http://www.uia.no/leve)




**ETTER- OG VIDEREUTDANNING VED UNIVERSITETET I BERGEN**

## SORGUTDANNING

Sorgutdanningen ved Universitetet i Bergen skal øke ulike yrkesgruppers kunnskaper og kompetanse i møte med mennesker i sorg. Utdanningen tar for seg vanlige og kompliserte sorgreaksjoner hos barn og voksne, og skal gi erfaringsbasert kunnskap om støtte, intervensjon og behandling av sorg i møte med enkeltmennesker, familier og lokalsamfunn.

Deltidsstudium over to år med oppstart høsten 2016. En 4-dagers studiesamling i Bergen hvert semester. Studiet gjennomføres i samarbeid med Senter for krisepsykologi.

Les mer og søk plass: [uib.no/evu](http://uib.no/evu)

**Søknadsfrist  
1. oktober**

**Studiepoeng**  
15

**Kursperiode**  
31. oktober 2016–20. juni 2018

**Studieavgift**  
16 000,-

**Kontakt**  
Kontor for etter- og videreutdanning  
55 58 20 40 / [post@evu.uib.no](mailto:post@evu.uib.no)

Faglig ansvarlig  
professor Atle Dyregrov  
55 59 61 80 / 905 52 077  
[atle@krisepsyk.no](mailto:atle@krisepsyk.no)



UNIVERSITETET I BERGEN



## FPP-SEMINAR OG ÅRSMØTE

(Foreningen for psykologer i privat praksis, med og uten driftstilskudd)

27.–29. oktober 2016, Scandic St. Olavs plass, sentralt i Oslo

### TEMA: VEKST OG VITALITET I PSYKOLOGROLLEN

#### Torsdag 27. oktober

- 12.00–13.00: Registrering og lunsj
- 13.00–13.10: Åpning ved leder i FPP, Ragnar Kværness
- 13.10–17.00: Jon Sletvold, Karakteranalytisk Institutt: «Terapeuten og kroppen».
- 17.15–19.00: Årsmøte

#### Fredag 28. oktober

- 09.00–12.00: Siri Gullestad, UiO og Psykoanalytisk Institutt: «Affekt som språk»
- 12.00–13.00: Lunsj
- 13.00–15.00: Hanne Oddli, UiO: «Hvordan integrerer erfarne terapeuter kunnskap i praksis?»
- 15.15–17.00: Guro Øiestad, UiO og privatpraktiserende i psykologfelleskapet «Angst og Jubel»: «Sekundærvitalisering»
- 19.00: Aperitiff
- 20.00: Festmiddag.

#### Lørdag 29. oktober.

- 09.00–12.00: Norsk psykologforening, forhandlingsavdelingen: Informasjon og nytt fra foreningen
- 12.00–13.00: Lunsj

Kurset søkes godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet til spesialitetene. Seminaravgift kr 4 000,- (dekker lunsj, kaffe, småmat i løpet av dagen, samt leie av lokale). Det blir arrangert fellesmiddag for dem som ønsker det torsdag. Påmelding til festmiddagen 28.10 (kr 745,-) skjer ved påmelding, kryss av i påmeldingsskjemaet.

Saker som ønskes behandlet på årsmøtet, og forslag til kandidater til valgene, må sendes styret innen 6. oktober, til [ragnarpsykolog@yahoo.no](mailto:ragnarpsykolog@yahoo.no)

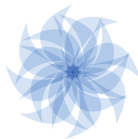
Sted og dato: 27.–29. oktober 2016, Scandic St. Olavs plass, Oslo.

Påmeldingsfrist: 22. september 2016

Seminaravgift: kr 4 000

Kursnr.: 925-16

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs](http://www.psykologforeningen.no/Kurs) og utdanning



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





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

### Målgruppe

Psykologer som arbeider med undersøkelse av eksekutivfunksjoner/konsentrasjon enten med barn eller voksne.

### Målsetning

Å gi en innføring bruken av kartlegging- og testverktøyene Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) og Conners CPT-III. I tillegg vil vi presentere oppdatert kunnskap om delprosesser og nyanser ved oppmerksomhetsfunksjoner og synliggjøre hvordan disse to kartleggingsverktøyene kan måle dette. Styrker og svakheter ved begge verktøyene vil bli presentert.

### Innhold

Conners' Continuous Performance Test, versjon 2 og den nye versjon 3, brukes mye i kartlegging av oppmerksomhetsvansker, særlig ved ADHD, men også ved andre tilstander. Spørreskjemaet Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), er nå det mest brukte kartleggingsinstrumentet av eksekutivfunksjoner i Norge.

Utredning av oppmerksomhet og eksekutivfunksjoner er komplisert og krever anamnesticke opplysninger, samtale med den det gjelder og undersøkelser. Vi anbefaler å bruke minst en test og et kartleggingsinstrument og mener at CCPT og BRIEF er det mest relevant valget.

Kurset vil gjennomgå teori og modeller på eksekutiv-funksjoner /oppmerksomhet, forskning på CCPT og BRIEF, drøfte kliniske problemstillinger og gjennomgå kliniske kasi med voksne og barn. Kurset vil også gjennomgå andre undersøkelsesmetoder som kan gi et nyansert bilde av oppmerksomhetsressurser.

### Om kurslederne

Jens Egeland er forskningsleder ved Klinikk for Psykisk Helse og Rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Egeland er spesialist i nevropsykologi, dr. psychol og professor ved Universitetet i Oslo.

Øyvind Fallmyr er spesialist i klinisk voksenpsykologi og arbeider ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avd., Klinikk for Psykisk Helse og Rusbehandling, Sykehuset i Vestfold.

