

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.53 nr.11 2016

«Atferd» under angrep

NÅ-intervjuet

LANGVARIG TAUSHET OM OVERGREP

Vitenskapelig artikkel

Fornektelse og anerkjennelse

Siri Gullestad har
lest *Arv og miljø*
av Vigdis Hjorth

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-11



9 770332 647006 11
RETURUKE 49 150 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 53 **nr. 11** 2016

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

Fagredaktør Ida K. Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

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

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

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

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

Markedskonsulent Winnie Engevoid

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Åshild Irgens

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.

Kald helsehjelp

VERDENSDAGEN FOR PSYKISK helse er lagt bak oss. Utallige steder over det ganske land og i mang en spaltmillimeter har vi hørt om betydningen av varme og åpenhet. For åpenhet er medisinen som også fjerner tabuene. Mens varme leger det knuste.

I de gode intensjonene finnes det en romantisk glød som også finner gjengklang i kulturlivet og offentligheten. Vær åpen om din smerte, og vi skal møte deg med kjærlighet. Slik vil du igjen kunne reise deg. For mange er dette viktig, og for noen er dette tilstrekkelig. Men på langt nær for alle.

Denne forståelsen av psykiske plager kan gjøre at man mister av syne at helsehjelp også handler om kald organisering, prioriterte satsninger, effektivisering og ressursallokering – forhåpentligvis til det beste for de fleste. Få snakker imidlertid med entusiasme om nødvendigheten av logistikk og regneark, om nødvendigheten av en kjølig fornuft som gjør vurderingene som skal skape mest mulig varme.

Skal vi hjelpe, må vi derfor ta kaldt fatt på spørsmålene om hvordan vi organiserer hjelpetilbudet. Den som ber om mer varme fra dagens helse- og sosialarbeidere, starter i feil ende. Det er ikke her bøygen ligger. Snarere handler det om hvordan vi organiserer de mange som arbeider i helse- og sosialsektoren slik at de får mulighet til å bruke sin varme.

Og ikke minst handler det om hvordan vi organiserer vår støtte til mennesker som har langvarige, ja, kroniske plager.

All ære til satsningen på forebygging og lavterskeltilbud. Den vil omsider gi mange nødvendig og ofte tilstrekkelig hjelp til å gå stødig videre i livet. Men vi må også snakke om de mange som blir deprimerte igjen og igjen og igjen, de som trenger langvarig hjelp til å leve med sine psykoser, om de som fortsetter å ruse seg etter behandlingsopplegg nummer femten.

En viktig følge av økt åpenhet om psykiske helseplager er at vi får bedre informasjon om hjelpebehovet i samfunnet. Med kald fornuft kan vi så organisere helse- og sosialsektoren slik at varmen når flest mulig – også i det lange løp. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

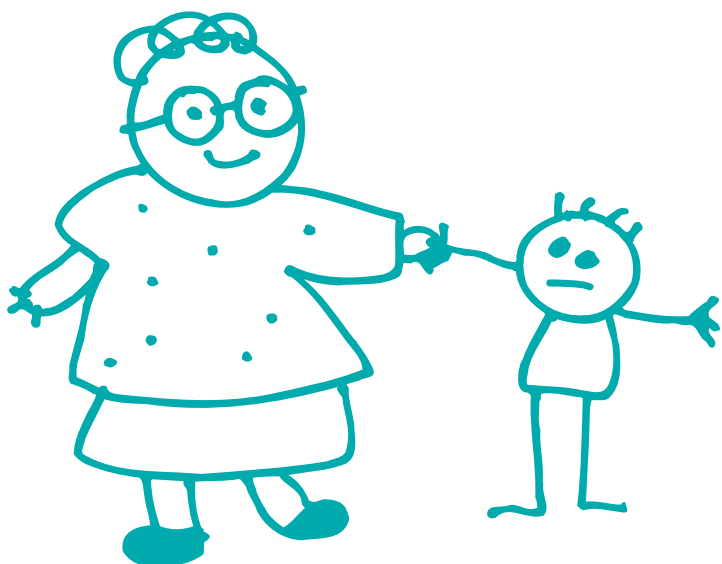
bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Få snakker med entusiasme om nødvendigheten av logistikk og regneark

912



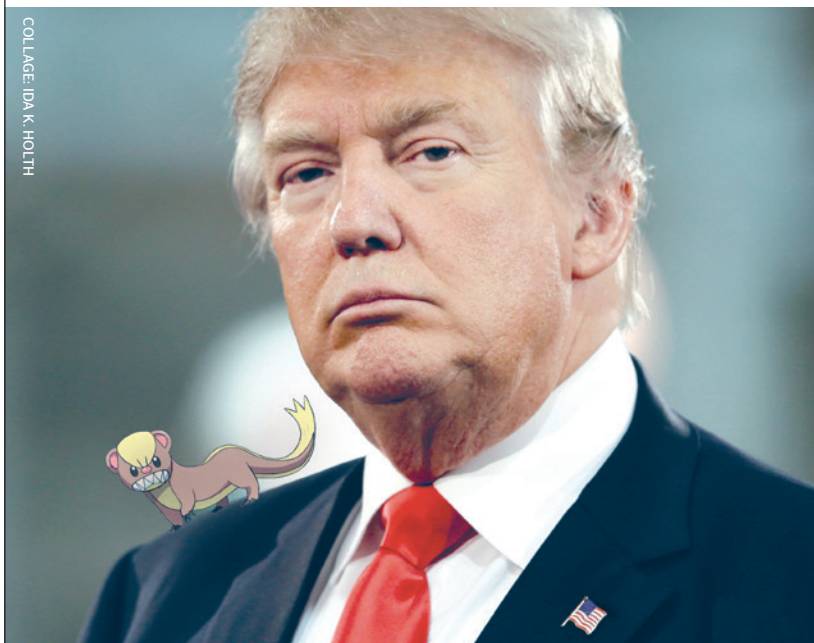
ILLUSTRASJON: PSYKOLOGTIDSSKRIFTET

BARN SOM FORGRIPER SEG

Psykologen er nødt til å ta «sin del av ansvaret» i saker der det er mistanke om at et barn har utført seksuelle overgrep, skriver Helle Kleive. Hun har flere forslag til hvordan.

Fra praksis

942



COLLAGE: IDA K. HOLT

DONALD TRUMP OG POKÉMON

Verden er kanskje mer postmoderne enn noensinne. Men hvor postmoderne er - og var - egentlig psykologifaget?

Bokessay av Jon Vøllestad

920

Som speil i speil i speil bærer vi den andres begjær i oss som vårt eget

Øystein Førre, Fri assosiasjon



DET TAR 17 ÅR

Personer utsatt for seksuelle overgrep som barn fortalte ikke om det til noen før det var gått gjennomsnittlig 17,2 år, viser en ny studie i denne utgaven av Psykologtidsskriftet. Over 500 brukere av støttesentre deltok i studien.

Vitenskapelig artikkel ved Steine et al.

Innhold

- 877 **Kald helsehjelp**
Leder | Bjørnar Olsen
- 880 **Atferd under angrep**
NÅ: Elisabeth Askeland | Nina Strand
- 882 **Reagerte på informasjon om utenlandsstudier**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 885 **Mot en global psykologrolle**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 886 **- Pakkeforløp er ikke svaret**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 888 **Langvarig taushet om seksuelle overgrep**
Vitenskapelig artikkel | Steine et al.
- 900 **Symptomet stemmer**
Oppsummert | Kenneth Hugdahl
- 904 **Gruppebasert kognitiv og somatisk intervensjon**
Vitenskapelig artikkel | Hansen et al.
- 912 **Barn som forgriper seg på barn**
Fra praksis | Helle Kleive
- 920 **Psykoterapi og forbannet løgn!**
Fri assosiasjon | Øystein Førre
- 923 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Tenk system (s. 924)
Debatt: Fritt behandlingsvalg (s. 928),
ADHD-medisinerings (s. 930), Forsknings-
kritikk (s. 932), Metakognitiv terapi (s. 933), Schizofreni
(s. 936), Behandlingsformer (s. 936), Kildekritikk (s. 937)
Perspektiv: Ingen selvfølgelighet | Bent Høie (s. 940)
- 942 **INNTRYKK**
Bokessay: Postmodernisme på norsk | Jon Vøllestad (s. 942),
Om fortrenning | Siri Gullestad (s. 948)
- 953 **Minneord: Jim Aage Nøttestad**
- 954 **Kurskalenderen**
- 955 **Annonser**
- 964 **Stillingsannonser**

«Atferd» under angrep

Begrepet atferd vekker nå motstand blant brukere, politikere og behandlere. Men vi kan ikke fjerne oss fra å studere atferd i psykologien, mener Elisabeth Askeland ved Atferdssenteret.



GUNSTIGE OMGIVELSER – Metodene våre er rettet mot å gjenoppbygge gode foreldreskap – med forutsigbare, kjærlige og interesserte foreldre, som har klare rammer med god oppfølging av barnet, sier Elisabeth Askeland. Foto: Atferdssenteret

TEKST Nina Strand

– Et regjeringsnedsatt utvalg foreslår å ta ordet atferd ut av barnevernloven. Hva tenker du som fagdirektør ved Atferdssenteret om det?

– Brukerstemmen skal høres, og det er prisverdig. Det er i stor grad barn og ungdom som representerer Forandringsfabrikken som har uttalt seg og bedt lovgiverne om en endring, og jeg har ikke noe imot at de fjerner atferd i denne lovteksten såfremt det blir erstattet med en tekst som differensierer og spesifiserer hvilke barn man kan plassere etter tvangsparagrafen i barnevernloven, et alvorlig inngrep i et barns liv. Dagens lovverk åpner for det på bakgrunn av vedvarende rus, vold og kriminalitet eller alvorlig normbrudd.

– Én grunn til motviljen mot begrepet atferd er opplevelsen av at det fokuserer på måten man er på, ikke på hvordan man har det?

– Jeg forstår det. Atferd er jo i utgangspunktet et nøytralt begrep som egentlig omfatter all form for atferd, også positiv atferd inklusiv emosjonsuttrykk og tanker, mest brukt i faglige sammenhenger. På engelsk heter det behaviour. Ordet har ikke samme negative konnotasjoner i engelsk sammenheng som på norsk, kanskje fordi vi har en historie med noen enkeltsaker – Gro-saken og Sol-saken – der atferdsterapien ble misbrukt. Men vi kan ikke fjerne oss fra å studere atferd i psykologien. Samtidig må vi alltid se på hva som *ligger bak* atferden. Hvis jeg forstår ungdommene rett, erfarer de at atferdsbegrepet og atferdsdiagnosen sammenblandes slik at de blir stemplet og tillagt ansvaret for sin egen fungering, mens de mener at det er deres omgivelser som er årsak til deres negative atferdsuttrykk og psykiske problemer. Jeg tenker de med rette kritiserer diagnosesystemet, som er individrettet og hvor relasjons- og samspillsperspektivet er utelatt.

– Barna knytter ordet til en måte de har blitt møtt på, der de ikke blir spurt om sine følelser?

– Ja. Og da snakker vi i tilfellet om mangel-full behandling. For å hjelpe disse barna må vi selvsagt vite hva som ligger bak den negative atferden. I våre metoder jobber vi primært med omgivelsene, med de voksne, med foreldre, barnehageansatte og lærere. Målet er at omgivelsene skal endre seg og møte barnet på en annen måte. Det er feil å si at vi bare jobber med atferd, vi må alltid jobbe med barnets helhetlige psykologiske fungering, inklusive følelser og tanker, deres relasjoner i kontekst og i lys av dets oppvekstshistorie. Vi jobber med ulike perspektiver og ut fra flere teorier, blant annet læringsteori, samspillsteori, emosjons-teori, kognitiv teori og familieteori.

– Du nevnte ikke traumeteori? Det er fra den kanten mye av kritikken kommer.

– Jeg er positiv til at psykologer nå har skarpere fokus på traumebehandling. Mange av barna vi snakker om, har vært utsatt for traumer, og man burde alltid kartlegge om det ligger et traume til grunn i barnas historie eller i nåtid. Jeg ser frem til å få vite hva som kommer ut av traumesensitiv omsorg og behandling. Foreløpig er det ikke mye dokumentasjon på hvordan denne tilnærmingen faller ut, og hvordan det går med barna på lengre sikt.

– Du sier det ikke har vært forsket nok på dette ennå?

– Det stemmer. Metastudier sier fortsatt at foreldretilnærminger er de beste for barn med atferdsvansker. Her er foreldrene barnas viktigste hjelpere. Vi må ikke gå tilbake til uteluk-kende å tilby en individrettet behandling uten å endre barns omgivelser, dette gjelder også der barna har traumer, angst og depresjon.

– Men da må vel barnet få hjelp med det?

– Ja, og nå prøver vi ut metoder der barn med sammensatte vansker som et supplement får hjelp med traumer, angst og depresjon i tillegg til atferdsvansker. Foreldrene får egne tilbud, samtidig som barnet får individuell hjelp. På slutten av hver terapitime kommer foreldrene inn og får vite av barnet sitt eller ungdommen sin hva de har snakket med terapeuten om, og hvilke oppgaver de har fått å jobbe hjemme med. Her kan barna selv styre hva de vil fortelle. Vi kan ikke uttale oss om resultatene her

Hvorfor NÅ?

- Et regjerings-nedsatt utvalg foreslår at begrepet atferd tas ut av barnevernloven, og begrepet angripes også av fagfolk i psykisk helse.
- Elisabeth Askeland er fagdirektør ved Atferdssenteret i Oslo.
- «Atferdssenteret bidrar til at barn og unge med alvorlige atferds-problemer, deres familier, barnehager og skoler får hjelp som er forskningsbasert, relevant, individuelt tilpasset og resultatteffektiv», ifølge senterets nettside.

i Norge før vi har forsket på dem, men funnene i USA er positive. Vi tilpasser terapien til norske forhold, og prøver dette nå ut i syv BUP-er som får veiledning fra amerikanske konsulenter. Dette er en viktig utvidelse for oss.

– Atferdsbegrepet ser ut til å ha kommet i mis-kreditt i enkelte miljøer. Må Atferdssenteret skifte navn nå?

– Navneskifte har vi snakket om i flere år fordi navnet formidler en begrenset forståelse av hva vi jobber med på senteret. Hvis navnet hindrer barn som lider i å få god hjelp fordi det vekker feil assosiasjoner, så er det viktig å gjøre noe med det. Vi har nå funnet et nytt navn, som vil bli styre-behandlet i desember. Selv mener jeg det ikke er atferdsbegrepet i seg selv som er problemet, men at atferdsdiagnosene er individrettet. Vi snakker jo om en relasjonsbetenget lidelse, som oftest har oppstått i samspillet mellom foreldre og barn.

– Så dere ønsker selv et nytt navn?

– Ja. En endring har altså lenge vært ønsket, fordi navnet ikke er dekkende, men også fordi det finnes fagmiljøer med sterke røster som nå sier at de ikke vil anbefale våre metoder. Det må vi ta konsekvensen av. Hvis navnet vårt hindrer at barn og unge med atferdsvansker skal få den best dokumenterte hjelpen, så vil vi absolutt bytte navn. For vi vet at tusenvis av barn og ungdom og familier har fått et bedre liv med hjelp av våre metoder.

– Mye kan vel tyde på at det ikke bare er en misforståelse, men faglig skepsis. Hva vil du helt kort si til skeptikerne?

– Det er viktig å si at metodene Atferdssenteret har satset på, primært baserer seg på hvordan vi kan forebygge negative samspill ved hjelp av etablering av positive relasjoner med minimal vekt på negativ konsekvensbruk. Du kan ikke hjelpe et barn til å utvikle seg hvis du først og fremst jobber med negative konsekvenser. Da har du tapt som foreldre og som behandler. Alt er innrettet mot å gjenoppbygge gode foreldreskap – med forutsigbare, kjærlige og interesserte foreldre, som har klare rammer med god oppfølging av barnet. Barnet skal føle seg ivaretatt, elsket og forstått. Vårt mål er at barna skal ta i bruk sine iboende ressurser. Mange blir utstøtt fra fellesskap med andre barn, også av lærere og barnehageansatte. Vi må vite hva vi gjør, og bruke den til enhver tid beste dokumenterte kunnskapen. ✘

REAGERTE PÅ INFORMASJON OM UTENLANDSSTUDIER

Bjørknes Høyskole endret informasjon om psykologutdanning i utlandet på oppfordring fra Helsedirektoratet.

TEKST

Øystein Helmikstøl

HELSEDIREKTORATET kontaktet ungarske myndigheter og fant plutselig ut at psykologutdanningen ved Eötvös Loránd University (ELTE) ikke gir rett til autorisasjon i Ungarn. Da vil personer som søker om autorisasjon i Norge i disse tilfellene ikke ha rett til godkjenning etter EØS-regelverket.

Det betyr at studenter som har fullført den ungarske utdanningen som Clinical and Health Psychologist, fra nå av ikke får lisens eller autorisasjon som psykolog i Norge, opplyste Helsedirektoratet 3. oktober.

MARKEDSFØRING

Bjørknes Høyskole har en samarbeidsavtale med ELTE om 35 studieplasser og markedsførte tilbudet sitt på nettsidene: «Ta profesjonsstudiet i utlandet» het det, også etter at Helsedirektoratet endret sin praksis. Da reagerte Helsedirektoratet, etter at Psykologtidsskriftet ønsket en kommentar. Avdelingsdirektør Anne

Farseth forklarte i en e-post via kommunikasjonsavdelingen:

– Vi vil take kontakt med Bjørknes for å gjøre dei merksame på at vi no har avslått autorisasjons- og lisenssøknadar for studentar som har teke ELTE-utdanninga, og vi vil oppmode dei til å endre informasjonen på denne nettsida.

Bjørknes endret informasjonen på nettsiden den 14. oktober, men avviser at de drev med villedende markedsføring.

– Vår omtale av tidligere praksis gir ikke lenger et riktig bilde, sier Cia Dunstrøm, studieleder for psykologi ved Bjørknes. Hun sier at skolen har skrevet et blogginnlegg om hvordan man blir psykolog, ikke nødvendigvis gjennom Bjørknes, men generelt.

– Vi tilbyr årsheter og bachelor. Våre psykologistudenter har ulike fremtidsplaner, og langt fra alle sikter mot autorisasjon, skriver Dunstrøm i en e-post. Opplysningene på blogginnlegget har ligget ute siden mars 2015.

The screenshot shows the top of a web page for Bjørknes Høyskole. The header includes the school's logo and the text 'BJØRKNES HØYSKOLE - BLOGG'. Below this is a navigation menu with links for 'FORSIDE', 'BLOGG OM HELSEFAG', 'BLOGG OM PSYKOLOGI', 'BLOGG OM INTERNASJONALE STUDIER', 'BLOGG OM STUDENTLIV', and 'TIL NETTSIDE'. A breadcrumb trail reads 'Du er her: Forside > Hvordan blir man psykolog? >'. The main content area features the article title 'Hvordan blir man psykolog?' and a large photograph of a young woman with long brown hair, wearing a white lab coat, sitting on a light-colored sofa and looking thoughtfully to the side. To the right of the image is a search bar with the text 'Søk' and a magnifying glass icon. Below the search bar is a section titled 'Om BH-bloggen' with the following text: 'Denne bloggen skrives av forelesere, studenter og studieadministrasjonen ved Bjørknes Høyskole. Har du lyst til å bidra? Send oss en mail på info@bjorkneshoyskole.no eller ring oss på 23233820'.

UTENLANDSSTUDIER Bjørknes Høyskole har endret opplysninger om psykologistudier i utlandet på sine nettsider etter at Helsedirektoratet reagerte. Foto: Skjermdump.

ANDRE YRKER

Psykologiutdanningen fra ELTE kan brukes innenfor andre yrker innenfor psykologi, for eksempel rådgivning og forskning, påpeker Helsedirektoratet.

– Utdanningsinstitusjoner og Psykologiforbundet har oversikt over yrker som er aktuelle med en mastergrad i psykologi, skriver direktoratet på sine nettsider.

Psykologtidsskriftet har kontaktet Psykologiforbundet, men har ikke lyktes i å få en kommentar.

Visepresident Arne Holte i Psykologiforbundet sa til NRK 3. oktober at avgjørelsen om ikke å godkjenne utdanningen fra ELTE er sløsing med ressurser. Holte vil ikke kommentere saken i Psykologtidsskriftet.

«STØRRE MANGLER»

Utdanningen som Clinical and Health Psychologist er ifølge Helsedirektoratet ikke rettet inn »

Bakgrunn

- Helsedirektoratet endrer godkjenningspraksisen for psykologiutdanningen fra ELTE-universitetet i Ungarn.
- Studenter som har gjennomført den ungarske utdanningen får nå ikke lisens eller autorisasjon i Norge.
- Bjørknes Høyskole har en samarbeidsavtale med ELTE. Høyskolen har nå endret informasjon om psykologiutdanning i utlandet etter reaksjon fra Helsedirektoratet.



ENDRER PRAKSIS Helseledelse og praksis med å gi lisens til søkere med psykologiutdanning fra Ungarn, begynte i 2013, ifølge avdelingsdirektør Anne Farseth. Nå har direktoratet endret praksis. Foto: © Rebecca Ravneberg/Helseledelse



UTMELDINGER Psykologforeningen har registrert 17 utmeldinger de siste ukene. Alle med studentmedlemsstatus, ifølge generalsekretær Ole Tunold. Foto: Arne Olav Hageberg

Utdanningen har blant annet større mangler i klinisk teori og praksis sammenlignet med den norske utdanningen

*Helseledelse om utdanningen
Clinical and Health
Psychologist i Ungarn*

mot klinisk pasientbehandling i samme grad som den norske profesjonsutdanningen.

– Utdanningen har blant annet større mangler i klinisk teori og praksis sammenlignet med den norske utdanningen, skriver Helseledelse på nett.

Psykologiutdannede fra Ungarn har likevel kunnet være medlemmer i Psykologforeningen.

– *Hvorfor har personer uten autorisasjon som helsepersonell i Ungarn fått lov til å bli medlemmer i Psykologforeningen, generalsekretær Ole Tunold?*

Tunold svarer med å sende Psykologforeningens regelverk, der det står at «utenlandsstudenter som er i et studium som leder fram til autorisasjon som psykolog i Norge, kan opptas som studentmedlemmer».

– Inntil Helseledelse nylige avgjørelse tilhørte de nevnte studentene denne kategorien. Og vi følger lovene våre, svarer Tunold.

– *Men du svarer om studentene. Jeg spør om dem som har fått autorisasjon i Norge på feil grunnlag. Psykologforeningen har vel da medlemmer som ikke burde vært helsepersonell?*

Tunold svarer med igjen å vise til Psykologforeningens lover, der det står at «den som har fått autorisasjon eller lisens som psykolog etter Lov om Helsepersonell av 16. juni 2000 kan opptas som medlem».

Psykologforeningen har for øvrig registrert 17 utmeldinger de siste ukene. Alle med stu-

dentmedlemsstatus, fikk Psykologtidsskriftet opplyst 18. oktober. Generalsekretær Ole Tunold kommenterer dette slik:

– Psykologforeningen har stor forståelse for at Helseledelse endring av praksis for tildeling av lisens og autorisasjon stiller dem som har tatt psykologstudier ved ELTE i en vanskelig situasjon. Det hadde vært best for alle om det hadde vært mulig for Helseledelse å komme frem til denne konklusjonen tidligere, fordi det er skapt forventninger om at dette studiet ville lede fram til autorisasjon som psykolog gjennom en praksisperiode på lisens i Norge.

– BEGYNTE I 2013

Det er ny informasjon fra ungarske myndigheter og en presisering av faglige råd fra Universitetet i Oslo som ligger til grunn for at Helseledelse nå endrer praksis, ifølge avdelingsdirektør Anne Farseth. Hun opplyser at praksisen med å gi lisens til søkere med psykologiutdanning fra Ungarn, begynte i 2013. Psykologforeningen har ikke medvirket til praksisendringen, ifølge avdelingsdirektøren.

– Vi ser at det har vore einsskilte søkarar som har fått autorisasjon direkte med ungarsk utdanning også før dette, totalt 6 søkarar, men vi har ikkje fått undersøkt kva universitet og utdanning dei kjem frå, skriver Farseth. ✘

MOT EN GLOBAL PSYKOLOGROLLE

Det internasjonale psykologsamfunnet har blitt enige om grunnleggende kompetansemål for psykologer.

TEKST Per Olav Solberg

SVERRE NIELSEN i Norsk psykologforening har vært leder for den internasjonale arbeidsgruppen som har jobbet fram dokumentet «International Declaration on Core Competences in Professional Psychology». Dokumentet, som i psykologkretser omtales som «The Declaration», ble vedtatt av International Association of Applied Psychology og International Union of Psychological Science under den internasjonale psykologkongressen i Yokohama (ICP 2016) i Japan i juli.

– Vi har jobbet med dette i seks år. Det var et stolt øyeblikk, og et av høydepunktene i mitt yrkesliv, sier Nielsen.

Dokumentet bruker fire sider på å beskrive hva slags kjernekompetanse en psykolog bør besitte. Det handler om alt fra etisk og kulturell kompetanse til at man bruker evidensbaserte metoder i sin psykologpraksis.

– Er dette et viktig dokument?

– Det får tiden vise. Dokumentet kan være et hjelpemiddel til å definere psykologrollen og et godt startpunkt for å utarbeide nasjonale standarder for en psykologprofesjon. I land med en sterkt utviklet profesjon vil ikke dette dokumentet bety noe, det er mest relevant for nasjoner der psykologprofesjonen står svakt og er under utvikling, det blir nå blant annet oversatt til kinesisk og spansk.

– Hvordan kan dokumentet brukes?

– Det kan for eksempel anvendes politisk mot beslutningsmyndigheter. På Filippinene og i Singapore har dokumentet allerede blitt brukt slik. Om to år skal vi arrangere en konferanse der vi undersøker hvordan dokumentet har blitt anvendt ulike steder, og for å se om det har hatt noen effekt. Det blir syretesten på om vi virkelig har fått til noe her, sier Nielsen.



BROBYGGER Sverre Nielsen har hatt en nøkkelrolle i arbeidet med «The Declaration» som ble vedtatt i Yokohama. Foto: Privat

– Kan ikke dokumentet ses på som en form for vestlig profesjonsimperialisme, der man trer vestlige kompetansemål nedover mindre utviklede land med en svak psykologtradisjon?

– Her har vi vært bevisste, og vi har hatt en bredt sammensatt arbeidsgruppe med representanter fra land som Colombia, Kina og Sør-Afrika. Dokumentet har blitt til gjennom en omfattende demokratisk prosess og har vært bredt forankret både i arbeidsgruppen og i referansegruppen, som på det meste bestod av 350 personer fra et stort antall nasjoner.

– Blir ikke interessene da så mange og ulike at det man ender opp med og kan enes om, er temmelig lite og selvsagt?

– Å jobbe internasjonalt handler om å gi og ta, og dette dokumentet er ikke noe unntak. Jeg mener dokumentet definerer noen helt essensielle og sentrale kompetansemål for psykologrollen som det nå er internasjonal enighet om. En analogi: Når man koker suppe på ben, reduserer man den til det kun er en sterk, smaksrik kraftbase igjen. Deretter lager man suppen man ønsker med de ingrediensene man vil ha i den. Jeg ser på dette dokumentet som en slik konsentrert kraftbase. Så må hvert land tilpasse dokumentet til sine formål, sier Nielsen. ✘

- Pakkeforløp er ikke svaret

Det trengs mer enn psykologkompetanse og innføring av pakkeforløp i psykisk helsefelt, mener Rådet for psykisk helse.

TEKST Øystein Helmikstøl

Statsbudsjettet 2017

- Regjeringen foreslår å øke tilskuddet til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester med 20 millioner kroner. Dette legger til rette for 65 nye psykologårsverk i 2017. Samlet sett er det i 2016 og 2017 lagt til rette for minst 215 nye psykologårsverk i kommunene.
- Regjeringen foreslår 5,3 millioner kroner til utvikling av pakkeforløp i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle 22 pakkeforløp som skal være implementert innen 2020.

Kilde: Statsbudsjettet.no

- **PAKKEFORLØP** er ikke svaret på landets utfordringer innenfor psykisk helse.

Det mener generalsekretær Tor Levin Hofgaard i Psykologforeningen.

PAKKEFORLØP OG PSYKOLOGER

6. oktober la regjeringen Erna Solberg frem sitt forslag til statsbudsjett og nasjonalbudsjett for 2017. Regjeringen foreslår 5,3 millioner kroner til å utvikle pakkeforløp og vil ha 22 pakkeforløp innen 2020.

- Det gjenstår å se på kommende budsjetter hvilke ressurser regjeringen ønsker å bruke på dette arbeidet, skriver Hofgaard i en e-post til Psykologtidsskriftet etter at vi har bedt presidenten kommentere statsbudsjettet.

Generalsekretær Tove Gundersen skriver til Psykologtidsskriftet i en e-post at hun støtter behovet for at den beste behandlingen skal være tilgjengelig for alle.

- Vi trenger en kvalitetsreform der utrednings- og behandlingsforløpene styrkes, skriver Gundersen, men hun lovpriser ikke uten videre regjeringens forslag til statsbudsjett. I tillegg til pakkeforløp foreslår regjeringen å øke tilskuddet til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester med 20 millioner kroner.

- Utfordringsbildet i Norge krever innsats på langt flere områder enn psykologkompetanse og innføring av pakkeforløp, skriver Gundersen. Skal kvaliteten bli bedre på utredning og behandling, må prosessen knyttet til pakkeforløp, ifølge Gundersen være like god som målsettingen.

- Dette forutsetter at innspill fra pasienter, pårørende og fagmiljøene tas hensyn til. Målet til den enkelte pasient vil kreve ulik behandlingstiltak selv om noe er standardisert, mener hun.



VIL SATSE PÅ FRIVILLIGE Frivillighetssektoren må styrkes, mener generalsekretær Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse. Foto: Paal Audestad/ Psykiskhelse.no



BEKYMRET Psykologforeningens president Tor Levin Hofgaard er bekymret for utviklingen i ressursbruk til barn og unges psykiske helse. Foto: Arne Olav Hageberg

BARN OG UNGE

Akkurat nå er Psykologforeningens president mest bekymret for utviklingen i ressursbruk til barn og unges psykiske helse.

– Fra 2007 til 2016 er innsatsen for barn og unges psykiske helse i kommunene redusert med 259 årsverk, påpeker Hofgaard.

Han mener dette ikke oppveies av 600 millioner kroner i samme periode til 122 nye årsverk for å styrke psykisk helsearbeid ved helsestasjon- og skolehelsetjenestene.

– Vi ser det også innenfor spesialisthelsetjenesten. Samdata-rapporten i fjor viser at ressursene i psykisk helsevern for barn og unge ikke har hatt lik eller økt vekst på et eneste område, verken når det gjelder ventetid, kostnad, årsverk eller aktivitet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) opplever økte ventetider, kostnader og årsverk. TSB og psykisk helsevern for voksne har økt aktiviteten, ifølge Psykologforeningen.

– Vi tolker det slik at barn og unge taper mest i kampen mot somatikken. De fleste erkjenner nå at psykiske helseproblemer blant barn og unge er en betydelig samfunnsutfordring. Da er det underlig at det ikke følges opp med en reell vekst i hjelpeapparatet, skriver Hofgaard.

MAKTFORSKYVNING

Psykisk helse og rus må ifølge Rådet for psykisk helse ses på mer samlet i behandlingen.

– Definisjonsmakt og valgfrihet må gis pasienter og pårørende i langt større grad enn i dag. Det vil kreve en maktforskyvning, ifølge generalsekretær Tove Gundersen.

Hun mener at frivillighetssektoren må styrkes.

– Her ligger det et stort uforløst potensial. ✕

– Definisjonsmakt og valgfrihet må gis pasienter og pårørende i langt større grad enn i dag. Det vil kreve en maktforskyvning

*Generalsekretær Tove Gundersen
i Rådet for psykisk helse*

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 888-899 FAGFELLEVDERT

IRIS M. STEINE^{1,2}, DAGFINN WINJE¹, INGER HILDE NORDHUS^{1,3}, ANNE MARITA MILDE^{5,6}, BJØRN BJORVATN^{4,7}, JANNE GRØNLI^{6,8}, STÅLE PALLESEN^{4,9}

KONTAKT iris.steine@uib.no

LANGVARIG TAUSHET OM SEKSUELLE OVERGREP

Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn

Mange overgrepsutsatte bruker lang tid før de forteller om overgrepene. Denne første norske studien på området gir kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for latenstid.

Mange som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen, forteller aldri noen om dette, eller venter svært lenge før de forteller det til noen. En stor landsrepresentativ studie i USA fant at 27,8 % av dem som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn, aldri hadde fortalt noen om overgrepene (Ruggiero et al., 2004; Smith et al., 2000). Lignende resultater ble funnet i et representativt utvalg i Sverige (Pribe & Svedin, 2008). I denne studien benytter vi begrepet «latenstid» om tiden det gikk fra første gang man ble utsatt for overgrep til første gang man fortalte noen om overgrepet/-ene. Studier har funnet lenge latenstid der overgrepene involverte vold og trusler (Hanson et al., 2003), samleie (Pribe & Svedin, 2008), tvang (Ruggiero et al., 2004), og der overgriperen var en person man hadde en nær relasjon til (f.eks. et familiemedlem) (Smith et al., 2000). Det finnes også indikasjoner på at terskelen for å fortelle om overgrep er ytterligere forhøyet for dem som har hatt en kvinnelig overgriper (Denov, 2003), men betydningen av å

ABSTRACT

Delayed Disclosure of Sexual Abuse: Predictors and Correlates among Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse.

Background: Many survivors of childhood sexual abuse wait for a long time before they disclose the abuse to anyone. The aim of the present study was to identify factors related to delayed disclosure of sexual abuse.

Material and methods: The study is based on self-report data from 508 respondents to the survey *Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA)*.

Results: The average number of years passed from first-time abuse to disclosing the abuse was 17,2 years. Disclosure latency was associated with the degree of other adverse childhood experiences, and predicted symptoms of mental health problems in adulthood. Age at first abusive incident was inversely associated with disclosure latency. Having had a known rather than a stranger perpetrator was also associated with longer disclosure latencies. Follow-up analyses revealed lower age at abuse onset and longer duration of the abuse when parents or women were among the perpetrators.

Interpretation: Our findings highlight the need for preventive efforts facilitating early detection of sexual abuse, and for adults taking the responsibility for detecting sexual abuse against children.

Keywords: childhood sexual abuse, delayed disclosure, predictors and correlates of delayed disclosure

1. Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen
2. Visiting Scholar, UC Berkeley, California, USA
3. Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo
4. Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland universitetssjkehus, Bergen
5. Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Helse Bergen
6. Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen
7. Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
8. Washington State University, Spokane, USA
9. Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

ha hatt en kvinnelig versus mannlig overgriper har generelt blitt lite studert (Haugland, Nygaard, Vik, & Lindstrøm, 2011). Et fåtall studier har undersøkt sammenhengen mellom lang latenstid og senere psykologiske vansker hos den utsatte. Studiene viser at de som aldri hadde fortalt, eller som hadde ventet svært lenge før de fortalte noen om overgrepene, hadde flere symptomer på posttraumatisk stresslidelse, alvorlig depresjon (Ruggiero et al., 2004), mellommenneskelige problemer og seksuelle problemer (Wyatt & Newcomb, 1990).

Økt kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for latenstid, kan gi en indikasjon på hvilke tiltak som kan øke mulighetene for at overgrep mot barn kan bli avslørt på et tidligere tidspunkt. Formålene med denne studien var derfor å undersøke: 1) latenstiden fra første gang man opplevde overgrep til første gang man fortalte noen om overgrepene, 2) latenstidens sammenheng med symptomskårer, 3) sammenheng mellom alder da overgrepene startet og varigheten av overgrepene, og 4) prediktorer for forskjeller i latenstid. Så vidt oss bekjent, er dette den første norske studien på denne tematikken.

METODE

Prosedyre og respondenter

Studien baserer seg på data fra prosjektet «Longitudinal Investigation of Sexual Abuse (LISA)», et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen og de fire største sentrene mot incest og seksuelle overgrep i Norge. Utvalget bestod av voksne personer som hadde opplevd seksuelle overgrep som barn. I 2009 og 2011 fikk brukerne av sentrene tilbud om å delta i runde 1 av undersøkelsen. Invitasjonen ble sendt til senterbrukerne i posten sammen med et informasjonsskriv, et spørreskjema og en frankert svarkonvolutt. I alt 458 personer besvarte undersøkelsen i 2009, noe som utgjorde en svarprosent på 32,7%. I 2011 ble nye senterbrukere invitert til å delta, med den hensikt å øke det totale antallet respondenter i undersøkelsen. Ytterligere 79 personer deltok, og det totale antallet respondenter økte til 537. For å ivareta brukernes anonymitet ble utsendingene gjort av ansatte ved sentrene. Studien ble godkjent av Personvernombudet for forskning, Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig

forskningsetikk (REK nr. 264.08) og av Helsedirektoratet.

Av de totalt 537 respondentene svarte 508 (95,1 % kvinner, 4,9 % menn) i alderen 18–73 år ($M = 39,4$ år, $SD = 12,1$ år) at de hadde opplevd seksuelle overgrep som barn, det vil si før fylte 18 år ($M = 6,5$ år, $SD = 3,9$ år). Den hyppigst rapporterte høyeste fullførte utdanning var universitet/høyskole (46,2 %), etterfulgt av videregående skole (24,2 %), grunnskole (14,6 %), faglig yrkesutdanning (13,0 %), mens 1,0 % ikke hadde fullført grunnskole. Hyppigst rapporterte yrkesstatus var uføretrygdet / under atfering (45,1 %), etterfulgt av heltidsansatt (24,8 %), deltidsansatt (11,6 %), student (10,4 %), arbeidsledig (3,7 %), hjemmeværende (1,6 %) og pensjonist (1,4 %).

Måleinstrumenter

Post-traumatiske stresssymptomer ble målt med *Impact of Event Scale- Revised (IES-R)*, som måler kjernesymptomer ved PTSS den siste uken (Weiss & Marmar, 1997). Chronbach's alpha (intern reliabilitet) for IES-R sumskåren i utvalget var 0,94.

