

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSY KOL OGI

Vol. 54 nr. 8 2017

Helene vil dø

Fri assosiasjon

DEN LYKKELIGE SKILSMISSEN

*Reportasje, kunst,
kommentar,
fra praksis*

Behandling av konversjons- lidelser hos barn

Vitenskapelig artikkel

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-08



9 770332 647006
RETURUKE 36 150 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 54 **nr. 8** 2017

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

Fagredaktører Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,
tlf. 911 78 096 og Ida 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

Markedskordinator 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. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Den evige familie

MED UTGANGSPUNKT i Ida Christensens kunst- og bokprosjekt «Den lykkelige skilsmis- sen», forteller denne utgaven av Psykologtidsskriftet oss om barns opplevelse av foreldres samlivsbrudd. Prosjektet er en samlet protest fra oss «vanlige» skilsmissebarn, sier Christensen til Psykologtidsskriftet (se side 696), og fortsetter: — Skilsmis- sen er friskmeldt. Men hva vil det si at det går bra? Og går en skilsmisse noen gang over?

Det er den «helt greie skilsmis- sen» vi retter blikket mot. For den er ikke helt grei, noe intervjuene Trine Eikreim gjorde med voksne studenter, forteller om (se side 706). Selv om intervjuene i snitt skjedde 15 år etter foreldrenes skilsmisse, forteller alle at den fortsatt preger dem. I samme reportasje forteller forfatteren Monica Isakstuen at hun undres over at temaet delt bosted og barn som flytter frem og tilbake, nærmest er fraværende i norsk samtidslitteratur. Akkurat som Sissel Gran etterlyser «en åpenhjer- tig diskusjon om barn og unges situasjon, fristilt fra hensynet til de voksnes dårlige samvittighet» (Psykologtidsskriftet, desember 2014).

Vi er alle vitne til hvordan mennesker lever videre som familie også etter samlivsbruddet. I arbeidet med denne utgaven har vi derfor byg- get videre på Christensens prosjekt ved å høre med psykologer, lærere, politikere og foreldre om hva de tenker rundt noen av utsagnene

hun samlet inn (se side 770). Stemmer som gir støtte til barnet, men også utvider bildet og gjør det mer komplekst.

En av disse stemmene forteller at barn kan romantisere det fellesskapet som gikk tapt ved foreldrenes samlivsbrudd. Ikke noe galt i nostalgi, men den kan også låse oss i fortiden, sier den anonyme psykologen. Kanskje legger vi også for mye forklaringskraft til skilsmis- sen. For det er ikke bare i skilte familier det er vanskelig med foreldre – eller vanskelig å være foreldre. Familier kan være et krevende sted å vokse opp, skrev Finn Skårderud om Arild Nyquists portretter av seg selv som ung mann (Psykologtidsskriftet 10/2010). Så hvor annerle- des er det å vokse opp med skilte foreldre enn andre foreldre? Familien er vanskelig, familien er evig, og familier endres. Det er virkelighe- ten både for de som fortsetter som familie, og de som bryter opp.

«I wonder if the three of us would've been fri- ends in real life. Not as brothers, but as peo- ple», sier Jack, spilt av Jason Schwartzman, til sine to brødre i filmen *The Darjeeling Limited*. Ingen av dem synes å tro det. Kanskje er dette det viktigste med familier: Vi kan ikke logge av de vanskelige andre, men må stå der – på ett eller annet vis – sammen. Det er ikke sikkert det er den verste lærdommen vi kan ha med oss i livet. ✕

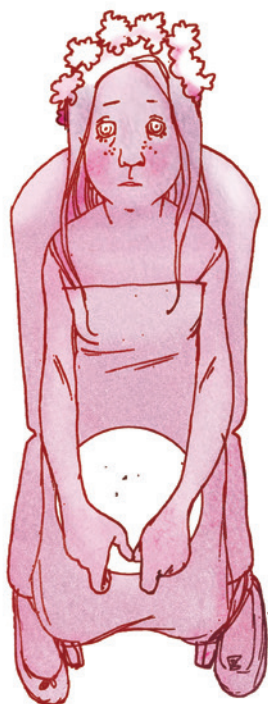


Bjørnar Olsen
Sjefredaktør
bjornar@
psykologtidsskriftet.no



Det er ikke bare i skilte familier det er vanskelig med foreldre – eller vanskelig å være foreldre

706



UBEHAGET I SKILSMISSEKULTUREN

- Det er først når jeg ser tilbake, at jeg forstår det var ensomhet, sier det voksne skilsmissebarnet «Silje».

En skilsmisse går aldri helt over.

Se også NÅ-intervjuet med grafisk designer Ida Christensen som gir stemmer til barna i den vanlige, vonde skilsmissen.

Reportasje

714

FOTO: JANI INGE HAGA
ILLUSTRASJON: SIRI DOKKEN



SOSIALARBEIDEREN

- Endringer er ikke så terapirom-fokuserte, som vi av narsissistiske grunner liker å tro, uttaler Peter Fonagy. Psykologtidsskriftet har møtt en av verdens fremste terapiforskere.

Intervju

745

Vi har erfart at gravide og småbarnsforeldre med alvorlig psykososial problematikk ville stått uten et tilbud dersom de ikke hadde fått kjennskap til Psykhjelpen

Fra praksis om Psykhjelpen for de minste i Tromsø



BARNES STEMME I MEKLING

Å finne mening er viktig for barn i en skilsmisseprosess. Modellen Barn i meklingsprosessen, skriver psykolog og mekler Birgit Johansen Skifjell.

Fra praksis

Innhold

- 693 **Den evige familie**
Leder | Bjørnar Olsen
- 696 **Et helt vanlig skilsmissebarn**
NÅ: Ida Christensen | Øystein Helmikstøl
- 698 **Det går aldri helt over**
Kommentar | Adriane Lilleskare Lunde
- 699 **Den lykkelige skilsmissen**
Tekst | Ida Christensen
- 706 **Ubehaget i skilsmissekulturen**
Reportasje | Nina Strand
- 714 **Tillit i teorien**
Intervju: Peter Fonagy | Ida Holth
- 720 **Støtter kritikken frå Holte**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 722 **Behandling av barn og unge med konversjonslidelser**
Vitenskapelig artikkel | Rusten et al.
- 732 **Delt bosted**
Forskningsnotiser | Holt & Sand Helland
- 734 **«Hva med meg, da?»**
Fra praksis | Birgit Johansen Skifjell
- 742 **Helene vil dø**
Fri assosiasjon | Tone Normann-Eide
- 745 **Psykhjelpen for de minste**
Fra praksis | Bohne & Arfwedson Wang
- 753 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Når mamma og pappa ikke lenger bor sammen (s. 754)
Debatt: Sykeliggjøring (s. 758), Vitenskapsteori (s. 761), Prestesaken (s. 763), Psykoseforskning (s. 764), Skjerming i psykisk helsevern (s. 765), Psykisk helse i skolen (s. 766)
- 768 **INNTRYKK**
Flerstemte funderinger (s. 768)
Et bakteppe som ikke tematiseres (s. 772)
Bokanmeldelse: Inspirerende om livsmestring (s. 775)
- 776 **Kurskalenderen**
- 777 **Annonser**
- 786 **Stillingsannonser**

ET HELT VANLIG SKILSMISSEBARN

Grafisk designer Ida Christensen gjør håndlaget opprør mot den lykkelige skilsmissen.



TEKST Øystein Helmikstøl

– Sjefredaktøren vår kom inn med en bok han mente vi burde se på. Det var en av dine håndlagede bøker, *Den lykkelige skilsmissen*. Ikke var den ny, heller. Hva er dette her?

– *Den lykkelige skilsmissen* var mitt bachelorprosjekt ved Kunsthøgskolen i Oslo, og var ferdig våren 2014. I prosjektet oppfordret jeg unge voksne skilsmissebarn til å dele sine opplevelser. Jeg kontaktet folk på skolen, venner og bekjente, og fikk inn til sammen 150 sitater fra rundt 40 personer.

– Boken fikk diplom i Grafills Visuelt-konkurranse, og juryen skrev blant annet dette: «En utrolig enkel og vakker bok om et stort tema, skilsmissebarn. En tekst, en bok og en post-it-lapp. Enklere og mer effektivt lar det seg ikke gjøre.» Hvorfor laget du den?

– Et samlivsbrudd er jo aldri lykkelig, selv om det kan være til det bedre. Det er underkommunisert, og jeg oppfatter at mange har et behov for å ufarliggjøre og alminneliggjøre skilsmisser. Det er blitt så vanlig at man kan tenke på det som uproblematisk. Prosjektet er en samlet protest fra oss «vanlige» skilsmissebarn. Jeg ville ha et skilsmisseopprør, en usensurert diskusjon om ungene.

SKILSMISSEOPPRØRER Grafisk designer Ida Christensen ønsket å løfte fram såkalte hverdagslige opplevelser ved vanlige, «lykkelige» skilsmisser. Foto: Wenche Hoel-Knai

– Men det går jo bra for de fleste av skilsmis-sebarna?

– Nettopp. Skilsmissen er friskmeldt. Men hva vil det si at det går bra? Og går en skilsmisse noen gang over?

– Er det den dysfunksjonelle familien du vil slå et slag for?

– Om en familie er dysfunksjonell eller ikke, har ikke nødvendigvis noe med skilsmissen i seg selv å gjøre. Jeg ønsket å slå et slag for barna. For barna er så innmari lojale, og de fleste vil sette seg selv til side for å skåne sine foreldre. Det blir en skjev balanse i relasjonen.

– Men denne debatten tok vel Morgenbladet seg av for noen år siden?

– Debatten varte ikke lenge. Den kommer ikke til å vare lenge denne gangen heller, om Psykologtidsskriftet i det hele tatt kommer til å få noe ut av dette. Debatten er for ubehagelig for så mange. Det ble en oppvekker for meg, og et direkte utgangspunkt for valg av tema til bachelorprosjektet mitt i 2014.

– Hva var oppvekkeren i debatten den gangen?

– I september 2013 skrev Sissel Gran et essay der hun sa: «Jeg kjenner at jeg lengter etter en usensurert diskusjon om ungene, fristilt fra hensynet til voksnes dårlige samvittighet.» I etterkant av Grans innlegg skrev en venn av meg, Hedda Søgner, på det tidspunktet psykologistudent, et innlegg der hun svarte på etterlysningen med en protest fra «generasjon skilsmisse». Hun skriver blant annet: «Ikke ødeleggende nok til at vi blir en del av statistik-kene, men nok til å prege, nok til å plage, ikke så mye, men litt.»

– Sissel Gran har skrevet forord i boken.

– Ja, og hun hjalp meg med å komme i kontakt med noen forlag.

– Og?

– Jeg var på møter med noen av dem. Ingen forlag har villet gi dette ut, så jeg har laget noen

Hvorfor NÅ?

- Ida Christensen (27) ble master i grafisk design & illustrasjon ved Kunsthøgskolen i Oslo i 2016.
- Den håndlagde boken *Den lykkelige skilsmissen* var hennes bachelorprosjekt. Ingen forlag har foreløpig ønsket å gi den ut.
- Psykologtidsskriftet publiserer i denne utgaven flere av tekstene i boken (se de neste sidene og inntrykk).

bøker for hånd. Noen få psykologer og andre har tatt kontakt for å kjøpe boken. I løpet av to omganger har jeg bundet inn i underkant av 30 bøker. Nå har jeg igjen om lag ti.

– Nå får du kanskje et par henvendelser til. Du må si mer om hvordan du samlet inn sitatene.

– Jeg var fra starten av prosjektet bestemt på at jeg ønsket å presentere minnene anonymt. Det skulle være en samling subjektive opplevelser som skulle få en universell appell. Det skulle være lavterskel og trygt. På den måten opplevde jeg det også enklere å få folk til å åpne seg. Ved å legge til rette noen enkle føringer, blant annet bruke «Jeg husker...», ble det overkommelig for folk å bidra.

– Hva har du retusjert bort?

– De fleste sitatene kom til meg i den formen de er presentert i boken. Noen har jeg kortet ned, blant annet for at man skal komme rett til poenget, men også for å anonymisere og av hensyn til dem som blir omtalt. Enkelte steder har jeg for eksempel fjernet ord som definerer om det er mor eller far, fordi jeg mente det er bedre at sitatet omfatter dem begge, uavhengig av kjønn. Veldig mange av sitatene jeg fikk tilsendt, var overraskende like, og på den måten ble ett enkelt minne mer universelt.

Jeg har utelatt de aller verste minnene, fra tydelige høykonflikts-skilsmisser. Av den grunn at veldig mange er enige om at det er galt, og burde tas tak i. Prosjektet skulle løfte fram hverdagslige opplevelser ved vanlige, lykkelige skilsmisser. Såkalte.

Det var viktig for meg også å få med humoren. En skilsmisse gjør vondt for de fleste involverte, men det oppstår også nye, uvante situasjoner man må lære seg å håndtere. Det kan skape både komikk og frustrasjon. «Jeg husker vi ikke turte å fortelle pappa at vi allerede hadde sett den samme filmen på kino med mamma», skrev en. Situasjonen som beskrives er komisk, men samtidig veldig sår. Jeg synes det oppsummerer lojalitetskonflikten på en herlig måte. ✖

Det går aldri helt over

Ida Christensens anonyme tekster om foreldres skilsmisse uttrykker en sårhet, et sinne, og en tidvis lammende tomhet som fortsatt kommer og går i mitt voksne liv.



TEKST

Adriane
Lilleskare Lunde,
psykologstudent ved
UiO

I 2014 BA IDA CHRISTENSEN en rekke unge voksne om å beskrive små episoder og tanker fra foreldrenes ekteskapsbrudd. Disse minnene, 140 anonyme sitater om endringer, oppløsning, en ny hverdag og savn, ble deretter samlet sammen i en kunstbok. Da jeg leste dem, oppstod en umiddelbar nærhet til mye av det som ble beskrevet. De beveget meg og traff noe i meg. Sitatene speilet en sårhet, et sinne, en tidvis lammende tomhet som fortsatt kommer og går i mitt voksne liv.

Ved hjelp av trender og tall reduseres skilsmisse lett til et trivielt fenomen. Pappa viste meg en oversikt den gangen mine foreldre skilte seg for over femten år siden. Grafene viste hvor mange par som gikk fra hverandre. Pappa påpekte at tallene var stigende, og fenomenet var i ferd med å bli normalisert: «Om noen år vil sannsynligvis halvparten av klassen din også ha skilte foreldre.» Trivialisering gjorde det ufarlig. Hvem sørger over det alminnelige?

I Leo Tolstojs store samtidsroman *Anna Karenina* (1878) åpnes verket med den kjente setningen: «Alle lykkelige familier ligner hverandre, hver ulykkelige familie er ulykkelig på sin egen måte.» Men i vårt tilfelle, og sannsynligvis i mange andres, stemmer jo ikke dette. Det unike i skilsmissen overkjøres av hverdagsliggjøring i språket og måten vi snakker om den på. Statistikken demper og dekker over subjektive opplevelsesverdener. Slik blir forskjellige perspektiver og individuelle opplevelser redusert til noe felles, uten rom for alle de særegne nyansene av tristhet og sinne.

Vår familie slik vi kjente den, var blitt oppløst i løpet av en samtale i stuen. Huset ble raskt solgt, lekene og omsorgen fordelt. Tilbake lå en

undring over hva som nettopp var skjedd. Episoder, dialoger, hendelser ble spilt i reprise og sakte gått igjennom på nytt. Hva er beveggrunnene for å oppløse en familie? Når røk det jeg trodde var et slitesterkt bånd mellom mamma og pappa? Hadde relasjonen vært skjør lenge, eller var det en plutselig og uforutsett innsikt som splittet de to?

Den nye hverdagen gjorde at jeg og lillesøster tidvis følte oss som en organisatorisk utfordring, gjester det måtte planlegges rundt og tas hensyn til. Vi var dem som kom inn i et hjem og brøt litt opp, et fremmedelement man plutselig måtte innordne seg etter. Bagene og rutinene våre måtte annenhver uke søke innpass i et liv som allerede pulserte i gitte mønstre og baner. Etter noen dager dro vi igjen.

