

PSY KOL OGI

Vol. 53 **nr. 9** 2016

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

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

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

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

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

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

Markedskonsulent Winnie Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, 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.

La folk henwise seg selv

OFFENTLIG HELSEHJELP ANSES som et knapphetsgode, og tilgangen må derfor reguleres. Det gjelder også psykiske helsetjenester, der tilgangen ikke minst forvaltes av fastlegene. Samtidig ligger det et demokratisk problem innbakt i denne praksisen. For det er knappest et representativt snitt av befolkningen som anvender tilbudet.

Innvandrere rapporterer for eksempel om flere psykiske helseplager enn i befolkningen ellers, men oppsøker sjeldnere hjelp for sine plager. Og eldre er underrepresentert i psykologiske helsetjenester, samtidig som de er storforbrukere av psykofarmaka, ifølge undersøkelsen til Anette Ræder Brunvold og Linn-Heidi Lunde (se Psykologtidsskriftet, 2/2014). De konkluderte med at «gitt et ideelt tilbud ville fastlegene [...] ha henvist 245 eldre i løpet av det siste året, ikke 86 slik de gjorde.»

I England forteller erfaringer fra lavterskeltilbudet Improving Access to Psychological Treatment (IAPT) om et mottiltak mot dette skjeve forbruket av et offentlig gode. De kuttet det tradisjonelle henvisningsløpet via legekontoret, og lot folk henwise seg selv. Det førte til at tjenestene brukes av en langt mer representativ del av befolkningen, fortalte David Murphy fra Oxford Institute of Clinical Psychology Training på den internasjonale psykologikongressen i Yokohama.

Enkelte vil innvende at vi trenger en portvokterfunksjon slik at det kun er personer med reelle helseplager som får hjelp av det offentlige, og at vi må ha en funksjon som prioriterer dem med størst behov for hjelp. Men innenfor IAPT-systemet har personene som henviste seg selv, omtrent det samme lidelsestrykket som de som ble henvist fra lege. Samtidig fant de at så mange som en tredjedel av dem som tok kontakt, aldri hadde oppsøkt legen for sine psykiske plager.

Når lidelsestrykket er omtrent det samme og man i tillegg når store befolkningsgrupper som ellers ikke oppsøker psykisk helsehjelp de vil ha nytte av, bør vi gjøre inngangen til psykiske helsetjenester enklere ved å åpne for selvhenvvisning. Det er i hvert fall ingen god løsning å opprettholde et system som innebærer at vi behandler folk så ulikt som i dag. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Vi bør gjøre inngangen til psykiske helsetjenester enklere ved å åpne for selvhenvvisning

702



FOTO: WIKIMEDIA COMMONS
FOTO: THISGUYHERE - PIXABAY

BRA FOR OMDØMMET

Omdømmekspert ved Handelshøyskolen BI, Øivind Hagen, mener det er positivt at Norsk psykologforening har invitert MDMA-entusiast til psykologikongress.

Aktuelt

716



HJELP FOR MARERITT

Mareritt er et utbredt fenomen. Pallesen, Bjorvatn og Grønli har undersøkt studier av behandling av mareritt fra 1978 til 2015. Flere terapiformer har effekt, men det trengs mer forskning på behandling av mareritt hos barn.

Vitenskapelig artikkel

710

Arbeidet i en favela er uforutsigbart og innebærer en rekke farer. På mange måter er det som om hele systemet rundt barna er i alarmberedskap

Fra praksis



ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS

SKOLEPSYKOLOGENS DILEMMAER

Å tilby psykologisk hjelp til elever i videregående utdanning som har helt normale utfordringer, er ikke alltid bare av det gode, mener tidligere skolepsykolog Kristina Moberg.

Meninger

Innhold

- 697 **La folk henvise seg selv**
Leder | Bjørnar Olsen
- 700 **Overdreven forebyggingsiver**
NÅ: Guro Øiestad | Nina Strand
- 702 **Psykedelikaforsker skaper bølger**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 706 **Å overleve tortur**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 708 **Japansk klinikk og asiatiske laboratorier**
Kommentar | Bjørnar Olsen
- 710 **Traumer og hengekøyer**
Fra praksis | Mari Kjølseth Bræin
- 716 **Behandling av mareritt**
Vitenskapelig artikkel | Pallesen et al.
- 728 **Muhabbet - en samtale i kjærlighet og respekt**
Fra praksis | Melby et al.
- 734 **Persepsjon av visuell bevegelse og prospektiv kontroll**
Vitenskapelig artikkel | Zotcheva & van der Meer
- 740 **Kontroversen mellom Vygotsky-skolen og Rubinstein-tradisjonen**
Fagessay | Regi Theodor Enerstvedt
- 744 **DIAGNOSEN**
Fri assosiasjon | Ragnhild B. Lygre
- 745 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Tilgjengelighetens bakside | Kristina Moberg (s. 746)
Debatt: Fritt behandlingsvalg (s. 749), Familievern (s. 750), Radikalisering (s. 752), Helsepolitikk (s. 753), Schizofreni (s. 754)
Leserombudet: Runddansen | Espen Walderhaug (s. 756)
Perspektiv: Menneskerettigheter i arbeidshverdagen | Tor Levin Hofgaard (s. 756)
- 759 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Nyansert om de minste (s. 758), Best som oppslagsverk (s. 761), Grundig, men litt tungt (s. 762)
- 764 **Kurskalenderen**
- 765 **Annonser**
- 774 **Stillingsannonser**

Overdreven forebyggingsiver

– Forebygging må ikke gå ut over romsligheten overfor det enkelte barnet, sier Guro Øiestad.



AKSEPT – Vi må ikke bli feilsøkere i møtet med det enkelte barnet. God selvfølelse kommer ikke av å være tidlig ute i utviklingen eller flink, men av det å bli akseptert av omgivelsene, sier Guro Øiestad. Foto: Svein Harald Milde, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

TEKST Nina Strand

– I Morgenbladet 29. juli skriver psykolog og filosof Ole Jacob Madsen om hvordan en bekymret helsesøster sendte sønnen hans til fysioterapeut fordi han ikke hadde lært å gå som ettåring. Går alarmen for fort på helsestasjonene?

– Hvis eksempelet stemmer, har forebyggingsiveren tippet over i misforståelse. Jeg har truffet mange helsesøstre i forbindelse med foredrag, og mitt generelle inntrykk er at dette er kloke fagpersoner. Men fokuset på forebygging kan få et overslag: Når vi mennesker blir ivrige på noe, har vi en tendens til å overdrive. Vi er opptatt av tidlig intervensjon, og kan glemme at mange småproblemer bare er normalvariasjon.

– Er begrepet om normalitet blitt for trangt?

– Ut fra Madsens erfaring kan man få det inntrykket. Variasjonene i barns utvikling er stor, det er selvsagt like normalt å ligge under snittet som over. Forskjellighet er ikke et problem, og mye som kan se ut som problemer, går over av seg selv. Seksåringene som begynner på skolen i disse dager, vil variere enormt både i ferdigheter og i modenhet, og det aller meste er innenfor normalen. Samtidig er det god folkehelse å følge med på og å intervensjonere tidlig ved indikasjoner på mistrivsel eller skjevutvikling hos de små barna. Og da er det ofte ikke barnet, men barnets omgivelser det handler om. God selvfølelse kommer ikke av å være tidlig ute i utviklingen eller flink, men av det å bli akseptert av omgivelsene.

– Fagpersoner på helsestasjonen, i barnehagen og på skolen har fått beskjed om å følge med og å fange opp barn som sliter?

– Ja, men bekymring og ekstra ressurser skal gis til barn som reelt sett trenger det. Voksne

som omgås barn, må ha romslige standarder for hva vi skal se på som normalt. Det er en menneskerett å streve med ting når man vokser opp.

– **Vi har sett tragiske konsekvenser av at barn med store problemer ikke ble sett av barnehagepersonell eller lærere? I fjor døde en gutt i Oslo av sult, det var omsorgssvikt som ingen så.**

– Når det er indikasjoner på at noe er galt, skal barnet få spesialisert hjelp så tidlig som mulig, da er det viktig å gripe aktivt inn. Men vi må ikke tippe over og bli opptatt av å «finne fem feil» i møtet med det enkelte barnet. Vi skal følge med på barnas liv, og de fleste barn vil trenge litt ekstra hjelp i perioder. Det kan en lærer med relasjonell kompetanse gi dem. Oftest er det lite som skal til. Det er utfordrende å vite når en skal gripe inn med henvisning, og når en kan se det an eller gjøre små lokale grep. Universalforebygging er det viktigste overfor barn: gode omsorgsmiljøer i familie, barnehage og skole – med voksne som kan fange opp alvorlig strev og henvide til spesialiserte hjelpetilbud, når det trengs.

– **Da du fikk Åse Gruda Skards formidlingspris i 2014, sa du at psykologfaget er til for å deles. Madsen derimot er kritisk til det psykologiske blikket som «vandrer fritt i institusjoner som helsestasjoner».**

– Jeg synes det er selvsagt at skal vi dele kunnskap som er viktig for folkehelse. I disse dager gir jeg selv ut en bok sammen med Ida Brandtzæg og Stig Torsteinson: *Se eleven innenfra*, om hvorfor relasjonen mellom lærer og elev er så viktig. Hvordan kan vi forstå og hjelpe den utfordrende eleven, eller hun stille, sjenerte i klasserommet som aldri sier noe? Vi skriver mye om det normale i å streve, og vi mener dette er viktig deling av robust psykologisk kunnskap i en universalforebyggende ramme. Jeg ser imidlertid faren

Hvorfor NÅ?

- I Morgenbladet 29. juli skrev Ole Jacob Madsen om «helsestasjonismen» – det han ser som overdreven bekymring for barn og forebygging på avveie.
- Guro Øiestad kommer den 12. september med boka *Se eleven innenfra. Relasjonsarbeid og mentalisering på barnetrinnet* (Gyldendal Akademisk) sammen med Ida Brandtzæg og Stig Torsteinsson.
- Øiestad er psykologspesialist og førstelektor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

ved at psykologi strøs tynt ut over mange miljøer. Vi risikerer misforståelser, vi må tydeliggjøre forskjellen mellom indikasjoner og normalvariasjoner. Jeg kommer til å ha dette i bakhodet neste gang jeg underviser lærere og helsesøstre. Madsens kronikk var bevisstgjørende.

– **Er psykologien blitt et nytt maktspråk? Er du i tilfelle selv med på å spre dette maktspråket og dermed angst og bekymring blant foreldre og fagfolk?**

– Jeg ser det ikke slik, men kunnskap har alltid gitt makt, og krever derfor ansvarlighet hos fagformidlere. Det nye nå er kanskje hva som skjer i møtet mellom fagkunnskap og medier. Alt er tilgjengelig via nettet, informasjon skal være kort, kjapp og fengende, kunnskap presses inn i formen «tre tips fra psykologen». Komplekse fenomener blir overforenklet og dermed misforstått. Tips blir oppfattet normativt, som standarder det er farlig å avvike fra. Det er viktigere enn noensinne at vi er nyanserte i fagformidlingen, at vi jobber med å rydde opp i misforståelser, og at vi unngår å være normative der variasjon er naturlig. For noen år siden skrev jeg en bok om barn og unges selvfølelse. I dag ville jeg lagt mer vekt på å slappe litt av som foreldre, ikke stresse så mye med å gjøre ting riktig.

– **Er dagens foreldre for lett krenkbare når noen peker på at barnet vårt ikke er optimalt?**

– Foreldrenes reaksjoner kan være uttrykk for at vi i dag er veldig opptatt av å være vellykka og ha velfungerende barn. Likevel tror jeg at foreldre til alle tider har vært sårbare for kommentarer om barna sine. Det er smertefullt for oss hvis det er noe med barna. Vi vil dem så inderlig vel, og vi blir redde for at vi har gjort noe galt, ikke minst fordi vi kjenner til hvor viktig godt nok foreldreskap er. ✘

PSYKEDELIKA- FORSKER SKAPER BØLGER

Psykolog som ønsker MDMA og psykedelika i behandling av psykiske lidelser, løftes frem på psykologikongress. Det kan Psykologforeningen tjene på, ifølge omdømmmeekspert.

TEKST

Øystein Helmikstøl

- **KLINISKE STUDIER** og erfaring tyder på at MDMA kan ha potensial i behandling av for eksempel posttraumatisk angst, sosial angst, autismespektrum-lidelser og i parterapi. Psykedelika kan ha potensial i behandling av blant annet rusproblematikk, tvangslidelser, depresjoner, dødsangst og i selvutvikling.

Det sier psykolog Pål-Ørjan Johansen til Psykologtidsskriftet. Han er også kjent og omdiskutert som forsker på MDMA og psykedelika og med i den politiske organisasjonen EmmaSofia, som ønsker en ny ruspolitikk i Norge. Johansen og medisinskfaglig rådgiver og overlege Lowan H. Stewart ved EmmaSofia Klinikk ble invitert til å holde et symposium på Psykologforeningens årlige psykologikongress i år.

REAKSJONER

Det har skapt bølger i medlemsmassen hos Psykologforeningen, ifølge førsteamanuensis på

Psykologisk institutt ved NTNU Roger Hagen. Hagen leder Psykologforeningens forskningspolitiske utvalg, og det er dette utvalget som har det faglige ansvaret for kongressen. Hagen er litt overrasket over reaksjonene.

- Press fra medlemmer som ikke ønsker at Johansen får presentere sine funn, er grunn god nok til å invitere ham. Det hadde kanskje ikke kommet så mange klager hvis vi hadde invitert noen til å snakke om primalskrik-terapi eller homeopatiens virkning på angst, hvor begge deler er lite vitenskapelig.

OMDØMME

Roger Hagen mener at rusfaglige debatter mellom psykologer ofte blir basert på meninger og moral.

- Også forskere har ytringsfrihet. Psykologforeningen skal ikke stå for meningsdiktatur. Foreningens omdømme blir bedre når vi invi-



MDMA OG PSYKEDELIKA Psykolog og forsker Pål-Ørjan Johansen ivrer for MDMA og psykedelika i behandling av psykiske lidelser og presenterer forskningsfunn på psykologikongress i år. Foto: Dag Knudsen/EmmaSofia

terer en forsker vi kan være uenig med, til å presentere sine funn. Da markerer vi takhøyde og toleranse, og man kan gjøre opp sin mening i etterkant, mener Hagen.

Han får støtte fra førsteamanuensis Øivind Hagen ved Institutt for ledelse og organisasjon ved Handelshøyskolen BI. Han mener Psykologforeningen bør gå langt i å slippe alternative stemmer til.

– Så får det heller være opp til medlemmene og deltagerne på kongressen å kritisere den kontroversielle forskningen, sa Øivind Hagen da Psykologtidsskriftet snakket med ham før kongressen. Han har omdømme, organisasjonsidentitet og legitimitet blant sine spesialfelt.

– Det er jo gjennom en slik åpenhet og kritikk av fremlagt forskning at vitenskapen og et felt utvikler seg. Utvikling av psykologien som vitenskap og fagfelt er vel også Psykologforeningens prosjekt og raison d'être, under Øivind Hagen.

Beslutninger og initiativ som underbygger dette, styrker ifølge omdømmeeksperten over tid foreningens omdømme. Han understreker at Psykologforeningen har stått overfor et vanskelig dilemma, og at det ikke er gitt at omdømmet nødvendigvis blir bedre. Han uttaler seg prinsipielt.

President Tor Levin Hofgaard i Psykologforeningen har ikke svart på Psykologtidsskriftets henvendelse om dette. Det har heller ikke Eva Karin »

Psykologi- kongressen 2016

- 1. og 2. september: Norsk psykologforenings psykologikongress i Oslo kongressenter.
- Psykologforeningen har arrangert psykologikongresser siden 2003. Dette er den største norske kongressen som favner bredden i psykologien, og som har til formål å formidle forskning til praktikere, ifølge fagforeningen selv.
- Hovedtema i år: «I den andres sted – om-
sorg for seg selv og andre».



OMDØMMEEKSPERT Beslutninger som underbygger utvikling av psykologien som vitenskap og fagfelt, styrker Psykologforeningens omdømme, ifølge førstemanuensis Øivind Hagen. Foto: BI

- Forskning skal ikke være politisk korrekt

Roger Hagen, leder av forskningspolitisk utvalg i Psykologforeningen

Løvaas gjort, hun leder fagutvalget for rus- og avhengighetspsykologi i Psykologforeningen. Fagsjef Andreas Høstmælingen vil heller ikke svare på konkrete spørsmål om saken, men han har sendt Psykologtidsskriftet en e-post med følgende kommentar:

- Psykologikongressen er ment å være en plattform for forskningsformidling og fagdebatt. Det er et grunnleggende akademisk prinsipp at forskning skal være fri og uavhengig. Verken politisk ledelse eller sekretariatet i Norsk psykologforening har, eller ønsker å ha, innflytelse over det faglige programmet. Det ansvaret har forskningspolitisk utvalg, skriver Høstmælingen på vegne av Psykologforeningen.

Ett av spørsmålene Psykologtidsskriftet sendte, handlet om foreningens omdømme. Det er kommentert slik:

- Det er en verdi i seg selv at også synspunkter vi eventuelt ikke deler, kan formidles og debatteres i åpent lende for å finne ut om de holder vann. Denne åpenheten bør være en forpliktelse for enhver akademisk organisasjon, og vi er overbevist om at slik åpenhet er en av de beste investeringene vi kan gjøre for et godt omdømme.

- IKKE POLITISK KORREKT

Pål-Ørjan Johansen ble invitert for å snakke om forskningen knyttet til MDMA og psykologi.



FAGLIG ANSVARLIG Leder Roger Hagen i forskningspolitisk utvalg i Psykologforeningen, som inviterte MDMA-forkjemper Pål-Ørjan Johansen til psykologikongress. Foto: NTNU

Roger Hagen synes det er fantastisk at kongressen kan skape fagdebatt.

- Dette er en vitenskapelig, ikke en politisk kongress. Det er forskning som er i sentrum. Forskning skal ikke være politisk korrekt, men ha vitenskapelige idealer i fokus, sier Roger Hagen.

Pål-Ørjan Johansen synes det er inspirerende at kolleger finner behandlingsforskningen på MDMA og psykedelika interessant.

- *Hva bør kliniske psykologer vite om MDMA og psykedelika som behandling av psykiske lidelser?*

- Psykologer bør ha oversikt over risikoprofilen til MDMA og psykedelika ved klinisk bruk, og status i behandlingsutviklingen. Helheten som vokser frem av forskningen, tyder på at et nytt fagfelt er i ferd med å åpne seg.

Dette er en ny måte å tenke på, ifølge Johansen.

- Behandling med MDMA og psykedelika handler ikke om symptomlindring med daglig medikasjon, men om bruk av MDMA eller psykedelika i kombinasjon med psykologisk behandling. Det blir derfor naturlig at psykologene inntar en sentral rolle.

- *Hvilket vitenskapelig grunnlag er det viktigste du kan vise til?*

- Det er helheten i ny og eldre forskning som gjør at mange mener at vi kan stå overfor fremskritt og nye behandlingsmuligheter. Vi trenger



PSYKOLOGIKONGRESS Mellom 300 og 400 deltakere kommer på Psykologforeningens årlige psykologikongress. Årets arrangement er de to første dagene i september. Bildet er fra 2010. Foto: Arne Olav L. Hageberg.

mer forskning. På psykologikongressen vil jeg presentere data fra nye og større randomiserte kliniske studier, lovet Johansen.

– Når vil dette kunne brukes i behandling i Norge?

– Foreløpig er det kun aktuelt å vurdere behandling med psykedelika eller MDMA hvis vi kan konkludere med at en pasient har hatt utilstrekkelig utbytte av tidligere behandling. Da etter søknad til Legemiddelverket. Vi trenger flere forskningsresultater før behandling med MDMA eller psykedelika kan vurderes som førstevalg, sier Johansen.

Medisinsk fagdirektør Steinar Madsen i Statens legemiddelverk opplyser til Psykologtidsskriftet at disse stoffene kan bli godkjente som legemidler i fremtiden, men sier at det er høyst usikkert. Han gjetter på at det vil ta minst ti år, om det noen gang skjer. Det er stor mangel på gode pasientundersøkelser, ifølge Madsen.

LEGITIMITET

Når Pål-Ørjan Johansen slipper til på psykologikongressen, kan det også styrke omdømmet hans, mener omdømmeekspert Øivind Hagen.

– Johansen kan bruke det for å styrke sin egen legitimitet. Allmenheten trenger ikke merke seg at han ble kritisert sønder og sammen på kongressen, om så blir tilfellet, men vil kanskje bare huske at han talte på kongressen.

Mina Gerhardsen, generalsekretær i rusfeltets samarbeidsorgan Actis, sier at hun regner med at Psykologforeningen inviterer andre stemmer for å sikre balanse i budskapet.

– Johansen jobber for å legalisere MDMA/ecstasy og har kommersielle interesser gjennom sin klinikk. Det påvirker hans fremstilling av forskningen på feltet, sier Gerhardsen.

Pål-Ørjan Johansen sier at hans egen og andres forskning taler for seg selv.

– Noen store økonomiske interesser kan jeg dessverre ikke vise til. ✘

MDMA og psykedelika

- MDMA (metylen-dioksi-metamfetamin) er virkestoffet i ecstasy og er både stimulerende og hallusinogent.
- Rusen kan gi en følelse av lykke, men også medføre svekket dømmekraft, konsentrasjonsvansker og gi hallusinasjoner.
- Etter MDMA-rus, særlig hvis den er langvarig, vil det vanligvis komme en periode med trøtthet og nedstemthet, der rusen uteblir.
- Enkelte studier indikerer at kortvarig bruk av MDMA kan gi symptomlindring ved tilstander som kronisk posttraumatisk stresslidelse (PTSD).
- Psykedeliske stoffer er: bevissthets-, sjels- eller sinnsutvidende stoffer. Begrepet brukes nærmest synonymt med hallusinogener, en samlebetegnelse på rusmidler som ved sin påvirkning av hjernen fremkaller psykoselignende bevissthetsforandringer og forstyrrelser av sanseoppfattelsen.

Kilde: Folkehelseinstituttet og snl.no

ÅRETS DOKTORGRAD:

Å OVERLEVE TORTUR

- Det mangler spesialiserte behandlingstilbud for torturoverleverere, sier psykolog og postdoktor Joar Øveraas Halvorsen.

TEKST

Per Olav Solberg

FOTO

Eugenio Grosso/redux

TORTUROVERLEVERE ER sannsynligvis noen av de mest traumatiserte menneskene som finnes. Som en del av sin doktorgradsavhandling har Halvorsen blant annet brukt tidligere politiske fanger fra Sør-Afrika som kilder for å finne ut hvordan torturoverleveres psyke påvirkes av tortur og umenneskelig behandling. Ekstrem langvarig isolasjon uten sanseintrykk, fravær av næring over lang tid og slag med bambusstokker under beina er bare noen få av torturmetodene som har vært brukt mot disse tidligere fangene.

- Torturoverleverere kan være krevende å behandle. Torturens hensikt er nettopp å bryte ned den politiske opposisjonen gjennom å gjøre de politiske fangene så skadet og dårlig fungerende at de ikke kan drive aktivt opposisjonsarbeid i ettertid, sier Halvorsen.

Til tross for at tortur har alvorlige psykiske helsekonsekvenser er det påfallende få populasjonsstudier om torturoverleverere.

- For populasjonsstudier er nok én forklaring at torturoverleverere er en vanskelig gruppe å få tak i. Mange av dem lider av posttraumatisk stress og ønsker å unngå situasjoner som oppleves som utrygge. I studien vårt fra Sør-Afrika måtte vi gjøre en temmelig stor jobb for å samle data på i underkant av 150 torturoverleverere, til tross for at tortur var veldig utbredt i sørafrikanske fengsler under apartheid-tiden, sier han.

Situasjonen er den samme for behandlingsstudier – her er det også forsket lite.

- Rehabiliteringssentre for torturoverleverere har ofte dårlig økonomi/finansiering og har derfor prioritert behandling/rehabilitering på bekostning av forskning. Det har også vært stilt spørsmålsteget ved om det er «etisk» å drive behandlingsforskning blant torturoverleverere. Jeg mener at det ikke nødvendigvis er mindre etisk å gjennomføre behandlingsforskning blant denne pasientgruppen enn å tilby dem behandling/rehabilitering vi faktisk ikke kjenner effekten av.

MODERAT EFFEKT

I doktoravhandlingen undersøkte Halvorsen og kollegaer også effekten av narrativ eksponeringsterapi blant et lite utvalg torturoverleverere med PTSD.

- Overordnet var behandlingsresultatene moderate. Over 60 % av torturoverlevererne oppnådde klinisk signifikant symptomreduksjon etter endt behandling. Selv om veldig få av dem ble helt friske, hadde mange en symptomnedgang som hadde positiv innvirkning på dagliglivet deres, sier han.

Narrativ eksponeringsterapi er en behandlingsform som er spesielt utviklet for traumeutsatte populasjoner i den tredje verden, og som har lite tilgang til spesialisert psykisk helsehjelp.

- Det er ikke noe revolusjonerende nytt i den metoden vi har brukt, og som hviler på kjente behandlingsprinsipper: Pasienten gjen-



OVERLEVERE Joar Halvorsen vant pris for sin doktorgrad om torturoverlevende fra Sør Afrika. Fanger i denne cellen på Robben Island har laget Jesusfiguren på vegg.

forteller de traumatiske livshendelsene, som for eksempel tortur, i detalj med fokus på følelser, tanker og sanseinntrykk. Målet er blant annet at pasienten lærer at det er ubehagelig, men ikke farlig å minnes torturen, og at pasienten opplever mer kontroll over traumeminnene, sier Halvorsen.

Mens det i ordinær eksponeringsterapi er vanlig å ta tak i ett traume som oppleves særlig vanskelig, er styrken til den narrative eksponeringsterapien at man tar tak i flere traumer i behandlingen.

– Torturoverlevende har ofte mange traumatiske livshendelser. I narrativ eksponeringsterapi plasserer man de ulike traumene langs en livslinje og jobber ideelt sett med alle i kronologisk rekkefølge. Metoden baserer seg på ordinær eksponeringsterapi, men er spesielt tilpasset pasienter som har opplevd krig, flukt og tortur, forklarer Halvorsen.

OVERRASKENDE FUNN

Det kanskje viktigste funnet i doktoravhandlingen er sammenhengen mellom dissosiasjon og behandlingsutfall.

– Den siste delen av avhandlingen undersøker hvorvidt pasienter som dissosierer mye, responderer dårligere på behandling enn de som dissosierer lite eller ingenting. I forskningsfeltet er det mange teoretiske antakelser om at stor grad av dissosiering reduserer effekten av behandling. Men vår studie viser at det sannsynligvis ikke er slik. Vi finner ikke holdpunkter for at dissosiering har en klinisk signifikant effekt på behandlingsutfall, påpeker Halvorsen, som etterlyser mer målrettede behandlingsopplegg i psykisk helsevern for torturoverlevende.

– I Norge har vi ikke spesialiserte behandlingstilbud til denne pasientgruppen selv om de utgjør en betydelig andel av de som får innvilget varig opphold i Norge. Torturoverlevende har ofte så sammensatte problemer at de fleste trenger mer enn kun psykologisk behandling. Land som Storbritannia og Danmark har et spesialisert og helhetlig rehabiliteringsprogram rettet mot torturoverlevende. Norge bør ikke være dårligere, avslutter Joar Halvorsen. ✘



FOTO: ARNE OLAV HAGEBERG

Årets doktorgrad

- **Joar Øveraas Halvorsen** er tildelt Psykologforeningens pris «Årets doktorgrad» for avhandlingen «Prediktorer og effekt av psykologisk behandling for psykologiske følger tilstander etter tortur.»
- Oppgaven består av tre artikler som tar for seg ulike aspekter ved torturoverlevendes psykiske helse og hvordan de responderer på narrativ eksponeringsterapi.
- Det finnes påfallende få behandlingsstudier om torturoverlevende og derfor lite evidensbasert kunnskap om hvilke typer psykologiske intervensjoner som fungerer best.
- Halvorsen er psykolog og postdoktor ved Spesialpoliklinikken for traumer og PTSD, Nidaros DPS i Trondheim.

Japansk klinikk og asiatiske laboratorier

Å stake ut den videre kursen for psykologien med utgangspunkt i den internasjonale psykologikongressen i Yokohama, er knappest mulig. Men noe kan man skrive hjem om.

TEKST

Bjørnar Olsen,
sjefredaktør

FOTO

Knut Dalen

JAPANSKE ROBOTER KRIGER ikke, de danser. Det forteller oss om forskjellen mellom amerikansk og japansk psykologi, skal vi tro tidligere Ig nobelprisvinner, psykologiprofessor Shigeru Watanabe. Anledningen er den 31. internasjonale psykologikongressen, denne gangen i Yokohama i Japan. Her møttes 8000 forskere, psykologer, studenter og representanter fra ulike psykologforeninger. 7000 innlegg og postere var annonsert. Det blir fort noen tusen timer snakk. Men selv om man ikke hørte alt, hva hørte man?

LISENS OG LAB

55 år etter at forslaget ble fremmet, har japanske myndigheter vedtatt at det fra september neste år skal være lisensierte psykologer også i solens rike. Landets psykologer spør seg både hvorfor det tok så lang tid, og hvilke rammer og regler som skal gjelde for den nye helseprofesjonen. For i Japan lever konflikten mellom psykodynamiske tilnærminger og kognitive tilnærminger i beste velgående, noe som gjør at standen ikke står samlet om den videre retningen. Det er heller ikke alltid like enkelt å se hvordan en modernistisk, individuell psykologi skal tilpasses en kultur der tradisjon og kollektivismen står sentralt. Men som i så mange land for tiden er det en sterk tillit til at psykologer kan løse en rekke samfunnsoppgaver, ikke minst knyttet til mental helse.

Til tross for en høy selvmordsrate (som for øvrig er på vei ned) har forekomsten av psy-

kiske helseplager i Japan vært omtrent halvparten av den i Vesten. Men forekomsten er kraftig økende i den yngre delen av befolkningen, og det spørres om dette både vil følge kohorten gjennom livsløpet, og også gjelde kommende generasjoner. Når landet i tillegg har få psykologer med varierende kompetanse, er det ikke så merkelig at de skuer til England og deres lavterskeltilbud: Det gir både en inngang til å utdanne flere behandlere og bygge ut et tjenestetilbud til befolkningen – alt mens man legger evidensbaserte tilnærminger til grunn. Og for en profesjon in spe er det sikkert lurt å betone nytten av vitenskapelige tilnærminger når legitimitet skal bygges. Ikke minst i en økonomi preget av flere år med resesjon, noe som har gitt økte politiske krav om at vitenskapen skal være nyttig.

Men der den kliniske psykologien virker å være i startgropen, står den asiatiske laboratoriedrevne forskningen sterkt. Det var i hvert fall denne som høstet flest priser fra konferansens podier, og denne forskningen er definitivt hard science. Et tips til den som ønsker seg en internasjonal forskningskarriere, er derfor å sørge for en solid dose metodisk skolering. For det begynner å bli komplekst.

OVER GRENSEN

Mange av de mest spennende bidragene kom fra psykologiens grenseland, enten det handlet om manga, androider, matematikk – eller



STØDIG FAG Mye har man hørt før på psykologikongressen i Yokohama i sommer. Men dette betyr at kunnskapsgrunnlaget til faget står stødig, og er noe man kan hvile seg på, skriver Bjørnar Olsen. Foto fra Yokohama.

skilpadder. For skal vi forstå den menneskelige hjernen, må vi forstå reptilhjernen, fortalte dyreforsker og psykolog Anna Wilkinson i sitt foredrag «Cold blooded cognition». Men reptilhjernen er knapt forsket på, og da får mytene om den leve videre. Hun lar derfor landskilpadder utforske de samme labyrintene hvite mus i årevis har hastet gjennom. Det gir læringspsykologi i slow-motion, og viser hvordan gamle metoder får nytt liv og gir ny innsikt når de anvendes på nye felt. Og denne innsikten om reptilhjernens funksjon er helt nødvendig skal vi forstå tenkningens evolusjon.

Med foredragstittelen «On space geckos and urban apes: Animal thinking outside the box», trakk primatforskeren Josep Call til seg atskillige tilhørere. Som Wilkinson er Call opptatt av å undersøke tenkningens evolusjon: Når oppsto de ulike kognitive evnene? Som en av grunnleggerne av *Wolfgang Köhlers Primate Research Centre* viderefører Call Köhlers klassiske forskning på apers problemløsning. Ikke minst er han opptatt av hvordan aper i kunstige omgivelser fremviser mentale kapasiteter man ikke observerer i deres naturlige miljø. Det gjør at evolusjonshistorien må revideres: Som når aper i laboratoriet viser at de kan foreta mentale tidsreiser og planlegge for dagen etter. Det forteller at det ikke er symbolsk språk alene som gjorde at vi brøt ut av en «her-og-nå»-eksistens. I en eller annen form må denne evnen ha eksistert flere millioner år tidligere enn man før har antatt.

Men den som tror at det er nye innsikter som preger kongressen, bør ta et skritt tilbake. For mye har man hørt før, og jeg sitter igjen med litt av den samme opplevelsen som etter den europeiske arbeids- og organisasjonspsykologi-kongressen i Oslo i fjor: Psykologien har etter hvert etablert et kunnskapsgrunnlag som står stødig, og som man kan hvile seg på. Hjulene er på plass, og det er en styrke for faget, selv om det kan oppleves som konservativ stillstand. Men nettopp i anvendelsen eller i grenselandet inn til andre fag ligger det nye muligheter. Som når gekkoer sendes ut i verdensrommet av russerne, slik Call forteller oss. Der løsnest halsbåndet til den ene gekkoen, og for første gang så man gekkoer leke med et objekt. Slik gir nye muligheter ny innsikt, og det bør psykologien legge til rette for.

ROBOTDANSEN

Shintoismen forklarer hvorfor roboter og manga er så populært i Japan, mente psykolog Genji Sugamura fra Kansai-universitetet i Osaka. For shintoismens åtte millioner guder finner også veien inn i ting. Det igjen gjør det naturlig både å projisere livet ned på papir og tenke på roboter som beåndet. Og japanere, uavhengig av alder, elsker å samhandle med roboter. Det er kanskje grunnen til at kongressens åpningsforedrag om androider var med Hishiro Ishiguro, en av verdens ledende forskere på kunstig intelligens og androider.

Men tilbake til Watanabes dansende roboter. Med et skrått blikk fortalte han om en europeisk psykologi som sprang ut av laboratorier som siktet mot å finne frem til sannheten om persepsjon, før den amerikanske psykologien ble opptatt av at faget skulle være nyttig. Og denne pragmatismen har gitt oss bomber og krigsroboter. I Japan vil man derimot ha det gøy, og det gir fyrverkeri og dansende roboter – inntil i nyere tid, hvor den langvarige japanske resesjonen har gitt økte krav om en nyttig vitenskap. Det gir derfor en viss glede å lese at prisene på ketsjup endelig stiger. Etter 25 år med stillstand signaliserer dette at japanske firmaer omsider tror på økt kjøpekraft. Og en økonomi på vei opp gir håp om en psykologi som overrasker og underholder også i årene som kommer. ✖

Traumer og hengekøyer

Mangel på psykologiske ressurser, kompetanse og faglig fundament er blant utfordringene i landet som nettopp arrangerte OL.