Angst- og depresjonssymptomer ble målt med *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, som måler henholdsvis angst- (HADS-Angst) og depresjonssymptomer (HADS-Depresjon) den siste uken. En subskala-skår på 11 og over indikerer sannsynlig klinisk signifikant angst/depresjon (Zigmond & Snaith, 1983). Chronbach's alpha var 0,83 for både angst- og depresjons-subskalaen.

Insomnisymptomer ble målt med *Bergen Insomnia Scale (BIS)*, som måler insomnisymptomer den siste måneden. Skalaen kan også skåres i henhold til inklusjonskriteriene for insomni i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Chronbach's alpha var 0,84.

Latenstid ble målt gjennom det åpne spørsmål: «Hvor lang tid tok det fra du opplevde overgrep første gang, til første gang du fortalte noen om overgrepene?» Vi spurte ikke om hvilke omstendigheter som førte til at man fortalte om overgrepene.

Andre negative hendelser i oppveksten ble kartlagt gjennom 7 spørsmål om i hvilken grad man hadde opplevd å ha blitt utsatt for eller vært vitne til fysisk/psykisk vold innad i / utenfor familien, om man måtte ta vare på andre i familien fordi foreldrene ikke klarte det, og i

hvilken grad man ble godt tatt vare på og følte seg trygg, elsket og verdsett i familien. Svarkategoriene var «nei, sjelden/aldri» (1), «Ja, av og til» (2), «Ja, ofte» (3) og «Ja, veldig ofte/alltid» (4). En totalskår ble beregnet, der høyere skår indikerte flere negative hendelser i oppveksten.

Andre aspekter ved overgrepene. Vi stilte åpne spørsmål om alder ved første overgrep, og om hvor mange år/måneder overgrepene hadde pågått (*Varighet*). Vi lagde dikotome variabler (nei/ja) basert på om overgriperen var en *Ukjent person*, om man hadde bodd i *Samme husstand* som overgriperen, om overgrepene involverte *Penetrering*, *Vold* (fysisk), om man hadde opplevd *Trusler* (f.eks. at noen man var glad i ville bli skadet dersom man fortalte om overgrepene), og om man hadde blitt *Lurt* (f.eks. til at overgrepene var ens egen feil). «Nei» ble kodet «0», og «ja» ble kodet «1».

Statistiske analyser

Frekvensanalyser/krystabeller ble brukt for å illustrere sammenhenger mellom alder ved første og siste overgrep, varighet av overgrepene, og latenstid.

Pearson produkt-moment-korrelasjon ble brukt for å undersøke sammenhengen mellom latenstid og symptomskårer.

For å undersøke prediktorer for lang latenstid ble det anvendt hierarkisk regresjonsanalyse med variabelen *Latenstid* som kriteriumsvariabel. Prediktorvariablene ble valgt basert på funn fra tidligere studier (Hanson et al., 2003; Priebe & Svedin, 2008; Ruggiero et al., 2004; Smith et al., 2000). Forutsetninger vedrørende linearitet, normalitet, multikollinearitet og homoskedastisitet var oppfylt.

Oppfølgende tester. Vi gjorde oppfølgende tester for å identifisere faktorer relatert til lavere alder ved første overgrep, da de forutgående analysene viste at lavere alder ved første overgrep var relatert til både lengre *varighet* av overgrepene og til lengre *latenstid*. Fordi det å ha hatt en nær relasjon til overgriper eller en kvinnelig overgriper er knyttet til lengre latenstid, gjorde vi t-tester for uavhengige grupper der vi sammenlignet dem som hadde hatt foreldre som overgripere (biologiske/ste-/fosterforeldre), med dem som ikke hadde foreldre som overgripere, på parameterne alder ved første og siste overgrep, alder man fortalte om overgrep, overgrepens varighet, latenstiden, og symptomskårer (posttraumatisk stress, angst, depresjon og insomni). Deretter sammenlignet vi dem som hadde hatt *kvinnelige* overgripere, med dem som ikke hadde hatt kvinnelige overgripere, på de samme parameterne. Bare to respondenter hadde oppgitt at de kun hadde hatt kvinnelige overgripere. Vi sammenlignet derfor dem som *kun* hadde hatt mannlige overgripere med dem som hadde hatt *både mannlige og kvinnelige* overgripere. Til slutt gjorde vi en regresjonsanalyse for å identifisere prediktorer for en lavere alder ved første overgrep. Variablene *Vold*, *Trusler*, *Lurt*, *Tillit*, og *Foreldreovergripere* (om overgriperen var en forelder eller ikke) ble satt inn som prediktorer, og *Alder ved første overgrep* som avhengig variabel.

RESULTATER

Tabell 1 viser deskriptiv statistikk for henholdsvis kontinuerlige og kategoriske variabler benyttet i studien.



Lavere alder ved første overgrep, en kjent overgriper, og mer av andre typer negative opplevelser i oppveksten var knyttet til lengre latenstid

Tabell 1. Deskriptiv statistikk for variabler benyttet i studien.

Kontinuerlige variabler	<i>n</i>	M	SD	Spredning	KI
Om overgrep					
Alder ved første overgrep	506	6,3	3,6	0–17	6,0–6,6
Alder ved siste overgrep	491	16,7	7,8	3–49	16,0–17,3
Alder når man fortalte om overgrep	497	23,6	11,5	2–61	22,6–24,6
Varighet av overgrep i antall år	480	10,5	8,3	0–49	9,7–11,2
Symptomer					
Angst (HADS-A)	511	11,0	4,5	0–21	10,7–11,4
Depresjon (HADS-D)	502	6,6	4,4	0–20	6,2–7,0
Posttraumatisk stress (IES-R sum)	455	43,8	19,4	0–87	42,0–45,6
Insomni (BIS)	515	22,4	10,7	0–42	21,5–23,3
Kategoriske variabler	<i>n</i>	%			
Overgrepvariabler					
Ble utsatt for vold	175	33,8			
Lurt til å tro at det var normalt	300	58,0			
Ble utsatt for trusler	205	39,7			
Bodde i samme husstand	341	66,0			
Overgrep involverte penetrering	460	89,0			
Overgriper var en ukjent person	64	12,4			
Symptomer					
Angst (HADS-A) > 11	284	54,9			
Depresjon (HADS-D) > 11	101	19,5			
Posttraumatisk stress (IES-R) > 33	339	65,6			
Insomni (BIS) DSM-IV-TR-kriterier	405	79,7			

KI = 95 % konfidensintervall

M = gjennomsnitt

SD = standardavvik

Tabell 2. Oversikt, alder ved første og siste overgrep.

Alder ved første overgrep	Alder ved siste overgrep				Antall
	0–5 år	6–11 år	12–17 år	18 år <	
0–5 år	4,0 %	21,9 %	42,4 %	31,7 %	224
6–11 år		20,4 %	50,2 %	29,4 %	211
12–17 år			51,1 %	48,9 %	47
				100,0 %	6
Antall	9	92	225	162	488

Tabell 3. Oversikt, alder ved første overgrep og alder man fortalte om overgrep første gang.

Alder ved første overgrep	Alder man fortalte om overgrep				Antall
	0–5 år	6–11 år	12–17 år	18 år <	
0–5 år	3,1 %	10,3 %	21,4 %	65,2 %	224
6–11 år		14,8 %	22,2 %	63,0 %	216
12–17 år			40,4 %	59,6 %	52
Antall	7	55	117	313	492

Latenstid

Latenstiden fra første gang respondentene opplevde seksuelle overgrep til første gang de betrodd seg til noen om overgrepene, varierte fra 0 til 55 år, med et gjennomsnitt på 17,2 år (SD = 12,3 år).

Latenstid og symptomer

Det var positiv korrelasjon mellom *Latenstid* og symptomskårer på posttraumatisk stress ($r=0,12$, $n=441$, $p=0,015$), angst ($r=0,13$, $n=495$, $p=0,004$) depresjon ($r=0,14$, $n=487$, $p=0,002$), og insomni ($r=0,11$, $n=498$, $p=0,013$).

Alder ved første overgrep, varighet av overgrep og alder man fortalte om overgrepene

Tabell 2 gir en prosentvis framstilling av andelen respondenter i ulike alderskategorier ved henholdsvis første og siste overgrep. Gjennomsnittlig varighet av overgrep var 10,5 år (SD = 8,5 år), og det var en negativ korrelasjon mellom alder da overgrepene startet og varigheten av overgrepene ($r = -0,332$, $p < 0,000$). For dem som var mellom 0 og 5 år da overgrepene startet, varte overgrepene i snitt 13,3 år (SD = 8,9 år). Til sammenligning varte overgrepene i snitt 8,5 år (SD = 7,0 år) for dem som var mellom 6 og 11 år da overgrepene startet, og 6,8 år (SD = 8,4 år) for dem som var mellom 12 og 17 år da overgrepene startet.

Gjennomsnittsalder første gang man opplevde overgrep var 6,5 år, og 23,3 år første gang man fortalte noen om overgrepene. Det var ingen korrelasjon mellom alder ved første overgrep og alder første gang man fortalte noen om overgrepene ($r = -0,06$, $p = 0,174$). Flertallet av respondentene (59,6 % – 65,2 %) var over 18 år første gang de fortalte om overgrepet, uavhengig av hvilken aldersgruppe de var i da overgrepene startet (tabell 3).

Prediktorer for lengre latenstid

Resultatene fra regresjonsanalysen er framstilt i tabell 4. Den endelige modellen forklarte 15,8 % av variansen i latenstid ($F(9, 410) = 9,7$, $p = 0,000$), og variablene *Alder ved første overgrep* ($\beta = -0,34$), *Ukjent overgriper* ($\beta = -0,15$), og *Andre negative hendelser i oppveksten* ($\beta = 0,10$) var signifikant assosiert med latenstid.

Oppfølgende tester

Overgriperkarakteristika og sammenhengen med alder ved første overgrep, varighet av over-

grep, latenstid og symptomer. Å ha hatt foreldre som overgripere var knyttet til lavere alder ved første overgrep (5,4 år vs. 7,6 år, $t(469,8) = -6,5$, $p < 0,000$, $d = -0,42$) og lengre varighet av overgrepene (11,5 år vs. 9,9 år, $t(455,7) = -2,1$, $p = 0,038$, $d = -0,13$), men var ikke knyttet til høyere symptomskårer.

Å ha hatt en kvinne blant sine overgripere var knyttet til lavere alder ved første overgrep (4,4 år vs. 6,8 år, $t(70,2) = -4,5$, $p = 0,000$, $d = -0,62$), lengre varighet av overgrepene (15,3 år vs. 10,1 år, $t(57,4) = 3,3$, $p = 0,002$, $d = -0,46$), høyere alder ved siste overgrep (20,4 år vs. 16,7 år, $t(57,7) = 2,3$, $p = 0,023$, $d = -0,32$), lengre latenstid (22,0 år vs. 16,7 år, $t(65,0) = 2,9$, $p = 0,005$, $d = -0,40$) og høyere skårer på insomni ($t(68,5) = 2,1$, $p = 0,039$, $d = -0,28$), angst ($t(66,4) = 2,5$, $p = 0,015$, $d = -0,34$) og posttraumatiske stress ($t(59,5) = 2,0$, $p = 0,052$, $d = -0,28$), men ikke på depresjon ($t(66,6) = 1,7$, $p = 0,089$).

Prediktorer for alder ved første overgrep. Regresjonsmodellen med prediktorvariablene *Vold*, *Trusler*, *Lurt*, *Tillit*, og *Foreldreovergriper* forklarte 7,5 % av variansen i alder ved første overgrep ($F(5, 500) = 9,2$, $p < 0,00000005$). Å ha hatt foreldre som overgripere ($\beta = -0,24$, $p = 0,00000005$) og å ha opplevd trusler ($\beta = -0,10$, $p = 0,031$) var signifikant assosiert med en lavere alder ved første overgrep.

DISKUSJON

I denne studien av støttesenterbrukere som hadde opplevd seksuelle overgrep som barn, var gjennomsnittlig latenstid for å fortelle om overgrepene 17,2 år. Lavere alder ved første overgrep, en kjent overgriper, og mer av andre typer negative opplevelser i oppveksten var knyttet til lengre latenstid. Flertallet var voksne (over 18 år) første gang de fortalte om overgrepene, uavhengig av hvor gamle de var da overgrepene startet. Lavere alder ved første overgrep var knyttet til lengre varighet av overgrepene. Overgrepene begynte tidligere og varte lenger når overgriper var en forelder, og når det hadde vært kvinner i tillegg til menn blant overgriperne.

Lengre latenstid var knyttet til flere symptomer på posttraumatisk stress, angst, depresjon og insomni i voksen alder. Korrelasjonene var imidlertid lave, trolig på grunn av begrenset variasjon i symptomvariablene da utvalget gjennomgående skåret høyt på disse (se tabell 1). Funnene er i tråd med andre studier som



Lengre latenstid var knyttet til flere symptomer på posttraumatisk stress, angst, depresjon og insomni i voksen alder



Tabell 4. Hierarkisk regresjonsanalyse for variabler som predikerer latenstid for å fortelle om seksuelle overgrep

		β	B	SE ²⁾	95 % KI ¹⁾
Steg 1	Alder ved første overgrep	-0,35 ***	-14,5	1,9	-18,2 – -10,8
Steg 2	Alder ved første overgrep	-0,35 ***	-14,4	2,0	-18,4 – -10,4
	Varighet	0,08	1,6	0,9	-0,2 – 3,3
	Vold	-0,03	-9,4	15,4	-39,7 – 20,9
	Lurt	-0,09	-26,9	14,1	-54,5 – 0,8
	Trusler	-0,07	-21,9	14,5	-50,4 – 6,5
	Overgriper bodde i samme husstand	-0,09	-5,5	14,3	-33,5 – 22,5
	Overgrep med penetrering	-0,06	-30,2	22,9	-75,2 – 14,7
Steg 3	Alder ved første overgrep	-0,35 ***	-14,4	2,0	-18,4 – -10,5
	Varighet	0,11	1,9	0,9	0,2 – 3,7
	Vold	-0,01	-2,0	15,5	-32,4 – 28,4
	Lurt	-0,08	-24,0	13,9	-51,4 – 3,4
	Trusler	-0,06	-18,6	14,4	-46,8 – 9,7
	Overgriper bodde i samme husstand	-0,02	-6,5	14,1	-34,3 – 21,2
	Overgrep med penetrering	-0,07	-31,3	22,6	-75,8 – 13,1
	Ukjent overgriper	-0,15 **	-62,6	20,2	-102,4 – -22,8
Steg 4	Alder ved første overgrep	-0,34 ***	-13,9	2,0	-17,9 – -9,9
	Varighet	-10	1,8	0,9	-0,01 – 3,5
	Vold	-0,03	-8,6	15,8	-39,9 – 22,1
	Lurt	-0,08	-24,5	13,9	-51,8 – 2,8
	Trusler	-0,07	-22,2	14,4	-50,5 – 6,2
	Overgriper bodde i samme husstand	0,01	1,6	14,6	-27,1 – -30,4
	Overgrep med penetrering	-0,06	-28,0	22,6	-72,4 – 16,4
	Ukjent overgriper	-0,15 **	-63,4	20,2	-103,1 – -23,8
	Andre negative opplevelser i oppveksten	0,10 *	3,1	1,5	-0,9 – -6,1

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,000$.

¹ Standardavvik (SE) og 95 % konfidensintervall (95 % KI) er for ustandardiserte Beta-verdier (B).

har funnet høyere symptomskårer blant overgrepsutsatte med lang latenstid (Ruggiero et al., 2004; Wyatt & Newcomb, 1990). At latenstiden var lengre hvis overgriperen var en person man kjente, er også konsistent med tidligere studier (Priebe & Svedin, 2008; Ruggiero et al., 2004).

Jo yngre respondentene var da overgrepene startet, desto lenger pågikk overgrepene. Disse funnene understreker nødvendigheten av tiltak som kan avdekke og stoppe overgrep mot barn så tidlig som mulig, noe som vil bli diskutert mer inngående senere.

Lavere alder ved første overgrep var knyttet til lengre latenstid, noe som samsvarer med tidligere funn (Smith et al., 2000). En mulig forklaring kan være at yngre barn mangler kunnskap om seksualitet og dermed verken forstår eller har utviklet et begrepsapparat for

å formidle hva de er utsatt for. I tråd med en slik fortolkning har kvalitativ forskning vist at mange kvinner som opplevde seksuelle overgrep i barndommen, ikke forstod hva de ble utsatt for før de nådde ungdomsalderen. Overgriperne hadde også fortalt dem at det som skjedde var normalt, og at de ikke måtte si det til noen (Clancy, 2009). Overgripere som forgriper seg på yngre barn, har slik «mer tid til rådighet» før barnet forstår at det som skjer er galt. Yngre barns sosiale kontaktflate er i tillegg mer avgrenset til hjem og familie, noe som er spesielt begrensende der overgriperen er et familied medlem (Smith et al., 2000). Det ser med andre ord ut til at det å fortelle om seksuelle overgrep som man har blitt utsatt for, er noe som krever et visst modningsnivå (herunder kunnskap, forståelse, begreper, livssituasjon). En slik

tolkning støttes også av at flertallet i vårt utvalg var over 18 år første gang de fortalte noen om overgrepene, uavhengig av hvor gamle de var da overgrepene startet.

At en lavere alder ved første overgrep var knyttet til både lengre varighet av overgrepene og til lengre latenstid, kan også tenkes å henge sammen med at de som blir utsatt for overgrep fra tidlig barndom av, i større grad blir «fanget» i overgrepssituasjonen sammenlignet med dem som er eldre når overgrepene starter. For eksempel kan det tenkes at lavere alder ved første overgrep henger sammen med at overgriperen er en person som står barnet nær, en situasjon det trolig er vanskeligere både å bryte ut av og fortelle om sammenlignet med om overgriperen er en fremmed eller mer perifer person. I tråd med en slik tankegang viste våre oppfølgingsanalyser at en lavere alder ved første overgrep var assosiert med at overgriperen var en forelder, noe som er konsistent med funn fra en tidligere studie på temaet (Trickett, Noll, & Putnam, 2011). Lavere alder ved første overgrep var også knyttet til å ha blitt truet til taushet av overgriperen, noe som kan tenkes å ha en sterkere effekt på yngre barn. Det er nærliggende å tenke at de som er eldre første gang overgrep skjer, og der overgriperen ikke er en person som står dem nær, har et bedre utgangspunkt for å si fra om overgrepene enn dem som har vært utsatt for overgrep fra tidlig barndom av fra en nær person. Førstnevnte vil trolig kjenne mindre lojalitet til overgriperen, ha bedre selvfølelse/selvhevdelsesevner, i mindre grad bli styrt av trusler, eller ha familieforhold som kan støtte dem, sammenlignet med dem som utsettes for overgrep fra en lavere alder eller fra et familiemedlem.

Det at overgrepene startet tidligere og varte lenger for dem som hadde hatt en kvinne i tillegg til en mann blant sine overgripere, kan være uttrykk for at kvinnelige overgripere lettere har tilgang til yngre barn. De samme funnene gjaldt der overgriperen var en forelder. Dette samsvarer med funn om at kvinnelige overgripere ofte forgriper seg på yngre, nær beslektede barn, og ofte har en mannlig medovergriper (Grayston & De Luca, 1999). I tillegg vil en foreldrerelasjon trolig gjøre overgrepene vanskeligere å avsløre, og svært vanskelig å fortelle om.

De som hadde hatt kvinnelig overgriper hadde også lengre latenstid, noe som kan ten-

kes å henge sammen med sosiokulturelle faktorer. Terskelen for å avsløre overgrep begått av kvinner kan være ytterligere forhøyet fordi idéen om en kvinne som begår seksuelle overgrep mot barn, bryter med stereotypier om kvinner som kjærlige omsorgsvesener (se Haugland et al., 2011). I tråd med dette har kvalitative studier vist at overgrepsutsatte som har hatt både mannlige og kvinnelige overgripere, hadde større vansker med å fortelle og snakke om overgrepene begått av kvinnen (Denov, 2003). De høyere symptomskårene blant dem med kvinnelig overgriper kan kanskje henge sammen med at ens mor eller far var blant overgriperne, da flertallet (38 av 55) av dem som hadde hatt en kvinnelig overgriper, rapporterte å ha hatt foreldre som overgripere (biologiske-, ste- eller fosterforeldre). Imidlertid vet vi ikke om denne forelderen var ens mor eller ens far, da vi i vår avkrysningsliste ikke skilte mellom «mor» og «far», og overgripernes kjønn ble kartlagt i et eget spørsmål. For å bedre forstå hva som ligger bak at det å ha hatt en kvinnelig overgriper var knyttet til økte symptomskårer, bør fremtidige studier derfor skille mellom «mor» og «far» når det spørres om hvem overgriperen var. Når en nær tilknytningsperson som ens far eller mor er overgriperen, kan dette føre til større skader i tilknytningssystemet til barnet: Traumer i tidlige tilknytningsrelasjoner er knyttet til komplekse traumereaksjoner, blant annet i form av forringet evne til å stole på andre mennesker og til å inngå i nære relasjoner videre i livet, med de negative ringvirkninger dette kan ha for psykisk helse og livskvalitet (Allen, 2001; Courtois & Ford, 2009).

Latenstiden var også lengre for dem som i tillegg til seksuelle overgrep hadde en større grad av andre belastninger i barndommen (f.eks. fysisk/psykisk vold innad i eller utenfor familien). Det er fra tidligere velkjent at barn som blir utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, ofte blir utsatt for en rekke andre typer overgrep, omsorgssvikt og belastninger i tillegg (Kessler et al., 2010; Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2010). Videre er det godt dokumentert at de negative helsemessige konsekvensene av slike belastninger i barndommen øker i takt med hvor mange typer belastninger man har opplevd (Clark, Caldwell, Power, & Stansfeld, 2010; Felitti et al., 1998; Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010; Turner et al., 2010). Dette understreker nødvendigheten av at helseper-



De som hadde hatt kvinnelig overgriper hadde også lengre latenstid, noe som kan tenkes å henge sammen med sosiokulturelle faktorer



sonell og yrkesgrupper som arbeider med barn innehar kompetanse til å snakke med barn om et bredt spekter av overgrep, omsorgssvikt og belastende hendelser, med den hensikt å fange opp utsatte barn.

Variablene *Vold*, *Trusler*, *Lurt*, *Penetrering* og *Samme Husstand* var ikke relatert til *Latens-tid* i denne studien. Dette kan tyde på at de faktorene som bidrog til lang latens-tid gjorde seg gjeldende på tvers av disse spesifikke aspektene ved overgrepene, imidlertid bør funnene repliseres før en slik konklusjon kan trekkes.

Implikasjoner

Det er fra før av godt dokumentert at seksuelle overgrep mot barn har en høy forekomst og et stort skadepotensial for den utsatte. Samtidig har en rekke studier vist at overgrepsutsatte unngår eller utsetter svært lenge å fortelle om overgrepene. Vår studie tyder dessuten på at både varigheten av overgrepene og latens-tiden for å fortelle om overgrepene kan bli lengre jo yngre man er når overgrepene starter. Studien vår viser også i tråd med tidligere studier at en lengre latens-tid er knyttet til å ha større mentale helseproblemer som voksen. Sammen framhever denne forskningen at det er behov for systematiske tiltak som kan øke overgreps-utsatte barns muligheter til å avsløre at de blir utsatt for overgrep på et tidlig tidspunkt, men samtidig også at ansvaret for å avdekke seksuelle overgrep ikke må overlates til de overgreps-utsatte barna selv.

Mange overgrepsutsatte barn venter svært lenge før de forteller om overgrepene, og forstår ofte ikke hva de blir utsatt for. Dette er sterke argumenter for at barn allerede fra tidlig av bør få kunnskap om hva seksuelle overgrep er, og hvem de skal si fra til dersom de har blitt utsatt for overgrep. Slike tiltak bør starte tidlig gitt den høye forekomsten av seksuelle overgrep mot barn, og bør foregå i skolen for å nå ut til alle. Eksempel på slike forebyggingstiltak er informasjonsprogrammer rettet mot barneskoleelever (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013), som har vist effekt i form av å øke barnas kunnskap og ferdigheter til å gjenkjenne og beskytte seg selv mot overgrep i simulerte situasjoner (Davis & Gidycz, 2010; Zwi et al., 2007). Det finnes også indikasjoner på at barn som mottar slike intervensjoner oftere avslører overgrep de har blitt utsatt for, sammenlignet med barn som ikke mottar dem (Walsh, Zwi, Woolfenden,

& Shlonsky, 2015). Videre er det rapportert om lavere forekomst av seksuelle overgrep blant personer som mottok slike forebyggingsprogrammer i barneskolen (Gibson & Leitenberg, 2000). I Norge har informasjonsprogrammer i regi av private stiftelser og støttesentre blitt iverksatt i enkelte fylker og kommuner, som for eksempel Senter mot incest og seksuelle overgrep i Vestfolds undervisningsopplegg «*Det er min kropp*» og «*La oss snakke om det*», som også benyttes av flere andre støttesentre mot incest og seksuelle overgrep. Imidlertid er det kun en liten andel av landets skoler som mottar slike tilbud, og sentrenes usikre finansieringsordninger utgjør en trussel mot kontinuitet i tiltakene.

Selv om det er viktig å lære barn om seksuelle overgrep og om hvem de kan si fra til hvis de blir utsatt for slike, er det er samtidig viktig at ansvaret for å avdekke seksuelle overgrep ikke legges på de overgrepsutsatte barna selv, men at voksne tar et aktivt ansvar for avdekking av overgrep mot barn. Her har kvalitativ forskning vist at barn syntes det var lettere å betro seg om seksuelle overgrep dersom det ble skapt en *anledning* til å fortelle (f.eks. at en voksen person som barnet hadde tillit til initierte en samtale om hva som plaget dem, der det var tid og mulighet for en privat samtale og barna følte seg lyttet til og trodd), at det hadde en *hensikt* å fortelle (f.eks. en forventning om at det ville være flere positive enn negative konsekvenser ved å fortelle), og det ble skapt en *tematisk forbindelse* til tematikken (f.eks. at de så et informasjonsprogram om seksuelle overgrep på tv sammen med en voksen de stolte på) (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt, & Tjersland, 2005). Yrkesgrupper som er i kontakt med barn eller følger de samme barna over tid, har et spesielt ansvar for å sikre at saken blir undersøkt ved mistanke om overgrep. Dette gjelder for eksempel ansatte i barnehager, skoler, skolehelsetjeneste, tannhelsetjeneste, og leger i både fastlege- og akuttmedisinske funksjoner. I denne sammenhengen er det relevant å trekke frem at Regionalt ressurs-senter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Nord-Norge i samarbeid med Høgskolen i Narvik har utarbeidet et nettbasert kurs som har til hensikt å gi ansatte i barnehager og skoler opplæring i hvordan vold og seksuelle overgrep mot barn kan avdekkes, og hva man må gjøre når det avdekkes (for mer informasjon om dette

nettkurset, se <http://helsekompetanse.no/kurs/vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn>). Utover dette er funnene våre også en påminner om at også kvinner begår seksuelle overgrep, noe man bør være sensitiv overfor i en avdekkingsamtale, ettersom terskelen for å fortelle om seksuelle overgrep begått av kvinner synes å være ytterligere forhøyet.

Implikasjoner for helsepersonell

Seksuelle overgrep bør også rutinemessig kartlegges i helseinstanser med langvarig pasientkontakt (f.eks. helsestasjoner, den medisinske primærhelsetjenesten) og i instanser med tidsavgrenset kontakt (f.eks. det psykiske helsevernet for barn og unge). Dette kan øke sannsynligheten for tidlig avdekking og for at pasienter i behandlingsapparatet forteller om overgrep de har blitt utsatt for, slik at de kan få hjelp til bearbeiding av hendelsene og senskader av disse ved behov. Å gjøre slik kartlegging til en rutine er vesentlig, i lys av studier som viser at helsepersonell svært sjelden spør sine pasienter om de har opplevd seksuelle overgrep (Read & Fraser, 1998; Wijma et al., 2003), og at kun en svært liten andel av pasienter i psykiske helsevern på eget initiativ forteller terapeuten sin om seksuelle overgrep sammenlignet med pasienter som blir stilt konkrete spørsmål om dette (6 % versus 47 % i døgnavdeling, og 0 % versus 15 % i poliklinikk) (Agar, Read, & Bush, 2002; Read & Fraser, 1998). Det kan være mange ulike årsaker til at helsepersonell ikke systematisk kartlegger overgrepshistorikk. Usikkerhet om hvordan man skal formulere spørsmålene og følge opp når en pasient bekrefter å ha blitt utsatt for overgrep, kan være én av dem (Read, Hammersley, & Rudegeair, 2007). Artikkelen «Why, when and how to ask about childhood abuse» (Read et al., 2007) gir en god oversikt over hvordan man kan gå frem, og inkluderer konkrete eksempler på gode og mindre gode spørsmålsformuleringer og responser når en pasient bekrefter å ha blitt utsatt for overgrep.

Det å snakke med barn, unge eller sine pasienter om seksuelle overgrep og spørre om de har vært utsatt for slike, er noe som trolig vil være assosiert med ubehag og vegring for mange. Dette kan i verste fall resultere i at man unngår å stille slike spørsmål, selv når man mistenker at noen har blitt utsatt for overgrep. Sett fra den overgrepsutsattes perspektiv kan imidlertid slike spørsmål og samtaler utgjøre en mulighet for tidlig hjelp, det være seg til å stoppe pågående overgrep, forebygge nye overgrep, eller til å bearbeide senskader som følge av overgrepene.

Styrker og begrensninger

Styrkene ved studien er det relativt store utvalget av overgrepsutsatte personer. Studien har også en rekke begrensninger. Representativiteten av utvalget er usikker på grunn av den relativt lave responsraten. Videre bestod utvalget utelukkende av brukere av sentre mot incest og seksuelle overgrep. Det er uvisst om disse er representative for populasjonen av overgrepsutsatte som helhet. Det kan tenkes at overgrepsutsatte personer som oppsøker slike sentre, er mer ressurssterke, opplever mindre sosial støtte i privatlivet eller har flere senskader enn overgrepsutsatte som ikke oppsøker slike sentre. Representativiteten kan også begrenses på grunn av alvorlighetsgraden av overgrepene som respondentene i vår studie hadde opplevd: Majoriteten hadde opplevd grove overgrep fra svært lav alder, som de hadde tiet om i mange år. For en stor andel hadde overgrepene pågått over lang tid, og overgriperen var en forelder. Verken lav svarprosent (se f.eks. Hjemmen, Dalgard, & Graff-Iversen, 2002; »



Når en nær tilknytningsperson som ens far eller mor er overgriperen, kan dette føre til større skader i tilknytnings-systemet til barnet

Tambs, 1994), lang latenstid for å fortelle om overgrep (se f.eks Ruggiero et al., 2004) eller lav alder ved første overgrep i studier av personer som ble utsatt for seksuelle overgrep i barndommen (se f.eks Putnam, 2003), er unikt for vår studie. Likevel svekker usikkerheten dette bærer med seg for utvalgets representativitet, generaliserbarheten av resultatene våre til populasjonen av overgrepsutsatte som helhet. I lys av disse metodologiske begrensningene bør funnene våre repliseres i et utvalg av overgrepsutsatte fra et representativt befolkningsutvalg.

Til tross for de ovennevnte begrensningene gir studien kvantitativ dokumentasjon på at mange overgrepsutsatte bruker svært lang tid før de forteller noen om overgrepene, og den belyser faktorer relatert til lang latenstid, noe som igjen tydeliggjør behovet for tiltak som kan fremme tidlig avdekking av seksuelle overgrep mot barn.

KONKLUSJON

I denne studien av personer utsatt for seksuelle overgrep, gikk det i gjennomsnitt 17,2 år før respondentene første gang fortalte om seksuelle overgrep de ble utsatt for i barndommen. Lengre latenstid var knyttet til mer symptomer på posttraumatisk stress, angst, depresjon og insomni som

voksen. Lavere alder ved første overgrep var knyttet til både lengre varighet av overgrepene og til lengre latenstid for å fortelle om overgrepene. Funnene våre understreker at det er behov for systematiske tiltak for å fange opp overgrepsutsatte personer, og viktigheten av at avdekking av seksuelle overgrep ikke overlates til de overgrepsutsatte barna selv. ✕

Forfatterne ønsker å takke alle som deltok i LISA-undersøkelsen.

Denne studien har fått støtte fra Meltzerfondet, Norge-Amerika foreningen (NORAM), og fra Prosjekt Dobbelkompetanse; et nasjonalt rekrutteringsprogram for stillinger som krever både spesialistkompetanse og doktorgrad i psykologi, finansiert av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

REFERANSER

- Agar, K., Read, J., & Bush, J.-M. (2002). Identification of abuse histories in a community mental health centre: The need for policies and training. *Journal of Mental Health, 11*(5), 533–543. doi: 10.1080/09638230020023886
- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.
- Clancy, S.A. (2009). *The Trauma Myth: The Truth About the Sexual Abuse of Children- and Its Aftermath.* . New York: Basic Books.
- Clark, C., Caldwell, T., Power, C., & Stansfeld, S.A. (2010). Does the Influence of Childhood Adversity on Psychopathology Persist Across the Lifecourse? A 45-Year Prospective Epidemiologic Study. *Annals of Epidemiology, 20*(5), 385–394. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.02.008>
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*, 1–9.
- Courtois, C.A., & Ford, J.D. (Eds.) (2009). *Treating complex traumatic stress disorders. An evidence based guide*. New York: The Guilford Press.
- Davis, M.K., & Gidycz, C.A. (2010). Child sexual abuse prevention programs: A meta analysis. *Journal of clinical child psychology, 29*, 257–265.
- Denov, M.S. (2003). The Myth of Innocence: Sexual Scripts and the Recognition of Child Sexual Abuse by Female Perpetrators. *The Journal of Sex Research, 40*(3), 303–314. doi: 10.2307/3813326
- Felitti, V. J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., ... Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences study *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Ford, J.D., Elhai, J.D., Connor, D.F., & Frueh, B.C. (2010). Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents. *Journal of adolescent health, 46*(6), 545–552. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>
- Gibson, L.E., & Leitenberg, H. (2000). Child sexual abuse prevention programs: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect, 24*, 1115–1125.
- Grayston, A.D., & De Luca, R.V. (1999). Female perpetrators of child sexual abuse: A review of the clinical and empirical literature. *Aggression and violent behavior, 4*(1), 93–106. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00014-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00014-7)
- Hanson, R.F., Kievit, L.W., Saunders, B.E., Smith, D.W., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Ruggiero, K.J. (2003). Correlates of adolescents reports of sexual assault: Findings from the national survey of adolescents. *Child Maltreatment, 8*, 261–272.
- Haugland, G.N., Nygaard, I.E., Vik, J.S., & Lindstrøm, T.C. (2011). Ingen penis – ingen skade? Når kvinner begår seksuelle overgrep. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*, 522–528.
- Hjemmen, A., Dalgard, O.S., & Graff-Iversen, S. (2002). Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn – to ulike verdener? *Norsk Epidemiologi, 12*, 275–280.
- Jensen, T.K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O.A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1395–1413.

Symptomet stemmer

Ved å fokusere på enkeltsymptomet hørselshallusinasjoner framfor diagnosen schizofreni, har forskere i Bergen avdekket en todelt kognitivt svikt involvert i stemmehøring.



TEKST

Kenneth Hugdahl, Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen, og Divisjon for psykisk helsevern, Haukeland universitetssykehus, Bergen

KONTAKT

hugdahl@uib.no

DIAGNOSEN SCHIZOFRENI karakteriseres av høy grad av heterogenitet i symptomtrykk og undergrupperinger av lidelsen. Underliggende mekanismer for schizofreni er i liten, om enn i noen, grad kjent. Mangelfull forståelse av utløsende og opprettholdende årsaker medfører at medisiner og behandling blir preget av en prøve og feile-tilnærming. For å bedre forstå de enkelte mekanismene tilknyttet schizofrenidiagnosen tok forskningsgruppen vår det uvanlige skritt å konsentrere forskningen om ett enkeltsymptom, nemlig hørselshallusinasjoner, heller enn å ta for oss schizofrenidiagnosen som sådan. Ved å fokusere på ett enkeltsymptom har vi i dag klart å opparbeide oss en god forståelse av hvor og hvordan hørselshallusinasjoner oppstår i hjernen.

FORKLARINGSNIVÅER

Enhver psykologisk prosess eller mental tilstand kan forstås og studeres ut fra ulike forklaringsnivåer. Hørselshallusinasjoner manifesterer seg på flere nivåer, fra det kulturelle til det genetiske. Innhold i «stemmene» vari-

erer fra en kultur til en annen og mellom ulike religioner, og samfunnets toleranse for hallusinatorisk atferd varierer i ulike kulturer. Hørselshallusinasjoner har også sine unike kliniske, kognitive, nevronale, og trolig også genetiske, markører slik at de manifesterer seg på alle forklaringsnivåene. Figur 1 illustrerer tanken om forklaringsnivåer.

VOICE-MODELLEN

Hørselshallusinasjoner kan sammenfattes som et uønsket perseptuelt fenomen, som ikke lar seg kognitivt inhibere, med hovedsakelig negativt emosjonelt innhold. Forskningen vår på hørselshallusinasjoner er basert på VOICE-modellen (Hugdahl, Løberg, & Nygård, 2009), der hørselshallusinasjoner sees på som perseptuelle opplevelser som oppstår i språkområder i venstre bakre temporallapp. VOICE-modellen inkluderer flere forklaringsnivåer, med fokus på kognitivt nivå og hjernenivå: *Opplevelsen* av å høre stemmer påvirker personens kognitive kapasitet, for eksempel ved at oppmerksomheten rettes innover mot «stemmene», og ikke utad mot omgivelsene. Modellen predike-

rer også at de «indre stemmene» ikke blir ignorert eller *kognitivt inhibert* på grunn av svikt i fronto-parietale områder i hjernen, som styrer evnen til kognitiv kontroll og oppmerksomhet (se figur 2).