I mange år reiste vi slik, i livlig pendlertrafikk mellom to hjem. På denne ferden mellom to stasjoner ble vi sendebud – diplomatiske balansekunstnere – etter hvert små mestere i å fordele oppmerksomhet, lette informasjon og å vekke forventninger. Når de voksne ikke ville snakke sammen, så måtte vi. Mye ressurser gikk med på å unngå at de to skulle møtes. Vi lærte å kreve litt mindre, hjelpe litt mer. Raskt vokste vår selvstendighet og uavhengighet forbi den til mange av våre venner.

For skilsmissebarn er dette ofte realiteten. Man gjør mye for å minimere kriser, for å glatte overganger og sikre flyt. Jeg har av og til tenkt over hva det gjør med et slikt barn å stadig måtte sette sine egne emosjonelle behov til side, kanskje oftere enn det andre jevnaldrende må. Hvor får ens egne følelser plass? Når går omsorgen for foreldre på bekostning av egen selvhevdelse? Hvordan vil kommende

relasjoner preges av det man har opplevd? For ikke å snakke om hvordan man en gang vil håndtere konflikter og motstand?

Hvorvidt en skilsmisse har slike gjennomgripende utviklingsmessige konsekvenser, vet jeg ikke. Sannsynligvis er variasjonene store. Likevel opplever nok de fleste at den aldri helt går over. En skilsmisse blir ikke ferdig, den tar stadig nye former og kommer til uttrykk i ulike livssituasjoner. I gitte faser forverres den, siden dempes den, lenge ligger den brakk, så dukker det opp nye solidaritetsreaksjoner, og det hele bringes til overflaten igjen. Slik er den alltid en del av oss. Uløselig har den vevd seg inn i livet og utgjør en viktig bit av vår identitet.

På hvilken måte den utgjør en del av oss, er likevel formbart. I oss pågår en løpende forhandlingsprosess om hvilken historie vi skal fortelle oss selv. For en samlende enighet om og i vår familie finnes ikke lenger. Det som en gang var vårt felles narrativ, er splittet og delt mellom flere parter.

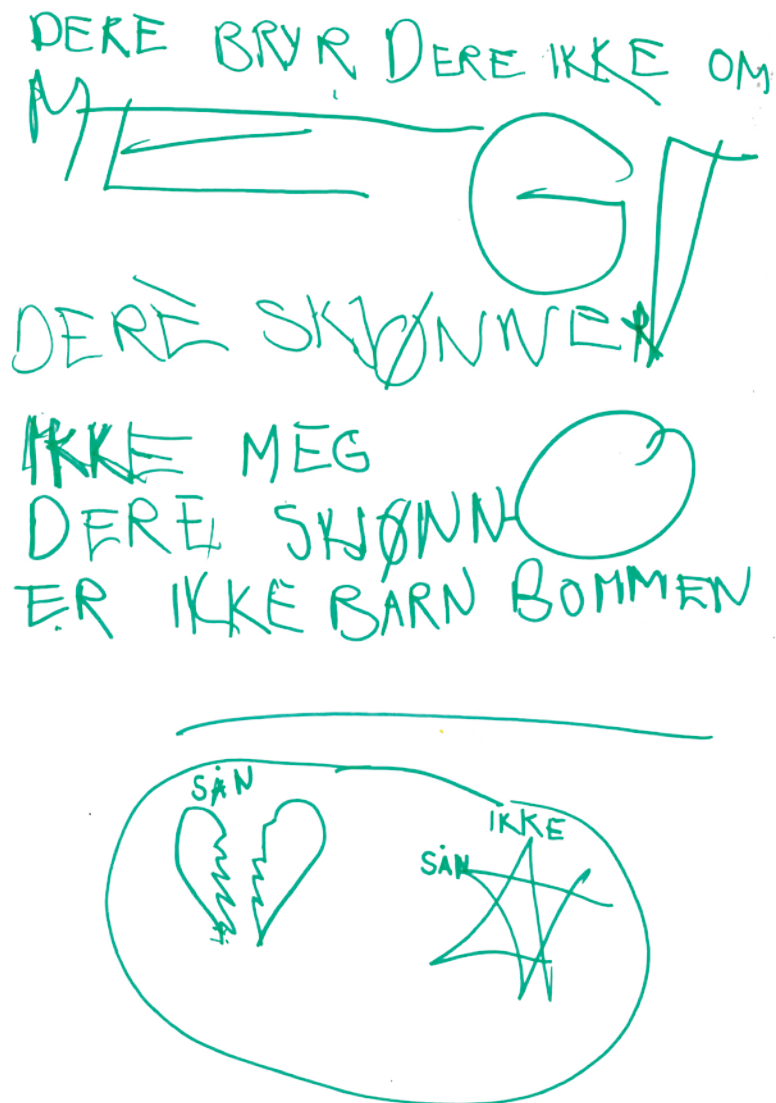
Men i det at språket vårt må finnes opp på nytt, ligger også en gylden mulighet for agens. Hvilke nøkkelhistorier skal legges til grunn og gis varig liv? I sitatene Christensen samlet inn, er den tematiske og affektive variasjonen fra barna stor. Mens noen av erfaringene inneholder elementer av overlevelse, kamp og til og med personlig vekst, preges andre av skyld, tap og ensomhet.

Ved å nettopp uttrykke disse erfaringene, skyve dem ut i verden og konseptualisere dem, kan man omarbeide sitt forhold til dem. Til en viss grad kan man også velge hvilke av episodene som skal forgå, og hvilke som skal bestå. En hendelse blir ikke meningsbærende før den tas inn i en forståelse og ilegges verdi. Klarer man å holde fast i denne aktive bevisstgjøringen av sin egen fortid, åpnes det også en mulighet for å skape sammenheng og innsikt – man inntar nye posisjoner overfor det som har skjedd.

I vårt tilfelle, for min lillesøster og meg, gjelder dette å ta et steg ut fra det omsluttede, å slippe tak i den dumpe følelsen av tap, den litt diffuse og passive sorgen over en barndom som ble annerledes enn vi kanskje skulle ønske. For som Gullestad og Killingmo skriver i *Underteksten* (2013): «Bare ved å godta det som ikke er mulig, kan det som *er* mulig, bli mulig.» ✕

Den lykkelige skilsmissen

Utdrag fra et kunstprosjekt
av Ida Christensen



TIL MAMMA OG PAPPA Ida Christensen var rundt 7 år da hun lagde denne tegningen.

Ida Christensens prosjekt

I 1975 lot den amerikanske skribenten og kunstneren Joe Brainard korte og flyktige bilder fra sitt liv fylle sidene i det som skulle bli hans selvbiografi. Nesten 40 år senere inspirerte dette kunststudenten Ida Christensen til å sette sammen liknende løsrevne minner til en bok om det å være skilsmissebarn. Men i hennes samling av brokker ble det personlige og kollektive vevd sammen ved at hun kom i kontakt med over hundre gutter og jenter i sitt avgangsprosjekt ved Kunst-

høgskolen i Oslo. Alle disse personene bidro til prosjektet med å skrive ned én episode de husket fra foreldrenes samlivsbrudd. På samme måte som Brainard lot hun alle utsagnene begynne med ordene «Jeg husker»/ «I remember». Slik samlet prosjektet bruddstykker fra enkeltmenneskers oppvekst, men ga også stemme til en hel gruppe – en gruppe som kanskje ikke alltid når fram til oss. Noen av tekstene fra kunstprosjektet kan du lese på de neste sidene.

Adriane Lilleskare Lunde og Psykologtidsskriftet

«Jeg husker at pappa fikk det til å se ut som han holdt rundt mamma på bryllupsbildene til søsteren min, men jeg så at armen hans ikke var nær henne.»

«Jeg husker at den ubetingede kjærligheten man har til begge sine foreldre, brått ble betinget og måtte forsvares.»

«Jeg husker at det ikke lenger var 'vårt' og 'mitt' hjem, men mammas og pappas hjem.»

«Jeg husker at jeg ikke turte å komme uanmeldt.»

«Jeg husker at det ikke lenger var en selvfølge at jeg var der.»

«Jeg husker at mamma og pappa ikke kunne være i samme rom. På avslutningen min på barneskolen stod de i hvert sitt hjørne av gymsalen.»

«Jeg husker hvordan pappa ikke lenger fikk komme til huset vårt. Han fikk ikke lov å parkere i oppkjørselen, så da han hentet meg om morgenen for å kjøre meg til skolen var vi nødt til å møtes i et kryss hundre meter unna huset.»

«Jeg husker at jeg ikke fikk ha favorittkosedyret mitt hos pappa fordi jeg hadde fått det av mamma.»

«Jeg husker at jeg var redd for at mamma og pappa skulle møte hverandre da de hentet og leverte oss hos hverandre, fordi jeg syntes det var så rart å se dem sammen.»

«Jeg husker at jeg tenkte mye på å bli tolv år, så jeg kunne bestemme hvor jeg ville bo. Og at jeg ikke turte å si noe da jeg endelig ble tolv.»

«Jeg husker at jeg valgte å flytte hjemmefra da jeg var 16 år for å slippe alt maset om hvor jeg ville bo mest.»

«Jeg husker at mamma sa at hun savnet meg mens jeg og broren min var hos pappa, og at jeg var redd for at hun var ensom.»

«Jeg husker at jeg ikke kunne si noe positivt om mamma og hva hun hadde gjort, uten at pappa ble såret.»

«Jeg husker at jeg alltid hadde skyldfølelse for mamma da jeg var hos pappa.»

«Jeg husker at jeg gruet meg til jul og 17. mai, fordi da kranget de om hvem jeg skulle feire sammen med.»

«Jeg husker at uansett hvor jeg var, følte det feil.»

«Jeg husker at vi var på sommerhuset. Mamma og pappa hadde lagd en ekstra god lunsj til oss som vi spiste ute i solen. Etter at vi var ferdige med å spise, sa de at de skulle skilles. Det var siste gangen mamma var med til sommerhuset.»

«Jeg husker ikke hva som skjedde rett etterpå.»

REPORTASJE

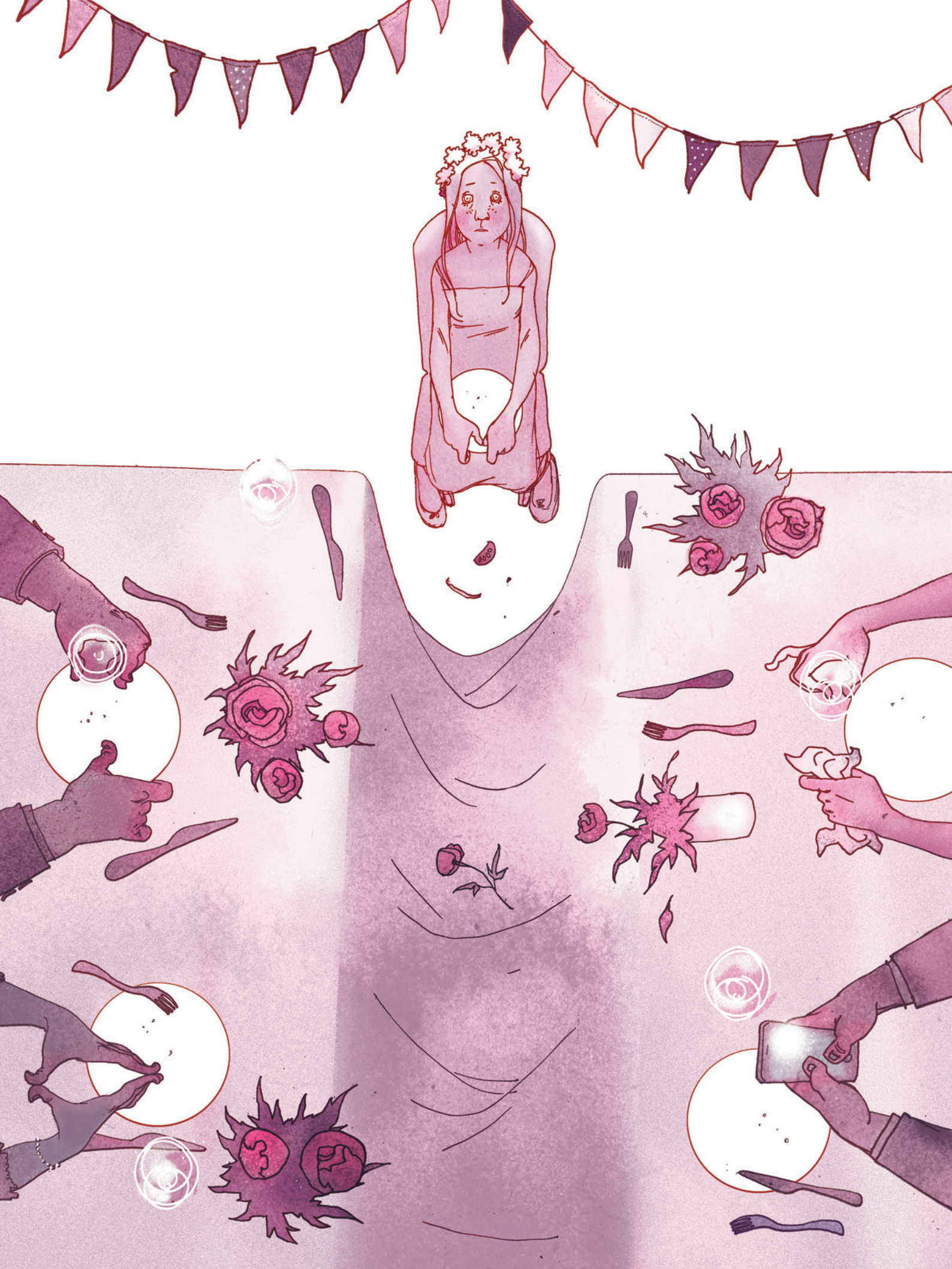
Ubehaget i skilsmisse- kulturen

Det er den samtalen vi ikke orker å ta. Om den helt greie skilsmissen og de helt greie barna som ikke tør si hva foreldrenes samlivsbrudd kostet dem. >>

TEKST Nina Strand

ILLUSTRASJONER Siri Dokken

SAMMEN ALENE | pappas nye flokk har ikke hun noen plass. Hun har ingen trygg havn lenger. Verden har rast sammen.



«Silje» sitter mellom mamma og pappa ved den ene enden av det pyntede langbordet.¹ Aller nederst, langt unna henne, sitter pappas samboer og mammas kjæreste. Heldigvis, tenker hun. For de kunstferdige blomsteroppsatsene og stolrekkene med beste-foreldre, tanter, onkler og familievenner føles som levende buffere mellom henne og steforeldrene nederst ved bordet. Det er konfirmasjonen hennes. En dag hun har sett fram mot med blandede følelser, for etter at foreldrene skilte seg, er ikke familiefeiringer like hyggelige som før. Og den dårlige stemningen hadde begynt allerede i forberedelsene til feiringen. Foreldrene ønsket å inkludere sine nye partnere, og arrangerte «familiemøte» der oppgaver skulle fordeles. Men den velmente ideen om samarbeidsånd fikk raskt hard medfart. Det var en eksplosiv atmosfære mellom de voksne, med munnhuggeri og krancling om detaljer. Silje ønsket seg bare vekk.

Men nå hadde både pappa og mamma reist seg etter tur og holdt tale for konfirmanten. Silje lyttet glad og stolt på foreldrenes ord til henne, og merket kjærligheten som lå i deres beskrivelser av fine minner fra oppveksten hennes. Pappa kalte henne sin lille prinsesse, slik han alltid hadde gjort. Det gjorde godt. Akkurat da følte hun seg unik og elsket.