TEKST

Mari Kjørseth Bræin,
RVTS øst/ BUP Asker

KONTAKT

mari.brain@rvtsost.no

Noen år blir mer betydningsfulle enn andre. Da jeg var 19 år, dro jeg til Brasil for å jobbe med gatebarn. På denne tiden krydde det av gatebarn i byene; sovende på asfalten, tiggende utenfor restauranter, i gatekryssene for å selge godteri eller for å vaske bilruter. Et års arbeid med barn på ulike prosjekter lærte meg mye om barns kapasitet til å overleve, tilpasse seg og lete etter nye muligheter.

Nå, mer enn 20 år etter, er jeg tilbake i Brasil. Sammen med familien har jeg fått mulighet til å bo og jobbe et år i Florianopolis, en subtropisk øy sør i landet.

VOLD MOT BARN

Brasil er et av landene i verden med størst forskjell mellom rike og fattige, til tross for 20 år med betydelig utjevning og reduksjon i den ekstreme fattigdommen. I de største byene som Sao Paulo og Rio samt nordøst i Brasil lever flere tusen barn på gata. I dette miljøet er trafficking, narkotika, prostitusjon, barnarbeid, tigging og overgrep en del av hverdagen. I favelaene (de fattige, okkuperte områder av byene) er vold et alvorlig problem, og innbyggerne lever med frykt for narkotikahandlere som kontrollerer nabolagene. I konfrontasjoner mellom gjenger og et ofte brutalt politi oppstår det skuddvekslinger der barn blir drept. Antall barn og unge som drepes i Brasil, er doblet de siste 20 årene ifølge en UNICEF-rapport



fra 2015. Den forteller også at 28 barn under 19 år blir drept hver dag, noe som er høyere enn i en krigssone.

KOMPETANSEHEVING OG KOREGULERING

Barneloven fra 1990 gir barn beskyttelse, men det er et stort gap mellom loven og gjennomføring i praksis. Det finnes fremdeles barnehjem med flere hundre barn, hjelpetiltak er nesten ikke eksisterende, og utrednings- og dokumenteringsprosedyrer er mangelfulle. I Florianopolis ble jeg bedt om å bidra med frivillig arbeid på et barnehjem for en organisasjon som driver flere prosjekter i byen. Det ble sagt at omsorgen på barnehjemmet handlet mer om de ansattes «common sense» enn deres faglige vurderinger. De håpet jeg kunne vurdere kvaliteten på omsorgen, drive kompetanseheving og hjelpe med å utarbeide en faglig plattform. I samarbeid med lokale psykologkolleger tilpasset

vi programmet «traumesensitivt barnevern», som jeg har utviklet sammen med kollegaer ved RVTS-Øst.

Casa de Acholamento er en akuttavdeling med plass til 20 barn i alderen 2–18 år og er kjent for å være et av de bedre barnehjemmene i delstaten Santa Catharina. Likevel har de få ressurser, og kun to ansatte på jobb av gangen. Omsorgsgiverne – «educadores» – er stort sett ufaglærte og kommer fra nabolaget i favelaen. Mange av de ansatte har dårligere boforhold hjemme hos seg selv, og har egne barn som har langt dårligere materielle vilkår enn barna på barnehjemmet. Frustrasjon, irritasjon og en holdning om at barna bare må ta seg sammen, kommer til syne i arbeidet med barna. De har jo alt de trenger; både mat, klær og husly!

Det slo meg at begreper som samregulering og koregulering måtte være en viktig inngang til arbeidet, og at økt bevissthet hos de ansatte

BEHANDLING PÅ BARNEHJEM

Å ligge i en hengekøye kan minne om den beroligende stimuleringen babyer får, som gjør at de gjenvinner roen ved stress. Det er nettopp slike opplevelser traumatiserte og forsømte barn trenger. Foto: Marco Zanferrari/ Flickr





28 barn under 19 år blir drept hver dag, noe som er høyere enn i en krigssone

SØR-BRASIL Psykolog Mari Kjørseth Bræin jobbet på et barnehjem på øya Florianopolis (markert i rødt) i Brasil. Florianopolis med sine 460 000 tusen innbyggere ligger i staten Santa Catarina sør i Brasil.



om egne reaksjoner kunne være en hovedmålsetting. Bevisstgjøring om hva som kan virke stressreducerende både for barna og for de voksne, ble en viktig del av arbeidet.

GUTTEN SOM BLE FRASTJÅLET KLÆRNE SINE

Barnehjemmet mangler så vel formell kompetanse som utredningsprosedyrer. Men sammen med psykologene forsøker jeg å strukturere den informasjonen vi tross alt har, både anamnestic informasjon og om barnas funksjon her og nå.

Vi startet med å tegne enkle livslinjer og å lage oversikt over viktige hendelser i barnas liv. De ansatte på barnehjemmet fikk opplæring i traumekunnskap; om hvordan hjernen fungerer under stress, hvordan hjernen formes av bruken, og om ulike traumerelaterte plager. Noen av barna ble utredet med Nevrosequential Methods of Therapeutics (NMT), som la et grunnlag for utarbeiding av omsorgsplaner.

Vilmar, en gutt på 13 år, var den første vi utredet. Han har bodd to år på barnehjemmet. De ansatte synes det er vanskelig å forstå gutten; han er så tilbaketrukket og lukket. Han sover dårlig om natten og har ofte mareritt. Dessuten har han på seg så mye klær; langbukser, langermet genser, hansker på hendene og hette over hodet. Som om han ikke vil vise seg frem og trenger å beskytte seg. Vilmar sitter på stranda mens de andre bader, fullt påkledd med hansker og hette. Og det virker ikke som om han er varm heller!

Selv om vi ikke har like mye informasjon som utredningsmetoden legger opp til, har vi likevel en god del informasjon om Vilmar. Vi vet at han har blitt utsatt for alvorlig omsorgssvikt og ble hentet ut av skuret han bodde i sammen med moren og faren, som levde av å plukke søppel på gata. Fra han var liten, måtte han gå rundt og plukke søppel med foreldrene og gikk ikke på skole. Vilmar og søsknene var mye overlatt til seg selv, og det kunne gå dager uten at foreldrene var til stede. Det tilsier høy utviklingsmessig risiko. Det å bo på et barnehjem med 20 barn og 2 voksne innebærer at omsorgsbetingelsene fremdeles er langt fra optimale. Foreldrene har ikke tatt kontakt med barnehjemmet og er i ferd med å miste foreldrerettighetene. Ingen hjelpetiltak er satt i gang overfor foreldrene. De er svært fattige, og moren beskrives med begrensede kognitive ressurser. Vilmar snakker aldri om foreldrene sine og gir ikke uttrykk for savn, ifølge de ansatte.

Jeg fikk også vite at avdelingslederen nylig tok fra ham hanskene og alle klærne han bruker til å dekke seg til med. Etter dette har han sittet i senga si med laken rundt seg og nektet å komme ut for å spise. Jeg forstår at det å dekke seg til med mye klær gjør gutten annerledes, men tvangsavkleddning er vel ikke rette måten å gjøre det på? Og kanskje klærne er det eneste denne gutten har til å beskytte seg med? Etter fire dager på rommet uten å spise noe annet enn godteri, kommer han ut i shorts og med lakenet rundt seg. Lederen ved barnehjemmet gir uttrykk for å være fornøyd, som om hun vant kampen. «Han er virkelig en sta gutt, men jeg visste at han kom til å gi seg», uttrykker lederen. Er det noe disse barna kan, så er det jo å tilpasse seg, tenker jeg.

Hjemme i Norge har jeg hørt mange historier om barn utsatt for omsorgssvikt som ikke kjenner kulden om vinteren, mens her er det en gutt som ikke kjenner tropevarmen. En slik form for kroppslig dysregulering kan forklares med at alvorlig neglekt kan ha gitt manglende stimulering av basale områder i hjernen som er involvert i temperatur-

regulering. Mange av barna på barnehjemmet strever med ulike somatiske plager som astma og allergier og har hudproblemer som er synlige ved første øyekast. Flere av barna er små av vekst og fremstår som langt mindre enn sin kronologiske alder. Vi trenger derfor instrumenter som fanger opp ulike somatiske og sensoriske plager så vel som relasjonell, emosjonell og kognitiv fungering.

Traumesensitiv tilnærming handler om bli nysgjerrig på symptomer hos traumatiserte mer enn å konkludere om kausale sammenhenger. Jeg ønsker å vekke nysgjerrigheten hos omsorgsgivere slik at de ikke bare vil fjerne symptomene (eller det som er annerledes) uten å tilby noe annet barnet kan bruke til å regulere seg eller å beskytte seg med. Mange av barna lever med så mange belastninger at de fremdeles trenger sine overlevelsesstrategier. Det viktigste jeg kan lære bort, er kanskje å gjenkjenne overlevelsesmekanismer og å tydeliggjøre at de fleste symptomer har en funksjon som har hjulpet barnet med å overleve.

Roller min er å drive opplæring og å veilede, men jeg har ingen formell posisjon eller makt over hvordan institusjonen drives. Jeg må veie mine ord, for å ikke oppleves som kritisk og nedverdiggende. For jeg vet lite om hvordan det er å drive et barnehjem i Brasil. Men, tvangsavkledningen gjør meg sint, og jeg må som mange ganger før tåle at barna får en annen behandling enn det jeg ville stått inne for. Det er en av de største utfordringene med arbeidet, både nå og for 20 år siden.

Utredningen sier oss at Vilmar har store tilknytningsskader, og at han i liten grad har og har hatt et miljø som er relasjonelt stimulerende for ham. Han har som nevnt ingen kontakt med foreldrene sine, ingen han har knyttet seg til, ingen venner fra skolen, deltar ikke i noen aktiviteter utenfor skolen. Han har akkurat blitt frastjålet klærne som kanskje er den eneste beskyttelsen han har. Hva kan vi gi av beskyttelse nå? Hva trenger han mest? Vi er alle enige om at gutten trenger en tilknytningsperson, en som kan være viktig for han i årene som kommer. Han har ingen primærkontakt, da avdelingslederen er av den oppfatning at alle ansatte skal ha samme forhold til barna. Jeg påpeker at det å ha en favoritt faktisk er bra. Det slår meg at barna som bor her, kan være her lenge uten at tilknytnings-

systemet aktiveres i særlig grad fordi de ikke opplever tilstrekkelig med nærhet og kontinuitet i relasjonene. I et slikt miljø blir indre arbeidsmodeller som «jeg klarer meg best alene» bekreftet. Vi bestemmer oss for å dedikere en av de ansatte til å sette av tid hver dag til gutten for å høre på musikk sammen med han, som er noe han liker. Psykologen tar med seg NMT-rapporten til en jurist i barnevernet for å vise at det er helt *essensielt* for gutten å ha en voksen person i livet sitt. Jurister liker dokumenter med tydelige anbefalinger, og kanskje er det ikke for sent å gjenoppta kontakten med foreldrene.

SELVREGULERING GJENNOM BRASILIANSKE RYTMER

Vilmar strever betydelig med selvregulering, både regulering av kroppslige tilstander og av affekt. Arbeid med selvregulering kan gjøres gjennom å optimalisere trygghet og benytte repeterende sensomotoriske aktiviteter som han liker.

Barn som er utsatt for neglekt og traumer, trenger å stimuleres på en måte som virker beroligende på nervesystemet, og når så stressresponsen er redusert, vil barnet være bedre i stand til å dra nytte av relasjonelle og kognitive erfaringer. Det å bli vugget eller sitte på en huske kan minne om den beroligende stimuleringen små babyer får, og som gjør at de gjenvinner roen ved stress. De ansatte forteller at Vilmar liker å ligge i hengekøyen utenfor, og at han ofte sovner der. Hengekøyer er jo genialt, tenker jeg, det er både kulturelt og aldersmessig adekvat. Hengekøyer blir mye brukt i Brasil, og mange fattige nord i landet sover i hengekøyer om natta. Hengekøyer tar liten plass og gjør at mange kan sove i samme rom.

NMT-modellen bygger på at barn med reguleringsvansker trenger stimulering i de nedre delene av hjernen på en måte som ikke aktiverer stressresponsystemet slik at nye forbindelser kan bygges. Det kan være vanskelig å endre disse områdene kun gjennom innsikt, fordi skaden er i de mer nonverbale områdene av hjernen. Det å stimulere dypere hjernestrukturer gjennom fysisk aktivitet og sansearbeid antas å skape nye nevralt nettverk som er med på å endre nevralt fyringer knyttet til stressresponser. Bruce D. Perry sa på en forelesning at disse aktivitetene bør være noe barnet liker, »



FAVELA Husene i favelaene bygges ofte oppover i høyden. Dette fotografiet er fra Rio De Janeiro. Foto: werner22brigitte/Pixabay.com

de bør være rytmiske slik som musikk og dans, kunne gjentas ofte i barnets hverdag, foregå i en trygg kontekst og være tilpasset barnets alder og kultur slik at aktiviteten oppleves relevant.

Brasil har en kultur der det er enkelt å anvende slike aktiviteter, og mange brasilianske tradisjoner som tar i bruk rytmer, bevegelse, dans og samspill, er som oppskrift på tiltak som kan virke tilhelende ut ifra dette perspektivet. Da jeg for 20 år siden arbeidet på et prosjekt for gatebarn, husker jeg hvor vanskelig det var å få guttene i tale. Men en instruktør i akrobatikk, musikk og capoeira dro guttene lett med seg i aktivitetene. Det trengs ikke kompleks nevrobiologisk kunnskap for å forstå at guttene mye heller ville spille trommer og surfe enn å snakke om vonde ting. Aktivitetene er morsomme, gir mestring, god trening og innebærer positiv sosial kontakt med andre.

Med utgangspunkt i prinsippene om at tiltakene skal være regulerende, relevante, rytmiske og relasjonelle, lager vi en omsorgsplan for Vilmar. Vi diskuterer ulike tiltak som kan fungere for ham, slik som massasje, capoeira,

spille trommer, ligge i hengekøya, høre på musikk, få fotbad og få et tungt pledd over seg om kvelden.

Ifølge de ansatte på barnehjemmet er det den første utredningen og omsorgsplanen som er gjennomført på barnehjemmet. Det høres jo fint ut. Men, har de forstått målet med omsorgsplanen, og kommer de til å bruke den? Er det mulig å gjennomføre tiltakene med så få ansatte og knappe ressurser?

OMGIVELSENE I ALARMBEREDSKAP

Det er ingen tvil om at mer ressurser og kompetanse må til for å bedre kvaliteten på den omsorgen barna får. Dårlige rammebetingelser og usikker finansiering gjør arbeidet spesielt vanskelig. Arbeidet i en favela er uforutsigbart og innebærer en rekke farer. På mange måter er det som om hele systemet rundt barna er i alarmberedskap. Nylig forsvant tre av våre jenter fra barnehjemmet sammen med en gjeng eldre menn, og de ble holdt innesperret i over et døgn. Vi klarte ikke å beskytte jentene fra nye overgrep.

Når hjernen er i alarmberedskap, blir tenkningen konkret og reaktiv. Når et helt system eller en gruppe mennesker er i alarmberedskap, kan problemløsninger og vurderinger bli preget av kortsiktig tenkning og mistenksomhet. Oppdragerstilen kan bli ambivalent, kontrollerende og straffende. Dette så jeg tydelig i arbeidet, særlig når det var snakk om utfordrende og uforståelige symptomer hos barna. Da var det lett å ty til straff for å få kontroll over situasjonen. Ofte så vi en eskalering av konflikter og forverring av symptomer. Da en av guttene på barnehjemmet ble tatt i å røyke marihuana, ble han straffet med å ikke få lov til å gå på jobb resten av uka, noe som medførte at gutten mistet jobben.

Vi avsluttet prosjektet med å holde innlegg for jurister og ledere for sosiale tjenester i delstaten Santa Catharina, der vi formidlet våre anbefalinger basert på erfaringen fra arbeidet. Vi informerte om mulige utrednings- og kartleggingsprosedyrer, moderne traumekunnskap, prinsipper for traumesensitiv omsorg og argumenter for å investere i tidlig barndom (Heckman, 2007). Det er åpenbart at det trengs langsiktig satsning på helse-, utdannings- og omsorgstjenester av høy kvalitet som kan være med på å bremse generasjonsoverføring av traumer, vold og omsorgssvikt. Hvorvidt politikere prioriterer dette i den pågående økonomiske og politiske krisen i Brasil, er imidlertid de fleste tvilende til.

Tilbake på barnehjemmet er jeg med på den årlige vinterfesten. Vilmar har fått klærne sine og ligger i hengekøya med hetta over hodet. Det spilles raske rytmer fra sprakende høyttalere. Noen danser og andre trommer på kopper og kar. De yngste barna kaster ballonger opp i lufta og løper rundt etter hverandre. Stemningen er på topp, og jeg merker fellesskapet og varmen som karakteriserer dette landet, og som jeg ble så betatt av som 19-åring.

Slike fester finnes ikke på institusjoner hjemme. Det slår meg hvor gode brasilianere er til å skape glede, og hvor spontane og ekte de voksne er sammen med barna. En eventuell profesjonalisering av arbeidet bør ikke gå på bekostning av dette, men heller spille på muligheten det åpner for. Brasil har verdens fineste hengekøyer. En slik skal jeg i alle fall ta med meg hjem til Norge, og kanskje får den plass på psykologkontoret mitt. ✕

REFERANSER

- Heckman, J., Masterlov, D.V. (2007). *The Productivity Argument for Investing in Young Children*. NBER Working Paper Series. National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA.
- Leira, T. (2014). *Brasil. Kjempen våkner*. Oslo: Aschehoug
- Perry, B. (2006). *Applying principles of neurodevelopment to clinical Work with maltreated and traumatized children*. I N. Webb (red.), Working with traumatized youth in child welfare (s. 2752). New York: Guilford Press.
- Perry, B., Dobson, P. (2009) The Neurosequential model of therapeutics. Kap. 13. I Ford, J.D. & Courtois, C.A. (red.) Treating complex traumatic stress disorder: and evidence-based guide. New York: Guildford Press.
- UNICEF report on Brazil, 2015.



Er det noe disse barna kan, så er det å tilpasse seg

Psykologtidsskriftet retter

I augustutgaven av Psykologtidsskriftet er Leif Edward Ottesen Kennair oppgitt som opphavsperson til et sitat som ikke er hans. Sitatet fremkommer i debattinnlegget «Behovet for evolusjonær empati» av Rune Karlson og er som følger:

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 blindside you at 4 pm on some idle Tuesday.

Kennair gjengir sitatet i sin bok *Generalisert angstlidelse* fra 2008. Men sitatet er hentet fra en tekst av Chicago Tribune-spaltisten Mary Schmich som stod på trykk i avisen 1. juni 1997.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 716–726 FAGFELLEVDERT

STÅLE PALLESEN^{1,2}, BJØRN BJORVATN^{2,3}, JANNE GRØNLI⁴.

1 Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen,

2 Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland universitetssykehus,

3 Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen,

4 Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT staale.pallesen@uib.no

BEHANDLING AV MARERITT

En oversikt over randomiserte behandlingsstudier

Det empiriske grunnlaget for behandling av mareritt presenteres gjennom en systematisk gjennomgang av alle randomiserte kontrollerte studier fra 1978 til 2015.

Mareritt er levende drømmer med sterkt emosjonelt negativt innhold som ofte vekker personen opp fra søvnen. Slike drømmer opptrer primært under «rapid eye movement (REM)-søvn» (Levin & Nielsen, 2009), som sammen med søvnstadium 2 dominerer den siste halvdel av natesøvnen (Carskadon & Dement, 2011). De vanligste følelsene ved mareritt er frykt og angst, men også andre dysforiske følelser som sinne, tristhet, skam og avsky kan forekomme (American Academy of Sleep Medicine, 2014; Zadra, Pilon, & Donderi, 2006b).

Målet med denne artikkelen er å presentere en systematisk oversikt over alle randomiserte kontrollerte behandlingsstudier av mareritt publisert i perioden fra 1. januar 1978 til 10. januar 2015, og slik kritisk vurdere den empiriske basisen for de eksisterende behandlingsformene.

Mareritt er svært utbredt, spesielt hos barn. I alt 60–75 % av alle barn opplever tidvis mareritt (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Ofte kan mareritt starte ved 2 1/2 års alderen (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Prevalensen av mareritt stiger gjennom barneårene og frem til tenårene. Fra da av rapporterer jenter mareritt hyppigere enn gutter. Fra tenårene og ut livet faller forekomsten av mareritt gradvis (Nielsen & Zadra, 2011), men det er fortsatt en kjønnsforskjell (Schredl & Reinhard, 2008). Spørreundersøkelser gjort mellom 1972 og 2007 i den finske voksne befolkningen, viste at 3,5 % av mennene og 4,8 % av kvinnene rapporterte hyppige mareritt i løpet av de siste 30 dagene, mens 36,2 % av mennene og 43,5 % av kvinnene rapporterte at de av og til hadde hatt mareritt i løpet av samme tidsperiode (Sandman et al., 2013). En tysk

ABSTRACT

Treatment of nightmares – a systematic review of randomized controlled trials

Nightmares are highly prevalent and very unpleasant for the sufferer. Well-documented treatments are thus highly in demand. A systematic literature search regarding treatment studies of nightmares covering the period from January 1, 1978, to January 10, 2015, was conducted using the databases Pubmed, PsychINFO and Web of Knowledge. In all, 15 769 articles were identified, of which 28 fulfilled the following inclusion criteria: 1) a focus on psychological or pharmacological treatment of nightmares, 2) the study reports data from randomized controlled trials, 3) outcomes reflecting nightmare symptoms are reported, and 4) the study is published in English in a peer-reviewed journal. A total of 19 studies investigating the effects of psychotherapeutic interventions were included. The results suggest that imagery rehearsal, exposure and multicomponent therapies are recommended against idiopathic nightmares. In all, 9 pharmacological studies were included, overall attesting to the positive effects of the α_1 -adrenergic antagonist prazosin for PTSD-related nightmares. Limitations of the included studies are discussed and recommendations for future research are provided.

Keywords: nightmares, treatment, randomized controlled trials, review



Mareritt er
assosiert
med
mentale
plager både
i normale
og i kliniske
popula-
sjoner

befolkningsundersøkelse av personer over 14 år viste at 9 % rapporterte mareritt månedlig eller oftere. Kvinner rapporterte oftere mareritt enn menn. De vanligste marerittemaene var å falle, bli jaget/forfulgt, være paralyisert, komme for seint / være forsinket og at nære personer døde (Schredl, 2010). I en befolkningsstudie fra Hong Kong rapporterte 5,1 % mareritt minst en gang per uke. Hyppige mareritt var assosiert med å være kvinne, ha lav sosioøkonomisk status, rapportere insomni og symptomer på søvnrelaterte respirasjonsvansker og å ha psykisk lidelser, særlige affektive (Li, Zhang, Li, & Wing, 2010). I en norsk befolkningsundersøkelse fant vi at 2,8 % rapporterte mareritt minst en gang per uke. Kvinner rapporterte hyppigere mareritt enn menn (Bjorvatn, Grønli, & Pallesen, 2010). Kjønnsforskjellene som er funnet i en del studier, er også bekreftet i en metaanalyse (Schredl & Reinhard, 2008).

I tillegg til demografiske variabler som kjønn og alder viser studier at mareritt er assosiert med mentale plager både i normale og i kliniske populasjoner (Berquier & Ashton, 1992; Blagrove, Farmer, & Williams, 2004; Hasler & Germain, 2009). Dette er i tråd med hypotesen om at drømmer representerer en fortsettelse av mentale prosesser som finner sted i våken tilstand (Schredl, 2003). Ut fra dette er mareritt naturlig nok også sterkt assosiert med traumatiske opplevelser, og mareritt rapporteres av 19–71 % av pasienter med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Maher, Rego, & Asnis, 2006). Det har vært hevdet at drømmer ikke har noen spesifikk funksjon, men er et resultat av autoaktivering, særlig av visuelle og limbiske strukturer og deaktivering av frontal cortex (Hobson, Pace-Schott, & Stickgold, 2000), som finner sted under REM-søvn. Andre hevder at mareritt best kan forstås som en evolusjonær mekanisme som tillater organismen å øve på ulike handlingsalternativer i potensielt truende situasjoner (Revonsuo, 2000). Det skilles ofte mellom idiopatiske og PTSD-relaterte mareritt. Førstnevnte er ofte beskrevet som bisarre og ulogiske, mens sistnevnte typisk innebærer gjenopplevelse av reelle traumatiske hendelser. Det er også fysiologiske data som støtter opp under dette skillet. Blant annet har pasienter med PTSD-relaterte mareritt flere nattlige oppvåkninger enn personer med idiopatiske mareritt (Germain & Nielsen, 2003). Data viser også at pasienter med PTSD-rela-

terte mareritt har høyere sympatisk aktivering under REM-søvn sammenliknet med kontroller (Mellman, Knorr, Pigeon, Leiter, & Akay, 2004). På dette grunnlag har det vært hevdet at PTSD-relaterte mareritt reflekterer økt noradrenerg aktivitet under REM-søvn (Ramsawh, Stein, & Mellman, 2011). Andre mener imidlertid at det er for mange likhetstrekk mellom de to subtypene av mareritt til at de kan forstås som to adskilte former (Hasler & Germain, 2009), og skillet gjenfinnes heller ikke i moderne diagnosesystemer (American Academy of Sleep Medicine, 2014; American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992). I tillegg til traumer viser studier at medikamenter, særlig de som påvirker neurotransmittorer som noradrenalin, serotonin og dopamin, er assosiert med mareritt (Pagel & Helfter, 2003).

Måling av mareritt skjer normalt ved hjelp av spørreskjemaer og drømmedagbøker, og mareritt kartlegges normalt ut fra frekvens, ubehag, intensitet og innhold. Førstnevnte måles oftest med Nightmare Frequency Questionnaire (Krakow et al., 2000), mens ubehaget reflekterer hvor stor negativ innvirkning marerittene har på den våkne tilstanden (f.eks. på dagtidfunksjonen) og måles som regel med Nightmare Distress Questionnaire (Belicki, 1992). Marerittenes intensitet refererer til hvor sterke følelser en opplever under marerittene, og måles, sammen med innholdet i mareritt, som regel ved hjelp av drømmedagbok (Zadra, Pilon, & Donderi, 2006a). Spørreskjemaer, som vanligvis er retrospektive, underestimerer normalt symptomtrykket sammenliknet med drømmedagbøker (Robert & Zadra, 2008).

Når frekvensen av eller ubehaget knyttet til marerittene blir høy nok, kan pasienten tilfredsstillende kriteriene for marerittlidelse. Tabell 1 viser de diagnostiske kriteriene for marerittlidelse i henhold til den 10. utgaven av Classification of Mental and Behavioural Disorders (World Health Organization, 1992). Mareritt innebærer ofte en betydelig svekkelse av livskvaliteten (Levin & Fireman, 2002) og ser ut til å kunne være en risikofaktor for selvmord (Sjöström, Hetta, & Waern, 2009). Dette tilsier at fokus bør rettes mot effektiv behandling. Flere typer psykologisk behandling har vært utviklet. Ved positive forestillingsøvelser trener pasienten i våken tilstand på å erstatte den ubehagelige narrativen/historien i marerittene med nøytrale eller mer behagelige elementer. Pasi-

entene forestiller seg så de omskrevne drømmene (Harb, Phelps, Forbes, Ross, Gehrman, & Cook, 2013). Det antas da at de omskrevne drømmene gradvis blir mer kognitivt dominante/tilgjengelige enn marerittene. Berlin, Means og Edinger (2010) beskriver et kasus der en 69 år gammel mannlig Vietnam-veteran før behandling hadde 17 mareritt i uken, ifølge dagbokregistreringer. Marerittene omhandlet kamper mot dyr eller gjenopplevelse av krigstraumer. I alt tre terapisesjoner med positive forestillingsøvelser ble gitt. I terapien skrev han om en drøm fra å bli angrepet av en hund til å bli venner med hunden. En annen drøm ble omskrevet fra kamphandlinger til en situasjon der han beundret den vakre naturen i Vietnam. Flere ganger i uken visualiserte han de nye omskrevne drømmene. Etter endt terapi var antall ukentlige mareritt redusert til fem, og søvnkvaliteten hadde blitt bedre (Berlin, Means, & Edinger, 2010).

Ved eksponeringstrening utsetter pasienten seg via forestillingsbilder for de ubehagelige elementene i drømmene mens han eller hun er i en trygg setting (Burgess, Marks, & Gill, 1994). Virkningen antas å være basert på prinsippet om motbetinging (resiprok inhibisjon; Wolpe, 1958). Systematisk desensitisering er en tilsvarende teknikk basert på det samme prinsippet. Her lages som regel et angsthierarki over skremmende stimuli fra marerittet, og en starter med eksponering for stimuli langt nede i hierarkiet og beveger seg så oppover. Eksponeringen gjøres ofte under ulike typer avspenningsøvelser (Cellucci & Lawrence, 1978). En annen metode er bevisst drømming («lucid dreaming»). Dette er en tilstand der personen under selve drømmeaktiviteten er bevisst på at han eller hun drømmer, og dermed kan bestemme hva som skal skje i drømmene. For å fremme bevisst drømming i forbindelse med mareritt blir pasienten bedt om å se for seg en gitt stimulus som hyppig opptrer i marerittet, og i våken tilstand kople dette opp mot erkjennelsen (f.eks. ved hjelp av verbalisering) av at man er inne i en drøm. Når den aktuelle stimulusen opptrer under drømmen, er målet at den skal trigge bevisstheten om at man nå drømmer – slik at pasienten kommer inn i bevisst drømmingstilstanden. Ulike multikomponentterapi er stadig mer benyttet og ser ut til å gi god effekt mot mareritt og andre relaterte søvnvansker som for eksempel insomni. De består av elementer som benyttes i behandling av insomni og mareritt; som psykoedukasjon, søvnhygiene, stimuluskontroll, avspenning, søvnrestriksjon, eksponering og positive forestillingsøvelser (Davis & Wright, 2007; Germain et al., 2012; Ulmer, Edinger, & Calhoun, 2011).

Når det gjelder medikamentell behandling, har særlig prazosin, en α_1 -adrenerg antagonist, vært aktuell. Prazosin hemmer stressresponsen styrt av hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen og blokkerer blant annet α_1 -reseptorene i amygdala og antas slik å redusere frykt (Hudson, Whiteside, Lorenz, & Wargo, 2012). Det har også vært gjort medikamentelle behandlingsstudier med histamin-1-/serotonin-2-reseptorantagonisten cyproheptadin (Jacobs-Rebhun et al., 2000), med benzodiazepinet klonazepam (Lowenstein, Hornstein, & Farber, 1988), med histamin-1-antagonisten hydroksysin (Linden et al., 2013) og med cannabinoid-1-reseptorantagonisten nabilone (Fraser, 2009). Den amerikanske foreningen for søvnmedisin anbefaler farmakologisk behandling med prazosin (nivå A), og clonidin kan vurderes (nivå C) for PTSD-relaterte mareritt. Ved mareritt generelt anbefales eksponeringstrening (nivå A), og systematisk desensitivering og avslapning (nivå B) (Aurora et al., 2010).

Tabell 1. Kriterier for marerittlidelse i 10. utgave av Classification of Mental and Behavioural Disorders

- | | |
|----|--|
| A. | Oppvåkning fra nattesøvn eller høneblunder med detaljert og levende erindring av intenst skremmende drømmer som vanligvis involverer trusler mot liv, sikkerhet eller selvfølelse; oppvåkningen kan skje når som helst i løpet av søvnperioden, men typisk i løpet av siste halvdel. |
| B. | Ved oppvåkning fra den skremmende drømmen blir individet raskt klar og orientert. |
| C. | Drømmeerfaringen i seg selv og den resulterende søvnforstyrrelsen forårsaker markert ubehag for individet. |

(World Health Organization, 1992)



Mareritt innebærer ofte en betydelig svekkelse av livskvaliteten og ser ut til å kunne være en risikofaktor for selvmord

METODE

Basert på søkeordet «nightmare» ble det søkt i databasene PubMed, PsychINFO og Web of Knowledge etter relevante artikler publisert fram til og med januar 2015. Referanselister til relevant litteratur ble også undersøkt. I alt 15 769 studier ble gjennomgått. Følgende eksklusjons- og inklusjonskriterier ble brukt: 1) Studien måtte inkludere behandling (psykologisk eller farmakologisk) som spesifikt var rettet mot mareritt, 2) bare randomiserte studier ble inkludert (randomisering til minst to ulike betingelser), 3) studien måtte rapportere utfall direkte knyttet til mareritt (frekvens, ubehag eller intensitet), og 4) studien måtte være fagfellevurdert og publisert på engelsk.

RESULTAT

I alt 19 randomiserte psykoterapistudier rettet mot mareritt ble identifisert (se tabell 2). I alt ni studier undersøkte effekten av positive forestillingsøvelser. I alt tre studier (Cook et al., 2010; Neidhardt, Krakow, Kellner, & Pathak, 1992; Thüenker & Pietrowsky, 2012) viste ingen effekt av denne intervensjonen, mens seks studier viste effekt (Kellner, Neidhardt, Krakow, & Pathak, 1992; Krakow et al., 2001; Krakow, Kellner, Pathak, & Lambert, 1995; Lancee, Spoomaker, & van den Bout, 2010; Lancee, van den Bout, & Spoomaker, 2010; St-Onge, Mercier, & De Koninck, 2009). Effekten av multikomponentterapi ble undersøkt i seks studier, hvorav fem indikerte positive effekter (Davis et al., 2011; Davis & Wright, 2007; Germain et al., 2012; McHugh et al., 2014; Ulmer et al., 2011), mens én studie gav ingen signifikant behandlingseffekt (Margolies, Rybarczyk, Vrana, Leszczyszyn, & Lynch, 2013). I alt seks studier inkluderte betingelser med eksponering, alle med positiv effekt (Burgess et al., 1994; Cellucci & Lawrence, 1978; Gutner, Casement, Gilbert, & Resick, 2013; Kellner et al., 1992; Lancee, Spoomaker et al., 2010; Miller & Dipilato, 1983). Avslapning som hovedterapi inngikk i to studier, én som rapporterte ingen effekt (Burgess et al., 1994) og én der avslapning var rapportert å gi effekt (Miller & Dipilato, 1983). Én studie viste at bevisst drømming hadde effekt (Spoomaker & van den Bout, 2006). I alt ni medikamentstudier ble identifisert (se tabell 3). Effekten av prazosin ble undersøkt i seks studier som alle rapporterte positive effekter (Ahmadpanah et al., 2014; Germain et al., 2012; Raskind et al., 2003; Raskind, Peskind, Taylor, Gross, & McFall, 2007; Raskind et al., 2013; Taylor et al., 2008). Én studie viste ingen effekt av klonazepam (Cates, Bishop, Davis, Lowe, & Woolley, 2004), og én viste ingen effekt av cyproheptadin (Jacobs-Rebhun et al., 2000). Én studie viste positive effekter av hydroxyzin (Ahmadpanah et al., 2014), og én studie viste positive effekter av nabilone (Jetly, Heber, Fraser, & Boisvert, 2015).