HJERNENIVÅ: FMRI

Forskerne i Bergen benytter funksjonell magnet resonansavbildning (fMRI) for å undersøke hjerneaktivering, der en kort sagt lager en slags kart over hvor i hjernen ulike mentale prosesser skjer. fMRI-signalet baserer seg på endring i konsum av oksygen i nevronene når de blir aktivert av et ytre eller indre stimulus.

fMRI-resultatene har så langt bekreftet at nevroner i venstre temporallapp som aktiveres ved normal språkpersepsjon, også er aktivert ved hørselshallusinasjoner, til tross for fravær av eksterne auditive stimuli. I en stor meta-analyse bekreftet vår forskergruppe (Kompus, Westerhausen, & Hugdahl, 2011) at nevroner i språkpersepsjonsområder i bakre temporallapp aktiveres spontant når pasienter opplever hørselshallusinasjoner. Vi har også funnet reduksjon av grått hjernevev i de samme områdene hos hallusinerende pasienter (Neckelmann et al., 2006), et funn som senere er blitt bekreftet i andre studier. Figur 3 viser et eksempel på spontanaktivert i temporallappen ved hørselshallusinasjoner målt med fMRI (bilde nederst til venstre), samt tilsvarende reduksjon av grått hjernevev målt med voxel-based morphometry (VBM)¹ (bilde nederst til høyre).

KOGNITIVT NIVÅ: DIKOTISK LYTTING

For å bekrefte en perseptuell forklaring av hørselshallusinasjoner må en imidlertid også kunne påvise effekter på et psykologisk eller atferdsmessig nivå, av den enkle grunn at persepsjon er en subjektiv opplevelse. Det vil ikke være nok å vise til forandringer i hjernen, uansett om det dreier seg om funksjonelle eller strukturelle forandringer som kan måles med MRI. Et aktivert område i hjernen sier kun noe om at dette området er involvert i en gitt psykologisk prosess, men kan ikke bevise at det samme området eller nettverket er nødvendig og/eller tilstrekkelig for prosessen som studeres. Dette glemmes ofte når data fra fMRI-

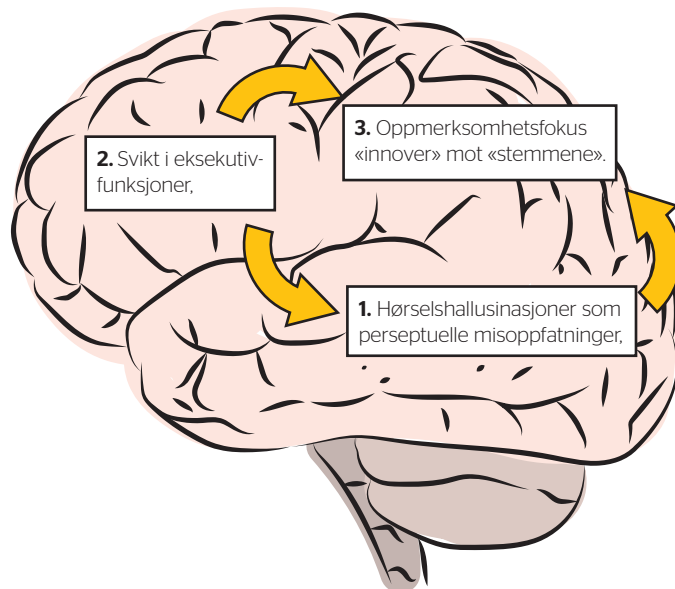
.....

1. Voxel-based morphometry er en teknikk for kvantisering av volum i hjernevev.

Forklaringsnivåer for forståelse av hørselshallusinasjoner

- Forklaringsnivå ↓
- **Kulturelt/Sosialt nivå:** Normer, Religion, Attityder
 - **Klinisk nivå:** Symptomer/Syndromer/Diagnoser
 - **Kognitivt nivå:** Persepsjon, Oppmerksomhet, Kontroll
 - **Hjerneavbildningsnivå:** Nevronal aktivering, Nevronale nettverk
 - **Cellenivå:** Synapser, Reseptorer, Signalstoffer
 - **Molekulært nivå:** Gener, DNA

FIGUR 1 Illustrasjon av «forklaringsnivåer» ved hørselshallusinasjoner, fra kulturelt/sosialt nivå til molekylært nivå, se også Hugdahl (2015), som oppsummerer mye av denne forskningen.

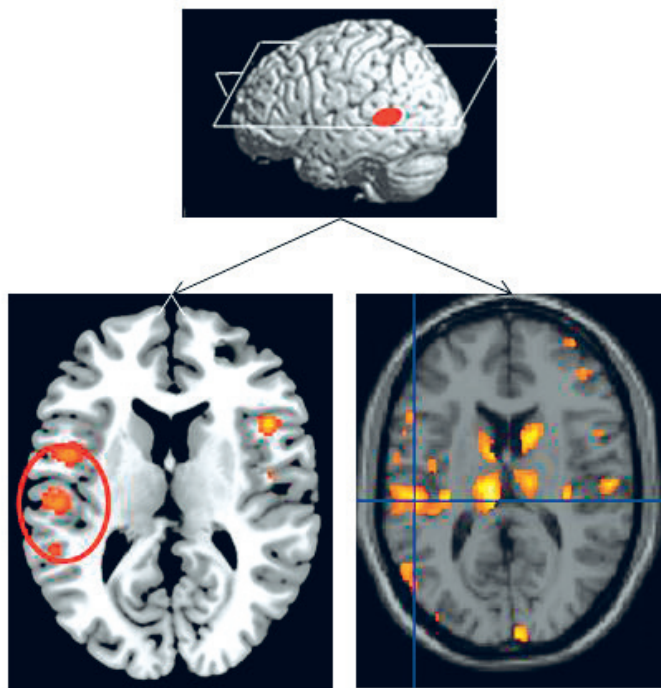


FIGUR 2 Illustrasjon av modellen for hørselshallusinasjoner, som opprinnelig ble presentert i Hugdahl et al. (2009).

VOICE-modellen

- Hørselshallusinasjoner er perseptuelle opplevelser som oppstår i språkområder i venstre bakre temporallapp.
- Svikt i fronto-parietale områder i hjernen, som styrer evnen til kognitiv kontroll og oppmerksomhet, gjør at «stemmene» ikke inhiberes eller dempes.
- Hørselshallusinasjoner involverer altså en slags «double-deficit», der både basal perseptuell svikt og høyere kognitiv svikt inngår.





FIGUR 3 Det øverste bildet viser hvor i hjernen bildene nedenfor er tatt fra. fMRI-avbildningene viser aktivering i språkområder i temporallappen (røde områder i venstre bilde) samt reduksjon av grått hjernevev (oransje områder i høyre bilde) ved hørselshallusinasjoner (fra Kompus et al., 2011).

Hovedfunn

- Forskergruppen i Bergen har bekreftet VOICE-modellen (se egen boks) gjennom fMRI-studier og en metaanalyse.
- Studier av dikotisk lytting, det vil si simultan presentasjon av to ulike lyder i hvert øre, bekrefter hypotesen om at hørselshallusinasjoner oppstår i venstre temporallapp.
- En lignende lyttetest bekrefter også at personer som plages med «stemmer», har svekkede eksekutive funksjoner, det vil si funksjoner som skulle ha bidratt til å inhibere hørselshallusinasjonene.
- Forskningsfunn impliserer at kognitiv trening, for eksempel gjennom apper på mobiltelefonen, kan være nyttig.

undersøkelser presenteres. Med andre ord, funksjonelle MR-data kan ikke i seg selv bevise kausalitet. Til det må vi kombinere ulike typer av data, inklusive atferdsdata. En slik metode er dikotisk lytting, som vi har benyttet i vår forskning i mange år. Et typisk utfall av dikotisk lytte-testen er såkalt right-ear advantage (REA), flere korrekte gjengivelser fra stimulus som presenteres i det høyre øret. REA indikerer at språkområdet i venstre temporallapp er intakt, det samme området som forventes å være forstyrret ved hørselshallusinasjoner.

Vi forventet at hørselshallusinasjoner ville interferere med persepsjon av en ekstern språklyd, og derved resultere i redusert REA, om «stemmene» har sin opprinnelse i venstre temporallapp. Resultatene bekreftet hypotesen (Hugdahl et al., 2012) og bidro derved til ytterligere å forsterke den delen av modellen som predikerer at hørselshallusinasjoner oppstår i de områder i hjernen som kontrollerer språkpersepsjon.

MANGLENDE KOGNITIV KONTROLL

En perseptuell modell kan imidlertid ikke forklare hvorfor «stemmene» ikke kognitiv undertrykkes og inhiberes når de opptrer. Vi hører alle «stemmer» av og til i livet, for eksempel når vi våkner om morgenen, men vi vet jo alltid hvor de kommer fra, og kan enkelt ignorere dem gjennom å skifte oppmerksomheten vekk fra stemmene, eller helt enkelt bare glemme dem etter at vi våknet om morgenen. Denne type inhibisjon benevnes innenfor nevropsykologien som *kognitiv kontroll* eller *eksekutive funksjoner*, og er lokalisert til fremre frontale deler av hjernen, først og fremst dorsolaterale prefrontale cortex og anterior cingulate cortex. Oppmerksomhetsfokus reguleres fra parietale områder i bakre deler av hjernen, som også er markert i figur 1.

For å måle evnen til å kunne skifte oppmerksomhet og inhibisjon benyttet vi en variant av den samme dikotisk lytte-testen som er beskrevet ovenfor. Resultatene (Hugdahl et al., 2013) bekreftet enda en gang hypotesen, da vi fant en signifikant negativ korrelasjon mellom hyppighet av hørselshallusinasjoner og evne til kognitiv kontroll.

Man kan derfor si at hørselshallusinasjoner involverer to nevronale nettverk, eller kretser, en perseptuell krets med lokus i bakre del av temporallappene, hovedsakelig på venstre

side, og en oppmerksomhets-/eksekutiv krets med lokus i bakre del av parietallappene og prefrontale deler av hjernen. Det har lenge vært kjent at schizofreni er assosiert med kognitiv svikt, og forskningen i Bergen har vist at hørselshallusinasjoner involverer en slags «double-deficit» som involverer både basal perseptuell svikt og høyere kognitiv svikt.

NYE BEHANDLINGS- OG TRENINGSOPPLEGG

Forskningen har mulige kliniske implikasjoner. Pasienter kan trene på å skifte oppmerksomhet vekk fra de indre stemmene og over til de ytre stemmene i omgivelsene. Dette vil da også medføre økt kognitiv kontroll, da det vil være pasienten selv som aktivt skifter fokus vekk fra stemmene, noe som igjen vil kunne øke selvtilliten og den subjektive opplevelsen av kontroll. Vår forskergruppe i Bergen har utviklet en iPhone/iPod app² (Bless et al., 2013) basert på prosedyren med dikotisk lytting, der pasienter ved hjelp av en iPod trener på å øke antall korrekte gjengivelser fra venstre øre. Pasienten kan sette inn ørepluggene og slå på appen når som helst og hvor som helst, og det vil se ut som om de lytter til musikk eller sjekker Facebook som alle andre ungdommer i dag.

VEIEN VIDERE

En klinisk observasjon, som stort sett er ignorert i forskningen, er at hørselshallusinasjoner kommer og går over tid, noen ganger hyppigere og mer langvarig, noen ganger mer sjelden og med kortere intervaller. Ingen hallusinasjoner er konstante over tid. Dette er interessant, fordi dersom en spontan igangsetting av en hallusinatorisk episode er forårsaket av en ubalanse mellom eksikatoriske og inhibitoriske signalstoffer i hjernen, så må også spontan slutt på «stemmene» i tilsvarende grad ha en nevrobiologisk forklaring. Vi har i det siste år begynt et nytt forskningsprosjekt som ser på samspillet mellom signalstoffene glutamat og GABA, som har henholdsvis eksikatoriske og inhibitoriske effekter i hjernen, og i hvilken grad disse signalstoffene samvarierer med hyppighet av hørselshallusinasjoner (se Hugdahl et al., 2015).

I dag har vi relativt god forståelse for hvor og hvordan hørselshallusinasjoner oppstår i hjernen. Vi har derimot liten eller ingen kjennskap til hvorfor «stemmene» hovedsakelig er negative, og har negative, ondsinnet innhold. Preliminære funn peker mot at amygdala, et affektivt senter i hjernen, er involvert i å emosjonelt «farge» «stemmene» negativt. Svaret på disse spørsmålene vil kunne ha betydning for utvikling av nye behandlingsstrategier, både psykologiske og psykiatriske behandlinger ✕

.....
Forskningen er finansiert av Det europeiske forskningsråd (ERC Advanced Grant), Norges forskningsråd (NFR-FRIMEDBIO) og Helse-Vest.

.....
2. Appen er foreløpig kun tilgjengelig for Apple sine produkter, men det er under utarbeidelse en ny versjon som også vil fungere i andre operativsystemer.

REFERANSER

- Bless, J., Westerhausen, R., Arciuli, J., Kompus, K., Gudmundsen, M., & Hugdahl, K. (2013). «Right on all Occasions?» – On the feasibility of laterality research using a smartphone dichotic listening application. *Frontiers in Psychology*, doi: 10.3389/fpsyg.2013.00042.
- Hugdahl, K., Løberg, E.-M., & Nygård, M. (2009). Left temporal lobe structural and functional abnormality underlying auditory hallucinations in schizophrenia. *Frontiers in Neuroscience*, 3, 34–45.
- Hugdahl, K., Løberg, E.-M., Falkenberg, L.E., Johnsen, E., Kompus, K., Kroken, ... K., Özgören, M. (2012). Auditory verbal hallucinations in schizophrenia as aberrant lateralized speech perception: Evidence from dichotic listening. *Schizophrenia Research*, 140, 59–64.
- Hugdahl, K., Nygård, M., Falkenberg, L.E., Kompus, K., Westerhausen, R., Kroken, R., ... Løberg, E.-M. (2013). Failure of attention focus and cognitive control in schizophrenia patients with auditory verbal hallucinations: Evidence from dichotic listening. *Schizophrenia Research*, 147, 301–309.
- Hugdahl, K. (2015). Auditory hallucinations: A review of the ERC «VOICE» project. *World Journal of Psychiatry*, 5, 193–209.
- Hugdahl, K., Craven, A.R., Nygård, M., Løberg, E.-M., Berle, J.Ø., Johnsen, ... O.A., Erslund, L. (2015). Glutamate as a mediating transmitter for auditory hallucinations in schizophrenia: A 1H MRS study. *Schizophrenia Research*, 161, 252–260.
- Kompus, K., Westerhausen, R., & Hugdahl, K. (2011). The «paradoxical» engagement of the primary auditory cortex in patients with auditory verbal hallucinations: A meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Neuropsychologia*, 49, 3361–3369.
- Neckelmann, G., Specht, K., Lund, A., Erslund, L., Smievoll, A.I., Neckelmann, D., & Hugdahl, K. (2006). MR morphometry analysis of grey matter volume reduction in schizophrenia: association with hallucinations. *International Journal of Neuroscience*, 116, 9–23.

Denne teksten er en delvis omarbeidet versjon av artikkelen *Å høre stemmer som ikke finnes: Hørselshallusinasjoner ved schizofreni* fra *Psykologisk Tidsskrift*, 1/2016 (NTNU) (Hugdahl, K.), med tillatelse fra redaksjonen.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 904-911 FAGFELLEVDERT

KARINE BOKERØD HANSEN fysioterapeut MSc, Poliklinikken «Raskere tilbake», Sunnaas sykehus, **GRO KILLI HAUGSTAD** fysioterapeut, Ph.d, førstemanuensis, Institutt for fysioterapi, Høgskolen i Oslo og Akershus, **SOLVEIG GRENNES** psykolog, Lilleaker psykologpraksis, **BIRGITTA ERIXON HALCK** klinisk sosionom, Poliklinikken «Raskere tilbake», Sunnaas sykehus, **ARVE OPHEIM** fysioterapeut, Ph.d, Forskningsavdelingen Sunnaas sykehus / Rehabiliteringsmedisin Shalgrenska Akademien, Gøteborgs Universitet, **TOR S. HAUGSTAD** dr. med., spesialist i nevrologi, Avdelingsoverlege, Sunnaas sykehus.
KONTAKT KarineBokerod.Hansen@sunnaas.no

GRUPPEBASERT KOGNITIV OG SOMATISK INTERVENSJON

– En klinisk forløpsstudie

Personer med muskel-skjelettlidelser, depresjon og angst fikk økt arbeidsdeltagelse og bedret helsereelatert livskvalitet etter gjennomført gruppebaserte «Raskere tilbake»-tiltak.

I Norge omfattes omtrent 600 000 personer i arbeidsfør alder av ordnede sykemelding, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Flertallet av disse har diagnoser innenfor muskel-skjelettlidelser og psykiske lidelser (NAV, 2015). «Raskere tilbake»-tiltak har som mål å redusere sykefravær, og det er bevilget betydelige offentlige midler til disse tiltakene siden oppstarten i 2007 (Holmås & Kjerstad, 2010). Det foreligger imidlertid til nå kun tre studier som ser på effekten av tverrfaglige «Raskere tilbake»-tiltak (Andersen & Repål, 2016; Brendbekken, Harris, Ursin, Eriksen, & Tangen 2016; Grotle, Klokk, & Kopperstad, 2016). Tverrfaglige intervensjoner har tidligere vist en positiv effekt på arbeidsgrad (Lærum et al., 2007; Hoefsmitt, Houkes, & Nijhuis, 2012) og symptomlette (Scascighini, Toma, Dober-Spielmann, & Sprött, 2008) hos personer med langvarig smerte. Samtidig viste en dansk studie (Netterstrøm, Friebel, & Ladegaard, 2012) at gruppeprogram for behandling av stress hadde bedre effekt på arbeidsgrad enn individuell konsultasjon hos psykolog, mens begge intervensjonene reduserte depresjon.

ABSTRACT

Cognitive and Somatic Intervention - a non randomized clinical trial

Introduction: The purpose of this study was to investigate changes in work participation and health related quality of life after an outpatient cognitive and somatic «return to work» intervention.

Materials/Methods: 47 patients with musculoskeletal pain and psychological symptoms were included in the study

Results: 17 % of the participants worked full time at inclusion. At one year follow up this percentage increased to 40 %, at 2,5-5,5 years to 39 %. However, the percentage of participants receiving social security benefits increased significantly at follow up. Quality of life improved significantly after intervention.

Conclusion: Cognitive and somatic intervention could be a factor to increase work participation and quality of life for patients with musculoskeletal pain and psychological symptoms. We need randomized controlled studies to conclude about the effectiveness of this intervention.

Keywords: cognitive behavioral therapy, multidisciplinary intervention, return to work

Poliklinikken «Raskere tilbake» under Sunnaas sykehus er en tverrfaglig poliklinikk der målgruppen er personer som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt grunnet muskel-skjelettlidelser og psykiske symptomer. Poliklinikken har tatt utgangspunkt i et bio-psyko-sosialt perspektiv på sykdom og helse der biologiske, psykiske og sosiale faktorer er tett sammenvevd og påvirker hverandre gjensidig (Malterud, 2010).

En del av pasientene ved poliklinikken har deltatt på en tverrfaglig gruppebasert kognitiv og somatisk intervensjon (heretter KSI). Et hovedfokus i KSI var mestring av stress. Mestring kan beskrives som evnen en person har til å endre tenkesett eller adferd for å håndtere ytre eller indre krav (Glanz & Schwartz, 2008). Ifølge The Cognitive Activation Theory of Stress (CATS) vil det ved hjelpeløshet og håpløshet, der mestring ikke forventes, oppstå stressaktivering, der psykoendokrine, psykofysiologiske og psykoimmune systemer inngår (Ursin & Eriksen, 2007). Vedvarende stressaktivering er assosiert med muskelsmerter, tretthet og depresjon (Eriksen & Ursin, 2002; Procoiuk, Breen, & Lussier, 1976). Negativ tenkning og forestillinger om smerter og andre livshendelser påvirker følelser, adferd og smerteopplevelse, og kan lede til muskelspenninger og vedvarende stressaktivering (Brosschot, Gerin, & Tayer, 2006; Winterowd, Beck, & Gruener, 2003).

KSI bygger på kognitiv adferdsterapi, som har vist positiv effekt på depresjon, angst, arbeidsgrad og smerter (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Reme, Grasdal, Løvvik, Lie, & Øverland, 2015; Sveinsdotir, Eriksen, & Reme, 2012). I kognitiv terapi er det viktig å identifisere destruktive tanker og virkningen disse tankene har på personen, for deretter å finne alternative tanker som er mer konstruktive. Bevisstgjøring om hvilke tanker som fremmer og hemmer mestring, er viktig. Det å identifisere adferd som øker smerter og stress og finne frem til adferd som bedrer helsen, blir vektlagt (Winterowd et al., 2003). I tillegg til kognitiv terapi består KSI av kroppslige øvelser som i tidligere studier har vist positiv effekt på smerter, depresjon og angst (Haugstad et al., 2008; Nickel et al., 2006). Det ble også brukt progressiv muskelavspenning i intervensjonen (Conrad & Roth, 2007).

Studien er designet som en klinisk forløpsstudie uten kontrollgruppe. Formålet med studien var å undersøke endringer i helserelatert livskvalitet og arbeidsgrad etter gjennomført KSI.

MATERIALE OG METODE

Utvalg

Pasientene som deltok på KSI, hadde vært igjennom en tverrfaglig vurdering av et team bestående av lege, psykolog, fysioterapeut og sosionom ved poliklinikken etter henvisning fra fastleger. Henvisningskriterier og dermed inklusjonskriterier for å delta på KSI var sykemelding eller fare for sykemelding på grunn av muskel-skjelettlidelser og psykiske symptomer. Et annet inklusjonskriterium var god norsk språkforståelse. Pasientene fikk tilsendt invitasjon til KSI, og de som ønsket å delta, meldte seg på selv. Eksklusjonskriterier var alvorlig psykopatologi, som alvorlig grad av depresjon med eller uten psykotiske symptomer, psykotiske symptomer uten depressiv lidelse, personlighetsforstyrrelser med betydelig adferdsavvik som vanskeliggjorde gruppedeltagelse (f.eks. ustabil personlighetsforstyrrelse), høy selvmordsrisiko og påvist nevrologisk eller revmatologisk skade eller sykdom ifølge

henvisning inn til poliklinikken. Egnethet for deltagelse i gruppen ble vurdert ut fra klinisk skjønn og utredning med SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R), som gir en indikasjon på grad av psykiske plager (Derogatis, 1994). Det ble samlet inn data fra til sammen 10 grupper som gjennomførte intervensjonen i perioden 2008–2012. Hver gruppe bestod av 6–8 deltagere. Totalt antall KSI-deltagere ved kursstart var 75. 47 deltagere (63 %) hadde komplette datasett før, etter og 1 år etter avsluttet KSI, og 44 (59 %) anga egen arbeidsgrad 2,5–5,5 år etter avsluttet KSI. 8 (11 %) deltagere sluttet, 19 (25 %) hadde ikke komplette datasett ved KSI start, KSI slutt og 1 år etter, 1 trakk seg fra studien, og 3 deltagere (4 %) manglet datasett 2,5–5,5 år etter.

Effekt mål

Arbeidsgrad ble undersøkt ved KSI start, KSI slutt, oppfølging etter 1 år (n=47) og 2,5–5,5 år etter avsluttet KSI (n=44). Svaralternativene var: 100 % jobb, gradert jobb (delvis sykmeldt / AAP + gradert arbeid), 100 % sykemeldt, 100 % arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd (UFT). Helserelatert livskvalitet ble undersøkt med SF-36 (Short Form Health Survey 36 versjon 1) (Ware & Gandek, 1998) ved KSI start, KSI slutt og 1 år etter avsluttet KSI. SF-36 er et hyppig anvendt instrument for å undersøke helserelatert livskvalitet og har tilfredsstillende validitet og reliabilitet (Loge, Kaasa, Hjermestad, & Kvien 1998). SF-36 kartlegger åtte delområder: fysisk funksjon, fysisk rollefunksjon, smerte, generell helse, vitalitet, sosial funksjon, emosjonell rollefunksjon og mental helse. Helserelatert livskvalitet skåres fra 0 til 100 (0 = dårligst helse, 100 = best helse) (Ware & Gandek, 1998).

Statistiske analyser

Endringer i helserelatert livskvalitet før, etter og 1 år etter KSI ble undersøkt med Friedmans test (Altman, 1991). Der denne var signifikant, ble det gjennomført posthoc analyser med Wilcoxon Signed Rank Test med påfølgende Bonferroni korreksjon der signifikansnivået ble satt til $0,05/3 = 0,017$ (Altman, 1991). Forskjeller i arbeidsgrad før og etter gjennomført KSI ble undersøkt med McNemar test og Bonferroni korreksjon med et signifikansnivå på 0,017 (Altman, 1991).

Gruppebasert kognitiv og somatisk intervensjon (KSI)

Formålet med KSI var at deltagerne skulle lære mestringsstrategier for å redusere stressaktivering, bedre helse relatert livskvalitet og gi økt robusthet for å være i arbeid. KSI ble ledet av psykolog og klinisk sosionom og bestod av 10 gruppesesjoner (à 2 timer og 45 minutter) over 8 fortløpende uker og oppfølging etter 1,5 og 3 måneder. Kursholderne vektla å opprette en god allianse med deltagerne. En god allianse består av et positivt følelsesmessig bånd bestående av trygghet og tillit, enighet om mål og strategier for å nå målene (Kåver, 2012). Intervensjonen bestod av kognitiv adferdsterapi, undervisning (2 t), fysiske øvelser og avspenning (45 min). I undervisningen ble temaer som stress og smerte belyst. Bevisstgjøring av sammenheng mellom tanker, følelser og adferd og endring av dysfunksjonelle tankemønstre og adferd stod sentralt. Andre tema var tydeliggjøring av behov og grensesetting samt det å sette opp delmål og mål ut fra aksept av nåværende situasjon. Deltagerne utførte kroppslige øvelser med vekt på spenningsregulering og respirasjon utviklet av lege og psykoterapeut Alexander Lowen med utgangspunkt i arbeidet til Wilhelm Reich (bioenergetiske øvelser) (Lowen & Lowen, 1980). Øvelsene fokuserte på å fremme abdominal pust (Haugstad & Haugstad, 2014), øke kroppsbevissthet og løse opp muskelspenninger (Lowen & Lowen, 1980). Det ble også instruert i progressiv muskelavspenning (Conrad & Roth, 2007). Deltagerne fikk utdelt CD og DVD med øvelser og avspenning til bruk hjemme. Mellom hver sesjon fikk deltagerne spesifikke hjemmeoppgaver og graderte eksponeringsøvelser i tråd med prinsippene innenfor kognitiv terapi (Winterowd et al., 2003).

Etiske overveielser

En forstudie til denne kliniske forløpsstudien ble forelagt Regional etisk komité i Helse Sør-Øst og ble da vurdert til å være en ikke-fremleggingspliktig kvalitetskontrollstudie. Den studien og denne utvidede studien har blitt godkjent av personvernombud ved Oslo universitetssykehus. Det har blitt sendt ut informasjonsskriv vedrørende studien og innhentet informert skriftlig samtykke fra alle deltagere i studien.

RESULTATER

Utvalg

Det ble inkludert 47 deltagere totalt, derav 44 (94 %) kvinner og 3 (6 %) menn. Gjennomsnittsalderen var 45 år med et spenn fra 24 til 60 år. 33 % hadde utdanning fra grunnskole / videregående skole, mens 67 % hadde høyskole-/universitetsutdanning. Ved oppstart av KSI var 17 % i full jobb, 55 % i gradert jobb, 23 % fullt sykmeldt og 4 % på AAP/UFT. Av de sykmeldte hadde 13 % vært sykmeldt 3-6 måneder, mens 70 % hadde vært sykmeldt 7 måneder eller mer. 11 (23 %) hadde M-diagnoser (sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev ifølge ICD-10) (World Health Organization [WHO], 2016), hvorav myalgi (3) og smerte i nakke/hals (3) forekom oftest. 4 (9 %) hadde M-diagnose pluss annen diagnose; depresjon (2), muskel-skjelettlidelse (2). 18 (38 %) hadde F-diagnose (psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser ifølge ICD-10) (WHO, 2016); nevrasteni (5), angst og depresjon (5), depresjon (5) og somatiseringslidelse (1). 6 (13 %) hadde F-diagnose pluss annen diagnose, der de fleste var innenfor muskel- skjelettlidelse. 8 (17 %) hadde andre diagnoser (R, S, Z).



Det er ikke publisert studier på «Raskere tilbake»-tiltak som måler arbeidsgrad over så lang tid



Tabell 1. Arbeidsgrad: Arbeidsgrad KSI start, KSI slutt, oppfølging 1 år (n=47), 2,5 -5,5 år etter (n = 44). P- verdi: McNemar test (KSI start – KSI slutt), (KSI start– oppfølging 1 år etter), (KSI start – oppfølging 2,5 – 5,5 år etter). Bonferroni korreksjon p = 0,017

	KSI start (n = 47)	KSI slutt (n = 47)	p-verdi	1 år (n=47)	p-verdi	2,5 – 5,5 år (n=44)	p-verdi
Arbeidsgrad n (%)							
100 % arbeid	8 (17)	12 (26)	0,48	19 (40)	0,03	17 (39)	0,04
Gradert arbeid	26 (55)	18 (38)	0,01 *	17 (36)	0,01*	12 (27)	0,00*
100 % sykemelding	11 (23)	5 (11)	0,03	2 (4)	0,00*	3 (7)	0,01*
AAP/UFT 100%	2 (4)	12 (26)	0,01*	9 (23)	0,04	12 (27)	0,01*

*signifikant forskjell p<0,017

Tabell 2. Helserelatert livskvalitet: Normalpopulasjonen kvinner 40–49 år. Helserelatert livskvalitet (SF-36) ved KSI start, KSI slutt, Oppfølging 1 år (n = 47), P-verdi Friedmans Test (Rf) signifikans nivå 0,05. Wilcoxon Signed Rank Test KSI start/ KSI slutt, KSI start/ oppfl. 1 år. Bonferroni korreksjon for signifikansnivå – 0,05/3 = 0,017. Re=emosjonell rollefunksjon, Ff=fysisk funksjon, MH=mental helse, Vt=vitalitet, Sm=smerte, Gh=generell helse, Ff=fysisk funksjon, Rf=fysisk rollefunksjon. Re=emosjonell rollefunksjon.

	Normal .p kvinner (40 – 49 år)	KSI start / KSI slutt	p-verdi	KSI start / oppfølging 1 år	p-verdi
Mh.gj.snitt (SD)	77,9 (18,4)	58,9 (15,9) / 70,7 (19,4)	0,00*	58,9 (15,9) / 69,2 (16,2)	0,00*
Vt.gj.snitt (SD)	58,5 (21,5)	34,3 (17,3) / 52,3 (21,0)	0,00*	34,3 (17,3) / 50,1 (18,7)	0,00*
Sm.gj.snitt (SD)	74,4 (26,3)	45,2 (17,0) / 59,0 (20,4)	0,00*	45,2 (17,2) / 56,5 (23,0)	0,02
Gh.gj.snitt (SD)	79,3 (22,9)	52,3 (21,4) / 67,1 (21,3)	0,00*	52,3 (21,2) / 67,6 (18,7)	0,00*
Sf.gj.snitt (SD)	85,7 (24,7)	51,6 (26,2) / 73,4 (21,9)	0,00*	51,6 (26,2) / 74,2 (19,2)	0,00*
Ff.gj.snitt (SD)	88,7 (17,3)	75,6 (21,6) / 83,9 (13,1)	0,03	75,6 (21,6) / 85,0 (14,3)	0,017*
Rf.gj.snitt (SD)	83,0 (32,9)	31,0 (39,4) / 49,6 (40,7)		31,2 (39,4) / 44,7 (40,7)	0,15
Re.gj.snitt (SD)	84,1 (30,7)	43,8 (42,1) / 68,8 (39,0)	0,01*	43,8 (42,1) / 65,2 (38,0)	0,04

*signifikant forskjell p <0,017

DISKUSJON

Det viktigste funnet i denne studien var økt full arbeidslivsdeltagelse for pasienter med muskel-skjelettlidelser og psykiske symptomer etter deltagelse i en poliklinisk gruppebasert kognitiv og somatisk intervensjon (KSI). 17 % av deltagerne var i 100 % arbeid ved KSI start og ved langtidsoppfølging var andelen steget til 39 %. Full arbeidslivsdeltagelse var altså mer enn fordoblet. 66 % var i fullt eller gradert arbeid ved langtidsoppfølging 2,5–5,5 år etter avsluttet KSI. Deltagere på 100 % sykemelding og gradert arbeid ble signifikant redusert fra KSI start til langtidsoppfølging 1 år og

2,5–5,5 år. Andelen på 100 % AAP/ UFT økte signifikant i studieperioden og var 12 (27 %) ved langtidsoppfølging. Resultatene er sammenlignbare med funnene i studien til Øyeflaten, Midtgarden, Maeland, Eriksen og Magnussen (2014), der 59 % var i arbeid (50–100 %) og 25 % mottok full eller delvis AAP/UFT 3 år etter døgnbasert arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. En poliklinisk gruppeintervensjon etter en læringsmodell som vektlegger kroppen som meningsbærer, viste sikker effekt på arbeidsgrad for personer med generaliserte muskel- skjelettlidelser. Ett år etter avslut-

tet kurs var det flere i 100 % arbeid i intervensjonsgruppen (38 %) sammenlignet med kontrollgruppen (15 %) (Haugli & Steen, 2003). I et tverrfaglig poliklinisk «Raskere tilbake»-tiltak for personer med langvarige korsryggsmerter, økte andelen i 100 % arbeid fra 26 % ved intervensjonsstart til 59 % ved måling 12 måneder etter (Grotle et al; 2016). Det er verdt å merke seg at noen studier rapporterer noe avtagende effekt på arbeidsgrad over tid for deltagere på tverrfaglig rehabilitering (Ahlgren, Bergrot, Ekholm, & Schuldt, 2007; Skouen, Grasdahl, & Haldorsen, 2006). I vår studie fant vi derimot økt grad av 100 % arbeidslivsdeltagelse ved langtidsoppfølging.

Endring i helserelatert livskvalitet fra KSI start til oppfølging 1 år var bedret over signifikansnivå for følgende fem av åtte delområder: mental helse, vitalitet, generell helse, sosial funksjon og fysisk funksjon. Det var en klinisk signifikant forskjell på alle delområder når vi legger minimal klinisk endring til >12 % av baseline-score til grunn (Angst, Aeschliman, & Stucki, 2001). KSI har fokus på mestring av stress og bevisstgjøring av tanker, følelser og adferd. Det var en signifikant bedring på delområdene mental helse og sosial funksjon etter gjennomført KSI. Studier viser at mentalt velvære, selvforståelse, mestring og funksjon er avgjørende faktorer for å komme tilbake til arbeid (Bertilsson, Vaes, Warn, Ahlberg, & Hensing, 2015; Braathen, Eftedal, Telles, & Haugli, 2015; Øyeflaten et al., 2014), mens emosjonelt stress øker risiko for et forhøyet sykefravær (Grotle et al., 2016; Haugli & Steen, 2003). Deltagerne lå under normalpopulasjonen i score på alle delområder av SF-36 både før og etter KSI. Ved KSI slutt lå scoren betydelig under normalpopulasjonen for smerte, fysisk og emosjonell rollefunksjon, mens scoren for fysisk funksjon var tilnærmet lik normalpopulasjonen.

Ved eventuelle videre studier på KSI vil det være interessant å undersøke delkomponenter av intervensjonen, som fysiske øvelser / avspenning eller CBT, og sammenligne dette med fullt KSI-program. Ifølge Jensen, Bergström, Ljungquist og Bodin (2005) gav en kombinasjon av CBT og fysioterapi bedre effekt på sykefravær enn kun CBT eller fysioterapi for sykmeldte med smerter i nakke/rygg. Selv om studier peker i retning av at en kombinert intervensjon er å foretrekke, er det behov for videre

studier for å avdekke effekt av ulike intervensjoner for sykmeldte.

Litt under en tredjedel av deltagerne var helt ute av arbeidslivet ved langtidsoppfølging. Det vil være av interesse å finne frem til faktorer som predikerer hvem som kommer «tilbake til arbeidslivet», og hvem som forblir ute av arbeidslivet. Vår studie gir ikke grunnlag for å spekulere i slike faktorer. Involvering fra arbeidsplass, NAV og nærmeste familie kan imidlertid ha betydning for langtids arbeidsevne (Braathen et al., 2015) og kan derfor være faktorer å legge vekt på i fremtidige intervensjoner.

Styrker og svakheter

En betydelig styrke ved denne studien er at den bidrar med ny kunnskap om «Raskere tilbake»-tiltak. Det er ikke publisert studier på «Raskere tilbake»-tiltak som måler arbeidsgrad over så lang tid. SF-36 har en svært tilfredsstillende validitet og reliabilitet (Loge et al., 1998; Ware et al., 1998), noe som styrker studien. Det er en del frafall fra studien (37 % ved 1 års oppfølging) i form av mangelfulle datasett og frafall fra kurs, noe som reduserer studiens styrke. Ved diagnostisering er det ikke benyttet SCID-intervju (Knaster, Karlsson, Estander, & Kalso, 2016), men klinisk diagnostikk ut fra kriterier angitt i veileder i ICD-manualen (WHO, 2016), noe vi fant tilstrekkelig for formålet for denne studien. En svakhet ved studien var at den manglet kontrollgruppe. Vi kan derfor ikke si noe sikkert om effekt av intervensjonen sammenlignet med andre tiltak.