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

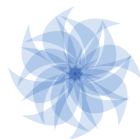
Sted og dato: Oslo, 17.-18. november 2016

Påmeldingsfrist: 13. oktober 2016

Medlemspris: kr 6 700

Kursnr.: 107-16

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning



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



## MMPI-II

*MMPI er en av verdens mest brukte kliniske personlighetstester. Testen benyttes for selvrapporing vedrørende psykopatologi, og genererer hypoteser om disse forholdene, samt personlighetstrekk og atferd hos testpersonen.*

### Målgruppe

Psykologer som bruker MMPI i klinisk praksis.  
Psykologforeningens testkurs er forbeholdt psykologer.

### Målsetning

Kurset vil ta for seg de viktigste fagetiske betraktninger ved bruk av testen, og hvilke pasientgrupper den kan benyttes på. Videre gis en gjennomgang av administrative retningslinjer ved bruk, og opplæring i hvordan en kan bruke testen for å gjøre bedre kliniske vurderinger.

Det vil bli lagt vekt på planlegging og vurdering av egnethet for behandling, symptomkartlegging i forbindelse med psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser. Kursholder vil også gjennomgå risikovurdering i forbindelse med rettspsykiatriske spørsmål.

Deltakerne oppfordres til å ta med seg testprofiler for gjennomgang på kurset.

### Om kursleder

Dag Øyvind Engen Nilsen er psykolog og arbeider med problemstillinger innenfor bedømmelse og beslutningstaking ved siden av privatpraksis. Var prosjektleder for standardiseringen av WISC-III og WAIS-III i Norge. Har skrevet artikler og bokkapittel om testing.

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

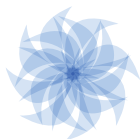
Sted og dato: Oslo, 3.-4. november 2016

Påmeldingsfrist: 29. september 2016

Medlemspris: kr 6 700

Kursnr.: 113-16

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning



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



# Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

## Tema

Arbeidet som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

## Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

## Målsetting

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

## Kursets innhold

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

Det vil primært bli separate forelesninger og noen øvelser

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

## Om kursleder

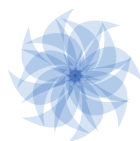
Pål Grøndahl, spesialist klinisk voksenpsykologi og ph.d. Grøndahl er forsker ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus. Han har publisert flere artikler om rettspsykiatri og sakkyndighet mv. Han har arbeidet som rettspsykiatrisk sakkyndig de siste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

Sted og dato: Oslo, 7.-8. november 2016

Påmeldingsfrist: 3. oktober 2016

Medlemspris: kr 6700

Kursnr.: 110-16



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



## Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Kurset vil ta for seg forskning og metodeproblemer fra suicidologien. Metodeproblemer i selvmordsforskning skyldes at det er et lavfrekvent og multikausalt fenomen. Viktige funn fra suicidologien er blant annet effekten av begrensninger i adgang til selvmordsmetoder og spredning av selvmord gjennom medieomtale.

Det vil bli lagt vekt på hvorfor det er vanskelig å predikere selvmord på individnivå og hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk. Kronisk suicidalitet og selvskading vil også bli tema på kurset.

Det gis opplæring i å vurdere risiko og beskyttelsesfaktorer, innhold i selvmordsvurdering og journal. Egne reaksjoner i møte med suicidalitet og depresjon, samt etiske dilemma ved selvmordsforebygging vil også være tema.

Kursleder er psykologspesialist Kim Larsen. Han er tilknyttet Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst/Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

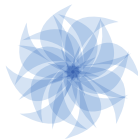
Sted og dato: Oslo, 13.-14.oktober 2016

Påmeldingsfrist: 8. september 2016

Medlemspris: kr 6 700

Kursnr: 119-16

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs](http://www.psykologforeningen.no/Kurs) og utdanning



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



AUST-AGDER  
FYLKESKOMMUNE

## 2. gangs utlysning PSYKOLOG – PP-TJENESTEN

PP-tjenesten i Aust-Agder fylkeskommune søker etter psykolog. Stillingen er nyopprettet og vil ha ansvar for å betjene videregående skoler, private videregående skoler, lærlinger og lærekandidater i Aust-Agder fylkeskommune. Stillingen er primært tenkt til systemarbeid innen psykisk helse og læringsmiljø. Tjenesten ønsker å styrke psykologisk kompetanse inn i PP-tjenesten med særlig vekt på forebygging og systemarbeid. Det forentes at det jobbes tett opp mot skolene. Den som ansettes må ha interesse for veiledning, erfaring og personlig egnethet i kommunikasjon og samarbeid.

PP-tjenesten har 9 fagstillinger i tillegg til leder og merkantil. Kontorsted er på fylkeshuset i Arendal.

Den som tilsettes må bruke egen bil i arbeidet. Godkjent politiattest må fremlegges før tiltredelse.

### Arbeidsoppgaver

- Styrking av systemrettet arbeidet mot skoler og lærebedrifter innen psykisk helse og læringsmiljø
- Kompetanseheving av ansatte i videregående skoler innen psykisk helse og læringsmiljø
- Forebyggende arbeid rettet mot elever/lærlinger
- Kompetanseheving internt i egen tjeneste
- Bidra til å utvikle et internt ressursteam innen psykisk helse og læringsmiljø
- Veiledning i individualsaker
- Noe arbeid med sakkyndighet må påregnes

### Kvalifikasjoner

- Profesjonsstudie innen psykologi
- Erfaring/kjennskap til arbeidsområder innen PP-tjenesten og videregående opplæring er en forutsetning
- Erfaring innen forebygging og systemarbeid rettet mot psykisk helse/læringsmiljø
- Søkere må beherske norsk godt, både muntlig og skriftlig