DISKUSJON

Den mest studerte psykoterapeutiske metoden var positive forestillingsøvelser, som viste effekt i seks av ni studier. I to av studiene der en ikke fant effekt, var intervensjonen rettet mot PTSD-relaterte mareritt (Cook et al., 2010; Thüenker & Pietrowsky, 2012), noe som kan forklare den manglende effekten. Det kan således se ut som om denne intervensjonen virker best ved idiopatiske mareritt. Denne oppfatningen er i tråd med en tidligere anbefaling av positive forestillingsøvelser som førstevalget ved slike mareritt (Aurora et al., 2010). Imidlertid viste en metaanalyse vi gjorde på dette feltet, ingen signifikante forskjeller i

Tabell 2. Oversikt over randomiserte psykoterapistudier mot mareritt

| Referanse | Alder | | Deltagere | Betingelser | Resultat |
|---------------------------|--------|--------------|---|---|--|
| | Antall | (kvinner) | | | |
| Burgess & Marks, 1998 | 206 | 44 (80%) | Pasienter med mareritt | Avslapning Eksposering Ventelistekontroll. | Eksponeringsgruppen viste bedring på 3 av 4 marerittsmål sammenliknet med kontrollgruppen, pre til 8 uker etter behandling. Eksposering var bedre enn avslapning på 2 av 4 mål. Ingen forbedring i avslapningsgruppen. |
| Cellucci & Lawrence, 1978 | 29 | Ikke oppgitt | Studenter med mareritt | Systematisk desensitivisering Diskusjon om mareritt Registrering av mareritt (kontroll). 5 sesjoner | Systematisk desensitivisering ga større nedgang i antall mareritt sammenliknet med de to andre gruppene fra pre til post. Diskusjonsgruppen hadde større nedgang enn kontrollgruppen. |
| Cook et al., 2010 | 124 | 59 (0%) | Vietnamveteraner PTSD-relaterte mareritt | PFØ Psykoedukasjon/søvnhygiene. 6 sesjoner | PFØ forbedret ingen av marerittmålene sammenliknet med kontrollgruppen fra pre til post eller etter 6 måneder oppfølging. |
| Davis & Wright, 2007 | 43 | 40 (82%) | Pasienter Traume-relaterte mareritt | Multikomponentterapi Ventelistekontroll. 3 sesjoner | Multikomponentterapi forbedret 3 av 4 marerittsmål sammenliknet med kontrollgruppen, pre til post. |
| Davis et al., 2011 | 47 | 47 (75%) | Pasienter Traume-relaterte mareritt | Multikomponentterapi Ventelistekontroll. 3 sesjoner | Multikomponentterapi forbedret 3 av 4 marerittsmål sammenliknet med kontrollgruppen, pre til post. |
| Gutner et al., 2013 | 171 | 32 (100%) | Voldtektsofre | Kognitiv prosesserings- terapi Eksposeringstrening Ventelistekontroll med minimal kontakt. 4 sesjoner | Begge terapigruppene reduserte marerittsubehag, pre til post og etter 9 måneder. Ingen endring i ventelistegruppen. |
| Kellner et al., 1992 | 28 | 42 (73%) | Marerittslidelse | PFØ Desensitivisering. 1 sesjon | Begge terapigruppene reduserte frekvens av mareritt etter 4 mnd. Ingen forskjell mellom behandlingene. |
| Krakow et al., 1995 | 58 | 41 (78%) | Kroniske mareritt | PFØ Ventelistekontroll. 1 sesjon | PFØ-gruppen viste større nedgang på alle marerittsmål enn ventelistegruppen, pre til post. |
| Krakow et al., 2001 | 168 | 37 (100%) | Overgrepsofre PTSD-relaterte mareritt | PFØ Ventelistekontroll. 3 sesjoner | PFØ-gruppen viste større nedgang på alle marerittsmål enn ventelistegruppen, pre til post. |
| Lancee et al., 2010a | 399 | 39 (77%) | Pasienter Mareritt | PFØ Eksposeringstrening og avslapning Registrering av mareritt Ventelistekontroll. 6 ukers selvhjelp | PFØ og eksposering med avslapning var bedre på alle marerittsmål enn venteliste, og bedre enn registrering på 1 av 3 mål. Registrering virket bedre enn venteliste på 2 av 3 mål. |
| Lancee et al., 2010b | 278 | 36 (77%) | Pasienter Mareritt | PFØ PFØ + søvnhygiene PFØ + søvnhygiene + bevisst drømming Ventelistekontroll. Selvhjelp | PFØ reduserte symptomtrykk på 3 av 3 mål PFØ + søvnhygiene ga ikke nedgang på noen mål PFØ + søvnhygiene + bevisst drømming ga nedgang på 1 av 3 mål sammenliknet med kontrollgruppen, pre til post. PFØ var bedre enn PFØ + søvnhygiene på 2 av 3 mål. |

Tabell 2. Oversikt over randomiserte psykoterapistudier mot mareritt (forts.)

| Referanse | Alder | | Deltagere | Betingelser | Resultat |
|----------------------------------|--------|-----------|---|---|--|
| | Antall | (kvinner) | | | |
| Margolies et al., 2013 | 40 | 38 (0%) | Krigsveteraner PTSD | PFØ (for 2/3 som hadde mareritt) 4 timer med CBT mot insomni Ventelistekontroll. | PFØ og CBT mot insomni ga ingen signifikant nedgang i marerittfrekvensen sammenliknet med kontrollgruppen, pre til post. |
| McHugh et al., 2014 | 353 | 38 (100%) | Misbrukslidelse PTSD | Seeking Safety (CBT rettet mot traumer og rusmisbruk) Womens Health Education (psykoedukasjon vedr hel-sevaner til utsatte kvinner). 6 sesjoner | Seeking Safety-betingelsen reduserte frekvens av mareritt mer enn Health Education-betingelsen, pre til post. |
| Miller & Dipilato, 1983 | 32 | 36 (89%) | Pasienter Mareritt | Muskelavslapning Desensitivisering Ventelistekontroll. 6 sesjoner | Muskelavslapning og desensitivisering reduserte marerittfrekvensen, men ikke intensitet av mareritt sammenliknet med kontrollgruppen, pre til post. Ingen forskjell mellom behandlingsgruppene. |
| Neidhardt et al. 1992 | 20 | 39 (75%) | Pasienter | PFØ Registrering av mareritt. 1 sesjon | PFØ og registrering av mareritt reduserte alle marerittmål, pre til post. Det var ingen forskjell mellom betingelsene. |
| Spoor-maker & van den Bout, 2006 | 23 | 28 (74%) | Pasienter Mareritt | Bevisst drømming (gruppe eller individuelt format) Ventelistekontroll. 1 sesjon | Begge betingelsene om bevisst drømming reduserte frekvensen av mareritt, pre til post. Ingen endring i ventelistegruppen. |
| St-Onge et al., 2009 | 20 | 10 (45%) | Barn | PFØ Ventelistekontroll. 1 sesjon | PFØ viste større nedgang i antall mareritt, men ikke ubehag knyttet til mareritt sammenliknet med ventelistekontroll, pre til post. |
| Thünker & Pietrowsky, 2012 | 26 | 46 (68%) | Pasienter PTSD-relaterte mareritt | PFØ + avspenning Ventelistekontroll. 8 timer | PFØ + avspenning ga ingen signifikante endringer på ulike marerittsmål sammenliknet med kontrollgruppen, pre til post. |
| Ulmer et al., 2011 | 22 | 46 (68%) | Krigsveteraner PTSD-relaterte mareritt | Multikomponentterapi Ventelistekontroll. 6 sesjoner | Multikomponentterapi viste større nedgang i marerittfrekvensen enn kontrollgruppen, pre til post. |

PFØ=positive forestillingsøvelser

effekt mellom positive forestillingsøvelser og andre psykoterapeutiske tilnærminger (Auge-dal, Hansen, Kronhaug, Harvey, & Pallesen, 2013). Anbefalingen vedrørende positive forestillingsøvelser synes likevel berettiget, gitt antall kontrollerte studier av denne metoden. Vår gjennomgang viser at ulike varianter av eksponering også ser ut til å virke bra ved idiopatiske mareritt.

Gjennomgangen viser også at multikomponenttilnærminger ser ut til å ha blitt mer vanlige de siste årene. Her kan det ses en parallell til insomnifeltet, der en gradvis gikk over fra intervensjoner bestående av enkeltelementer til mer omfattende og sammensatte terapier

(Manber & Harvey, 2005). Multikomponentterapier antas å kunne gi bedre effekter enn monoterapier fordi de trolig virker via flere mekanismer. De kan også virke bredere, for eksempel også mot andre komorbide plager, som insomni (Ulmer et al., 2011). Likevel indikerer funnene at det å legge komponenter til en terapi noen ganger kan gi negative utslag. Der-som de nye komponentene er vanskelige å få til, kan dette for eksempel senke behandlingsmotivasjonen (Lancee, van den Bout et al., 2010). Multikomponentterapiene bør derfor strekke seg over nok tid til at det oppnås god mestring av de aktuelle teknikkene. Gjennomgangen viser at de fleste terapier er kortvarige. Mye av

Tabell 3. Oversikt over randomiserte medikamentelle studier mot mareritt

| Referanse | Alder | | Deltagere | Design | Resultat |
|-----------------------------------|--------|-----------|--|---|---|
| | Antall | (kvinner) | | | |
| Ahmas-panah et al., 2014 | 100 | 36 (72%) | Pasienter PTSD-relaterte mareritt | Prazosin, 15 mg Hydroxyzin, 100 mg Placebo. 8 uker | Både prazosin og hydroxyzin reduserte antall mareritt mer enn placebobetingelsen. Prazosin virket signifikant bedre enn hydroxyzin. |
| Cates et al., 2004 | 6 | 52 (0%) | Krigspasienter PTSD-symptomer | Klonazepam, 1–2 mg Placebo. Kryssoverdesign 2 uker hver behandling | Klonazepam ga ingen signifikante effekter på marerittsmålene sammenliknet med placebo. |
| Germain et al., 2012 ¹ | 57 | 41 (90%) | Militær-veteraner PTSD-relaterte mareritt | Multikomponentterapi (5 sesjoner) Prazosin, 1–15 mg daglig Placebo. 8 uker | Både prazosin og multikomponentterapi reduserte marerittfrekvens sammenliknet med placebo. |
| Jacobs-Rebhun et al., 2000 | 69 | 53 (0%) | Vietnam-veteraner | Cyproheptadin, 4–16 mg daglig Placebo. 2 uker | Cyproheptadin virket ikke bedre enn placebo på mareritt. |
| Jetly et al., 2015 | 10 | 44 (0%) | Militære PSTD-relaterte mareritt | Nabilone, 0,5–3,0 mg daglig Placebo. Kryssoverdesign 7 uker | Nabilone viste forbedring på alle marerittsmål sammenliknet med placebobetingelsen. |
| Raskind et al., 2003 | 10 | 53 (5%) | Vietnam-veteraner PSTD-relaterte mareritt | Prazosin, 1–10 mg daglig Placebo. Kryssoverdesign 9 uker | Prazosin reduserte mareritt i større grad enn placebo, pre til post. |
| Raskind et al., 2007 | 40 | 56 (5%) | Militær-veteraner PTSD-relaterte mareritt | Prazosin, 4–15 mg daglig Placebo. 8 uker. | Prazosin ga bedre effekt enn placebo på 4 av 6 marerittsmål, pre til post. |
| Raskind et al., 2013 | 67 | 30 (15%) | Soldater PTSD-relaterte mareritt | Prazosin, menn: <25 mg, kvinner: <12 mg Placebo. 6 uker | Prazosin ga bedre effekt på marerittsmål sammenliknet med placebo-gruppen, pre til post. |
| Taylor et al., 2008 | 13 | 49 (15%) | Pasienter PTSD-relaterte mareritt | Prazosin, 2–6 mg daglig Placebo. Kryssoverdesign 3 uker | Prazosin gav bedre effekt på alle marerittsmål sammenliknet med placebo. |

¹ Studien inneholder også en psykoterapeutisk behandlingsbetingelse

det terapeutiske arbeidet ved mareritt gjøres hjemme ved trening på og applisering av de enkelte metodene. Samlet er det grunnlag for å anbefale positive forestillingsøvelser og eksponeringstrening som førstevalg ved idiopatiske mareritt. Slik feltet beveger seg, er det imidlertid grunn til å tro at mer vekt etter hvert blir lagt på multikomponentterapi.

Når det gjelder de medikamentelle intervensjonene, viser gjennomgangen at medikamenter som klonazepam og cyproheptadin neppe har berettigelse i behandling av mareritt (Cates et al., 2004; Jacobs-Rebhun

et al., 2000). Nabilone viste god effekt i en studie (Jetly et al., 2015), men det er behov for mer evidens før dette kan anbefales. Prazosin viste derimot positive effekter i samtlige seks studier, og anbefales særlig ved PTSD-relaterte mareritt. Medikamentet ser ut til å tolereres godt. Vanligvis gis det under et opptrappingsregime fra 1 mg til opp til 12 mg for kvinner og fra 1

mg til opp til 25 mg for menn (Raskind et al., 2013). En bør være observant på blodtrykksfall som mulig bivirkning. Prazosin er ikke tilgjengelig på vanlig resept i Norge, men en annen α_1 -adrenerg reseptorantagonist, carduran, kan forskrives, og har trolig tilsvarende effekter (de Jong, Wauben, Huijbrechts, Oolders, & Haffmans, 2010). Alle de medikamentelle studiene i denne oversikten var rettet mot PTSD-relaterte mareritt, og bygger opp under antakelsen om et mulig skille mellom idiopatiske og PTSD-relaterte mareritt (Germain & Nielsen, 2003). En del vil nok foretrekke atferdsbasert behandling som førstevalg ved PTSD-relaterte mareritt, og noen studier indikerer at slike metoder også har sin berettigelse ved denne type mareritt (Nappi, Drummond, & Hall, 2012).

Det er en svakhet ved studiene at mange hadde et lavt antall deltakere, og svært få studier var forankret i styrkeberegninger. Kun én RCT var rettet mot barn (St-Onge et al., 2009), noe som tyder på at denne aldersgruppen er understudert, særlig når en tar i betraktning den høye utbredelsen av mareritt blant barn og ungdom (Nielsen & Zadra, 2011). Det foreligger imidlertid kasusstudier som indikerer

at ikke-farmakologiske multikomponentbaserte intervensjoner kan ha god effekt på barn og unge som sliter med mareritt (Fernandez, Cromer, Borntrager, Swopes, Hanson, & Davis, 2013).

Det var også få studier som studerte tiltak mot mareritt hos eldre. Ingen av studiene hadde gjennomsnittsalder på over 60 år hos deltakerne. Få studier hadde langtidsoppfølging. Å oppfylle formelle kriterier for marerittslidelse inngikk forholdsvis sjelden som inklusjonskriterium. Mange studier målte bare ett aspekt ved mareritt, typisk frekvens.

KONKLUSJON

Selv om en vet en del om hva som er effektivt mot mareritt, trengs det mer kunnskap. Metaanalysen vi publiserte i 2013 på dette feltet, viste samlet sett en moderat effektstørrelse (Augedal et al., 2013), noe som indikerer at videre terapiutvikling er nødvendig. Studier der en undersøker behandlingseffektene av samme tiltak overfor pasienter med idiopatiske mareritt og pasienter med PTSD-relaterte mareritt, kan bidra til å undersøke om skillet mellom de to marerittsformene er gyldig, og kan gi spesifikke svar på om ulike tilnærminger til disse er påkrevd. Flere studier på barn og eldre er nødvendig. Fremtidige studier bør også forankres bedre i styrkeberegninger, og langtidsoppfølging bør inngå. På målesiden er det en fordel om en bruker et bredt sett av mål som dekker både frekvens, intensitet og ubehag. En bør også undersøke effekten av tiltak som i ikke-kontrollerte studier har vist effekt, som positivt kontinuerlig luftveistrykk (CPAP) ved mareritt under søvnapné (BaHammam, Al-Shimemeri, Salama, & Sharif, 2013) og «eye-movement desensitization and reprocessing»-terapi (Raboni, Alonso, Tufik, & Suchecki, 2014). ✘

REFERANSER

- Ahmadpanah, M., Sabzeiee, P., Hosseini, S.M., Torabian, S., Haghghi, M., Jahangard, L., . . . Brand, S. (2014). Comparing the effect of prazosin and hydroxyzine on sleep quality in patients suffering from posttraumatic stress disorder. *Neuropsychobiology*, *69*, 235–242.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders* (3. utg.). Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Augedal, A.W., Hansen, K.S., Kronhaug, C.R., Harvey, A.G., & Pallesen, S. (2013). Randomized controlled trials of psychological and pharmacological treatments for nightmares: a meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, *17*, 143–152.
- Aurora, R.N., Zak, R.S., Auerbach, S.H., Casey, K.R., Chowdhuri, S., Karippot, A., . . . Morgenthaler, T.I. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *6*, 389–401.
- BaHammam, A.S., Al-Shimemeri, S.A., Salama, R.I., & Sharif, M.M. (2013). Clinical and polysomnographic characteristics and response to continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea patients with nightmares. *Sleep Medicine*, *14*, 149–154.
- Belicki, K. (1992). The relationship of nightmare frequency to nightmare suffering with implications for treatment and research. *Dreaming*, *2*, 143–148.
- Berlin, K.L., Means, M.K., & Edinger, J.D. (2010). Nightmare reduction in a Vietnam veteran using imagery rehearsal therapy. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *6*, 487–488.
- Berquier, A., & Ashton, R. (1992). Characteristics of the frequent nightmare sufferer. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 246–250.
- Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2010). Prevalence of different parasomnias in the general population. *Sleep Medicine*, *11*, 1031–1034.
- Blagrove, M., Farmer, L., & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of Sleep Research*, *13*, 129–136.
- Burgess, M., Gills, M., & Marks, I. (1998). Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares. Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 257–262.
- Burgess, M., Marks, I.M., & Gill, M. (1994). Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 388–391.

- Carskadon, M.A., & Dement, W.C. (2011). Normal human sleep: an overview. I M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (red.), *Principles and practice of sleep medicine* (5. utg., ss. 16–26). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Cates, M.E., Bishop, M.H., Davis, L.L., Lowe, J.S., & Woolley, T.W. (2004). Clonazepam for treatment of sleep disturbances associated with combat-related post-traumatic stress disorder. *Annals of Pharmacotherapy*, 38, 1395–1399.
- Cellucci, A.J., & Lawrence, P.S. (1978). Efficacy of systematic desensitization in reducing nightmares. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 109–114.
- Cook, J.M., Harb, G.C., Gehrman, P.R., Cary, M.S., Gamble, G.M., Forbes, D., & Ross, R.J. (2010). Imagery rehearsal for post-traumatic nightmares: a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 553–563.
- Davis, J.L., Rhudy, J.L., Pruiksma, K.E., Byrd, P., Williams, A.E., McCabe, K.M., & Bartley, E.J. (2011). Physiological predictors of response to exposure, relaxation, and rescripting therapy for chronic nightmares in a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7, 622–631.
- Davis, J.L., & Wright, D.C. (2007). Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 123–133.
- de Jong, J., Wauben, P., Huijbrechts, I., Olders, H., & Haffmans, J. (2010). Doxazosin treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30, 84–85.
- Fernandez, S., Cromer, L.D., Borntrager, C., Swopes, R., Hanson, R.F., & Davis, J.L. (2013). A case series: cognitive-behavioral treatment (exposure, relaxation, and rescripting therapy) of trauma-related nightmares in experienced by children. *Clinical Case Studies*, 12, 39–59.
- Fraser, G.A. (2009). The use of a synthetic cannabinoid in the management of treatment-resistant nightmares in post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cns Neuroscience & Therapeutics*, 15, 84–88.
- Germain, A., & Nielsen, T.A. (2003). Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmare sufferers. *Biological Psychiatry*, 54, 1092–1098.
- Germain, A., Richardson, R., Moul, D.E., Mammen, O., Haas, G., Forman, S.D., . . . Nofzinger, E.A. (2012). Placebo-controlled comparison of prazosin and cognitive-behavioral treatments for sleep disturbances in US military veterans. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 89–96.
- Gutner, C.A., Casement, M.D., Gilbert, K.S., & Resick, P.A. (2013). Change in sleep symptoms across cognitive processing therapy and prolonged exposure: a longitudinal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 817–822.
- Hasler, B., & Germain, A. (2009). Correlates and treatments of nightmares in adults. *Sleep Medicine Clinics*, 4, 507–517.
- Hobson, J.A., Pace-Scott, E.F., & Stickgold, R. (2000). Dreaming and the brain: Toward a cognitive neuroscience of conscious states. *Behavioral and Brain Sciences*, 23, 793–842.
- Hudson, S.M., Whiteside, T.E., Lorenz, R.A., & Wargo, K.A. (2012). Prazosin for the treatment of nightmares related to posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 14, 11r01222.
- Jacobs-Rebhun, S., Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Peck, R., Brophy, M., & Fuller, D. (2000). Posttraumatic stress disorder and sleep difficulty. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1525–1526.
- Jetly, R., Heber, A., Fraser, G., & Boisvert, D. (2015). The efficacy of nabilone, a synthetic cannabinoid, in the treatment of PTSD-associated nightmares: a preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over design study. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 585–588.
- Kellner, R., Neidhardt, J., Krakow, B., & Pathak, D. (1992). Changes in chronic nightmares after one session of desensitization or rehearsal instructions. *American Journal of Psychiatry*, 149, 659–663.
- Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T.D., . . . Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder – a randomized controlled trial. *JAMA*, 286, 537–545.
- Krakow, B., Hollifield, M., Schrader, R., Koss, M., Tandberg, D., Lauriello, J., . . . Kellner, R. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 589–609.
- Krakow, B., Kellner, R., Neidhardt, J., Pathak, D., & Lambert, L. (1993). Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: with a 30 month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 325–330.
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D., & Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 837–843.
- Lancee, J., Spoomaker, V.I., & van den Bout, J. (2010). Cognitive-behavioral self-help treatment for nightmares: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 371–377.
- Lancee, J., van den Bout, J., & Spoomaker, V.I. (2010). Expanding self-help imagery rehearsal therapy for nightmares with sleep hygiene and lucid dreaming: a waiting-list controlled trial. *International Journal for Dream Research*, 3, 111–120.
- Levin, R., & Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. *Sleep*, 25, 205–212.
- Levin, R., & Nielsen, T. (2009). Nightmares, bad dreams, and emotion regulation. A review and new neurocognitive model of dreaming. *Psychological Science*, 18, 84–88.
- Li, S.X., Zhang, B., Li, A.M., & Wing, Y.K. (2010). Prevalence and correlates of frequent nightmares: a community-based 2-phase study. *Sleep*, 33, 774–780.
- Linden, M., Bandelow, B., Boerner, R.J., Brasser, M., Kasper, S., Moller, H.J., . . . Wittchen, H.U. (2013). The best next drug in the course of generalized anxiety disorders: the «PN-GAD-algorithm». *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17, 78–89.
- Lowenstein, R.J., Hornstein, N., & Farber, B. (1988). Open trial of clonazepam in the treatment of posttraumatic stress symptoms in MPD. *Dissociation*, 1, 3–12.
- Maher, M.J., Rego, S.A., & Asnis, G.M. (2006). Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder – epidemiology, impact and approaches to management. *Cns Drugs*, 20, 567–590.
- Manber, R., & Harvey, A. (2005). Historical perspective and future directions in cognitive behavioral therapy for insomnia and behavioral sleep medicine. *Clinical Psychology Review*, 25, 535–538.

- Margolies, S.O., Rybarczyk, B., Vrana, S.R., Leszczyszyn, D.J., & Lynch, J. (2013). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for insomnia and nightmares in Afghanistan and Iraq veterans with PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 1026–1042.
- McHugh, R.K., Hu, M.-C., Campbell, A.N.C., Hilario, E.Y., Weiss, R.D., & Hien, D.A. (2014). Changes in sleep disruption in the treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 82–89.
- Mellman, T.A., Knorr, B.R., Pigeon, W.R., Leiter, J.C., & Akay, M. (2004). Heart rate variability during sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 55*, 953–956.
- Miller, W.R., & Dipilato, M. (1983). Treatment of nightmares via relaxation and desensitization – a controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 870–877.
- Nappi, C.M., Drummond, S.P.A., & Hall, J.M.H. (2012). Treating nightmares and insomnia in posttraumatic stress disorder: a review of current evidence. *Neuropharmacology, 62*, 576–585.
- Neidhardt, E.J., Krakow, B., Kellner, R., & Pathak, D. (1992). The beneficial effects of one treatment session on recording of nightmares on chronic nightmare sufferers. *Sleep, 15*, 470–473.
- Nielsen, T., & Zadra, A. (2011). Idiopathic nightmares and dream disturbance associated with sleep-wake transitions. I M.H. Kryger, T. Roth & W.C. Dement (red.), *Principles and practice of sleep medicine* (5. utg., ss. 1106–1115). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Pagel, J.F., & Helfter, P. (2003). Drug induced nightmares – an etiology based review. *Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental, 18*, 59–67.
- Raboni, M.R., Alonso, F.F.D., Tufik, S., & Suchecki, D. (2014). Improvement of mood and sleep alterations in post-traumatic stress disorder patients by eye movement desensitization and reprocessing. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 8*, artikkel nr. 209.
- Ramsawh, H., Stein, M.B., & Mellman, T.A. (2011). Anxiety disorders. I M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (red.), *Principles and practice of sleep medicine* (5. utg., ss. 1473–1487). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Raskind, M.A., Peskind, E.R., Kanter, E.D., Petrie, E.C., Radant, A., Thompson, C.E., . . . McFall, M.M. (2003). Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 371–373.
- Raskind, M.A., Peskind, E.R., Hoff, D.J., Hart, K.L., Holmes, H.A., Warren, D., . . . McFall, M.E. (2007). A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 61*, 928–934.
- Raskind, M.A., Peterson, K., Williams, T., Hoff, D.J., Hart, K., Holmes, H., . . . Peskind, E.R. (2013). A trial of prazosin for combat trauma PTSD with nightmares in active-duty soldiers returned from Iraq and Afghanistan. *American Journal of Psychiatry, 170*, 1003–1010.
- Revonsuo, A. (2000). The reinterpretation of dreams: an evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behavioral and Brain Sciences, 23*, 877–901.
- Robert, G., & Zadra, A. (2008). Measuring nightmare and bad dream frequency: impact of retrospective and prospective instruments. *Journal of Sleep Research, 17*, 132–139.
- Sandman, N., Valli, K., Kronholm, E., Ollila, H.M., Revonsuo, A., Laatikainen, T., & Paunio, T. (2013). Nightmares: prevalence among the Finnish general adult population and war veterans during 1972–2007. *Sleep, 36*, 1041–1050.
- Schredl, M. (2003). Continuity between waking and dreaming: a proposal for a mathematical model. *Sleep and Hypnosis, 5*, 26–39.
- Schredl, M. (2010). Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 260*, 565–570.
- Schredl, M., & Reinhard, I. (2008). Gender differences in dream recall: a meta-analysis. *Journal of Sleep Research, 17*, 125–131.
- Sjöström, N., Hetta, J., & Waern, M. (2009). Persistent nightmares are associated with repeat suicide attempt. A prospective study. *Psychiatry Research, 170*, 208–211.
- Spoormaker, V.I., & van den Bout, J. (2006). Lucid dreaming treatment for nightmares: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*, 389–394.
- St-Onge, M., Mercier, P., & De Koninck, J. (2009). Imagery rehearsal therapy for frequent nightmares in children. *Behavioral Sleep Medicine, 7*, 81–98.
- Taylor, F.B., Martin, P., Thompson, C., Williams, J., Mellman, T.A., Gross, C., . . . Raskind, M.A. (2008). Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma post-traumatic stress disorder: a placebo-controlled study. *Biological Psychiatry, 63*, 629–632.
- Thüenker, J., & Pietrowsky, R. (2012). Effectiveness of a manualized imagery rehearsal therapy for patients suffering from nightmare disorders with and without a comorbidity of depression or PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 558–564.
- Ulmer, C.S., Edinger, J.D., & Calhoun, P.S. (2011). A multi-component cognitive-behavioral intervention for sleep disturbance in veterans with PTSD: a pilot study. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 7*, 57–68.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Zadra, A., Pilon, M., & Donderi, D.C. (2006a). Variety and intensity of emotions in nightmares and bad dreams. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 249–254.
- Zadra, A., Pilon, M., & Donderi, D.C. (2006b). Variety and intensity of emotions in nightmares and bad dreams. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 249–254.

Audition

Vi har alle slags kontroller i dette landet her, for å forsøke å utrydde alle sykdommer. I mange tiår har Folkehelsa skannet bryster og lunger, og før eller siden blir alle barn innkalt til tannlegen. Men får du en fornemmelse av at det kunne vært greit med en time hos psykolog for å sjekke tilstanden, er det verre. Psykologer svarer ikke på telefonen. De har knapt telefonsvarere. De ringer ikke tilbake. Er du så heldig å komme i kontakt med dem, ber de deg om å skrive et brev der du forklarer hva du vil ha hjelp til. Ja, hadde det vært så enkelt. Og hvilken psykolog skal du henvende deg til? Hvor skal du bla opp og lese om forskjellen på praksis? Skal man til psykoanalyse eller til gestaltterapi?

Jeg er en fyr med alle slags kontakter. Jeg kjenner flere av landets mest profilerte psykologer og psykiatere, men oppdaget altså at jeg ikke greide å bestille time, og jeg var relativt langt unna psykosjen. Samtidig som jeg jobber med informasjonskampanjer knyttet til det psykiske helsevernet, var jeg ikke i stand til å komme i kontakt med psykolog og bestille en time. (...) De fleste som har forsøkt å få time hos en psykolog, vil nok gjenkjenne følelsen av å skulle være med på en slags audition. Jeg forstår jo at man må sortere, at tiden ikke strekker til, at noen tilfeller er viktigere enn andre. Men man kan jo spørre seg om alle disse informasjonskampanjene som drysser utover landet med jevne mellomrom – der man forsøker å si at psykiske problemer er helt vanlig, og at man ikke må være redd for å ta kontakt med fagfolk – om de i tilstrekkelig grad forbereder folk på en uendelig strøm av telefonsvarere og følelsen av å forsøke å komme med på Idol.

Jeg fikk time. Jeg ser fortsatt på det som et lite mirakel. Og får du først time, må du skaffe deg en henvisning fra lege for å kunne få støtte fra det offentlige. Jeg kjenner ingen som har råd til å gå til psykolog uten denne støtten. Så har du først vært så utrolig heldig at du har kommet i kontakt med en psykolog, tvinger det offentlige deg til å oppsøke en lege der du skal gjøre rede for hvorfor du har behov for å gå til psykolog. Ganske pussig, egentlig. Tenk deg et bilverksted som driver på samme måte. Før de kan reparere bilen din, må du henvende deg til Biltilsynet for å forklare dem hva som er galt med bilen. Eller en tannlege som ber deg gå til fysioterapeut for å få henvisning.

Fra Arne Berggrens kronikk «Audition», basert på et utdrag fra hans bok «En intens motvilje mot allsang», januar 2006

Først ute med veileder i psykisk helse

Vestfold fylkeskommune har nylig lansert en veileder i psykisk helse og læring for ansatte i videregående opplæring.

Veilederen skal bidra til at skoleledere og lærere får hjelp til å skape forebyggende og helsefremmende læringsmiljøer, og ta initiativ til at det blir satt i gang tiltak som kan forebygge psykiske vansker og lidelser gjennom tilpasset undervisning. Veilederen kan også bidra til at skolen oppdager elever med psykiske vansker tidligere, og at de melder eventuelle bekymringer til hjelpeinstansene på et tidlig tidspunkt.

I veilederen, som er den første i sitt slag og utviklet av PP-tjenesten ved Vestfold fylkeskommune, blir det også skissert hvordan skoler kan jobbe i forkant for å styrke elevenes psykiske helse. Veilederen skisserer også hvordan skolen kan handle i møtet med elever som har ulike psykiske vansker.

- Skolen møter elever som har svært ulikt utgangspunkt når det gjelder psykisk helse og læring. Veilederen kan være et godt verktøy når skoleansatte møter elever med utfordringer når det gjelder psykisk helse, læring eller begge deler. Det overordnede målet med veilederen er å hjelpe skolen i å ivareta alle elever slik at de er bedre rustet til å nå sine opplæringsmål, forklarer prosjektleder Jeanette Flack Johansen.

Fylkespolitikkerne i Vestfold ønsket i 2013 et økt fokus på psykisk helse hos ungdom, og bevilget penger til et utviklingsarbeid i PP-tjenesten. Veilederen er et av resultatene i denne satsingen og kan lastes ned som PDF via nettsidene til Vestfold fylkeskommune.

Psykologtidsskriftet



Beate Kallenberg

Muhabbet – en samtale i kjærlighet og respekt

En tyrkisk samtaleform kan brukes til å utvikle felles forståelser av seksuelle normer og grenser.

MENNESKER FRA ULIKE kulturer kan ha svært forskjellige oppfatninger av hva som er passende adferd og grenser i forbindelse med seksualitet. Samspillet mellom seksualkultur og utviklingen av den enkeltes seksuelle praksis er sammensatt (Simon & Gagnon, 2005). Selv i tilsynelatende åpne kulturer kan kulturelle normer kaste mørke skygger over deler av seksualiteten (Månsson, 2012). Som terapeuter ser vi¹ hvordan mennesker kan utvikle problemer på grunnlag av feillæring og manglende kommunikasjon om seksualitet. Verdi og moralsystemer knyttet til seksualitet oppstår i kulturer (Caplan, 1987), og disse systemene er bare delvis synlige for uinvidde. Ved møte mellom personer fra ulike kulturer kan misforståelser oppstå, for eksempel i forhold til flørting, kjønn, seksualmoral, ansvar, plikter, normer og grenser. Diskusjonene som oppstår i kjølvannet av slike uoverensstemmelser, dreier seg ofte om ulike oppfatninger og holdninger til seksualitet, og kulturelt betingede tolkninger og misforståelser (Sætre & Grytdal, 2011). Det er derfor viktig med større åpenhet mellom kulturer om seksuelle praksiser, normer og grenser.

Gjennom en del år har to av forfatterne¹ beskjeftiget seg med en samtalemetode som kalles «Muhabbet». Den er inspirert av en tyrkisk praksis, og beskrives som «en samtale i kjærlighet og respekt» – en beskrivelse som i stor grad bekreftes i en intervjuundersøkelse av tyrkere i Norge (Viki, 2015). Dette er en samtaleform som er uvant for nordmenn, men som åpner opp for *en felles forståelse for forskjellige forståelser*, og bidrar til å åpne opp for erkjennelse basert på en assosiasjonsprosess der en blir inspirert til å legge til side subjektive oppfatninger.

Spørsmålet vi skal drøfte, er om Muhabbet kan være egnet til å skape kontakt og forståelse mellom kulturer, og skape større forståelse for hverandres seksuelle normer og grenser.