KONKLUSJON

Ved langtids oppfølging etter gjennomført gruppebasert kognitiv og somatisk intervensjon (KSI) var flere i 100 % arbeid og signifikant flere på 100 % AAP/UFT enn ved KSI start. Helserelatert livskvalitet var signifikant bedret etter intervensjon. To tredjedeler av deltagerne var i arbeid, mens en tredjedel av deltagerne var ute av arbeidslivet etter 2,5–5,5 år. Det er behov for kontrollerte studier for å bekrefte disse funnene. I fremtidige studier bør fokus være på faktorer som kan predikere hvem som har nytte av et slikt tilbud, samt å designe strategier for dem som ikke har nytte av dette tilbudet. ✘



Gruppebasert kognitiv og somatisk intervensjon bygger på kognitiv adferdsterapi

REFERANSELISTE

- Ahlgren, Å., Bergroth, A., Ekholm, J., & Schuldt, K. (2007). Work resumption after vocational rehabilitation: A follow up two years completed rehabilitation. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 23, 343–354.
- Andersen, E., & Repål, A. (2016). Raskere tilbake – fra praksis. *Tidsskrift for kognitiv terapi* 17, 15–19.
- Angst, F., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2001). Smallest detectable and minimal clinically important differences of rehabilitation intervention with their implications for required sample sizes using WOMAC and SF-36 quality of life measurement instruments in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *Arthritis Care and Research*, 45, 384–391 doi: 10.1002/1529-0131(200108)45:4<384::AID-ART352>3.0.CO;2-0
- Altman, D.G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall/CRC.
- Bertilsson, M., Vaes, M., Waern, M., Ahlborg, G. Jr., & Hensing, G.A. (2015). Prospective Study on Self-Assessed Mental Well-Being and Work Capacity as Determinants of All-Cause Sickness Absence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25, 52–64. doi: 10.1007/s10926-014-9518-5
- Braathen, T.N., Eftedal, M., Telles, G., & Haugli, L. (2015). Work inclusion: self-perceived change in work ability among persons in occupational rehabilitation. *Vulnerable Groups & Inclusion*, 6, 1–25. doi 10.3402/vgi.v6.26624
- Brendbekken, R., Harris, A., Ursin, H., Eriksen, H.R., & Tangen, T. (2016). Multidisciplinary Intervention in Patients with Musculoskeletal Pain: a Randomized Clinical Trial. *International Journal of Behavioral Medicine* 23, 1–11. doi: 10.1007/s12529-015-9486-y
- Brosschot, J.F., Gerin, W., & Thayer, J.F. (2006). The preservative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress – related physiological activation and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 113–124.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive – behavioral therapy: A review of metaanalyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Conrad, A., & Roth, T.W. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorder: it works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 243–264.
- Derogatis, L.R. (1994). SCL- 90- R. Administration scoring and procedures manual 3rd Ed. Minneapolis MN: National Computer System Incorporated.
- Eriksen, H.R., & Ursin, H. (2002) Sensitization and subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 189–96.
- Glanz, K., & Schwartz, M.D. (2008). Stress, Coping and Health behaviour. I Glanz, I.K., Rimer, B.K. & Viswanath (Red.). Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey – Bass.
- Grotle, M., Klokk, L.P., & Kopperstad, A.K. (2016). Sykefravær og «Raskere tilbake». En prospektiv klinisk studie av pasienter med langvarige ryggsmarter. *Fysioterapeuten*, 16, 26–31.
- Haugli, L., & Steen, E. (2003). Psychological distress and employment status. Effects of a group learning programme for patients with chronic musculoskeletal pain. *Psychology, Health & Medicine*, 8, 135–148.
- Haugstad, G.K., & Haugstad, T.S. (2014). Breathing Patterns in longstanding pain disorder; a somatocognitive approach to evaluation and therapy. I Chaitow et al.: *Recognizing and Treating Breathing disorders*. London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Haugstad, G.K., Haugstad, T.S., Kirste, U.M., Leganger, S., Wojnius, S., Klemmetten, I., & Malt, U.F. (2008). Continuing improvement of chronic pelvic pain in women after short-term Mensendieck somatocognitive therapy: results of 1 year follow-up study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199: 615.e1-615.e8y. doi: 10.1016/j.ajog.2008.06.019.
- Hoefsmid, C., Houkes, I., & Nijhuis, F.J.N. (2012). Interventions Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 462–477. doi 10.1007/s10926-012-9359-z
- Holmås, T.H., & Kjerstad, E. SNF-prosjekt nr. 2445. (2010). *Evaluering av tilskuddsordninger for helse og rehabiliteringstjenester, delrapport 3*. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS.
- Jensen, I.B., Bergström, B., Ljungquist, T.M., & Bodin, L. (2005). A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*, 115, 273–83
- Kaster, P., Karlsson, H.E., Estander, A.M., & Kalso, E. (2012). Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorder precede the onset of pain. *General Hospital psychiatry* 34, 46 – 52. doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2011.09.004
- Kåver, A. (2012). *Allianse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Loge, J.H., Kaasa, S., Hjermetad, M.J., & Kvien, T.J. (1998). Translation and performance of Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. I. data Quality, scaling, assumptions, reliability and construct validity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1069–76.
- Loge, J.H., & Kaasa, S. (1998). Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26, 250–8.
- Lærum, E., Brox, J., Storheim, I., Aspestrand, A., Munch-Ellingsen, J., Nielsen, L.L.,..., Werner, E.L. (2007). Nasjonale Kliniske Retningslinjer. *Korsryggsmarter – med og uten nervertoffeksjon*. Oslo. Formi, Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser. Sosial- og helsedirektoratet.
- Lowen, A., & Lowen, L. (1980). *Bioenergetiske kroppøvelser*. København: Borgen forlag.
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 130, 2356–9. doi:10.5455/jeos.20120729073901
- Nav. (2015). *Utviklingen i sykefraværet 4. kvartal 2014*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar++statistikk/Sykefravar>
- Netterstrøm, B., Friebe, L., & Ladegaard, Y. (2013). Multidisciplinary stress management programme on patient return to work rate and symptom reduction: results of a randomized wait- list controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 177–86. doi:10.1159/000346369.

- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbachler, M., Lojewski, N., Mueller-rabe, N.,...Nickel, C. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: a randomized controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 507–513.
- Prociuck, T.J., Breen, L.J., & Lussier, R.J. (1976). Hopelessness, internal–external locus of control, and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 299–300.
- Reme, E.S., Grasdahl, A.L., Løvvik, C., Lie, S.A. & Øverland, S. (2015). Work focused cognitive behavioral therapy and individual job support to increase work participation on common mental disorders: a randomized controlled multicenter trial. *Occupational & Environmental Medicine*, 72, 745. doi:10.1136/oemed-2014-102700
- Scaschinghini, L., Toma V., Dober-Spielmann, S., & Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*, 47, 670–678.
- Skouen, J.S., Grasdahl, A., & Haldorsen, E.M.H. (2006). Return to work after comparing outpatient multidisciplinary treatment programs versus treatment in general practice for patients with widespread pain. *European Journal of Pain*, 10, 145–152.
- Sveinsdottir, V., Eriksen, H.R., & Reme, S.E. (2012). Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *Journal of pain research*, 5, 371–380. doi: 10.2147/JPR.S25330
- Ursin, H., & Eriksen, F. (2007). Cognitive Activation Theory of Stress, Sensitization, and Common Health Complaints. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 113, 304–310.
- Ware, J.E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of clinical epidemiology*, 51, 903–912.
- Winterowd, C., Beck, A.T. & Gruener, D. (2003). *Cognitive Therapy with Chronic pain patients*. New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organization (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems 10th revision*. Hentet fra: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
- Øyeflaten, I., Midtgarden, I.J., Maeland, S., Eriksen, H.R., & Magnussen L.H. (2014). Functioning, coping and work status three years after participating in an interdisciplinary, occupational rehabilitation program. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, 425–433. doi.10.1177/1403494814528291

Recovery i vinden

Kommuner på Vestlandet vil ha mer recovery-orienterte psykisk helse- og rustjenester.

Interessen var overveldende, og arrangøren måtte ifølge napha.no sette begrensninger da et nytt nettverk for recovery i Rogaland og Sunnhordland inviterte til første samling 18. og 19. oktober. Det er Kommunenes Sentralforbund som skal lede nettverket, i samarbeid med Korus Vest Stavanger, Fylkesmannen i Rogaland og NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid).

130 deltakere diskuterte recoveryorienterte tjenester i sine hjemkommuner. På den første samlingen presenterte Ingve Kindervaag fra Korus Vest Stavanger en spørreundersøkelse, der alle kommunene i nettverket var stilt 10 spørsmål om i hvilken grad de i dag jobber recoveryorientert.

Mange av kommunene fremhever frivillige lag og organisasjoner i regionen som viktige støttespillere. 11 av 15 kommuner har ansatte med egen erfaring fra psykiske eller rusrelaterte problemer, i alt fra ett til åtte årsverk. Det varierer i hvilken grad kommunene involverer brukernes familier og øvrige nettverk.

10 av 15 kommuner har tatt i bruk elementer av recoveryorientert arbeid, og gjennomført internopplæring, fagdager, teammøter og personalmøter om temaet.

– Recovery endrer rollene i retning av mer reell likestilling. Det er mye vi ikke forstår fra et fagståsted. Vi bør utvikle hjelpere som er åpne, undrende og nysgjerrige. Fagpersoner må bli mer coach enn terapeut. Det sier spesialrådgiver Audun Pedersen ved byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering i Bergen kommune til napha.no.

Pedersen nevner også «Recovery College» i England som et eksempel på en slik ny tilnærming satt i system.

Det er ifølge napha.no William Anthony, lederen for Boston Center for Psychiatric Rehabilitation, som har den mest kjente definisjonen av recovery (her i Solfrid Vatnes oversettelse):

Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv.

Psykologtidsskriftet

Barn som forgriper seg på barn

Vi må gripe inn når vi får vite at et barn har begått et seksuelt overgrep mot et annet barn. Men hvordan?

TEKST Helle Kleive, psykologspesialist og daglig leder for ressursenheten V27 ved Betanien Bup, Betanien sykehus i Bergen, Helse Vest.

KONTAKT
hellekleive@betanien.no

ILLUSTRASJON
Psykologtidsskriftet

Mellom 20 og 50 prosent av alle seksuelle overgrep mot barn og unge begås av andre barn og unge, hovedsakelig gutter (Barbaree & Marshall, 2006; Bonner, 2006; Långström, 2000). De fleste av disse guttene utøver sitt første overgrep før fylte 15 år (Långström, 2000).

Gjennomsnittlig alder på gutter henvist til ressursenheten V27 er 14,1 år (Jensen et al., 2016). Dette er tall som overrasker fagfolk i Norge, men forekomsten er ganske lik i forskjellige vestlige land. Hvis vi kan bli oppmerksomme på at disse barna finnes, så kan vi også hjelpe dem.

Ved ressursenheten V27 arbeider vi med barn og unge som har forgrepet seg seksuelt eller vist upassende seksuell atferd. I det følgende vil jeg fortelle en historie om hvordan behandlingsapparatet kan møte en gutt som har begått et overgrep, og familien hans, om utfordringer med samarbeidet mellom instansene, og om hvordan vi psykologer kan gjøre noe med det.

KRISETELEFON TIL PSYKOLOGEN

Tenk deg at du midt mellom dine ellers vante gjøremål får satt over en telefon fra leder for barneverntjenesten, som svært oppskaket spør om du kan hjelpe henne. Hun har akkurat fått en telefon fra helsesøster, som igjen har fått en telefon fra en mor, som ganske kaotisk forteller at datteren på åtte sier at Bjørn¹ prøvde å «putte tissen sin inn her», og så peker hun på underlivet. Bjørn er storebroren på 14. Dette skal ha skjedd i går, da han satt barnevakt for sine halv-søstre på fem og åtte år. Moren/stemoren har allerede ringt Bjørns biologisk mor, skjelt henne huden full, og sagt at hun aldri mer vil se gutten. Det hersker nå fullt kaos i begge familier.

Psykologen har rutiner for hva hun skal gjøre når det gjelder lillesøster, som antatt offer i saken, men hva med Bjørn, den antatte «unge overgriperen»?

.....

1. Historien om Bjørn er «satt sammen» av rundt 70 saker som V27 har arbeidet med gjennom det siste tiåret.

Hva gjør psykologen?

I første omgang kan psykologen bistå barnevernet ved å foreslå at de kaller inn til et samrådsmøte (se boksen Samrådsmøtet). I dette møtet skal instansene treffes for å skape orden i kaoset, og lage en plan for det videre arbeidet. Denne planen skal involvere alle instanser som har et ansvar for Bjørn, og møtet skal finne sted så fort som mulig. I dette møtet skal de som deltar, fortelle sin historie, inkludert sine bekymringer for Bjørn. I fellesskap skal de så drøfte hva som er best for ham, og lage en plan for hvem som gjør hva når.

Det er best at barnevernet, som har fått informasjon om overgrepet, innkaller etter å ha fått skriftlig eller muntlig samtykke fra foreldrene til å gjøre dette.

Det må vurderes i hver enkelt sak hvilke instanser det kan være lurt å innkalle. Eksempler på instanser som kan være med, er psykolog fra den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjenesten, helsesøster, representant fra skolen, psykolog fra Bup, barnevernsarbeideren, den lokale kommunepsykologen, lensmannen og/eller andre som står i en profesjonell relasjon til gutten. Dersom Bjørn hadde vært 15 år, ville han vært strafferettslig ansvarlig. I slike tilfeller bør psykologen be om at en fra distriktets barnehus møter (www.statensbarnehus.no). Husk at barnehusene primært jobber med forhold som er politianmeldte.

Å arrangere et slikt første samråd krever mye ressurser, men er samtidig vel anvendt tid. Min erfaring er at et tverrfaglig møte i starten fører til et smidig samarbeid videre. Det oppstår som oftest en felles vilje til å gå i gang og gjøre sin del av arbeidet.

Det neste du gjør, er å be barnevernslederen om å skrive en henvisning til din instans, og ta med en utskrift av den til samrådsmøtet. Går det ikke så kjapt, må det være et muntlig samtykke fra foreldrene vedrørende henvisning.

Henvisning: Bjørn, 14 år

I henvisningen fra leder for barnevernet står det følgende: Familien ønsker utredning og behandling av Bjørn. Dette fordi man har mistanke om at han har forsøkt vaginal penetrering av sin åtte år gamle halvsøster. I tillegg skal han ha truet med å «jule henne opp» dersom hun fortalte om dette til noen. Lillesøster har fortalt dette til moren sin. Vi har ikke fått opplysninger om at Bjørn har forgrepet seg på flere barn.

Det står videre at Bjørns foreldre er skilt. Far er gift på ny, og har de to døtrene på åtte og fem år med sin nye kone. Annenhver helg og en dag i uken bor Bjørn sammen med far og stemor. Resten av tiden bor han sammen med sin mor, hennes samboer og deres felles gutt på tre år.

Det opplyses at far har vært voldelig mot mor. På det tidspunktet var Bjørn tre-fire år gammel. Ifølge mor skal Bjørn ha vært vitne til at far slo henne med flat hånd. Hvis det var mye uro hjemme, kunne far bli voldelig. Ifølge barneverntjenesten avtok volden etter denne perioden.

Til slutt står det at Bjørn ikke har venner på samme alder, kun en to år yngre fetter, som han spiller dataspill med. Han har ingen andre fritidsinteresser. De mindre barna i nabolaget ser opp til Bjørn, og vil gjerne være sammen med ham. Han er flink med yngre søsken, tar seg av dem og leker med dem. Foreldrene og naboer bruker ham ofte som barnevakt.

Samrådsmøtets forløp

Samrådsmøtet finner sted tre dager etter at barnevernet har ringt rundt og innkalt instansene.

Samrådsmøtet

Her møtes de instanser som har, eller bør ha, et ansvar for barnet, for eksempel barnevern, BUP, skole/skolehelsetjenesten, PPT, politi, Bufetat osv.

Målet med samrådsmøtet er å lage en *plan* for hva som skal skje videre med ungdommen, og hvem som skal gjøre hva. Følgende spørsmål, i nummerert rekkefølge, drøftes:

1. Hva vet vi om det som har skjedd? Hvilke tiltak er satt inn? Hvilke bekymringer har vi? Her legger hver instans frem en kort oppsummering, etter tur, og ingen avbryter med spørsmål.
2. Hva er best for ungdommen? Her kan møtedeltakerne drøfte mer fritt og la kreativiteten få spillerom.
3. Hvilke tiltak kan min instans sette inn? Her er det viktig å konsentrere seg om hva en selv kan bidra med, og ikke fortelle om eventuell misnøye med andre.
4. Hvem gjør hva når? Tidspunkt for nytt møte avtales.



Alle deltakerne inviteres til å fortelle om kjennskapen de har til Bjørn og hans livssituasjon: hva de vet om overgrepet, hvordan han fungerer hjemme, på skolen og i fritiden, hvilke tiltak de eventuelt har satt inn, og hva de er bekymret for.

Rektor og kontaktlærer forteller om en «på alle måter grei gutt», som de ikke har noen problemer med. Bjørn har spesifikke lærevansker, og får fem timer assistenthjelp i uken. Han er godt likt, flink med barn, og blir innimellom brukt som ekstrahjelp for førsteklassingene. Rektor ser dette som et nyttig tiltak for Bjørns følelse av mestring. Særlig fordi han ikke har venner på samme alder. Ungdommene opplever ham som altfor «spesiell» i sin relasjon til medelever. De ser at han bommer på det sosiale samspillet, og at han foretrekker å snakke med yngre barn eller voksne.

Bup forteller at Bjørn første gang ble henvist av barnehagen og foreldrene da han var fire år, fordi de syntes han lå etter de andre barna i utviklingen av språk og motorikk. Han mestret ikke det sosiale samspillet, og kom i konflikt med andre barn fordi han ville styre innholdet i leken. Bup avdekket ikke noen utviklingsforstyrrelse, men utviklingen av språk og motorikk var forsinket. I barnehagen ble det satt inn tiltak som gikk på å bedre språk, motorikk og sosiale ferdigheter.

Barneverntjenesten forteller at da Bjørn var i treårsalderen, mottok de en bekymringsmelding om mulig vold fra far mot mor. Sammen med lensmannen undersøkte de saken. Far valgte da å gå til behandling hos Alternativ til vold (ATV). Etter dette skal volden ha opphørt.

På møtet i dag uttrykker barnevernet bekymring for om Bjørn kan være til fare for mindre barn på skolen og i nabolaget.



Tiltaksliste

Det er viktig å få svar på om Bjørn har begått ett eller flere overgrep, og den nærmeste til å etterforske dette er politiet. Straffeprosesslovens § 224 sier at «undersøkelses- og etterforskningsplikten også gjelder lovbrytere mellom 12 og 15 år, med mulighet for å undersøke saker der mistenkte er under 12 år». Lensmannen vil ta en prat med Bjørn. Lillesøster blir avhørt på Barnehuset.

Mens lensmannen finner ut om Bjørn faktisk har gjort det han er blitt beskyldt for, er det viktig å tenke sikkerhet. Dette for å hindre at han gjentar overgrep, samtidig som han heller ikke skal få «urettmessige» anklager mot seg. Spørsmålene omsorgsgivere og fagpersoner ønsker å få svar på, er: Har Bjørn forgrepet seg på lillesøster? Kan Bjørn ha forgrepet seg på førsteklassingene han ble satt til å hjelpe? Er Bjørn en fare for andre barn?

For å kunne gi en vurdering av Bjørns risiko for å gjenta overgrep går instansene igjennom sikkerhetsvurderingen Erasor (se egen teksts-boks). Bjørn kommer ut med skåren «middels til lav» risiko for å gjenta overgrep. Dette betyr at sikkerhetsnivået må holdes oppe inntil videre utredning og behandling gir resultater i nivå «lav risiko» for å gjenta overgrep.

Deltakerne på samrådsmøtet beslutter å sette inn følgende tiltak: PPT, kontaktlærer og rektor lager en plan for skolehverdagen. De bestemmer at Bjørn ikke skal ha ansvar for yngre barn, og at assistenten skal holde øye med ham i frikvarterene. Slik sikrer skolen seg at de har oversikt over hvor han er, og hvem han er sammen med. De vil også lage en avtale med foreldrene om at han følges til og fra skolen inntil videre. Til slutt foreslår de at Bjørn blir med i en samtalegruppe hos PPT-rådgiveren, der formålet er å bedre den sosiale samhandlingen med jevnaldrende. Barnevernet vil snakke med foreldrene om sikkerhetstiltak i hjemmet og på fritiden. De har en støttekontakt som er leder i den lokale friidrettsgruppen. Støttekontakten kan hjelpe Bjørn med å forstå de sosiale kodene, og samtidig holde et øye med ham. Bup begynner med en overgrepsspesifikk utrednings- og behandlingspakke. Siktemålet med denne er å hjelpe Bjørn til å få et bedre liv, og ikke gjenta overgrep, i tillegg til å jobbe med annen problematikk som måtte dukke opp i løpet av utred-

ningen. Kommunepsykologens og helsesøsters arbeid skal rette seg mot deler av familienettverket, både på «offer»- og «overgriper»-siden. Kommunepsykologen kjenner mor og stefar fra før, og tilbyr dem hjelp. Helsesøster kjenner far, stemor og deres to døtre, og tilbyr dem hjelp.

Alle parter er enige i sikkerhetstiltakene, og beslutter å evaluere tiltakene jevnlig. Instansene oppretter en ansvarsgruppe som møtes hyppig i starten. Det er viktig at Bjørn ikke strupes med sikkerhetstiltakene, og at tiltakene ikke opprettholdes lenger enn nødvendig.

PSYKOLOGENS OPPGAVER

Som psykolog må vi kunne jobbe med gutter som Bjørn på følgende fire områder: Vi må gjøre en sikkerhetsvurdering, en generell utredning og en overgrepsspesifikk utredning, og gi behandling. Utredningspakken AIM2 (se egen boks) kan være til hjelp i dette arbeidet.

A. Sikkerhetsvurdering

Psykologen er nødt til å «ta sin del av ansvaret» for å jobbe med sikkerhetsaspektet i saker der det er mistanke om at klienten har utført seksuelle overgrep. I tråd med britiske og amerikanske fagmiljøer (www.lucyfaithfull.org.uk og www.nctsn.org) anbefaler Bjørns psykolog følgende: Bjørn skal ikke sitte barnevakt for sine yngre søsken. Han skal ikke være alene med dem, eller settes i en posisjon der han har makt over dem. Når han har samvær hjemme hos far, der hans to mindre halvsøstre bor, må far eller stemor følge med på ham hele tiden. Han skal ha sin egen seng i sitt eget rom, og får ikke være oppe om natten etter at de voksne har lagt seg. Jentene skal ikke gå inn på hans soverom, og han får ikke lov til å gå inn på deres.

Blir Bjørn invitert på overnattingsbesøk, ferie med venner eller lignende, må han overvåkes av en voksen som har kjennskap til overgrepet som er begått. Dette skal Bjørn vite om. De voksne blir såkalte *ytrestoppere* som hjelper ham med ikke å gjenta overgrep. Han skal vite at han blir passet på, fulgt med på, og hvorfor. Det er de voksnes ansvar å hjelpe Bjørn til å unngå situasjoner som kan innby til nye overgrep, men det er Bjørns ansvar å følge sin egen stopp-plan. Foreldrene skal fjerne alt eksplisitt seksuelt materiale, og ikke tillate filmer eller andre medier der seksuell vold eller avvikende seksualitet er emnet.

Dette er konkrete råd som også barneverntjenesten og andre instanser kan benytte i arbeidet med familien.

B. Generell utredning

I den generelle utredningen av Bjørn kartlegger psykologen kognitive evner, personlighet, sosial og skolemessig fungering samt familiens og barnets historie.

Bjørn har vært vitne til vold som liten, men traumekartleggingen avdekker ingen symptomer på dette. Det er å håpe at disse erfaringene er godt bearbejdet, da det har blitt jobbet tverrfaglig med familien i flere år etter avdekkingen av volden.

Utredningen bekrefter de tidligere vurderingene av Bjørn: Han har kognitive evner i nedre del av normalområdet, spesifikke lærevansker og store sosiale samspillsvansker med jevnaldrende. Hans fremste ressurs, beskrevet som hans «omsorgsevne», og at han er så flink til å ta seg av barn, er for tiden også hans største ulempe. Bjørn beskrives av foreldrene og lærerne som en gutt «det er lett å like».



Psykologen har rutiner for hva hun skal gjøre når det gjelder offer i saken, men hva med Bjørn, den antatte «unge overgriperen»?





Min erfaring er at et tverrfaglig møte i starten fører til et smidig samarbeid

C. Overgrepsspesifikk utredning

Bjørn må gjennomgå spørreskjemapakken ASAP (Adolescent Sexual Abuser Project) av Beckett et al. (2002). Den består av ni spørreskjemaer for normalt begavede gutter i alderen 12 til 18 år. Sju måler personlighet og sosial fungering, og to er overgrepsspesifikke. For å tilpasse spørreskjemaet til Bjørns evnenivå, forklarer psykologen spørsmålene underveis. Den overgrepsspesifikke utredningen tegner et bilde av en gutt med begrenset evne til å sette seg inn i lillesøsterens situasjon, og hvordan hun hadde det da han prøvde å ha sex med henne. Som med mange andre som kommer til oss, trenger Bjørn psykoedukasjon. Ved å snakke med ham om de svarene han har gitt, kan vi drøfte handlingene overfor lillesøster, hans «steg mot» overgrepet, hvordan hun kan ha opplevd det, hvem som hadde hvilket ansvar, og hva sunn seksualitet innebærer.

D. Behandling

Det viktigste i Bjørns behandling er å forstå og gjenkjenne hvilke steg som ledet frem til overgrepet, og å lære seg å ta «nye steg» som ikke fører dit. I dette arbeidet anbefaler vi ved V27 den nederlandske manualen «Varig forandring» (Bullen & Hendriks 1997) eller den britiske manualen «G-MAP» (Print, 2008). Disse leder psykologen trinnvis gjennom behandlingsprosessen, og gir detaljerte beskrivelser av hva hver time skal inneholde. Manualene er spesielt nyttige for dem som ikke har gjort denne typen behandling før.

Bjørn gjennomfører behandlingsmanualen G-MAP. Han utfører oppgavene og reflekterer over hvordan lillesøster kan ha hatt det da han prøvde å forgripe seg på henne. Han jobber med å prøve å finne ut av «stegene» som ledet frem mot overgrepet, og hvordan unngå å ta disse i fremtiden. Det er mange oppgaver i denne manualen som går ut på at ungdommene skal forstå hvordan de selv tenker og bruker «unnskyldninger» for å gjøre det de har lyst til. Bjørn jobber med hvordan han skal utsette behov. Videre med hva han skal gjøre for å unngå risikosituasjoner, samt komme seg ut av dem.

Parallelt med manualarbeidet jobber instansene rundt Bjørn med å bedre hans fungering på skolen, på fritiden og med de voksne.

OPPFØLGING OG AVSLUTNING

Hvordan går det så med Bjørn?

Etter seks måneder (Bjørn, 14 ½ år)

I samtalen med lensmann forteller Bjørn at det lillesøsteren sier, er sant. Han vrir seg på stolen, og sier at han bare prøvde å gjøre det han hadde sett på film. Nå angrer han voldsomt, og skjønnte ikke hvor redd og lei seg hun ble. Han sier han ikke har gjort dette med andre barn. Barnevernet har undersøkt saken. De har ikke funnet opplysninger som tyder på at han har forgrepet seg på førsteklasingene eller nabobarna. Bjørn går til Bup fordi: «Jeg vil at familien min skal stole på meg igjen, og da må jeg gå til Erling [psykologen] og gjøre opp for meg.»

Stemor vil fremdeles ikke se Bjørn, og psykologene arbeider for å få familiene til å møtes. Denne prosessen kalles «mediation», og er en slags «gjenopprettende samtale». Den går ut på at lillesøster og andre familiemedlemmer får stille spørsmål. Lillesøster kan for eksempel spørre «hvorfor gjorde du det med meg?» og «kan du love at du aldri mere vil gjøre det?». Sammen med psykologen skal Bjørn på forhånd ha fått alle

spørsmålene, og forberedt seg på hva han skal svare. Alt skal gå på lillesøsters premiser, fordi dette er en del av hennes helningsprosess. Bjørn håper han får lov til å komme i konfirmasjonen til fetteren, der stemoren og halvsøstrene også skal være. Han vet at de må si ja for at han skal få komme.

De voksnes sjokk, skuffelse og sinne over Bjørns handlinger bearbeides også underveis.

En del av sikkerhetstiltakene eksisterer fortsatt. Bjørn får ikke sitte barnevakt, men er aktiv i friidrettsgruppen. Støttekontakten er alltid i nærheten, og hjelper ham diskret med å knekke de sosiale kodene. Ansvarsgruppen møtes tre ganger i halvåret.

Etter ett år (Bjørn, 15 år)

Bjørn har gjennomgått behandlingsmanualen G-MAP. Han har skjont stegene som ledet frem mot overgrepet, og funnet nye steg som «leder bort fra overgrep». Tre «gjenopprettende samtaler» har funnet sted. Bjørn blir nå invitert i bursdager og konfirmasjoner. Han er også på besøk hos far og stemor, men overnatter ikke. De lar ham ikke være alene med småsøstrene, og de stoler fremdeles ikke på ham. Bjørn forteller at han bare er glad for at han får komme dit. Det er jo nesten som før.

Bjørn er i ferd med å få seg et par kameras i friidrettsgruppen. På skolen tar han noe kontakt med annen ungdom. Rektor vil ikke gi ham ansvar for yngre elever. Det tar han ikke sjansen på, sier han til ansvarsgruppen, som nå møtes kun to ganger i halvåret. Besøkene hos Bup er trappet ned til én gang i måneden.

Etter to år (Bjørn, 16 år)

Bjørn har begynt på videregående skole, og kommet i klasse med en av kameratene fra friidrettsgruppen. Undervisningen er fortsatt tilrettelagt. Bjørn vil gjerne bli elektriker, slik som faren. Sikkerhetsvurderingen Erasor viser nå lav risiko for nye overgrep. Sammen med modning og fremgang på mange områder, gir det grunnlag for å avblåse de siste sikkerhetstiltakene. Bjørn bestemmer seg for at han ikke vil sitte barnevakt for sine yngre søsken, noe familien synes er helt greit. De ville nok uansett ikke gitt ham lov til det, forteller de psykologen, før kontakten hos Bup avsluttes. Ansvarsgruppen avvikles også.

Sikkerhetsvurderingen Erasor

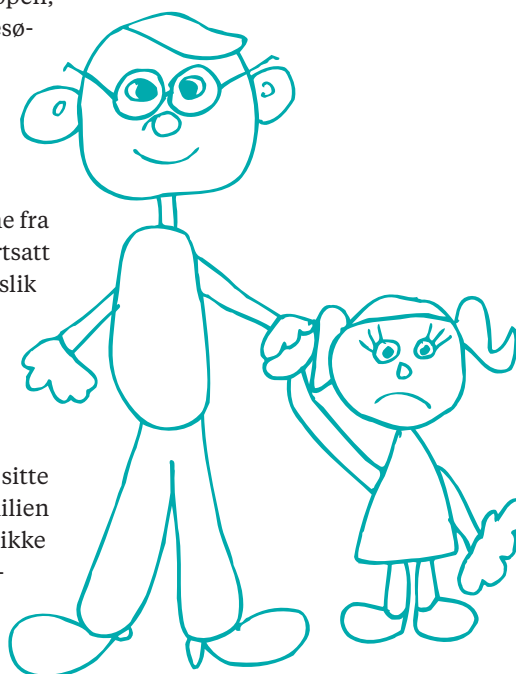
Erasor (Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Residivism), av Worling og Curwen, består av 25 spørsmål, der svarene danner grunnlag for en vurdering av risiko for gjentagelse av seksuelle overgrep, for gutter i alderen 12 til 18 år. Erasor er delt inn i fem hovedområder: 1) Seksuell interesse, 2) Holdninger og atferd, 3) Tidligere seksuelle overgrep, 4) Psykososial funksjonsevne og 5) Funksjon innenfor familie, miljø og behandling. Sikkerhetsvurderingen gjennomføres i kartleggingsfasen.

Utredningspakken AIM2

AIM2 står for Assessment Intervention Moving on. Pakken er et empirisk og kunnskapsbasert verktøy for utredning, sikkerhetsvurdering og behandling av barn og unge som har vist upassende eller skadelig seksuell atferd. AIM2 har også egne veiledere for foreldre, skole- og barnehagepersonale, fosterforeldre, miljøarbeidere på institusjon, samt en manual for utredning og behandling av problematisk eller skadelig seksuell atferd på sosiale medier.

Ressursenheten V27 vil i 2016, 2017 og 2018 arbeide for å implementere denne pakken i aktuelle fagmiljøer i Norge. Oppøringen vil skje i samarbeid med lokale krefter.

For mer informasjon om AIM2 i Norge se: www.betanien.no og www.aimproject.org.uk



VEIEN VIDERE

Ved å gripe inn når vi får vite at et barn har begått et seksuelt overgrep mot et annet barn, kan vi være med på å redusere vold og seksuelle overgrep mot barn. Ser vi på voksne pedofile, så oppgir opp mot 50 prosent at de gjennomførte sitt første overgrep i ungdomsalder (Pullmann & Seto, 2012). Dette betyr ikke at halvparten av de unge som begår overgrep, fortsetter med dette inn i voksen alder. Rundt én av ti gjen- tar overgrep, og av dem er det enda færre som blir voksne pedofile. En metaanalyse viser at behandling ser ut til å gjøre en forskjell (Ryan, 2015). De fleste unge stopper ved en tydelig offentlig korreksjon, kombinert med en plan fra instansene rundt, der alle gjør sin del.

Det ser nå ut til at fagfolk og media begynner å få øynene opp for denne gruppen barn og unge. Høsten 2015 uttalte Solveig Horne til VG at regjeringen vet for lite om unge overgripere til å vite om behandlingstilbudet er godt nok. NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress) har derfor fått i oppdrag å lage en oversikt over tilbud og behov for denne gruppen. Bent Høie sa til VG at det hviler et ansvar på instansene for å gi hjelp i de tilfeller der mindreårige kan gjøre skade på andre barn. Han forutsetter at utviklingsarbeidet på området vold og overgrep mot barn er «svært høyt prioritert i alle deler av tjenestene» (Quist, 22. september 2015). ❌

REFERANSER

- Barbaree, H.E. & Marshall, W.L. (2006). An Introduction to the Juvenile Sex Offender: Terms, Concepts and Definitions. I: H.E. Barbaree & W.L. Marshall (red.). *The Juvenile Sex Offender* (s. 1–15). New York: The Guilford Press.
- Becket, R.C., Gerhold, C.K.E. & Brown, S. (2002). *ASAP. Adolescent Sexual Abuser Project*. Utredningsprogram for unge overgripere. Bergen: V27.
- Bonner, B. (2006). Assessment and Treatment of Children with Sexual Behaviour Problems. Forelesning ved NFBO, Nordisk forening mot barnemishandling og omsorgssvikt, 7.–9. mai 2006, Malmø.
- Bullens, R. & Hendriks, J. (1997). *Varig forandring*. Behandlingsprogram for unge overgripere. Bergen: V27.
- Ingenes, E.K., & Kleive, H. (2011). *I møte med unge overgripere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, M., Garbo, E., Kleive, H., Grov, Ø., Hysing, M. (2016). Gutter som utøver skadelig seksuell atferd i Norge. En deskriptiv studie fra klinikken. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Långström, N. (2000). Sexuella Övergrypp mot barn: Unga som begår sexbrott. En forskningsöversikt. Expertrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Print, B., & O'Callaghan, D. (2004). Essentials of an effective treatment programme for sexually abusive adolescents: offence specific treatment tasks. I G. O'Reilly, W.L. Marshall, A. Carr, & R. Beckett (red.), *The Handbook of Clinical Intervention with Young People who Sexually Abuse* (s. 237–274). New York: Brunner-Routledge.
- Print, B. (2008). *The G-map group treatment programme handbook*. G-MAP 2008. Manchester.
- Pullman, L., & Seto, M.C. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child Abuse & Neglect*, 36(3), 203–209.
- Quist, C. (2015, 22. september). Hentet fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse-og-medisin/.../23509527>
- Ryan, G. (2015). *Lessons learned in 30th years of work*. Forelesning ved NAPN, National Adolescent Perpetration Network. 30. mai–1. juni, 2015, Denver, Colorado, USA.
- Worling, J., & Curwen, T. (2001). *The «Erasor»*. Estimate of Risk Offense Recidivism. Thistletown Regional Centre, Toronto, Canada: SAFE-T Program.

Psykologtidsskriftet søker ny illustratør

Har du lyst å illustrere for Norges største psykologfaglige tidsskrift?

Psykologtidsskriftet kommer ut 12 ganger i året til 9000 faste lesere. Vi søker en illustratør med en original strek som evner å fange inn komplekse, psykologiske problemstillinger. Arbeidet innebærer å illustrere alt fra fagessay til politiske debattinnlegg. Evne til å konkretisere abstrakte psykologiske temaer og tilføre teksten ny mening vil bli vektlagt.

Kontakt Ida Holth på ida.holth@psykologtidsskriftet.no for mer informasjon om oppdraget. Send gjerne med arbeidsprøver.





FOTO: PIXABAY.COM

Uheldig læringsmiljø

- Skoler bør arbeide mer bevisst med regler for databruk i timene, sier professor ved Institutt for lærerutdanning og skoleforskning (ILS) Eyvind Elstad.

Høgskolen i Stord/Haugesund og Universitetet i Oslo samarbeider om et forskningsprosjekt som de har kalt «Learning in the 21st century: Capitalizing on students' digital strengths; compensating for desired capabilities». Formålet med prosjektet er å studere hvilke muligheter og begrensninger anvendelse av IKT i skolen medfører. Som en del av prosjektet har 3400 elever i alderen 15-17 år fra Norge, Sverige og Finland svart på et spørreskjema om hvordan digitale verktøy blant annet påvirker lærings situasjonen.

Undersøkelsen viser at norske elever har store utfordringer med selvdisiplin i lærings situasjoner ved bruk av data. Elevene i klasserommet oppgir å ha faglige ambisjoner, og de ønsker å prestere. Likevel oppstår ofte en konflikt mellom skolearbeidet og lysten til å besøke ikke-faglige nettsider, sosiale medier eller å spille dataspill, ifølge studien.