### Utdanningsnivå

Høyskole / Universitet

**Ref. nr.:** 3041017124

**Stillingsbrøk:** 100 % fast

**Søknadsfrist:** 28.08.2016

**Kontaktinformasjon:** Camilla Werner, leder, tlf. 906 03 593

### Personlige egenskaper

- God på dialog og samarbeid
- Trygg på egen faglighet
- Trygg på å holde kurs
- Liker å ta initiativ og våger å tenke utradisjonelt
- Personlig egnethet tillegges stor vekt

### Språk

Norsk

### Vi tilbyr

- Et godt og spennende arbeidsmiljø
- Dyktige medarbeidere og høy faglig kompetanse
- Mulighet for faglig og personlig utvikling
- Gode kontorlokaler
- God pensjonsordning i KLP

### Andre opplysninger

Reisevirksomhet: Noe reisevirksomhet må påregnes

### Arbeidssted

Ragnvald Blakstads vei 1, 4809 Arendal



## Vi har 2 ledige 100% stillinger som psykolog/psykologspesialist

til vår døgnenhet Friskstiftelsen ved Terningen Arena, Elverum. Vi har avtale om 20 plasser med HSØ. Vi gir tilbud om behandling til pasienter med angst, depresjon, PTSD, sammensatte lidelser med behov for behandling på døgnnivå.

**Tiltredelse: etter avtale**

Mer informasjon: [friskstiftelsen.no](http://friskstiftelsen.no)  
Kontaktperson:  
Anne Aarvik tlf: 950 48 638

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

engasjert for menneskef

## Psykolog- spesialist

Ved BUP Vest er det ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist.

**Kontaktpersoner:** avdelingssjef Kari Tenmann, ass.avd.sjef Helle Baadsvik, enhetsleder Else Sodeland tlf. 22 12 24 60.

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

**Søknadsfrist: 25.8.2016**

Tiltredelse: Etter avtale



Diakonhjemmet  
Sykehus

frantz.no

Helse Fonna HF omfattar sjukehusa Haugesund, Stord, Odda, Valen, fire DPS og ti ambulansestasjonar. Vi har over 3200 medarbeidarar og dekker ei befolkning på nær 180 000. Bli betre kjent med oss på [www.helse-fonna.no](http://www.helse-fonna.no) og [www.facebook.com/helsefonna](http://www.facebook.com/helsefonna)

## Nevropsykolog/psykologspesialist

Velkomen til eit sterkt fagmiljø med gode kolleger.

Nevropsykologisk eining i seksjon spesialisert behandling høyrer til Klinikk for psykisk helsevern i Helse Fonna. Eininga har fem psykologstillingar og eit velutstyrt testlaboratorium som disponerer 3,5 testteknikarstillingar. Vi har eit sterkt fagmiljø på tvers av avdelingar og er tett på forskingsmiljøet i føretaket.

### OPPGÅVER

Arbeid med barn og vaksne frå både somatikk og psykisk helsevern som treng utgreiing og/eller oppfølging relatert til nevropsykologiske problemstillingar.

### PERSONLEGE EIGENSKAPAR

Vi søker deg som er strukturert, ansvarsbevisst og fleksibel. Du likar varierte utfordringar, har gode kommunikasjonssevner og vil bidra til eit godt arbeidsmiljø.

### HOS OSS FÅR DU

- Spesialistar får utdanningspermisjon.
- For psykolog i spesialisering tilbyr vi komplett utdanningsløp.
- God pensjon og forsikring.

**Søknadsfrist: 22.08.2016.**

### MEIR INFORMASJON:

Monica H. Breivte, psykologspesialist og funksjonsleiar. Mobil: 916 41 047.

Les heile stillinga og søk på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb)



HELSE FONNA

Helse Fonna HF omfattar sjukehusa Haugesund, Stord, Odda og Valen og fire distriktspsykiatriske senter (DPS). Vi er over 3200 medarbeidarar som gir tenestetilbod til rundt 180.000 innbyggjarar. Bli kjent betre kjent med oss på [www.facebook.com/helsefonna](http://www.facebook.com/helsefonna)

## Psykologspesialist/psykolog

Til RoP-posten i seksjon spesialisert behandling ved Haugesund sjukehus søker vi ein engasjert psykologspesialist med kompetanse innan rus.

Hos oss får du eit triveleg arbeidsmiljø med kompetente kolleger. Psykolog kan også søkje. Vikariatet er ledig 1.9.16-31.8.17.

RoP-post er ein langtidspost som tar i mot pasientar frå heile opptaksområdet (180 000 innbyggjarar i 19 kommunar). Vi driv utgreiing, stabilisering og behandling.

I seksjonen inngår ellers akuttpost, alderspsykiatri og spesialpoliklinikkar (nevropsykologisk eining, alderspsykiatrisk poliklinikk, poliklinikk for psykisk utviklingshemming, PUT, LAR, Liaison og ECT-team).

Kontakt: Heine Hagenberg, seksjonsleiar. Tlf: 52 73 27 00.

Send oss ein søknad på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) innan 14. august.



HELSE FONNA

Namdal Rehabilitering er en interkommunal rehabiliteringsinstitusjon for intensiv og døgnbasert rehabilitering for 14 eierkommuner (Namdalen og Bindal kommune i Nordland). Institusjonen har også avtale med Helse Midt-Norge om spesialisert rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering. Nærmere opplysninger finner du på [www.namdalrehab.no](http://www.namdalrehab.no)



# Psykologspesialist/psykolog

**100 % stilling som psykologspesialist/psykolog ved Namdal Rehabilitering IKS, Høylandet.**

Stillingen er opprettet i et samarbeid mellom Namdal Rehabilitering IKS og 6 av eierkommunene i Indre- og Midtre Namdal, Røyrvik, Namsskogan, Lierne, Grong, Overhalla og Høylandet og er en del av den nasjonale satsingen på psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Namdal Rehabilitering er arbeidsgiver og base for stillingen. Hoveddelen av arbeidsoppgavene vil være knyttet til Namdal Rehabilitering med ambulant virksomhet i samarbeidende kommuner.