Første gang vi kom i kontakt med ordet «Muhabbet», var omkring 1990 på øya Thassos.

Det var sent på ettermiddagen, solen var i ferd med å gå ned. Vi var en greker og fire nordmenn som snakket om kjærligheten. Vi oppdaget at vi kunne overkomme noen av de

.....

1. Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad

TEKST

KRISTIAN L. MELBY.

Universitetslektor ved Universitetet i Agder.

ELSA ALMÅS.

Spesialist i klinisk psykologi og professor i sexologi ved

Universitetet i Agder

NICKLAS POULSEN

VIKI, Master i samfunnspsykologi, Universitetet i Oslo.

ESBEN ESTHER

PIRELLI BENESTAD.

Lege, familierapeut og professor i sexologi ved Universitetet i Agder

KONTAKT kristian.melby@uia.no

ILLUSTRASJON

Bendik Kaltenborn



språklige barrierene ved å innføre greske ord fra det fagspråket vi hadde. Det ble en samtale som utdypet alles forståelse av ordet kjærlighet.

Da vi avsluttet samtalen, sa grekeren: «Dette er en slik samtale som min tyrkiske mor ville kalt en *Muhabbet!*» «Hva er det?» spurte vi andre, nærmest i kor, og grekeren forklarte: «En *Muhabbet* er en samtale der alle kommer til orde, der ingen har feil, og alle har rett.»

Begrepet *Muhabbet* ble værende med oss, uten at det skjedde mer på mange år. Av og til traff vi tyrkere, og spurte dem om hva de visste om *Muhabbet*. I begynnelsen fikk vi ingen respons, men så traff vi en drosjesjåfør i København, som kom fra den tyrkiske delen av Makedonia. Han fortalte at *Muhabbet* er et gammelt tyrkisk ord, som moderne tyrkere kanskje ikke kjenner til. I Makedonia betyr det «en samtale i kjærlighet og respekt».

Det finnes uforglemmelige øyeblikk i livet, opplevelsen på Thassos ble nettopp det. Vi glemte den aldri, assosierte ofte til den, og ga den stadig flere meninger, fordypninger, perspektiver og etter hvert også anvendelser. Den var et frø med potensialer vi på ingen måte overskuet.

Den første tiden kunne vi, etter en god samtale med venner, assosiere tilbake og si at dette ble nesten som på Thassos, nesten som en *Muhabbet*. Det var samtaler der alle ble sittende igjen med en glede i seg. Det syntes ikke mulig å være med på en slik opplevelse uten å bli påvirket av den på en positiv måte.

Etter hvert fant vi ut at *Muhabbet* kan arrangeres, ikke bare beskrives i retrospekt. Det viste seg mulig å planlegge en samtale hvor opplevelsen blir hengende igjen hos den enkelte deltaker, og hvor flere ønsket å gjenta temaet, eller snakke om noe annet med samme metode. Dette ønsket om gjentakelse ga spiren til ytterligere systematisering og etter hvert også et ønske om å beskrive *Muhabbet* som en metode.

En samtaleform vi til da hadde sett på som noe godt som tilfeldig kunne oppstå i gylne øyeblikk, ble til noe forutsigbart. Stadig skjedde det samme: *Muhabbet* etterlot glede, fellesskapsfølelse og gjensidige opplevelser av kjærlighet og tilhørighet. Selv etter strevsomme dager hvor energinivået kjentes lavt, kunne en *Muhabbet* virke oppkvikkende, emosjonelt og intellektuelt stimulerende.

I 2008 etablerte vi to grupper, en i Oslo og en i Grimstad, for å utforske og utvikle metoden. Vi kom etter hvert fram til følgende retningslinjer:

- a) Introduksjon: *Muhabbet* er en samtaleform der alle skal komme til orde og der alle har sin historie. Om det er noe en annen sier som du ikke forstår, er det din oppgave å spørre til du forstår. Det er ikke noe mål at du skal være enig.
- b) Gjennomføring: Man blir enige om et tema. På forhånd kan en ha en idé om hvilket, men det konkrete tema kan være ukjent frem til samtalen begynner. Alle tar en runde, der de reflekterer over temaet. De andre deltakerne kan stille 1–2 utdypende spørsmål. Aktiv undring er viktig. Det anbefales ikke at deltakerne noterer. Fri tankeflyt tilstrebes. Man kan godt ha en refleksjon om selve *Muhabbet* etter at den er avsluttet. Oppsummering er unødvendig og kan virke lukkende.
- c) Ledelse: Det bør være en person som har ansvar for fremdrift i *Muhabbet*, men ledelsen skal være så usynlig som mulig, den som leder *Muhabbet* skal delta på linje med de andre deltakerne. Unngå diskusjon. Reglene bør gjøres klare på forhånd.
- d) Mål: *Muhabbet*'s målsetting er at alle skal få sagt det de har på hjertet og bli forstått og respektert. Det er ingen fasit. Poenget er ikke å bli ferdig, men å åpne opp for videre prosesser.
- e) Antall deltakere: 5 er fint, maks 8.
- f) Konfidensialitet kan vurderes.
- g) Omgivelser: trygge, nøytrale omgivelser.

De gjentagende erfaringer av prosessene som oppstår, skaper en kvalitetsmessig «annerledeshet» i samtalerne som oppleves unik av deltakerne. Vi kan på bakgrunn av mange slike opplevelser si at i *Muhabbet* utveksler vi indre liv med hverandre. Man flytter seg fra eget til de andres indre rom og tilbake igjen. Behovet for filtrering synes å reduseres, det blir nesten umulig å bli fast i en egen rigiditet.

Kanskje berører og åpner *Muhabbet* for noe felles menneskelig? Kanskje gir den om ikke alltid, så i alle fall svært ofte, atkomst til den andres vennlighet og velvilje både overfor seg selv og for de andre deltakerne?

VIDERE UTPRØVING

Går det an å utvikle *Muhabbet* som et kommunikasjonsverktøy som kan forløse og utvikle empati mellom mennesker fra ulike kulturer?

Høsten 2012 ga SkatteFunn tilsagn til et prosjekt der vi kunne utforske og undersøke

kvaliteter ved Muhabbet med deltakerne som representerte et kulturelt mangfold. Tema for Muhabbetene var knyttet til seksualitet, normer og grenser. Prosjektet ble vurdert i Regional Etisk Komité (REK), og fikk konsesjon fra Datatilsynet.

Deltakere ble rekruttert gjennom fagmiljøer. Fagfolk informerte potensielle deltakere, som ble oppfordret til å ta kontakt med prosjektansvarlig om de ønsket å delta. Informasjon om prosjektet og rettigheter ved deltakelse ble gitt både muntlig og skriftlig, og alle deltagere skrev under på samtykkeerklæring.

METODE

Gjennomføringen bestod i å arrangere heterogent sammensatte Muhabbet-grupper. Prosjektlederen² deltok i alle gruppene. Hver Muhabbet ble avsluttet ved at deltakerne reflekterte over sin opplevelse av det de hadde vært med på. Tre deltakere ble intervjuet etter 2–3 uker, hvorav to ble intervjuet sammen.

Refleksjonene ga anledning til at deltakerne kunne beskrive sine opplevelser umiddelbart etter Muhabbeten, mens intervjuene, som ble gjort etter 2–3 uker, gir et mer tilbakeskuende perspektiv. Opptak av refleksjonene og intervjuene ble transkribert og analysert. Datainnsamlingsperioden var fra september til og med november 2013.

Tilnærmingen er eksplorerende og bygger på fenomenologisk metode (Giorgi, 2009), der man spør deltakerne om å beskrive sine opplevelser ved å være med på Muhabbet-samtaler. Analysene ble gjennomført ved bruk av Nvivo 10, og fulgte trinnene for fenomenologisk analyse (Malterud, 2003). Analysene var datadrevne i den forstand at kategorier oppstod ut fra de mønstrene vi oppdaget i data, og vi lagde (fortattede) beskrivelser av hovedmønstrene (Kvale, Anderssen & Rygge, 1997).

Det ble i prosjektperioden arrangert 6 Muhabbeter med 5 eller 6 deltakere. Antall deltakere (utenom prosjektgruppen) var 18 personer. Prosjektlederen deltok i alle gruppene, mens andre fra prosjektgruppen også deltok i enkelte grupper. Noen av de 18 deltakerne var med i flere grupper. Totalt ble det 33 «stemmer» hvorav 20 hadde norsk bakgrunn, og 13 hadde utenlandsk opprinnelse. Utenlandske deltakere hadde opprinnelse fra arabiske land, Afrika, Øst-Europa, Syd-Amerika, nordeuropeiske eller andre nordiske land

Data ble supplert med notater fra refleksjonene i 3 Muhabbetter som ble holdt i forkant av den offisielle oppstarten. Totalt ble det da 57 «stemmer» eller deltagelser som inngår.

Datamengden utgjør totalt 20 tettskrevne sider. Materialet er relativt lite, men kan beskrives som konsist; det var lite «utenomstakk».

Muhabbetene ble organisert etter retningslinjene beskrevet ovenfor. Alle deltakerne hadde taletid to ganger. Muhabbetene varte rundt to timer, og ble som regel gjennomført uten pause. To ble gjennomført på engelsk, resten (7) på norsk.

Temaene som var i fokus, var: Seksualitet (2), Forståelse, Kommunikasjon, Seksuelle grenser, Flørting, Seksualmoral (2), Seksuell kommunikasjon. Noen begreper (med tall i parentes) var tema mer enn én gang i ulike grupper.



Da vi avsluttet samtalen, sa grekeren: «Dette er en slik samtale som min tyrkiske mor ville kalt en *Muhabbet!*»

.....
2. Kristian Melby





Gjennomgående beskrives Muhabbet som en unik, positiv og annerledes opplevelse

RESULTATER

Gjennomgående beskrives Muhabbet som en unik, positiv og annerledes opplevelse. Beskrivelser av dette *unike* er det sporet vi velger å følge for å få belyst metodens egenskaper og kvaliteter. Dette valget kan i prinsippet gi et udelt positivt bilde, men denne vinklingen inkluderer faktisk det meste av data. Det kom få kritiske bemerkninger. De som kom, handlet hovedsakelig om a) at metoden var uvant, b) ønske om mer diskusjon enn formatet tillot, og c) at man kan bli utsatt for sterke historier fra andre. I det følgende gjengis beskrivelsene fra deltakere. Kursiv angir direkte sitater.

En kollektiv prosess

Det oppstod en fellesskapsfølelse, en opplevelse av at man skapte noe nytt sammen. Gruppen gikk inn en i en slags flyt, med et felles fokus hvor man kunne gå i dybden. Mange beskrev en intens og sterk opplevelse med *mettet stemning*, samtidig som det var *energigivende, deilig og fantastisk*. Etterpå følte deltakerne seg *gira, våkne, engasjerte* – samtidig som de følte seg avslappet. Mange fikk endret tidsopplevelse.

Etos

Det oppstod *gjensidig respekt*, en taus overensstemmelse om at *jeg utleverer meg, og du utleverer deg, og jeg respekterer din subjektivitet*. Deltakerne opplevde aksept, og de opplevde å være av like stor betydning som de andre. Dette skjedde uavhengig av hvilken status og stilling man ellers hadde: Man var *mer som en kamerat*. Eller i forhold til kulturell bakgrunn: *Vi er det samme, deg eller meg. Fra Afrika eller her*. Andre beskriver det som at *hierarkiet forsvinner*. Alle ble betydningsfulle, og man fikk en godhet og velvilje til hverandre.

Talerrollen

Deltagerne sier at det opplevdes unikt å få tid til å snakke uten å bli avbrutt. Det var tid til å tenke seg om uten at noen andre grep ordet. Enkelte beskriver en god følelse av at man faktisk kunne *kjenne* at gruppen lyttet til dem, og at de merket deres interesse. Dette førte til at man ble *veldig oppmerksom på seg selv*. Det oppstod en type ærlighet, *man snakker direkte fra hjertet*. Deltakerne opplevde at det føles godt at *man kan si hva man vil, uten at det er noe konkurranse*. Deltakerne åpnet opp for personlige erfaringer, og for hvordan disse kunne forstås.

Man trengte ikke å forsvare sine meninger. Snarere la man ut på en slags undrende oppdagelsesferd i sine egne meninger og erfaringer. De ble overrasket over hvor raskt man åpnet seg. Deltakere har beskrevet dette som at man fjerner grenser man ellers styres av i samspill med både kjente og ukjente.

Lytterrollen

Man lytter til hverandre på en annen måte i Muhabbet. Det som blir sagt, er viktig. I gruppene oppstod en felles nysgjerrighet omkring ordene og det som lå bak. Man forsøkte å forstå den andre *på dennes egne premisser*. Gjennom lyttingen åpnet man dermed dører til andres indre verdener. Det ble *et annerledes blikk i andres sinn*, som en deltaker sa. *Det virket som om mange hadde mye som lå bak det de sa*. I Muhabbet kan man *snakke om begreper dypt, og forstå andres perspektiv*. Man opplever tydelig gjenkjennelse i forhold til andres indre monologer, og en følelsesmessig gjenkjennelse av at *vi er det samme du og jeg*.

Ettervirkninger

I intervjuene kom det fram at deltakerne synes de hadde fått en annen type kontakt med seg selv i sine refleksjoner. Man ble mer *ærlig og selvgranskende når man reflekterer på den måten man gjør i Muhabbet*. Videre trekker de fram at man i Muhabbet ble mer ettertenksom, og at dette var noe man tok med seg etterpå: *man blir underfundig og grublende, tror jeg, av denne måten å kommunisere på*.

En av informantene beskrev en oppløftet stemning som varte over lengre tid etter deltagelsen. Andre trakk fram opplevelsen av at de andres historier og refleksjoner fikk en opphøyet status for dem som lyttet: *Istedenfor å bli karakterer i et drama blir man liksom små essays alle sammen...tror du tar det med deg i lengre tid etterpå*.

De beskriver også en mer generell erkjennelse av at det er mange ting man ikke vet om andre menneskers liv, at man er mer forskjellig enn man kanskje skulle tro – selv ens beste venner: *...ja så at vi liksom har blitt mer ydmyke når vi møter andre mennesker...for at vi har fått et lite innsyn i dypet av folk*.

METODISKE BETRAKTNINGER

Prosjektlederen deltok i samtalene. Dette kan både ses som en svakhet og en styrke. Delta-

kelse gir god kjennskap til feltet, og dermed et bedre tolkningsgrunnlag (Malterud, 2003). Svakheten er at deltakelsen kan ha farget og påvirket prosessen slik at man får bekreftet egne forventninger. For å få troverdige resultater må man stille seg åpen for muligheten for andre svar enn de man forventer (Malterud, 2003). Vi gjorde følgende grep: a) faste retningslinjer for gjennomføring og moderators rolle, b) åpne og nøytrale spørsmål til deltakerne, c) prosjektlederen deltok ikke aktivt i refleksjonene, d) opptak og transkripsjon av materialet, e) datadrevne analyser og beskrivelser, og f) jevnlig møter i prosjektgruppen hvor disse spørsmålene ble diskutert.

En annen svakhet ved studien ligger i omfanget. Studien bygger på relativt lite data, og et «beleilighetsutvalg». Selv få informanter kan imidlertid avdekke kjerneelementer ved erfaringer (Starks & Trinidad, 2007). Det at vi har benyttet flere metoder og kilder som langt på vei bekrefter hverandre, og at data totalt sett har nådd et visst metningpunkt (Malterud, 2003), styrker kvaliteten på data.

Refleksjon i gruppe kan medføre en risiko for at deltakerne påvirker hverandre, og at eventuelle kritiske stemmer holdes tilbake. Igjen kan vi støtte oss på at vi har sammenfallende data fra mange grupper, og fra flere kilder og metoder.

Samlet sett må vi ta visse forbehold omkring kvaliteten av data. Samtidig er det argumenter for å ta resultatene på alvor, og bygge videre på kunnskapen som kommer frem i videre forskning.

DISKUSJON OG KONKLUSJON

Ut fra analysen kan vi si at a) deltakerne blir oppslukt i en felles prosess, b) det oppstår tillit og gjensidig respekt, c) det oppstår empati-prosesser, d) det etableres et tale- og lyttemønster som bidrar til åpenhet overfor andre, og egne oppfatninger løsner litt opp, og d) refleksiviteten og åpenheten ser ut til å vedvare.

I denne omgangen var vi nok mer opptatt av å undersøke hvordan Muhabbet fungerte, enn å se hvordan den spesifikt virket på forståelse av seksuelle normer og grenser. Deltakere pekte på at metoden lærte dem hvordan man kan forstå både seg selv og andre på mer allmenne måter som også vil være til hjelp i seksuell kommunikasjon. Dette er trolig viktig for å unngå seksuelle krenkelser generelt (Månsson, 2012; Ward, 2000; Ward et al., 2000), men vi har ingen spesifikke mål på dette i vår undersøkelse. Vi bør derfor gjøre videre undersøker av hvordan og i hvilken grad Muhabbet påvirker forståelser og holdninger som er relevante for god seksuell helse, og holdninger relatert til seksuelle grenser. Endelig er det behov for å gjøre komparative studier, og utrede mulige anvendelsesområder.

Vårt inntrykk så langt er at Muhabbet er en metode som kan skape kontakt og forståelse mellom ulike kulturer, og skape større forståelse for hverandres seksuelle normer og grenser.

Studien vår er et stykke pionerarbeid, med noen metodiske begrensninger. Konklusjonene blir nødvendigvis tentative, men resultatene tyder på at Muhabbet har egenskaper og kvaliteter som kan bygge broer av gjensidige forståelser om seksualitet mellom mennesker og kulturer på en respektfull måte. For å vurdere omfanget og betydningen av dette trengs imidlertid ytterligere forskning. ✘

REFERANSER

- Caplan P. (1987). *The cultural construction of human sexuality*. Tavistock Publications Ltd. New York.
- Gagnon J.H., Simon W. (2005). *Sexual Conduct. The social sources of human sexuality*. 2nd Ed. Adline Transaction. New York.
- Giorgi, A. (2009). *The Descriptive Phenomenology Method in Psychology. A Modified Husserlian Approach*. Pennsylvania: Duquesne University Press.
- Kvale, S., Anderssen, T., & Rygge, J. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Månsson, S. A. (2012). *Sexualitet som sosialt meningsbærende handling*. I S. A. Månsson (red.), *Sexualitetsstudie*. Malmø: Liber AB.
- Poulsen Viki, N. (2015). *Muhabbet, en samtale som finnes på norsk? En samfunnspsykologisk, kvalitativ undersøkelse av hvordan norsk-tyrkere opplever et tyrkisk fænomen i Norge, med utgangspunkt i et fænomenologisk og sprogpsykologisk ståsted for analysen*. Masteroppgave i kultur- og samfunnspsykologi, Universitetet i Oslo.
- Starks, H., & Trinidad, S. B. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, Discourse analysis, and Grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372–1380.
- Sætre M., Grytdal V. (2011). *Voldtekt i den globale byen 2011*. Politiet, Oslo Politidistrikt. Oslo.
- Ward, T. K. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior*, 5(5), 491–507.
- Ward, T. K., & Hudson, S. M. (2000). Understanding cognitive, affective, and intimacy deficits in sexual offenders: A developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 41–62.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 734-739 FAGFELLEVDERT

EKATERINA ZOTCHEVA og AUDREY VAN DER MEER, Nevrovitenskapelig utviklingslaboratorium, Psykologisk institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

KONTAKT Audrey van der Meer, E-post: audrey.meer@svt.ntnu.no

PERSEPSJON AV VISUELL BEVEGELSE OG PROSPEKTIV KONTROLL

Hjerne- og atferdsstudier hos terminfødte og premature spedbarn

ABSTRACT

Visual motion perception and prospective control in infants

In infancy, we develop perceptual mechanisms that allow us to correctly perceive our surroundings, and to calculate our next movement so as to avoid unwanted collisions. The relationship between perception and behaviour is crucial to our ability to execute adequate prospective control. This article presents brain and behavioural research examining the development of prospective control in healthy, full-term infants, and in infants born prematurely. There are indications that preterm birth affects visual perception of motion, and hence prospective control. Identifying deficits in visual motion perception and early intervention may therefore be important in preventing problems with clumsiness.

Keywords: prospective control, brain and behavioural development, visual motion perception, perceptual information for action, dorsal stream vulnerability, optic flow, looming

Tidlig intervensjon kan være viktig for å forebygge problemer med klossethet. Artikkelen presenterer aktuell hjerne- og atferdsforskning på terminfødte og premature spedbarn.

Når vi navigerer gjennom omgivelsene, får vi kontinuerlig perseptuell informasjon om det som omgir oss, slik at vi kan beregne vår neste bevegelse. Gibson (1986) foreslo at persepsjon og atferd er gjensidig avhengige av hverandre og ikke kan behandles separat. Vår atferd styres av det vi fornemmer, og det vi fornemmer, styres av vår atferd. Dermed er det viktig å være i stand til å samle så korrekt informasjon som mulig om vår egen og eksterne objekters bevegelse gjennom omgivelsene, samt å kunne reagere hensiktsmessig på endringer.

Den visuelle informasjonen vi mottar fra omgivelsene, styrer altså i stor grad hvordan vi beveger oss, og hvordan vi reagerer på plutselige forandringer. Denne informasjonen prosesseres i to separate, men interagerende, kortikale strømmer. Den ventrale strømmen, som ofte omtales som «hva»-strømmen, er ansvarlig for objektgjenkjenning, og formidler informasjon fra occipitallappen til temporallappen. Den dorsale strømmen, ofte omtalt som «hvor»-strømmen, er viktig for persepsjon av bevegelse, samt bevegelsesplanlegging, og formidler informasjon fra occipitallappen, gjennom medial temporal (MT)- og medial superior temporal (MST)-områdene, videre til parietallappen.

Gjennom dagen gjennomfører vi en rekke handlinger, slik som å gå, gi en high-five, spise, eller å kaste oss bakover i sofaen etter en lang dag. Vi er i stand til å gjennomføre disse handlingene takket være prospektiv kontroll. Prospektiv kontroll er vår evne til å utføre og planlegge presist

kalkulerte bevegelser tilpasset våre skiftende omgivelser (Adolph, Eppler, Marin, Weise & Clearfield, 2000). Selv høyt automatiserte, gjentagende bevegelser slik som gange må kontinuerlig tilpasses omgivelsene. Da bevegelsene våre er avhengige av persepsjon, er det viktig at den visuelle informasjonen vi mottar, er så korrekt som mulig.

En rekke studier tyder på at persepsjon av visuell bevegelse, som jo er en dorsalstrømfunksjon, er hemmet ved en rekke utviklingsforstyrrelser (Braddick, Atkinson & Wattam-Bell, 2003; Grinter, Maybery & Badcock, 2010; Spencer, O'Brien, Riggs, Braddick, Atkinson & Wattam-Bell, 2000) samt hos premature spedbarn (Atkinson & Braddick, 2012; Grinter et al., 2010; Guzzetta, Tinelli, Del Viva, Bancale, Arrighi, Pascale & Cioni, 2009; Tremblay, Van-nasing, Roy, Lefebvre, Kombate, Lassonde et al., 2014; Van Braeckel, Butcher, Geuze, Van Duijn, Bos & Bouma, 2008). Prematur fødsel defineres som fødsel før 37 fullførte svangerskapsuger (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Da viktige deler av dorsalstrømmen utvikler seg i løpet av de siste ukene i fosterlivet, kan det tenkes at en prematur fødsel kan forstyrre denne utviklingen (Hammarrenger, Leporé, Lippé, Labrosse, Guillemot & Roy, 2003).

Utvikling av prospektiv kontroll er ikke bare avhengig av vår tilpasning til miljøet, men også av vår tilpasning til endringer i kroppen vår. I løpet av våre første leveår gjennomgår kroppen store forandringer. Kroppsdeler vokser, og vi må være i stand til å tilpasse oss disse kroppslige endringene, både sansemessig og funksjonelt. Forskere har derfor vist stor interesse for utviklingen av prospektiv kontroll hos friske terminfødte så vel som premature spedbarn (Agyei, Van der Weel & Van der Meer, 2016a). Gjennom hjerne- og atferdsstudier av premature og terminfødte barn vil vi vise hvordan persepsjon av visuell bevegelse er påvirket av prematuritet, og hvordan dette kan ses i sammenheng med de vanskene barna har med prospektiv kontroll.

ØYE-HÅND-KOORDINASJON

Når en skal fange en gjenstand som beveger seg raskt, kreves det avansert timing og evne til å forutse hvor gjenstanden kommer til å befinne seg i umiddelbar fremtid, hvilket igjen krever prospektiv kontroll av hode, øyne og armbevegelser. Det hjelper ikke å bevege hånden til det stedet der gjenstanden sist ble sett, for innen

hånden kommer dit, har gjenstanden allerede beveget seg lenger bort. I en tverrsnittsstudie ble 6 terminfødte spedbarn i en alder av 43 til 50 uker testet i prospektiv kontroll av fanging av en leke. Spedbarna satt overfor et løpebånd der en leke beveget seg frem og tilbake, i fire ulike hastigheter. Før leken nådde barnet, forsvant den bak et hinder, slik at barna en kort periode ikke kunne se den. Før leken forsvant bak hinderet, beveget spedbarna blikket mot området der leken kom til å dukke opp, og rakte hånden fremover for å fange den. Dette er tydelige tegn på tidlig prospektiv kontroll (Van der Meer, Van der Weel & Lee, 1994).

I en senere longitudinell studie undersøkte Van der Meer, Van der Weel, Lee, Laing & Lin (1995) hvordan prospektiv kontroll av å rekke hånden mot et objekt utvikles hos spedbarn med økt risiko for alvorlige og lettere nevrologiske funksjonsforstyrrelser. En gruppe premature med gjennomsnittlig gestasjonsalder på 28,7 uker og gjennomsnittlig fødselsvekt på 1178 g, og en gruppe terminfødte spedbarn ble sammenlignet med samme metode som beskrevet ovenfor. Nesten samtlige av de premature spedbarna var forsinket i utviklingen av håndrekking, til tross for at alderen var korrigert for prematuritet. I tillegg viste de problemer med å forutse når leken kom til å dukke opp igjen. Resultatene tyder på at de terminfødte kontrollbarna brukte tid-til-kollisjon som informasjonsvariabel for å flytte blikket og rekke hånden fremover. Bruk av tid-til-kollisjon som informasjonsvariabel for å styre handling regnes som en mer effektiv strategi, da den gir like god tid til å utføre en bevegelse, uavhengig av hastigheten på objektet. Denne strategien vil heretter bli omtalt som *tidsstrategi*. De premature spedbarna syntes derimot å bruke en informasjonsvariabel basert på lekens avstand fra en selv for å skifte blikket og rekke hånden fremover. En strategi som bruker avstand som informasjonsvariabel, heretter omtalt som *avstandsstrategi*, er mindre effektiv. Den kan føre til feilberegninger, spesielt dersom objektet kommer mot individet i stor hastighet. Ved 48 uker var den prospektive kontrollen av håndrekking og fanging av leken mindre utviklet hos to av de premature spedbarna. Dette resultatet var i overensstemmelse med nevrologiske data som ble gjort tilgjengelig for forskerne etter dataanalysen. De samme premature spedbarna ble ved 18 og 21 måneder diagnostisert med henholdsvis mild og mode-



Prospektiv kontroll er vår evne til å utføre og planlegge presist kalkulerte bevegelser tilpasset våre skiftende omgivelser



rat cerebral parese (Van der Meer et al., 1995). En senere studie av ulike strategier for tidsberegning hos premature født < 32 gestasjonsuker og/eller med en fødselsvekt mellom 1000 og 2000 g fant at ett prematurt spedbarn ikke skiftet til den mer effektive tidsstrategien med alderen, og dermed hadde større problemer med å fange leken enn spedbarna som hadde skiftet til denne strategien (Kayed & Van der Meer, 2009). Effekten av prematuritet på prospektiv kontroll synes også å vedvare inn i ungdomsårene (Aanondsen, Van der Meer, Brubakk, Evensen, Skranes, Myhr & Van der Weel, 2007), noe som tyder på at dette ikke er noe en bare «vokser av seg».

Utviklingen av prospektiv kontroll har også blitt undersøkt i vårt nevrovitenskapelige utviklingslaboratorium hos unge spedbarn mens de «fanget» en bevegelig gjenstand med blikket. Øyebevegelser ble registrert hos terminfødte spedbarn ved 5- og 12-månedersalderen, og hos premature spedbarn født < 33 gestasjonsuker og med en fødselsvekt mellom 1000–1710 g ved 12-månedersalderen (korrigert) mens spedbarna så på en virtuell bil som kjørte med ulike hastigheter langs en rektangulær bane på en stor skjerm. Med jevne mellomrom forsvant bilen bak et hinder, og dukket opp igjen like etter. Resultatene tyder på at de terminfødte spedbarna ble bedre i stand til å følge bilen med jevne øyebevegelser samt forutse når bilen kom til å dukke opp igjen etter hinderet. De premature spedbarna syntes å være like gode til å forutse når bilen ville dukke opp igjen, men de viste mindre jevne øyebevegelser mens de fulgte bilen. I motsetning til hos de terminfødte barna var øyebevegelsene til de premature barna ved ettårsalderen karakterisert av sakkader, som i større grad representerer en reaksjon på en endring i stimulus enn en forfølgelse av bevegelsen til stimulusen (Khadadifar, 2015). Sakkader ses på som en mer umoden teknikk for å følge en bevegelse, sammenlignet med jevne øyebevegelser (Rosander & Von Hofsten, 2002).

KOLLISJONSRESPONSER

For å unngå uønskede kollisjoner og for å kunne utføre hverdagslige bevegelser slik som fanging, dukking og sparring er det nødvendig for oss å kunne korrekt oppfatte når ulike objekter nærmer seg. Utviklingsstudier har sett på utviklingen av tidsberegning for kollisjoner hos spedbarn. Termen *looming* blir brukt til å forklare den siste

delen av en optisk hendelse der et objekt beveger seg mot en person (Kayed & Van der Meer, 2000; 2007).

Blinking blir sett på som den beste indikatoren på bevissthet om visuelle stimuli på en direkte kollisjonskurs i tidlig spedbarnsalder (Yonas, 1981). Korrekt beregning av et forsvarsblunk er svært viktig, da et blunk som forekommer for tidlig, kan føre til at øynene åpnes før kollisjonen, mens et blunk som forekommer for sent, kan føre til at objektet treffer øynene, med skade på hornhinnen til følge.

Utviklingen i tidsberegningen av et forsvarsblunk ble undersøkt hos premature spedbarn med en gjennomsnittlig gestasjonsalder på 29 uker og gjennomsnittlig fødselsvekt på 1297 g for å se hvorvidt prematuritet påvirker når en blunkerespons på et objekt på direkte kollisjonskurs opptrer (Kayed, Farstad & Van der Meer, 2008). Ved 26-ukers korrigert alder brukte litt under halvparten av de premature spedbarna en strategi basert på objektets visuelle vinkel for å velge når de skulle blunke. Dette vil si at barnet blunker når objektet når en bestemt størrelse på skjermen i forhold til det selv. Denne strategien kan sammenlignes med avstandsstrategien, som brukes for å rekke hånden mot et bevegelig objekt. De øvrige spedbarna brukte den mer effektive tidsstrategien. Med alderen hadde alle de premature spedbarna skiftet over til tidsstrategien, med unntak av ett barn, som fortsatte å bruke vinkelstrategien. Det samme barnet viste alvorlige problemer med tidsberegning i en senere longitudinell studie av håndrekking (Kayed & Van der Meer, 2009).

Ved å simulere et objekt på direkte kollisjonskurs kan man undersøke hvordan hjernen prosesserer informasjon om en nær forestående kollisjon for å observere hvilken strategi som tas i bruk for å beregne en respons (Van der Meer, Svantesson & Van der Weel, 2012). Elektroencefalogram (EEG), særlig i kombinasjon med øyebevegelser (Holth, Van der Meer & Van der Weel, 2013), har vist seg svært nyttig i forskning på prospektiv kontroll og persepsjon av visuell bevegelse på millisekundnivå. Van der Meer et al. (2012) undersøkte hjernerens responser på looming i terminfødte spedbarn ved hjelp av høy-tetthets EEG (se bilde). Spedbarna ble testet ved 5–6 måneder og igjen ved 12–13 måneder mens de så på et virtuelt objekt på direkte kollisjonskurs ved tre ulike hastigheter. Resultatene viste at strategiene for tidsberegning endret seg med alderen. Ved 5–6 måneder ble vinkelstrategien og tidsstrategien brukt om hverandre. Ved 12–13 måneder brukte alle spedbarna tidsstrategien, og viste en reaksjon nærmere kollisjonen, som kan være en indikasjon på endringer i hjernen knyttet til modning og økt erfaring med egenprodusert bevegelse (Van der Meer et al., 2012). Dette er i overensstemmelse med tidligere funn, som viser en signifikant reduksjon i prosesseringstid av looming med alderen, samt at de eldste spedbarna (10–11 måneder) bruker en tidsstrategi framfor en vinkelstrategi (Van der Weel & Van der Meer, 2009).

Den samme metoden ble brukt for å undersøke hvorvidt prematur fødsel påvirker utviklingen i oppfatning av et objekt på direkte kollisjonskurs. En gruppe premature med en gjennomsnittlig gestasjonsalder på 31 uker og gjennomsnittlig fødselsvekt på 1622 g og en gruppe terminfødte spedbarn ble testet først ved 4–5 måneders alder, og igjen ved 12 måneder, korrigert for prematuritet. Med alderen ble de terminfødte spedbarna bedre i stand til å beregne responsen på objektet på direkte kollisjonskurs, og viste ved 12 måneder en hjernerens respons like lenge før kollisjonen uavhengig av objektets hastighet, noe som tyder på at de brukte en tidsstrategi. De premature barna viste derimot ingen signifikant forbedring, og

viste en respons på ulike tidspunkt avhengig av objektets hastighet, noe som tyder på at de fortsatte å bruke en vinkelstrategi. Dette kan ha stor betydning for hvordan de premature spedbarna beregner fysiske responser på faktiske objekter på kollisjonskurs (Zotcheva, 2015).

OPTIC FLOW

Endringer i omgivelsene som oppstår som følge av observatørens egne bevegelser, er svært viktige for visuell persepsjon (Gibson, 1986). Når vi beveger oss i omgivelsene, oppstår en flyt av visuelle inntrykk som omtales som *optic flow* (Bruce, Green & Georgeson, 2003). Persepsjon av optic flow har vist seg å være viktig i blant annet kontroll av gangretning (Brugge-man, Zosh & Warren, 2007; Warren, Kay, Zosh, Duchon & Sahuc, 2001), justering av positur, kontroll av bevegelseshastighet (Vilhelsen, Van der Weel & Van der Meer, 2015) så vel som i unngåelse av hindringer (Wilkie & Wann, 2003).