- Fristelsen til å sjekke Facebook-siden eller chatte i skoletimene kan bli for stor for noen, sier Elstad på nettsidene til ILS.

Resultatene får også fram forskjeller mellom de tre landene. I finske skoler medfører ikke tilgjengelighet den samme konflikten mellom faglige ambisjoner og digitale fristelser.

- Den finske undervisningen er mer lærerstyrt og mindre preget av elevers frie bruk av internett. Her er det i stor grad læreren som bruker digitale verktøy i undervisningen. Elevene slipper i mindre grad til, og kontrollfaktoren er dermed høyere, forklarer Elstad.

Også lærere har vært med i studien og har blant annet blitt spurt om i hvilken grad de opplever mestring i et klasserom der hver elev sitter med sin egen laptop, og der læreren dermed ikke har kontroll med hvordan elevene bruker tiden.

- På spørsmålet «Hvor sikker er du på at du kan opprette disiplin i klasserom med flere enn 25 elever (som har hver sin datamaskin)?» gir lærerne i en av undersøkelsene kun uttrykk for en moderat grad av mestring, sier Elstad. Han er kritisk til at norske elever nærmest har fri tilgang til internett i de fleste lærings situasjoner på skolen. Det går ut over selvdisiplinen til elevene og gjør det vanskelig for lærerne å utøve god ledelse:

- Forventningene til digitale verktøy i skolen har vært høye i tre tiår. Men det kan virke som at lærernes behov for ledelsesverktøy i de nye, teknologitette læringsomgivelsene i skolen er blitt litt glemt, sier Elstad.

Kilde: <http://www.uv.uio.no/ils/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2016/teknologi-i-skolen.html>

Mest utbytte

Elever med særskilte behov har mest igjen for å bruke PC og nettbrett i skolen.

Dette kommer fram i rapporten «Erfaringer i skoler som opplever å ha lyktes med bruk av nettbrett og/eller pc i sin grunnleggende lese- og skriveopplæring», som samfunnsrådgiveren Rambøll har laget på oppdrag fra Senter for IKT i utdanningen.

Rambøll har samlet dokumentasjon fra 32 skoler i 23 kommuner, der man har jobbet systematisk med innføring av datastøttet lese- og skriveopplæring (STL+-metoden) for 1.- og 2.-klassinger. STL+ er en metode som går ut på at elevene skriver på datamaskin eller nettbrett med lyd støtte. Metoden gir eleven umiddelbar tilbakemelding på om et ord er riktig skrevet eller ikke, ved at ordet blir lest opp slik eleven har skrevet det.

Informantene i undersøkelsen trekker særlig fram at metoden virker godt på elever med særskilte behov. En del av informantene opplever også at gutter og elever med tospråklig bakgrunn har spesielt godt utbytte av denne typen leseopplæring. De har ikke nødvendigvis det samme ordforrådet som sine medelever og profiterer spesielt på bruken av lyd støtte og koblingen av ord til bilder, ifølge rapporten. En lærer som er sitert i rapporten, sier det slik:

«Barn med andre språk har kanskje profittert spesielt på bruk av nettbrett i undervisningen, og knekt lesekode tidligere ved hjelp av blant annet talesyntese. Samtidig tror jeg at mange apper og oppgaver gjør det morsommere å øve og terpe på bokstaver, ord og setninger.»

Kilde: <http://iktsenteret.no/ressurser/erfaringer-i-skoler-som-opplever-ha-lykkes-med-bruk-av-nettbrett-og-eller-pc-i-sin-grunn>



FOTO: PIXABAY.COM

Psykoterapi og forbannet løgn!

Ingen snakker sant i terapi.

TEKST Øystein Førre, psykologspesialist, privatpraksis

ILLUSTRASJON
Pixabay.com

From our point of view, Freud's greatest discovery, the one which lies at the root of psychodynamics, is that the great cause of much psychological illness is the fear of knowledge of oneself – of one's emotions, impulses, memories, capacities, potentialities, of one's destiny.

Abraham Maslow (1963)

Henvisningen fra barnevernet beskrev en ung mann med en vanskelig oppvekst, som nå var kommet ut av et rusmisbruk. Han ønsket hjelp til å bearbeide vonde erfaringer og komme i gang med livet sitt.

Han var en sjarmerende, litt urolig type, som møtte presist til timene. Ordene kom fort. Han fortalte om de voksne som sviktet, og veien inn i rusen, kriminaliteten, brutaliteten, traumene og til slutt kampen for å komme seg ut igjen. Samtalen var oppriktig og nær.

Etter som timene gikk, skjedde det mange positive forandringer; han sov roligere, hadde færre mareritt, og forholdet til de rundt ham ble bedre. Han beskrev hvordan han flyttet sammen med kjæresten og fikk seg en fast jobb, som han mestret. Han så optimistisk på fremtiden sin.

Det gikk så bra at vi bestemte oss for å avslutte behandlingen. I den siste timen vår dukket han imidlertid ikke opp, så jeg ringte ham. En ung kvinne tok telefonen. Nei, han var ikke der. Det var lenge siden de hadde bodd sammen. Så vidt hun visste, bodde han hos ulike venner, siden han var uten jobb og inntekt. Men nå hadde han akkurat reist for å sone en fengselsstraff.

Det var et sjokk. Alt han hadde fortalt meg, var løgn. Jeg følte meg skamfull, bedratt og desillusjonert. Hva var egentlig vitsen med å drive psykoterapi når pasienten ikke var ærlig?

VERDEN VIL BEDRAS

Sannheten er at vi lyver alle sammen. Regelmessig. En studie ved University of Massachusetts i Amherst viste at 60 prosent av deltakerne ikke klarte å ha en 10 minutters samtale uten å lyve. Deltakerne fortalte i gjennomsnitt to-tre løgner i dette tidsrommet (Feldman, 2010). En annen undersøkelse fant at menn gjennomsnittlig forteller seks løgner per dag til partnere, kolleger eller ledere, mens kvinner forteller tre (Daily Mail, 2009).



Vi lyver for andre, og vi lyver for oss selv. I en studie ble psykologer, leger og andre behandlere bedt om å rangere sine kliniske ferdigheter og behandlingseffektivitet sammenliknet med andre med tilsvarende bakgrunn. De fleste terapeutene mente de var bedre enn 80 prosent av gruppen, mindre enn fire prosent mente de var gjennomsnittlige, og *ingen* rangerte seg under gjennomsnittet (Miller & Hubble, 2011). I nyere tid har det også vist seg at selv Sigmund Freud har hatt en lett omgang med sannheten (Borch-Jacobsen, 2000), og sønnen til barneanalytiker Alice Miller kunne avsløre en helt annen mor enn den som fremtrer i bøkene hennes (Blohm, 2015).

OVER GJENDINEGGEN

Våren 1999 ble installasjonen «Spranget» åpnet på Kunstnernes hus i Oslo. En mekanisk bukkesimulator skulle gi publikum muligheten til å oppleve Peer Gynts bukkesprang. Ved å virkeliggjøre Peer Gynts løgn søkte kunstnerne å la publikum «avdekke en dypere usannhet» (Blokum Flø, udatert). Å konkret sette seg på bukken gjorde det mulig å gå inn i løgnen og et lite øyeblikk bli i eventyret. Men samtidig som

løgnen ble virkeliggjort, ble det også mulig å transcendere den.

Psykoterapi kan være et slikt bukkeritt. I den terapeutiske relasjonen kan pasienten utforske sine fantasier og sitt selvbedrag i sanntid. Fra et psykodynamisk perspektiv vil pasienten gjennom overføringen iscenesette sitt indre drama og tildele terapeuten en hovedrolle. Dramaet kan da leves ut i terapirommet, og slik kan pasienten frigjøre seg.

Min pasient fortalte meg historier som ikke hadde sannhetsverdi utenfor terapirommet. Historiene var imidlertid rekvisitter i det egentlige dramaet som utspilte seg mellom oss. Da pasienten løy, fortalte han meg hva han egentlig strevde med. Han måtte late som for å få den anerkjennelsen, oppmuntringen og kjærligheten han trengte. Han viste hvordan han aldri hadde kunnet være seg selv med dem som skulle ha tatt vare på ham. Prisen for tilknytningen ble løgnene.

En mindre narsissistisk anlagt behandler enn meg ville kanskje tenkt at all denne fremgangen var for god til å være sann: En eksnarkoman blir ikke en velfungerende A4-borger på et halvt år. Jeg var derimot fornøyd med min suksess som terapeut, og så ikke den dypere usannheten: mitt eget selvbedrag. Pasientens



En eksnarkoman blir ikke en velfungerende A4-borger på et halvt år



ønske om å være en flink og god pasient var en speiling av mitt behov for å lykkes som terapeut (være flink og bli beundret). Et behov som igjen kanskje speiler min mors behov for å ha flinke barn. Lacan skriver: «Desire is the desire of the Other» (Sharpe, udatert). Som speil i speil i speil bærer vi den andres begjær i oss som vårt eget.

Pasientens underbevisste regissør knuste speilet på mesterlig vis. Ved å nærmest legge telefonen i hånden min lot han meg få æren av å avsløre hele maskeraden. Det var et velrettet spark til meg som representant for alle omsorgspersoner som har sviktet ham. Et spark til alle som har vært for opptatt av seg selv til å få øye på ham. ✕

REFERANSER

- Blohm, U. (2015). Interview: Martin Miller. Contemporary Psychotherapy. Hentet fra <http://www.contemporarypsychotherapy.org/volume-7-no-1-summer-2015/interview-martin-miller/>
- Borch-Jacobsen, M. (2000). How a Fabrication Differs from a Lie. *London Review of Books*, 2, 3–7. Hentet fra <http://www.lrb.co.uk/v22/n08/mikkel-borch-jacobsen/how-a-fabrication-differs-from-a-lie>
- Daily Mail (2009, 14. september). Men lie six times a day and twice as often as women, study finds. Hentet 28. august 2016 fra <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1213171/Men-lie-times-day-twice-women-study-finds.html#ixzz4Id9sCpBL>
- Feldman, R.S. (2010, 10. juni). Referert i artikkelen «UMass researcher finds most people lie in everyday conversation». Hentet fra http://www.eurekalert.org/pub_releases/2002-06/uomaurf061002.php
- Flø, A.B. (udatert). Løgn og transcendens. Hentet fra <http://asbjornflo.net/nb/kunst/spranget/logn-og-transcendens>
- Maslow, A. (1963). Sitert i Zachrisson, A. (2003, s. 118). Oedipus the king: Quest for self-knowledge – denial of reality. Sophocles' vision of man and psychoanalytic concept formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 94.
- Miller, S. & Hubble, M. (2011). The Road to Mastery. *Psychotherapy Networker*. Hentet fra <https://www.psychotherapynetworker.org/magazine/article/328/the-road-to-mastery>
- Sharpe, M. (udatert). Jacques Lacan (1901–1981). The Internet Encyclopedia of Philosophy. Hentet fra <http://www.iep.utm.edu/lacweb/#SH2b>

Fra arkivet: 2013

Brukermedvirkning i Psykologforeningens sentralstyre?

Gi brukeren plass: I arbeidet for en bedre psykisk helse er psykologene en svært viktig del av løsningen. Med et så klart samfunnsmandat for å ivareta folkehelsen, må Psykologforeningen diskutere hvordan den skal ivareta denne samfunnskontrakten i sin organisering. Det handler om å bringe samfunnet inn i Psykologforeningens daglige drift og strategiske arbeid. Og da bør brukere få plass i Psykologforeningens sentralstyre.

*Bjørnar Olsen på lederplass,
oktober 2013*

Før eller senere: – Brukere i styret kommer før eller senere. Og det tar seg bedre ut hvis det kommer før. Dette vil komme i flere organisasjoner på sikt, og nå kan vi være først. Jeg synes dette er et godt og morsomt forslag, og ser ingen gode grunner som taler imot. Det måtte i tilfelle være hvordan de skal velges eller oppnevnes, og at det trekker Psykologforeningen enda mer i retning en behandlingspsykologforening.

*Olav Nyttिंगnes til
Psykologtidsskriftet,
november 2013*

Hvem er «brukeren»? Jeg deler fullt og helt redaktørens betraktninger om at Psykologforeningen må være i dialog med samfunnet for å kunne svare på profesjonens samfunnsmandat. (...) Derfor har jeg også tenkt mye på hvordan foreningen og profesjonen skal levendegjøre denne holdningen og visjonen. Jeg lytter gjerne til innspill om dette. Likevel mener jeg at en bruker i styret i Psykologforeningen dessverre ikke er noen god ide. Som organisasjonsmenneske tviler jeg på at det er det beste for brukerne. Spørsmålet som raskt melder seg, er hvem «brukeren» er. Vi bygger vår organisasjon på representasjon. Hvem skal vi velge, og hvor skal brukeren velges fra? Fra én spesifikk brukerorganisasjon? Og i så fall hvilken? Skal foreningen lytte mest til «sin egen bruker», eller skal vi fortsatt lytte til brukerorganisasjonene?

*Tor Levin Hoffgaard
i spalten «Fra presidenten»,
desember 2013*

Meninger



FOTO: WIKIMEDIA COMMONS



Norsk konformitet

En nesten ti år gammel tekst i Psykologtidsskriftet har spredt feilinformasjon om Stanley Milgrams konformitets-eksperiment, mener Håkon Sandbakken.

Debatt, side 937

Rune Karlson bommer i sin kritikk av metakognitiv terapi, skriver Henrik Nordahl.

Debatt, side 933

Kommunepsykologen må være forebygger fremfor reparatør, mener Eline Røed-Bottenvann, som deler sine erfaringer som kommunepsykolog i Hole.

Hovedinnlegg, side 924

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.

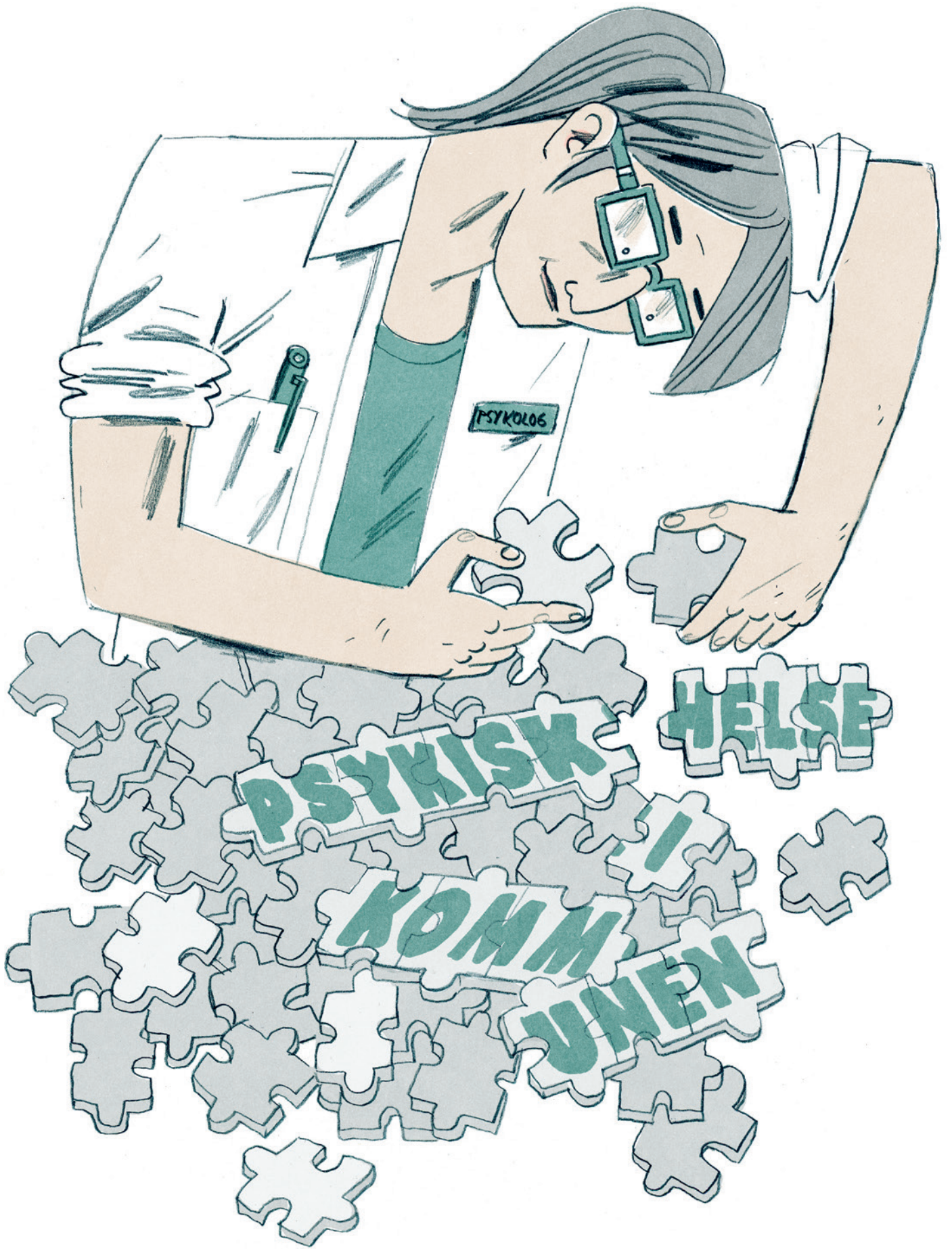
DEBATTINNLEGG

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.



- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., ... Williams, D.R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499
- Priebe, G., & Svedin, C.G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32, 1095–1108.
- Putnam, F.W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278. doi: 10.1097/00004583-200303000-00006
- Read, J., & Fraser, A. (1998). Abuse Histories of Psychiatric Inpatients: To Ask or Not to Ask? *Psychiatric Services*, 49(3), 355–359. doi: 10.1176/ps.49.3.355
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 101–110. doi: 10.1192/apt.bp.106.002840
- Ruggiero, K.J., Smith, D.W., Hanson, R.F., Resnick, H.S., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., & Best, C.L. (2004). Is disclosure of childhood rape associated with mental health outcome? Results from the national women's study. *Child Maltreatment*, 9, 62–77.
- Smith, D.W., Letourneau, E.J., Saunders, B., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., & Best, C.L. (2000). Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. *Child Abuse & Neglect*, 24, 273–287.
- Tambs, K. (1994). Noen resultater fra Folkehelsas undersøkelse av seksuelle overgrep mot barn. Oslo: Statens institutt for folkehelse.
- Trickett, P.K., Noll, J.G., & Putnam, F.W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453–476. doi: 10.1017/S0954579411000174
- Turner, H.A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323–330. doi: 10.1016/j.amepre.2009.11.012
- Walsh, K., Zwi, K., Woolfenden, S., & Shlonsky, A. (2015). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi: 10.1002/14651858.CD004380.pub3
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Eent Scale – Revised. I J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. (Vol. 2). New York: The Guilford Press.
- Wijma, B., Schei, B., Swahnberg, K., Hilden, M., Offerdal, K., Pikarinen, U., ... Halmesmäki, E. (2003). Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet Neurology*, 2, 2107–2113.
- Wyatt, G.E., & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 758–767.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.
- Zwi, K., Woolfenden, S., Wheeler, D.M., O'Brien, T., Tait, P., & Williams, K.J. (2007). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. (3). doi:10.1002/14651858.CD004380.pub2

PSY
KOL
OGI

Skriv for oss!

Er det lenge siden norske psykologer har fått en oppdatering på fagfeltet ditt?

Har du gjort deg kliniske refleksjoner som flere bør ta del i?

Fortell oss hva du vet, hva du lurer på og hva du mener.

Hver måned når *Psykologtidsskriftet* ut til rundt 10 000 lesere. Tidsskriftet leses av forskere, studenter, brukere, helsemyndigheter, politikere, media - og de aller fleste norske psykologer.

Vi er interesserte i din stemme, om det er gjennom originale forskningsbidrag, argumenterende essays eller poengterte debattinnlegg.

Vi er et godkjent nivå 1-tidsskrift og publiserte vitenskapelige artikler er poenggivende.

Send bidrag til bjornar@psykologtidsskriftet.no

Tenk system

Vi må sikre riktig bruk av psykologressursene i kommunene.

HELSEDIREKTORATETS KRITERIER for mål-opnåelse i tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer til kommunene stiller store forventninger til den enkelte psykolog.

I en nyopprettet prosjektstilling som kommunepsykolog møtte jeg mange ulike forestillinger og forventninger hos kollegaer, ledelse, samarbeidspartnere og kommunens innbyggere.

Utfordringen ligger i å balansere mellom Helsedirektoratets føringer, Psykologforeningens promotering av psykologer som en kapasitet med et allsidig potensial, og hva som faktisk er mulig for en enkelt psykolog å sette ut i drift.

Hvordan kan vi styre psykologressursene på en måte som gir best mulig ressursutnyttelse sett opp mot de lokale utfordringene, og som gir reell helsegevinst for kommunenes innbyggere? Skal innbyggerne inn på psykologkontoret én etter én når de trenger det, eller skal kommunepsykologen ut av kontoret og jobbe i systemene der innbyggerne lever livet sitt?

Samhandlingsreformen la klare føringer for at helsearbeid skal skje i form av forebygging fremfor reparasjon. Vi skal komme tidlig inn, samarbeide bedre og levere helsetjenestene der folk bor. Samtidig har den store satsingen på psykologer i kommunen, og en politikk som peker mot lovfesting av psykologer i kommunene fra 2020, rettet oppmerksomhet mot hva psykologer kan og bør bidra med i kommunalt psykisk helsearbeid. Dette gjenspeiles også i den nye helse- og omsorgsloven, som vektlegger kommunens ansvar både for utredning, diagnostisering og behandling av personer med psykiske lidelser. Det samme gjelder den nye folkehelseloven, der kommunens ansvar for å holde oversikt, fremme, og utjevne forskjeller også når det gjelder psykisk helse, presiseres.

POSISJON TIL Å PÅVIRKE

Da jeg startet som kommunepsykolog i Hole kommune i 2013, skulle tilbudet primært rettes mot barn og unge, men utover det forelå det

TEKST

Eline Røed-Bottenvann, psykologspesialist i klinisk samfunnspsykologi og kommunepsykolog i Hole kommune. Hun har også skrevet spesialistoppgave om kommunepsykologrollen.

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens





En psykologstilling plassert på helsestasjonen, som var utgangspunktet for min stilling, vil fort kunne bli spist opp av individuelle samtaler

ingen stillingsinstruks. Hole har 6700 innbyggere. Rask hoderegning på forholdet mellom antall barn i kommunen og statistikk som ifølge Folkehelseinstituttet viser at 15–20 % av alle barn har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske lidelser, ga meg en blandet følelse av ydmykhet og nøktern realisme. Selv med en avgrenset målgruppe ble det åpenbart at jeg ikke kunne jobbe direkte med alle, og derfor primært måtte spre psykologikunnskapen ut til innbyggerne gjennom andre.

En psykologstilling plassert på helsestasjonen, som var utgangspunktet for min stilling, vil fort kunne bli spist opp av individuelle samtaler. En slik plassering vil også gjøre det utfordrende å komme i posisjon til å påvirke ulike sektorer i kommunen, noe som vil være en forutsetning for å kunne jobbe gjennom andre. Plasseres psykologene derimot høyere opp i kommunesystemet, legges det til rette for mer tverrsektorielt arbeid på ulike nivå. For mange kommuner er imidlertid anvendelse av psykologer utenfor PP-tjenestene nybrottsarbeid, og det kan fra et ledelsesperspektiv oppleves uklart hvordan psykologene kan brukes innenfor de kommunale rammene. Den samme usikkerheten kjente jeg på selv da jeg satte min fot i kommunen for første gang. Det meldte seg en rekke spørsmål i møtet med kommunekulturen som det ble viktig å bruke tid på.

Tjenesteendring tar tid. Kommuneledelsen og politikerne trenger god og nyansert informasjon om hvilken kompetanse psykologene besitter, og hva de kan bidra med, slik at innbyggerne får mest igjen for pengene. Det er allerede gjort et veldig godt stykke formidlingsarbeid fra flere hold, og i tiden fremover vil dette fortsatt være en vesentlig oppgave ikke bare for Psykologforeningen, Helsedirektoratet, Fylkesmannen, NAPHA og KS, men også for psykologene selv. Psykologene i kommunen kan med fordel være proaktive og ta ansvar for å sette seg i posisjon til å påvirke. Kompetanse og ferdigheter fra terapirommet kan overføres til arbeidet med tjenesteutvikling i kommunen. Vi psykologer vet hvor viktig det er å bygge relasjoner, utforske og forsøke å forstå menneskene og systemene vi arbeider med, for å kunne skape felles mål og gode endringsprosesser. Vi vet hvordan vi skal balansere trygghet på egen fagkompetanse med ydmykhet, respekt og undring. Kommunene har klart seg i alle år uten mange psykologer. Det psykiske helsearbeidet som gjøres i kommunene i dag, er primært tuftet på erfaringer bygd opp over lang tid av andre fagpersoner enn psykologer. I fellesskap kan vi finne svar på hvordan psykologen best kan anvendes for å supplere og styrke det tilbudet som allerede eksisterer i den enkelte kommune.

FRA INDIVID TIL SAMFUNN

Jeg mener et avgjørende suksesskriterium i utviklingen av kommune-psykologstillingen i Hole var at ledelsen la til rette for og oppfordret meg til å bruke god tid til å planlegge og forme stillingsinnholdet før jeg startet med kliniske oppgaver. Uten avsatt tid til tjenesteutvikling er det en fare for at tilbudet blir til mens man går, og styrt av tilfeldig etterspørsel snarere enn analyse og behovsvurdering. Innenfor samfunnspsykologisk tenkning fremheves viktigheten av å vurdere behov og kartlegge risikofaktorer på alle nivå, fra mikro til makro, i arbeidet med å planlegge tjenester. Tar man utgangspunkt i kommunens umiddelbare ønsker, som gjerne er et lavterskeltilbud på helsestasjonen, psykologens egne faginteresser, eller tilbud og tiltak som andre kommuner tilbyr, kan det fort bli tilfeldig bruk av statlige tilskuddsmidler.

Med et mål om å nå mange og komme i posisjon til å påvirke på ulike nivå samtidig (individ, gruppe og samfunn) trengte jeg først av alt å skaffe meg god oversikt over kommunens organisering, tilbud, helsetilstand og utviklingstrender. God oversikt over flere systemer og forholdet mellom dem danner et godt grunnlag for treffsikre tiltak som igjen kan bidra til at den enorme statlige satsningen faktisk lønner seg.

For å få et så nyansert og riktig bilde av kommunen som mulig samlet jeg ikke-systematisert erfaringskunnskap hos kommuneansatte gjennom kartleggingssamtaler. Det var viktig for meg å finne ut hvordan de allerede jobbet med psykisk helse, hvilke behov de opplevde i kommunen, og hvordan de tenkte at et samarbeid med kommunepsykologen kunne formes. Målet med disse samtalene var ikke bare å innhente informasjon, men også å gi informasjon og ikke minst skape eierskap til prosjektet og vilje til samarbeid hos de aktuelle aktørene. Gjennom kartleggingsarbeidet fikk jeg et klarere bilde av kommunen, innbyggerne, ressurser og utfordringer som jeg kunne bruke videre i arbeidet med å utvikle kommunepsykologstillingen.

Jeg lot meg inspirere av bredden og mulighetene i Helsedirektoratets regelverk for tilskuddsordningen og løftet blikket fra individ til samfunn og tilbake for å finne den beste måten å utnytte min psykologressurs på. Det samfunnspsykologiske perspektivet om at problemer oppstår som resultat av interaksjon mellom personer og sosiale settinger og systemer over tid, og at innsatsen bør dreies mot forebygging fremfor behandling, dannet grunnlaget for å forsøke å etablere en rent forebyggende psykologrolle i Hole kommune. I Norsk psykologforenings hovedsatsningsområde for 2013–2016 «forebygging for barn og unge» fremheves også viktigheten av at forebygging og helsefremming når barna der de er og ferdes: i barnehage, skole, familien og på fritidsarenaer.

Så kan en jo med det tradisjonelle bildet av «psykologen som behandler» i mente spørre seg om en forebyggende kommunepsykologstilling også vil kunne innfri forventningene fra ledelse, samarbeidspartnere, kollegaer og innbyggere om hva en psykolog i kommunen skal benyttes til. Vi trenger jo også psykologer som behandlere i kommunen. Det er slett ikke alt vi lykkes med å forebygge, og heller ikke alle psykiske lidelser kan forebygges. I Hole kommune har vi imidlertid valgt å prøve ut en modell der kommunepsykologen jobber *kun* forebyggende, med tiltak rettet både mot enkeltindivider, utvalgte grupper og hele befolkningsgrupper.

Lavterskeltilbudet utgjør 40 % av stillingen, omfatter individuelle samtaler med gravide, barn, unge og omsorgspersoner og er begrenset til fem konsultasjoner per person. Kompetansespredning utgjør 40 % av jobben og omhandler primært tverrfaglig samarbeid samt ulike undervisnings- og veiledningsoppdrag. Tanken er at psykologen skal fungere som lim mellom ulike aktører rundt brukerne og initiere kontakt og tverrfaglig samarbeid. Systemarbeid utgjør de siste 20 % av stillingen og benyttes til å holde oversikt over psykisk helsetilstand og eksisterende tilbud i kommunen samt planlegge, implementere og evaluere helsefremmende og forebyggende tiltak innenfor psykisk helse i kommunen. I tillegg favner systemarbeidet arbeid med kommunale planer og folkehelse.

For å forankre stillingsinnhold og tjenestetilbud ble aktuelle representanter fra strategisk ledergruppe i kommunen bedt om innspill til og godkjenning av forslaget om ressursfordelingen. Stillingen ble også flyttet ut av helsestasjonen og plassert direkte under leder for tjenestoområde Helse. Stillingen er nå fast, inkludert i kommunens planverk, politisk vedtatt og har gått over i driftsfase.

HOLE-MODELLEN I PRAKSIS

Jeg arbeider nå på alle nivå og er bevisst på at økt press i lavterskeltilbudet bare betyr at jeg må jobbe mer på systemnivå. For å holde lavterskeltilbudet innenfor rammen av forebyggende arbeid har det vært viktig å prioritere brukere ut fra begynnende symptomer heller enn klar diagnostiserbar lidelse som vil ha rett til helsetjenestehjelp i spesialisthelsetjenesten.

På gruppenivå har jeg blant annet arbeidet med opplæring av samtlige kommunale og private barnehageansatte i metoden psykologisk førstehjelp. I samarbeid med helsesøstrene underviser jeg elevene på 4. trinn, 9. trinn og Vg1 i samme metode. Jeg deltar og snakker om psykisk helse, samspill og tilknytning i alle barselgruppene i kommunen, og vi har utviklet flere nye interne prosedyrer i helsetjenesten blant annet for å avdekke vold og barseldepresjon. Jeg deltar i arbeidet med å utvikle helhetlige målbarbare mål for helsetjenesten og en ny tverrfaglig samhandlingsmodell med «én dør inn». Ved flere anledninger har jeg bidratt i kommunalt planarbeid, og i folkehelsearbeidet er jeg med på å utarbeide en modell som viser aktørene i folkehelsearbeidet og illustrerer det løpende oversiktsarbeidet med tilhørende prosedyrer.

I arbeid på flere nivå har jeg fått mulighet til å vise frem psykologenes kompetanse og mulige bruksområder i praksis både til samarbeidspartnere, administrasjon og politikere. Ledelsen i Hole har bidratt til å fremme «mulighetenes perspektiv» og gitt meg frihet til å støpe kommunepsykologstillingen i en samfunnspsykologisk form. Felles refleksjon og god dialog med ledelsen i kombinasjon med en proaktiv holdning har satt meg i posisjon til påvirkning.

Foran oss ligger spennende oppgaver. Kommunens ansvar øker. Det skal organiseres og utvikles tverrsektorielle og tverrfaglige samhandlingsmodeller, vi må jobbe smartere og mer effektivt for å kunne hjelpe flere. Erfaringer så langt i Hole tyder på at en samfunnspsykologisk forståelse i møte med kommunen har resultert i en meningsfull modell for kommunepsykologstillingen. En modell som kan gi langsiktig god ressursutnyttelse sett opp mot de lokale utfordringene, og som resulterer i helsegevinst for kommunens innbyggere. Det er mulig å selge inn tanken om at det er god investering å bruke psykologen i systemarbeid, og som forebygger fremfor reparatør. ✕

På siden av poenget

Kristin Bøgseth i HELFO unnlater å kommentere hvordan ordningen fritt behandlingsvalg ikke er tilrettelagt for dem som trenger den mest.

OVE C. ALLERS,
administrerende
direktør, Helse-
foretaket Incita
- Hurdalsjøen
Recoverycenter

**FRITT
BEHANDLINGSVALG**

I INNLEGGET «Upresist om fritt behandlingsvalg» i Psykologtidsskriftets septemberutgave kommenterer Kristin Bøgseth, avdelingsdirektør for Helfo pasientformidling, det hun anser som misforståelser og upresise utsagn knyttet til ordningen fritt behandlingsvalg (FBV) i artikkelen om Hurdalsjøen Recoverycenter – «Attraktivt og utenfor» i Psykologtidsskriftets juliutgave.

I artikkelen intervjues blant andre vår fagdirektør Vegard Leinslie, som målbærer at rammebetingelsene begrenser mulighetene for å hjelpe de pasientene som trenger det mest gjennom FBV-ordningen: «Døgnsprisen HELFO har tilbudt Recoverycenteret per pasient, er for lav til at pasientene som trenger det mest, vil kunne få et forsvarlig tilbud, ifølge fagdirektøren.»

Vi synes det er fint at HELFO ønsker å bidra til klargjøring rundt ordningen. Vi er også enige med Bøgseth i at artikkelen til dels inneholder formuleringer angående FBV-ordningen som formelt sett er upresise, men å tolke at artikkelen (eller uttalelsene i den) hevder «at reformen 'strander', og at det er Helfo som i det vesentlige er problemet», er etter vårt syn muligens

en misforståelse, i alle fall en avsporing. Det er riktig som Bøgseth skriver, at det ikke er HELFO som «tilbyr en pris», men Helsedirektoratet som har fastsatt prisene. Dette er først og fremst av byråkratisk interesse.

Bøgseth berører imidlertid ikke problemstillingen som er hele poenget i Leinslies kommentar: at mange pasienter ikke vil kunne få et forsvarlig tilbud gjennom ordningen, rett og slett fordi de har et behandlings- og omsorgsbehov som krever mer enn det som kan ytes under rammene av ordningene. Kompensasjonen per oppholdsøgn er fastsatt for hele diagnosegrupper, uten noen form for differensiering knyttet til ressursbehov.

RAMMENE FOR FRITT BEHANDLINGSVALG

Ved Hurdalsjøen Recoverycenter benytter vi en recoverybasert behandlingsmodell som kan tilpasses de fleste pasientgrupper. Modellen baseres på IMR (Illness Management and Recovery), et modulbasert behandlingsopplegg som i stor grad er tilrettelagt for grupper. Det gjør at behandlingsformen er relativt resurseffektiv for flere pasientgrupper. Basert på dette har vi sett at vi kan gi et godt behand-



FAKSIMILE fra julinummeret av Psykologtidsskriftet.

lingstilbud innenfor FBV-ordningens rammer. Som Bøgseth skriver, har senteret søkt om og mottatt godkjenning av Helfo som FBV-leve- randør.

Det er imidlertid slik at for pasienter med stort symptomtrykk vil ressursbehovet være større, både når det gjelder å tilrettelegge behandlingen slik at pasienten kan nyttiggjøre seg den, og for å sikre forsvarlighet. Det vil si at når vårt inntaksteam vurderer søknader om behandlingsplass under FBV, må det nøye vurderes om *rammene av ordningen* tillater et forsvarlig behandlingstilbud til den aktuelle pasienten.

Bøgseth skriver at «Sentrale elementer i fastsettelsen av prisene er kostnadsnivået ved offentlige sykehus og prisene i anbudsavtalene som de regionale helseforetakene har inngått med private leverandører». Ifølge SAMDATA var gjennomsnittlig kostnad per oppholdsdøgn i den offentlige spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne kr 11 945 i 2014 (kr 14 448 ved sykehus og kr 8568 ved DPS).

I psykisk helsevern for voksne er den høyeste FBV-prisen per behandlingsdøgn kr 3500 (for bl.a. alvorlige psykoselidelser og person-

lighetsforstyrrelser). For enkelte diagnoser er døgnprisen kr 2800 (alvorlig angst, depresjon og traumelidelser).

Hvis man sammenligner gjennomsnittlige behandlingskostnader i det offentlige med FBV-prisene, er det åpenbart at mange pasienter vil måtte falle utenfor ordningen. I tillegg er pasienter som er underlagt tvang, unntatt fra ordningen. Dette er en pasientgruppe som ofte opplever lange og til dels fastlåste behandlingsforløp, og er etter vårt syn blant dem som kunne profitert mest på økt valgfrihet og flere behandlingsalternativer.

Når det er sagt, er vår vurdering at fritt behandlingsvalg er en grunnleggende svært god reform, og vi tror den vil øke valgfriheten og kvaliteten i helsetilbudet til norske pasienter. HELFO har så langt vi kan se, gjort en god jobb med å få ordningen implementert relativt raskt. Men skal reformen virkelig lykkes i psykisk helsevern, må man videreutvikle ordningen, og i større grad legge til rette for ressurskrevende pasienter. Pasientenes helsetjeneste kan ikke bare gjelde for de friskeste av de syke. ✕



Det er åpenbart at mange pasienter vil måtte falle utenfor ordningen



KOMPLEKST Barn som forgriper seg seksuelt på andre barn kan ifølge forskning ikke forklæres med ADHD-medisiner, mener forfatterne av dette innlegget. Foto: Rainer_Maiores/Pixabay.com

ADHD-medisiner og seksuelle overgrep



ADHD-medisin kan ikke trekkes frem som «eneste» forklaring på et barns seksuelle overgrep.