Men etter at taler og allsang er unnagjort, får foreldrene tilbake det litt plagede ansiktsuttrykket. Hun ser godt at de begge unngår å møte blikket til den andre. Samtalen mellom gjestene går litt tregt, det er en trykket stemning, føler hun. Silje kikker på pappa ved siden av seg. Før hadde det vært pappa og Silje. Alltid. Pappa var hennes aller nærmeste støtte og venn, hennes fortrolige samtalepartner. Nå er hun ikke lenger pappas prinsesse. Pappa har laget seg en ny familie. Giftet seg og fått baby. Når hun er hos ham, føler hun seg stort sett i veien. Det virker ikke som kona til pappa liker henne, men heller ser henne mest som et nødvendig onde. I pappas nye flokk har ikke hun noen plass. Hun har ingen trygg havn lenger. Verden har rast sammen.

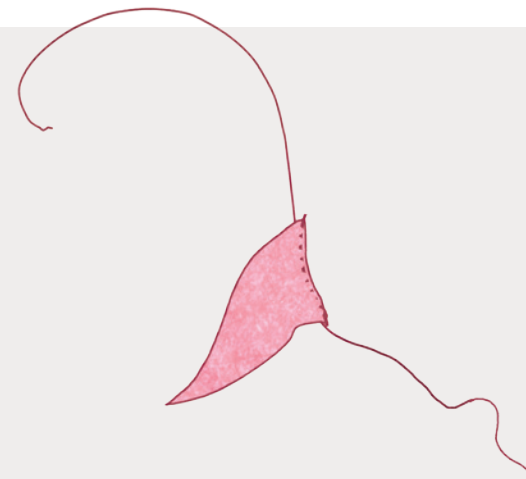
GÅR DET BRA?

I 2017 er det å leve med skilte foreldre vanlig. Tusenvis av barn flytter tilsynelatende sømløst mellom to hjem, og foreldrene tilrettelegger alt de kan for at det skal gå bra – for eksempel ved å bosette seg nær hverandre og legge vekt på en god tone seg imellom. Det er ikke lenger stigma knyttet til å ha skilte foreldre. Ikke skamfullt, slik det kunne være for 40-50 år siden. Tallene er usikre, men man vet at minst 20 000 barn i 2015 opplevde at foreldrene ble skilt eller separert. I tillegg kommer barn av samboende foreldre. Andelen barn som bor med begge foreldrene, synker jo eldre barna blir.

Når samlivsbrudd er såpass vanlig og foreldrene stadig blir flinkere til å legge til rette for samvær med dem begge, er det naturlig å tenke seg at barna generelt har det bra. Norsk forskning bekrefter på mange måter det. Men da Ingunn Størksen og kolleger ved Folkehelseinstituttet i 2006 la fram sine resultater, kom hun likevel med en advarsel. Barn av skilte foreldre viste noe høyere skår for angst og depresjon, og

.....

1. Redaksjonen kjenner Siljes identitet, men hun får være anonym i denne saken.



Når man sier at det går bra med flestparten av barna, må man spørre: Hva er «bra»?

Sissel Gran

noe lavere selvbylde og følelse av velvære enn barn ellers. Og nettopp når samlivsbrudd er så vanlig, vil selv det at en lav prosentandel av barna kommer dårligere ut enn gjennomsnittet, angå et anselig antall. Derfor må samfunnet legge forholdene til rette for å minske problemene, mente hun.

Andre hadde sett det samme som Størksen. Allerede på slutten av 1990-tallet startet helsesøstre i Bærum gruppesamtaler for barn med skilte foreldre på flere skoler. I dag finnes slike samtalegrupper over hele landet. Grethe Aarreberg Lofthus er helsesøster på Karmøy. I masteroppgaven fra 2015 intervjuet hun ungdommer som hadde deltatt i skilsmissegrupper.

– Ungdommene snakket overraskende mye om kjærlighet. At det å velge å bo mer hos den ene av foreldrene enn den andre, ikke måtte tolkes om uttrykk for at de foretrakk den ene framfor den andre, sier Lofthus til Psykologtidsskriftet.

Helsesøsteren ble også slått av at unge som ikke kunne huske at de en gang bodde sammen med begge foreldrene, likevel grublet mye over hvorfor foreldrene skilte seg, og hvorfor livet deres hadde blitt som det ble. Opplevelsen av trygghet og det å bli forstått var noe ungdommene trakk fram som viktig ved å delta i samtalegruppa.

Så kanskje forskning med vekt på barnas symptomer mister noen dimensjoner her. Kanskje er barna mer preget enn det tallene viser? Normalisering kan havne i trivialisering hvis man ser forbi sorg, stress og følelse av hjemløshet. Mange barn opplever foreldrenes samlivsbrudd som en livskrise. Det vet organisasjoner som Voksne for barn, Forandringsfabrikken og Barneombudet, som er mye i kontakt med disse barna. Det vet også psykologer, som Sissel Gran. Når man sier at det går bra med flesteparten av barna, må man spørre: Hva er «bra»? Fullført utdanning og grei oppførsel sier ikke nok om det, uttalte Gran til Morgenbladet i 2013.

«FORRÅDT AV FINGRENE»

En solfylt maidag i en kongressal på Fornebu utenfor Oslo er vel 200 familieterapeuter og meklere i ferd med å innta plassene. Denne årlige konferansen er ledd i den obligatoriske faglige oppdateringen for alle meklere i region øst. De er i hovedsak sosionomer, psykologer og advokater, og kommer fra Oppland, Hedmark, Oslo, Akershus og Østfold.

Første innslag under konferansen er en samtale mellom psykolog Trine Eikrem, selv mekler og familieterapeut, og forfatteren Monica Isakstuen om romanen hennes *Vær snill med dyrene* (2016). Romanen vakte stor oppsikt med sin nådeløse dybdeboring i en mors fortvilelse, frustrasjon og sinne etter et samlivsbrudd. Karen er en moderne kvinne som «forrådt av fingrene» har skrevet under på at hun skal ha delt omsorg for datteren Anna, samtidig som alt i henne skriker NEI! Hun opplever at livet som mor annenhver uke er i strid med naturen, og frykter konsekvensene for både datterens og sin egen psykiske helse. Hva vil det gjøre med datteren å flytte mellom to hjem? Hvordan skal hun som mor koble seg av og på? Og: Hvis hun er mor i den ene uka, hva er hun da i den andre? Slike spørsmål baler Karen med.

Hodet og følelsene har på et vis skilt lag hos Karen. Isakstuen skriver: «For dyrene er saken enkel. Barnet tilhører kroppen som har født det»

(side 40.) Men romanen er milevidt unna et kampskrift eller en meningsytring. Den skjønnlitterære utforskningen av mørke og motstridende tanker og følelser forløses aldri i et fast og trygt ståsted.

Isakstuens roman slår altså an tonen i et ellers fagtungt todagers program, der meklerne skal diskutere hvordan familievernet kan spise og variere tilbudet slik at det passer bedre for den enkelte familien.

– Men vi fagfolk må også la oss *berøre*. Derfor har vi med en forfatter i dag, og en musiker i morgen, sier møteleder og jurist Toril Stray til Psykologtidsskriftet.

SPRÅKENE KOLLIDERER

Muligens kribler det litt ekstra i Isakstuen da hun entrer scenen. Muligens er de av deltakerne som har lest romanen, også litt nervøse, for enkelte av tekstene i punktromanen har blitt forstått som kritikk nettopp av deres egen yrkesgruppe. For eksempel denne:

Omforming, sa fagfolkene. *Tilknytningsproblematikk* og *alternative livsformer*. De snakket om at *delt bosted* ville gi *optimale* utviklingsmuligheter, forhindre en *polarisert* oppvekstprosess og styrke *relasjonelle erfaringer*. De ønsket å forsikre seg om at vi hadde vært gjennom *tvilsfasen*, *forberedelsesfasen*, *erkjennelsesfasen* og *beslutningsfasen*. Jeg nikket. Han ristet på hodet og sa: Karen hoppet over de tre første fasene og spurtet gjennom den fjerde uten engang å snu seg (side 43).

– Jeg vet egentlig ikke om jeg er blant venner eller befinner meg i løvens hule nå? sier Isakstuen. Forsamlingen svarer med å klappe og le varmt. Isakstuen smiler rørt. På oppfordring fra Trine Eikrem leser hun en håndfull tekster høyt. Den første:

Jeg bar henne, jeg fødte henne, jeg la henne til brystet, jeg ammet henne. Jeg sier ikke at jeg forsøker å sette opp et regnestykke, jeg sier bare at jeg skulle ønske kroppens handlinger holdt som en forklaring. At de talte for seg selv, og at denne talen virket så overbevisende på omgivelsene at eventuelle motargumenter ville falle kraftløse til bakken (side 16).



– Jeg fryser på ryggen når jeg hører disse tekstene, utbryter psykolog Eikrem.

– Jeg leste boka mens alle de hundrevis av parene jeg har hatt i mekling, liksom sklei gjennom hodet mitt, og jeg tenkte: Shit. Jeg har ikke møtt alle disse godt nok. Det er mennesker i krise vi møter.

Isakstuen svarer med å undre seg over at temaet delt bosted og barn som flytter fram og tilbake, nærmest er fraværende i norsk samtids-litteratur.

– Det ligger riktig nok som et tema i bøkene til Vigdis Hjort og Geir Gulliksen, for eksempel, men mest som en selvfølgelig forutsetning, som et bakteppe. Ingen av personene baler med akkurat dette. Selv syntes jeg det var kjempevanskelig. Og plutselig satt jeg og skrev på tekster som jeg tenkte at aldri, aldri måtte bli lest av noen. Derfor er det spesielt for meg at romanen nå er ute i verden og får så mye oppmerksomhet. Boka kom ikke fordi jeg så et marked for den, men fordi temaet er lite utforsket. Selv forsto jeg heller ikke mine egne reaksjoner i sammenheng med min egen skilsmisse.

Eikrem ber forfatteren kommentere språket familieterapeutene bruker, og som Karen nærmest opplever som en hån.

– Dette er jo satt på spissen. Men hjelperne har et pragmatisk og konstruktivt forhold til samlivsbrudd som ikke stemmer med Karens indre landskap. Dette er ikke ment som kritikk, fagspråket er der for å få oss gjennom prosesser. Samtidig kan et slikt språk virke fremmedgjørende.

UTÅLELIGE TANKER

Nå vil psykologen snakke om de mer forbudte tankene hos Karen. De smålige og ondskapsfulle impulsene, som er skambelagte og utålelige hos foreldre som skal samarbeide og dele likt. «Jeg vet, jeg vet, jeg vet. Dette er ingen konkurranse. Men jeg vil vinne den», tenker Karen om rivaliseringen med Annas pappa.

Eikrem nikker.

– Foreldrenes følelse av at de konkurrerer om barnas kjærlighet, er nok gjenkjennelig for mange terapeuter, sier psykologen. – Alle de små stikkene foreldrene imellom, som når en av dem sier: «Hun sover godt hos meg!»

– Ja, dette er fælt. Men det oppsummerer Karens følelser, reflekterer Isakstuen. – Det slår inn som en ny følelse når hun bare ser barnet sitt halve tiden. Hun blir usikker på alt, fører et regnskap, og er redd for dommen om hvem barnet skal foretrekke. Men Karen har dømt seg selv hardt. Hun er irrasjonell og desperat, men gjør ikke noe med det. Hun vil vinne, og finner fram til grusomme nettfora for å få støtte. Det er faktisk vanlig å drømme om at den andre dør, eller ikke finnes.

Isakstuen trekker fram teksten som begynner slik: «Skyldfølelsen for det man har gjort, gjorde, gjør. Fortsetter å gjøre.» Anna sitter i badekaret, Karen vasker ryggen hennes og sier: «I morgen skal du til pappa.» Når datteren er taus og fortsetter å leke i vannet, er det som om det glipper for Karen:

Bli du kanskje litt lei deg når du skal dra fra mamma? fortsetter jeg, for i så fall skjønner jeg det, jenta mi, jeg blir ganske lei meg jeg også, det må du vite, at mamma elsker deg og tenker på deg hele tiden, selv om du ikke er her hele tiden, hører du hva jeg sier, jenta mi, skjønner du at mamma blir lei seg? FAEN, hvorfor kan du ikke høre etter når jeg snakker til deg (side 197).

– Hun blir usikker på alt, fører et regnskap, og er redd for dommen om hvem barnet skal foretrekke

Monica Isakstuen

– Karen vet at hun gjør ting verre for datteren hvis hun merker hvordan mammaen hennes har det. Slik blir det mange lag av skyld, kommenterer forfatteren.

Isakstuen grudde seg til boka skulle komme ut. Men hun opplevde raskt tilbakemeldinger fra lesere som skrev: «Karen, det er meg.»

– Også menn kjenner seg igjen i Karen. Det er vanskelig for begge foreldre dette, å se barnet sitt så lite. Det har vært veldig rørende å få denne tilbakemeldingen også fra fedre, sier Isakstuen.

Samtalen mellom psykologen og forfatteren er slutt. De to hundre meklerne har reagert med humring og latter – men mest med intenst nærvær. Psykologtidsskriftet kontakter to av dem etter foredraget. Inger Helene Hognestad jobber ved Familiekontoret Innlandet, avdeling Hamar. Hun hadde lest Isakstuens bok på forhånd, og kjenner godt igjen Karen fra sine møter med foreldre på familiekontoret. Nylig snakket hun med en mor som var på gråten fordi faren til ettåringen ønsket å ha barnet en uke sammenhengende.

– Særlig når barna er helt små, merker jeg at det instinktive kommer fram. Når barnet er større, er ikke den instinktive følelsen av å høre sammen like sterk. Da har også mødrene erfart at barnet har det fint også hos andre.

Men normer og tenkesett varierer i ulike deler av landet, tror Hognestad. Tiden endrer hva som er tabuiserte temaer.

– Det er kanskje ikke like skamfullt å føle som Karen her i Hedmark-traktene som i mer urbane områder og i andre sosiale lag. For jo sterkere en mener at far er like viktig som mor i omsorgen for barna, desto mer redd tror jeg man blir for å målbære følelsene Karen har. Likestillingspolitikk blander seg inn i samtale om hva barnet har behov for, sier Hognestad.

Arve Bjelland Grov er psykologspesialist ved Homansbyen familievernkontor. Han tror hjelperne har blitt flinkere til å ha med seg kriseperspektivet når de treffer foreldre som skal skilles.

– Utfordringen er å møte de voksne der de er emosjonelt, samtidig som vi har fokus på framdrift og barnas beste. Av og til bommer vi, sier Grov, som mener fagfolk trenger en påminnelse om tapsopplevelsene foreldrene gjennomgår ved samlivsbrudd. Noen opplever at de verken ønsker eller klarer å være borte så lenge fra barna sine.

– Både fedre og mødre kan nok kjenne seg igjen i Karens skam over å ikke være moderne eller likestilte nok.

MOTSETNINGSFYLT ROLLE

En tidlig morgen uka etter Fornebu-konferansen møter jeg Trine Eikrem på kafé i Oslo. Vi skal snakke mer om ubehaget i skilsmissekulturen. Om voksne stemmer – eksempelvis Karens – som ikke helt finner sin plass i offentligheten, og som kan oppleves som skambelagte fordi de er i utakt med rådende likestillingsideer. Og om barnestemmer som sjelden høres, fordi barna ikke snakker høyt av hensyn til foreldrene sine. Eikrem er psykologspesialist i Bufetat, og har nylig startet et forskningsprosjekt om barns erfaringer med skilsmissemekling.

– *Du ble berørt av tekstene til Monica Isakstuen. Hva har du særlig tenkt på etter samtalen med henne?*

– Jeg har tenkt en del på at de som kommer til mekling hos meg, møter en annen Trine enn de som kommer i parterapi. I utgangspunktet har vi én time til disposisjon, den obligatoriske timen. Meklingen er så full av temaer vi er pliktige til å ta opp. Vi skal informere om lover, samværsordninger og rettigheter. Om eksempelvis hva det innebærer å velge delt omsorg. Samtidig skal vi ivareta barnets perspektiv, og gi rom for å snakke om følelser. Det er utfordrende å greie alt dette på en time.