EEG-studier tyder på at optic flow prosesseres raskere enn tilfeldig visuell bevegelse, sannsynligvis på grunn av menneskers omfattende erfaring med optic flow i hverdagen (Agyei, Holth, Van der Weel & Van der Meer, 2015; Van der Meer et al., 2008). Spedbarn som ikke har begynt å gå, prosesserer optic flow saktere enn voksne, og prosesseringstiden reduseres med økt erfaring med optic flow som følge av selv-

produisert bevegelse gjennom omgivelsene (Van der Meer, Fallet & Van der Weel, 2008). Dette funnet har senere blitt bekreftet av Agyei et al. (2015), som viste at spedbarns prosesseringstid av optic flow minket fra spedbarna var 3–4 måneder gamle til de var 11–12 måneder gamle. Prosesseringstiden var kortest for optic flow som simulerte fremoverbevegelse, og lengre for optic flow som simulerte bakoverbevegelse. Lengst prosesseringstid ble observert for tilfeldig bevegelse. Dette kan forklares av at hjernen tilpasser seg og foretrekker den mest naturlige bevegelsesformen, nemlig bevegelse fremover. Resultatene tyder på at spedbarna med alderen utviklet mer spesialiserte nevralt nettverk for å kunne prosessere viktig visuell informasjon raskt (Agyei et al., 2015).

I en senere studie ble utviklingen i prosessering av optic flow undersøkt hos premature spedbarn (Agyei, Van der Weel & Van der Meer, 2016b; Zotcheva, 2015). En gruppe premature med gjennomsnittlig gestasjonsalder på 31 uker og gjennomsnittlig fødselsvekt på 1622 g, samt en gruppe terminfødte spedbarn, ble testet ved to anledninger, først da de var 4–5 måneder gamle, og igjen da de var 12 måneder gamle, korrigert for prematuritet. Spedbarna i den premature gruppen viste ingen signifikant reduksjon i prosesseringstid, og skilte heller ikke signifikant mellom framlengs og baklengs optic flow og tilfeldig bevegelse. Videre ble det observert at de premature spedbarna som gjorde det spesielt dårlig i optic flow-eksperimentet, også gjorde det spesielt dårlig i looming-eksperimentet (Zotcheva, 2015). Da deres nåværende nevrologiske status er ukjent, er det av interesse å innkalle disse barna ved et senere tidspunkt for å undersøke hvorvidt de fortsatt viser tegn på forstyrrelser i dorsalstrøm-relaterte funksjoner, og hvorvidt dette påvirker hverdagen deres.

DORSALSTRØMSÅRBARHET HOS PREMATURE?

Den forskningen vi har presentert ovenfor, tyder på at prematuritet kan føre med seg problemer med prospektiv kontroll og prosessering av visu- >>



PERSEPSJON Et spedbarn har på seg EEG-hette mens hun ser på ulike visuelle stimuli på skjermen. Foto: Kjell A. Olsen

ell bevegelse. Dette til tross for at de premature spedbarna i disse studiene ikke var ekstremt premature, ikke hadde noen åpenbare hjerne- eller synsproblemer ved testing, og at alderen ved testing ble korrigert for prematuritet. En rekke studier tyder på at premature har en høyere forekomst av Cerebral Visual Impairment (CVI), en term som brukes for å beskrive problemer med visuell persepsjon hos barn (se Orbitus, De Cock & Lagae, 2011 for en gjennomgang av CVI hos premature). I tillegg har MRI-studier vist at premature spedbarn har mindre mengde hvit hjernematerie (Hüppi, Maier, Peled, Zientara, Barnes, Jolesz & Volpe, 1998; Mewes, Hüppi, Als, Rybicki, Inder, McAnulty et al., 2006), samt at tenåringer med meget lav fødselsvekt har tynnere cortex i temporal- og parietallappen (Martinussen, Fischl, Larsson, Skranes, Kulseng, Vangberg, Vik, Brubakk, Haraldseth & Dale, 2005).

Når evnen til korrekt prosessering av visuell bevegelse er hemmet, blir personen ofte oppfattet som klossete. Dette kan i sin tur forklare hvorfor premature synes å ha en høyere forekomst av Developmental Coordination Disorder (DCD) enn i befolkningen generelt (Goyen & Lui, 2009; Holsti, Grunau & Whitfield, 2002). Dersom prematur fødsel påvirker dorsalsstrømmen og dermed prospektiv kontroll, vil viktigheten av tidlig intervensjon være desto større. Tidlig tilrettelegging og fasilitering hos barn med risiko for utviklingsforstyrrelser kan bidra til å minske belastning og problemer i senere alder (McCormick, Brooks-Gunn, Buka, Goldman, Yu, Salganik, Scott et al., 2006; Smith, Groen, Wynn, 2000; Vitaro & Tremblay, 2009).

I Norge fødes omtrent 7,5 % barn for tidlig, noe som utgjør omtrent 4400 barn i året (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Ved alle universitetsklinikker i landet blir syn kontrollert før utskrivelse med fokus på prematuritetsretinopati og mindre synssvekkelser, og øyne kontrolleres igjen ved 12–15 måneder ved tre av seks universitetsklinikker (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Heftet *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidligfødte barn* (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) har derimot ingen henvisninger til visuell persepsjon og CVI-problematikk. Da forskning viser at det kan være en sammenheng mellom problemer med prosessering av visuell bevegelse og motorisk utvikling, foreslår vi at dette inkluderes i større grad enn i dag. Det må imidlertid nevnes at videre forskning og videreutvikling er nødvendig før de metodene som er beskrevet i denne artikkelen, kan brukes til diagnostisering eller identifisering av enkeltindivider som trenger oppfølging. ✘

REFERANSER

- Aanondsen, C.M., Van der Meer, A.L.H., Brubakk, A.-M., Evensen, K.A.I., Skranes, J.S., Myhr, G.E. & Van der Weel, F.R. (2007). Differentiating prospective control information for catching in at-risk and control adolescents. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 112–116. DOI:10.1111/j.1469-8749.2007.00112.x
- Adolph, K.E., Eppler, M.A., Marin, L., Weise, I.B. & Clearfield, M.W. (2000). Exploration in the service of prospective control. *Infant Behavior and Development*, 23, 441–460. DOI:10.1016/S0163-6383(01)00052-2
- Agyei, S.B., Holth, M., Van der Weel, F.R., & Van der Meer, A.L.H. (2015). Longitudinal study of perception of structured optic flow and random visual motion in infants using high-density EEG. *Developmental Science*, 18, 436–451. DOI:10.1111/desc.12221
- Agyei, S.B., Van der Weel, F.R., & Van der Meer, A.L.H. (2016a). Development of visual motion perception for prospective control: Brain and behavioral studies in infants. *Frontiers in Psychology*, 100. DOI:10.3389/fpsyg.2016.00100/j.neuropsychologia.2016.02.001
- Agyei, S.B., Van der Weel, F.R., & Van der Meer, A.L.H. (2016b). Longitudinal study of preterm and full-term infants: High-density EEG analyses of cortical activity in response to visual motion. *Neuropsychologia*, 84, 89–104. DOI:10.1016/j.neuropsychologia.2016.02.001
- Atkinson, J. & Braddick, O. (2012). Visual and visuocognitive development of children born very prematurely. I V.R. Preedy (red.), *Handbook of Growth and Growth Monitoring in Health and Disease* (s. 543–656). New York: Springer.
- Braddick, O., Atkinson, J., & Wattam-Bell, J. (2003). Normal and anomalous development of visual motion processing: Motion coherence and «dorsal-stream vulnerability». *Neuropsychologia*, 41, 1769–1984. DOI:10.1016/S0028-3932(03)00178-7
- Bruce, V., Green, P.R., & Georgeson, M.A. (2003). *Visual Perception: Physiology, Psychology and Ecology* (4. utg.). New York: Psychology Press.
- Bruggeman, H., Zosh, W., & Warren, W.H. (2007). Optic flow drives human visuo-locomotor adaptation. *Current Biology*, 17, 2035–2040. DOI:10.1016/j.cub.2007.10.059
- Gibson, J.J. (1986). *The Ecological Approach to Visual Perception*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Goyen, T.-A., & Lui, K. (2009). Developmental coordination disorder in «apparently normal» schoolchildren born extremely preterm. *Archives of Disease in Childhood*, 94, 298–302. DOI:10.1136/adc.2007.134692
- Grinter, E.J., Maybery, M.T., & Badcock, D.R. (2010). Vision in developmental disorders: Is there a dorsal stream deficit? *Brain Research Bulletin*, 82, 147–160. DOI:10.1016/j.brainresbull.2010.02.016
- Guzzetta, A., Tinelli, F., Del Viva, M.M., Bancalè, A., Arrighi, R., Pascale, R.R., & Cioni, G. (2009). Motion perception in preterm children: Role of prematurity and brain damage. *NeuroReport*, 20, 1339–1343. DOI:10.1097/WNR.0b013e328330b6f3
- Hammarrenger, B., Leporé, F., Lippé, S., Labrosse, M., Guillemot, J.-P., & Roy, M.-S. (2003). Magnocellular and parvocellular developmental course in infants during the first year of life. *Documenta Ophthalmologica*, 107, 225–233. DOI:10.1023/B:DOOP.0000005331.66114.05

- Holsti, L., Grunau, R.V.E., & Whitfield, M.F. (2002). Developmental coordination disorder in extremely low birth weight children at nine years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 9–15.
- Holth, M., Van der Meer, A.L.H., & Van der Weel, F.R. (2013). Combining findings from gaze and electroencephalography recordings to study timing in a visual tracking task. *NeuroReport*, 24, 968–972. DOI:10.1097/WNR.000000000000020
- Hüppi, P.S., Maier, S.E., Peled, S., Zientara, G.P., Barnes, P.D., Jolesz, F.A., & Volpe, J.J. (1998). Microstructural development of human newborn cerebral white matter assessed in vivo by diffusion tensor magnetic resonance imaging. *Pediatric Research*, 44, 584–590. DOI:10.1203/00006450-199810000-00019
- Kayed, N.S., & Van der Meer, A. (2000). Timing strategies used in defensive blinking to optical collisions in 5- to 7-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 23, 253–270. DOI:10.1016/S0163-6383(01)00043-1
- Kayed, N.S., & Van der Meer, A.L.H. (2007). Infants' timing strategies to optical collisions: A longitudinal study. *Infant Behavior and Development*, 30, 50–59. DOI:10.1016/j.infbeh.2006.11.001
- Kayed, N.S., Farstad, H., & Van der Meer, A.L.H. (2008). Preterm infants' timing strategies to optical collisions. *Early Human Development*, 84, 381–388. DOI:10.1016/j.earlhumdev.2007.10.006
- Kayed, N.S., & Van der Meer, A.L.H. (2009). A longitudinal study of prospective control in catching by full-term and pre-term infants. *Experimental Brain Research*, 194, 245–258. DOI:10.1007/s00221-008-1692-2
- Khodadadifar, T. (2015). *Development of smooth pursuit and predictive eye movements in full-term and preterm infants: An occlusion study*. Upublisert masteroppgave. Trondheim: Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet (NTNU).
- Martinussen, M., Fischl, B., Larsson, H.B., Skranes, J., Kulseng, S., Vangberg, T.R., Vik, T., Brubakk, A.-M., Haraldseth, O., & Dale, A.M. (2005). Cerebral cortex thickness in 15-year-old adolescents with low birth weight measured by automated MRI-based method. *Brain*, 128, 2588–2596. DOI:10.1093/brain/awh610
- McCormick, M.C., Brooks-Gunn, J., Buka, S.L., Goldman, J., Yu, J., Salganik, M., Scott, D. T., et al. (2006). Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the infant health and development program. *Pediatrics*, 117, 771–780. DOI:10.1542/peds.2005-1316
- Mewes, A.U.J., Hüppi, P.S., Als, H., Rybicki, F.J., Inder, T.E., McAnulty, G.B., et al. (2006). Regional brain development in serial magnetic resonance imaging of low-risk preterm infants. *Pediatrics*, 118(1), 23–33. DOI:10.1542/peds.2005-2675
- Orbitus, E.L., De Cock, P.P., & Lagae, L.G. (2011). Visual perception in preterm children: What are we currently measuring? *Pediatric Neurology*, 45, 1–10. DOI:10.1016/j.pediatrneurol.2011.02.008
- Rosander, K., & Von Hofsten, C. (2002). Development of gaze tracking of small and large objects. *Experimental Brain Research*, 146, 257–264. DOI:10.1007/s00221-002-1161-2
- Smith, T., Groen, A.D., & Wynn, J.W. (2000). Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *American Journal of Mental Retardation*, 105(4), 269–285.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). Faglige Retningslinjer for Oppfølging av For Tidlig Fødte Barn. Oslo, Norway.
- Spencer, J., O'Brien, J., Riggs, K., Braddock, O., Atkinson, J., & Wattam-Bell, J. (2000). Motion processing in autism: Evidence for a dorsal stream deficiency. *NeuroReport*, 11, 2765–2767.
- Tremblay, E., Vannasing, P., Roy, M.-S., Lefebvre, F., Kombate, D., Lassonde, M., et al. (2014). Delayed early primary visual pathway development in premature infants: High density electrophysiological evidence. *PLoS ONE*, 9(9), 1–9. DOI:10.1371/journal.pone.0107992
- Van Braeckel, K., Butcher, P.R., Geuze, R.H., Van Duijn, M.A.J., Bos, A., & Bouma, A. (2008). Less efficient elementary visuomotor processes in 7- to 10-year-old preterm-born children without cerebral palsy: An indication of impaired dorsal stream processes. *Neuropsychology*, 22(6), 755–764. DOI:10.1037/a0013212
- Van der Meer, A.L.H., Van der Weel, F.R. & Lee, D.N. (1994). Prospective control in catching by infants. *Perception*, 23, 287–302. DOI:10.1068/p230287
- Van der Meer, A.L.H., Van der Weel, F.R., Lee, D.N., Laing, I.A., & Lin, J.-P. (1995). Development of prospective control of catching moving objects in pre-term at-risk infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 37, 145–158. DOI:10.1111/j.1469-8749.1995.tb11984.x
- Van der Meer, A.L.H., Fallet, G., & Van der Weel, F.R. (2008). Perception of structured optic flow and random visual motion in infants and adults: A high-density EEG study. *Experimental Brain Research*, 186, 493–502. DOI:10.1007/s00221-007-1251-2
- Van der Meer, A.L.H., Svantesson, M., & Van der Weel, F.R. (2012). Longitudinal study of looming in infants with high-density EEG. *Developmental Neuroscience*, 34, 488–501. DOI:10.1159/000345154
- Van der Weel, F.R., & Van der Meer, A.L.H. (2009). Seeing it coming: infants' brain responses to looming danger. *Naturwissenschaften*, 96, 1385–1391. DOI:10.1007/s00114-009-0585-y
- Vilhelmsen, K., Van der Weel, F.R., & Van der Meer, A.L.H. (2015). A high-density EEG study of differences between three high speeds of simulated forward motion from optic flow in adult participants. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 9, 146. DOI:10.3389/fnsys.2015.00146
- Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (2009). Clarifying and maximizing the usefulness of targeted preventive interventions. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (red.). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Warren, W.H. Jr., Kay, B.A., Zosh, W.D., Duchon, A.P., & Sahuc, S. (2001). Optic flow is used to control human walking. *Nature Neuroscience*, 4, 213–216. DOI:10.1038/84054
- Wilkie, R.M., & Wann, J.P. (2003). Eye-movements aid the control of locomotion. *Journal of Vision*, 3(11), 677–684. DOI:10.1167/3.11.3
- Yonas, A. (1981). Infants' responses to optical information for collision. I R.N. Aslin, J.R. Alberts, & M.R. Petersen, (red.), *Development of Perception: Vol.2. The Visual System* (s. 313–334). New York: Academic Press.
- Zotcheva, E. (2015). *Dorsal stream vulnerability in preterm infants – A longitudinal EEG study of visual motion perception*. Upublisert masteroppgave. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Kontroversen mellom Vygotsky-skolen og Rubinstein-tradisjonen

Styres mentale prosesser mest av indre eller ytre krefter? Spørsmålet har røtter tilbake til tidlig sovjetisk psykologi.

TEKST

Regi Theodor Enerstvedt, professor emeritus, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi Universitetet i Oslo

KONTAKT

rt.enerstvedt@sosgeo.uio.no

Denne artikkelen fullfører et prosjekt som har vært under arbeid i mange år. For nesten 40 år siden tok jeg doktorgraden på virksomhetsbegrepet som er influert av det som er blitt kalt «sovjetpsykologien». Da reagerte jeg negativt på at alle «virksomhetsteoretikere» i Vest-Europa og USA i regelen bare tok hensyn til én av de to store tradisjonene i sovjetisk psykologi – Vygotsky-tradisjonen eller -skolen. Den andre tradisjonen, der Rubinstein (1889–1960) var det store navnet, ble nesten neglisjert, eller det ble hevdet at den var tatt opp i Vygotsky-tradisjonen. Mitt teoretiske grunnlag var opprinnelig derfor også den siste tradisjonen. Likevel kom jeg etter hvert til at Rubinstein hadde den dypeste psykologiske forståelsen. Jeg tok opp denne problematikken på en nordisk virksomhetsteoretisk konferanse i Kristianstad i Sverige i 2013. Mitt foredrag «Some fundamental theoretical-

methodological problems in the theory of activity» viste seg å vekke internasjonal interesse, og det ble publisert som siste kapittel i boken *Contemporary Approaches to Activity Theory: Interdisciplinary Perspectives on Human Behavior* (Enerstvedt, 2015).

Hva dreier uenigheten seg om? Det skal denne artikkelen vise, og jeg skal konkludere med et forslag om å ta med seg det beste fra begge forståelsene. Nøkkelordet i diskusjonen er *internalisering*. Og spørsmålet er: Gjør Vygotskys internaliseringsteori til syvende og sist mennesket totalt utenfrabestemt? Rubinstein påstår det. Eller er omvendt Rubinsteins insistering på brytningen mellom ytre årsaker og indre tilstander hos mennesket ikke noe annet enn det velkjente forsøket på å føre inn en mellomliggende variabel (M) i stimulus-respons-tenkningen? Istedenfor S(timulus)-R(espons), altså S-M-R? A.N. Leontjev hevder det.

DEN MARXISTISKE PSYKOLOGITEORIEN

Vygotsky-tradisjonen i virksomhetsteorien

Vygotsky-skolen oppsto i 1920-årene. Den var ikke en homogen, institusjonalisert skole. Den besto heller av forskjellige og midlertidige samarbeidsprosjekter mellom forskere. På dette grunnlaget utviklet det seg imidlertid et nært sam- og gruppearbeid mellom Luria (1902–1977), Leontjev (1903–1979) og Vygotsky (1896–1934). Disse tre psykologene betegnet seg som en «troika», og møttes ofte og diskuterte fundamentale problemer i psykologien – persepsjon, tenkning, hukommelse, språk osv.

Den mest vesentlige ytelsen til Vygotsky-skolen, eller den kultur-historiske psykologien, på tysk betegnet som «die Kulturhistorische Schule», er vektleggingen av menneskets *sosiale determinering*. Måten denne tradisjonen forsto bestemmelsen på, betydde også en ny innsikt i den menneskelige biologien, den menneskelige naturen.

Et metodologisk kjennetegn er også framhevingen av den betydningsfulle *internaliseringsprosessen*. Vygotsky slår fast: «Vi kaller den indre rekonstruksjonen av en ytre operasjon for *internalisering*» (Vygotsky 1978, s. 56).

Alle kan erfare denne prosessen hver eneste dag. Det beste eksemplet i min egen erfaring er da jeg lærte å kjøre bil, en erfaring jeg tror alle med sertifikat kan bekrefte. Da kjørelæreren og jeg kom til det første gatekrysset i første kjøretime, fikk jeg ordren «sving til venstre her». Jeg skulle kikke til høyre og venstre, samtidig som jeg skulle clutch, gire, bremse, gi gass, trykke på venstre retningslys og dreie på rattet. Jeg var sikker på at jeg aldri ville lære å kjøre bil. Hver eneste lille handling var utstrakt og styrt bevisst og kunne bare utføres etter hverandre, ikke samtidig. Likevel, på relativt kort læringstid blir alle disse bevisste handlingene internalisert og styrt av så raske ubevisste mentale operasjoner at kinking, clutching, giring, bremsing, gassing, lystrykk og styring kan foregå samtidig. Mønsteret i denne læringsprosessen blir virksomhet med et motiv som først leder til ytre utstrakte, målrettede handlinger, dernest til forkortede handlinger eller ytre operasjoner internalisert til indre, mentale operasjoner.

Rubinstein-tradisjonen i virksomhetsteorien

Den andre tradisjonen er Rubinstein-skolen. Allerede i 1922 snakket Rubinstein om den skapende spontane virksomhetens prinsipp og om enheten mellom bevissthet og virksomhet (Rubinstein, 1968). Rubinstein utviklet nyskapende psykologiske teorier om personlighet, tenkning, emosjoner, hukommelse og tale som prosesser, det vil si som virksomheter. Hans mest berømte tese er: «De ytre årsaker virker formidlet av indre betingelser» (Rubinstein, 1970, s. 162). De ytre operasjonene blir brutt gjennom indre prosesser som legger grunnlaget for utvikling. Disse indre prosessene kaller Rubinstein analyse, syntese, abstraksjon og generalisering.¹ Disse psykiske prosessene går «utover» og kan kalles «eksternalisering». Den mest betydningsfulle ytelsen til Rubinstein og hans tilhengere (Brushlinski, Shorokova, Budilova og andre) var for-

.....

1. Jf. Rubinstein (1968), s. 446–450. Se også Enerstvedt (1994). I det filosofiske arbeidet *Spiller Gud terning likevel?* prøver jeg å videreutvikle Rubinsteins innsikt ved å tilføre begrepet *abduksjon* (Enerstvedt 2011). Jf. Peirce (1839–1914) i hans 1903-forelesninger om pragmatisme (i Peirce (1997).



KRITISERER Gjennom en rekke arbeider gir Sergey L. Rubinstein (1889-1960) en fundamental kritikk av Lev Vygotskys (1896-1934) posisjon. Fotografiet viser Lev Vygotsky, som kun rakk å bli 37 år før han døde av tuberkulose. Foto: Wikipedia



Nøkkelordet i diskusjonen er internalisering

ståelsen av forholdet mellom mennesket og omgivelser som vekselvirkning. Hos mennesket blir denne vekselvirkningen å forstå som den særegent menneskelige aktiviteten – *virksomheten*. Rubinstein gjendriver (forkaster) med dette både tesen om at individets utvikling utelukkende er determinert av ytre årsaker, innflytelser og tilskyndelser, og tesen om at denne utviklingen utelukkende er determinert av indre betingelser.

KONTROVERSEN

Leontjevs kritikk av Rubinstein

A.N. Leontjev (1903–1979) kjenner den berømte tesen til Rubinstein om den indre brytningen, omdanningen og forandringen av påvirkningen utenfra. Han bestrider ikke Rubinsteins tese, men ser ikke internaliseringsteorien i motstrid til denne. Leontjev betrakter tesen som et forsøk på å løse det gamle problemet med stimulus–respons-paradigmet gjennom å innføre mellomliggende variabler. Kort sagt, ikke stimulus–respons, men S – mellomliggende variabler – R. Leontjev peker på at det er gjort mange forsøk på overvinne S–R-paradigmet. Ett av dem er å innføre mellomvariabler. Og Leontjev (1979) hevder:

I sin tid betegnet Rubinstein dette med formelen 'De ytre årsaker virker formidlet av indre betingelser' (Rubinstein 1970, s. 162). Naturligvis kan man ikke bestride dette utsagnet. Hvis man imidlertid med indre betingelser forstår subjektets momentane tilstander som er utsatt for påvirkning, så sier ikke utsagnet noe prinsipielt nytt i forhold til S ⇒ R-skjemaet.

Til og med ikke-levende objekter viser jo ved en forandring av deres tilstander på forskjellig måte en vekselvirkning med andre objekter. På fuktig, oppbløtt grunn avsetter det seg tydelige spor, men ikke på tørr, fast grunn. Enda tydeligere trer dette fram hos dyr og mennesker: Et sultent dyr vil reagere annerledes på et næringsstimulus enn et mett, og hos et menneske som interesserer seg for fotball, vil meldingen om et fotballkampresultat vekke en helt annen reaksjon enn hos et menneske som er likegyldig til fotballspillet (Leontjev 1979, s. 77–78).

Så til Rubinsteins kritikk av internaliseringsteorien. Vygotskys velkjente tese er denne:

En interpersonlig prosess er transformert til en intrapersonlig. Enhver funksjon i barnets kulturelle utvikling forekommer to ganger: Først på det sosiale nivået, og senere, på de individuelle nivået; først mellom folk (*interpsykologisk*) og så inni barnet (*intrapsykologisk*). Dette gjelder både for vilkårlig oppmerksomhet, logisk minne og for dannelsen av begreper. Alle de høyere funksjonene oppstår som aktuelle forhold mellom mennesker (Vygotsky 1978, s. 56–57).²

Gjennom en rekke arbeider gir Rubinstein en fundamental kritikk av Vygotskys posisjon. Han forkaster hele teorien om internalisering i Vygotskys tolkning. Budilova siterer Rubinstein fra en russisk publikasjon i 1960:

Det korrekte standpunkt angående spørsmålet om den sosiale determinering av menneskelig tenkning og de menneskelige egenskaper er i teorien om internalisering skjult av en mekanisk forståelse av den sosiale determinering i denne teorien. Teorien om internalisering river fra hverandre enhver vekselvirkende forbindelse og ethvert gjensidig forhold mellom det ytre og det indre, og avskaffer enhver dialektikk mellom det ytre og det indre, og det sosiale og det naturlige.

Rubinstein tilføyer i det samme arbeidet:

For å «gjendrive» vår karakterisering av internaliseringsteorien, kunne det bli argumentert at ifølge denne teorien er internaliseringen av det ytre formidlet gjennom subjektets virksomhet i dets tilegnelse av de ytre omstendigheter. Imidlertid avskaffer denne kjensgjerning på ingen måte den mekaniske karakter av dette synet på personligheten og utviklingen av de individuelle egenskapene siden subjektets virksomhet selv er oppfattet som determinert bare gjennom objektet, bare fra utsiden (Budilova 1975, s. 275).

2. Uttrykkene «interpsykologisk» og «intrapsykologisk» er oversatt fra de engelske «interpsychological» og «intrapyschological». Dette er en så vanlig feil ordbruk på norsk (og antakelig også på engelsk) at jeg har brukt de tilsvarende. Mer korrekt hadde vært «interpsykisk» og «intrapsykisk». («Psykologi» betyr jo ikke «psykisk», men «læren om det psykiske».)

Vurdering og slutning

Er Leontjevs kritikk av Rubinstein rettfærdig?

Den er ikke det. Rubinstein er langt fra å tenke i et S-R- eller S-M-R-mønster. Riktignok er Rubinsteins berømte tese uheldig, for den kan tolkes snevert, jf. Leontjevs «sult»-eksempel. Ser vi imidlertid tesen i lys av Rubinsteins større arbeider, blir kritikken urimelig. Vygotsky, A.N. Leontjev, og hans sønn A.A. Leontjev (1936–2004), går så langt som å snakke om to forskjellige tilnæringsmåter i psykologien, Rubinsteins og deres. A.A. Leontjev sier i en diskusjon med Lomov at den ene tilnæringsmåten kunne bli kalt teorien om vekselvirkning og den andre virksomhetsteorien (Leontjev 1980). Vi forstår at dette er en meget opphisset kontrovers.

Er Rubinsteins kritikk av Vygotskys og Leontjevs internaliserings-teori korrekt?

Jeg har prøvd å lese Vygotskys tese om internalisering ut fra en forsvarsposisjon, tolket den så positivt som mulig, og lest den i sammenheng med en helhetsforståelse både av ham og Leontjev. Jeg er likevel kommet til at Rubinstein har rett i sin kritikk av internaliseringsteorien i Vygotskys og Leontjevs forståelse av den. Rubinstein har den dypeste innsikten i virksomhetsteorien. Å konkludere motsatt av både A.N. og A.A. Leontjev er mest korrekt: En internalisering *inter-intra* er ikke mulig uten en samtidig eksternalisering *intra-inter*. Ikke vekselvirkning *eller* virksomhet, *virksomhet må forstås som vekselvirkning*.

De forskjellige psykologiske tilnæringsmåtene leder til ulike begreper om menneskets natur, og kan få – og har fått – svært viktige konsekvenser på flere områder. Bare ett eksempel: pedagogikk og oppdragelse. Tilhengerne av Vygotsky og Leontjev, som f.eks. Galperin og andre, utvikler teorier som viser hvordan eleven gjennom internalisering kan nå fram til mål, løsninger som allerede er gitt i samfunnet (dette er tilnæringsmåten til Sokrates), mens tilhengerne av Rubinstein vil legge vekt på å utvikle teorier som kan vise hvordan eleven gjennom eksternalisering kan nå fram til å stille nye spørsmål. Vi trenger begge typer pedagogiske teorier, for her dreier det seg om å vektlegge forskjellige prosesser.

VGOTSKY ELLER RUBINSTEIN?

Med utgangspunkt i Vygotsky-tradisjonen ville det slett ikke ha vært urimelig å hevde følgende: Vi bestrider ikke den eksternaliseringsprosessen som Rubinstein beskriver. Men forut for den går internaliseringen som nettopp skaper denne indre psykiske prosessen. Internaliseringen ligger til grunn for denne prosessen av analyse, syntese, abstraksjon, generalisering. De eksemplene vi ga tidligere av internaliseringsprosessen, illustrerer godt hvordan disse indre prosessene oppstår og dannes.

Med utgangspunkt i Rubinstein-tradisjonen vil *ikke* si det motsatte: Forut for internaliseringen går en psykisk prosess av analyse, syntese, abstraksjon og generalisering. Til grunn for internaliseringen ligger nettopp denne psykiske prosessen. Rubinstein – slik jeg tolker ham – ville heller si at prosessene internalisering og eksternalisering forutsetter hverandre og foregår samtidig.

Vygotsky og Rubinstein er to titaner i psykologiens historie. Må vi legge hovedvekten på motsetningen mellom dem? Kan vi ikke heller prøve å skape en syntese av deres store innsikter? Vi skulle forkaste enten-eller-tenkningen, enten vekselvirkning eller virksomhet, og anta en både-og-tenkning. Internalisering *ja* – men i Rubinsteins ramme. ❖

REFERANSER

- Budilova, J.A. (1975). *Philosophische Probleme in der sowjetischen Psychologie*. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften
- Enerstvedt, R.Th. (2015). Reflections on the Theory of Activity. I Hansson, Th. *Contemporary Approaches to Activity Theory: Interdisciplinary Perspectives on Human Behavior*. Blekinge Institute of Technology, School of Management (MAM)
- Enerstvedt, R.Th. (2011). *Spiller Gud terning likevel?* Oslo: Marxist Forlag
- Enerstvedt, R.Th. (1994). Læring som universel akt. I Niels Rosendal Jensen *Når barn vil lære noget*. Værlose: Billesø & Baltzer
- Enerstvedt, R.Th. (1982). *Mennesket som virksomhet*. Oslo: Tiden Norsk Forlag
- Leontjev, A.A. (1980). Tätigkeit und Kommunikation. *Sowjetwissenschaft*. No 5.
- Leontjev, A.N. (1979). *Tätigkeit-Bewusstsein-Persönlichkeit*. Berlin: Volkseigener Verlag
- Leontjev, A.N. (1974–75). The Problem of Activity in Psychology. *Soviet education*, vol 8, nr. 2. Fra *Vyprosy filosofii*, 1972, No. 9
- Lomov, B.F. (1980). Die Kategorien Kommunikation und Tätigkeit in der Psychologie. *Sowjetwissenschaft*. No 5.
- Peirce, C. S. (1997) *Pragmatism as a Principle and Method of Right Thinking*. The 1903 Harvard Lectures on Pragmatism. Albany: State University of New York Press
- Rubinstein, S.L. (1970). *Sein und Bewusstsein*. Berlin: Akademie-Verlag
- Rubinstein, S.L. (1976). *Væren og bevidsthed*. København: Gyldendal
- Rubinstein, S.L. (1969). *Prinzipien und Wege der Entwicklung der Psychologie*. Berlin: Akademie-Verlag
- Rubinstein, S.L. (1968). *Grundlagen der allgemeinen Psychologie*. Berlin: Volkseigener Verlag
- Vygotsky, L.S. (2001). *Tenkning og tale*. Oslo: Gyldendal
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press



DIAGNOSEN

Om trær, flis og bollar – og ein diagnose.

TEKST

Ragnhild B. Lygre,
psykologspesialist,
BUP Sentrum,
PBU, Haukeland
universitetssykehus

Eg hadde arva Unge Lovande frå ein kollega. Unge Lovande hadde arva meg. Gratulerer med dagen! Så sat me der då – Unge Lovande og eg, Skjelvande Ospelauv. Ein dag i april. Sola skein inn glaset på kontoret. Eg skulle servera Unge Lovande diagnosen. DIAGNOSEN. På eit sølvfat. Informert, partert og ferdig diskutert. Eg hadde berre møtt Unge Lovande eit par gongar før. Resten av arbeidet var det min kollega, Stødige Fjell, som hadde gjort. Ho var diverre slutta. Så her satt eg og blomstra.

Kven i helsike er eg til å sitja her og sette alle desse DIAGNOSANE? Kan henda eg har både ein og to av desse sjølve. Kva veit eg? Utsikten lyt vel innskrenka innsikta i somme fall, og visa versa. Det var det der med å sjå flis i andre sitt auge, men leva godt og uvitande om bjelken i ditt eige. Og omvendt med han Narcissus. Eg veit ikkje kor mykje av verda rundt han fekk med seg, der han låg og spegla seg i vatnet.

Eg kjende eg burde tatt meg ein bolle. Ein stor ein. Roa meg kraftig ned. Eg tok sats og kasta DIAGNOSEN på bordet. Ferdig stempla, kategorisert og tverrfagleg vurdert.

Eg kjende det som et stort tre hadde ramla ned med eit brak imellom oss. Men eg var den einaste som hørde det. Unge Lovande var heilt urørt. Eg kunne ikkje tenke på anna. Eg styrte og kava. «No e det sånn at...», «Basert på den utgreinga me har gjort...», «Me trur at...», «Det betyr at...». Eg rodde febrilsk rundt. Padla og kava.

Eg veit ikkje kva Unge Lovande gjorde med DIAGNOSEN. Om han tok den med seg. Prøvde den på framfor spegelen heime. «Litt trong i halsen, men det går seg vel til. Han er jo ny, denne DIAGNOSEN.» Kanskje han heller la den ifrå seg på venterommet, mellom Donald-blad og Illustrert Vitenskap. Eller kanskje han ikkje eingong tok den med seg ut ifrå kontoret. Kanskje den ble liggande der. På golvet. I solsteiken i april. ❌

Meninger



FOTO: GERALT/PIXABAY.COM

Førstehjelp for hva?

Psykologisk førstehjelp til elever som sliter kan høres fornuftig ut. Men psykologspesialist Kristine Moberg, som har jobbet som skolepsykolog i videregående opplæring, er i tvil om både behovet og nytten.

Les månedens hovedinnlegg på de neste sidene.

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

DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



Fuck!

PSYKOLOG
TIL TJENESTE

Tilgjengelighetens bakside

Psykologer som er tilgjengelig for elever på skolene, høres ut som en fornuftig investering. Men det kan være en ulempe å tilby helsehjelp for normale utfordringer.