#### Arbeidsområdet vil være:

- Veiledning og fagstøtte til personell og tjenester ved Namdal Rehabilitering og samarbeidende kommuner
- Bidra til å utvikle et lavterskel tilbud for kartlegging og oppfølging av brukere med behov for psykisk helsehjelp i kommunene og ved Namdal Rehabilitering
- Delta i helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene

Det kreves norsk autorisasjon som psykolog, fortrinnsvis med spesialistgodkjenning.

#### Vi ønsker at du har:

- Fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid
- God relasjonskompetanse
- Utrednings- og kartleggingskompetanse
- Evne til faglig refleksjon og å kunne arbeide strukturert og selvstendig
- Gode samarbeidsevner og engasjement for teamarbeid og tverrfaglig samarbeid

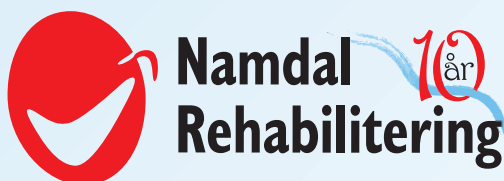
#### Vi tilbyr:

- Lønn etter avtale og kommunal pensjonsordning
- Arbeid i en utviklingsorientert organisasjon
- Tilrettelegging for deltakelse i relevante utdannings- og utviklingsprogrammer

#### Nærmere opplysninger om stillingen gis av:

Claes Gøran Sellæg, daglig leder  
 Namdal Rehabilitering tlf. 908 36 700  
 Bernt Harald Opdal, kommunalsjef  
 Høylandet kommune tlf. 975 21 096

Søknad med godkjent dokumentasjon av utdanning og arbeids- og yrkespraksis sendes til Namdal Rehabilitering, 7977 Høylandet innen 1. september.



Røyrvik  
kommune



Namsskogan  
kommune



Lierne  
kommune



Grong  
kommune



Overhalla  
kommune



Høylandet  
kommune

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

**Psykisk helse- og rusklinikken**  
Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms

## Enhetsleder VPP

Ledig stilling fra høsten 2016. Psykisk helse- og rusklinikken omfatter UNNs samlede tilbud innenfor psykliske helsevern og rusbehandling for voksne samt p.t. det polikliniske tilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms og Nord-Troms. Klinikken har p.t. 937 stillinger og et nettobudsjett på 671 mill. kr. Klinikken består av 5 avdelinger. Innenfor psykisk helsevern omfatter virksomheten p.t. 6 voksenpsykiatriske poliklinikker, 5 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, 5 ambulante team og 15 døgnbaserte enheter.

**Kontakt:** Åshild Vangen, Avdelingsleder, 480 44 379, ashild.vangen@unn.no eller Ida Bakkejord Musum, Seksjonsleder, 918 78 075

**Søknadsfrist: 15. september 2016**

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [www.unn.no/jobbsok](http://www.unn.no/jobbsok)

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

frantz.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](http://www.helse-midt.no).

**Ulsteinvik - Helse Midt-Norge RHF**

## Avtalespesialisthjemmel i klinisk psykologi

Helse Midt-Norge RHF ønsker en praksis som er innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Hjemmelen 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 hjemmelen er i samsvar med reglene i Rammeavtalen mellom Norsk psykologforening og Helse Midt-Norge RHF. Hjemmelen er besluttet lokalisert i Ulsteinvik.

**Søknadsfrist: 26. august 2016**

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

frantz.no



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 Kolvareid og DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Les mer om oss på [www.hnt.no](http://www.hnt.no)

**Helse Nord-Trøndelag**  
**Sykehuset Namsos**  
Seksjon poliklinikk og seksjon alderspsykiatri

## Psykolog/ psykologspesialist

Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Namsos gir, i samarbeid med DPS Kolvareid, et helhetlig psykiatrisk tilbud til ca. 44 000 innbyggere fordelt på 16 kommuner. Vi har et nært samarbeid med 1. linjetjenesten, og de somatiske avdelinger i Sykehuset Namsos (bl.a. geriatri og nevrologi).

For tiden har vi følgende ledige stillinger ved Seksjon poliklinikk:

2 faste stillinger for Psykologer/Psykologspesialister ved Seksjon allmennpoliklinikk og 1 fast stilling for Psykolog/Psykologspesialist ved Seksjon Alderspsykiatri.

**Søknadsfrist: 31. august 2016**

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

frantz.no



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

**Barn og familieklinikken**  
**Habiliteringstjenesten for barn og unge**  
**Psykologspesialist/  
Psykolog**

- 100% vikariat fra 01.09.2016-31.08.2017  
- referanse: 3136058128

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: Seksjonsleder Anita Hoff, anita.hoff@hnt.no, tlf. 74 09 83 02 / 928 61 448 eller avdelingsleder Randi Brenne Dreier, Randibrenne.dreier@hnt.no, tlf. 74 09 87 10/ 917 38 241.

**Søknadsfrist: 14.08.2016**

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

frantz.no







ÅLESUND KOMMUNE



## Psykologspesialist/Psykolog (16/4542)

Virksomhet pedagogisk-psykologisk tjeneste

100 % fast stilling som psykologspesialist/psykolog. Arbeidsområde er for tiden førskoleteamet som har ansvaret for PP-tjeneste til førskolebarn og barnehager.

Søkere til stillingen må ha utdanning som psykologspesialist/cand.psychol.