Om bare familien hadde kommet til kontoret mitt *før* bruddet, tenker Eikrem ofte. Da kunne de ha blitt møtt på en annen måte. For det er en utfordring å komme gjennom den nødvendige informasjonen og samtidig få en kontakt og en relasjon som gjør at folk tenker at her kan de komme tilbake hvis de trenger det.

– Det å ta inn over seg smerten i første time er nesten umulig med de rammene vi har. Det ordentlige arbeidet begynner først i andre time. Jeg er sikker på at noen blir skuffa, fordi de trodde at det skulle handle mer om opplevelsen av bruddet. De henger over avgrunnen, og har det helt forferdelig. Andre blir letta. De ønsker ikke å snakke, bare å bli ferdig med dette, forklarer psykologen.

– Én times mekling, som altså er obligatorisk, er veldig lite. Og skal det bli noe mer, er det ikke sikkert det er lurt å åpne for alt det vonde i den første timen. Så skal det være fokus på barnet. Samtidig er foreldrene i sitt livs kanskje største krise og skal prøve å være rasjonelle. Men det å ha Isakstuens stemme med seg kan hjelpe mekleren til ikke å bli en masseprodusent, tror jeg.

UKORREKTE STEMME

Skjønnlitteratur kan gi spennende bidrag til psykologifaget, mener Eikrem. Her kan temaer som ellers dysses ned, eller som få tør snakke om, få et uttrykk.

– Gjennom Isakstuen får de politisk ukorrekte stemmene leve. Det er sunt å få fram perspektiver som viser at det ikke er noen fasit på hvordan man skal reagere. Eller: Problemet er vel nettopp at man *tror* det finnes en fasit, og at mange ikke greier å leve etter den. Skjønnlitteratur kan løfte fram sensurerte tanker og følelser. Det er gull.

Nå skal psykologen forske på barns erfaringer med å være i mekling. Hva sier de, og hva ønsker de når foreldrene skilles? Prosjektet hennes harmonerer godt med dagens tidsånd og politiske føringer i eksempelvis barneloven, som vil at barnas stemme skal styrkes og »

lyttes mer til. Selv har hun fulgt noen av barna hun har hatt i mekling, over lengre tid. Uten å oppfylle kriterier for en diagnose har disse barna strevd med livet sitt, og Eikrem har fulgt dem opp med terapi eller støttesamtaler. Nå vil hun altså lytte mer til og systematisere barnas erfaringer med foreldrenes skilsmisse. Hun er allerede i gang, og første trinn er å snakke med unge voksne. Som et forprosjekt har hun rekruttert en gruppe studenter mellom 20 og 30 år som har opplevd «greie skilsmisser», uten sterke konflikter, og med foreldre som oppfører seg etter læreboka: spiser middag sammen av og til, og ikke snakker stygt om hverandre.

– For ikke å bli for elendighetsstyrt i forskningen min trenger jeg innspill fra en gruppe som kan gi et bilde av hvordan skilsmisse oppleves i familier som ikke fikk spesiell oppfølging etter samlivsbruddet. Det ble mer spennende enn jeg hadde trodd, sier Eikrem.

Psykologen fikk både morsomme og hjerteskjærende fortellinger. Om foreldrenes nye kjæresten, som kommer, og som forsvinner. Og om det å forholde seg til ekstra «besteforeldre»: Skal de være like mye besteforeldre som de biologiske? Selv i dag har disse unge voksne mye oppmerksomhet på å besøke foreldrene like mye i feriene, og de fortsetter å tilpasse foreldrenes tilstedeværelse på fødselsdager og feiringer hvis foreldrene ikke ønsker å være der sammen.

– De mener at de er blitt veldig gode til å forstå og ta hensyn til hva andre i familien vil og ønsker, men desto dårligere til å få fram hva de selv vil, sier Eikrem.

I snitt skjedde intervjuene 15 år etter foreldrenes skilsmisse. Og selv om livet dag i hovedsak oppleves greit, føler de unge at skilsmissen fortsatt preger dem, forteller Eikrem. Noe av det de var mest opptatt av nå, var å kunne snakke med foreldrene om det som skjedde rundt skilsmis- sen, og tiden videre.

– De ønsket at foreldrene torde og orket å inkludere også dette som en del av familiens historie.

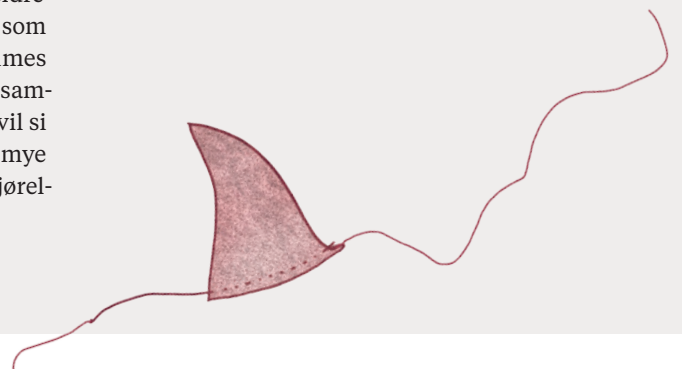
Marit Slotnæs, debattredaktør i Morgenbladet og selv skilsmissebarn, bidrar med en ekstra dimensjon her: Hvilke virkelighetsforståelser etableres og dyrkes rundt kjøkkenbordet i de atskilte hjemmene? spør hun i en kommentar i Morgenbladet 28. juni 2013. «Det er slett ikke sikkert at den historien du og partneren deler er den samme som den andre parten forteller. Det er heller ikke sikkert at den fortellingen du og dine helsøsken holder liv i og gir næring til, er den samme som den halvsøsken og stesøsken bærer på», skriver Slotnæs, som gleder seg over at mange får hjelp til å få språk for følelser i skolens skilsmissegrupper.

– BARNA VIL DELTA

Ifølge barneloven (1982) skal barn bli hørt i sammenheng med foreldrenes skilsmisse, og foreldrene har ansvar for å ivareta barnet. Foreldre som går fra hverandre og har barn under 16 år, må møte til minst én times mekling for å få hjelp til å lage avtaler om foreldreansvar, bosted og samvær med barna. Stadig flere praktiserer delt bosted for barna, det vil si en av fire i 2012. Delt bosted innebærer at barnet bor omtrent like mye hos hver av foreldrene, og at foreldrene må bli enige om større avgjørelser som gjelder barnets dagligliv.

– Det er kanskje ikke like skamfullt å føle som Karen her i Hedmark-traktene som i mer urbane områder og i andre sosiale lag

Inger Helene Hognestad



Det er ikke lovfestet at mekleren skal snakke direkte med barna. Ved Grenland familiekontor bestemte de seg i 2013 for å prøve ut en modell der barna har en mer aktiv rolle. Mekleren skal snakke med barna, og samtalen skal skje *før* mekleren snakker med foreldrene. Barnet deltar ikke i selve meklingen, men mekleren skriver ned hva barnet har sagt, og formidler barnets tanker og ønsker til foreldrene i sin meklingsamtale med dem. Etter meklingsamtalen blir barnet orientert om hva foreldre og mekleren kom fram til. Arkitekten bak dette opplegget er familieterapeut Gjertrud Jonassen ved Grenland familiekontor. Nå har flere andre familiekontorer tatt det i bruk, og forskere ved Universitetet i Tromsø publiserte i 2015 sine første forskningsrapporter om modellen, som kalles Barn i mekling (les om modellen på side 735).

Forskerne, Astrid Strandbu og Renee Thørnblad fra Regionalt kunnskapscenter for barn og unge (RKBU-Nord), konkluderer med at modellen øker sannsynligheten for at barn blir aktører i meklingen. De legger også vekt på at barns potensielle sårbarhet ikke nødvendigvis bør hindre dem fra å delta i mekling.

– Noe av det mest interessante ved undersøkelsen vår, var at så mange av barna hadde et sterkt ønske om å si noe til foreldrene sine via mekleren. I en nylig publisert artikkel viser vi at konfliktnivået i familien ikke legger en demper på ønsket deres om å delta, sier Renee Thørnblad på telefon fra Tromsø. Hun synes funnet er interessant i lys av debatten om barna bør skjermes fra mekling. Hun mener denne meklingsmodellen gir barna en fin mulighet til å snakke med andre voksne enn foreldrene. I tillegg kan meklerens formidling av barnets ønsker til foreldrene gi barn og foreldre hjelp til å snakke sammen om temaer de ellers ikke er så vant til å snakke om, tror forskeren.

MØTT MED TAUSHET

Samlivsbrudd er vanlige – men opplevelsene av savn og tap er like sterke. «Familien vår døde etter skilsmissem», hører psykolog Sissel Gran voksne barn av skilte foreldre si. Det var et «vi» som ble knust. Samlivsbruddet koster – for alle i familien. Foreldrene betaler med svart samvittighet og skyldfølelse som varer lenge, skriver hun i et essay i Psykologtidsskriftet (12/2014).

Samlivsbrudd angår mange, men Sissel Gran og Marit Slotnæs i Morgenbladet har begge erfart at det å trekke fram smerten barn føler etter skilsmisse – i vennelag eller i debattspaltene – møtes med taushet. I Psykologtidsskriftet har også Barneombudet og redaktøren prøvd å reise debatten, uten resultat. Vi har ikke fått til den offentlige samtalen om dette temaet. Det ligger et ubehag her, og sikkert mye maktesløshet som får oss til å se ned og vekk når dette temaet kommer opp. For det er vanskelig å se gode løsninger på det egentlige problemet: At foreldrene ikke kan og ikke vil leve sammen mer. At barna må betale for det.

Skilte foreldre *vet* at de har påført barnet sitt smerte ved å velge å oppløse familien, og at mange barns sterkeste ønske er at mor og far skal flytte sammen igjen. Debatter om skilsmisse kan ikke forandre det. Så hva skulle samtalen i offentligheten, blant vennene og i familien dreie seg om? De unge voksne Trine Eikrem snakket med, ønsket at foreldrene skulle inkludere også samlivsbruddet i familiens historie. Og

kanskje må samtalen også i det offentlige rommet ganske enkelt starte med at barn, unge og voksne med skilsmisseeferinger blir synlige. Setter ord på følelser og erfaringer, slik at de kan bli anerkjent som noe som skjedde, og som finnes.

– DET TAR ALDRI SLUTT

Silje og jeg møtes på kafé i en av Oslos hotteste bydeler. Tross en hektisk jobbdag spanderer hun gladelig en times tid med Psykologtidsskriftet for å få fram hvordan et barn kan oppleve foreldres samlivsbrudd. Hensynet til foreldrene gjør at hun vil være anonym, og i dag ser hun at faren forsøkte, men ikke helt greide å manøvrere i spenningsfeltet mellom datteren og en ny kone.

Som voksen er hun fortsatt preget av skilsmissem – både når det gjelder hvordan hun lever med storfamilien, og hva hun snakker høyt om når hun er sammen med dem. Hun nevner aldri mamma for pappas nye kone, og hun prøver å si minst mulig om pappa og hans familie til mamma, for da blir mamma rar i ansiktet og sier noe nedlatende om pappa.

Men Silje har ikke hatt symptomer eller problemer som nødvendigvis ville vise seg i et forskningsprosjekt om hvordan det går med barn etter en skilsmisse.

– Jeg forstod ikke at jeg var ensom eller trist, derfor ville jeg ikke huket av på det i en undersøkelse. Det er først når jeg ser tilbake, at jeg forstår det var ensomhet. Jeg følte meg utilstrekkelig, og ønsket så sterkt å høre til et sted. Venner og familie trodde nok at alt gikk greit, og spurte aldri hvordan jeg egentlig hadde det.

Konfirmasjonen, og særlig konfirmasjonsmiddagen, er et fortettet bilde av situasjonen hennes på den tiden, tenker hun i dag. Nå er det rundt 20 år siden konfirmasjonen, men bare tanken på å samle storfamilien til fest får henne til å grøsse.

– Konfirmasjonen min er kanskje den viktigste grunnen til at jeg i dag ikke vil gifte meg med stort bryllup.

Det er flere år siden hun prøvde å arrangere en familiefest.

– Det ble en katastrofe, sukker hun. – Jeg prøver meg ikke på noe sånt igjen.

En skilsmisse tar aldri helt slutt. ❌



Tillit i teorien

For Peter Fonagy er terapi sosial læring. Den viktigste læringen skjer imidlertid utenfor terapiværelset, mener den britisk-ungarske professoren.

Jeg var en suicidal tenåring. Peter Fonagy, psykoanalytiker og en av verdens fremste forskere på psykoterapi, knytter tråder mellom liv og lære i et kaldt lite møterom på et konferansehotell i Stavanger. Han er her for å mene noe om hva som virker i terapi. Det er grytidlig om morgenen, og en blek og litt rastløs mann minnes sitt første møte med psykoanalysen. Som 15-åring kom han som flyktning til England fra Ungarn.

– Jeg var nokså nedfor. Foreldrene mine var i Frankrike, jeg var alene i England, og gjorde det ikke særlig bra på skolen. Etter hvert fant jeg analytisk hjelp ved Hampstead Child Therapy Clinic, som var Anna Freuds klinikk. Der hadde jeg en fantastisk analytiker, som het Anne Hurry.

– *Hva gjorde hun?*

– Hva hun gjorde? Hun analyserte meg! smiler han.

– Det var en meget klassisk freudiansk analyse. Samtidig var hun svært menneskelig. Da jeg var 17 år, begynte jeg å kjøre bil, og jeg husker godt første gangen jeg kom i bilen min til analysen. Hun hørte meg snakke engasjert om bilen der jeg lå på divanen, og på et tidspunkt sa hun: «Du, vi må stoppe opp.» Hun reiste seg fra stolen og gikk til vinduet, tok en kikk på bilen min, kom tilbake, satte seg ned igjen og sa: «Peter, det er en flott bil.» Det husker jeg godt.

– *Ikke en tradisjonell måte å respondere på for en analytiker?*

– Nei, men veldig menneskelig. Derfor har jeg alltid følt, på grunn av henne, og alle de andre erfaringene jeg har gjort meg, at psykoterapi til syvende og sist er en svært menneskelig erfaring – en persons møte med en annen. Uansett hvilken terapeutisk orientering du har, er du i en menneskelig relasjon. Og det er det som teller.

Peter Fonagy er nå selv administrerende direktør ved den samme klinikken, Anna Freud Center. Nå innehar han den samme posisjonen som Anna Freud hadde, da han selv kom dit som tenåring med selvmordstanker.

RUSSISK DOKKE

Professor Peter Fonagy er kjent for å ha forsket empirisk på psykoanalytiske modeller. På 90-tallet ble han sentral i å kople psykoanalytisk teori med tilknytningsteori. Sammen med professor Anthony Bateman lanserte han begrepet *mentaliserings* og behandlingsformen mentaliseringsbasert terapi (MBT). Å mentalisere definerer Fonagy som å forstå oss selv og andre ut fra intensjonelle mentale tilstander, som tanker, følelser og handlinger – med andre ord å forestille seg andres sinn, og eget sinn. Ifølge Fonagy og Bateman er mentalisering en hjørnestein i utviklingen av selvet og for evnen til å regulere følelser. Mentaliseringsbasert terapi ble opprinnelig utviklet med tanke på behandling av personer med ustabil personlighetsforstyrrelse, men terapiformen brukes

TEKST

Ida Holth,
psykolog og redaktør

FOTO

Jan Inge Haga

◀ **EMPIRISK** Professor Peter Fonagy er kjent for å ha gjort psykoanalytisk teori til gjenstand for empirisk forskning.

»



Peter Fonagy

- Peter Fonagy er en ungarskfødt, britisk psykoanalytiker, psykolog og forsker.
- Han jobber som professor og instituttleder ved University College London, er direktør ved Anna Freud Center og veileder ved the British Psychoanalytical Society in child and adult analysis.
- I arbeidet sitt har han søkt å integrere empirisk forskning og psykoanalytisk teori, med særlig oppmerksomhet på temaene borderline personlighetsforstyrrelse, vold og tilknytning.
- Professoren rangeres som av de fem mest siterte nålevende psykoanalytikere i verden.
- I boken *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*, lanserte Fonagy og medforfattere begrepet mentalisering.
- De siste årene har begrepet *epistemisk tillit* stått sentralt i forskningen hans.