JEG STO OG HAKKET OPP LØK til julelunsjen på DPS. Det gikk helt fint. Helt til en kollega kom med et *gisp*. Han utbrøt at jeg måtte være forsiktig med den skarpe kniven og de tynne fingrene. Jeg så i øynene at han allerede hadde sett for seg et dramatisk kutt med en avkappet finger. Jeg smilte overbærende. Men da jeg tok opp kuttingen var tempoet forstyrret. *Auuuu!!* Der kom jammen kuttet. Løk og blod og svie. Han så på meg med et *hva-var-det-jeg-sa-blikk*. Dette var første gang jeg kuttet meg i fingeren på kjøkkenet. Hva hadde skjedd? Hvorfor fikk han rett? En tvil hadde kommet snikende. Noen hadde tvilt på meg, og usikkerheten smittet og gjorde meg svakere.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie er en tydelig og engasjert frontfigur for psykisk folkehelse. Jevnlig skriver han sine perspektiv i Psykologtidsskriftet. Det er interessant og lovende med et slikt faglig engasjement fra en minister. I juli-nummeret i år skriver han at «unge som trenger hjelp fra psykolog eller helsesøster, må få det når de trenger det, ikke to uker eller to måneder etterpå». Han ønsker flere helsesøstre og flere skolepsykologer. En større skolehelsetjeneste, rett og slett. Jeg stiller meg bak Høie. Når man kjenner seg trist, usikker, redd og stygg, kan det være godt å ha en psykolog for

hånden. En som kan lytte – på jobben eller på skolen. «Psykologisk førstehjelp» er et fagbegrep med en metode som er i vinden i førstelinjetjenesten. Den metoden synes å passe som hånd i hanske med tilgjengelighetsprinsippet. Psykolog på dagen! For alle!

HVA ER GOD HJELP?

Det er mye som høres fornuftig ut som ikke nødvendigvis er det. Det er fornuftig med papirposer i butikkene, for å spare miljøet for plastavfall. Men idet de revner og maten faller utover bakken, blir det nødvendig med både pose og sekk. Det er fornuftig at barn ikke klatrer høyt i trærne, fordi de kan ramle ned. Men idet de mister evnen til å klatre, blir sjansen for alvorlige fall senere enda større.

Jeg har nylig avsluttet ett år som skolepsykolog ved en videregående skole på Østlandet. Det var en 50 % prosjektstilling med midler direkte fra Helsedirektoratet. Planen var å styrke skolehelsetjenesten ved å tilby psykologhjelp til elever som ønsker det. Det var en stor skole med 1200 elever. Jeg likte å være tilgjengelig i gangen, med førstehjelpsskrinet mitt bestående stort sett av én kvalitet, lytteevnen. Til tross for at mange elever oppsøkte meg og viste at det var behov for meg, ble jeg

TEKST

Kristina Moberg,
psykologspesialist

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens





Det er ikke nødvendigvis hjelp å møte en psykolog midt inne i en intens kjærlighets-sorg

etter hvert usikker på om «tilgjengelighetsmotet» er det jeg ville ha på min parole. Er det realistisk og fornuftig med tilgjengelig psykologhjelp hele tiden? Det er ikke nødvendigvis hjelp å møte en psykolog midt inne i en intens kjærlighetssorg. Ei heller når stressreaksjonen blomstrer under en presentasjon. Ungdom er i en fase der det er vanlig å oppleve flere kriser. De aller fleste krisene går over. Det vil livet lære dem. De vil erfare at det hjelper å snakke med foreldre, lærere og venner. De vil erfare at vonde følelser må aksepteres og håndteres. Jeg mener at vi står i fare for å gi unge mennesker et signal om at spesialisthjelp er nødvendig for å klare seg i livet. Jeg frykter at de vil *kutte seg i fingeren*, slik jeg gjorde, når de voksnes gisp treffer deres mage. De få som har vedvarende kriser, lever ofte i familier som ikke stiller opp, ikke ser eller hører. Kanskje er det da foreldrene som skal ha krisehjelpen?

Men hvis man faktisk skal møte elevene med profesjonell helsehjelp innen kort tid, midt i en følelse og midt i et behov, hva er egentlig *god hjelp*? Og hva er realistiske rammer for å gi alle en åpen dør? Fra skolens ståsted ønskes et tilbud som raskt styrker eleven til å gå tilbake til skoletimene. Men menneskelivet, uansett alder, er komplisert. Det er krevende å møte en psykolog et par ganger, for så å avslutte. Psykologen vil i kraft av sin rolle allerede før første time sette i gang en rekke prosesser hos den hjelpesøkende. I min jobb fremkom det at elevene hadde gruet seg for å møte meg, og hadde tatt mot til seg før første møte. Til tross for at de sa det var en terskel å oppsøke hjelp, fikk jeg mye å gjøre. Mange syntes det var sårbart at det var et såpass kortvarig og sporadisk helsetilbud. De ønsket en lytter over tid, ikke bare psykologisk førstehjelp. Det var heldigvis få av elevene som hadde så store vansker at de burde henvises til spesialisthelsetjenesten. Men siden livet alltid har alvorlige sider, var det ingen elev jeg tenkte burde latt være å oppsøke meg heller. Da jeg etter kort tid opplevde at døren min ble mer lukket enn åpen, grunnet høy etterspørsel, ga jeg alle en ramme på tre samtaler per elev. Men er tre samtaler en god ramme for det man vil oppnå?

PSYKOLOG PÅ DAGEN

Oppsummert er det tre punkter jeg mener gjenstår før jeg kan bli med i toget under parolen «Raskest hjelp er best hjelp».

- 1) Rask hjelp: Støtter forskningen at det gir effekt med rask psykologhjelp når barn og unge strever med vanskelige følelser? Hva hvis det blir som meg og knivepisoden, at man sår en tvil om de unges egne evne til å takle livets utfordringer og følelsers kraft?
- 2) Metodespørsmål: Psykologen benytter seg av psykologiske behandlingsmetoder. Hva skal metodikken være på skolen? Tilgjengelighetens pris kan bli en hodeløs psykolog fordi tilbudet blir for kort og uklart til at gode metoder kan praktiseres.
- 3) En utrygg relasjon: Et alvorligere punkt er at mange elever jeg møtte, hadde det utrolig vanskelig hjemme. Det er arrogant å starte en god time der foreldrenes alkoholisme, sinne og brutte løfter kommer opp, uten å følge det opp. Det krever ofte litt tid for at samtaler en-til-en skal ha en nytte, og mange ganger tilstrebes et systemisk perspektiv. Det å åpne opp for en god og trygg relasjon, uten å kunne følge det nevneverdig opp, kan skape skuffelse og medføre at eleven *lukker seg*.

NORMALT Å STREVE

På skolen der jeg jobbet, endte jeg opp med å starte et vellykket kunnskapsprosjekt i stedet for å drive en poliklinisk hurtigpraksis alene. Alle klasser fikk tilbud om besøk av skolepsykologen, der de kunne velge ulike tema: motivasjonsvansker, psykiske lidelser, søvnvansker, mobbing og stress. Vi dvelte ved vanskelige temaer sammen under mottoet «det er normalt å streve». Psykologi er et fag som engasjerer barn og unge. De tørster etter å forstå seg selv og andre bedre. Jeg mener at psykologisk kompetanse lett kan læres bort. Akkurat som det er viktig å forstå hva puberteten innebærer av fysiske endringer, er det viktig å forstå hva følelser er, og hvordan de virker på oss. Det er godt dokumentert at barn og unges psyke vil modnes og styrkes når de forstår mer av følelsenes og tankenes verden. Undervisningstilbudet mitt var ikke å regne som helsehjelp og skulle ikke journalføres. Elevene ble ikke pasienter, men forble elever. Det ble ingen kø utenfor et lite kontor, da alle fikk ta del i samme tilbud. Jeg mener at en undervisningspakke til skoleelever er en vei for psykologer å bygge videre på i skolenes korridorer. ✕

Upresist om fritt behandlingsvalg

Hurdalsjøen Recoverycenter mener rammebetingelsene Helfo tilbyr, står i veien for at Hurdalsjøen kan bli ledd i fritt behandlingsvalg. Det er en misforståelse.

I EN ARTIKKEL om Hurdalsjøen Recoverycenter – «Attraktivt og utenfor» i Psykologtidsskriftets juliutgave fremkommer det enkelte upresise utsagn om ordningen fritt behandlingsvalg.

Avslutningsvis i artikkelen i tidsskriftet hevdes det at reformen «strander», og at det er Helfo som i det vesentlige er problemet. I artikkelen påstås det at årsaken til dette er den døgnprisen som er «tilbudt per pasient». Dette er en misforståelse, og derfor anser Helfo det som nødvendig å redegjøre kort for hva som faktisk ligger i godkjenningsordningen fritt behandlingsvalg.

Ordningen fritt behandlingsvalg (FBV-ordningen) ble innført ved iverksetting av ny forskrift 1. november 2015. Helfo er gitt rollen som godkjenningsmyndighet for FBV-ordningen. Fritt behandlingsvalg er en bred, dynamisk og sammensatt reform. Formålene med ordningen er å øke pasientenes valgmuligheter, utnytte ledig kapasitet ved private sykehus samt å stimulere offentlige sykehus til bedre kapasitetsutnyttelse og effektiv drift.

Ordningen åpner for at private virksomheter skal kunne behandle pasienter innenfor bestemte kategorier i spesialisthelsetjenesten, for i etterkant å kunne kreve refusjon fra staten gjennom bestemte priser fastsatt av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har fastsatt nasjonale priser for samtlige helsetjenester som inngår i FBV-ordningen. Sentrale elementer i fastset-

telsen av prisene er kostnadsnivået ved offentlige sykehus og prisene i anbudsavtalene som de regionale helseforetakene har inngått med private leverandører.

En forutsetning for at en privat virksomhet skal kunne yte behandling på statens regning, er at de på forhånd har søkt og er blitt godkjent som leverandør i fritt behandlingsvalg (FBV-leverandør). Dette vil i praksis innebære at virksomheten har fått et godkjenningsvedtak fra Helfo på de spesifikke helsetjenestene de ønsker å tilby. Godkjenningsvedtaket er gitt i form av et enkeltvedtak, basert på konkrete vurderinger av bestemte vilkår i FBV-forskriften.

Som fremstillingen ovenfor viser, er det når det gjelder FBV-ordningen, ikke snakk om noen privatrettslig avtale, hvor Helfo «tilbyr en viss pris».

Kriterier, forpliktelser og priser er derimot fastsatt i forskrifts form, og er således en del av det vurderingsgrunnlaget som den enkelte private virksomhet må forholde seg til *før* de søker om godkjenning som FBV-leverandør – da på fullstendig frivillig basis.

Det stilles samme krav til faglig forsvarlighet for de godkjente virksomhetene som det gjøres for offentlige eller andre private virksomheter.

Helseforetaket Incita AS, avdeling Hurdalsjøen Recoverycenter, fikk innvilget sin søknad av Helfo i vedtak av 8. juli 2016 og er derfor nå offentlig godkjent som FBV-leverandør. ❌



KRISTIN BØGSETH,

avdelingsdirektør
for Helfo
pasientformidling

**FRITT
BEHANDLINGSVALG**



Ikke omfattende forsømming

Det står ikke så dårlig til med barnas stemme ved Tromsø Familievernkontor, som det hevdes i Flåm og Handegårds artikkel.



LARS ROSTADMO,
leder, på vegne
av Tromsø
Familievernkontor

FAMILIEVERN

I PSYKOLOGTIDSSKRIFTET NR. 6-2016 har Anna Margrete Flåm og Bjørn Helge Handegård en vitenskapelig artikkel om barns stemme ved vold i familien. Hovedkonklusjonen deres er at «det pågår ei omfattende forsømming av barnet som deltakende subjekt» i familievernet. Siden denne konklusjonen er basert på tall Flåm samlet inn ved vårt kontor i 2012, er artikkelen i realiteten en temmelig kross kritikk av vårt arbeid. Vi ønsker velkommen forskning og kritisk søkelys på hele vår virksomhet. Bare da kan vi være en tjeneste i utvikling som utgjør en forskjell for de familiene som oppsøker oss. Vi kjenner oss imidlertid ikke helt igjen i konklusjonen i artikkelen og ønsker å nyansere bildet.

GODT SAMARBEID AVGJØRENDE

I Flåms undersøkelse fant hun at barn deltok i én eller flere samtaler i 39 av 103 voldssaker. I 33 av de 106 sakene var alle barn under fire år. De minste barna vil ofte ha andre behov for å uttrykke seg og bearbeide sine opplevelser etter vold enn å samtale med en terapeut. Familievernkontoret tilbyr kun samtaler og er ikke tilrettelagt for eksempel for leketerapi. Det er et betimelig spørsmål hvem som kan og skal ivareta de minste barna.

Ser vi på antall saker med barn over fire år (72), deltok barna i om lag halvparten (35). Vi finner det underlig at dette omtales som «uttrykk for omfattende forsømming», uten at det er gjort rede for om noen av disse barna fikk

oppfølging av andre instanser. Hvis vi vet at barnevernstjenesten, BUP eller Statens Barnehus snakker med barna, er det ikke nødvendigvis hensiktsmessig at også vi skal snakke med dem. Det avgjørende spørsmålet må være om *noen* ivaretar barnas behov for å bli hørt og sett, og at disse evner å formidle videre viktig informasjon til andre involverte instanser gjennom et godt samarbeid.

ET FAMILIEVERN I ENDRING

Vi erkjenner at det er tilfeller der barn burde vært invitert til samtale hos oss, og hvor vi ikke har gjort nok for å ivareta dem. Dette tar vi på største alvor. Vi har som mål å ha samarbeidsmøter med andre involverte instanser for å kunne sikre at barna får den nødvendige oppfølgingen over tid. For å kvalitetssikre arbeidet i voldssaker har Tromsø Familievernkontor et eget møte for kollegaveiledning annenhver uke. Et viktig spørsmål da er om barna er ivaretatt.

Statistikk over vår virksomhet viser at antall barnesamtaler har økt betydelig de siste årene, og at vi i 2015 er blant de familievernkontorene i landet med høyest andel barnesamtaler. Vi vet at det skjer mye positivt i familievernet i Norge når det gjelder å snakke med barn. Nylig ble det avholdt en nasjonal meklerkonferanse der inkludering av barn var et sentralt tema. Bufdir har gitt R-BUP Sør og Øst i oppdrag å lage en veileder for samtaler med barn i familievernet. Vi håper og tror at dette vil bidra til at barn i stadig større grad inkluderes i familievernet over hele landet.

KORTERE VENTETID

Flåm og Handegård etterlyser mer bruk av kartleggingsverktøy for å avdekke vold. Familievernet har tradisjonelt benyttet lite skjemaer og kartleggingsverktøy. Fokuset har vært på å la den enkelte fortelle med sine egne ord hvordan de har det, og hva de har behov for. Skjemaer med sine standardiserte spørsmål kan virke formelt og upersonlig. Det avgjørende, slik vi ser det, er at den enkeltes historier og livssituasjon blir tydelig, og at hjelpebehovet blir avdekket. Flåm og Handegård har rett i at mange vegrer seg for å fortelle om volden. Kartleggingsverktøy kan være nyttige hjelpemidler i så måte. Derfor bruker vi kartleggingsskjemaet «Abuse Index» og kartleggingspakken til ATV i noen samtaler. Vi tror likevel at det er andre faktorer som er vel så viktige for å avdekke vold, nemlig at terapeuten er sensitiv, uttrykker aksept og anerkjennelse for den enkeltes opplevelser samt våger å tematisere vold og innbyr til tillit.

I artikkelen blir den lange ventetiden hos oss trukket frem. Det er riktig at det var et problem den gangen. Vi har jobbet målrettet med å få ned ventetiden og lyktes med det. Gjennomsnittlig ventetid er nå 20 dager, ikke 79 som det var i 2012. For at vi skal fortsette å være et lavterskeltilbud med kort ventetid, er vi avhengig av å involvere andre instanser hvis familiene trenger omfattende hjelp over lang tid. I flere saker vil det være viktig å henvise til eller samarbeide med kommune- og spesialisthelsetjenesten. Der har vi, som Flåm og Handegård peker på, et forbedringsområde.

Vi deler Flåms og Handegårds vektlegging av hvor viktig det er å høre og se barn som er eksponert for familievold. Vi har ennå en vei å gå i familievernet for at barna skal snakkes *med* og ikke bare *om*, men vi er på god vei, og mye positivt har skjedd. I det arbeidet ønsker Tromsø Familievernkontor å være en pådriver. ✕

Debattert

Rus

Generasjonskløft: For 30 år siden snakket man ikke om narkotika som ulike rusmidler. På den tid var alle ruserfaringer ansett som negative. Slik er det ikke lenger. Slike forenklinger har blitt nyansert av kilder den eldre generasjon ikke hadde tilgang til. Men de eldre bytter ikke strategi. I norsk politikk er det ungdomspartiene som vil endre ruspolitikken.

Jon F. Olsen i Bergens Tidende 13. august

Forebygging: Forebygging av rusproblemer handler sjeldent om rus, og god rusbehandling er mye mer enn behandling av en ruslidelse. Felles for gode tiltak er at de fokuserer på inkludering og at vi alle har et grunnleggende behov for å få delta i et fellesskap.

Kari Lossius i Bergens Tidende 17. august

Eldrerus: Helsevesenet tar ikke konsekvensene av samtidig bruk av alkohol og legemidler hos eldre tilstrekkelig på alvor. Det er ingen tvil om at kunnskapshullene hos de ansatte i helsevesenet må tettes igjen.

Inger Christin Torp i LO-Aktuelt 17. august

Narkotrend: Både i Europa og i Norge samt i Bergen kommer de nye narkotikatrendene nå for fullt og i et omfang som ikke lenger kan gi mulighet for dagens politikere å lukke øynene. Slik gårsdagens politikere gjorde, og derfor stadig kom på etterskudd både med forebygging og rusbehandling.

Erling Pedersen i Bergensavisen 18. august

Foreldrefyll: Å drikke seg full foran barn er det som fordømmes aller mest i undersøkelsen til Bufdir om foreldres oppførsel overfor barn. I motsatt ende havner det å ta seg et glass vin eller øl i samvær med barn.

Aftenposten, 20. august

Misvisende om radikaliseringsprosesser

De fleste som går inn i ekstreme grupper, gjør det fordi gruppen oppfyller noen grunnleggende behov for dem – behov de ikke har fått oppfylt andre steder. Det er misvisende å se dem kun som passive ofre for hjernevask.



TORE BJØRGO,

leder for Senter for ekstremismeforskning (C-REX), Universitetet i Oslo

RADIKALISERING

PSYKOLOG CATHRINE MOESTUES beskrivelse av radikaliseringsprosesser på Psykologforeningens hjemmeside gir et noe skjevt bilde av både hvordan og hvorfor unge mennesker går inn i ekstreme grupper. Hun skriver:

En radikaliseringsprosess kjennetegnes ved et målrettet angrep på en persons identitet og vaner. Hensikten er å endre personens virkelighetsoppfatning og selvbilde. [...] Hensikten er få rekrutten til å underkaste seg rekrutterer (ledelsen) og doktrinen i den ekstreme gruppen. Slike prosesser ligger under radaren for bevissthet og blir på folkemunne ofte kalt for hjernevask.

Dette er en lite treffende beskrivelse av hvordan og hvorfor unge mennesker går inn i ekstreme grupper. Et hovedfunn i den omfattende forskningen på feltet er at radikaliseringsprosesser oftest skjer i vennegrupper eller blant søsken. Oftest er det én i klikken som er noe mer politisk og ideologisk motivert enn de andre, oppretter forbindelser til ekstreme miljøer og får kameratene med seg til å delta i ekstremistiske aktiviteter (Nesser 2015, Sageman 2008). En annen vei inn er at personer selv aktivt oppsøker nettstedene og fora på sosiale medier for å se videoer og finne annen informasjon. Denne propagandaen er selvsagt manipulerende. Den spiller på ungdommens behov for å finne en mening i tilværelsen eller deres fantasier om manndom, heltemot og voldelig action. Etter hvert tar de kontakt med aktivister eller ekstremistgrupper og går selv inn i ekstremistiske aktiviteter, eller de blir fremmedkrigere. Min egen forskning har vist at ungdom gikk inn i ekstreme grupper fordi gruppen oppfylte noen grunnleggende behov som de ikke hadde fått oppfylt andre steder, som tilhørighet, vennskap, identitet, beskyttelse eller action og spenning (Bjørge 1997, Bjørge 2011, Bjørge og Gjelsvik 2015). Det er kombinasjonen av tilbud

og etterspørsel, eller «push» og «pull», som får ungdom til å gå inn i slike ekstremistgrupper.

Den tidligere sjefen for Politiets Efterretningstjeneste (PET) i Danmark, Jacob Scharf¹, bekrefter noe av det samme bildet i et intervju i avisen BT (19. juli 2016):

Efter mange års arbejde med at forstå, hvad der driver unge ud i terror, er det Jakob Scharfs oplevelse, at vi begår flere fejl. «Vi tror, at der går nogle ud og griber fat i de unge og radikaliserer dem. Meget ofte er det faktisk de unge selv, der opsøger radikaliseringsprosesser på nettet. Det er en væsentlig pointe. Man må forstå dette for at finde de rette løsninger. Religion spiller en meget lille rolle. Terrorister er ikke særligt religiøse mennesker. De ved ikke meget om religion, men bruger religiøse argumenter for at retfærdiggøre deres handlinger. Imamer har ikke nogen særlig betydning for de her radikaliseringsprosesser», siger han.

HJERNEVASKTEORIEN ER AVVIST

Den formen for manipulerende grooming og rekruttering som Moestue beskriver, forekommer også, men dette er ikke hovedbildet. Hennes beskrivelse synes å være sterkt påvirket av den såkalte anti-kult-bevegelsen, som opererer med begreper som hjernevask, «mind control» og deprogrammering. Slike forståelsesmåter blir ofte omfavnet av foreldre med barn som har gått inn i ekstreme kulturer eller voldelige ekstremistgrupper, fordi de har vanskelig for å akseptere at deres barn kan ha blitt med på noe slikt av egen fri vilje.

Innenfor den seriøse forskningen på nyreligiøse bevegelser har imidlertid disse forestil-

.....

1 Intervju med Jacob Scharf i avisen BT: <http://www.bt.dk/krimi/terrorister-er-ikke-saerligt-religioese>

lingene om «hjernevask» lite støtte, og har blitt kraftig imøtegått (f.eks. Bromley & Richardsson 1983, Dawson 2006). American Psychological Association (APA) har også avvist hjernevaskteorien (se «Mind Control» i Wikipedia²). Denne svært problematiske forklaringsmodellen på hvorfor personer går inn i kultgrupper, blir helt feil når den blir forsøkt overført på radikaliseringsprosesser og deltakelse i ekstremisme, fordi den gir et nyansert bilde av både push- og pull-faktorer, og hvilken betydning de sosiale relasjonene har (Bromley & Richardsson 1983, Wright 1987, Bjørge 1997: kap. 6).

Min kritikk er altså rettet mot Moestues skjeve fremstilling av radikaliseringsprosessen. Det gjelder særlig i teksten på Psykologforeningens nettside, mens videopresentasjonen samme sted er noe mer nyansert. For øvrig sier hun ellers mye fornuftig og riktig om hva vi kan gjøre for å hjelpe ungdommer som er kommet inn i slike ekstremistbevegelser. Men skal man forebygge radikaliseringsprosessen, bør man likevel ta utgangspunkt i en bedre fundert forståelse av hvordan og hvorfor det skjer. ✖

LITTERATUR

- Bjørge, T. (1997). Racist and Right-Wing Violence in Scandinavia: Patterns, Perpetrators, and Responses. Oslo: Tano Aschehoug.
- Bjørge, T. (2011). Dreams and disillusionment: Engagement in and disengagement from militant extremist groups. *Crime, Law and Social Change*, 55(4), 277–285.
- Bjørge, T. og Gjelsvik, I.M. (2015). *Forskning om forebygging av radikaliseringsprosessen og voldelig ekstremisme: En kunnskapsstatus*. Oslo: PHS Forskning 2015/2. https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/338853/forskning_paa_forebygging.pdf
- Bromley, D.G. & Richardson, J.T. (1983). *The Brainwashing/Deprogramming Controversy: Sociological, Psychological, Legal and Historical Perspectives*. New York and Toronto: The Edwin Mellen Press.
- Dawson, L. (2006). *Comprehending Cults: The Sociology of New Religious Movements*. Oxford University Press.
- Horgan, J. (2014). *The Psychology of Terrorism* (2. utg.). New York: Routledge.
- Nesser, P. (2015). *Islamist Terrorism in Europe: A History*. London: Hurst & Company.
- Sageman, M. (2008). *Leaderless Jihad: Terror Networks in the Twenty-First Century*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Wright, S.A. (1987). *Leaving Cults: The Dynamics of Defection*. Washington, DC: Society for the Scientific Study of Religion.

.....

2 Gjennomgang av debatten om «hjernevask» i APA: https://en.wikipedia.org/wiki/Mind_control



Et lite hjertesukk til Bent Høie

Helseministeren etterlyser flere psykologer og helsesøstre i kommunene. Samtidig kuttes det i videre- og etterutdanningsprogramene førstelinjen trenger.

CHRISTIAN HJORT, instituttbestyrer ved Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi (IGA)

HELSEPOLITIKK

MED UTGANGSPUNKT I TV-serien «Jeg mot meg» skriver helse- og omsorgsminister Bent Høie klokt om psykisk helse blant unge i juli-utgaven av *Psykologtidsskriftet*. Han mener at det trengs flere fagfolk i kommunene og forteller om et initiativ for å lovfeste at det skal være psykolog og helsesøster i alle kommuner. Lovforslaget har min fulle støtte. Men denne typen førstelinjearbeid er utfordrende, og både psykologer og helsesøstre trenger videre- og etterutdanning.

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi (IGA) har, i likhet med de fleste psykoterapiinstituttene, i år fått redusert tilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet. TV-serien «Jeg mot meg» illustrerte kraften og mulighetene som ligger i gruppeformatet. Gruppeterapi er effektivt, men også vanskelig og må læres. Skal kommunene ha et kvalifisert tilbud innen psykisk helse, må satsing på ett område ikke uthules av nedskjæringer på andre. ✖

Problematiskschizofrenikritikk

Pål Grøndahls anmeldelse av Kieran McNallys schizofrenikritiske bok gir ingen indikasjon på at den kritikken som presenteres i boken, i seg selv skulle være grunnleggende eller relevant.



TORGEIR M. HILLESTAD,

professor i psykologi,
Universitetet i
Stavanger

SCHIZOFRENI

I **TNPF NR. 7**, 2016 har Pål Grøndahl en anmeldelse av Kieran McNallys bok, som inneholder en grunnleggende kritikk av schizofrenibegrepet. Jeg vil understreke at jeg ikke har lest McNallys bok og bygger mine kommentarer til schizofrenikritikken utelukkende på Grøndals anmeldelse. Mye må derfor tas med forbehold, men jeg finner ikke at Grøndals gjennomgåelse klarer å formilde at schizofrenibegrepet i seg selv skulle være ugyldig, slik det antydes. At begrepet i seg selv skulle være ugyldig, kan bare bety at tilstanden det er ment å beskrive, ikke finnes.

Det refereres for eksempel til Bleuler, som skapte selve schizofrenibegrepet, men ingenting av det som nevnes her, peker i retning av at selve schizofrenibegrepet i seg selv skulle være feilaktig. Katatoni som schizofrenitype trekkes fram, men å påpeke at dette er symptomer, som i motsetning til på Bleulers tid i dag nærmest har forsvunnet, er ikke et tilstrekkelig argument for at schizofrenibegrepet skulle være irrelevant. I den grad det erkjennes at slike symptomer har eksistert og fremdeles eksisterer, selv om de er «ekstremt sjeldne», er dette jo snarere en bekrefteelse på at Bleulers basale antakelse er riktig.

Grøndahl legger stor vekt på McNallys demonstrasjon av hvordan schizofrenibegrepet har undergått utallige endringer i årenes løp slik at en nærmest kameleonaktig forvirring har gjort seg gjeldende. I en vitenskapelig sammenheng er det imidlertid ikke unaturlig at både fenomener selv, heri også symptomene,

og de begreper som benyttes, gjennomgår radikale endringer over tid. Det mest interessante her er imidlertid, slik Grøndahl fremstiller det, de utallige mislykkede forsøkene på å foreta klassifikasjoner på bakgrunn av symptomatologi. Det Grøndahl *ikke* nevner i denne sammenheng, er nettopp den underliggende forståelsen, selve det underliggende begrepet om schizofreni som i det hele tatt gjør det mulig å kategorisere et sett ulike symptomer som tilhørende en bestemt kategori, enten dette gjøres på en grundig eller mer tilfeldig måte. Om ikke dette eksplisitt reflekteres over og blir liggende som et grunnleggende premiss for all diagnostisering, er det likevel til stede *implisitt*, med den følge at diagnosearbeid i større grad står i fare for å bli en blindjengeraktig reise gjennom stadig mer forvirrende symptombilder og uttrykk, slik Grøndahl også gjengir McNally. Dessuten står vitenskapelige begrepsforklaringer basert på kun ytre symptomatologi alltid i fare for å ende i sirkulære selvforklaringer: Symptomet er lidelsen fordi lidelsen er symptomet.

Hele spørsmålet rundt schizofrenibegrepet og diagnostisering generelt synes altså å gå dypere enn det McNallys prosjekt går ut på, i den grad jeg har forstått Grøndahls framstilling av ham korrekt. Denne problematikken dreier seg kort og godt om det grunnleggende forholdet mellom *begrep* og *fenomen* som ligger til grunn for all vitenskapelig tenkning og forståelse. ❌

Runddansen

Forskning påvirker klinisk ekspertise, som påvirker pasienten, som igjen påvirker forskning i en runddans som heter evidensbasert praksis.

EVIDENSBASERT PRAKSIS ER integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål [1]. Kunnskapsbasert praksis er langt på vei tilsvarende, med integrering av forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap samt brukerkunnskap og brukermedvirkning. Dette er førende prinsipper for behandlingen pasientene skal motta fra de aller fleste helseprofesjoner, og er ikke i seg selv kontroversielle. Det som i praksis er vanskelig og har skapt mye debatt den siste tiden, er hvordan disse tre kunnskapsbasene skal integreres og munne ut i en behandlingsanbefaling. Sjefredaktør Bjørnar Olsen tar opp noen av disse debattene i augustutgaven og kommenterer at «det kan se ut som det hersker forvirring om hvilken kunnskapsbase behandlingstilbudet skal bygge på: brukerens levde liv, kliniske erfaringer, forskning eller politiske føringer». Politiske føringer er ikke en del av evidensbasert praksis, men helseminister Høies krav om medisinfrie behandlingsalternativer har vært fremmet fra flere brukerorganisasjoner over lang tid. På den annen side hevder professor Røssberg med fler (innlegg i Aftenposten 14. juni og 17. juli, 2016) at det mangler forskningsdokumentasjon for medisinfrie behandlinger for psykoselidelser. Professor Torgalsbøen parerer dette med å påpeke at medikamentell behandling ikke virker for alle psykosepasienter (Psykologtidsskriftet; nr. 8, 2016). Hvordan integrerer en dyktig psykiater den tilgjengelige forskningen i behandlingen av en psykosepasient som ikke ønsker medisiner? Mangler vi forskningsdokumentasjon fordi vi ikke har forsket nok på det, eller fordi medisinfri behandling ikke virker?

I juliutgaven av Psykologtidsskriftet mener Johan Siqveland at forskningen som underbygger psykologisk praksis, ikke er til å stole på, og at psykologifeltet må være mer åpen om at

effekten av vår terapi er mer usikker enn det som kommuniseres. Siqveland peker på kjente problemer i forskning, men om jeg som forsker måtte velge, ville jeg stolt mer på forskningskunnskap enn på erfaringsbasert kunnskap. Debatten er ikke bare mellom kunnskapsbasene, men også internt. I juni- og augustutgavene av Psykologtidsskriftet var det debatt mellom brukeraktivist Odd Volden på den ene siden og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse på den andre om terminologiene «brukerperspektiv» og «brukerkunnskap». Det ser ut til at representanter for brukerperspektivet til tider kan være uenige, og man kan enkelt finne uenigheter mellom representanter for forskning og klinisk ekspertise også. Det fremstår for meg positivt at debattantene argumenterer ut ifra hva de fra sine ståsted mener er best for pasientene. Som det står i prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (EBPP): «Et sentralt mål ved EBPP er å maksimere pasientens muligheter til å velge blant effektive, alternative intervensjoner» [1]. Hva som er en effektiv intervensjon, vil variere over tid og hvem man spør.

En spennende endring som vil påvirke evidensbasert praksis i fremtiden, kommer fra Forskningsrådet, som fra i år setter krav til brukermedvirkning i forsknings- og innovasjonsprosjekter. I søknader om forskningsmidler skal søker beskrive hvem brukerne er og hvordan de er involvert i planlegging, gjennomføring og utnyttelse av resultatene» [2]. I praksis betyr det at alle som søker midler fra helseforskningsprogrammene, må fylle ut et tosidert vedlegg som redegjør for hvordan prosjektet ivaretar brukermedvirkning i alle prosessstrinn. Konkurransen om disse midlene er knallhard, og derfor er jeg sikker på at vi vil se et kraftig oppsving i brukerpåvirkning av forskning. Over tid vil det påvirke hva vi forsker på, hva som er relevante utfallsmål, samt hvordan resultatene blir tolket og formidlet. Vi går inn i et spennende tiår der brukerperspektiv og brukerkunnskap vil påvirke produksjonen av forskningskunnskap. Brukerperspektivet vil bringe inn nye problemstillinger og sørge for at vi forsker på det som betyr mest for pasientene. Med tanke på de nevnte debattene ovenfor håper jeg brukermedvirkning i forskning helt konkret blir synlig i form av flere og bedre studier på effekten av psykoterapi og medisinfri behandling av psykoselidelser. ✕



TEKST

Espen Walderhaug,
psykolog og PhD.

[1] <http://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis>

[2] http://www.forskningsradet.no/prognostikk-behandling/Brukermedvirkning_i_helseforskningsprogrammene/1254019674477



TOR LEVIN HOFGAARD er president i Norsk psykologforening. Sammen med Gerd Kristiansen, Bent Høie og Kerstin Söderström er han fast kronikør.

Menneskerettigheter i arbeidshverdagen

Vi psykologer bør spørre oss om vi gjør nok når vi ser farlige, negative eller destruktive utviklings- trekk i samfunnet eller i de tjenestene vi jobber i.

«**I PSYKISKE HELSETJENESTER** finner vi de siste rester av barbari i helse og omsorg. Tjenestene er preget av uvennlighet, og av grusom, umenneskelig og fornedrende behandling.» Slik beskriver FN den globale tilstanden innenfor vårt fagområde. Dette er alvorlig, og det er vår sak.

FNs høykommissær for menneskerettigheter var skremmende tydelig da han oppsummerte verdens tilstand under psykologikongressen til Den Internasjonale Unionen for Psykologisk vitenskap (IUPSyS) i Yokohama i sommer.