ØYSTEIN

GROV, overlege/
spesialist barne- og
ungdomspsykiatri
V27/Betanien BUP
og **HELLE KLEIVE**,
psykologspesialist
V27/Betanien BUP

ADHD- MEDISINERING

ER DET EN SAMMENHENG mellom ADHD-medisinering og seksuelle overgrep begått av barn? Thore Langfeldt stiller dette spørsmålet i augustutgaven av Psykologtidsskriftet. Langfeldt presenterte samme tema på IATSO-konferansen (International Association for the Treatment of Sexual Offenders) i København 9. september i år. Der tar han om mulig argumentasjonen enda litt lenger, med å hevde at «et medisinfirma har ansvaret for at overgrep har skjedd, en klient hadde ikke begått et overgrep om han ikke hadde fått medisiner.»

Seksuelle overgrep begått av barn og ungdom og seksuell atferdsproblematikk er en viktig og alvorlig problemstilling vi må håndtere i helsetjenesten. Opptil 1/3 av overgrep kan knyt-

tes til denne aldersgruppen. Kan det være at behandlingstiltak som ADHD-medisinering øker risiko for at overgripende atferd finner sted?

Langfeldt viser til sitt klientmateriale at opptil 80 % av ungdommene bruker ADHD-medisin. Det er ikke overraskende, da impuls-kontrollproblem og ADHD-relatert problematikk er overrepresentert i gruppen mindreårige som forgriper seg seksuelt. Det er ikke spesielt undersøkt på forekomst av ADHD i Norge for denne klientgruppen, men undersøkelser fra Danmark viser forekomst av oppmerksomhetsforstyrrelser på 76 % (Janus Centret 2015). Impulskontrollproblem som egen risikofaktor og sårbarhet er det robust evidens for interna-

sjonalt. Vi har rimelig oppdaterte internasjonale verktøy for å vurdere risikofaktorer og behov hos barn og ungdom med skadelig seksuell atferd, som ERASOR, AIM2 og J-SOAP. Disse adresserer atferds- og impulskontrollproblemer.

BIEFFEKTER

Psykogene og seksuelle bieffekter er kjent for de fleste psykofarmaka, ADHD-medisin er ikke noe unntak. Det er rapporter om tendens til hyperseksualitet ved bruk av sentralstimulerende legemidler, og det må vi vite om som fagpersoner. Priapisme (langvarig ereksjon) er også kjent som bieffekt. Som Langfeldt er inne på, kan ADHD-medisin ha en del andre uønskede effekter, som irritabilitet, fiendtlighet, depressivitet og humørlabilitet. Disse effektene er heller ikke gunstige vedrørende seksuelle overgrep og risiko. Klienten han viser til i sin artikkel, kan muligens ha hatt disse uønskede effektene.

For at et seksuelt overgrep skal finne sted, må følgende faktorer være til stede ifølge Finkelhorns «4 steg» fra 1986: 1) ville gjøre det, motivasjon, tenning, ha lyst; 2) lage unnskyldninger for seg selv, overvinne indre «barrierer» som samvittighet, moral og frykt; 3) få muligheten, være alene med offer, rydde av veien voksenkontroll, osv.; 4) overvinne offerets motstand, lure seg innpå, «groome», få den andre med på det, det kan være med trusler og makt.

Disse faktorene illustrerer at det nesten er umulig å trekke frem én enkeltfaktor eller variabel, som hyperseksualitet, medisin eller noe annet, som «eneste» forklaring på hvordan overgrep kan skje.

HVA SIER FORSKNINGEN?

Hva kan fagfeltet og forskningen si oss om sentralstimulerende legemidler og overgrep begått av ungdom? Det finnes nå internasjonale guidelines og medisinske anbefalinger for ungdom med skadelig seksuell atferd, som WFSBP 2015 (The World Federation of Societies of Biological Psychiatry). Senest presentert på EFCAP-konferansen i mai 2016. Det finnes ikke holdepunkter i forskningen som kan konkludere med at sentralstimulerende ADHD-medisiner er spesielt skadelige sett i sammenheng med overgrep-satferd. Klinisk erfaring og en del studier på voksne tilsier at kombinasjonen antidepressiva SSRI og Ritalin kan føre til en reduksjon av overgrepsatferd. Det er en del erfaringstilbakemeldinger fra fagfeltet som kan tyde på at ritalinbruk er gunstig for redusert overgrepsatferd hos barn og ungdom, i motsetning til det Langfeldt nevner i sin artikkel. WFSBP har SSRI som anbefaling for ungdom med alvorlig overgrepsatferd.

ADHD-medisinering må monitoreres og følges opp på vanlig måte etter god BUP-standard. Dersom bieffekter og seksuelle atferdsendringer er en utfordring, kan man eventuelt bytte preparat, evaluere pauser og forholde seg til dette på vanlig måte i oppfølgingen av medisinene.

God hjelp når det gjelder ADHD, generell fungering og impulskontroll vil veie tungt i vurderingen av bruk av medisiner eller ikke i klinikken. Vi skal kanskje ha en lav terskel for å forsøke ut medisiner dersom det er alvorlige overgrep i atferdshistorikken og marginalisering på mange plan. Impulskontrollproblem er en så viktig risikofaktor knyttet til seksuelle overgrep begått av barn og ungdom, at det er vanskelig i dag å anbefale annet enn god hjelp med ADHD-problemet. Det kan bedre generell fungering på mange områder. Vi kan ikke risikere å la være. ❌



Det er nesten umulig å trekke frem én enkeltfaktor eller variabel, som hyperseksualitet, medisin eller noe annet, som «eneste» forklaring på hvordan overgrep kan skje

(Kvasi)biologi eller psykologi?



To forskere på Psykologisk institutt, NTNU, forsøker å forklare komplisert menneskelig adferd med hormonpåvirkning i fosterlivet.

RAGNAR KVÆRNESS,

psykologspesialist med privat praksis i Oslo

FORSKNINGS- KRITIKK

ARTIKKELEN «Hva er verst? Sex eller følelser» på nettstedet Gaysir.no 14. september, om pågående forskning om sjalusi og kjønn, gjorde meg bekymret for det faglige nivået på Psykologisk institutt, NTNU. Dessverre fikk jeg bekymringen bekreftet da jeg gjorde et søk på forskerne og instituttet. Førsteamanuensis Mons Bendixen og professor Leif Edward Ottesen Kennair, begge psykologer, sistnevnte sågar tidligere leder for Psykologisk institutt, driver forskning der de forsøker å forklare komplisert menneskelig adferd med kjønnshormoner i fosterlivet.

Prosjektet tar utgangspunkt i en amerikansk undersøkelse som viser at heterofile menn generelt reagerer sterkere på seksuell utroskap enn både kvinner, uavhengig av seksuell legning, og homofile menn. Riktignok er Bendixen og Kennair innom den mest opplagte forklaringen på hvorfor det er slik: Heteroseksuell aktivitet, også i form av utroskap, kan faktisk føre til barn. Og hvis kvinnen i et heteroseksuelt forhold også har sex med andre menn, kan ikke den mannlige parten være sikker på om barna er hans. Gitt et slikt perspektiv, bør man kanskje ikke ha så mye empati for å forstå at en mann i et heteroseksuelt forhold blir mer opptatt av seksuelt enn emosjonelt utroskap?

Men for Bendixen og Kennair er visst ikke det enkle det beste. Via mildt sagt rigide oppfatninger om hva maskulinitet og femininitet innebærer, går de bort fra sitt eget fag, psykologi, og søker forklaringer i (kvasi)biologien.

Det er nemlig, ifølge Bendixen og Kennair hypoteser, maskulinisering eller feminisering av hjernen som er det avgjørende spørsmålet for hva slags utroskap den enkelte opplever

som verst. Og den prosessen skjer i fosterlivet via utskilling av kjønnshormoner, skal vi tro trondheimsforskerne.

Åpenbart har de ikke fått med seg at den tradisjonen dette bygger på, der blant annet angivelige likheter mellom hjernen til heterofile kvinner og homofile menn står sentralt, for lengst er tilbakevist. Og at denne «biologiske» tradisjonen i dag får oppegående biologer til å rødme.

Og hvordan mener de to forskerne at femininitet og maskulinitet viser seg? Ifølge intervjuet med Bendixen viser dette seg ved yrkesvalg, grad av empati (feminint) og «fascinasjon for teknikk og systematisering» (maskulint). Og dette mener de altså kan spores tilbake til kjønnshormoner i fosterlivet. Tror Bendixen og Kennair at det faktum at flertallet av dagens unge fedre i Norge faktisk viser empati ved å trille barnevogn og ta ut pappaperm, skyldes hormonhermere som har påvirket dem i fosterlivet og gjort dem mindre mandige?

Akkurat det virker det som de to forskerne tror har skjedd med homofile menn. For å få forskningen sin til å gå opp definerer de homofile menn, uten videre begrunnelse, som feminine – ut fra kriteriene over. Og skulle den hypotesen bli bekreftet, er det altså hormoner i fosterlivet som er årsaken. Som Bendixen konstaterer om homofile menn uten noen form for dokumentasjon i intervjuet i Gaysir: «De er mer orienterte mot parforholdet, som er mer i tråd med hvordan en feminin hjerne tenker.»

Sittende regjering har som uttalt mål å fremme forskning. Det er bra. Men da må forskningen baseres på metodekritikk og -forståelse, ikke en blanding av fordommer og misforståelser av andres forskning og fag. ❌



FAKSIMILE fra augustutgaven av Psykologtidsskriftet

Et sidespor

Rune Karlsons kritikk av den metakognitive tilnærmingen er basert på evolusjonspsykologiske betraktninger som i liten grad informerer «bekymringens psykologi».

I AUGUST-UTGAVEN av Psykologtidsskriftet ble det publisert et debattinnlegg av psykologspesialist Rune Karlson med tittelen «Behovet for evolusjonær empati». Karlson skriver at medlemskap i sosiale enheter har spilt en viktig rolle for overlevelse og reproduksjon, og at bekymring har fungert som et signal om manglende sosial sikkerhet. Derfor er bekymring en viktig del av vår felles arv, og terapeutisk intervensjon mot bekymring i seg selv «representerer en fundamental misforståelse av hva som er problemet», og vil derfor øke sannsynligheten for empatiske brudd i arbeid med pasienter. Karlson reiser slik spørsmål ved metakognitiv terapi (MKT) som metode basert på evolusjonspsykologiske betraktninger og skriver at «metakognitive psykologer arbeider ut fra et premiss som er grunnleggende inkompatibelt med et av grunnpremissene for menneskelig eksistens».

Basert på et kapittel om GAD i *Håndbok i kognitiv terapi* (Berge & Repål, 2008) tilskriver Karlson MKT et evolusjonspsykologisk ståsted hva gjelder forståelsen av bekymring. Selv om dette kapittelet beskriver den metakognitive modellen for GAD, inneholder det også mange andre perspektiver på bekymring som ikke har noe med MKT å gjøre. I originallitteraturen om MKT er evolusjonspsykologiske aspekter omtalt i svært liten grad. Samtidig som jeg mener dette er

viktig å påpeke, er vel det vi kan kalle manglende evolusjonspsykologiske betraktninger, kjernen i Karlsons kritikk av MKT. Jeg opplever imidlertid at Karlson gir en feilaktig fremstilling av MKT, og vil derfor benytte muligheten til å beskrive MKT på en mer presis måte, som forhåpentligvis kan svare på noen av spørsmålene som Karlson reiser.

DEN METAKOGNITIVE TILNÆRMINGEN

MKT har sin opprinnelse i *the Self-Regulatory Executive Function model* (S-REF modellen: Wells & Matthews, 1994; 1996; Wells, 2000), som beskriver hvordan informasjonsprosesseringskjernen i den «kognitive arkitekturen». I denne modellen omtales bekymring som en mestringsstrategi bestående av repetitiv negativ tenkning. Metakognisjon er en del av de selvregulerende prosessene i sinnet, og Wells argumenterer for at metakognitive antakelser bidrar til at bekymring og grubling vedvarer. Psykologiske lidelser opprettholdes ved at metakognitiv kunnskap gir opphav til en uhensiktsmessig tankestil, kalt «the cognitive attentional syndrome» (CAS: Wells, 2009), bestående av bekymring/grubling, trusselmonitorering og uhensiktsmessige mestringsstrategier. CAS opprettholder emosjonelt ubehag, og er følgelig sammen med metakognitiv kunnskap de sentrale intervensjonspunkt i MKT. MKT handler derfor om å jobbe med selve



HENRIK NORDAHL, stipendiat og psykolog, Psykologisk institutt, NTNU og St. Olavs hospital

METAKOGNITIV TERAPI





Hverken Dawkins, Gud, evolusjon, andre ytre faktorer eller behovet for sosial sikkerhet kontrollerer menneskesinnet

informasjonsprosesseringsystemet, topp-ned-reguleringen av tanke- og oppmerksomhetsprosesser, heller enn innholdet i det.

Den største trusselen mot effektiv regulering av eget sinn er de negative metaantakelsene som omhandler enten ukontrollerbarheten av tenkning, eller meningen, viktigheten og farligheten av tanker og kognitive erfaringer («bekymring er ukontrollerbart», «bekymring kan skade hjernen min»). Selv den minste bekymring kan være problematisk hvis man har antakelser om at bekymringsprosessen ikke kan avbrytes, og at den i samme slengen kan gjøre deg psykotisk. Teknikker og metafører brukes derfor med den hensikt å redusere bekymring og for å gi pasienter ny erfaring eller bevissthet om evnen til fleksibel kontroll. Denne typen av kontroll øker individets påfølgende fleksibilitet i måten de håndterer negative tanker og hendelser på, og pasientens erfaring med kognitiv fleksibilitet vil være grunnlaget for å ta tak i de underliggende negative metakognitive antakelsene som låser pasientene i CAS og dermed emosjonelt ubehag.

Etter at de negative metaantakelsene er redusert til et minimum, går terapeuten over til å intervensere mot de positive metaantakelsene. Disse omhandler fordelene eller nytten ved å inngå i for eksempel bekymring («bekymring gjør meg motivert»), men er mindre viktige enn de negative metaantakelsene. Hvis man opplever at man kan velge å legge bekymringene bort, og ikke er redd for sine bekymringer når de er der, blir ikke bekymringer annet enn en normal del av livet. Likevel utfordres disse antakelsene da de potensielt kan aktivere CAS og øke sannsynligheten for uhensiktsmessig informasjonsprosesseringsprosesser med påfølgende erfaringer som gjenoppretter de negative metaantakelsene og dermed psykologisk uheld.

EVOLUSJON OG ANDRE SIDESPOR

Kort oppsummert handler MKT om å øke bevissthet om fleksibel eksekutiv kontroll og

om å utfordre metakognitiv kunnskap som fører til paradoksale selvreguleringsstrategier. Karlsons paralleller til Dawkins' anti-Gudbudskap, livets uforutsigbarhet/urettferdighet og evolusjonspsykologiske betraktninger blir derfor helt på siden av den metakognitive modellen. Hverken Dawkins, Gud, evolusjon, andre ytre faktorer eller behovet for sosial sikkerhet kontrollerer menneskesinnet. Det må vi alle sammen gjøre selv, og våre pasienter trenger vår hjelp til å oppdage at de har evnen til å gjøre det. Hvordan skal man oppdage at man har fleksibel eksekutiv kontroll, hvis man bekymrer seg hele tiden, eller aldri har forsøkt å stoppe? Noen av oss tror til og med at det kan være relasjonsfremmende å hjelpe pasienter til å oppdage at de effektivt kan regulere sitt eget sinn, uavhengig av ytre faktorer.

Selv om det evolusjonspsykologiske perspektivet ikke står i fokus i MKT, stiller jeg meg spørrende til at Karlson bruker dette som grunnlag for sin kritikk. Hvis vi tar utgangspunkt i at medlemskap i sosiale enheter har vært viktig for overlevelse og reproduksjon, kan andre elementer enn de Karlson vektlegger, ha vært viktige? Kan for eksempel metakognisjon være en del av vår felles arv? Metakognisjon gir oss for eksempel muligheten til å være bevisst vårt eget sinn, og til å regulere det. Metakognisjon gjør oss i stand til å forstå andres sinn og intensjon, til å være empatisk, ironisk, sarkastisk, til å lyve, til å late som, og så videre. Kan slike egenskaper, egenskaper som er avhengig av metakognisjon, ha bidratt til overlevelse og reproduksjon? Hvilket grunnlag for sosialt samhold ville det vært uten?

Viktigere enn «behovet for evolusjonær empati» er behovet for psykologiske intervensjoner basert på godt funderte modeller som gjenspeiler grunnforskningen. Den metakognitive modellen har åpnet opp for en helt ny forståelse av psykologiske lidelser og vil informere både forskning og klinisk praksis i mange år fremover. ✕

REFERANSER

- Berge, T., & Repål, A. (red.) (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford press.

- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove UK: Erlbaum.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881–888.



Å rette baker for smed

Engasjement er prinsipielt meget prisverdig. Men det blir rart når en bokanmelder kritiseres for å ikke underbygge bokens budskap.

PÅL GRØNDAHL, psykologspesialist og forsker

SCHIZOFRENI

UNDERTEGNEDE har i årenes løp skrevet temmelig mye i både aviser og tidsskrifter. Bare i Psykologtidsskriftet har det blitt ni bokanmeldelser og en serie debattinnlegg. Den sedvanlige responsen på slike skrivelser er som regel den absolutte taushet. Det er ofte ensomt å skrive, en erfaring jeg deler med mange andre skriveivrige sjeler. Derfor er det spennende når det en sjelden gang seiler opp en kommentar til et innlegg.

Ikke desto mindre var det med forbauselse jeg leste Torgeir M. Hillestads kommentar til bokanmeldelsen av Kieran McNallys bok *A Critical History of Schizophrenia*. Der stiller professor Hillestad seg kritisk til min anmeldelse. Hans kritikk går på at jeg angivelig ikke klarer å formidle at schizofrenibegrepet i seg selv skal være ugyldig, slik Hillestad mener jeg antyder ved å referere til McNallys bok. Professoren har ikke lest boken, og han tar forbehold om det. I stedet for å bruke en lang rekke ord mener jeg at følgende sitat fra egen anmeldelse er nokså dekkende for boken og anmeldelsen av den:

Han [McNally] presenterer en spennende og tankevekkende historie om schizofrenibegrepet. Problemene knyttet til validiteten av schizofreni ser ut til å ha vært enorme. Det gir grunnlag for å drøfte om det faktisk er et gyldig begrep. Jeg kan ikke se at forfatteren konkluderer på dette punktet, men han leverer en solid problematisering om schizofrenibegrepet som bør videreføres.

Min påstand er at verken jeg eller McNally tar direkte stilling til om schizofrenibegrepet er gyldig lenger. Jeg har anmeldt en bok som jeg fant spennende. Det betyr ikke at jeg nødvendigvis går god for alt det forfatteren står for. Det jeg skriver, er at McNally er flink til å problematisere det omdiskuterte begrepet og den problematiske diagnosen schizofreni. Det ser ut til at Hillestad begår den fundamentale attribusjonsfeil; han tillegger meg å ha samme oppfatning som forfatteren av den boken jeg anmelder.

Jeg vil uansett anbefale professor Hillestad å lese boken slik at han selv kan ta stilling til om kritikken McNally retter mot schizofrenibegrepet er grunnleggende og/eller relevant. ✕

Debattert

Skjev forskningspublisering

Wow-forskning: Konkurransen mellom de mange vitenskapelige tidsskriftene og de utallige informasjonskanalene blir nemlig stadig hardere, og ettersom tidsskriftene lever av «impact» - det vil si omtale og siteringer - øker presset på redaktørene for å publisere besnærende sammenhenger og forskning med høy wow-faktor.

Fra Ola Kvaløys kronikk i Dagens næringsliv 14. oktober

Skjevt bilde: Funn som noen tjener på - enten det er penger, anerkjennelse eller oppmerksomhet - har en klar tendens til å bli publisert oftere enn andre. Resultatet blir at vi alle får et skjevt bilde av hvor godt behandlingene vi tilbyr og mottar egentlig virker. At det ikke vekker mer harme er ubegripelig. Tenk om oljefondet og Nav bare rapporterte på halvparten av pengene de brukte. Denne praksisen aksepterer vi i helseforskningen.

Jan-Ole Hesselberg debatterer i Dagbladet 15. oktober

Offentlig tilgjengelig: - I forrige måned ba FN styresmakter over hele verden vedta lover som krever at resultatene fra alle fullførte og avbrutte kliniske forsøk blir offentlig tilgjengelig i søkbare databaser. Dette støtter Mental Helse fullt ut.

Linda Berg-Heggelund til Mental Helse 19. oktober

Kreft i evidensbasen: Vi gjør kliniske studier for å finne ut om en behandling virker eller ikke. Men halvparten av forsøkene forblir upubliserte. Resultater blir rutinemessig holdt tilbake for leger, for andre forskere, og for pasienter, alt etter hva som passer den kommersielle sponsoren eller den enkelte forskeren. Dette er en kreft i kjernen av evidensbasert medisin.

Fra Ben Goldacres debattinnlegg i Aftenposten 20. oktober

Nyanser om medikamentbruk

Bjørnar Olsens påstand om lik effekt av medisiner og terapi dekker over noen sentrale poeng.

ANDREAS HØSTMÆLINGEN,

fagsjef i Norsk psykologforening

BEHANDLINGSFORMER

BJØRNAR OLSEN slår på lederplass i oktobernummeret av *Psykologtidsskriftet* et slag for medikamentbruk i depresjonsbehandling og etterlyser en mer nyansert debatt om dette. Han refererer til Pim Cuijpers forskning, som ikke finner forskjeller i effekt av medikamentell og psykologisk behandling.

Selv om man kanskje ikke finner signifikante forskjeller mellom terapi og medisiner ved avslutning av behandling, endrer bildet seg når man ser på langtidseffekter. Det kan se ut som pasienter med et avsluttet behandlingsløp med psykoterapi bak seg har litt bedre effekt ett år senere sammenlignet med pasienter som går på kontinuerlig medisinsk behandling gjennom hele året (Cuijpers et al., 2013). En nærliggende tolkning er at bedringen man oppnår ved terapi, holder seg etter avslutning, mens man i medisinsk behandling må fortsette å ta piller for å holde depresjonssymptomene tilsvarende i sjakk. Riktignok er dette et funn som må replikeres før vi kan rope det over hustakene, men det gir grunnlag for noen spennende hypoteser om hva som virker for hva.

HELBREDENDE OG LINDRENDE BEHANDLING

Det er flere måter å forstå effekt eller virkning på. Et viktig skille går mellom lindrende og helbredende behandling. Førstnevnte bidrar til å lette smerten eller ubehaget uten å fjerne årsakene til at den oppstår eller opprettholdes. Når medisiner «virker» for depresjon, må vi stille oss spørsmålet om det skjer i egenskap av å være lindrende eller helbredende. Hvis de skulle virket helbredende, måtte det skje ved at de fikset noe i hjernen som forårsaket plagene. Det finnes i dag ingen vitenskapelige bevis for hypotesen om at depresjon skyldes svikt i hjernens serotoninssystem (Cuijpers, 2016). At SSRI-preparater da virker for depresjon, kan være et uttrykk for at det å manipulere serotonininnvå-

ene i synapsene på et eller annet vis bidrar til å redusere opplevelsen av sjelelig smerte. Ikke ulikt det som skjer når vi i andre sammenhenger spiser smertestillende tabletter.

Det er i utgangspunktet ikke noe galt i det. Bruk av smertestillende er et viktig ledd i mange typer behandling. La oss si jeg har en dårlig rygg, og når den slår seg vrang, får jeg vondt og blir liggende. Men hvis jeg spiser smertestillende, får jeg ikke bare mindre vondt, det blir også lettere for meg å komme meg opp og bevege meg, trene og gjøre øvelser. Det er åpenbart at både fysioterapi og smertestillende «virker» for den dårlige ryggen, men det blir allikevel problematisk å snakke om lik effekt – ett tiltak reduserer smerte, et annet bidrar til helbredelse. Psykoterapi dreier seg om å gi folk nøkler til langvarig endring. Selv om antidepressiva kan være et viktig virkemiddel for å dempe smerten nok til å komme i gang med slikt krevende endringsarbeid, er det lite som tyder på at de helbreder noe som helst. Igjen hadde ikke det trengt å være et stort problem hvis kontinuerlig pilleinntak gjorde en god jobb med å holde smerten i sjakk. Men når vi også vet at lang tids bruk av slike preparater for mange medfører bivirkninger, og dermed nye former for smerte og ubehag, så blir dette alternativet straks mer problematisk.

Jeg er enig med Olsen i at medikamenter kan ha en viktig rolle i behandling av depresjon og andre psykiske lidelser, men da er det også viktig å holde tunga rett i munnen når vi snakker om hva som virker for hva. ✕

REFERANSER

Cuijpers, P. (2016, 2. sept). [Personlig kommunikasjon].
Cuijpers, P., Hollon, S.D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3. doi:10.1136/bmjopen-2012-002542

Feilaktig om norsk konformitet

Nordmenn er *ikke* verdens mest konforme folkeslag. Et nesten ti år gammelt fagessay i *Psykologtidsskriftet* har spredt feilaktige gjengivelser av Stanley Milgrams eksperiment.

I ET FAGESSAY i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (nr. 1/2007) skriver Lars Dehli og Anders Gravir Imenes om Stanley Milgrams serie med konformitetseksperimenter på slutten av 1950-tallet. Essayet til Dehli og Imenes er den første omtalen av Milgrams konformitetseksperimenter i norske medier. Ifølge artikkelforfatterne konkluderte Milgram med at nordmenn var verdens mest konforme folkeslag. Oppsiktsvekkende resultater om nordmenn i kombinasjon med et av sosialpsykologiens mest kjente navn la grunnlaget for en riksdekkende mediedekning der *Dagbladet*, *Nationen*, *Klassekampen* og *forskning.no* gjenga Dehli og Imenes' omtale. Men er det virkelig sant at Milgram fant ut at nordmenn er det mest konforme folkeslaget i verden?

Da jeg som en del av min masteroppgave leste Milgrams over 200 siders avhandling, var den angivelige konklusjonen ingen steder å finne (Milgram, 1960; Sandbakken, 2015). Tvert imot var Milgram ydmyk og forsiktig i sin tolkning av resultatene. Kontrasten til de sensasjonspregede konklusjonene i fagessayet var slående. Essayet var spekket av feil og mangler.

Masteroppgaven min ble etter hvert til en slags historie om hvordan en nisjeartikkel publisert i et tidsskrift beregnet for norske psykologer, skulle lage en liten nasjonal bølge. «Sannheten» om at Milgram hadde funnet at nordmenn var det mest konforme folkeslaget i verden, spredte seg. Ikke bare til nasjonale og lokale medier og andre tidsskrifter, men fagessayet er også blitt brukt som pensumlitteratur på høgskolene i Molde (Høgskolen i Molde, 2015), Volda (Høgskulen i Volda, 2010) og Ålesund (Høgskolen i Ålesund, udatert), som kilde i skoleoppgaver i psykologi på videregående skole (Psykologi.cappelendamm.no, udatert), og som kilde i to andre masteroppgaver (Dahl og Jønholt, 2014, s. 112–113; Liverød, 2014, s.

23–24). Et fagessay i et profilert tidsskrift hadde påvirket hva som ble oppfattet som sannhet.

Det er ikke ønskelig at feilinformasjon om Milgrams eksperimenter skal spre seg videre. Så hva var det egentlig Milgram fant ut?

RENE SPEKULASJONER

Milgram, som senere ble verdenskjent for sine kontroversielle lydighetseksperimenter, ønsket å måle forskjeller i nasjonal karakter. Milgram var inspirert av Solomon Asch' konformitetseksperimenter, og utførte modifiserte former av eksperimentene i Norge og Frankrike. Hensikten var å finne ut om det var mulig å gjennomføre en komparativ analyse av konformitetsnivå i ulike nasjoner. Han gjennomførte ni eksperimenter i Norge, hvorav fem ble replikert i Frankrike.

Utvalget var på 200 personer, 100 studenter fra hvert av landene. Milgram innså at han manglet nødvendige ressurser til å gjennomføre studier av randomiserte utvalg av hele befolkninger, og besluttet derfor å måle forskjeller i konformitetsnivå i liknende segmenter i de to befolkningene. Utvalget besto av ugifte menn mellom 18 og 25 år. De skulle ikke ha oppholdt seg mer enn to år i utlandet, ei heller studere eller ha studert psykologi, musikk, naturvitenskap eller ingeniørvitenskap.

Forsøkspersonene ble lurt til å tro at de var med i en studie som handlet om opplevelse av tid. Hver forsøksperson ble vist inn i et rom der det var seks nummererte båser med lukkede dører. Klær var lagt utenfor for å gi inntrykk av at de øvrige deltakerne allerede var ankommet (Milgram, 1960, s. 20–21). Forsøkspersonen ble vist inn i bås nummer seks. De andre båsene var i virkeligheten tomme, og svarene til fem imaginære forsøkspersoner var på forhånd spilt inn på lydbånd. Forsøkspersonen tok på seg hodetelefoner, og eksperimentet kunne begynne. Oppgaven var enkel. Man



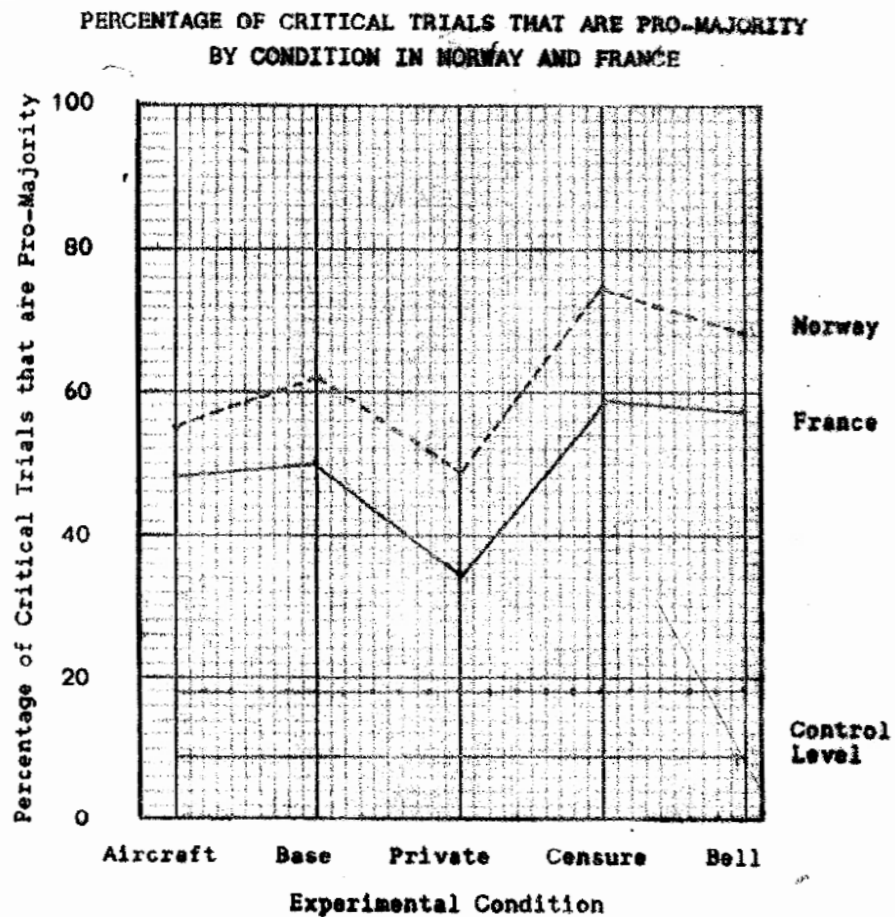
HÅKON SANDBAKKEN

master i teknologi, innovasjon og kunnskap

KILDEKRITIKK



NORGE VERSUS FRANKRIKE *Aircraft, base, private, censure og bell* er navnene Milgram (1960) ga til de fem forskjellige eksperimentelle variantene som ble utført i Norge og replikert i Frankrike.



hørte to lyder av ulik lengde, og forsøkspersonen skulle så angi hvilken av de to lydene som varte lengst. Dette ble gjentatt 29 ganger. Forsøket var ordnet slik at de imaginære forsøkspersonene svarte først. Forsøkspersonene hørte de andres svar via hodetelefonene. Svarene til de imaginære deltakerne var alltid enstemmige, og på 16 av de 30 oppgavene var svarene deres gale. Hovedfokuset for studien var å se i hvilken grad forsøkspersonene lot seg påvirke av et enstemmig flertall. Eksperimentet ble så gjentatt fire ganger i forskjellige versjoner, for å se hvordan ulike variabler påvirket konformitetsnivået (Milgram, 1960, s. 18–25 og s. 123–127).

Resultatene viste at de norske studentene ga mer etter for flertallet (relativt til de franske) i alle de eksperimentelle versjonene, og at forskjellen varierte fra 9 til 15 prosent. Milgram fant de aggregerte resultatene svært robuste (Milgram, 1960, s. 153–155).

Da Milgram skulle tolke resultatene, måtte han imidlertid understreke to ting. For det første kunne resultatene utelukkende generaliseres til populasjonen (dvs. ugifte mannlige

studenter mellom 18 og 25 år fra henholdsvis Norge og Frankrike, etc.). For det andre kunne resultatene godt ha vært annerledes om eksperimentet hadde vært gjennomført med en mindre vilkårlig type stimuli enn toner. Dersom en annen type stimuli hadde blitt brukt, for eksempel å ta stilling til politiske problemstillinger, kunne ikke Milgram utelukke at de norske studentenes konformitetsnivå hadde endt på et nivå under de franske. Milgram mente derfor det ville være spekulativt å generalisere funnene til hvordan nordmenn lar seg påvirke av gruppepress i andre situasjoner.

Milgram pekte likevel på at valg i det sosiale liv ofte baseres på sammenliknbar eller mer vilkårlig stimuli enn den som ble benyttet i eksperimentene. På den annen side reflekterte Milgram rundt det eksperimentelle designet og hva det kunne representere. Hadde for eksempel tonene blitt erstattet med stimuli som handler om å bedømme sosiale aspekter, eller om den imaginære forsøksgruppen hadde blitt erstattet med forsøkspersonens venner, mente Milgram at resultatene kunne sett helt annerledes ut.

Milgram konkluderte med at man ikke uten videre kan dra paralleller mellom studiens funn og samfunnet generelt (Milgram, 1960, s. 177–181). Ingen steder i doktoravhandlingen ble det konkludert med at nordmenn generelt sett var mer konforme enn franskmenn, og langt mindre at Milgram anså nordmenn som verdens mest konforme folkeslag.

ET FAGESSAYS PÅVIRKNING

Hvordan er det mulig at feilaktig gjengivelse av fakta får spre seg, og at skribenter i ulike medier, ja selv høgskoler og forlag, bringer dem videre uten å konferere kildene? Jeg mistenker at det har å gjøre med at påstandene først ble publisert i et tidsskrift der man gir inntrykk av å være kildekritiske og vitenskapelige med hensyn til hva som publiseres. Men hvor godt stemmer dette inntrykket med sjangerkravene til et fagessay? På tidsskriftets nettsider står det om et fagessay: «Forfatteren kan frigjøre seg fra enkelte formalistiske krav som innsigelser, krav til etterprøvbarehet, og referanser. Fagessay gjennomgår som regel ikke fagfellevurdering» (Psykologtidsskriftet.no, 2015). Et fagessay er med andre ord ikke en vitenskapelig artikkel, og kan i teorien inneholde essayforfatterens frie fantasi.

Fagessayet om Milgram er et konkret eksempel på hvordan feilinformasjon får lov til å spre seg, muligens på grunn av troverdigheten et vitenskapelig tidsskrift innehar. Dette er ikke et problem dersom det bare gjelder dette ene tilfellet, men ingen aner hvor ofte slik skjer. Jeg oppfordrer derfor tidsskrifter av alle typer som tillater ikke-vitenskapelige sjangere, til å merke fagessayer og liknende artikler med en tydelig omtale av sjangeren. Dette for å senke terskelen for kritisk gjennomgang av kildene for dem som ønsker å bruke informasjonen i andre sammenhenger. På den måten kan vi forhåpentlig unngå at feilinformasjon spres. ✖

REFERANSER

- Dahl, S. & Jønholdt, H. (2014). «Eit gagns menneskje» i et konformt samfunn. Masteroppgave. Høgskolen i Telemark. Hentet fra: <https://teora.hit.no/bitstream/handle/2282/2364/2014SiljeMarieDahl.pdf?sequence=1>
- Dehli, L. & Imenes, A.G. (2007). Nordmenn – verdens mest konforme folkeferd? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44, 32–34.
- Høgskolen i Molde (2015). *Behovsdrevet innovasjon og tjenestedesign i offentlig sektor*. Hentet 19. mars 2015 fra: <http://himolde.studiehandbok.no/content/view/full/14441>.
- Høgskolen i Volda (2010). *Emneplan 2010/2011 | LIH301*. Hentet 19. mars 2015 fra: <http://hivolda.studiehandbok.no/content/view/full/21038>.
- Høgskolen i Ålesund, (u.d.). *Ledelse i helse- og sosialtjenesten*. Hentet 19. mars 2015 fra: http://kurs.hials.no/shb_eng/content/view/complete/64849/language/eng-GB.
- Liverød, S. (2014). *Frihet og normalitet med ADHD som case*. Masteroppgave. Høgskolen i Vestfold. Tilgjengelig fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/246084/Liver%C3%B8d-2014-Masteroppgave.PDF>
- Milgram, S. (1960). *Conformity in Norway and France: An experimental study of national characteristics*. (Doktoravhandling). Harvard University. <http://www.psykologtidsskriftet.no> (2015, 15. januar). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet 15. januar 2015 fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?s=5>.
- Psykologi.cappelendamm.no (u.d.). *Temaoppgave 4.1: Asch og Milgrams konformitetsstudier*. [Internett] Hentet 19. mars 2015 fra: http://psykologi.cappelendamm.no/elevreal/aktivitet.html?tid=1848519&sec_tid=1862779
- Sandbakken, H. (2015). *Vitenskap i mediene – Stanley Milgrams konformitetseksperimenter i Norge og Frankrike*. Masteroppgave. Universitetet i Oslo.



Hvordan er det mulig at feilaktig gjengivelse av fakta får spre seg, og at skribenter i ulike medier, ja selv høgskoler og forlag, bringer dem videre uten å konferere kildene?