### Arbeidsoppgaver

- Utviklingsarbeid sammen med barnehager for å fremme gode utviklingsmuligheter for alle barn i barnehagen; forebygging, tidlig innsats og psykososialt miljø.
- Utarbeiding av sakkyndige vurderinger for førskolebarn med særskilte behov. Psykologen vil arbeide med saker der det er psykologfaglige problemstillinger. Det legges særlig vekt på å utvikle gode individuelle tiltak innenfor rammen av barnehagefellesskapet. Dialog med foresatte og barnehagen, samt veiledning inngår naturlig i prosessen.

### Særlig for psykologer i tjenesten:

- Tjenestens psykologer er rådgivende i psykologfaglige spørsmål overfor det øvrige fagpersonellet i tjenesten.
- Det gis, innenfor en avgrenset tidsramme, anledning til å arbeide psykologfaglig i form av korttidsbehandling.
- I tjenesten er det et psykologfaglig forum med faste møter.

Ved tilsetting av psykologspesialist, vil vedkommende få ansvar for veiledning til psykologer i spesialisering.

Det legges sterk vekt på teamarbeid og utvikling av gode team. PPT ønsker utviklings- og samarbeidsorienterte medarbeidere med erfaring fra teamarbeid og med god kommunikativ kompetanse.

Det legges til rette for relevant videreutdanning og spesialisering, samt intern opplæring og veiledning.

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

For nærmere opplysninger, kontakt virksomhetsleder Johannes Drabløs, tlf. 70 16 25 42/ 920 71 468 eller psykolog Kristin Garaas Løchen, tlf. 70 16 25 39/ 980 29 901.

### Søknadsfrist: 1. september 2016.

Søknaden sendes elektronisk, se annonse på [www.alesund.kommune.no](http://www.alesund.kommune.no) under "Ledig stilling". Du finner også søknadsskjemaet på <https://e-skjema.no/alesund/> Eventuelle papirsøknader sendes Ålesund kommune, postboks 1521, 6025 Ålesund.



Fylkesnemndene for  
barnevern og sosiale saker

## Vi trenger psykologer som kan ta oppdrag som fagkyndige medlemmer

**OPPDRA**G SOM fagkyndig nemndsmedlem i fylkesnemnda er et biverv som kan innehas ved siden av annet ordinært arbeid.

**FYLKESNEMNDENE ER** domstolsliknende og uavhengige statlige organ, som avgjør tvangssaker etter barnevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven, og smittevernloven.

Ønsker du å bidra til barnets beste?

Les mer her:

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

og se **fagkyndige medlemmer** for kriterier for oppnevning, søknadsskjema, samt mer informasjon.

Søknadsfristen er  
15. september 2016.

Helse Sør-Øst RHF

## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk psykologi – i Helse Sør-Øst – lokalisert til Akershus vest

**100 % avtalehjemmel for spesialistpraksis i klinisk psykologi er ledig for snarlig tiltredelse. Praksisen skal lokaliseres til Akershus vest.**

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

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge-for»-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF. Det innebærer bl.a. at avtalespesialisten skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i samsvar med regionale og nasjonale mål og prioriteringer og lover, jf. rammeavtalens punkt 4.1.

Søkere må ha evne og vilje til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med øvrig primær og spesialisthelsetjeneste, blant annet i forhold til prioritering av pasienter. Søkerne vil bli vurdert ut fra faglige kvalifikasjoner og erfaring, samarbeidsevner og personlig egnethet. Det er ønskelig med bred poliklinisk erfaring.

Avtalepraksis skal drives i egnede lokaler med universell utforming. Helse Sør-Øst RHF ønsker at den som tildeles hjemmelen lokaliseres seg i en gruppepraksis med andre avtalespesialister eller fastleger/annet helsepersonell. Det forutsettes et tett samarbeid med lokalt HF og DPS.

Nærmere opplysninger: rådgiver Tina Cecilie Sanders, Kapasitet og tjenesteoppfølging, Helse Sør-Øst RHF, e-post [tina.cecilie.sanders@helse-sorost.no](mailto:tina.cecilie.sanders@helse-sorost.no) eller telefon 02411.

Søknad sendes til [postmottak@helse-sorost.no](mailto:postmottak@helse-sorost.no)

Vi gjør oppmerksom på at norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning skal vedlegges

**Søknadsfrist:** 22.08.16



 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UiO : Universitetet i Oslo

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

"Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

### BUP Follo Psykolog/psykologspesialist

Ønsker du en spennende stilling i et engasjerende og aktivt fagmiljø?

Vi søker ny fast psykologspesialist til poliklinikken ved BUP Follo, som vi håper kan være med å utvikle klinikken videre.

**Kontaktinfo:**

Anne Stine Meltzer, seksjonsleder, 64 85 20 50 eller  
Gunhild Svartdal, psykologspesialist, 64 85 20 50

Ref. nr.: 3136909179

**Søknadsfrist:** 15.08.2016

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

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

HELSE  SØR-ØST

frantz.no

PSY  
KOL  
OGI

#### SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til

[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

og meld din interesse.

Helse Sør-Øst RHF

## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk psykologi – i Helse Sør-Øst – lokalisert til Holmestrand

**100 % avtalehjemmel for spesialistpraksis i klinisk psykologi er ledig for snarlig tiltredelse.**

**Praksisen skal lokaliseres til Holmestrand, Vestfold.**

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

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge-for»-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF. Det innebærer bl.a. at avtalespesialisten skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i samsvar med regionale og nasjonale mål og prioriteringer og lovverk, jf. rammeavtalens punkt 4.1.

Søkere må ha evne og vilje til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med øvrig primær og spesialisthelsetjeneste, blant annet i forhold til prioritering av pasienter. Søkerne vil bli vurdert ut fra faglige kvalifikasjoner og erfaring, samarbeidsevner og personlig egnethet. Det er ønskelig med bred poliklinisk erfaring.