I tillegg slo høykommissæren fast at kampen for et bedre psykisk helsetilbud til verdens befolkning er en bred menneskerettighetskamp også ut over å fjerne direkte overgrep. Når alvorlig depresjon, sterk angst eller andre alvorlige psykiske helseplager reduserer forventet levealder med opp til 20 år, er det å hjelpe den enkelte, og forbedre tjenestene, også en kamp for å oppfylle menneskers grunnleggende rettigheter.

EN KAMP

Menneskerettighetene slår fast at god fysisk og psykisk helse er *likestilte* rettigheter. Slik er det altså ikke i verden. Fortsatt er psykisk helse nedprioritert, en nærmest fraværende prioritet i mange land.

Høykommissærens klare tale på den største internasjonale kongressen i psykologi i verden er en sterk påminnelse om at det fagfeltet vi er del av, på ingen måte er velutviklet i verden. Det gjenstår mye før vi kan slå fast at folk med psykiske helseplager behandles noe i nærheten av slik vi forventer for fysiske plager. Derfor blir kampen for et bedre tilbud til alle som sliter psykisk, en menneskerettighetskamp. Både globalt, regionalt og nasjonalt.

Ser vi til Norge, har helsetjenestene hele tiden vært gjenstand for utvikling i et samspill med menneskerettighetene. Dagens pasientrettighetslov er et eksempel på det. Det samme er prinsippet om den medvirkende pasient, prinsippet om samvalg og innsyn i alt vi gjør, og nå sist: medisinfriske tilbud i psykisk helse. Det er verdt å minne om at det ikke er lenge siden det ble ansett som uetisk og fullstendig uforsvarlig å vise pasientene det vi skrev i journalene. I dag er det motsatte nærmest utenkelig.

VOKSENDE ERKJENNELSE

Men det har ikke skjedd av seg selv. Det har endret seg fordi koblingen mellom helse og menneskerettigheter er styrket, fordi noen har stått på barrikadene og aldri sluttet å minne oss på denne koblingen, og fordi noen til slutt lyttet. Selv om forpliktende menneskerettigheter skal være integrert i lovgivingen, er fortolkningen og forståelsen av universelle rettigheter i stadig endring. Det utvikler også helsetjenestene.

Koblingen mellom menneskerettigheter og helse blir enda tydeligere om vi ser på hva norske myndigheter må rapportere til FNs menneskerettighetsråd om: vold og overgrep mot barn, underrapportering av voldtekt, vold i nære relasjoner, varetekt i norske fengsler, menneskehandel, homofiles, bifiles og transseksuelles situasjon, situasjonen for enslige mindreårige asylsøkere, tvangsbruk i psykisk helsevesen, rettigheter til personer med nedsett funksjonsevne. Alle disse områdene har berøringspunkter med helse. Og således skjærer menneskerettighetsspørsmål rett inn i vår alles hverdag – uansett om vi jobber med de alvorligste lidelsene, eller i eksempelvis kommune, barnevern, PPT eller NAV.

Det er en voksende erkjennelse i psykologverdenen av at menneskerettigheter er og må være mer enn fine ord i de fagetiske retningslinjene. Noe vi tar for gitt. Som fagprofesjon er vi forpliktet til å bidra til et bedre samfunn for alle, langt ut over helsetjenestene. Vi har et grunnleggende ideal om å ikke skade (do no harm) og om å gjøre det som er best for menneskene (do well). Således må menneskerettighetene være en viktig inspirasjon til hvordan vi skal opptre i et samfunn, til hvordan vi bruker vår stemme og deltar aktivt i samfunnsutviklingen.

BRYR VI OSS?

Presidenten i IUPsyS, sørafrikaneren Saths Cooper, stilte i sitt hovedinnlegg i Japan noen spørsmål som fortsatt henger i luften: Bryr vi oss som profesjon om det som skjer av urett i verden? Griper vi ordet? Deltar vi i de viktige samfunnsdebattene? Er vi tilstrekkelig kritiske til den verden som skaper opplevelsen av stadig mer lidelse og urett? Eller er vi for opptatt av å betrakte verden i et verdinøytralt, kontekstfritt og naturalistisk perspektiv? Anses det som en uting for akademikere, forskere og praktikere å «blande seg inn», det vil si å ha verdibaserte

meninger om det som skjer i verden? Presidentens budskap var at i så fall er vi på helt feil vei med profesjonen.

Dette er et budskap verdt å reflektere over for Psykologforeningen, og for hver enkelt av oss som psykologer og akademikere. Jeg vet at mange er engasjerte og bruker mye av sin tid på å kjempe mot urett. Og mange av oss er motiverte til det vi gjør hver dag av å bidra til å skape et bedre samfunn. Det er likevel verdt å spørre om vi gjør nok når vi ser farlige, negative eller destruktive utviklingstrekk i samfunnet eller i de tjenestene vi jobber i.

Den Europeiske Psykologføderasjonen (EFPA) vedtok på sin generalforsamling i fjor at alle psykologforeninger skal ta offentlig til orde for respekt for menneskerettighetene, og bidra til å avdekke, intervenere og advare mot beslutninger eller praksiser i samfunnet der vi ut fra faglig ståsted kan påpeke at menneskerettighetsbrudd er skjedd, eller kan komme til å skje. Dette er tydelig marsjordre fra en samlet profesjon i Europa.

LANDSMØTET SKAL AVGJØRE

I Norsk psykologforening vil Landsmøtet i november ha menneskerettighetenes plass i psykologien og i foreningens arbeid på agendaen. Personlig ser jeg på dette som en av de viktigste landsmøtesakene i min tid fordi den går rett til kjernen av hvem vi som profesjon er til for, og hva vi skal bruke vår akademiske og faglige posisjon til. Det skal stemmes over et forslag om å gi Menneskerettighetsutvalget en tydeligere selvstendig rolle enn i dag. Forslaget er motivert av ønsket om å sikre at menneskerettighetsspørsmål kommer høyere på dagsorden også hos oss. Og forslaget er en direkte konsekvens av anbefalinger fra EFPAs menneskerettighetsutvalg.

Kampen for et bedre samfunn for alle, nasjonalt så vel som globalt, for en bedre psykisk helse og for bedre tjenester er en del av en menneskerettighetskamp vi i realiteten alle er en del av. FNs høykommissær for menneskerettigheters ord i Japan er en direkte oppfordring til oss alle om å engasjere oss bredt. Det samme er spørsmålet fra presidenten i IUPsyS. Vi må delta i det offentlige ordskiftet både nasjonalt og internasjonalt for å tydeliggjøre at vi er et fag, og at vi er akademikere, som er på rett side når det gjelder universelle rettigheter både i helse og i samfunnet for øvrig. ✕



Menneskerettighets-spørsmål skjærer rett inn i vår alles hverdag



Nyansert om de minste

Forfatterne ivaretar den utfordrende balansegangen mellom håp og realisme i veiledningen av foreldre.



KRISTIN GUDNOR FURUHOLMEN OG METTE SUND

SJØVOLD *De minste barnas stemme.*

Utredning og tiltak for sped- og småbarn i risiko.
Universitetsforlaget,
2015. 344 sider

ANMELDT AV

Tonje Holt, psykolog og forsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, område for psykisk og fysisk helse, avdeling for barns utvikling

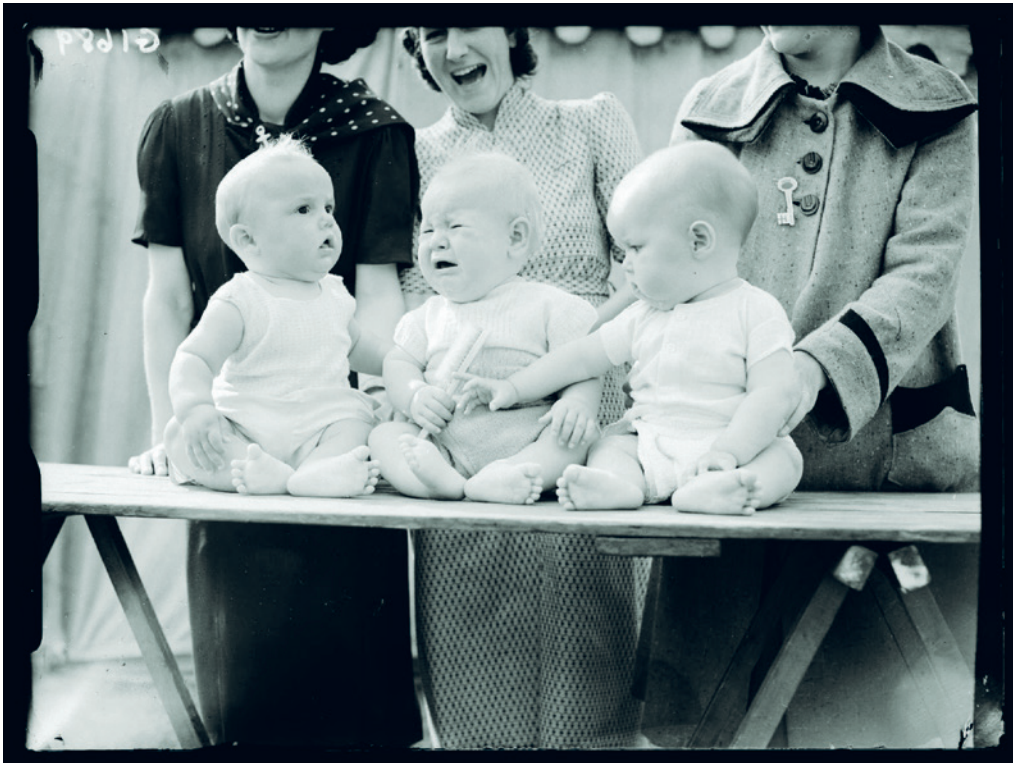
DET MÅ HA vært en utfordrende oppgave å skrive en fagbok som løfter frem de minste barnas stemme, og som samtidig vektlegger dilemmaene i møtet med små barn i risiko. Jeg opplever at forfatterne av boka mestrer denne oppgaven. Boka har et bredt nedslagsfelt. Målgruppen er fagpersoner som kommer i kontakt med risikoutsatte sped- og småbarn, men også studenter, foster- og adoptivforeldre kan ha nytte av boka. Forfatterne kommer fra fagmiljøet som tidligere var Aline spedbarnssenter, og som nå er del av Aline og Frydenberg Barnevernsenter. Det preger teksten at de har flere års erfaring med å arbeide med de utsatte barna.

Uten noe verbalt språk er det lett at de minste barna ikke blir hørt, og at det er de voksne som snakker på vegne av barna. I denne teksten klarer forfatterne å få leseren til å lytte til disse barna. Boka går grundig gjennom hvordan barn utvikler seg de første leveårene, og gode kliniske eksempler hjelper leseren til å rette blikket mot barnas stemme. Boka er også godt skrevet. Selv om den har en sterk faglig forankring, er den lett å følge, og de kliniske eksemplene gjør teksten praksisnær.

GRUNDIG OG OMFATTENDE

Boka er nyansert og grundig, og samtidig fanner den bredt. Den presenterer teoretisk og empirisk kunnskap på en god måte, og kunnskapen blir gjort relevant for praktikerer. De første kapitlene gir en faglig redegjørelse for hvordan utvikling i barnets første leveår blir forstått, de viktigste utviklingstemaene som da finner sted, og betydningen av det tidlige samspillet mellom barn og omsorgsperson. Deretter følger noen kapitler om vanskelige livssituasjoner som de minste barna kan leve i, blant annet vanskjøtsel, vold og overgrep, samt situasjoner der foreldrene er avhengig av rus, har psykiske vansker eller nedsatt kognitiv fungering.

Som rammeverk for å beskrive og forstå barnets fungering og reaksjoner benyttes og forklares begrepene regulering og reguleringsvansker. Kapitlene som presenterer eksponering for rus og illegale rusmidler, er noe strammere i formen enn de andre kapitlene ved at de oppsummerer kunnskap på en mer systematisk måte, og har færre kliniske refleksjoner. De neste kapitlene handler om utredningsarbeid, både av barnets vansker, samspill, tilknytning og foreldrenes omsorgskapasitet. Her er



HØR DE MINSTE

Boken *De minste barnas stemme* gir rom og plass til at de minste barna skal høres, mener Tonje Holt. Foto: Reuben Saidman (1906-1967)/ National Media Museum.

innholdet inngående og detaljert, og kapitlene løfter frem viktigheten av å gjennomføre en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering. De siste kapitlene handler om endringsarbeid og behandlingsomsorg samt om samvær og plassering utenfor hjemmet.

IVARETAR DILEMMAENE

Jeg opplever at forfatterne balanserer utfordrende temaer på en nennsom måte. For eksempel synes jeg at balansegangen mellom håp og realisme blir godt ivaretatt. Forfatterne beskriver hvordan risikoutsatte foreldre kan finne styrke til å endre eget liv når de venter barn. På samme tid får boka frem realismen og de alvorlige konsekvensene det kan ha for et barn når det for eksempel blir eksponert for rus i mors mage, eller når foreldrene har en psykisk lidelse, og at det uten hjelp og støtte kan være utfordrende for omsorgsgivere å bryte negative sirkler. Likevel får boka frem dette alvorret på en måte som bevarer håpet om endring og bedring. Denne dobbeltheten finner vi også i beskrivelsen av barnets hjerne: Den er sårbar fordi den er i utvikling, men den er også plastisk og har potensial for reparasjon. Dette gir håp om at selv for risi-

koutsatte sped- og småbarn kan utviklingen komme inn på rett spor igjen hvis det legges til rette for det.

Jeg synes det er en styrke at forfatterne ikke kun tematiserer situasjoner som er åpenbart utfordrende, men også går inn i situasjoner som er mindre klare, og hvor dilemmaene kan være mer presserende. For eksempel der det er følelsesmessig omsorgssvikt og barna er overtilpasset, eller der foreldrene gjerne vil og ønsker å være gode omsorgspersoner, men ikke mestrer det på grunn av manglende kognitiv fungering.

Jeg likte også perspektivet om foreldrearbeid. Teksten klarer å være tydelig på at en må spille på lag med foreldrene, samtidig som det viktigste alltid vil være å ta barnets perspektiv. Å holde oppe det sterke barnefokusert og samtidig fremholde at dette ikke bør gjøres på en måte som får foreldre til å føle seg mislykket, er et godt utgangspunkt, spesielt fordi vi vet at det noen ganger kan være en motsetning mellom barnets beste og foreldrenes ønsker og behov.

UTVIKLINGSPERSPEKTIV

Samtidig som boka integrerer viktige kunnskapsfelt som utviklingspsykologi, tilknyt-



ningsteori, traumeteori og nevropsykologi, er utviklingsperspektivet tydelig. Barnets utviklingstemaer de første leveårene blir utførlig behandlet, og jeg synes boka er god til å vise hvordan belastninger i sensitive perioder av de minste barnas utvikling kan skape ringvirkninger senere i livet. Den viser eksempler på skjevutvikling og hvordan belastninger i én utviklingsperiode kan virke forstyrrende både på kort og lang sikt. Blant annet beskriver den at barn som har vært eksponert for rus i svangerskapet, ikke bare er i risiko for skjevutvikling rett etter fødselen, men også for psykiske vansker senere – og at mangel på tidlig sosialt samspill kan forstyrre og påvirke ervervelse av andre ferdigheter senere.

Knapt om behandlingsomsorg

Dersom jeg skal peke på noe jeg savner i boka, vil jeg trekke frem at det kunne vært skrevet mer om endringsarbeid og behandlingsomsorg. Det kommer frem hva omsorgspersoner kan trenge hjelp til, men jeg opplever at teksten er for vag i å beskrive hvordan dette kan gjøres. Jeg synes heller ikke de kliniske eksemplene i denne delen knyttes så godt til intervensjoner, og synes spesielt det siste kapittelet om behandlingsomsorg faller litt tilbake til utredning, uten å ta skrittet ordentlig inn i hva god behandlingsomsorg er. Boka kunne også gått mer inn på hvilke tiltak og programmer som eksisterer, hva man vet fungerer, og hvordan tiltakene bør gjennomføres.

Tydelige barnestemmer

Dette er en fagbok som jeg varmt vil anbefale til alle som arbeider med sped- og småbarn i risiko, og boka tilfører viktig og oppsummert kunnskap til praksisfeltet. Den gir rom og plass til at de minste barna skal høres, og det på en nyansert og ivaretaende måte.

De minste barna har kun én mulighet til å få en utviklingsfremmende oppvekst. I boka er barnets stemme tydelig. Det løftes frem at barnet har *rett* til utredning og *rett* til et verdig liv med god omsorg, og at for sped- og småbarn er det knapt med tid til å hjelpe. ❌

ANBEFALT



Herta Müller

Angst og ondskap

Hjertedyr av Herta Müller er en overraskende, fantasifull og krevende roman om hvordan enkeltpersoner og relasjoner påvirkes av samfunnsstrukturer. Etter et uventet selvmord på studenthjemmet blir hovedpersonen, som har flere likhetstrekk med forfatteren, del av en provisorisk dissidentgruppe under Ceausescus kommunistiske regime i Romania. De har tilgang til et hus fullt av forbudte ting, bøker og tekster. Et fristed, men aldri uten frykt for å bli oppdaget. Angivere er overalt, regimets metoder er barbariske. Müller skriver fantastisk og urovekkende om hvordan angsten og ufriheten finner sin plass i menneskene og manifesterer seg i relasjonene. Vennegjengen er iblant nesten like stygge med hverandre som etterretningsvesenet har vært med dem.

Scenene minner om barns forferdelige lek etter overgrep, en slags tvangspreget dramatisering og gjenopplevelse, en utforskning av rollen som overgriper framfor offer. Å danne vennskap utenfor denne sirkelen anses som utrygt. Når de må dra hver til sitt for å finne arbeid, blir isolasjonens utholdenhet satt på prøve.

Müllers skildringer gir et sjokkerende og unikt innblikk i den individuelle psykens vilkår under umenneskelige forhold. Angst blir ondskap. Språket forfaller og blir surrealistisk. Diktaturets løgner gjør skillet mellom sant og usant glidende og vagt. Fremdeles lever en stor andel av verdens befolkning i politisk ufrie regimer, og med sommerens utvikling i Tyrkia ser det ikke ut til å bli færre med det første. Denne romanen anbefales på det varmeste for å forstå.

Anbefalt av Eir Torvik, psykologstudent ved profesjonsstudiet på Blindern, Oslo.

Best som oppslagsverk

Ungdomssøvn gir en god oversikt over søvnbehandling, men gaper over for mange temaer.

BJORVATNS BOK HANDLER om utredning og behandling av forstyrret døgnrytme og andre søvnlidelser hos ungdom. Erfaring fra praksis tyder på at mange ikke får hjelp for sine søvnlidelser.

Ifølge Bjorvatn er døgnrytmelidelsen forsinket søvnfase den søvnlidelsen flest ungdom plages av. Blant ungdom rammes opptil 10 % av denne lidelsen.

Forsinket søvnfase innebærer vansker med å sovne når man vil, og vansker med å stå opp om morgenen. Kvalitetssøvn og søvnlengde er adekvat dersom man ikke blir vekket om morgenen. Personen klarer ikke å normaliserer døgnrytmen på egen hånd.

Bjorvatn belyser utredning og behandling av forsinket søvnfase på en glitrende måte. Han viser til behovet for denne type behandling, potensielle konsekvenser av feildiagnostikk samt gir tydelige retningslinjer for diagnostisering og behandling. Dette er i korte trekk hans viktigste bidrag i *Ungdomssøvn*.

Behandling av forsinket søvnfase skiller seg vesentlig fra behandling av insomni, derfor gjengir jeg hovedpunktene her: Behandlingen består av utredning, lysterapi samt melatonin med kort halveringstid. For å kunne iverksette riktig behandling av de to ovennevnte punkter må man kjenne til nadir. Nadir er definert som det tidspunkt hvor kroppstemperaturen er lavest og det er vanskeligst å holde seg våken. Såkalt bunnpunkt for døgnrytmen. I praksis bestemmes dette tidspunktet til å være 1–2 timer før oppvåkning. For ungdommer med forsinket søvnfase-lidelse må lysterapi gis rett etter nadir, og melatonin må gis før nadir. Lysterapi, enten kunstig 10 000 lux eller naturlig, fremskyndes en time hver dag

frem til ønsket innsøvningsstidspunkt. Melatonin-inntak fremskyndes tilsvarende.

Bjorvatn er svært presis i sin presentasjon av behandling av forsinket søvnfase. Imidlertid vil det for mange ungdommer være vanskelig å iverksette slike tiltak uten at de er tilstrekkelig motivert eller har en god forståelse for hvorfor tiltakene er nødvendig. Boken kunne med fordel hatt et kapittel om hvordan man kan informere og motivere ungdom til endring.

Boken består for øvrig av kapitler om behandling av insomni, hypersomnilidelser, søvnrelaterte respirasjonslidelser, parasomnier og søvnrelaterte bevegelseslidelser. Boken kan anses som et oppslagsverk for beskrivelse og behandling av disse søvnlidelsene.

En innvending til boken er knyttet til omfang og mangel på fokus. I og med at boken kalles *Ungdomssøvn*, ville det vært naturlig å fokusere mer på forsinket søvnfase og insomni, og mindre på andre søvnlidelser. Boken står dermed i fare for å bli for omfattende, slik at essensiell informasjon om behandling av forsinket søvnfase drukner i informasjon om andre søvnlidelser og behandling av disse.

Boken retter seg mot både helsepersonell, lærere, foreldre og ungdommene selv. Ungdom vil sannsynligvis profitte på en kortere versjon der apper og nettsider supplerer bokens innhold.

Som oppslagsverk er *Ungdomssøvn* presis, detaljert og gir en god innføring om alt du trenger å vite om behandling av søvn, både for barn, ungdom og voksne. Dette er bokens styrke, men paradoksalt nok også dens største svakhet, jf. innvendingen ovenfor. For de fleste psykologer og annet helsepersonell vil boken uansett være en svært nyttig og nødvendig behandlingsmanual for søvnlidelser. ❌



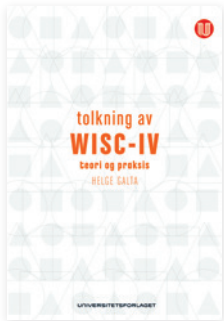
BJØRN BJORVATN
Ungdomssøvn. Utredning og behandling av forstyrret døgnrytme og andre søvnlidelser
Gyldendal Akademisk, 2016. 192 sider.

ANMELDT AV

Line Rustberggaard,
psykolog ved
«Raskere tilbake»
Lovisenberg DPS /
Kursholder Søvnskolen

Grundig, men litt tungt

Galtas innføring i tolkning og rapportering med WISC-IV oppleves som gjennomarbeidet, men kunne nok tjent på enda en runde med språkvask.



HELGE GALTA
TOLKNING AV WISC-IV:
Teori og praksis
Universitetsforlaget
2014, 304 sider

MED DENNE BOKA har Galta begått en svært grundig gjennomgåelse av teorien bak WISC-IV, hva man måler, hvorfor det måles slik det gjør, og – ikke minst – hvordan man skriver rapporter med utgangspunkt i WISC-IV.

Boka har to hoveddeler. Delen om intelligensteori tar for seg siste nytt innen forskning, hvilken teori som ligger til grunn for WISC-IV, men også tilstøtende teori. Slik blir tradisjonen bak WISC plassert i en kontekst. Man får forståelse av hvor kompleks og omfattende forskningen bak intelligens faktisk er.

Delen om tolkning og rapportskriving gir en innføring i psykometri som grunnlag for å forstå hvilke forbehold man må ta før man trekker konklusjoner basert på resultatet. Til slutt gir Galta et eksempel på hvordan skrive rapport og formidle resultatet.

USTRUKTURERT TEKST

Dette er tungt stoff. Og forfatteren er innom mye. Ikke bare Catell-Horn-Carrol-teorien om intelligens, men også tilstøtende forskning og historie. Han skriver også om hvordan hjernen er bygget opp, og hvordan de forskjellige funksjonene i hjernen støtter opp om alle de små komponentene som til sammen utgjør kognitiv intelligens.

Når det blir så mye, bør det også jobbes *mye* med teksten under utarbeidelsen av manus. Dette er beklageligvis det største ankepunktet jeg har mot boka: Både stoffet og teksten er tung. Galta skriver korte, greie setninger. Men litt for ofte får jeg følelsen av at det er litt tilfeldig hvilket avsnitt en setning kommer inn i. Og hvor i avsnittet den blir plassert. Tanken sporer av fordi en setning setter i gang assosiasjoner til helt andre ting enn

foregående setninger i samme avsnitt. Jeg hadde satt pris på langt bedre innsats fra forlaget her.

Men stoffet som er tatt med, er svært spennende. Særlig satte jeg pris på de grundige gjennomgangene av det som i WISC-IV kalles de *utøvende funksjoner*. Dette er nok nytt for mange. Galta forklarer hvilket forhold de har til GAI (som enkelt sagt er klassisk IQ) og FSIQ (som enkelt sagt er klassisk IQ veid opp mot mål som sier noe om elevens evne til å nyttiggjøre seg sine intellektuelle evner i skolesammenheng). Aha-opplevelsene var mange nok til at jeg fikk stort utbytte av boka.

KONTROVERSER

Galta er påpasselig med å diskutere forbehold og nyanser, og å gjøre klart at heller ikke WISC måler IQ helt nøyaktig, og at det er mange feilkilder. Vi ledes til å forstå årsaken til noen av dem. Samtidig kommer han selv med noen absolutter som jeg ikke helt støtter.

Det er for eksempel svært diskutabelt om det må gå et år mellom hver gang en person kan testes med WISC. Galta viser til øvningseffekten – altså at det er normalt å få litt høyere skår neste gang man tar en test. Mange av deltestene har ikke øvningseffekt. Og vi vet ikke egentlig om øvningseffekten kommer av at vi er blitt bedre til å ta testene, eller om vi har fått et urettferdig forsprang. Også i normeringsgruppa brukes barn som aldri har tatt tester, sammen med barn som er vant med formatet. Følgelig kan en bedring i skår ved 2. gangs testing indikere økt validitet ved 2. gangs testing fordi barnet har fått bedre grep på det å ta tester. I RAPM-II-utgaven av Ravens matriser (den klassiske IQ-testen som bare måler flytende intelligens) utnyttes dette ved at det bru-

ANMELDT AV

Rolf Marvin Bøe
Lindgren, psykolog,
Grendel evidensbasert
psykologi

Ferskvare



Ny epoke

Nye psykoaktive stoffer markerer et helt nytt kapittel i vår rusmiddelhistorie, ifølge Anne Line Bretteville-Jensen og Ola Røed Bilgrei ved Statens

institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) som har redigert *Nye psykoaktive stoffer. En rusmiddelrevolusjon?* (Universitetsforlaget). For å gi en oppdatert beskrivelse av dette nye fenomenet, har de samlet bidragsyttere med bakgrunn fra toksikologi, økonomi, sosiologi, psykologi, psykiatri, jus, kjemi og helsefag, pluss fagpersoner fra Toll- og avgiftsetaten og Kripas. (640)

kes to testsett – hvorav det kun er det 2. testsettet som gir tellende poeng. Hensikten med det første testsettet er nettopp øving.

Galta er etter mitt syn også temmelig kategorisk der hvor han skriver at det ikke er klokt å oppgi barnets IQ-skår til foreldre og pårørende. Jeg får svært ofte henvendelser fra foreldre som ikke fatter hva prosentiler og konfidensintervall er. Hvorfor ikke gi dem noe de skjønner litt, heller enn noe de ikke skjønner i det hele tatt? Min generelle erfaring er at heller ikke psykologer skjønner konfidensintervall. Foreldre har uansett krav på å få se testresultatet selv om man kanskje kan argumentere for at det er lov å tilrettelegge det før visning. Det er uansett diskutabelt om det er lovlig å sensurere sluttsummen, men det er selvsagt lov å fortelle dem mye om måleusikkerhet, og å legge vekt på profilen og mulige konsekvenser av denne, heller enn å legge for mye vekt på sluttresultatet.

VERDIFULLE REFLEKSJONER

Jeg tror jeg satte aller mest pris på refleksjonene fra Helge Galta om at han aldri hadde hatt barn på sitt kontor som hang i gardinene, og at det er kompetansen som tester som avgjør om testsesjonen blir vellykket. Jeg har ikke så lang erfaring som han, og er åpenbart heller ikke *fullt* så kompetent som han. Min erfaring er at nesten uansett hvordan barna oppfører seg på venterommet, er det stort sett grei skuring å få dem til å oppføre seg rolig nok på kontoret til å få et valid resultat. Jeg satte også pris på hans refleksjoner over at det gjerne blir skrevet lengre rapporter enn nødvendig.

Alt i alt er dette et kjærkomment tilskudd til den altfor beskjedne mengden av litteratur rundt psykometri på norsk. Boka anbefales for de som er mer enn alminnelig motiverte til å sette seg inn i stoff som nok burde vært mer allment kjent enn det faktisk er. ✘

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

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



Forbedringsstress

Daglig fores vi med råd, formaninger og løsninger på hvordan vi skal bli den beste utgaven av oss selv. Alt fra coacher og marinejegere til eventyrere og selvhjelpsguruer fremmer dette budskapet – som de selvsagt også har utviklet botemidler mot. Kan det være slik at stresset som denne forbedringsindustrien påtvinger oss etter å jage etter våre beste selv, ødelegger mulighetene for å bli det? spør Hans Erik Næss i *Forbedringsindustrien*, utgitt på Cappelen Damm.



Hjemme?

I boka *Er du hjemme? Hvordan ungdom opplever å bli plassert i nye hjem* (Fagbokforlaget)

presenterer Wenche Hovland og Lin Iren Giske Andersen forskningsresultatene i Hovlands ph.d.-avhandling *Transittliv i barnevernets regi*, der ungdommer var både medforskere og informanter. Ungdom som har bodd i blant annet fosterhjem, institusjoner, hybel med tilsyn eller i fosterfamilie, forteller med egne ord om oppvekst, tilhørighet og hverdagsliv.



Kurskalenderen

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

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:

1 innrykk kr 2 000,
2 innrykk kr 3 000,
3 innrykk kr 3 500,
4 innrykk kr 4 500.

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

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

Lovkurs

10.-11. oktober
For mer informasjon og påmelding
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

NEPSY-II

20.-21. oktober
For mer informasjon og påmelding
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

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/>

JANUAR 2017

Modum Bad tilbyr spesialistkurs i psykoterapi

Toårig program med fem samlinger per år med oppstart januar 2017
For mer informasjon og påmelding se www.kildehuset.no
Se annonse i Psykologtidsskriftets september-utgave

K-MED

KOKSTAD MEDISINSKE SENTER

Kokstadflaten 4 - 5257 Kokstad

LEDIGE KONTORER I LEGEFELLESSKAP I BERGEN

Vi har to ledige kontorer ved Kokstad medisinske senter i Bergen fra 1. januar 2017. Kontorene er til nå brukt av kiropraktorer, men egner seg godt for psykologer. De kan leies av en eller to personer, alt etter ønske. Tid for innflytting kan diskuteres. Vi er fem fastleger ved senteret med tilsammen 5900 pasienter på listene våre. Vi har et godt kollegjalt miljø med tre vennlige og dyktige helsesekretærer. Ta gjerne kontakt for mer informasjon, eller for å komme og hilse på oss. Kontaktperson Marte Bakke Gravdal, e-post martebakkegravdal@gmail.com, tlf. 452 79 777.

KONTOR TIL LEIE VED FROGNERPARKEN I OSLO

Ledig kontor i et fellesskap til leie for inntil to år. Sentralt ved Frognerparken i Oslo. Gode parkeringsforhold, grei leie og et avslappet kollegafellesskap. De fleste av oss har driftstilskudd, og faglig anser vi oss for å ha et psykosomatisk eklektisk perspektiv på arbeidet. Ring for informasjon: Jon Haug, tlf. 928 18 066 eller Bjørn Skar Ødegaard, tlf. 916 49 699.


Jubileumskonferanse på Viken senter 19.-20. oktober 2016
Å møte skammen**Erfaringer og perspektiver gjennom 10 år**

Kom og hør psykolog **Peder Kjøs** kjent fra «Jeg mot meg» på NRK, den kjente eksistensielle psykoterapeuten **Emmy van Deurzen** og ledende traumespesialist **Suzette Boon** og prest/forfatter **Odd J. Eidner** med flere. Tidligere pasienter deltar med sine erfaringer.

Kursavgift for begge dager: kr 3500,-
Påmelding til kurs@vikensenter.no

Les mer på www.vikensenter.no

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook


 PSYKIATRIKONFERANSEN
SCHIZOFRENIDAGENE
 I STAVANGER

FONAGY
 OGDEN
 PORGES
 HUSTVEDT
 ABBASS
 ORBACH
 GELLER

RIMBEREID
 SKARDERUD
 ISDAL
 STOLTENBERG
 WILHELMSEN
 NORDANGER

Velkommen til Schizofrenidagene 2016
 7. – 11. november i Stavanger Forum

BODIES OF
 EXPERIENCE



Nasjonal fagkonferanse 2016

15.–16. november 2016, Oslo Kongressenter

Hjelp som hjelper
- evidensbaserte metoder for barn og unge gjennom to tiår



Påmeldingsfrist: 21. oktober
www.nasjonalfagkonferanse.no




PROFESJONELL FAGUTDANNELSE MINDFULNESSINSTRUKTØR

Ønsker du å utvide din kompetanse som mindfulnessinstruktør ?

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

START 15. SEPTEMBER 2016
8 samlinger x 4 dager
Søknad: www.creationwork.org

Neste 8-ukers MBSR-kurs starter 4. mai 2016 kl. 18.30-21.00



Kontakt:
info@creationwork.org
tel. 910 01 921
www.creationwork.org



Ønsker du å lære metoden og tilby pasienten DBT-behandling?

Neste kull starter i Oslo 16. januar 2017

Søknadsfrist:
1. november 2016
Les mer på www.dbt.no





Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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

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

Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: aage@adprofil.no





NYHET
Oppstart
januar
2017



Spesialist i psykoterapi

Spesialistkurs godkjent av Norsk Psykologforening

Klinikknært – Forskningsbasert – Utvikling av terapeutiske egenskaper

- ✓ Fellesfaktorenes rolle og betydning
- ✓ Spesifikke modeller og intervensjoner
- ✓ Målrettet klinisk trening
- ✓ Høy kompetanse
- ✓ Gode veiledningsmuligheter

Toårig program med fem samlinger per år. Kurs, egenutvikling og mulighet for 40 timers veiledning.

Det forutsettes at deltagere er i relevant praksis og at denne administreres av deltagerne selv.

Påmeldingsfrist: **15. november 2016**

FORELESERE:

Bruce Wampold, psykolog/professor emeritus. Asle Hoffart, psykologspesialist/professor. KariAnne Vrabel, psykologspesialist/PhD. Harald Bækkelund, psykologspesialist/PhD stipendiat. Sverre Urnes Johnson, psykolog/PhD stipendiat. Terje Tilden, familierapeut/klinisk sosionom/PhD. Pål Ulvenes, psykolog/PhD/programansvarlig.