Mer om Milgrams eksperiment her: <http://www.scientificamerican.com/article/milgram-nationality-conformity/>



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

Ingen selvfølgelighet

Noen kaller det selvfølgeligheter når jeg snakker om å involvere pasienten. Noen kaller det floskler. Det er ingen av delene.

PÅ NETTSIDENE til Fylkesmannen i Hordaland ligger det mange tilsynsrapporter. Her ligger tilsynsrapport om beredskapsarbeidet i Samnanger kommune. Her ligger tilsynsrapport om tjenester til personer med utviklingshemming i Kvinnherad kommune og tilsynsrapport om NAVs tjenester i Etne kommune.

Midt i den lange rekken med de lange ordene ligger det en rapport som skiller seg ut. Den har en tittel som er ganske kort og ganske annerledes:

«DEI FORSTO MEG IKKJE»

Dette er fortellingen om en tenåringsjente som ikke fikk hjelpen hun trengte, fra de som skulle hjelpe henne. Fylkeslege Helga Arianson hos Fylkesmannen i Hordaland har ledet arbeidet med rapporten, og samarbeidet med Fylkesmannen i Rogaland og Fylkesmannen i Troms. De har valgt å kalle jenta Ida, slik at leserne lettere kan se henne for seg.

Fylkesmennene hadde hørt om Ida lenge før rapporten ble til. De hadde sett protokoller over tvangen som hadde blitt brukt mot henne, og vurdert om tvangsvedtakene var i tråd med loven.

Så tok Stavanger Aftenblad opp saken. Avisen viet 64 sider til fortellingen om tenåringsjenta og hvordan hun opplevde barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien. Da forsto fylkesmennene at de ikke hadde gjort jobben sin godt nok. De bestemte seg for å se på Idas sak på nytt. Denne gangen gjorde de langt mer enn å sjekke tvangsvedtakene. De så på helheten. De så på barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien fra tenåringsjentas ståsted.

Ida har opplevd mye vondt. Hun vokste opp under forhold som ble oppfattet som så skadelige at barnevernet flere ganger vurderte omsorgsovertakelse. Det skjedde først etter mange hendelser og mange bekymringsmeldinger. Da hadde Ida blitt 15 år.

Men livet hennes ble ikke mindre turbulent etter at det offentlige tok ansvaret for henne. Rapporten fra fylkesmennene på Vestlandet inneholder en lang liste over brudd på lover og forskrifter som skal sikre gode og forsvarlige tjenester til barn og unge som trenger hjelp. Ida ble flyttet til steder og institusjoner der hun ikke ville være, ved bruk av tvang. Protestene hennes ble aggressive og voldelige. Det førte til mer bruk av tvang. Som førte til flere aggressive og voldelige protester.

Fylkesmennene slår fast at barnevernstjenesten og institusjonene tenåringsjenta bodde på, ikke klarte å forstå, ikke klarte å forebygge og ikke klarte å håndtere Idas reaksjoner. Helga Arianson kommuniserte med tenåringsjenta på sms og Messenger under arbeidet med rapporten. Ida fortalte at ingen spurte henne hva som egentlig gjorde vondt. At ingen spurte henne hva som egentlig plaget henne.

Fylkesmennene gjorde ikke bare jobben på nytt. De gjorde den på en helt ny måte. I tilsynsrapporten kommer tenåringsjenta med sine råd til dem som skal hjelpe barn og unge som henne. Ett av dem lyder slik: «Et barn mister motivasjonen til ALT om man ikke blir hørt. Jeg følte meg rett og slett motløs.»

Ett annet av Idas råd til barne- og ungdomspsykiatrien lyder slik: «Jeg orker nesten ikke å snakke om de. De la meg i reimer. De skulle jo være der for å hjelpe meg. Barne- og ungdomspsykiatrien må hjelpe folk til å få det bedre inni seg.»

Det er ord verdt å lytte til.

Vi vil tydeliggjøre barns og ungdommers rett til å bli hørt og involvert. Derfor har vi sendt et lovforslag ut på høring der vi foreslår at barn i helsetjenesten skal få mer medvirkning i avgjørelser som angår dem.

Vi har også satt ned et utvalg som skal foreslå endringer i tvangsregelverket. Utvalget er spesielt bedt om å vurdere behov å tilpasse reglene til barns og unges særlige behov og rett til beskyttelse.

Men lovendringer er ikke nok. Vi trenger også en bevisstgjøring i psykisk helsevern for barn og unge. Tilsynsrapporten om Ida er et viktig bidrag til dette.

Det får så være at noen kaller det selvfølgeligheter å involvere den det angår. Det får så være at noen kaller det floskler. Rapporten fra fylkesmennene på Vestlandet viser at det ikke er noen av delene. ✕



Ida ble flyttet til steder og institusjoner der hun ikke ville være, ved bruk av tvang. Protestene hennes ble aggressive og voldelige.

Beit Lore

Inntrykk



LEKENT Postmordenismen åpnet opp for selvbevisst lek med historiske epoker, og en betoning av flertydighet fremfor autentisitet, skriver Jon Vøllestad. Maleriet *Grace Jones* av Hilde Vemrem (1982) er en del av KODE Kunstmuseene i Bergen sin samling. © Hilde Vemren / BONO. Foto: Dag Fosse / KODE

BOKESSAY

Postmodernisme på norsk

På 80- og 90-tallet kom postmodernismen for alvor til Norge. En ny bok forteller den underholdende historien om hvordan denne mangfoldige størrelsen ble møtt i akademia, kunstfeltet og samfunnet for øvrig. Men i hvilken grad har postmodernismen satt spor i psykologien?

Hva kan vi egentlig vite om oss selv og verden? Hva er forholdet mellom begrepene og modellene våre og den virkeligheten de beskriver? Hvor sikre kan vi være på kunnskapen vår, og hvordan kan den danne grunnlag for praksis? Dette er spørsmål som har fulgt oss opp gjennom tenkningens historie. Men mot slutten av forrige århundre slo fornufts- og vitenskapskritikken ut i full blomst – i en tradisjon som går under navnet postmodernisme.

Siden opplysningstiden hadde det moderne verdensbildet vært preget av en forestilling om at verden lot seg erkjenne gjennom menneskelig fornuft og vitenskapelig metode. Fra slutten av 60-tallet stilte flere spørsmål om denne epoken nærmet seg slutten. Det var ikke lenger uproblematisk å skulle fange eller sammenfatte virkeligheten i ryddige modeller. Troen på fremskritt gjennom økende grad av prediksjon og kontroll ble utfordret. To grusomme verdenskriger hadde svekket tilliten til at teknologi og vitenskap kun var godartete fenomener. Og tross stabilitet og økende vel-

stand i Europa stilte stadig flere spørsmål ved livsbetingelsene og tankeformene som preget moderne konsumkapitalistiske samfunn. Særlig i Frankrike begynte en ny generasjon tenkere å problematisere de moderne institusjonenes makt over sinn, subjekter og virkelighet.

Den franske filosofen Michel Foucault hevdet at selve forestillingen om mennesket ikke var noe som kunne fastlegges en gang for alle. Snarere er vår kunnskap om menneskenaturen formet av skiftende historiske praksiser og maktforhold – nettverk av krefter som gjerne kalles for diskurser. Jacques Derrida påstod at språket vi bruker for å organisere virkeligheten, er ustabil og flertydig. Både filosofi og vitenskap har derfor mer til felles med litteraturen enn vi liker å tro. Heller enn å søke stabil mening er filosofens arbeid en såkalt dekonstruksjon. Det betyr å vise frem hvordan teoretiske og litterære tekster er fulle av spenninger og selvmotsettelser – for så å skape ny (og ustabil) mening ut fra dette. Jean-Francois Lyotard ga navn til den postmoderne tilstand, definert som en situasjon der modernitetens «store narrativer» måtte vike for en rekke



BJARNE RIISER GUNDERSEN.

Da postmodernismen kom til Norge. En beretning om den store intellektuelle vekkelsen som har hjemmsøkt vårt land, Flamme Forlag 2016, 347 sider

TEKST Jon Vøllestad, Solli DPS og Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen



Jeg så snikende og subtile former for sosial kontroll der andre så fremskritt og frigjøring

«små fortellinger» eller «språkspill» som det ikke var mulig å vurdere den relative sannhetsverdien av. Og Jean Baudrillard skildret samtiden som en mediert virkelighet preget av en hyperaktiv tegnproduksjon som brøt med klassiske skiller mellom fiksjon og virkelighet, overflate og dybde.

Felles for disse tenkerne var en kritisk utforskning av opplysningstidens tiltro til fornuft, sannhet og fremskritt. I stedet fokuserte de på at kunnskap og sannhet var relative eller konstruerte størrelser, formet av sosiale prosesser og maktforhold. Språket speilet ikke lenger virkeligheten på en entydig måte. Det selvstendige subjektet som ble sett på som så sentralt i moderniteten, ble «desentrert» eller oppløst i de nettverk av relasjoner det inngikk i. Å være menneske var ikke lenger å være en fritt handlende og reflekterende aktør. Det innebar i stedet å være innvevd i strømninger av sosial makt og språk som på komplekse måter bestemmer hvordan vi tenker og handler – uten at vi er klar over det. Samlet sett medfører dette store utfordringer for etablerte måter å tenke om vitenskap, moral, kunst og psykologi på.

DA POSTMODERNISMEN KOM TIL NORGE

Hva skjedde da disse tankestrømningene kom hit til lands? Det kan vi nå lese om i Bjarne Riiser Gundersens bok *Da postmodernismen kom til Norge. En beretning om den store intellektuelle vekkelsen som har hjem-søkt vår land*. Gundersen har valgt å fortelle idéhistorie som journalistisk reportasje, ikke som akademisk analyse. Det er et godt grep, og det har blitt en tilgjengelig, engasjerende og tankevekkende bok.

Begrepet postmodernisme kan være vanskelig å få tak på. Gundersen gjør en god jobb i å klare opp i forvirringen. Slik det er skildret innledningsvis her, er postmodernisme en retning i academia. Men postmodernisme brukes også på kunstfeltet, som en betegnelse på tendenser som oppstod som motreaksjoner på modernismen som rådet i kunst, arkitektur og litteratur. Det åpnet opp for selvbevisst lek med former fra ulike epoker, og en betoning av flertydighet fremfor autenticitet. I tillegg brukes ordet om en historisk epoke, som en bestemt fase av den globale kapitalismens utvikling. Det betyr et samfunn preget av ekspanderende informasjonsteknologi, hurtig endring, konsum fremfor produksjon og fristilling fra tradisjonelle identitetsformer. Til slutt finnes det også en fjerde betydning som henter litt fra alle de foregående, det Gundersen omtaler som en «mentalitetshistorisk lapskaus», og som kanskje best kan beskrives som en livsholdning preget av ironi, skepsis, verdippluralisme og relativisme.

Boken er bredt anlagt, og forsøker å spore postmodernismens inntog i Norge i alle disse betydningene. På den måten lærer vi mer om hvordan fenomenet gjorde seg gjeldende i kunst, litteratur, arkitektur, academia og i den bredere offentligheten. I tillegg har han intervjuet en del av dem som deltok på ulike sider i debattene som oppstod, noe som gir fortellingen liv og dynamikk.

STEILE FRONTER

Få begreper har vært gjenstand for så ulike lesninger og steile fronter. Fra visse akademiske hold ble postmoderne tenkning avfeid som fornuftsfiendtlig tåkeprat og sjarlatanvirksomhet. Enkelte mente sågar at det

var farlig. Filosofen Guttorm Fløistad uttalte at Derrida «må bekjempes 24 timer i døgnet, med alle midler». Hans Skjervheim så i postmodernismen en form for undergraving av sannhet som kunne ende opp i forvirring grensende til psykisk sykdom og «kulturelt sjølv mord». Det virker også som om begrepet ble en betegnelse som få omfavnet selv. Det ble snarere noe en ble anklaget for å inneha. Hvem ønsker vel å være radikal relativist, fiende av kunnskap, overflattisk estetiker eller fullstendig uten moralsk forankring og kompass?

Gundersen gjør en god jobb med å la begge sider komme til orde. De som fortsatt forsvarer det postmoderne perspektivet, legger vekt på at det betydde kritisk refleksjon omkring vitenskap og fornuft, og de skyggesider eller blindflekker som moderne kunnskapsproduksjon kan ha. Flere tar også til motmæle mot anklagene om postmodernismen som ren posørvirk-somhet og nihilisme. Blant disse er dikteren Karin Moe, som i kritikken av universelle sannhetspåstander fant kimen til et moralsk engasjement forankret i det lokale og individuelt unike. Det at det ikke finnes en endelig mening, trenger ikke føre til resignasjon eller meningsløshet. Og litteraturprofessor Arild Linneberg argumenterer godt i boken for at det er en misforståelse at dekonstruksjon ikke er ute etter sannhet. Derridas poeng er snarere at den viser at «sannhet er noe annet enn mange tror, at den ikke kan fastlegges på så enkle måter som folk vil ha det til».

Gjennom utdrag fra intervjuer lærer vi mer om nyanserte posisjoner på både for- og mot-siden. Som en av skeptikerne viser filosofen Gunnar Skirbekk blant annet til problemene ved å importere fransk fornuftskritikk, som tok form i en annen historisk kontekst og retorisk tradisjon enn vår egen. Medieviter Anders Johansen slipper også til i Gundersens bok med en fin skildring av sin egen vei ut på det postmoderne skråplanet – og tilbake igjen. Det er også interessant å lese om Jon Helle-snes, som har beveget seg fra krass kritikk til en mer balansert vurdering av det postmoderne.

På humoristisk vis bruker Gundersen også seg selv som eksempel på en som lot seg fascinere, forføre og forvirre av denne tenkningen. Han sitter igjen med en sympatisk, men ikke overinvestert holdning til tradisjonen. Han er også god til å peke på hvordan noe av appellen lå i identitetsdannelse – at det rett og slett

var litt kult å være en som utfordret etablerte sannheter, og som var på lag med mangfold og paradokser heller enn det pent og pyntelig rasjonelle.

PSYKOLOGI OG POSTMODERNISME

Hva så med psykologien? Det er ikke et fagfelt som boken går nærmere inn på. Men her kan jeg som Gundersen tillate meg å bruke meg selv som kasus. Før jeg begynte på profesjonsstudiet i Bergen i 1999, hadde jeg i ventetiden brukt anledningen til å studere sosiologi og litteraturvitenskap. I begge disse fagene var jeg blitt godt eksponert for postmoderne perspektiver og analysemåter. Fra sosiologi hadde jeg med meg et Foucault-inspirert blikk på samfunnet, et alternativ til de offisielle fortellingene om helsevesenet, psykiatrien og fengselsvesenet. Jeg så derfor snikende og subtile former for sosial kontroll der andre så fremskritt og frigjøring. Og på litteraturvitenskap hadde jeg lært med at språket var forrædersk, og at alle tekster var fulle av spenninger og svangre med sin egen oppløsning.

Det psykologiske fakultet i Bergen var ved første øyekast lite preget av disse tankestrømningene. Jeg møtte et fag som forstod seg som et evidensbasert helsefag, ikke en fortolkende eller samfunnskritisk disiplin. I en periode var jeg nok aldri så lite av en møteplager på forelesningene, hvor jeg insisterte på å trekke frem fagets grunnlagsproblemer i lys av all min kritiske bagasje.

Det fantes imidlertid unntak. I Bergen var Norman Anderssen en engasjert talsperson for å bringe postmoderne perspektiver inn på studiet. I Oslo hadde nylig Hanne Weie Oddli og Peder Kjøs (1998) gitt ut bok om moderne og postmoderne forståelser av terapi. Der redgjørdet de for narrative og sosialkonstruksjonistiske tilnærminger til psykologisk behandling, i lys av Lyotards teori om det postmoderne samfunn og Wittgensteiniansk språkfilosofi. Boken er fortsatt interessant lesning, både som tidsbilde og som forsøk på å finne et pragmatisk og moralsk holdbart terapeutisk ståsted i lys av nye og post-positivistiske kunnskapssyn. En annen viktig størrelse var Steinar Kvale, som var redaktør for den internasjonale utgivelsen *Psychology and postmodernism* (1992).

De store debattene ble det vel aldri innenfor faget her til lands. Diskusjonen foregikk nok



De tilløp til stridigheter som var, ble ofte preget av karikerte posisjoner

mest i kantinen og på nachspiel. Og de tilløp til stridigheter som var, ble ofte preget av karikerte posisjoner. Selv modererte jeg mitt eget kunnskapssyn fra radikal til mer forsiktig skeptisisme utover i studiet. I kontakten med antatte positivistiske bastioner som biologisk psykologi og kvantitativ terapiforskning skjønnte jeg at det å forsøke å forstå verden gjennom statistisk metode ikke trenger å bety at en gir avkall på kompleksitet og flertydighet.

HVOR BLE POSTMODERNISMEN AV?

Hvor er vi så i dag? Er postmodernismen over? På den ene siden er vi kanskje i en epoke med mindre gehør for metodekritikken og den fundamentale mistankens hermeneutikk som preget disse tiårene. Som sosiologen Gunnar Aakvaag (2016) skildrer i *Morgenbladet*, så preges vår tids samfunnsvitenskap av «generasjon lydig», som har byttet ambisiøs teori med nypositivistisk empirisme. De er ifølge Aakvaag flinke i metode, men svakere på overordnede perspektiver. I tillegg har vi sett en dreining inn mot naturvitenskap og evolusjonspsykologi, i et forsøk på å sikre et stabilt fundament for vår menneskekunnskap. Aakvaag mener derfor at postmodernismen som sådan er akademisk død, og at det som var verdt å ta med seg (som språk- og maktanalyse), er blitt absorbert av ulike fagfelt i mer nøytrale former.

Dette kan vi kjenne igjen fra psykologien. Samtidig ser vi andre trender. Hvor sikkert er kunnskapsgrunnlaget vårt? Når jeg ser meg omkring i dag, synes jeg faget preges av mange «små fortellinger» som konkurrerer om oppmerksomheten på markedet, uten at vi har noen stor universell teori som alle kan enes om. Det finnes forsøk på samlende fortellinger, sånn som historien om evidensbasering, eller om hjernen og biologien – men disse har langt fra allmenn aksept. Det er i så fall i tråd med den kunnskapssituasjonen som Lyotard i sin tid beskrev i *Den postmoderne tilstand*.

I de pågående diskusjonene i faget kan vi ane skillelinjer som kanskje følger de som går mellom det «moderne» og det «postmoderne». Tenk bare på Dodo-debatten, som handler om hvorvidt det i psykoterapien finnes en riktig metode eller mange mulige metoder (se Wampold & Imel, 2015). Eller diagnose- og pakkeforløpsdebatten, som står mellom de som tror at diagnoser viser til noe essensielt (eller i det minste noe meningsfullt), mot de som hevder at diagnoser er tilfeldige konstruksjoner formet av makt- og interessegrupper som vi vil klare oss bedre uten. Videre har det vist seg vanskelig å replikere en rekke klassiske studier fra psykologien, og for tiden går det en heftig debatt om hvordan vi skal tolke dette. Legg til de pågående kontroversene om arv og miljø, og om psykisk helse og uhelse best kan forstås på individ- eller samfunnsnivå. Dette er spørsmål om fagets legitimitet, og om muligheten for en overordnet universell modell som skal kunne anvendes på tvers av personer og situasjoner. På mange måter er det paralleller til diskusjonene som gikk på 80- og 90-tallet.

Det er ikke med det sagt at psykologer flest går på jobb med et radikalt relativistisk kunnskapssyn. Kanskje har Ole Jacob Madsen (2014) et poeng her. Han mener at psykologer flest fremdeles jobber innenfor en modernistisk ramme basert på troen på vitenskapelig fremskritt og oppdagelse av universelle sannheter i menneskehetens tjeneste. På fritiden tar de derimot på seg den «postmoderne hatten». Dette er i så fall en veksling mellom posisjoner som ikke er så rent lite postmoderne i seg selv – på dagtid tror man på vitenskapen og kanskje også særlig ens

egen terapimetode, mens etter jobb er livsholdningen åpnere for mangfold og paradokser. For Madsen innebærer imidlertid denne splittelsen at faget ikke helt tar inn over seg de særegne utfordringer som den senmoderne eller postmoderne tid byr på.

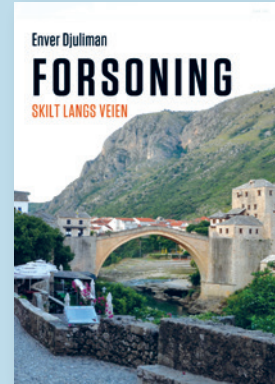
I tillegg er det slik – som også Gundersen peker på i sin bok – at vi lever i en tid som i langt større grad samsvarer med beskrivelsen hos de postmoderne teoretikerne. Den medieskapte virkelighet som folk snakket om på 80-tallet, var bare barnemat mot det høyteknologiske selfiesamfunnet i 2016. Med smarttelefonen og nettet er strømmen av informasjon og mangfoldet av perspektiver blitt skrudd opp ganger hundre. Og det er bare begynnelsen. I sommer har de store nyhetene vært islamsk terrorisme, Donald Trump og Pokémon; en middelaldersk religion for det 21. århundre, en 30-tallsdemagog på twitter og sammensmeltingen av gater og parker med en virtuell spillvirkelighet. Verden kan slik kjennes nesten uvirkelig i sin kompleksitet, hurtige endring og meningsfragmentering – alt filtrert gjennom håndholdt personalisert informasjonsteknologi. Det er vanskelig å se for seg hvordan noe skal bli mer postmoderne enn det.

Disse tilstandene, både i faget vårt og samfunnet, gjør Gundersens bok ekstra betimelig. Kanskje kan den til og med inspirere unge kollegaer til å spørre seg hva i disse perspektivene som fortsatt er relevant for psykologien. Boken kan i så fall være en både underholdende og informativ veiviser i det postmoderne landskapet slik dette så ut her til lands. Den kan anbefales både til de som var med, og til de som lurer på hva det egentlig handlet om. ✘

REFERANSER

- Kvale, S. (red.) (1992). *Psychology and postmodernism*. London: Sage Publications.
- Oddli, H.W., & Kjøs, P. (1998). *Psykologien og vitenskapen. Moderne og postmoderne forståelse og terapi*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Gundersen, B.R. (2016). *Da postmodernismen kom til Norge. En beretning om den store intellektuelle vekkingen som har hjemmøkt vårt land*. Oslo: Flamme Forlag.
- Madsen, O.J. (2014). «Modernity.» *Encyclopedia of Critical Psychology*, s. 1199–1204. New York: Springer.
- Wampold, B., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. London: Routledge.
- Aakvaag, G. (2016). Hva skjedde med postmodernismen? *Morgenbladet* 03.06.16.

ANBEFALT



Konflikt og forsoning

Noen er så heldige i den forstand at historien går forbi dem. For mitt vedkommende har ikke det vært tilfelle. I generasjoner har ingen i min familie sluppet unna historien; vi har alle opplevd minst en krig på Balkan.

Slik innleder Enver Djuliman sin bok *Forsoning. Skilt langs veien* (2015). Det er en bok om forsoningsprosessens vilkår, forutsetninger og muligheter. Med sin bakgrunn som jurist og fredsaktivist og erfaring fra å leve i et konflikt- og krigsrammet samfunn har Djuliman ikke bare skrevet en faglig spennende og viktig bok, men også et personlig vitnesbyrd om de mange dilemmaene knyttet til forsoning og forsoningsforsøk. Det er en bok som løfter steiner ved å reise spørsmål som: Hva er forsoning? Hva må til, og hvordan kommer den i stand? Hvilke konsekvenser har forsoning for dem det dreier seg om? Hva vet vi om hvordan det har gått?

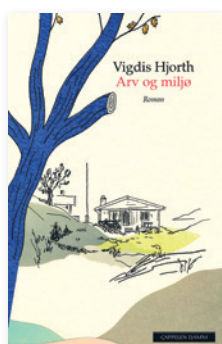
Eksempler på at forsonings- og fredsavtaler har gitt ro og fred for noen, men utestengning og ufred til andre, blir beskrevet. Målet er ikke å komme med svarene, men bidra med refleksjoner om forsoning etter konflikt mellom land, folk og grupper. Forfatteren gir innblikk i ulike modeller for og tilnæringer til temaet forsoning og viser til det internasjonale arbeidet for å få til rettsoppgjør. Han legger vekt på at dette ikke er en bok om institusjoner, men om psykologien – de psykologiske dimensjonene ved forsoningsprosessene.

For en psykolog som i mange år har arbeidet med alvorlige menneskerettighetsbrudd, rettferdighet og muligheter for oppreisning, er dette en bok som engasjerer – nettopp fordi den er reflekterende og konkret om de mange og sammensatte sidene ved forsoning, både i mennesker, mellom mennesker, mellom grupper og land. Les og bli beriket om et viktig og meget aktuelt tema.

*Anbefalt av Nora Sveaass, førsteamanuensis
Psykologisk institutt, forsker på flyktninger,
traumer, menneskerettigheter og rettsoppgjør*

Om fornektelse

Hjorths språk lar oss fornemme kraften i individets trang til å finne seg selv.



VIGDIS HJORTH,
Arv og miljø,
Cappelen Damm, 2016.
342 sider

«Min første setning på divanen var: Vi var fire søsken, jeg var yndlingsbarnet», forteller jeg-personen i *Arv og miljø* om sitt møte med psykoanalysen. Analytikeren sier ikke noe – «i den pinlige stillheten som fulgte for jeg fikk ingen reaksjon og klarte ikke fortsette, lynte det gjennom kroppen fra isse til fot. Ordene som jeg så ofte hadde begynt fortellingen om meg selv med, avslørte meg i all sin løgnaktighet. Det var ikke sant, det var omvendt!» (Hjorth, 2016, s. 100).

I en psykoanalyse er terapeuten avventende, ordene blir hengende i luften. Dette gir individet mulighet for å høre hva hun *egentlig* sier, «hvem jeg er». Her åpnes lukkede rom – behov, følelser og fantasier som har vært avspaltet, kommer til overflaten. Fortellingen om en selv endres. Om psykoanalysen skulle ha en kjenningsmelodi, sa psykoanalytikeren Peter Andreas Holter, måtte det være «It ain't necessarily so».

ERKJENNELSE OG FORNEKTELSE

Bergljot, hovedpersonen i *Arv og miljø*, begynte i psykoanalyse da hun plutselig – i voksen alder – erkjente at faren forgrep seg på henne seksuelt da hun var mellom fem og sju år. Et overgrep faren benekter, har skjedd. Bergljot bryter kontakten. Rammen for romanen er et arveoppgjør etter farens død – et testamente overdrar de to familiehyttene på Hvaler til Bergljots to yngre søstre. Dette arveoppgjøret setter Bergljots forhold til familien på spissen. Hvem er hun, og hvem er hun i forhold til dem? Følgen er et åpent opprør og en anklage mot fortielsen. Spørsmålet dirrer i teksten – fra en eksistensiell avgrunn: Hvordan kan dere fornekte meg?

For barnet Bergljot ble fars overgrep «borte». Etter sjuårsalderen, da misbruket opphørte, savnet hun faren sin. Han rørte henne aldri, holdt henne aldri i hånden på turer i skogen, klemte henne aldri. I tiden da hun gjorde faren «vill», da han ikke kunne motstå henne, «da bare synet av den nakne kroppen min fordreide hodet på far» (s. 335) – i denne tiden var hun betydningsfull for faren. Etterpå følte hun seg oversett. Bergljot savner fars oppmerksomhet og anerkjennelse – at han forgrep seg, er ikke med i hennes bevissthet.

Arv og miljø reiser en rekke spørsmål på forskjellig nivå. Det er en rik bok. Jeg skal konsentrere meg om disse tre spørsmålene: Hvordan håndterer et barn seksuelle overgrep fra en far? Hvordan rammes barnet? Hva betyr det at misbruket benektes? I min drøfting bygger jeg på erfaringer fra terapier med seksuelt misbrukte pasienter.

SELVBESKYTTELSE

I faglig sammenheng snakker vi her om *fortrengning* eller *dissosiasjon* – det at angstfylte, smertefulle erfaringer og følelser avspaltes fra selvopplevelsen. Selv om nyere hukommelsesforskning har påvist at traumatiske opplevelser ofte huskes, er det enighet om at dissosiasjon er en vanlig beskyttelsesstrategi – ved krigsopplevelser, tortur og seksuelle overgrep. Det dreier seg ikke om hukommelsestap, men om en psykologisk mekanisme for å holde angstfylte opplevelser på avstand. Dissosiasjon, som var et helt sentralt begrep i forklaringen av psykiske lidelser, spesielt hysteri, på slutten av 1800-tallet (Freud, 1913; Janet, 1889), forsvant lenge fra faglitteraturen, for så å dukke opp igjen på 1980-tallet. Bakgrunnen var

TEKST

Siri Erika Gullestad,
professor ved
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo



en økende erkjennelse av traumers betydning, krigstraumer (gjennom studier av vietnamveteraner) så vel som av misbruk av barn. Det ble et faglig paradigmeskifte (Ross, 1996).

Det kan diskuteres hvordan man best skal forstå dissosiasjon. I tradisjonen fra Janet (1889) ses dissosiasjon som et sammenbrudd i normale kognitive, integrerende prosesser (van der Kolk et al., 1996), mens det psykoanalytiske fagfeltet, i tråd med Freud (1913), vektlegger at det dreier seg om ubevisste intensjoner i en dynamisk forsvarsprosess (Gullestad, 2005). Uansett – kjernen er at personen fjerner seg fra en overveldende opplevelse ved så å si å gå inn i en annen bevissthetstilstand. Noen beskriver at de forsvinner inn i eget hode slik at de blir «en observatør» til det som hender – det vonde skjer med kroppen, men ikke med en «selv». Personligheten spaltes, og fungerer ikke lenger som en samlet helhet. Den delen av en selv som har opplevd misbruket, holdes atskilt fra hverdagslivet, hendelser holdes på avstand og er ikke «virkelige». Den faren som blir «vill», oppleves som en annen far enn den som smører matpakke. På denne måten beskytter barnet seg selv så vel som sine nære relasjoner – og klarer å fungere i hverdagen.

Frakoplingen og splittelsen av selvet har en pris – med kroppslige smerter, uro, barneangsten som aldri slipper, og – ikke minst – følelsen »

AVSTENGT At et traume ikke aksepteres av andre mennesker kan være – minst – like skadelig som traumet i seg selv, skriver Siri Gullestad. Hovedpersonen i Vigdis Hjorts *Arv og miljø* møter ikke anerkjennelse for sin historie om fars overgrep.



Frakoplingen og splittelsen av selvet har en pris

av å bli tvunget til taushet og bli fremmed for seg selv. «Jeg sa ikke noe [...] jeg fortrengete, jeg var taus» (s. 197). Som en pasient uttrykte det: «Jeg var til for noen – hadde kun verdi hvis jeg var noe for noen andre. Det var ingen som sa at du har lov til å si nei.» Overgrepet – og det å bli tvunget til taushet – rammer kjernen i jeg-opplevelsen.

DET BORTTRENGTES TILBAKEKOMST

Hvordan huskes det borttrente? Bergljot, etablert som tidsskriftredaktør, gift («snill mann») med tre barn, bestemmer seg for at hun vil skille seg. Hun er i krise. Faren hjelper henne med å pusse opp den nye boligen – far har nøkkel til leiligheten. Bergljot får angst, rammes flere ganger av «total smerte», ligger sammenkrøket i fosterstilling. Nøkkelen til angsten finner hun i en setning hun selv har skrevet – mellom de andre ordene – forut for smerteanfallene i en enakter om et kjærlighetsmøte: «Han rørte meg som en lege, han rørte meg som en pappa» (s. 238). Et ras: «Jeg forstod alt og alt falt på plass og var forferdelig og ikke til å bære og jeg trodde jeg skulle dø.» Men så viselig er mennesket innrettet at «det fortrengete, forferdelige, ubærlige dukker opp akkurat i det øyeblikket du er beredt til å møte det».

I psykoanalytisk perspektiv rommer menneskesinnet brytning mellom drivkrefter. Trang til å *uttrykke* – en ekspressiv kraft – er i konflikt med hemmende krefter i et uopphørlig indre spenningsforhold. Balansen i kraftfeltet avhenger av en rekke faktorer – som barnets opprinnelige vitalitet og temperament på den ene siden og arten av begrensninger og innskrenkninger formidlet gjennom kultur, miljø og nære relasjoner på den andre. Ikke bare foreldrenes regler og verdier, men selve deres væremåte, formidler hvordan det er mulig å være i verden – hva som «går», og hva man skal skamme seg for. På kraftfullt vis formidler *Arv og miljø* foreldrenes makt over barn: «... fullstendig innvevd i familiens selvfortelling. Først da jeg brøt, først da jeg fikk avstand, begynte jeg å se det annerledes, men også da sakte og med museskritt, så stor makt har foreldrenes fortelling over barnas virkelighetsforståelse, at den er nesten umulig å rive seg løs fra» (s. 61).

Romanens styrke ligger ikke minst i intense beskrivelser av hvordan familiefortellingen har makt til å nulle. For Bergljot er det «fysisk umulig» å være sammen med moren og faren – det er det samme som å «forråde» seg selv. Kjernen er at familien «benektet selve det stoffet jeg var laget av» (s. 52).

Men Bergljot river seg løs. Hvorfra kommer kraften til å fri seg ut? Er det hennes iboende vitalitet? Bergljot var et uregjerlig, vilt og – ikke minst – skapende barn: Å skrive er å oppsøke et «sted» i en selv der noe søker uttrykk. Uansett – gjennom Bergljots skikkelse anes menneskets lengsel etter å komme ut av det fremmedgjorte. Det dreier seg om et *utviklingsbehov* som en kliniker ikke sjelden observerer. Psykoanalytikerens allierer seg med dette utviklingsbehovet, med de ekspressive kreftene i individet. Behandlingen inviterer til en åpnende samtale der de forestillinger man har om seg selv, oppveksten og familien, kommer i bevegelse. Som en pasient sa: «Noen hadde fortalt meg at jeg var noen jeg ikke var – tilsidesatt i mitt eget liv. Hundretusen masker måtte røskes av. Temaet for min terapi var å ta meg selv tilbake, skru på lyden og finne min stemme.»

Bergljots kamp for å komme ut av det fremmedgjorte er en kamp på liv og død. «... jeg ville heller være alene enn å miste meg selv i familien» (s. 176). Hjorths språk lar oss fornemme kraften i individets trang til å finne seg selv.

FORNEKTELSE

Emma, Bergljots datterdatter på fem år, lurer på om Bergljot har en mor, og om hun kan få møte henne. Er det mulig å gå videre, legge overgrepet bak seg? Romanen svarer ikke, men gir ansatser til en diskusjon. Et nøkkelord er *fornektelse* – det ordet Bergljot bruker når hun beskriver familiens reaksjon: «Da jeg fortalte mor om hvordan ting hang sammen [...] fornektet hun meg. Det gjorde mine søstre også. Jeg ble et ikke-barn som truet familiens ære» (s. 197). Fornektelse er et gammelmotig ord, men som rommer viktige emosjonelle nyanser og den doble betydning av å nekte for / benekte og å ta avstand fra på en fordømmende måte. Bergljot er et fornektet barn.

Å være fornektet er å være utstøtt og forvist – en form for avvísning som går til kjernen av selvet. Bergljots fortvilelse er hjerteskjærende – i hennes rop gjenkjennes desperasjonen til alle fornektede barn. Skal Bergljot kunne gå videre, må fornektelsen oppheves. Det er dette hun insisterer på i en uendelig korrespondanse med søsteren Astrid – juristen som med sin «fredsmeklerholdning» og sitt «godhetsspråk» igjen og igjen sier at de må «snakke sammen»: «Men jeg ville ikke se henne, ville ikke snakkes til rette, ville ikke sirkles inn i terapeut-forsøningsspråket hennes nå når jeg endelig hadde turt å sette ord på hvordan jeg opplevde det» (s. 89).

Astrid hevder å være «nøytral», men for Bergljot er ikke det mulig: «for å godsnakke med alle er ikke å være nøytral, hvis den ene parten har forbrutt seg mot den andre» (s. 94). «... det finnes motsetninger som ikke kan oppheves, av og til er det enten eller» (s. 104).

Hvorfor fornektes Bergljot? Romanen formidler i et erfaringsnært språk det klinikerens møter i terapirommet: Det er farens – og ikke minst morens – selvbilde og gode rykte som står på spill: «... hvordan ville livet hennes se ut om min historie ble kjent og trodd på» (s. 236). Moren er helt sentral her. Når faren i et sårbart øyeblikk spør moren «hva hvis jeg sa at jeg »



Vigdis Hjorth

- Norsk forfatter, født i Oslo 1959.
- Cand.mag. med fagene idéhistorie, statsvitenskap og litteraturvitenskap.
- Bøkene hennes er oversatt til mange språk. Hun har fått en rekke priser, blant dem Kritikerprisen 2012 for *Leve posthornet* og Brageprisens hederspris i 2014.
- Årets bok, *Arv og miljø*, fikk svært positive anmeldelser, men som «virkelighetslitteratur» skaper den også debatt.

hadde gjort det», svarer hun: «Da kunne jeg ikke vært gift med deg» (s. 239). Slik stopper moren munnen på sin mann. Slik forneker moren sin datter. En ond sirkel er skapt. Ved synet av Bergljot minnes foreldrene om den urett de har gjort henne – og det er utålelig. Utstøtingen må opprettholdes for å glatte over og glemme eget svik.