Avtalepraksis skal drives i egnede lokaler med universell utforming. Helse Sør-Øst RHF ønsker at den som tildeles hjemmelen lokaliserer seg i en gruppepraksis med andre avtalespesialister eller fastleger/annet helsepersonell. Det forutsettes et tett samarbeid med lokalt HF og DPS.

Nærmere opplysninger: rådgiver Tina Cecilie Sanders, Kapasitet og tjenesteoppfølging, Helse Sør-Øst RHF, e-post [tina.cecilie.sanders@helse-sorost.no](mailto:tina.cecilie.sanders@helse-sorost.no) eller telefon 02411.

Søknad sendes til [postmottak@helse-sorost.no](mailto:postmottak@helse-sorost.no)

Vi gjør oppmerksom på at norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning skal vedlegges

**Søknadsfrist:** 22.08.16



Helse Sør-Øst RHF

## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk psykologi – på Øvre Romerike – Nannestad

**100 % avtalehjemmel for spesialistpraksis i klinisk psykologi er ledig for snarlig tiltredelse.**

**Praksisen skal fortrinnsvis lokaliseres til Nannestad.**

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

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge-for»-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF. Det innebærer bl.a. at avtalespesialisten skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i samsvar med regionale og nasjonale mål og prioriteringer og lovverk, jf. rammeavtalens punkt 4.1.

Søkere må ha evne og vilje til tverrfaglig samarbeid og samarbeid med øvrig primær og spesialisthelsetjeneste, blant annet i forhold til prioritering av pasienter. Søkerne vil bli vurdert ut fra faglige kvalifikasjoner og erfaring, samarbeidsevner og personlig egnethet. Det er ønskelig med bred poliklinisk erfaring.

Avtalepraksis skal drives i egnede lokaler med universell utforming. Helse Sør-Øst RHF ønsker at den som tildeles hjemmelen lokaliserer seg i en gruppepraksis med andre avtalespesialister eller fastleger/annet helsepersonell. Det forutsettes et tett samarbeid med lokalt HF og DPS.

Nærmere opplysninger: rådgiver Tina Cecilie Sanders, Kapasitet og tjenesteoppfølging, Helse Sør-Øst RHF, e-post [tina.cecilie.sanders@helse-sorost.no](mailto:tina.cecilie.sanders@helse-sorost.no) eller telefon 02411.

Søknad sendes til [postmottak@helse-sorost.no](mailto:postmottak@helse-sorost.no)

Vi gjør oppmerksom på at norsk autorisasjon og spesialistgodkjenning skal vedlegges

**Søknadsfrist:** 22.08.16





  
**Bufetat**

Barn-, ungdoms- og familieetaten - Region Vest

Familiekontora for Sunnfjord og Sogn har ledig følgjande 100 % stilling:

## Psykolog / psykologspesialist/ familieterapeut

Arbeidsoppgåver  
Familie-, par- og individuellterapi, og rådgjeving.  
Mekling, foreldresamarbeid og tilsynsoppgåver.  
Forebyggjande arbeid i form av gruppetilbod, rettleiing, konsultasjon, kurs, undervisning, Kommunesamarbeid.

Søknadsfrist 14.08.2016

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

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



  
**Bufetat**

Barn-, ungdoms- og familieetaten - Region Sør

Familievernkontorene  
Drammen-Kongsberg  
har ledig følgende stilling:

## Psykolog

- 100 % fast stilling

Det er ønskelig med familieterapeutisk praksis samt erfaring med mekling og konfliktarbeid.

Fleksibilitet, rolleforståelse og gode samarbeidsevner vektlegges.

Lønn og stillingskode vurderes etter utdanning og erfaring.

**Søknadsfrist: 28.08.2016.**

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

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

**SAMTALEN**  
- for deg som vil leve livet levende!

## PSYKOLOG

SAMTALEN AS søker to psykologer for selvstendig arbeid på dagtid/kveldstid. Vi har kontorer sentralt på Torshov, Nordstrand og i Oslo sentrum.


SAMTALEN AS er et privat psykolog- og familiekontor med tradisjon fra 2001. Våre klienter er motiverte med ønske om hjelp til bedre liv og relasjon.


I SAMTALEN AS gis du mulighet til faglig fellesskap og et arbeid med mange ulike problemstillinger.

Send en kort CV i e-post: [post@samtaLEN.no](mailto:post@samtaLEN.no)  
Mer informasjon på tlf. 23 13 43 93.

**Søknadsfrist:** Snarest innen 1.9.16

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

**MODUMBAD**   
- en kilde til liv



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

## Psykolog

### Avdeling for spiseforstyrrelser


Ved avdelingen er det ledig 100 % fast stilling for psykolog.

**Tiltredelse:** 1. november 2016

**Kontakt:**  
Avdelingsleder Ingunn Aune Hennum,  
tlf. 32 74 97 00

Søk elektronisk via  
[www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.



**Søknadsfrist: 15. august 2016** [www.modum-bad.no](http://www.modum-bad.no)



**Regionalt Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region sør**  
 (RVTS Sør) er et ledende fagmiljø innen psykologiske traumer og selvmordsforebygging. RVTS Sørs overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i relevante hjelpetjenester. Senteret skal være en tjeneste for tjenestene og for den forebyggende virksomhetene i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barne- og familievernet.

**Psykologspesialist**

Vi søker en faglig kreativ psykologspesialist som evner å belyse, berøre og bevege våre målgrupper gjennom kompetanseformidling og fagutvikling. Søker må ha undervisningskompetanse og formidlingsglede og utdanning som Cand. psychol med godkjent spesialitet.

Aktuelle arbeidsoppgaver er bl.a. kunnskapsformidling, kunnskapsutvikling og verdiformidling innen senterets fagområder samt prosjektledelse og deltakelse i regionale og nasjonale prosjekter.