Kilde: Anna Freud Centre, DMM news, Wikipedia

nå for en rekke forskjellige psykologiske vansker. Bakgrunnen for utviklingen av mentaliseringsbasert behandling var en misnøye med at psykoanalysen, som gjerne strekker seg over måneder og år, ikke kunne hjelpe flere, forklarer Fonagy.

– Etter at jeg var ferdig utdannet barneanalytiker, begynte jeg å interessere meg for sosiale spørsmål. Jeg var opptatt av hvordan du kan oversette kunnskap om psykoterapi til noe som kan anvendes bredere. Vi koplet min interesse for tilknytningsteori og Anthony Batemans interesse for personlighetsforstyrrelser til noe som fungerte rimelig godt for personer med suicid-, selvskadings- og kroniske problemer, som til da ikke hadde et godt tilbud innenfor systemet. Vi utviklet en pakkeløsning, først i en sykehuskontekst og senere i en poliklinisk kontekst.

Etter årtusenskiftet bredte mentaliseringsbegrepet seg her til lands. Psykiatriprofessorene Sigmund Karterud og Finn Skårderud har vært sentrale talsmenn for teorien, Skårderud i utviklingen av mentaliseringsbasert terapi for spiseforstyrrelser (se eget intervju i denne utgaven).

De siste par årene har imidlertid Peter Fonagy begynt å snakke om betydningen av mentalisering på en ny måte. På Psykologikongressen i Oslo i september i fjor foreleste han oppildnet om sitt nye forskningsfokus, det han kaller *epistemisk tillit*. Rykter sier at tilhengere klør seg i hodet: Hva handler dette nye om?

Fonagy er opptatt av de pasientene terapeuter har vanskelig for å hjelpe, uansett hvor mange timer de går i terapi. Disse pasientene mangler en form for elementær tillit til det andre mennesker forsøker å fortelle dem, hevder han. De mangler en slags evne til sosial læring. Derfor er det så vanskelig å nå dem.

– I Oslo snakket du om at ideene dine har endret retning. Hva er den nye retningen?

– Med min analytiske utdanning tenkte jeg at seksualitet og aggresjon var det viktigste. De bestemmer psykopatologi. Rundt 40-årsalderen, da barna mine var små, så jeg plutselig lyset og tenkte: Nei, det er ikke seksualitet og aggresjon, det er tilknytning. Det er det viktigste. Det var fint, fordi jeg kunne sette ideene om seksualitet og aggresjon inn i en tilknytningstekst og se folks seksuelle problemer eller aggresjonsproblemer i lys av tilknytningsteori. Det var som en russisk dokke, du kunne ha seksualitet og aggresjon inni tilknytningen.

KOMMUNIKASJON

Mange år med forskning og teoriutvikling skulle imidlertid gi noen andre svar enn det Fonagy forventet.

– Da jeg var rundt 60 år, innså jeg at tilknytning ikke var alt. At tilknytning faktisk ikke var så fundamentalt som jeg opprinnelig hadde trodd.

Tilknytning var ikke «the thing», sier han, og fortsetter:

– Det som driver tilknytningsprosessen, så vel som mange andre prosesser, er kommunikasjon. Det er menneskelig kommunikasjon.

Teoribyggeren Fonagy tar utgangspunkt i evolusjonsteori når han forklarer sin teoretiske dreining. Fra et evolusjonært perspektiv har det vært nødvendig for mennesker å lære av de mer erfarne. Epistemisk tillit, eller tillit til å lære, er å senke garden og stole på at det den andre, i første omgang omsorgsgiveren, formidler, er sant og relevant for en selv. Trygg tilknytning gjør oss i stand til å lære av andre i en kompleks og omskiftelig virkelighet, mener han.



– Du må stole på meg, på sannhetsgehalten i det jeg forteller deg, for at du skal være i stand til å åpne deg for det jeg sier. Hvordan gjør jeg det? Noe av det handler om at jeg er følsom for hvor du er, hva du tenker, jeg gjenkjenner deg, som en person, som en agent, som en som har sitt eget sinn. Med andre ord, jeg mentaliserer deg.

Mentalisering er ikke bare viktig som en konsekvens av tilknytning, og bestemmende for kvaliteten av den videre tilknytningen, slik vi trodde før, mener han. Mentalisering er også viktig for kunnskapsoverføring.

– Individuer som ikke er i stand til å etablere tillit, å føle tillit til den andre personen, klarer ikke å åpne opp på en passende måte. Man må være i stand til ikke bare å høre, men også å lytte, for å ha utbytte av kunnskap.

Mange alvorlige psykopatologier, om ikke alle former for psykiske lidelser, kan knyttes til denne mangelen på kommunikasjonstillit, hevder professoren.

Og fellesnevneren for psykopatologi kaller han p-faktoren:

– Det finnes en generell psykopatologifaktor, som er faktor p, eller hva du ønsker å kalle den,

og denne ligger under *alle* vedvarende psykiske problemer.

I intelligensforskningen snakker man om g-faktoren: Er du god i matte, er det sannsynlig at du også har gode språkferdigheter, at du er musikalsk og har andre talenter og ferdigheter. Statistisk betyr dette at én faktor forklarer en stor del av variansen innenfor mange ulike intelligensdomener. Det samme prinsippet mener Peter Fonagy gjør seg gjeldende ved psykiske lidelser.

– Vil du si at p-faktoren er en form for sårbarhetsfaktor, en genetikk-miljø-kombinasjon?

– Nettopp. Det er en genetikk-miljø-kombinasjon, det er sårbarhet. Samtidig tror jeg dette blir misforstått som patologi. Selv om vi kan kalle dette generell patologi, passer ikke faktoren i patologispråket. Jeg tror dette har mye mer å gjøre med fraværet av noe normalt. Fraværet av resiliens, slik jeg ser det.

KIKKHULLSKIRURGI

I prosessen med å forme den empiriske kunnskapsbasen til psykoanalysen har Peter Fonagy blitt sentral i utviklingen av evidensbasert praksis innenfor det bredere psykoterapifeltet. »

NYTT FORSKNINGS- FOKUS

– Psykopatologi handler om fraværet av resiliens, mener den britiske professoren Peter Fonagy. Her foreleser på Schizofrenidagene i Stavanger i 2016.

Han har for eksempel vært med på å utvikle de britiske NICE-retningslinjene for behandling av psykiske problemer. Psykologiprofessoren er nå sentralt plassert i den store barne- og ungdomssatsningen i England, der stikkord er lavterskel, og bred og lik tilgang til helsetjenester for alle. I artikkelen «Psychoanalysis today» fra 2003 skriver Fonagy at de fleste psykoanalytikere er skeptiske til å måle utfall av psykoterapi, men systematisk forskning på psykoanalytiske ideer er ifølge Fonagy den eneste fremtidige farbare veien for psykoanalysen.

– *Du har jobbet med å bevise at ideer innenfor psykoanalysen virker og kan overføres til andre settinger. Hvordan har det psykoanalytiske miljøet reagert på dette?*

– Blandet, vil jeg si. Vi gjennomførte nylig en depresjonsstudie der vi viste at en langtids psykoanalytisk psykoterapi var ganske effektiv, særlig i å forebygge tilbakefall av kronisk depresjon. Dette ble godt mottatt av det psykoanalytiske miljøet. Min opplevelse er at det psykoanalytiske miljøet liker svært godt når ideene de har verdsatt lenge, blir støttet. Når konklusjonen handler om å endre ideene, er de mindre tilfredse.

– *Hvilke ideer burde de forandre?*

– Det er ikke en veldig mentaliserende holdning å si at folk burde forandre seg.

– *Det kan jo også være en empirisk basert holdning eller en vitenskapelig fundert påstand?*

– Fra et vitenskapelig ståsted er det helt klart at mange av de forskjellige psykoterapiene virker, og at mange ulike terapier fungerer

rimelig godt, men ikke så godt som de burde. Oppmerksomheten burde være rettet mot hva som får en terapi til å virke, ikke på hva ulike psykoterapistammer.

Og her kommer han inn på et tema som synes å ligge hans hjerte nær: hvordan man kan utvikle terapier som faktisk er skreddersydde til en persons spesifikke problemer.

– For at psykologiske terapier skal være effektive, må vi se nærmere på mekanismene som inngår. For øyeblikket holder vi på med en slags åpen hjertekirurgi i motsetning til kikkhullskirurgi. For at psykoterapi skal bli effektivt, bør den prøve å bli mye mer spesifikk.

Fonagy viser til to utviklingsprosesser i psykoterapiforskningen. Den ene mener han handler om en bevegelse mot en form for transdiagnostisk forståelse av terapiformer. Mange nye terapiformer fungerer for et bredt spekter av lidelser. Fonagy trekker frem retninger som acceptance-commitment therapy (ACT) og mentaliseringbasert terapi (MBT) som eksempler. Den andre prosessen mener han handler om utviklingen av personlig tilpasset behandling («personalized medicine») med utgangs-

Respektløs

Finn Skårderud bruker Peter Fonagy som belegg for å være en levende og stemningsskapende terapeut.

TEKST Ida Holth | FOTO Trond Isaksen



FOR 20 ÅR SIDEN oppsøkte psykiateren Finn Skårderud psykologen og professoren Peter Fonagy. Skårderud var nysgjerrig på hvordan nye ideer kunne fremme terapi for personer med spiseforstyrrelser. Siden har de to nesten jevngamle fagfellene møttes regelmessig. De har samarbeidet om utviklingen av mentaliseringsbasert terapi (MBT) for spiseforstyrrelser. For tiden holder Skårderud på med å ferdigstille retningslinjer for mentalisering ved alvorlige spiseforstyrrelser i samarbeid med miljøet omkring Peter Fonagy og Anna Freud Centre.

– Jeg har ingen helter i mitt liv. Men Peter Fonagy kan ligne en, fordi han er så grunnleggende intellektuelt nysgjerrig, sier Skårderud.

Ifølge Skårderud er Fonagy en søkende og selvkritisk akademiker som «forkaster, skaper noe nytt og forkaster igjen», uten å gjøre et stort nummer ut av det.

– Det er interessant å følge med på hvordan han er respektløs overfor ortodokse tanker, samtidig som han er en tung empiriker.

PSYKOTERAPI ER LÆRING

Fonagy har forsket på tilknytning og mentalisering, og er viktig i diskusjonen om virksomme faktorer i terapi. I intervjuet med Fonagy på de foregående sidene forteller han om sitt nye forskningsfokus: epistemisk tillit – tillit for å lære.

◀ **FONAGY VERSJON 2017** – Den siste Fonagy er en som er i ferd med å bli sosialpsykiater, sier Skårderud.

punkt i nyere genetisk forskning. Han synes imidlertid å mene at de psykiatriske diagnosene er steiner i tannhjulene mot bedre behandling.

– De diagnostiske kategoriene er svært heterogene, og vi må finne individualiserte løsninger for den spesifikke personen. Jeg tror at i psykoterapi har vi blitt litt låst på et slags diagnostisk nivå i forsøket på å definere, noe som ikke er til hjelp.

– *Hva burde vi gjøre? Burde vi lage et nytt diagnosesystem?*

– Ja! Ja, dette fordrer et nytt system.

Spørsmålet om han vil bidra til å utvikle et slikt system, avviser han med en latter. Men legger til at et annet diagnosesystem burde være tettere knyttet til *mekanismer*. To hovedmekanismer er avgjørende og bør bli bedre forstått: mekanismene i de spesifikke problemene folk har, og mekanismene i terapien.

– *Og epistemisk tillit er den viktigste fellesfaktoren?*

– For øyeblikket tenker jeg det, men jeg vil antagelig dø før jeg har en ny idé, sier han tørt.

UT I VERDEN

– *Hvis evnen til å skape tillit hos pasienten er terapeutens nøkkelferdighet, hvordan skal klinikerer bli bedre? Hva skal hun øve seg på?*

– For øyeblikket tror jeg det å være godt øvet innenfor en spesifikk retning, vil gi deg selvtillit i å kommunisere noe til pasientene dine, som faktisk føles relevant for dem, på en klar, sammenhengende og grei måte.

Han forklarer at modellen terapeuten bruker, vil fungere som noe han kaller «ostensive cue». Begrepet er hentet fra mor–barn-relasjonen,

og handler om å påkalle pasientens oppmerksomhet. Når det terapeuten formidler, oppleves relevant for pasienten, vil dette kunne skape en slags kommunikasjonskanal, ser han for seg.

Endring skjer via to veier, argumenterer han: en generisk vei, der pasienten utvikler økt evne til å mentalisere, og en vei som i større grad handler om at personen internaliserer den kunnskapen som terapeuten formidler. Disse endringene skjer imidlertid ikke nødvendigvis inne i selve terapirommet, mener Fonagy.

– Vi tror at det er vi som forårsaker endringen, men antageligvis skjer de viktigste endringene i pasientens sosiale miljø.

Når personen er mer åpen for kunnskap fra omgivelsene, vil hun eller han relatere seg til den sosiale konteksten på nye måter, ser han for seg. Der vil viktig læring finne sted.

– Endringer er faktisk ikke så terapifokusert, ikke så *terapirom*-fokusert, som vi av narsissistiske grunner liker å tro. Terapeuter som er bevisste på hva som skjer i verden utenfor, arbeider bedre. ✘

– *Terapirelasjonen blir nesten en slags lærer-elev-relasjon?*

– Ja, absolutt. Fonagy versjon 2017 er også en pedagogisk modell. Terapi er å skape et trygt nok miljø til å ta inn at verden *kanskje* er annerledes enn det en fortvilt føler og tenker. Han kaller det kommunikasjon, læring.

Essensen er at det må være tillit i bunnen, utdyper Skårderud, og fortsetter:

– Hvilken lærer lærte du mest av på skolen? Jo, antageligvis den læreren du følte var ekstra interessert i deg.

Skårderud sier han selv bruker disse ideene til å argumenter for den aktive, levende og lekne terapeuten. Stemningen i rommet er betydningsfull for kontakten mellom pasient og terapeut.

– Vår jobb er å gjøre oss *tillitverdige*.

Tillit blir særlig viktig for pasienter det kan være vanskelig å nå, mener Fonagy.

– Som strengt tatt er de fleste av dem vi møter i klinisk praksis, som har vært utsatt for overgrep, selvskader, overspiser, ruser seg og så videre, uttaler Skårderud.

TILBAKE TIL SOSIALPSYKIATRIEN

I intervjuet med Fonagy avslutter professoren med å si at terapeuter burde være mer oppmerksomme på det som skjer utenfor terapirommet. Det er der læringen foregår.

– Den *siste* Fonagy, slik jeg opplever det, er en som er i ferd med å bli sosialpsykiater, sier Skårderud.

Etter terapitimen vender mange pasienter tilbake til et miljø der det er vanskelig å opprettholde det de har lært, og så faller de tilbake til gamle mønstre. Det kan være familie, kolleger, eller simpelthen samtidskulturen, sier Skårderud.

– Hvis man som terapeut bruker tre kvarter i uka med en ung kvinne eller mann og så bruker de fire timer hver dag på dårlige kroppsblogger, så er dette med på å opprettholde problemene. Da blir det viktig å ha fokus på folks miljøer mellom timene og ikke hva som skjer i timene.

Skårderud avslutter med å trekke frem den feministiske psykoterapeuten Susie Orbachs syn på terapi.

– Hun har uttalt at vi kan ikke bli politikere i terapirommet, men med de kunnskaper vi får fra terapi, må vi begynne å agere politisk. Det er min forståelse også.