KILDEHUSET - formidling og forebygging

MODUMBAD 
- en kilde til liv

Mer informasjon og påmelding på:

www.kildehuset.no





Å arbeide med SKAM i utredning og psykoterapi

13.–15. oktober 2016 i Uppsala, Sverige

Stephen E Finn, psykolog og Ph.D., og skaper av Therapeutic Assessment

Les mer på http://www.therapeuticassessment.com/PDFs/shame_registration.pdf

For mer informasjon, kontakt:
lillieroth@gmail.com eller andria.charal@gmail.com

••• VESTRE VIKEN

Utdanning i Basal Eksponeringsterapi (BET) for leger og psykologer

BET er en psykoterapeutisk behandlingsmodell utviklet for å fremme funksjonell selvregulering hos pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Helsepolitiske føringer pålegger psykisk helsevern å vektlegge samvalg og reduksjon av tvangsbruk. BET har fokus på likeverd og autonomi, herunder mulighet til å velge medisinfri behandling. Den **toårige BET-utdanningen** gir leger og psykologer kunnskap og ferdigheter som kan styrke pasientenes recoveryprosess.

Oppstart: 6. februar 2017

Søknadsfrist: 31. oktober 2016

Hvem kan søke: Psykologer, psykologspesialister, leger og psykiatere

Deltakerantall: 15

Deltakeravgift: For ansatte i Vestre Viken kr 20 000.
For eksterne deltakere kr 60 000
(ved flere søkere fra samme sted kr 40 000 for hver påfølgende person).

Sted: Vestre Viken

Oppstart forutsetter nok deltakere. **Utdanningen godkjennes av Den norske legeforening** med 160 timer for spesialistenes etterutdanning i psykiatri og i barne- og ungdomspsykiatri; av **Norsk psykologforening** med 32 timer for frie spesialkurs og 72 timer vedlikeholdsaktivitet.

Mer informasjon og søknadsskjema:

www.vestreviken.no/bet-utdanning

For informasjon om faglig innhold:

bet-utdanning@vestreviken.no

eller telefon: 986 83 759 (Didrik Heggdal).



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 13. – 15. september 2016

Trinn 1 Oslo 11. – 13. januar 2017

Trinn 1 Bergen 2. – 4. mai 2017

Trinn 2 Oslo 5. – 7. desember 2016

Trinn 2 Trondheim 9. – 11. mai 2017

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

Møter du
mennesker
som har det
vanskelig?

Da kan din
kunnskap om
selvhjelp være
til stor nytte.

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

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

Helsedirektoratet har satt selvhjelp på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168). Planens visjon er at alle mennesker skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan vi kan ta dette verktøyet i bruk når livsproblemer oppstår. Selvhjelp Norge er et nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Møter du mennesker i jobben din som kan ha nytte av å snakke med andre i en liknende situasjon som dem? Kontakt oss for mer informasjon eller besøk eller bestill materiell på våre nettsider. Vår kunnskap og bistand er kostnadsfri.

Finn selvorganiserte selvhjelpsgrupper i Norge her:
selvhjelp.no/grupper





Ansvarsforsikring

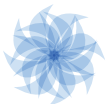
Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarsforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne. Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden www.storebrand.no/akademikerne

Hvis du ikke ønsker forsikringen i 2017, kan du reservere deg fra denne innen 15. oktober 2016.

Reservasjon, og bestilling, kan sendes på e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



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

FAGPOLITISK AVDELING

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2016

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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 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 med link til bedriftens stillingsannonse.

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemsservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

| Nr | Materiellfrist | Utgivelse |
|----|----------------|-----------|
| 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 eller tlf. 23 10 31 33.

Skjematerapi ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Kurs i skjematerapi med Poul Perris Oslo 17. og 18. november 2016

Målet med kurset er å

- Gi en innføring i skjematerapiens syn på hvilke faktorer som samvirker ved adaptiv og maladaptiv psykologisk utvikling
- Gi innblikk i konseptualisering og behandlingsfilosofi ved personlighetsforstyrrelser i skjematerapi
- Lære behandlingsprinsippene ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse
- Gi mulighet til å utforske egne skjema og modus samt hvordan disse påvirker terapirelasjonen



Poul Perris er lege, psykoterapeut og veileder i skjematerapi og kognitiv atferdsterapi. Er leder av den svenske KBT-foreningen. Har spesialisert seg på skjematerapi individuelt og i arbeid med par. Han virket som parterapeut i SVT-serien «Par i terapi» og i SVT-serien «Nyfiken på partilederen» intervjuet han partiledere om deres personlige drivkraft og verdier.

Påmeldingsfrist: 01. november 2016

Norsk psykologforening har godkjent kursene med 16 timer vedlikeholdsaktivitet i spesialistutdanningen.

Kursene holdes i Oslo, NFKT, Pilestredet 75 c, 4. etg. | **Kursavgift per kurs:** kr 4. 000,-

Kursene arrangeres av Norsk Forum for skjematerapi i samarbeid med Norsk forening for kognitiv terapi.

Påmelding: www.kognitiv.no eller www.psykologbehandling.no

Empatisk konfrontasjon i skjematerapi

Kurs i skjematerapi med Neele Reiss og Friederike Vogel Oslo 10. og 11. februar 2017

Målet med kurset er å

- Øve på å differensiere maladaptive mestringsmodi fra andre modi
- Gjennomgå trinnene i empatisk konfrontasjon når pasient er i et maladaptivt mestringsmodus
- Bevisstgjøre egne uhensiktsmessige reaksjoner i møte med mestringsmodus



Neele Reiss er vitenskapelig leder ved institutt for psykoterapi i Mainz. Hun arbeider med implementering og evaluering av intensiv skjematerapi ved personlighetsforstyrrelser. Hun forsker på anvendelse av spesifikke teknikker i skjematerapi slik som minnebearbeiding, modusdialog og empatisk konfrontasjon. Friederike Vogel utdanner og veileder psykologer i skjematerapi i Mainz. Som klinisk psykolog arbeider hun mye med Cluster B personlighetsforstyrrelser og avhengighetsproblematikk.



Påmeldingsfrist: 15. desember 2016



Kull 15 starter opp 25.–26. januar 2017 Søknadsfrist: 1. november 2016

Kropp og selvfølelse: Kompetanseprogram om spiseforstyrrelser

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



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

Kompetanseprogrammet går over 3 semestre med totalt 17 dagers undervisning og veiledning (11 seminar dager, 6 veiledningsdager). Til formidling av tema har vi samlet noen av de fremste fagpersonene fra inn- og utland.

Oppstartsseminar på hotell 25. og 26. januar 2017, med en overnatting. Øvrige seminar dager vil i hovedsak foregå på RASP, bygg 37 på Ullevål sykehus. Kursbevis utstedes ved fullført utdanning.

Utdanningen dekkes primært av midler via Helse Sør-Øst RHF, og gjennomføres derfor med en lav kursavgift. **Pris for hele kurset er kr 3 000.** Beløpet blir fakturert etter at uttak har funnet sted og kursdeltager har bekreftet deltagelsen. Arbeidsgiver må dekke reisekostnader.

For ytterligere informasjon om opptak av nye kull, og mer informasjon om selve kurset, henvises det til undervisningstilbud på vår nettside www.rasp.no, og utlysningstekst på nettverkskalenderen på www.rasp.no.

Søknad: Det må benyttes elektronisk søknadsskjema som det ligger lenke til på RASP sin side i utlysningsteksten. Uttak av deltager skjer etter at søknadsfrist har gått ut **1. november 2016**.

Kontaktpersoner:
Kurssekretær Elisabeth Haakafoss, tlf. 23 01 62 24, e-post elaha@ous-hf.no eller prosjektleder for Kropp og Selvfølelse Heidi Langbakk Skille, tlf. 23 01 62 48, e-post uxskhe@ous-hf.no



KLINISK KARTLEGGING OG BEHANDLING AV SØVNFORSTYRRELSER

Ved professor dr. psychol. **Ståle Pallesen**, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen og Nasjonal Kompetansetjeneste for Søvn sykdommer og professor dr. med. **Bjørn Bjorvatn**, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen og Nasjonal Kompetansetjeneste for Søvn sykdommer.

Innhold: Kartlegging av søvnforstyrrelser. Ikke-farmakologiske og farmakologiske behandlingstilnærminger. Kliniske eksempler.

Kursavgift: kr 5 500 inkl. lunsj og kursmateriell.

Påmelding: Skriftlig og bindende påmelding innen 20. september 2016 sendes til bjorn.bjorvatn@uib.no

Sted: Clarion Hotel Admiral, C. Sundts gate 9, 5004 Bergen.

Tid: 7.–8. november 2016 kl. 0900–1700 begge dager.

Godkjenning: Kurset er godkjent som et 16 timers vedlikeholdsaktivitet av Norsk psykologforening.



SEMINAR

«De minste barnas stemme»

Utredning og tiltak for sped- og småbarn i risiko

Arrangør: Foreningen for sakkyndige psykologer (FOSAP) og Norsk psykologforening

Tid og sted: Thon Hotel Opera i Oslo
Torsdag 27. oktober 2016
kl. 10.00–16.00

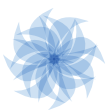
Forelesere er Mette Sund Sjøvold og Kristin G. Furuholmen. Fullstendig program og presentasjon av innleiderne finnes på Psykologforeningens hjemmeside www.psykologforeningen.no

Seminaret søkes godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs.

Avmeldingsfrist: 20. oktober

Seminarpris: kr 1 500 for medlemmer av FOSAP og kr 1 900 for andre.

Påmelding til: e-post gekeid@me.com



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



Fond til videre- og etterutdanning

I klinisk psykologi og psykoterapi av psykologer
innen Norsk psykologforening

Tildeling 2017

Utover ordinære tildelinger ønsker Fondsstyret også å gi midler til:

Skriving av artikler/essay om utfordringer i privatpraksis med tanke på publisering.

Søknadsfrist 1. november 2016

Det kan nå søkes om midler fra fondets avkastning til aktiviteter i 2017.

Ved tildeling vil avtalespesialister prioriteres.

Tapt arbeidsfortjeneste dekkes kun til artikkelskriving for publisering.

Det formål det kan søkes midler til fremgår av vedtektenes § 2.

§ 2 – Formål og ytelser:

Fondets formål er å høyne det faglige kunnskapsnivå innen klinisk psykologi og psykoterapi.

Dette skjer ved støtte til:

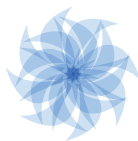
- 1 a. Videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 b. Styrking av veilederkompetanse i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 c. Formål som har sammenheng med etterutdanning av spesialister i klinisk psykologi.
- 2 a. Fondet kan gi hel eller delvis dekning av kurs- og reiseutgifter og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 2 b. Fondet kan gi midler til vitenskapelig forskning og til utarbeiding av skriftlige arbeider og publikasjoner i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 3 a. Fondets midler kan søkes av eller til psykologer i videreutdanning i klinisk psykologi og spesialister i klinisk psykologi.
- 3 b. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader fra privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi.
- 3 c. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader som ikke kan få støtte på annen måte.

Begrunnet søknad sendes på eget skjema: Last ned søknadsskjema

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.

Utdrag av vedtektene er inkludert i søknadsskjemaet.

OBS: Søknader som ikke er riktig utfylt vil ikke bli vurdert.



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen

Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92

E-post npfpost@psykologforeningen.no



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Sør

TFCO Drammen søker psykolog/ psykologspesialist til en 100 % stilling som

Individual- og familierapeut i TFCO

Barne-, ungdoms- og familieetaten har egne enheter som driver med Treatment Foster Care (TFCO), en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familierapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlingshjemskonsulent. Implementeringen av TFCO i Norge ledes av Atferdssenteret tilknyttet Universitetet i Oslo, i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familieetaten. Behandlingsleder og terapeuter er tilgjengelig for behandlingshjem, ungdom og familier 24 timer i døgnet, 7 dager i uken.

Tilgjengelighet er regulert gjennom egen særavtale for TFCO. Stillingen innebærer utfordrende arbeid med en krevende målgruppe, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling.

Kontaktpersoner: Spesialrådgiver ved Atferdssenteret, Rebecca Ervik-Jeannin, tlf.: 94 86 68 57 og behandlingsleder i TFCO Drammen, Axel Helvig, tlf.: 46 61 08 86.

Søknadsfrist: 18.09.2016

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

Leder og terapeuter til MST Akershus

Multisystemisk terapi (MST) er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige adferdsvansker. 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. Et MST-team består av tre eller fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Veileder er tilgjengelig for terapeutene 24 timer i døgnet, 7 dager i uken. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale.

For å etterkomme det stigende behovet for MST-behandling skal det etableres et nytt MST-team, som sammen med MST-teamene på Lillestrøm og Ski dekke behovet i Akershus. Vi søker i den forbindelse tre MST-terapeuter samt en leder til dette nystartede teamet og håper at du er interessert i å bidra til oppbygningen for å hjelpe ungdom og deres familier.

Søknadsfrist: 20.09.2016

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



NAV Arbeidsrådgivning Hordaland er eit fylkesdekkjande ressurs- og kompetansesenter (spesialeining) som skal ha utfyllande arbeidsretta kompetanse innan arbeidspsykologi, pedagogikk og jobbmeistrande kartleggings- og rettleiingsmetodikk. Kontoret har også ansvar for dei rådgjevande overlegane sine tenester, Senter for Jobbmeistring og oppgåver innan arbeid-psykisk helse og rus. Tjenester som leveres av NAV Arbeidsrådgivning skal være eit komplementært tilbod til øvrige tenester i NAV. Vi legg stor vekt på å ha eit nært og godt samarbeid med andre einingar i etaten, særleg viktig er kontakten med NAV-kontora. Kontoret har 31 tilsette og er organisert i 2 avdelingar under einingsleiar der kvar avdeling har sin eigen avdelingsleiar.

Psykolog/psykologspesialist – ref.nr. 1296-2016-2

Psykolog/psykologspesialist ved NAV Arbeidsrådgivning Hordaland

Vi har ledig 1 fast stilling som psykolog/psykologspesialist ved NAV Arbeidsrådgivning Hordaland.

Ansvarsområdet og arbeidsoppgåver

- Utgreiing, kartlegging og utvida rettleiing med fokus på arbeid
- Rettleiing og tematisk og fagleg undervisning av NAV-kontora
- Karriererettleiing til brukarar med samansette utfordringar som er usikre på karriereval
- Fagleiar med fagansvar for fagfeltet til teamet

Du må ha

- Norsk autorisasjon som psykolog/psykologspesialist
- Interesse for arbeidspsykologi eller samfunnspsykologi, gjerne med røynsle frå feltet

Vi ynskjer at du

- Identifiserer deg med NAVs verdigrunnlag, og syner forståing for arbeids- og velferdspolitikken i et samfunnsmessig perspektiv
- Har resultat- og løysingsorientert fokus med god gjennomføringsevne
- Er målretta, nøyaktig og får oppgåvene unna
- Arbeider godt så vel åleine som i lag med andre
- Har gode servicehaldningar og god kommunikasjonsevne

Vi tilbyr

- Spannande og meningsfylte arbeidsoppgåver innan eit viktig samfunnsområde
- Aktive og engasjerte kollegaer
- Stillingskode 0794 psykolog, lønnstrinn 62–70, eller stillingskode 1304 psykolog med spesialitet, lønnstrinn 68–74. Høgare avlønning kan vurderast for særleg kvalifiserte kandidatar. Ved eventuelt internt opprykk vert det ledig stilling som psykolog i lønnstrinn 60–65
- God pensjonsordning gjennom Statens pensjonskasse (frå løna blir det trekt 2 %)

NAV er opptekne av mangfald, og vi oppfordrar alle kvalifiserte kandidatar til å søkje jobb hos oss uavhengig av alder, kjønn, funksjonshemming, nasjonal eller etnisk bakgrunn. NAV er IA-verksemd, og vi vil leggje forholda til rette for søkjarar med redusert funksjonsevne.

Spørsmål om stillinga kan rettast til avdelingsdirektør Rune Jacobsen, telefon 408 42 429, eller avdelingsleiar Stian Eikeland, telefon 416 32 601.

Søknad og CV sendast via www.nav.no

Vi gjer merksam på at CV blir brukt i utvida søkjarliste. Vitnemål og attestar skal takast med på eit eventuelt intervju. Dersom du ynsker å reservere deg frå å bli oppført på offentleg søkjarliste, må du opplysa om og grunngi det i søknaden. Opplysningar kan bli offentleggjorde sjølv om du har bedd om ikkje å bli oppført på søkjarlista. Du blir varsla dersom ynskjet om reservasjon ikkje blir teke til følgje.

Søknadsfrist: 9. september

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetaka har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Haugesundsområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Haugesundsområdet er ledig frå 01.12.2016, eller etter avtale.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk Psykologforening.

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen. Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg samarbeid med Haugaland DPS om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Haugaland DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

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

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

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

Søknadsfrist: 22. september 2016



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

"Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

Divisjon psykisk helsevern består av Avdeling DPS, Avdeling BUP, Avdeling rus og avhengighet, Avdeling akuttpsykiatri, Avdeling spesialpsykiatri, Avdeling alderspsykiatri, Avdeling voksenhabilitering og Avdeling FoU. Divisionen har ca. 1.700 årsverk og er lokalisert på Øvre og Nedre Romerike, inkl. Nordbyhagen, samt i Groruddalen og i Follo.

DPS Groruddalen Seksjonsleder

Det er ledig fast stilling som seksjonsleder ved allmennpoliklinikk B i Jerikoveien fra august 2016.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til avdelingssjef Ian V. Dahl, telefon 22 16 82 00 / 928 30 098

Ref. nr.: 3162366522

Søknadsfrist: 22.09.2016

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE  SØR-ØST

frantz.no

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

"Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

TiRe - DPS Øvre Romerike Psykologspesialist/psykolog

Ved Avdeling DPS Øvre Romerike, seksjon TiRe, har vi ledig en 100% fast stilling som psykologspesialist/psykolog

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til seksjonssjef Kristin Andersen Landet, telefon 63 94 13 00 eller psykofaglig rådgiver Ida Eide, telefon 63 94 12 00

Ref. nr.: 3146892574

Søknadsfrist: 12.09.2016

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE  SØR-ØST

frantz.no



FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER (FPS)

– 3528 HEDALEN I VALDRES –

Psykologspesialist 100 % stilling

Fekjær psykiatriske senter (FPS) har driftsavtale med Sykehuset Innlandet HF og består av døgnerhet, poliklinikk med ambulant team og Fekjærtunet overgangsboliger. FPS ligger naturskjønt til og er bygget opp med småhus rundt garden Fekjær sør i Valdres. Avstand til Oslo og Gardermoen er ca 12 mil.

Døgnerhetens målgruppe er ungdom i alder 18–35 år med ulike diagnoser som psykoser, personlighetsforstyrrelser og bipolare lidelser. Noen har tilleggssproblem rus. Behandlingstilbudet er individuelt tilrettelagt miljøterapi i kombinasjon med psykoterapeutisk tilnærming av både psykodynamisk, kognitiv og relasjonell inspirasjon.

Fekjær har pågående forsknings- og utviklingssamarbeid innenfor fysisk aktivitet og psykisk helse for tiden i nært samarbeid med Sykehuset – Innlandet, KORUS – Øst, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse og Norges Idrettshøgskole. Institusjonen har ambisjon sammen med samarbeidspartnere å utvikle et nasjonalt ledende behandlingstilbud og kompetansemiljø innen fysisk aktivitet og psykisk helse.

Institusjonen er tverrfaglig og godt bemannet med psykiatere, psykologspesialister/psykolog/psykiatriske sykepleiere/sykepleiere, sosionomer og idrettskonsulenter. FPS har gode lokaler og bygningsmasse/fysiske rammer som gir fleksible og gode behandlingsmuligheter.

Vi søker etter psykologspesialist ved døgnerheten og poliklinikken. Psykologspesialist er faglig ansvarlig for psykologtjenesten, og institusjonen i nært samarbeid med overlege og enhetsleder.

Arbeidsoppgaver:

- Diagnostisering og kartlegging
- Gi psykoterapi / individual terapi og gruppeterapi som koordineres med tilrettelagt miljøterapeutisk behandling
- Delta innenfor Fekjærs FOU-arbeid
- Veileder for psykologtjenesten
- Faglig veiledning til samarbeidspartnere internt og eksternt
- Arbeidet vil være vesentlig ved døgnerheten, men noe i poliklinikken etter nærmere avtale

Kvalifikasjoner:

- Klinisk spesialist i psykologi
- Interesse for og erfaring fra miljøterapeutisk behandling
- Erfaring fra / interesse for behandling og rehabilitering av personer med personlighetsforstyrrelser, psykoser og annen alvorlig psykiatrisk sykdom med og uten rusproblematikk
- Erfaring fra psykoterapi
- Gode tverrfaglige samarbeidsevner
- Evne til å arbeide systematisk

Vi tilbyr:

- Et engasjert og positivt arbeids- og fagmiljø med åpent samarbeidsklima innen spesialisthelsetjenesten
- Institusjon i utvikling, Fekjær vektlegger forskning og fagutvikling
- Gode muligheter for å drive forskningsaktivitet innen Fekjærs FOU-satsning
- Lønn etter avtale
- Gode og moderne boliger til rimelig leie – også for familier
- Gode pensjons- og forsikringsordninger i KLP
- 6 måneder prøvetid

Mer om Hedalen, www.hedalen.no

Kontaktpersoner:

- Enhetsleder Elling Fekjær, mobil 905 91 545, e-post elling.fekjar@sykehuset-innlandet.no
- Ass. enhetsleder Tor Anders Perlestenbakken, mobil 915 13 484, e-post tor.anders.perlestenbakken@sykehuset-innlandet.no

Skriftlig søknad med referanser sendes elektronisk innen **22.09.16** til post@fekjar.com eller til *Fekjær psykiatriske senter, Fekjarvegen 110, 3528 Hedalen i Valdres.*



Nordland
FYLKESKOMMUNE

Ledig funksjon som psykolog i TOO-prosjekt i Nordland

Den offentlige tannhelsetjenesten i Nordland ønsker å engasjere/komme i kontakt med psykolog, som skal samarbeide med vårt personell i TOO-prosjektet (Tortur, Overgrep og Odontofobi). Arbeidet vil være viktig og banebrytende i forhold til det politiske satsningsområdet som er å etablere behandlerteam for pasienter som har vært utsatt for tortur, vold og overgrep, og for dem som har odontofobi eller tannbehandlingsangst.

Generelle arbeidsoppgaver:

- Klinisk virksomhet; diagnostikk og behandling
- Kompetansespredning gjennom veiledning og konsultasjon

Vårt TOO-team er lokalisert til Saltvern tannklinik i Bodø og den det inngås avtale med må ha anledning til å være tilstede på klinikken ved behov, foreløpig anslått til inntil en dag pr. uke. På Saltvern tannklinik inngår du som psykolog i odontofobiteamet sammen med tannlege, tannpleier og tannhelsesekretær.

En del av funksjonen vil fremover også kunne inkludere behandling av ungdommer med odontofobi og pasienter som skal gjennomgå eller har gjennomgått ortognatisk kirurgi.

Følgende kvalifikasjoner vil bli vektlagt:

- Kompetanse om traumatisering gjennom vold, overgrep, og tortur samt flyktningefeltet
- Engasjement og interesse for odontofobi
- Undervisning og veiledning
- Evne til å arbeide selvstendig
- Erfaring med tverrfaglig samarbeid

Dersom dette høres interessant ut ber vi deg ta kontakt for en uforpliktende samtale så snart som mulig, og **innen 5. oktober**.

Nærmere informasjon kan gis av tannhelsesjef Odd-Roar Wetting, tlf. **481 48 092** eller e-post oddwet@nfk.no

Faglige spørsmål kan rettes til tannlege i odontofobiteamet, Sigrid Lunding, tlf. **75 53 82 44** eller e-post siglun@nfk.no



SEBBELOW'S STIFTELSE SØKER psykolog/ psykologspesialist i fast 100 % stilling

Sebbelows Stiftelse er et heldøgnsenter for foreldre og barn beliggende sentralt på Tøyen i Oslo og tilbudet retter seg i hovedsak mot familier henvist fra barneverntjenesten i kommunene. Vi tilbyr veiledning og utredning av omsorgskompetanse mens familiene bor i egne leiligheter på senteret. Teamet består av to psykologspesialister og seks miljøterapeuter og er en faggruppe med høy faglig kunnskap og bred erfaring. Det er denne ene psykologstillingen vi i dag utlyser.

Arbeidsoppgaver:

- Utredning av omsorgskompetanse og veiledningsarbeid etter mandat fra barneverntjenesten gjennom samtaler, bruk av ulike utrednings- og veiledningsmetodikk, observasjoner, film osv.
- Skrive utredningsrapporter
- Vitneførsel i Fylkesnemnd eller domstolene

Kvalifikasjoner:

- Det er nødvendig med erfaring fra arbeid med familier og veiledning av foreldre. Det anses som gunstig at søkeren har relevant erfaring fra arbeid innen tilsvarende fagområde
- Gode norskkunnskaper, god skriftlig og muntlig fremstillingsevne

Vi tilbyr:

- En spennende arbeidsplass med varierte arbeidsoppgaver, der det legges til rette for egen faglig utvikling
- Et hyggelig og inkluderende arbeidsmiljø med høy faglig kompetanse
- En konkurransedyktig lønn og gode pensjonsvilkår

Søknadsfrist: 15. september 2016

Søknad med CV sendes på e-post til elin@sebbelow.no.

Nærmere opplysninger ved psykologspesialist Elin Ustvedt Kavli, tlf. 23 03 79 00, e-post elin@sebbelow.no.

Vi viser for øvrig til vår hjemmeside, **www.sebbelow.no**

STIFTELSEN VILDE

Foreldre-barn senter

Falsensgate 1A, 3187 Horten

Psykologspesialist/ psykolog

Vi har ledig en 100 % fast stilling ved Stiftelsen Vilde i Horten. Mulighet for redusert arbeidstid kan diskuteres. Stiftelsen Vilde er et døgnbemannet foreldre-barn senter. Målgruppen er sped- og småbarnsfamilier i risiko, oppdragsgivere er kommunalt barnevern og Bufetat.

Arbeidsoppgavene ved senteret er i hovedsak utredning/kartlegging av barns omsorgsbehov og foreldres omsorgsevne, samt vurdering av samspillet mellom foreldre og barn. I tillegg tilbys rådgivning og støttesamtaler til foreldrene ved senteret. Stillingen innebærer både selvstendig arbeid og arbeid i tverrfaglige team.

Vi søker psykologspesialist/psykolog med kompetanse innen utredningsarbeid av barn og foreldre, samt relevant erfaring med senterets målgruppe. Skriftlig og muntlig fremstillingsevne vektlegges, da stillingen innebærer vitneansvar ved fylkesnemdsaker. Ut over dette vektlegges gode samarbeidsevner og personlig egnethet.

Vi tilbyr:

- En engasjerende arbeidsplass
- En unik mulighet til å jobbe med de yngste barna og deres foreldre
- Et spennende fagmiljø med gode, faglige utviklingsmuligheter
- Pensjonsordning i KLP
- Lønn etter avtale

For mer informasjon, kontakt daglig leder Merethe Aasland eller nestleder Sissel Eide på tlf. 33 04 26 00.

Søknad med CV og referanser sendes innen 26.09.16 til post@stiftelsenvilde.no



Fylkesnemndene for
barnevern og sosiale saker

Vi trenger psykologer som kan ta oppdrag som fagkyndige medlemmer

OPPDRAG 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

og se **fagkyndige medlemmer** for kriterier for oppnevning, søknads-skjema, samt mer informasjon.

**Søknadsfristen er
15. oktober 2016
eller snarest mulig.**



Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandet HF er Innlandets største kompetansebedrift med omlag 8500 ansatte. Hos oss får du arbeide sammen med flinke og engasjerte fagfolk. Vi er alltid på utkikk etter dyktige medarbeidere!

Distriktpsikiatrisk senter Tynset har et opptaksområde på ca 21000 innbyggere. Vi har to behandlingssenheter, døgnettenhet med 10 plasser og voksenpsikiatrisk poliklinikk med integrert TSB/LAR team. Poliklinikken har 14 årsverk, inklusive 2 overleger, lege i utdanningsstilling, psykologspesialist, 4 psykologer, psykiatriske sykepleiere, psykomotorisk fysioterapeut.

Vi trenger din kompetanse

Psykiater/psykolog, 100 % fast

Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Ottestad/Gjøvik
Ref. nr. 3151311693

Kontakt: Randi Brendbekken, seksjonsoverlege, tlf. 62 55 84 80
eller Beate Garfelt, avdelingsoverlege, tlf. 62 55 84 00/
992 92 840.

Søknadsfrist: 14. september 2016

Informasjon om våre ledige stillinger, se
www.sykehuset-innlandet.no/jobb

HELSE SØR-ØST

frantz.no




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

Psykologspesialist

Avdeling for spiseforstyrrelser

Ved avdelingen er det ledig 100 % stilling for psykologspesialist.
Tiltredelse 1. oktober 2016

Kontakt:
Avdelingsleder Ingunn Aune Hennum,
tlf. 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 19. september 2016 www.modum-bad.no



Blå Kors Borgestadklinikken er landets største private ideelle behandlingssinstitusjon for mennesker med rus- og avhengighetsrelaterte problemer og deres familier. Vi har avdelinger i Skien, Drammen og Vennesla. Vår virksomhetside er å arbeide i et familie- og generasjonsperspektiv.

Vi søker

PSYKOLOGSPESIALIST

100 % nyopprettet fast stilling i direktørens stab.

Psykologspesialisten vil arbeide på tvers av alle avdelinger, og vil ha oppgaver knyttet til kompetanseheving, fagutvikling og prosjektarbeid - samt noe klinisk arbeid.

For flere opplysninger kontakt:

Fagsjef/psykologspesialist Guro Brekke, tlf: 948 87 438
e-post: guro.brekke@borgestadklinikken.no

Direktør Ellen Sofie Øvrum, tlf: 416 55 556
e-post: ellen.sofie.ovrum@borgestadklinikken.no

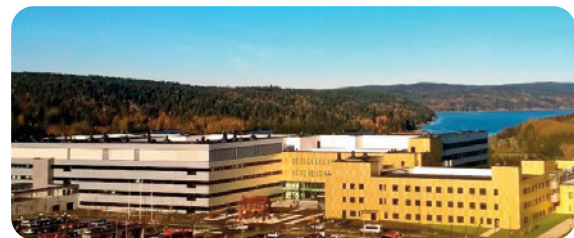
Søknadsfrist er 25. september 2016

For fullstendig utlysning og elektronisk søknadsmottak:

www.jobbdirekte.no/borgestadklinikken eller
www.borgestadklinikken.no/stilling-ledig



SYKEHUSET ØSTFOLD



Vi søker:

Psykologspesialist ACT-team Mossregionen og Indre Østfold

100 % fast stilling

Kontaktinfo: Seksjonsleder Ida Marie Mørk Snopestad,
telefon 950 42 307, eller avdelingsjef Ingmar Clausen,
telefon 934 81 034

Ref.nr. 3168968936

Søknadsfrist 29.09.2016





SØNDRE LAND KOMMUNE
Hovsbakken 1
2860 Hov
Tlf. 61 12 64 00

Søndre Land tilhører Gjøvikregionen og er en perle med 30 minutter til byen vår Gjøvik, én time til snaufjell og halvannen time til Gardermoen og til hovedstaden. Sentralt, men unna byens larm, svevestøv, trafikkork, kassakøer og manglende parkeringsplass. Vi har stillhet, full barnehagedekning, frisk luft, godt oppvekstmiljø, rikt kulturliv og flotte muligheter for friluftsliv på åsene og Randsfjorden.

Psykologspesialist/psykolog

Søndre Land kommune har fått tilskudd fra Helsedirektoratet til å rekruttere psykolog for å styrke arbeidet innen rus/psykiatri. Det er opprettet en 100 % fast stilling plassert i kommunalområde Helse, omsorg og velferd.

100 % fast stilling

Søndre Land kommune søker etter en psykolog som bidrar til å styrke det samlede kommunale arbeidet innen psykisk helse / rusfeltet, og som bidrar i helsefremmende og forebyggende arbeid.

Arbeidsoppgaver

- Utøve klinisk praksis / konsultasjoner
- Identifisere risikofaktorer for å redusere psykiske helseplager, og iverksette befolkningsrettede og individuelle tiltak
- Styrke fagutviklingen i fagfeltet psykisk helse og rus knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig oppdagelse og intervensjon

Kvalifikasjoner:

Psykolog med embetseksamen

Kontaktpersoner:

kommunalsjef helse, omsorg og velferd Randi Marta Berg,
tlf. 61 12 65 54
avdelingsleder Renathe C. Nordh,
tlf. 61 12 65 85

Fullstendig annonsetekst, samt elektronisk søknad finner du via Ledig stilling på www.sondre-land.kommune.no



Familievernkontoret
Otta

Stiftelsen Kirkens Familievern

Stiftelsen Kirkens Familievern (SKF) har i snart 60 år bistått familier med tjenester som forebyggende familietiltak og tiltak for å hindre at større problemer får utvikle seg i familien. SKF er en ideell aktør i familievernet som skal yte hjelp til familier, par og enkeltpersoner som opplever vanskeligheter i hverdagen. Hjelpen er uavhengig av trosretning og etnisitet.

SKFs verdier er
respekt – vidsyn – vitalitet – håp.

FAMILIETERAPEUT

100 % stilling i ett års vikariat fra 1. november 2016

Familievernkontoret Otta har 5 ansatte, inkl. leder og merkantilt ansatt. I tillegg til samtalehjelp driver kontoret mekling, forebygging og utadrettet virksomhet.

Arbeidsoppgaver:

Klinisk arbeid med par og familier, mekling etter Lov om ekteskap og Lov om barn og foreldre, samt utadrettet arbeid som foredrag, kurs, veiledning og konsultasjon.

Kvalifikasjoner:

Vi ønsker høyskole-/universitetsutdanning gjerne fra helse- og sosialsektor samt familieterapeutisk utdanning og erfaring. Det legges vekt på evner til både selvstendig arbeid og samarbeid i kontorets team. Personlige egenskaper vektlegges.

Nærmere informasjon om stillingen:

daglig leder, Geir Vik tlf. 61 23 05 36/ 996 23 002.

Søknad med CV, vitnemål og referanser sendes til kf.otta@bufetat.no eller til Familievernkontoret Otta, Storgata 21, 2670 Otta innen **12. september 2016**.

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

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

Medlemmer

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

Geir Skauli
geir.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**
ragnhildkrokke@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
ingvildrf@icloud.com
936 50 674

Hordaland
Bjarte Bruntveit
bjarte.bruntveit@helse-
bergen.no
909 98 052

Møre og Romsdal
Magne Storvik
magne.storvik@helse-mr.no
482 82 553

Nord-Trøndelag
Stein Aage Henriksen
stein.aage.henriksen@nav.no
472 37 900

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Østfold
Harald Sandnes
har-sa@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 rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPEKIALITETSRÅDET

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

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 innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller 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:
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

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.