Kontaktpersoner: Leder Ivar Kjellevik, tlf. 913 60 803 e-post: ivar.kjellevik@bufetat.no, eller fagleder/psykologspesialist Heine Steinkopf, tlf. 481 42 436 e-post: heine.steinkopf@bufetat.no

**Søknadsfrist: 1. september 2016**

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

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



**Bufetat**

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Vest

MST Bergen i region Vest har ledig 1 - 2 stillinger i 100 % stillinger som

**MST - terapeut**

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet.

MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo. I region Vest drives det totalt fire MST- team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

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

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

**- Trygghet når du trenger det mest**

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker, og underviser pasienter og pårørende.

**Kristiansand**

## Psykologspesialist/psykolog - Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer

- 100 % fast stilling med tiltredelse snarest.

Vår virksomhet innebærer spesialisert Liaison funksjon mot de somatiske avdelinger ved SSHF i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord i tillegg til funksjon som spesialisert refusjonsberettiget poliklinikk.

Opplysninger: Avdelingsleder Birgit Nanki Johanne Lie, tlf. 38 03 85 80.

**Søknadsfrist: 15. august 2016**

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

**Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.**

frantz.no



**SØRLANDET SYKEHUS**

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

## PSYKOLOGSPESIALIST OG PSYKOLOG

### Drammen DPS, voksenpsykiatrisk poliklinikk

**Referansnr. 3142950583    Søknadsfrist: 01.09.2016**

Drammen DPS gir et allmenn-psykiatrisk tilbud til den voksne befolkningen i opptaksområde. Vi er et DPS i endring og ønsker å styrke behandlingstilbudet vårt med fokus på brukermedvirkning. Drammen DPS består av 4 seksjoner: en voksenpsykiatrisk poliklinikk, en poliklinikk for psykiske helse, rus og avhengighet, en døgnseksjon og en akuttseksjon.

Voksenpsykiatrisk poliklinikk består av 4 allmenn-psykiatriske team med ca. 40 årsverk hvorav ca. 19 psykologstillinger. Vi har følgende ledige stillinger:

- 100% fast stilling til psykologspesialist
- 100% fast stilling til psykolog

Spørsmål om stillingene rettes til seksjonsleder/psyk.spes. Margrete Nyserverud, tlf. 32 86 18 00 / 980 75 439

**Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)**

frantz.no



**VESTRE VIKEN**

### Kronstad DPS har ledig fast stilling som Psykologspesialist i Ambulant Akutt team (AAT)

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

Stillinga som psykologspesialist er knytt til Ambulant akutteam (AAT). AAT vil bli eigen seksjon ved Kronstad DPS 01.09.2016. Det er tilsett ny seksjonsleiar i AAT og psykiater i AAT er fagleg ansvarleg. Frå 1 mars 2016 vart AAT si bemanning styrka med psykiater, to psykologspesialistar og ein psykolog, i tillegg til psykiatriske sjukepleiarar. Det er tilsett fagpersonar i alle stillingane utanom stillinga som no blir utlyst.

Vi kan tilby varierte og spennande arbeidsoppgåver og anledning til å delta i utforminga vidare av AAT og i Kronstad DPS.

**Kontakt:** Seksjonsleiar Kristin Johannessen eller Ass. klinikkdirktør Stig-Arthur Didriksen på telefon 55957000

**Referansnr.:** 3140076608    **Søknadsfrist:** 01.09.2016

### Psykisk helsevern for barn og unge (PBU) har ledig 1 års vikariat som Psykologspesialist/psykolog

Klinikk psykisk helsevern for barn og unge (PBU) gir spesialisert helsetilbod til barn og unge (0-18 år) med psykiske vanskar, og deira pårørende. Dette kan til dømes vere utgreiing og behandling av angst, åtferdsvanskar, utviklingsforstyrningar, AD/HD, depresjon, tvangslidingar, autisme, sjølvmoordsfare, psykose, spiseforstyrningar, skulevegving, m.m.

Vi bidrar med utgreiingar av ulike somatiske tilstandar, vi arbeider med kronisk sjuke barn, og med somatiseringstilstandar. Vi har mogelegheit til å følge opp einskilde pasientar poliklinisk.

**Kontakt:** Seksjonsleiar/psykologspesialist Grethe Smelvær, telefon 55974481/ 414641

**Referansnr.:** 3143019634    **Søknadsfrist:** 08.08.2016



**HELSE BERGEN**

Haukeland universitetssjukehus

For meir info og søk stilling: [www.helse-bergen.no/jobb](http://www.helse-bergen.no/jobb)



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Nord

## Terapeut til 100 % stilling i MST (Multisystemisk Terapi) i MST teamet i Bodø i region Nord

Barne- ungdoms - og familieetaten har egne enheter som driver med Multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommene står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet Oslo. I region Nord drives det totalt to MST-team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativt leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST- terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

Søknadsfrist 26.08.16

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

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



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

Leder ved Familievernkontoret Enerhaugen skal skrive en doktorgrad innenfor familievern.

## Vi søker derfor etter en inspirerende leder i 100% fast stilling

Familievernkontoret Enerhaugen gir tilbud til familier, par og barn som oppsøker oss med ønske om hjelp til ulike typer relasjonsproblemer. Det tilbys familie- og parterapi, grupper, kurs og bistand til foreldresamarbeid. I tillegg til spisskompetansemiljø har kontoret ekstra kompetanse på flerkulturelt arbeid og faglig samarbeid med eksterne aktører som politi, atv, barnevern, krisesenter og skolehelsetjenester. Kontoret utfører lovpålagte meklingsoppgaver og gir foreldre hjelp til å finne gode løsninger for barn etter brudd.