– *Nå skal jo psykologer inn i kommunene da, så da får de jo en slik posisjon.*

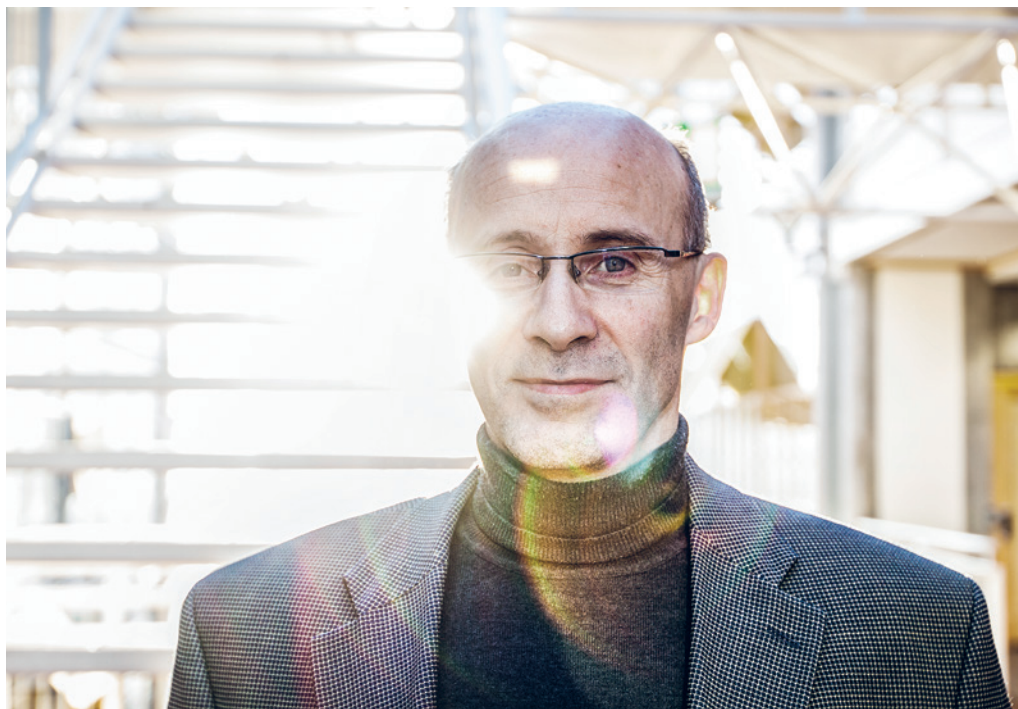
– Kjempefint. ✘

STØTTER KRITIKKEN FRÅ HOLTE

Psykologar kan ikkje førebygging, meiner helsepsykologiprofessor Arne Holte. Han har nokre gode poeng, svarer instituttleiaren ved NTNU i Trondheim.

STØTTER KRITIKK

Innspela frå Arne Holte er gode og vil bli lytta til, ifølgje instituttleiaren Magne Arve Flaten ved NTNU i Trondheim. Foto: Kristoffer Furberg



TEKST

Øystein Helmikstøl

I JULIUTGÅVA av Psykologtidsskriftet vart stortingsvedtaket om kommunepsykologar omtalt. Målet er at dei kommunale psykologane i større grad skal arbeide meir system- og samfunnsretta i tillegg til helsefremjande og førebyggjande.

- IKKJE KOMPETANSE

Men norske psykologar har ikkje den kompetansen som skal til for å gjere jobben politika-

rane tar for gitt at dei kan, ifølgje Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi ved Universitetet i Oslo.

– Dei fleste psykologar kan knapt definere førebygging, sa Holte i juliutgåva.

Han fekk ikkje støtte verken frå Pål Kraft, innstituttleiaren ved Universitetet i Oslo, instituttleiaren Ingunn Skre eller Rannveig Grøm Sæle, nestleiaren for utdanninga ved Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø.

- GODE INNSPEL

Instituttleiar Magne Arve Flaten ved NTNU i Trondheim er ikkje like avvisande til den sterke kritikken frå Holte i juliutgåva.

– Først ei saksopplysing som Arne Holte ikkje nemner: Institutt for psykologi, NTNU, har to emne i samfunnspsykologi, eit teoriemne og eit i anvendt og klinisk samfunnspsykologi. Bortsett frå det har Arne Holte nokre gode poeng.

Flaten skriv i ein e-post til Psykologtidsskriftet at den gjeldande nasjonale planen for profesjonsutdanninga i psykologi legg hovudvekta på den terapeutiske og individfokuserte utforminga av psykologrollen. Der står det at «studiet skal kvalifisere studentene til å kunne stille diagnose samt å tilby psykologisk behandling for psykiske lidelser. I tillegg trengs det både samfunns-, sosialpsykologiske, og folkehelseperspektiv på forebygging og helsefremming på lokalt og nasjonalt plan.»

– Dette er særleg viktig ettersom kommunepsykologane skal arbeide i kommunane. Det Holte vidare har rett i, er at psykologutdanninga slik den er i dag, kan bli betre når det gjeld å kvalifisere for arbeid som kommunepsykolog.

Studentane har ifølgje Flaten for lite kunnskap om forebygging og omgrep knytt til dette, og han meiner at ei revidering av Nasjonal plan for profesjonsutdanning i psykologi bør legge større vekt på forebygging og helsefremming. Nasjonalt profesjonsråd for psykologiutdanning har starta eit arbeid for å revidere den nasjonale planen.

– Innspela frå Arne Holte er gode og vil bli lytta til i denne revisjonen, skriv Flaten.

VIL STYRKE UTDANNINGA

Professor Jarle Eid er dekan ved Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen og leier Universitets- og høgskolerådet sitt nasjonale profesjonsråd for psykologi. Han skriv i ein e-post at han er samd med Arne Holte i at det er viktig å ha eit kontinuerlig fokus på fagleg innhald, ferdighetstrening og praksisinnhald i psykologutdanninga.

Kunnskapsdepartementet si planlagde gjennomgang av alle dei 19 norske helse- og sosialfagutdanningane vil også bety at brukarane i større grad enn tidlegare kan stille krav til korleis psykologutdanningar i Noreg skal vere i framtida, påpeiker Eid.

– Når psykologane får større ansvar og nye oppgåver innanfor forebygging og primærhelse, vil det vere naturleg å styrke utdanning, praksis og ferdighetstrening ytterligare på dette området, slik Arne Holte er inne på.

SAMFUNNSPSYKOLOGI

Eid framhevar at psykologar lenge har arbeidd som kommunepsykologar, i skuleverket, barnevern og primærhelsefeltet.

– Ved UiB har psykologutdanninga heilt sidan 1980-talet hatt tunge innslag av samfunnspsykologi, ikkje minst med teori og praksis frå PP-tenesta – forebyggjande og systemorientert arbeid nettopp retta mot barn i barnehage og skule. Sjølv om studieplanen ved UiB i dag har eit sterkt fokus på klinisk psykologi, har vi også funne plass til å styrke undervisning og praksis i samfunnspsykologi. Studentane møter samfunnspsykologiske emnar og problemstillingar fleire stader i det 6-årige studiet, skriv dekanen. ✘



KRITIKK AV PSYKOLOGUTDANNINGA Professor emeritus Arne Holte sa til Psykologtidsskriftet i juli at psykologar ikkje kan forebygging.

Psykologar i kommunane

- Stortinget har vedteke at det frå 2020 skal vere lovpliktig å ha psykologkompetanse i kommunale helse- og omsorgstenester.
- Om lag 60 prosent av kommunane har psykologkompetanse i dag.
- Det er i dag 377 psykologstillingar hos dei 255 kommunane/bydelane som fekk tilskot i 2016.
- I tillegg seier 224 medlemmer i Psykologforeningen at dei jobber i PP-tenesta i skulen.
- 95 prosent av kommunepsykologane inngår i forpliktande tverrfagleg samarbeid.

Kilder: Stortinget.no, Norsk psykologforening

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 722-731 FAGFELLEVDERT

BIRGITTE KRISTIN RUSTEN¹, INGRI MIDTSTIGEN¹, SOLVEIG S. GJEMS², KRISTER W. FJERMESTAD¹¹Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, ²Seksjon for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri, Rikshospitalet, Nasjonal kompetansetjeneste for psykosomatiske tilstander hos barn og unge

KONTAKT ingri_midstigen@hotmail.com*

BEHANDLING AV BARN OG UNGE MED KONVERSJONSLIDELSER

– En litteraturgjennomgang

Konversjonslidelser hos barn har få klare retningslinjer for behandling. Denne litteraturgjennomgangen gir en praktisk oversikt over behandlingsstudier og faktorer som kan påvirke bedring.

Konversjonslidelser er forstyrrelser i kroppslige funksjoner med nevrologiske, sensoriske eller motoriske symptomer som ikke (fullt ut) kan forklares av kjente medisinske årsaker (American Psychiatric Association, 2000). I ICD-10 kodes konversjonslidelser med kodene F44.0 til F44.9, som inkluderer dissosiativ amnesi, stupor, motoriske forstyrrelser, krampetilstander, følelseløshet og sanseutfall, samt transe- og besettelsestilstander (World Health Organization, 1992). I DSM-IV-TR og DSM-V brukes samlebegrepet konversjonslidelser, som kodes i kategori 300.11 (American Psychiatric Association, 2000; 2013). Konversjonssymptomer oppleves av pasienten som ufrivillige og kan variere fra milde og forbigående somatiske plager til kroniske funksjonsnedsettelse (Kozlowska, Nunn & Rose, 2007). I tillegg til konversjonslidelse brukes også enkelte smalere og videre begreper i klinisk sammenheng. De vanligste er medisinsk uforklarlige symptomer (MUS), psykogene ikke-epileptiske anfall

ABSTRACT

Treatment of youth with conversion disorders: A literature review

Conversion disorders (CD) are neurological, sensory, or motor symptoms not (fully) explainable by a known medical disorder. Our aim was to examine type and effects of treatments available for CD, including outcome predictors. We identified 18 case series (combined N = 534, mean age 13,2 years, 37,4 % boys). Treatments included psychoeducation and individual, family, and/or multi-disciplinary involvement, usually adapted for individual patient needs. Remission rates ranged from 20-100 %. Factors possibly linked to outcome across the studies were accept of the disorder, co-morbid disorders, pre-disposing and eliciting factors, early diagnosis, tailored and multi-disciplinary treatment, and family factors. The reviewed studies have poor methodological quality and results should be considered with caution. Nevertheless, due to limited knowledge among health professionals, our results have relevance for clinical practice with pediatric CD.

Key words: conversion disorder, youth, treatment, review

.....

* Manuskriptet er en vesentlig omarbeidet versjon av Rusten og Midtstogens hovedoppgave, levert ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, høsten 2016. Rusten og Midtstigen har mottatt studentstipend fra Norges forskningsråd for å omarbeide oppgaven til vitenskapelig artikkel.



(PNES) og psykogen bevegelseslidelse. Forekomsten av konversjonslidelser varierer mellom 1 til 4:100 000 (Ani, Reading, Lynn, Forlee & Garralda, 2013; Kozłowska et al., 2007) og 1:1000 (Lieb, Pfister, Mastaler & Wittchen, 2000). Konversjonslidelse forekommer hyppigere blant ungdom enn blant yngre barn (Nandi, Banerjee, Nandi & Nandi, 1992) og ses oftere blant jenter (Lieb et al., 2000).

Ved konversjonslidelser hos barn er det rapportert om høy grad av komorbiditet for psykiske vansker, spesielt angst og depresjon (Bhatia & Sapra, 2005; Kozłowska et al., 2007; Sawchuk & Buchhalter, 2015). Mange har også fysiske symptomer i tillegg til konversjonssymptomet. Hyppigst forekommende er somatoforme smerter og utmattelse (Kozłowska et al., 2007). Lavere psykososial funksjon, inkludert søvn- og skolevansker og færre fritidsaktiviteter, er beskrevet for barn med PNES (Akdemir, Uzun, Pehlivanurk-Ozsungur & Topcu, 2013; Salpekar et al., 2010).

Når det gjelder predisponerende faktorer, er temperament og personlighetstrekk sentrale (Gjems, 2016). Klinisk kjennetegnes pasientgruppen av høy grad av sensitivitet for omgivelsene. Barna har en tendens til å sette egne behov og følelser til side og tilpasse seg omgivelsenes forventninger og krav. Barn med konversjonssymptomer er funnet å ha lavere stresstoleranse og dårligere mestringsstrategier for håndtering av negative følelser (Garralda & Rask, 2015). Av psykososiale predisponerende faktorer er det særlig opplevelse av separasjon og tap som peker seg ut, i tillegg til familiekonflikter og vansker relatert til skole (Kozłowska et al., 2007). Psykososial belastning kan forekomme nært sammenfallende i tid med konversjonssymptomet, men det kan også dreie seg om akkumulert psykososial belastning i lang tid forut for symptomdebut (Gjems, 2016).

Familien påvirkes ofte av barnets konversjonslidelse. Barnets symptomer kan oppleves dramatiske og alvorlige, noe som kan medføre bekymring og rådvillhet for omsorgsgivere (De Gusmao et al., 2014). En opplevelse av ikke å bli tatt på alvor av helsevesenet kan også føre disse familiene ut i søk etter ytterligere medisinsk utredning og behandlingstiltak, og de kan både være lite hensiktsmessige og kostbare, samt smertefulle og/eller skremmende for barnet (Diseth & Christie, 2005; Gjems, 2016). Konversjonslidelser opptar også mye tid og ressurser i hjelpeapparatet (De Gusmao et al., 2014; Kozłowska et al., 2007). I mangel på andre tiltak blir løsningsforsøket ofte å henvise barnet til nye medisinske undersøkelser (Gjems, 2016). Omsorgsgivere kan få høyt fravær fra arbeid fordi de må ta vare på barnet. For pasienter, familier og samfunnet som helhet er det derfor hensiktsmessig med effektiv behandling av konversjonslidelser (De Gusmao, 2014).

Det er publisert to Cochrane-gjennomganger med formål å undersøke effekt av psykososiale intervensjoner for voksne med konversjonslidelse (Ruddy & House, 2005; 3 studier) og ulike former for psykoterapi og atferdsbehandling for voksne med ikke-epileptiske anfall (Martlew, Pulman & Marson, 2014; 12 studier). Begge konkluderte med at det ikke er mulig å fastslå effekt på bakgrunn av heterogenitet og metodiske svakheter på tvers av de vurderte studiene (Martlew et al., 2014; Ruddy & House, 2005). I en gjennomgang av 18 studier av voksne med ikke-epileptiske anfall ble det funnet at 10 av studiene hadde lavere enn 40 % remisjonsrate (Durrant, Rickards & Cavanna, 2011). I en gjennomgang av 24 behandlingsstudier av voksne med psykogene motoriske forstyrrelser var i gjennomsnitt 39 % av pasientene uendret eller forverret ved oppfølgingsstidspunktet (Gelauff, Stone, Edwards & Carson, 2014).

Det er ikke gitt at kunnskap fra voksenfeltet kan overføres til barnefeltet. I 2005 ble det publisert en systematisk kunnskapsoversikt om utredning og behandling av barn med traumerelaterte dissosiative lidelser (konversjonslidelser; Diseth & Christie, 2005). Målet med gjennomgangen var å gi en oppdatering på vurderings- og diagnostiseringsverktøy i de nordiske landene, samt å gi en oversikt over passende terapeutiske intervensjonsmodeller for barn og unge. Oversikten inkluderte 175 artikler som beskrev aspekter ved vurderings- og diagnostiseringsverktøy, og 290 artikler som beskrev ulike aspekter ved behandling, alle publisert mellom 1993 og 2003. Det ble ikke identifisert randomisert, kontrollerte studier med barn. Oversikten viste at det ofte ble benyttet en kombinasjon av individuell psykoterapi, familierapi og psykofarmaka som behandling av barn med dissosiative lidelser. Kognitiv atferdsterapi, hypnoterapi, eye movement desensitization (EMDR), psykodynamisk terapi og integrert tilnærming var de psykoterapeutiske retningene som oftest ble beskrevet. Ingen behandlingsmodell ble vurdert som overlegen andre modeller. Det generelle behandlingsmålet som ble beskrevet i studiene, var å avdekke barnets traume og så introdusere nye og mer hensiktsmessige strategier for mestring og for å uttrykke følelser og egne behov (Diseth & Christie, 2005).