At et traume ikke aksepteres av andre mennesker, kan være – minst – like skadelig som traumet i seg selv. Dette er dokumentert i studier av ulike former for overgrep. Nøkkelbegrepet er *anerkjennelse*. Anerkjennelse innebærer at realiteten i det som er skjedd, bekreftes – og at personens opplevelse gyldiggjøres og legitimeres. Å forsones, å tilgi? Det avgjørende er at overgrepet erkjennes og anerkjennes. Den skyldige må vedgå hvilken urett som er begått. Med Bergljots ord: «Man kan ikke tilgi det som ikke er innrømmet» (s. 51). ❌

REFERANSER

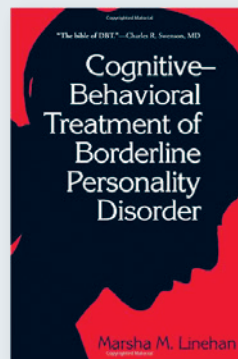
- Freud, S. (1913). On psycho-analysis. *Standard Edition*, 12, 205–213.
- Gullestad, S.E. (2005). Who is who in dissociation? A plea for psychodynamics in a time of trauma. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 639–656.
- Janet, P. (1889/1973). *L'automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan.
- Ross, C.A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of of dissociation. I L.K. Michelson & W.J. Ray (red.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. (s. 3–24). New York: Plenum.
- van der Kolk, B.A, McFarlane, A.C. & Weisæth, L. (red). (1996). *Traumatic stress*, 8, 505–525.

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.

KLASSIKEREN



Marsha Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (1993)

Eg hata ho først. Stor, tjukk og ugjennomtrengjeleg. Ikkje akkurat nokon Erlend Loe-bok. Men så vaks ho på meg. Som eit arrangert ekteskap.

Dialektisk åtferdsterapi. Eg veit nokon av dykk får ein kraftig refluks i møte med ordet åtferd. Men me *har* åtferd. Og me har kjensler. Dei skuggar ikkje nødvendigvis for kvarandre. Trur eg då. Ein kan aldri vere sikker i eit felt der ein driv og leflar med teoriar.

Boka trefte meg omsider i hjartet. Sette ord på ting eg hadde kjent på. Strevd med. Om det å finne balansen mellom aksept og endring, mellom validering og problemløysing. Om menneskeverd. Om å setje grenser med omsorg og medkjensle. Å halda både klient og terapeut i terapien. Tankar om at me alle kan gjere feil, om empati for klienten og kvarandre. Om å skapa eit handlingsrom i tilsynelatande låste situasjonar.

Her hadde eg gått og fomla i fleire år, og så låg det her og venta på meg. Gøymd inni denne litt usexy boka. Kanskje såg eg det eg leita etter?

Eg har høyrd både eitt og anna om forfatarinna. Urbane legender. Eg vonar eg aldri treff ho. Eg er redd det ville knust alle illusjonar om kva boka eigentleg handlar om. Litt som ein diktanalyse. Då forsvinn liksom heile magien. Eg held fast ved illusjonen.

Om du bør lese boka? Nja, eg er ingen fanatkar eller misjonær. Eg berre fann noko eg leita etter. Me leitar kanskje ikkje etter det same.

Ragnhild B. Lygre utfordrer Per-Einar Binder til å ta stafettpinnen videre

MINNEORD

JIM AAGE NØTTESTAD

1948–2016

PSYKOLOGSPESIALIST OG SENIORFORSKER

Jim Aage Nøttestad gikk bort så altfor tidlig 28. september etter kort tids sykdom. En kjær kollega, mentor og venn ved St. Olavs Hospital avdeling Brøset har forlatt oss, og etterlater et stort, tomt rom på alle måter.

Jim Aage ble født i Hamar i 1948, hvor han også vokste opp. Han ble utdannet cand.psychol. ved Universitetet i Oslo i 1976, og fra 1992 hadde han sitt arbeid innenfor sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved Regional sikkerhetsavdeling Brøset. Før det jobbet han i omsorgen for psykisk utviklingshemmede på blant annet Emma Hjorts hjem, Halsetheimen i Klæbu og ved Habiliteringstjenesten for voksne i Sør-Trøndelag – for øvrig en pasientgruppe han hadde særlig omsorg for hele sin yrkeskarriere. På Brøset begynte han som psykolog på Regional sikkerhetsavdeling før han senere viet mesteparten av sitt virke som forsker, underviser og som rettspsykiatrisk sakkyndig. I 2004 forsvarte han sin doktoravhandling om psykisk utviklingshemmedes psykiske helse etter nedleggelsen av de store sentralinstitusjonene.

Jim Aage hadde særlig stor kompetanse på forskning og behandling av de svakeste og sykeste blant oss. Hans faglige engasjement var stort, og han var en betydelig fagperson både nasjonalt og internasjonalt med nærmere hundre vitenskapelige publikasjoner og flere bokkapitler. Han arbeidet mye med pedofile seksualforbrytere, personer som i kriminalomsorgen står lavest på rangstigen. De ble behandlet med respekt og verdighet, og Jim Åge klarte både å bygge allianse og å gjøre en nøktern og vitenskapelig basert risikovurdering. Han var alltid tydelig på at behandlingen skulle være vitenskapelig fundert, og anså ikke behandlingen som kurativ, men jobbet aktivt med risikoreducerende tiltak.

Jim Åge hadde stor tålmodighet med de vanskeligste pasientene og holdt ut som behandler i årevis med pasienter som bare etter måneder

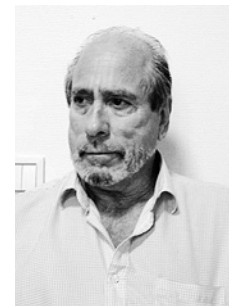
hadde «brent ut» oss andre. Han hadde også et godt forhold til pressen og så på journalister som viktige kunnskapsformidlere. Han var veldig flink til å formidle vanskelige problemstillinger på en enkel og forståelig måte

Han var en generøs person, og dette gjenspeilet seg også gjennom arbeidet. Han var inkluderende overfor både kolleger, studenter og doktorgradskandidater som hadde lyst til å jobbe på hans prosjekter, og han delte villig både data, kunnskap og tid. Hans engasjement for faget og hans omfattende kunnskaper kom også til nytte gjennom det arbeidet han utførte for Tilregnelighetsutvalget (NOU 2014:10).

I tillegg var Jim Aage en livsnyter. Mest av alt nøt han å glede andre, han nøt å være i lag med familie og venner kombinert med god mat og drikke, og han nøt å delta på internasjonale konferanser, hvor han også ofte hadde innlegg. Og når en fagkonferanse med verdenskjente forskere lot seg kombinere med Champagne og østers i kveldssolen utenfor operaen i Sidney, ja, så var det slett ikke feil.

Både faglig og i samfunnslivet for øvrig hadde Jim Aage et stort nettverk. Selv etter at han ble pensjonist på nyåret i 2015, hadde han fortsatt sitt virke både på Brøset, i Trondheim fengsel og som sakkyndig. Samtidig fikk han mer tid til gode stunder med familie og venner på hytta i Fersdalen og på reiser sammen med sin kjære Eli. Men på mange fronter jobbet han nok vel så aktivt etter at han «pensjonerte» seg, som tidligere.

Sporene etter Jim Aage er mange og varige. Betydningen han har hatt som fagperson, kollega, mentor og medmenneske, er og vil alltid bli høyt verdsatt. Jim Aage kommer til å bli savnet av mange, og tankene går først og fremst til familien, som han var så glad i og stolt av.



*På vegne av kolleger
Roger Almvik, Kirsten Rasmussen,
Karl Henrik Melle*



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.

NOVEMBER 2016

MMPI-II

3.–4. november
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

7.–8. november
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Conners' CPT

17.–18. november
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

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 s. 767

**LEDIGE KONTORER FOR HEL-
ELLER DELTIDS BARNESAKKYNDIGE**

Ønsker du å delta i etablering av et barnesakkyndig kontorfellesskap? Kontorene ligger usjenert til mot stille bakgård på Uranienborg mellom Majorstuen og Frogner. Foreløpig disponeres to av seksjonens fire kontorer, hvorav ett benyttes av undertegnede på deltid. Har en parkeringsplass til disposisjon. Vi har avtale om å overta et ytterligere kontor og en parkeringsplass når dette blir ledig på noe sikt. Bl.a. reising, hjemmebesøk og rettsmøter medfører begrenset kontorbruk. Sakkyndige flest trenger kun deltidskontor. Bring gjerne inn kolleger du kjenner. Kontorfellesskap åpner for løpende kollegial utveksling, deling av testmateriell og intern formidling av innkomne oppdrag ut fra den enkeltes kapasitet, preferanser og kompetanse. **Kontaktperson:** Spesialist i klinisk psykologi, rettspsykolog Kjell Hagen, Professor Dahls gate 18A, 0353 Oslo, **tlf. 907 39 376 / e-post kjehag@online.no.**

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

Sporene i kroppen etter traumer

– en 12 dagers etterutdanning om traumer med en kroppslig forståelses- og behandlingstilnærming, inkludert konkrete øvelser og mindfulness/ terapeutisk nærvær.

Introduksjonskurs: 20.–22. mars 2017.

Start etterutdanning: september 2017.

Sted: Kamaklinikken, Bærum.

Kursledere:

Psykolog/kropppsykoterapeut Veslemøy Merton og Fysioterapeut/kropppsykoterapeut Espen Andli.

Påmelding og informasjon: veslemoy.merton@gmail.no og www.kamaklinikken.com.

Kurset godkjent av Norsk psykologforening som fritt spesialkurs.

**Grunnutdanning i
EMDR**

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

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

E-LÆRINGSKURS I SELVMORDSRISIKOVURDERING

E-læringskurs for leger og psykologer i primærhelsetjenesten er tilgjengelig på www.selvmordsrisikovurdering.no

- Kurset styrker din kompetanse i å fange opp pasienter som har forhøyet risiko for selvmord.
- Du lærer hvordan du systematisk kan vurdere selvmordsrisiko og sette i gang behandlingstiltak.
- Det tar ca. 2 timer å gjennomføre kurset.

Kurset er utarbeidet av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging/UiO etter oppdrag fra Helsedirektoratet og er et ledd i Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading.

NSSF Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

Har du gått glipp av tidligere utgaver?
[se www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no)

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

For psykologer og leger igangsettes det våren 2017:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR I:

OSLO – seminarleder foreløpig ikke bestemt

2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR I:

OSLO – seminarleder Olaf Rørosgaard

2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR I:

STAVANGER – seminarleder Tormod Knutsen

NB! Dette seminaret blir arrangert fredag kveld og lørdag formiddag.

Innføringsseminaret gir en generell innføring i psykodynamisk teori, intervjuteknikk, psykodynamisk evaluering og terapi. Som ledd i utdannelsen kreves at kandidatene i hele seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasienter (voksne) under kvalifisert veiledning.

Det er ønskelig med minimum to års klinisk praksis fra psykisk helsevern før opptak.

- Innføringsseminaret omfatter 196 undervisningstimer over 4 semestre, organisert som dagsseminarer med 8 undervisningstimer hver gang, og spesialseminarer / fordypningsseminarer hver på 10 undervisningstimer som arrangeres fredag kveld og lørdag formiddag. Dagsseminarene foregår på faste ukedager, 11 pr. år, og spesialseminarer arrangeres 2 ganger i løpet av seminartiden.

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

- Videregående seminar omfatter 196 undervisningstimer over 4 semestre, organisert som dagsseminarer med 8 undervisningstimer hver gang og to spesialseminarer / fordypningsseminarer hver på 10 undervisningstimer som arrangeres fredag kveld og lørdag formiddag.
- Videregående seminar i Stavanger blir denne gangen arrangert fredag kveld og lørdag formiddag, fredager 16-20 og lørdager 9-13, dvs. 10 undervisningstimer pr. gang.

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

Vi oppfordrer søkere til å sette seg godt inn i utdanningens rammebetingelser. Fullstendig informasjon om utdanningens innhold finnes på Instituttets hjemmeside www.instpsyk.no. Der finnes også søknadsskjema.

Ny undervisningsplan. For seminarer med oppstart i 2017 gjelder ny undervisningsplan vedtatt av styret i 2016. I den nye undervisningsplanen er det 196 undervisningstimer på både innføringsseminar og videregående seminar, og på begge seminarene er det innført krav om skriftlig arbeid. Les planen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidatutdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

Seminaravgift er kr 11 000 pr. semester for begge seminarene, prisen kan endres i løpet av seminartiden.

Søknadsfrist: 10. november 2016.

Søknad sendes via hjemmesiden www.instpsyk.no

For nærmere informasjon:

telefon **22 58 17 70** eller e-post: sekr@instpsyk.no / und-leder@instpsyk.no



100 øre*
Drivstoffrabatt
på Esso

* 100 øre ved en pumpepris på 14 kr/l. Introduksjonsrabatt ut året – 90 øre fra 2017. Gjelder ESSO.

Akademikerkortet

Norges råeste drivstoffrabatt og mange andre fordeler

Hyggelig bonus på flere restauranter og nettbutikker. Reise- og avbestillingsforsikring med kjøpsforsikring. Tilgang til lounges verden over med Priority Pass. Ønsker du å prate med oss kan du ringe VIP-kundeservice på telefon 05550.

Det er lønnsomt å bruke Danske Bank og være medlem av Akademikerne.





IBUP arrangerer utdanning for leger og psykologer i
PSYKOANALYTISK PSYKOTERAPI
MED BARN OG UNGDOM
 Se www.ibup.no

Våren 2017 igangsettes følgende seminarer:

- 2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR I OSLO
- 2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR I BERGEN, i samarbeid med RKBU-Vest
- 1-årig SPEDBARNSOBSERVASJONSSEMINAR I OSLO

VIDEREGÅENDE SEMINAR:

Videregående seminar bygger på innføringsseminaret og gir en fordypning i psykoanalytisk psykoterapi med barn og ungdom.

OSLO: Påmeldingsfrist 15.12.16.

Oppstart 18.01.17

Seminarleder:

Psykologspesialist Turid Nicolaisen

BERGEN: Påmeldingsfrist 20.11.16.

Oppstart 19.01.17

Studieleder:

Psykologspesialist Eystein Våpenstad

SPEDBARNSOBSERVASJONSSEMINAR:

Seminar deltakeren følger et spedbarn fra fødselen og i minimum ett år, der man en time en gang i uken observerer spedbarnet hjemme i relasjon til sine nærmeste omsorgsgivere.

OSLO: Påmeldingsfrist 15.12.16.

Oppstart 18.01.17

Seminarleder: Psykologspesialist Lise Radøy og psykologspesialist Ingeborg Aarseth

Semesteravgift:

Innføring- og videregående seminar kr 8 000.
 Spedbarnsobservasjonsseminar kr 6 000.
 Det forutsettes medlemskap i IBUP kr 500 per år.
 For nærmere informasjon: www.ibup.no

Påmelding Oslo til seminar@ibup.no

Påmelding Bergen <http://uni.no/nb/uni-helse/videreutdanninger-ved-rkbu-vest/#psykoanalytisk>

Etterutdanning i
Neuroaffektiv psykoterapi
3x4 dager med oppstart 30. mars 2017

ved Marianne Bentzen

for mer informasjon om kurset gå inn på
www.kamaklinikken.com

NORSK FORENING FOR KLINISK EVIDENSBASERT HYPNOSE (NFKEH)
NYTT HYPNOSEKURS I OSLO
– VI GJENTAR SUKSESSEN

Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose (NFKEH) arrangerer innføringskurs i klinisk bruk av hypnose **26.–27. januar 2017** sentralt i Oslo. Du vil her få en grundig innføring i metoden og hvordan den kan bli brukt som en behandlingsramme for bl.a. stress, smerter, PTSD, angst, depresjon, odontofobi og mye mer. Kurset er godkjent for spesialitetene innenfor Norsk Legeforening, Norsk Tannlegeforening og Norsk psykologforening. Dr. Gunnar Rosén, spes. klin. psyk., Smertemedisinsk Institutt er kursansvarlig og koordinator, tlf. 900 39 441, e-post Gunnar@Hypnoseforeningen.no

Pris: To dager inkl. servering kr 4 400.
 Medlemmer av NFKEH får kr 400 i rabatt.

Kursavgift: Betales til konto 0540-0839567, v/kasserer NFKH Martin Malmstrøm, Åses vei 193, 1336 Sandvika.

Påmeldingsfrist: 19. desember. Meld deg på med navn, adr. og yrke til kurs@hypnoseforeningen.no

Våre dyktige foredragsholdere og instruktører sørger for et spennende kurs, som skal gjøre det mulig å bruke hypnotiske metoder innenfor ditt fagområde:

- Psykolog Hans Dahlseng
- Tannlege Arne Jacobsen
- Dr. Med. Stephan Karl Otto Rossner
- Psykolog Hans Christian Ramskov
- Dr. Gunnar Rosén, faglig ansvarlig

Detaljert program kommer. Følg oss på:
www.hypnoseforeningen.no

Følg Tidsskrift for
 Norsk psykologforening på

facebook

Møter du
mennesker
som har det
vanskelig?

Da kan din
kunnskap om
selvhjelp være
til stor nytte.

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

Selvorganisert selvhjelp tar utgangspunkt i mennesker som på egen hånd ønsker å gjøre noe med problemer de sliter med. For noen er 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



Scandinavian Centre of Awareness Training, www.scat.no
MINDFULNESS KURS – OSLO, VINTER 2017

**UTDANNING SOM INSTRUKTØR
 I MINDFULNESS TRENING**

(3 x 2 dager + daglig egen trening)

Godkjent av Norsk psykologforening med
 42 t. vedlikeholdsutdanning.

**Fredag og lørdag: 6.–7. januar,
 10.–11. februar, 24.–25. mars**

Læringsmål: fordypning i mindfulness for egen
 skyld og for å kunne formidle mindfulness som
 et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og
 andre mennesker i en vanskelig situasjon.

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

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

**INTRODUKSJONSKURS: «Oppnå mer
 med mindre stress med mindfulness trening.»**

Godkjent av Norsk psykologforening med
 14 t. vedlikeholdsutdanning.

Fredag og lørdag, 3.–4. oktober

Mindfulness trening: en selvutviklingsprosess
 gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle
 yrkesgrupper, spesielt psykologer.

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

**PTSD workshop med
 Professor Edna Foa i Oslo**

Professor Edna Foa er en verdensberømt
 autoritet indenfor behandling af PTSD.
 Behandlingen Prolonged Exposure er
 evidensbasert, og den kan behandle
 kompleks PTSD på 10–15 sessioner.
 Dette er en unik chance for at lære,
 hvordan man behandler PTSD hos klienter,
 som har været offer for incest, voldtægt,
 vold eller krigstraumer.

Sted: Oslo

Dato: 18.–21. april 2017

Pris: 10.000 DKK plus moms

Deadline 1.2.2017

Information: www.casper-aaen.com



**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



Bestillingsfrist for annonser til desember-utgaven er:
18. november



Personlighetspsykiatrikonferansen 2016 “Sanne som oss”

Dialog mellom brukere og eksperter om personlighetsforstyrrelser

- Brukererfaringer til personer som har fått diagnosen personlighetsforstyrrelse i helsevesenet og i offentligheten for øvrig
- Faginnlegg som gir et bilde av dagens kunnskapsnivå om personlighetsforstyrrelser

Tid: 1. og 2. desember 2016

Sted: Scandic Hotell St Olavs plass 1, Oslo

Pris: 2990kr inkl. lunsj og bevertning (søkt om godkjenning fra DNL og NPF)

Bindende Påmelding: www.personlighetspsykiatri.no

- www.personlighetspsykiatri.no -



Stipend – Psykologer i ledelse

Norsk psykologforening deler ut tre stipender til lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000.

Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere psykologer i ledelse.

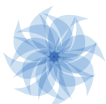
Stipend kan søkes for å dekke utgifter i forbindelse med lederutdanning/lederkvalifisering. Ett av stipendene kan gis til anvendt forskning / kunnskapsakkumulering om psykologer og ledelse.

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

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2017 en kort redegjørelse for hvordan pengene er benyttet.

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

Søknadsfrist 1. desember 2016.



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

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
12/16	1. desember	18. november
01/17	2. januar	15. desember
02/17	1. februar	17. januar

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

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

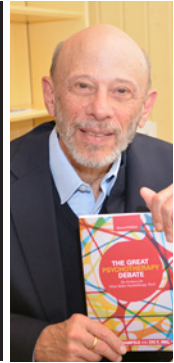


Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.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





Viken senter ligger i naturskjønne omgivelser i Bardu kommune i Troms fylke, med nærhet til byene Tromsø og Narvik, og med rike muligheter for rekreasjon og friluftsliv. Viken senter er en landsdekkende diakonal stiftelse som består av Klinikkenheten og Kurs- og veiledningsenheten. Klinikkenheten er en spesialisthelse-tjeneste innen psykisk helsevern med avtale med Helse Nord RHF.

Behandlingen retter seg mot ulike dimensjoner; det psykiske, fysiske, eksistensielle/åndelige og det sosiale. Gjennom tverrfaglige team jobber vi for å styrke menneskers mulighet til å mestre livets utfordringer. Klinikkenheten har 41 døgnbehandlingsplasser fordelt på Familieteamet, Traumeteamet, Eksistensielt team og Kognitivt team. Vi har et engasjert og kompetent personale bestående av totalt 56 medarbeidere.

Psykologspesialist

som gjennom engasjement og faglig stolthet ønsker å bidra i våre team

Det er viktig for oss at du vil arbeide med hele mennesket i fokus. Dine oppgaver vil inkludere direkte kontakt med pasientene gjennom behandling og utredning. Veilednings- og undervisningsoppgaver er du komfortabel med. Du ser viktigheten av en tverrfaglig tilnærming, har gode samarbeidsevner og er fleksibel.

Vi tilbyr:

- spennende faglige utfordringer
- en fremtidsrettet og vital kompetanseorganisasjon
- et dynamisk fagmiljø hvor helhetlig tenkning er utgangspunktet for vårt virke

Midlertidig ansettelse av psykolog kan bli vurdert.

Les mer og se film om Viken senter på www.vikensenter.no

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til

personalleder Gro Eggenheim på tlf. 952 12 478 eller klinikkleder Grete Furu på tlf. 951 22 361.

Søknad, CV og minst 2 referanser sendes elektronisk **Jobbnorge-ID: 130180. Søknadsfrist: 13.11.2016**



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Midt-Norge

Barne-, ungdoms- og familieetaten ved Nasjonalt inntaksteam (NIT) søker

Psykolog/ psykologspesialist (fast 100 %)

Arbeidssted kan være i alle Bufetats regioner.

Arbeidsoppgaver/ansvarsområder innebærer bl.a.:

- Saksbehandling av søknader om institusjonsplass i henhold til bvl §§ 4-24 og 4-26
- Kartlegge med bruk av YLS/CMI for vurdering av målgruppe
- Gjøre resultatmålinger med YLS/CMI ved avslutning av institusjonsoppholdet
- Delta i møter med samarbeidspartnere, institusjoner ved behov
- Holde seg oppdatert på aktuelle ansvarsområder i henhold til lov, forskrift m.m.
- Bidra til god kontakt og samhandling med relevante samarbeidsaktører

Medarbeidere i NIT skal ha arbeidssted på lokal Bufetat-enhet, men må være innstilt på noe reiseaktivitet og på å delta på jevnlig samlinger i Trondheim.

Kontaktperson: Leder for NIT, Kate Irene Hansson, tlf. 466 17 743.

Søknadsfrist: 18.11.2016

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

UiO : Universitetet i Oslo

Universitetet i Oslo er Norges eldste og høyest rangerte forsknings- og undervisningsinstitusjon med 28 000 studenter og 7 000 ansatte. Faglig bredde og internasjonalt anerkjente forskningsmiljøer gjør UiO til en viktig samfunnsaktør.

Professor/førsteamanuensis i medisinske atferdsfag

Universitetet i Oslo Institutt for medisinske basalfag (IMB)

Ref. nr.: 2016/11483

Stillingen er ved Avdelingen for medisinsk atferdsvitenskap, et tverrfaglig forskningsmiljø mellom medisin, psykologi og samfunnsvitenskap. Du må være psykolog, ha forskningserfaring innen en eller flere av følgende områder: psykologiske aspekter ved somatisk sykdom; helse og kommunikasjon; profesjonsforskning, og bør ha forskningserfaring med klinisk kommunikasjon da ledelse av denne forskningsgruppen er tiltenkt stillingen.

Søknadsfrist: 30 november 2016



For fullstendig utlysningstekst, se www.uio.no/om/job/ledige-stillinger/

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

Seksjon 1 Krise- og Kortidsseksjonen i Poliklinikk

Nidaros Distriktpsykiatriske Senter (DPS)

Psykologspesialist/ psykolog

- 100 % fast stilling
- 50 % fast stilling

Arbeidsoppgaver bl.a.

- Målrettet samarbeid internt med våre samarbeidspartnere
- Bidra faglig gjennom veiledning, undervisning og teamarbeid (psykologspesialist er tillagt veiledningsansvar for psykologer under spesialisering)

Kontaktinfo: Elin Ulleberg, seksjonssjef, tlf. 934 27 084
elin.ulleberg@stolav.no

Søknadsfrist: 15. november 2016

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselegere!

 **ST. OLAVS HOSPITAL**

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

Psykologspesialist/ psykolog

- Fast 100 % stilling ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Tromsø og omland

Stillingen er lagt til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk for Tromsø og omland som gir et poliklinisk tilbud (dagtilbud) til barn og ungdom mellom 0-18 år og deres foreldre/familier.

Psykologen skal gi et tilbud innen psykisk helsevern til hørselshemmede, døve og døvblinde barn og unge i hele regionen, Nordland, Troms og Finnmark.

Arbeidet vil bestå av utredning og behandling av barn, unge, deres familier og nettverk.

Nærmere opplysninger:

Seksjonsleder Lene Danielsen, tlf. 77 75 57 39, eller psykologspesialist Yngvild Arnesen, tlf. 77 75 57 97.

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/job

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

 **UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE** | 
DAVV-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker, og underviser pasienter og pårørende.

Kristiansand

Psykologspesialist - Psykiatrisk sykehusavdeling

- 100 % st. fast som psykologspesialist
- 100 % st. vikariat som psykologspesialist vikariat t.o.m. 31.12.2017 med mulighet for fast ansettelse.

Arbeidsoppgaver bl.a.

- Utredning, diagnostikk og behandling.

Kontaktinfo: Edgar Sundbø, seksjonsleder, tlf. 906 48 944
Tarjei Sanden, seksjonsleder, tlf. 992 75 624

Søknadsfrist: 13. november 2016

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/job

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

 **SØRLANDET SYKEHUS**

Ønsker du å bidra i eit distriktpsykiatrisk senter i vekst?

Øyane DPS har ledig fast stilling som Psykologspesialist eller psykolog

Øyane DPS betener kommunane Fjell, Sund, Øygarden og Askøy. Området har hatt sterk befolkningsvekst og er i ein unik posisjon ved at DPS-tilbodet fortsatt veks og styrkast. Poliklinikken er i gang med å etablere eit team for MBT under rettleiing av psykiater Sigmund Karterud som har lang erfaring og spesialkompetanse innanfor dette feltet. MBT behandling gis individuelt og i gruppe. Det er moglegheit for å bli ein del av dette teamet. I 2016 vil Øyane DPS få opplæring i utgreiing og behandling av traumer i regi av RVTS.

Vi ønsker oss fleire engasjerte og fagleg sterke medarbeidarar som kan bidra i utviklinga av Øyane DPS og vi vil ha kontakt med deg som har noko du brenn for i utgreiing og behandling av psykiske lidningar. Den ledige stillinga er for tida lagt til poliklinikken.

Kontakt: Avdelingsleiar Anne Seim Grønningsæter på telefon 56326600

Referansnr.: 3227094003

Søknadsfrist: 20.11.2016

Bjergvin DPS har ledig to faste stillingar som Psykologspesialist/Psykolog

Bjergvin DPS er ein fagleg sjølvstendig klinikk i Divisjon Psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus. Senteret har ansvar for dei distriktpsykiatriske spesialisttenestene til bydelane Åsane og Arna i Bergen kommune, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland med til saman 76 000 vaksne over 18 år. Samarbeid med sjukehus, kommune og brukarorganisasjonar er høgt prioritert.

Bjergvin DPS er eit moderne og veldrevet lokalsjukehus med poliklinikk, ambulant verksemd, dag- og døgntilbod under felles fagleg leiing. Hovudbasen ligg på Tertnes i Åsane, men har i tillegg ein avdeling i Nordhordland. Til saman er det 158 årsverk og budsjett for 2016 er 127 millionar kroner.

Kontakt: Seksjonsleiar Rune Løvold eller Klinikkdirtør Fredrik Hiis Bergh på telefon 55 95 70 00

Referansnr.: 3225030303

Søknadsfrist: 15.11.2016



HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus

For meir info og søk stilling: www.helse-bergen.no/jobb

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Familieenheten i SANKS

Psykolog

Ved Familieenheten i Karasjok er det ledig 5 årig utdanningsstilling/spesialisering for psykolog med tiltredelse snarest.

Familieenheten er en del av Samisk Nasjonalt kompetansesenter (SANKS). Enheten tilbyr 4 ukers behandlingsopphold for familier med barn og ungdom opp til 18 år. Vi har 6 fagstillinger som er organisert i to team, og samarbeider nært med spesialpedagogene som er tilsatt på en egen skole knyttet til SANKS.

Kontaktinfo: Enhetsleder Tove Kr Laiti, 415 43 375.

Søknadsfrist: 13. november 2016

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

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

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

franz.no



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKUBUOHCEVISSU



Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

PUT/TSB Karasjok

Psykologspesialist /psykolog

- Samisk nasjonalt kompetansesenter - SANKS

Ved PUT/TSB Karasjok, er det ledig en 100 % fast stilling som psykologspesialist/psykolog med tiltredelse snarest etter avtale.

Kontaktinfo: May Helen Schanche, enhetsleder, tlf. 905 31 560.

Søknadsfrist: 13. november 2016

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

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

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

franz.no



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKUBUOHCEVISSU





Er du vår nye psykolog/konsulent?

På grunn av stor vekst i Norge søker vi nå etter nye konsulenter.

cut-e er Norges største leverandør av arbeidspsykologiske tester, og et av de fremste fagmiljøene innenfor rekruttering og kartlegging av menneskelige egenskaper. Hver dag hjelper vi mange av landets største og mest spennende organisasjoner med å heve kvaliteten på rekrutterings- og lederutviklingsprosesser. Som konsulent hos oss blir du en del av et kompetent, nyskapende og internasjonalt psykologmiljø. Stillingen gir stor frihet til å forme arbeidsdagen din og prosjektene du er en del av.



Søknadsfrist 21. november

Se full utlysning på: www.cut-e.no/about-us/jobs-world-wide/

Kontaktperson: Tone Reinhardsen, tlf: 97 62 40 15, e-post: tone.reinhardsen@cut-e.no

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

Spesialisthelsetjenesten, Kristiansund

100 % hjemmel i klinisk psykologi

Arbeidssted: Kristiansund. Vi har ledig 100 % fast stilling.
Referansenr.: 3023186008

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

Søknadsfrist: 22. november 2016

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

frantz.no

HELSE ●●● MIDT-NORGE

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

Trondheim-Helse Midt-Norge RHF

Avtalespesialisthjemler i klinisk psykologi

• 3 x 100 % fast stilling

Arbeidsoppgaver bl.a.

• Avtalespesialisten skal ha nært samarbeid med lokale HF om oppgavefordeling og ventelister.

Kontaktinfo: Karin Bostad, rådgiver, tlf. 412 14 382
karin.bostad@helse-midt.no eller
Arnt Egil Hasfjord, rådgiver, tlf. 413 22 145
arnt.egil.hasfjord@helse-midt.no

Søknadsfrist: 28. november 2016

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

frantz.no

HELSE ●●● MIDT-NORGE



Sykehuset Innlandet HF's oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vi har virksomhet på mer enn 40 ulike steder i Hedmark og Oppland innen somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg og prehospitaltjenester. Som ett av landets største helseforetak med 8500 ansatte og et stort antall faggrupper, har vi Innlandets største kompetansmiljø.

Divisjon Psykisk helsevern er den største divisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fem distriktpsikiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling. Divisjonen har totalt 325 senger.

Vi trenger din kompetanse

Psykologspesialist - 100 % fast stilling

Distriktpsikiatrisk senter Lillehammer, Poliklinikk Lillehammer.

Vi ønsker oss søkere med kompetanse innen tverrfaglig, spesialisert rusbehandling. (Ref.nr. 3225095834)

Kontaktpersoner:

Enhetsleder Anne Mari Skotte, tlf. 61 27 26 81 eller psykologfaglig rådgiver Mari Sletten, tlf. 61 27 26 72.

Søknadsfrist: 10. november 2016

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



frantiz.no



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!

Divisjon Psykisk helsevern er den største divisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fem distriktpsikiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling. Divisjonen har totalt 325 senger.

Vi trenger din kompetanse

Divisjon Psykisk helsevern - Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling

Psykolog

100% fast stilling, 50% klinisk /50% PhD stipendiat (Ref.nr. 3208641842)

Kontakt: Alf Skar, tlf. 61 14 73 45/970 63 266, Irja Børsting, tlf. 61 14 73 45/905 48 007, Elisabeth Haug, tlf. 957 81 487 eller Merete Gløkke Øie, tlf. 408 89 007.

Søknadsfrist: 15. november 2016

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



frantiz.no



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!

Divisjon Psykisk helsevern er den største divisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fem distriktpsikiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling. Divisjonen har totalt 325 senger.

Vi trenger din kompetanse

Divisjon Psykisk helsevern Distriktpsikiatrisk senter Gjøvik, Poliklinikk Valdres

Psykologspesialist/psykolog

100 % fast stilling. (Ref.nr. 3221007847)

Kontakt: Laila Olsen, tlf. 61 11 74 50 / 974 75 057

Søknadsfrist: 15. november 2016

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



frantiz.no



Sykehuset Innlandet HF's oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vi har virksomhet på mer enn 40 ulike steder i Hedmark og Oppland innen somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg og prehospitaltjenester. Som ett av landets største helseforetak med 8500 ansatte og et stort antall faggrupper, har vi Innlandets største kompetansmiljø.

Divisjon Psykisk helsevern er den største divisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fem distriktpsikiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling. Divisjonen har totalt 325 senger.

Vi trenger din kompetanse

Psykolog - 100 % fast stilling

Distriktpsikiatrisk senter Lillehammer, Poliklinikk Lillehammer.

Vi har hovedansvaret for de allmennpsykiatriske spesialhelsetjenestene i området rundt Lillehammer og i Gudbrandsdalen. (Ref.nr. 3225054321)

Kontaktpersoner: Enhetsleder Anne Mari Skotte, tlf. 61 27 26 81 eller psykologfaglig rådgiver Mari Sletten, tlf. 61 27 26 72.

Søknadsfrist: 10. november 2016

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



frantiz.no


SYKEHUSET ØSTFOLD


Vi søker:

Psykologspesialist - ACT-team Mosseregionen og Indre Østfold

- 100 % fast stilling ledig fra 01.02.2017

Kontaktinfo: Seksjonsleder Ida Marie Mørk Snopestad, tlf. 950 42 307, eller avdelingssjef Ingmar Clausen, tlf. 934 81 034.

Søknadsfrist: 30. november 2016

Fullstendig utlysningstekst og mer informasjon finner du på www.sykehuset-ostfold.no/jobb

Ref.nr. 3227113595



frantz.no


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!

Distriktpsikiatriske senter Tynset har et opptaksområde på ca. 15000 innbyggere. Vi har to behandlingssenheter, døgnet og voksenpsikiatriske poliklinikk med Akutteam og integrert TSB/LAR team.

Er du klar for å ta et viktig valg? Søk jobb i Fjellregionen Hedmark.

DPS Tynset Poliklinikk

Psykologspesialist/ psykolog - 100 % fast fra 15.02.17

Ref.nr. 3220260205

Kontakt: Nina Bekken, psykologfaglig rådgiver, tlf. 62 48 30 80 eller Ingunn Grutle, enhetsleder, tlf. 62 48 30 80 / 905 67 994

Søknadsfrist: 16. november 2016

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

HELSE  SØR-ØST

frantz.no

Blå Kors Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningscenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest HF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten. Institusjonen eies av Blå Kors Norge.

Vi er i vekst og har økt kapasiteten på både døgnbaserte, polikliniske og ambulante tjenester; - herunder en helt ny familieavdeling, et utvidet døgnbasert tilbud til gravide og dagklinikk.

Hjemmeside: www.haugaland-asenter.no

Blå Kors Haugaland A-senter søker til sitt behandlingsteam:

+ PSYKOLOG/PSYKOLOGSPESIALIST

De kliniske tjenestene er organisert i tre hovedfunksjonsområder: Poliklinisk seksjon med ambulante tjenester, døgnseksjoner og dagklinikk. Det er i tillegg et eget poliklinisk tilbud til spilleavhengige.

Den utlyste stillingen inngår i et behandler-team som består av 7 psykologspesialister, 3 psykologer, psykiater, lege og 3 fagkonsulenter. Teamet ivaretar samtlige polikliniske behandlingsoppgaver. I tillegg gjør hensynet til kontinuitet at behandlerne i behandler-teamet også følger den enkelte pasient i hele behandlingsforløpet ved institusjonen; - dvs. både i polikliniske og døgnbaserte sekvenser.

De kliniske problemstillingene er varierte og dekker et bredt spekter av behandlingsmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg. Institusjonen har derfor et omfattende og bredspekret program for videre- og etterutdanning. Dette omfatter for tiden bla. et internt, meritterende videreutdanningsprogram i mentaliseringsbasert behandling og et systematisert opplegg i traumebehandling.

Vi har også et utstrakt samarbeid med det lokale helseforetaket. Dette omfatter felles behandlings- og tiltakskjeder, så vel som fortløpende gjensidig kompetanseutveksling.

Blå Kors Haugaland A-senter kan tilby et stabilt og godt tverrfaglig arbeidsmiljø.

Personlig egnethet og evne til samarbeid tillegges betydelig vekt.

For nærmere opplysninger kan du kontakte:

Klinikkjef Geir Henrik Iversen tlf. 52 73 30 00.

Søknadsfrist: 20.11.2016

For mer informasjon og elektronisk søknadsskjema se:

www.blakors.no eller

www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter



Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.

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 Lindøe
birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

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

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

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

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

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1445 per år, bedriftsabonnement kr 2250, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

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

Frist for innlevering av annonser:
18.11, 15.12, 17.01, 15.02, 20.03, 18.04, 16.05,
19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