For fullstendig utlysning se [www.bufdir.no/ledige stillinger](http://www.bufdir.no/ledige_stillinger)

Søknadsfrist 29.08.16.

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

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

## NORSK PSYKOLOGFORENING

---

### SENTRALSTYRET

#### President

##### Tor Levin Hofgaard

tor.levin.hofgaard@  
psykologforeningen.no  
918 65 931

#### Visepresidenter

##### Rune Frøyland

rfrøey@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.skauli@skien.  
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

##### Maria Dreier Ludiaros

klu045@gmail.com  
977 16 288

##### Buskerud

##### Aksel Lindstad

aksel.lindstad@gmail.com  
984 17 100

##### Finnmark

##### Andrew Sak

Andrew.Sak@  
tana.kommune.no  
464 00 369

##### Hedmark

##### Ingvild Rattsø Fasting

ingvildkm@me.com  
936 50 674

##### Hordaland

##### Bjarte Bruntveit

bjarte.bruntveit@helse-  
bergen.no  
909 98 052

##### Møre og Romsdal

##### Magne Storvik

magne.storvik@helse-mr.no  
482 82 553

##### Nord-Trøndelag

##### Stein Aage Henriksen

stein.aage.henriksen@nav.no  
472 37 900

#### Nordland

##### Adriana Ochoa

psykolog.adriana.ochoa@  
gmail.com  
482 40 790

#### Oppland

##### Marthe Ø. Nordberg

marthe.nordberg@  
sykehuset-innlandet.no  
61 14 50 51

#### Oslo

##### Inge-Arne Teigset

psykolog.teigset@gmail.com  
22 02 92 44

#### Rogaland

##### Klara Øverland

klara.overland@uis.no  
406 08 818

#### Sogn og Fjordane

##### Karen-Merete Bruland

karen-merete.bruland@  
bufetat.no  
991 08 520

#### Sør-Trøndelag

##### Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no  
73 43 81 80

#### Telemark

##### Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

#### Troms

##### Elisabeth Growen Borch

elisabeth@njaal.net  
988 75 422

#### Vest-Agder

##### Ann Birgithe S. Eikhom

abseikhom@gmail.com  
971 29 052

#### Vestfold

##### Anne-Kristin Imenes

anne.kristin.imenes@  
gmail.com  
907 55 410

#### Østfold

##### Harald Sandnes

hasandne@online.no  
930 94 209

#### FAGETISK RÅD

##### Gisken Holst, leder

Rådgivningstelefon  
480 58 723, onsdager  
kl 1500–1700

#### ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

#### LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

##### Rune Frøyland, leder,

tlf. 450 30 522

##### Birgit Aanderaa, nestleder,

tlf. 917 12 983

##### Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

##### Ingvild Gregersen, Spekter-

helse, tlf. 957 27 801

##### Lone Løvschall, KS,

tlf. 952 28 184

##### Marianne Sand, Stat,

tlf. 930 56 103

##### Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

##### Knut Follesø, Privatpraksis,

tlf. 920 37 744

##### Erik Holand, Helse Nord,

tlf. 958 28 018

##### Mats Larsen, Helse Sør-Øst,

tlf. 952 80 577

#### FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

##### Rune Frøyland, leder,

e-post rfrøey@online.no,  
tlf. 67 92 20 40

#### SPECIALITETSRÅDET

##### 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

**FAGUTVALGENE****Felleselementene**

**Per-Einar Binder**, leder,  
e-post per.binder@psykp.uib.no,  
tlf. 995 00 313

**Barne- og ungdomspsykologi**

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

**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

**Eldrepsykologi**

**Minna Hynninen**, leder,  
e-post minna.hynninen@psyk.uib.no, tlf. 404 53 564

**Psykoterapi**

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

**Voksenpsykologi**

**Else-Marie Molund**, leder,  
e-post else-marie.molund@psykologene.no,  
tlf. 481 33 860

**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

**Arbeidspsykologi**

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

**Samfunn- og allmennpsykologi**

**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

**Klinisk helsepsykologi**

**Borrik Schjødt**, leder,  
e-post borrik.schjodt@helse-bergen.no, tlf. 990 27 309

**GODKJENNINGS-UTVALGET**

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

**ANKEUTVALGET FOR SPESIALISAKER**

**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**

**Rikke Pauline Sandvik**, UiT, leder, e-post rikkepsandvik@gmail.com, tlf. 905 74 666

**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 Sognæs**, 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  
**Aina Fraas Johansen**, nestleder, e-post aina.f.j@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](http://www.psykologforeningen.no)

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
Besøksadresse:  
Grev Wedels plass 4

### 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 Ogdén**, 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 inneholde 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 spesialistoppgave.

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1445 per år, bedriftsabonnement kr 2250, 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:**  
18.08, 19.09, 18.10, 18.11

# PSYKOL OGI

## Psykologtidsskriftet søker ny fagredaktør

Vi søker ny fagredaktør i 50 prosent stilling.

Psykologtidsskriftet vant i 2016 Norsk tidsskriftforenings pris for god faglig formidling. Som fagredaktør vil du ha en viktig rolle i å føre dette arbeidet videre, og du vil få et selvstendig ansvar for å initiere, vurdere, kvalitetssikre og utvikle faglige bidrag.

Vi ønsker oss en fagredaktør som aktivt oppsøker og bygger nettverk innenfor fag- og forskningsmiljøene. Doktorgradskompetanse og medieerfaring er en fordel.

Det er stor fleksibilitet i hvor og når man jobber, men jevnlig møter med resten av redaksjonen er ønskelig.

Spørsmål om stillingen kan rettes sjefredaktør Bjørnar Olsen, tlf. 474 01 165.

**Søknad sendes [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no)**

**Søknadsfrist 15. september**

---

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