Siden 2005 er det ikke publisert noen lignende litteraturgjennomgang av behandling av konversjonslidelser hos barn og unge, og det er behov for en oppdatert oversikt. Målet med denne litteraturgjennomgangen er å undersøke hvilken behandling barn og unge med konversjonslidelse gis, hva vi vet om effektene av slik behandling, og hvilke faktorer som eventuelt påvirker effektene.

METODE

Det ble utført innledende litteratursøk i Cochrane-databasene, men ikke identifisert systematiske litteraturgjennomganger som hadde inkludert barn under 18 år. Gjennom innledende søk i OVID Medline, PsychInfo og Web of Science ble det funnet to nyere systematiske litteraturgjennomganger som omhandlet behandling av barn og unge med PNES, altså kun én undertype konversjonslidelse (Morgan & Buchhalter, 2015; Reilly, Menlove, Fenton & Das, 2013). Til sammen inkluderte disse

gjennomgangene kun to studier publisert etter 2004. En annen systematisk litteraturgjennomgang av 12 studier undersøkte effekten av fysioterapi for konversjonslidelse hos barn og unge, og konkluderte med at effekt ikke kunne påvises (FitzGerald, Southby, Haines, Hough & Skinner, 2014).

Det ble utført videre litteratursøk i OVID PsychInfo, OVID Medline og Web of Science i februar 2016. Listen over søkeord med søkestrategi (tabell 1) ble brukt i OVID PsychInfo, OVID Medline og Web of Science. Inklusjonskriteriene for studiene var forholdsvis vide: Enkeltstudier som hadde med informasjon om behandling og utfall av behandling for konversjonslidelser og der gjennomsnittsalder for deltakerne var under 18 år, ble inkludert. Minimum antall deltakere ble satt til 5. Nedre tidsgrense for søket ble satt til 2004, da Diseth og Christies (2005) systematiske litteraturgjennomgang inkluderte studier publisert fram til desember 2003. Søket ble begrenset til engelskspråklige artikler. Søkene ble separat gjennomgått av to av forfatterne (IR + BR). Sammendrag ble lest og dannet bakgrunn for foreløpig utvelgelse av aktuelle studier. Neste trinn gikk ut på å sammenligne og diskutere utvelgelsen. Studier som viste seg ikke å møte inklusjonskriteriene for søket, ble valgt vekk (figur 1). Referanselister til litteraturgjennomganger og de inkluderte enkeltstudiene ble nøye gjennomgått. Dette tilførte ikke ytterligere inklusjon av studier.

De 18 inkluderte studiene ble registrert med følgende: forfatter og år, tjenestenivå og land, deltakere (alder, kjønn), diagnose, mål brukt i studien, intervensjon, observerte endringer og faktorer som påvirket utfall av behandlingen. Kontakt sisteforfatter dersom du ønsker tilgang til dette registreringsskjemaet. Flere av studiene beskrev intervensjonene som ble brukt mangelfullt. Det ble derfor sendt e-post til artikkelforfattere for å innhente mer informasjon, til sammen 25 e-poster, med åtte svar. Det ble ikke identifisert randomiserte og/eller kontrollerte studier. De inkluderte utfallsstudiene er kasserier uten kontrollgruppe. Slike studier har i utgangspunktet for lav metodologisk kvalitet til å besvare spørsmål om behandlingseffekt og eventuelle påvirkende faktorer (Nissen & Wynn, 2014). Det ble derfor ikke vurdert som hensiktsmessig å foreta separate kvalitetsvurderinger av enkeltstudiene, som så skulle sammenlignes statistisk.

Tabell 1 Søkeord og -strategi

Søkeord: mental dissociation; dissociative disorder*; dissociative motor disorder*; dissociative convulsions; dissociative anaesthesia and sensory loss; mixed dissociative disorder*; conversion disorder*; psychogenic; psychogenic non-epileptic seizure*; psychogenic non epileptic seizure*; PNES; non epileptic seizure*; non-epileptic seizure*; nonepileptic seizure*; psychogenic nonepileptic seizure*; functional neurological; functional symptom*; functional symptom disorder*; functional neurological symptom disorder*; medically unexplained symptom disorder*; MUPS; MUS; medically unexplained symptom*; child*; childhood; pediatric*; paediatric*; youth; adolescent*; treatment*; therapy; therapies; intervention*; rehabilitation

Strategi: Etter 34 enkeltøk pr. søkeord (1–34) ble også følgende kombinasjoner brukt:

35. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23

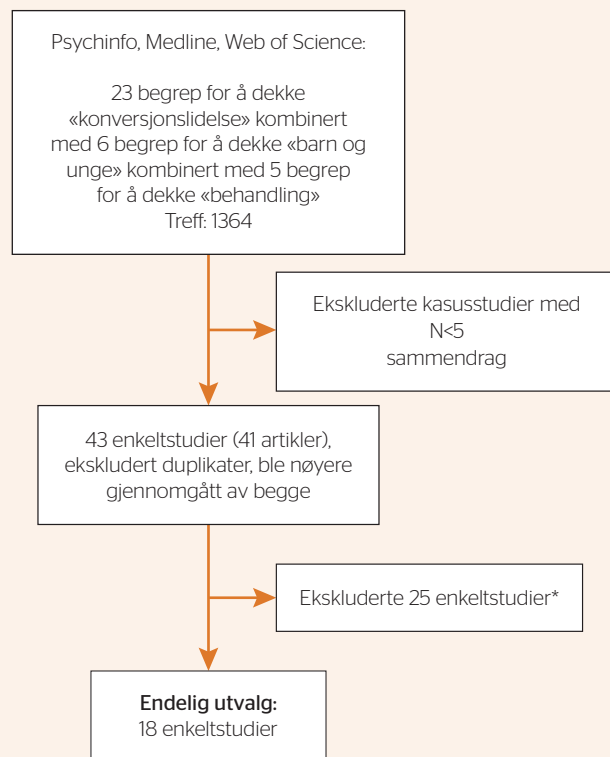
36. 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29

37. 30 or 31 or 32 or 33 or 34

38. 35 and 36 and 37

39. limit 35 to (english language and yr=»2004 -Current«)

Forklaring. PNES = psychogenic non epileptic seizure. MUPS = medically unexplained symptom disorder. MUS = medically unexplained symptom.



FIGUR 1 Flytskjema for søkeprosess og utvelgelse. *studiene ble vurdert som ikke relevante etter gjennomlesning.

Tabell 2 Oversiktsskjema for de inkluderte studiene

Studie	Setting ^a	N	Intervensjoner beskrevet brukt i studien			
			Psyko- edukasjon	Familiebehandling og systemisk arbeid	Individual- behandling	Tverrfaglig behandling
Papavasilou et al. (2004)	Hellas ³	6		X	X	
Bhatia & Sapra (2005)	India ³	50	X	X	X	
Cassady et al. (2005)	USA ²	5	X	X		X
Ghosh et al. (2007)	India ³	40			X	
Chinta et al. (2008)	India ³	17	X	X	X	
Jans et al. (2008)	Tyskland ^{2,3}	27		X	X	
Schwingenschuh et al. (2010)	England ³	15			X	X
Dale et al. (2010)	Australia ³	12	X	X	X	X
Faust & Soman (2011)	Canada ³	13		X	X	X
Gupta et al. (2011)	India ²	45	X	X	X	X
Kozłowska et al. (2013)	Australia ³	100	X	X	X	X
De Gusmao et al. (2014)	USA ^{1,3}	31			X	X
Klineberg et al. (2014)	Australia ³	7		X	X	X
Parain & Chastan (2014)	Frankrike ³	70			X	
Rawat et al. (2014)	India ³	34	X	X	X	
Yi et al. (2014)	Sør-Korea ³	25			X	
Pula et al. (2015)	USA ³	8	X		X	
Sawchuk & Buchhalter (2015)	Canada ³	29	X	X	X	

Forklaring. ^aTall i forhøyet skrift angir linjenivå (1.-, 2.- eller 3.-linjetjeneste).

RESULTATER

Inkluderte pasienter

Totalt 534 pasienter var inkludert på tvers av de 18 studiene (gjennomsnittlig N=30, median N=26). Kjønnfordeling var oppgitt for 527 pasienter (i 17 av 18 studier) og viste samlet 37,4 % gutter. Gjennomsnittsalder for deltakere på tvers av studiene var 13,2 år, med samlet aldersspenn (der dette var oppgitt) fra 4 til 79 år. Tretten av 18 studier inkluderte bare barn under 18 år, mens fem også inkluderte pasienter over 18 år. I fire av de fem studiene som også inkluderer voksne, er det oppgitt at det var «svært få» pasienter over 18 år, uten at antallet er spesifisert. I én studie beskrives 59 % av pasientene som ungdommer, mens det er uklart hvor mange som var barn eller voksne (Parain & Chastan, 2014). De fleste pasientene var diagnostisert med konversjonslidelse (ICD-10, DSM-IV-TR eller DSM-V). Mange pasienter ble oppgitt å ha komorbide vansker. Angstlidelser, depresjon og lærevansker var de hyppigst rapporterte. Av komorbide somatiske sykdomstilstander var epilepsi den hyppigst oppgitte, men det ble også beskrevet komorbide nevrologiske lidelser.

Behandlingens innhold

Litteraturgjennomgangen gir et bilde av hvilke typer behandling som gis til barn og unge med konversjonslidelser i ulike land i Asia, Australia, Europa og Nord-Amerika fra 2004 til 2016. Der varighet og intensitet ble oppgitt, var det som regel store forskjeller mellom behandlingsløpene for de enkelte deltakerne i samme studie. Varighet var typisk tilpasset den enkelte pasient. I mange av studiene ble deltakerne lagt inn for utredning/behandling ved sykehus i 3. linje i en startfase, og den videre behandlingen var ofte både innleggelse og senere poliklinisk oppfølging ved sykehus 3. linje eller ved lokale institusjoner (1. eller 2. linje, eller privat praksis). For de studiene der det er oppgitt årsak til hvilken type behandling som ble gitt (døgnbehandling eller poliklinisk/lokalt), var det som regel symptomenes alvorlighetsgrad som ble oppgitt som begrunnelse for valget. Fellestrekkene ved behandlingene kan samles under overskriftene psykoedukasjon, familiebehandling / systemisk arbeid, individuell behandling og tverrfaglig behandling.

Psykoedukasjon

Halvparten av studiene oppga å ha inkludert psykoedukasjon. Gjennomgående tema for psykoedukasjonen på tvers av studiene var å forklare og undervise om hva som kan forårsake og opprettholde lidelsen. Det beskrives at barnets behandler(e) forsøker å betrygge foreldre og barn om at lidelsen ikke er farlig, at den er reversibel og ikke et tegn på at barnet eller ungdommen er «unormal». Å anerkjenne symptomene og få til et skifte i synet på lidelsen som noe rent medisinsk eller organisk er også beskrevet som del av psykoedukasjonen.

Familiebehandling og systemisk arbeid

Tolv studier oppga at familien ble inkludert i behandlingen. Å oppmuntre barnet og foreldrene til å gjenoppta normale aktiviteter samt ikke å bidra til å forsterke en sykdomsrolle er behandlingselementer som beskrives. Flere studier beskrev også viktigheten av å redusere stressorer i barnets kontekst. Videre ble det vektlagt å øke foreldrekompetansen for å takle problemer og kriser.

Individuell behandling

Sytten studier oppga individuell behandling som en del av intervensjonen, spesifikt psykoterapi (12), psykofarmaka (12), fysioterapi (3), ergoterapi (2) og miljøterapi (1; antall studier i parentes). Det var stor variasjon i innholdsbeskrivelsene.

Teoretisk retning/tilnærming i psykoterapi: Ti studier oppga at pasientene mottok atferdsorientert terapi, hvorav åtte kognitiv atferdsterapi og to ren atferdsterapi. Analytisk orientert individualterapi beskrives i én studie, og psykoterapi etter løsningsfokuset tilnærming (LøFT)-modellen i en annen. De resterende ni studiene inkluderte ikke informasjon om teoretisk tilnærming.

Psykofarmaka: Det ble oppgitt at hensikten med psykofarmaka var å behandle komorbide lidelser. Psykofarmaka ble alltid brukt i kombinasjon med annen type intervensjon.

Tverrfaglig behandling: I åtte av studiene ble det eksplisitt beskrevet at behandlingen var tverrfaglig. Samarbeidet ble oftest angitt å være mellom pediater, psykolog/psykiater og nevrolog. Der det ble oppgitt hvilke fagpersoner som var involvert, er disse barnepsykiater/psykiater (6), nevrolog (5), barnelege/lege (4), psykolog (3), ergoterapeut (2), fysioterapeut (3) og sosionom (1; antall studier i parentes).

Utfall

Remisjonsratene varierte fra 20 til 100 %. Full remisjon/symptomfrihet ble rapportert for 80–100 % av pasientene i seks studier, 60–79 % av pasientene i fire studier, og 20–59 % av pasientene i fire studier. De resterende fire studiene brukte ikke kategoriene full remisjon / symptomfrihet ved bedring av lidelsen. Delvis bedring ble rapportert for 21–40 % av pasientene i to studier og for opptil 20 % av pasientene i åtte studier. Manglende endring / forverring ble rapportert for opptil 10 % av pasientene i seks studier og for 11–20 % av pasientene i fem studier. Fire studier rapporterte antall pasienter som droppet ut før tidspunktet for utfallsmåling, og tallet varierer mellom 7 og 18 %.

Faktorer som kan påvirke behandlingsutfall

Faktorer som ble trukket frem på tvers av studiene som mulige forklaringer på utfall, uten at dette nødvendigvis ble systematisk målt, er aksept av diagnose, betydningen av komorbide lidelser, nevrologiske tilstander og intellektuelle vansker, tidlig diagnosefastsettelse, tverrfaglig tilnærming og skreddersydd behandling, samt faktorer ved familien. Eksempel på betydning av aksept vises i en studie der et stort flertall av pasientene med delvis (67 %) eller full remisjon (77 %) viste aksept av diagnose etter utredning (Sawchuk & Buchhalter, 2015). En annen studie viste at en fysisk hendelse som utløsende årsak (f.eks. skade, virus, infeksjon) var forbundet med dårligere utfall (Klineberg et al., 2014). En studie fant at det fortsatt var høyt nivå av stress i familien for to av de fem pasientene som ikke oppnådde symptomlette ved konversjonslidelsen (Yi, Kim, Lee, Cheon & Kang, 2014). Vi understreker at eventuelle modererende/medierende effekter av faktorene ikke kan fastslås.

DISKUSJON

Denne litteraturgjennomgangen av behandling av konversjonslidelser hos barn tegner et bilde av hvilke typer behandling som tilbys denne gruppen. Intervensjonene beskrives sjelden i detalj, men sentrale elementer i flere studier er psykoedukasjon, foreldre- og systeminvolvement, og ulike former for individualbehandling. På tvers av studiene er bedring for deltakerne klart hyppigere beskrevet enn manglende endring / forverring. Metodologiske svakheter, pri-



Barna har en tendens til å sette egne behov og følelser til side





Av komorbide somatiske sykdomstilstander var epilepsi den hyppigst oppgitte

mært knyttet til manglende kontrollgrupper, gjør det likevel ikke mulig å konkludere med at behandlingene som beskrives, har effekt. Til tross for dette inneholder studiene beskrivelser av faktorer som kan ha sammenheng med godt behandlingsutfall, og disse kan ha klinisk relevans. Vi vil her trekke ut noen sentrale faktorer fra studiene som vi mener vil kunne styrke behandleres repertoar i møte med denne pasientgruppen. Vi vil drøfte disse faktorene i lys av praksis og erfaringer ved Seksjon for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri ved Rikshospitalet (heretter Rikshospitalet).

Viktigheten av å sette *tidlig diagnose* beskrives i flere studier. Tidlig diagnose vil kunne redusere unødvendig medisinsk utredning over tid, og dermed forebygge at vedlikeholdende onde sirkler etableres. Dette er et viktig poeng som samsvarer med praksis ved Rikshospitalet, som har som mål at den medisinske utredningen effektiviseres, og at barnet i minst mulig grad sendes fra spesialist til spesialist. Dersom flere leger er involvert, mener Rikshospitalet at én av dem bør ha hovedansvar for å samle resultatene og kommunisere med familien, for å forhindre at det gis forskjellige eller motstridende forklaringer på tilstanden.

Flere artikkelforfattere understreker at *tverrfaglig behandling* og *behandling tilpasset den enkelte pasient* har sammenheng med positivt utfall. Rikshospitalet mener at det er nødvendig med et forpliktende samarbeid mellom somatiske tjenester og psykisk helsevern, siden pasientene ellers lett faller mellom to stoler i helsevesenet (Gjems, 2016). Mange av pasientene faller helt eller delvis ut av skolen, noe som viser nødvendigheten av at helsevesen og skole samarbeider.

I studiene vektlegges betydningen av alltid å vurdere mulige predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer, som komorbide lidelser, intellektuelle vansker og faktorer knyttet til familieforhold. Vi mener at det her er verdt å merke seg at det sjelden er rapportert om traume som utløsende årsak. Det beskrives oftere andre typer psykososiale stressorer eller fysisk hendelse som utløsende årsak. Rikshospitalet erfarer også at det ofte er kumulativt stress heller enn én enkeltstående hendelse som utløser tilstanden.

Flere artikkelforfattere trekker frem at *psykoedukasjon* og *aksept av diagnose* kan være sentralt for godt behandlingsresultat. Det

beskrives også at et mulig hinder for godt behandlingsutfall er at pasienten og familien avviser psykososiale årsaker til konversjonslidelsen. Disse temaene er viktige for arbeidet ved Rikshospitalet. Dersom barn og familie ikke aksepterer diagnosen, er det fare for at letingen etter en medisinsk forklaring fortsetter. Hvordan helsepersonell snakker med pasient og familie om diagnosen, er avgjørende. Vi mener at som et første skritt er det essensielt at en lege som har satt seg godt inn i sykehistorien og kjenner pasienten, kan kommunisere med trygghet at tilstanden er tatt på alvor og tilstrekkelig undersøkt medisinsk. Vi mener at dette er avgjørende for at barn og familier skal kunne ta imot en mer helhetlig forståelse av tilstanden. Vår erfaring er at utelukkelse av underliggende somatisk sykdom er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Vi opplever også at familien trenger å få en økt forståelse av at tilstanden ikke er «uforklarlig», selv om man ikke finner en klar medisinsk årsak. Vi ser at det er nødvendig å bruke tid på å forklare og trygge familien på at symptomer som kramper og lamelser kan forekomme uten at kroppslig sykdom ligger til grunn.

I en undersøkelse gjort blant norske fastleger ble det funnet at medisinsk uforklarlige symptomer var blant det fastleger fant minst meningsfullt å jobbe med, og noe de ønsket å bruke mindre tid på (Halvorsen, Edwards, Aaraas, Aasland, & Kristiansen, 2013). Dette representerer en klar utfordring for feltet. Det oppstår lett usikkerhet om hvordan konversjonstilstander hos barn skal forstås og behandles. Det er i dag lite kunnskap om tilstandene på alle nivåer i helsetjenesten, og på tvers av helsetjenestene har fagpersoner ofte ikke et nødvendig tverrfaglig samarbeid (Gjems, 2016). Rikshospitalets erfaring er at en del av pasientene ikke blir henvist til psykisk helsevern, da barna ofte fremstår som veltilpassede og uten åpenbare psykososiale vansker. Siden konversjonstilstander er vanskelige å forstå, er det vår erfaring at det ikke er uvanlig at pasient og familie har fått motstridende forklaringer på symptomene av ulikt helsepersonell. Vi opplever at fravær av en tilstrekkelig medisinsk årsak og manglende alternative forklaringer på tilstanden danner grobunn for sterk og vedvarende bekymring i familien, og ser at barna ofte befinner seg i en fastlåst situasjon, med stort funksjonsfall og lidelsestrykk.

Et barn med invalidiserende kroppslige symptomer og hans/hennes familie, som etter medisinsk utredning blir henvist til psykisk helsevern fordi en ikke har «funnet noe» somatisk, kan oppleve ikke å bli trodd (Ramberg & Diseth, 2012). Dette kan være eksempel på en dualistisk tankegang der symptomer som ikke forklares av en medisinsk diagnose, antas å være psykologisk forankret. I en undersøkelse av voksne med PNES fant en at det som pasientene opplevde som mest krenkende, var termer som «det sitter bare i hodet», «hysteriske anfall» og «pseudoanfall» (Stone et al., 2003). Disse måtene å omtale lidelsen på impliserer en rent psykologisk årsak, og antyder at plagene ikke er reelle. De termene som ble vurdert som minst krenkende, var «funksjonelle anfall» og «stressrelaterte anfall». Disse måtene å omtale konversjonslidelse på kan ses som mer årsaksnøytrale (Stone et al., 2003).

For mange pasienter er det ikke klart om de opplever at symptomene kommer fra somatiske eller psykologiske faktorer, og det kan ses som utdatert og lite hensiktsmessig å forsøke å forklare årsaksforholdet så enkelt som at det dreier seg om enten soma eller psyke (Fors, Jacobsen, Borchgrevink & Stiles, 2014). Den biopsykososiale modellen (Engel, 1977) formidler tanken om at alle somatiske og psykiske lidelser skyldes både biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Disse påvirker hverandre i ulik grad og styrke ut ifra barnets unike forutsetninger, erfaringer, egenskaper og det miljøet barnet befinner seg i. Å ha et perspektiv i tråd med den biopsykososiale modellen i arbeid med barn og unge betyr å ta både sykdomsperspektivet, utviklingsperspektivet og familieperspektivet samtidig (Gjone & Vandvik, 2006). Et slikt perspektiv, samt å bruke begrep og uttrykk som ikke impliserer rent psykologisk årsak, kan være en hjelp på veien for å etablere en allianse og få barn og familie til å akseptere diagnosen.

Begrensninger

I denne litteraturgjennomgangen ble det ikke identifisert randomiserte kontrollerte studier, og de inkluderte enkeltstudiene er kasserier uten kontrollgruppe. Denne type studier har ikke et design som muliggjør fastsettelse av årsaksforhold mellom intervensjon og utfall. Det vurderes også som problematisk å generalisere og å komme med anbefalinger på bakgrunn av slike studier (Balshem et al., 2011; Nissen & Wynn,

2014; Shadish, Cook & Campbell, 2002). Hvorvidt de rapporterte behandlingsutfallene kan skyldes spontan bedring eller regresjon mot gjennomsnittet, er dermed ikke mulig å vurdere. Det finnes flere årsaker til at det ikke er gjennomført randomiserte kontrollerte studier eller inkludert kontrollgrupper. For det første er konversjonslidelse blant barn og unge relativt sjelden, noe som vanskeliggjør rekruttering av deltakere. Symptomene vekker også ofte alvorlig bekymring, noe som ofte medfører medisinsk utredning og vanskeliggjør randomisering til venteliste.

Vi vurderer likevel at rapportene om observerbare endringer hos barn og unge etter behandling for konversjonslidelse er viktig kunnskap. Spesielt viktig er det at endringene i hovedsak beskrives å gå i positiv retning. På tvers av studiene er høyest rapporterte forverringsrate oppgitt til 20 %, noe som bare gjaldt to studier. Det tas forbehold om at flere av studiene kan ha utelatt å rapportere forverring. Kasserier kan være spesielt utsatt for publiseringsskjevhet (Nissen & Wynn, 2014). Klinikker med gode resultater kan være mer motiverte for å sende inn artikler til vurdering enn klinikker som har dårlige resultater, og gode resultater er gjerne mer publiserbare enn dårlige resultater. Med disse viktige forbeholdene antyder vår litteraturgjennomgang likevel at flere barn oppnår bedring og færre forblir uendret eller forverres sammenliknet med studier av voksne (Durrant et al.; Morgan & Buchhalter, 2015; Reilly et al., 2013). En systematisk litteraturgjennomgang av utfall etter behandling for konversjonssymptomer hos voksne viste at opptil 90 % forblir uendret eller er forverret ved oppfølgingstidspunkt (Gelauff et al., 2014). Vår studie kan tyde på at prognosen er mer lovende for barn og unge, noe som også er beskrevet tidligere (Durrant et al., 2014).

KONKLUSJON

Denne litteraturgjennomgangen av 18 studier om behandling av konversjonslidelser hos barn og unge viste stor variasjon i utfall og vesentlige metodesvakheter på tvers av studiene. Kunnskapen om barn og unge med konversjonslidelser bør økes. Det er behov for forskning utover kasserier, med design som inneholder kontrollbetingelser, randomisering, funksjonsmål og langtidsoppfølging. Økt kunnskap om hvilke barn som ikke oppnår bedring, er spesielt viktig for å sikre bedre behandling for barn og unge med konversjonslidelser. ✕ »

REFERANSER

* = inkludert i litteraturgjennomgangen

- Akdemir, D., Uzun, O., Pehlivanurk, B.O., & Topcu, M. (2013). Healthrelated quality of life in adolescents with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior, 29*, 516–520. DOI: 10.1016/j.yebeh.2013.09.015
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. utg. tekstrevisjon)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. utg)*. Washington DC: American Psychiatric Association. Hentet fra <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
- Ani, C., Reading, R., Lynn, R., Forlee, S. & Garralda, E (2013). Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the U.K. and Ireland. *British Journal of Psychiatry, 202*, 413–8. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.116707
- Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H.J., Oxman, A.D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G.E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., Norris, S., Guyatt, G.H. (2011). GRADE-guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology, 64*, 401–406. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.015
- *Bhatia, M.S. & Sapra, S. (2005). Pseudoseizures in children: A profile of 50 cases. *Clinical paediatrics, 44*, 617–621. DOI: 10.1177/000992280504400710
- *Cassady, J., Kirschke, D., Jones, T., Craig, A.S., Bermudez, O.B., Schaffner, W. (2005). Case Series: Outbreak of Conversion Disorder Among Amish Adolescent Girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44* (3), 291–297. DOI: 10.1097/00004583-200503000-00014
- *Chinta, S.S., Malhi, P., Singhi, P., & Prabhakar, S. (2008). Clinical and psychosocial characteristics of children with nonepileptic seizures. *Annals of Indian Academy of Neurology, 11* (3), 159–163. DOI: 10.4103/0972-2327.42935
- *Dale, R.C., Singh, H., Troedson, C., Pillai, S., Gaikiwari, S., & Kozłowska, K. (2010). A prospective study of acute movement disorders in children. *Developmental Medicine and Child Neurology, 52* (8), 739–748. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2009.03598.x
- *De Gusmao, C.M., Guerriero, R., Bernson-Leung, M.E., Pier, D., Ibeziako, P.I., Bujoreanu, S., Maski, K., Urion, D., & Waugh, J.L. (2014). Functional neurological symptom disorders in a pediatric emergency room: Diagnostic accuracy, features, and outcome. *Pediatric neurology, 51*, 233–238. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2014.04.009.
- Diseth, T.H. & Christie, H.J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry, 59*, 278–292. DOI: 10.1080/08039480500213683
- Durrant, J., Rickards, H., & Cavanna, A.E. (2011). Prognosis and outcome predictors in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Research and Treatment, 2011*, artikkel-ID 274736. DOI: 10.1155/2011/274736
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196* (4286), 129–136.
- *Faust, J., & Soman, T. (2011). Psychogenic movement disorders in children: Characteristics and predictors of outcome. *Journal of child neurology, 27* (5), 610 – 614. DOI: 10.1177/0883073811422753
- FitzGerald, T., Southby, A.K., Haines, T.P., Hough, J.P., Skinner, E.H. (2014). Is physiotherapy effective in the management of child and adolescent conversion disorder? A systematic review. *Journal of Paediatrics and Child Health, 51*, 159–167. Doi: 10.1111/jpc.12630
- Fors, E.A., Jacobsen, H.B., Borchgrevink, P.C., & Stiles, T.C. (2014). Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 51*, 365–377.
- Garralda, E. & Rask, C.U. (2015). Somatoform and related disorders. In: Rutter's Child and Adolescents Psychiatry, 6th edition, 72, 1035–1054.
- Gelauff J., Stone J., Edwards, M., & Carson A. (2014). The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 85*, 220. DOI: 10.1136/jnnp-2013-30532
- *Ghosh, J.K., Majumder, P., Pant, P., Dutta, R., & Bhatia, B.D. (2007). Clinical Profile and Outcome of Conversion Disorder in Children in a Tertiary Hospital of North India. *Journal of Tropical Pediatric, 53* (3), 213–214. DOI: 10.1093/tropej/fml088
- Gjems, S. (2016) «Det sitter mellom ørene» – Medisinsk uforklarte symptomer hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 53* (2), 112–116.
- Gjone, H., & Vandvik, I.H. (2006). Psykosomatiske presentasjonsformer. I Norsk barnelegeforening (red.), Generell veileder i pediatri (3. utg.). Oslo: Den Norske Legeforening.
- *Gupta, V., Singh, A., Upadhyay, S. & Bhatia, V. (2011). Clinical profile of somatoform disorders in children. *Indian Journal of Pediatrics. 78* (3), 283–286. DOI: 10.1007/s12098-010-0282-z.
- Halvorsen, P.A., Edwards, A., Aaraas, I.J., Aasland, O.G., & Kristiansen, I.S. (2013). What professional activities do general practitioners find most meaningful? Cross sectional survey of Norwegian general practitioners. *BioMed Central Family Practice, 14*, 41. DOI: 10.1186/1471-2296-14-41
- *Jans, T., Schneck-Seif, S., Weigand, T., Schneider, W., Ellgring, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2008). Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2*, 19–29. DOI: 10.1186/1753-2000-2-19
- *Klineberg, E., Rushworth, A., & Bibby, H., Bennett, D., Steinbeck, K., & Towns, S. (2014). Adolescent chronic fatigue syndrome and somatoform disorders: A prospective clinical study. *Journal of Paediatrics and Child Health, 50*, 775–781. DOI: 10.1111/jpc.12653.
- *Kozłowska, K., English, M., Savage, B., Chudleigh, C., Davis, F., Paull, M., Elliot, A., & Jenkins, A. (2013). Multimodal rehabilitation: A mind-body, family based intervention for children and adolescents impaired by medically unexplained symptoms. Part 2: Case studies and outcome. *The American journal of family therapy, 41*, 212–231. DOI: 10.1080/01926187.2012.677723

- Kozłowska, K., Nunn, K.P., & Rose, D. (2007). Conversion disorder in Australian pediatric practice. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 68–75. DOI: 10.1097/01.chi.0000242235.83140.1f
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H.U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 194–208. DOI:10.1034/j.1600-0447.2000.101003194.x
- Martlew, J., Pulman, J., Marson, A.G., (2014). Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, 2. CD006370. DOI: 10.1002/14651858.CD006370.pub2
- Morgan, L.A., & Buchhalter, J. (2015). Psychogenic paroxysmal nonepileptic events in children: a review. *Pediatric Neurology*, 53, 13–22.
- Nandi, D.N., Banerjee, G., Nandi, S., Nandi, P. (1992). Is hysteria on the wane? A community survey in West Bengal, India. *The British Journal of Psychiatry*, 160 (1), 87–91; DOI:10.1192/bjp.160.1.87
- Nissen, T. & Wynn, R. (2014). The clinical case report: a review of its merits and limitations. *BioMedCentral Research Notes*, 7, 264. DOI: 10.1186/1756-0500-7-264.
- *Papavasiliou, A., Vassilaki, N., Paraskevoulakos, E., Kotsalis, C., Bazigou, H., & Bardani, I. (2004). Psychogenic status epilepticus in children. *Epilepsy & Behavior* 5, 539–546. DOI: 10.1016/j.yebeh.2004.04.011
- *Parain, D. & Chastan, N. (2014). Large-field repetitive transcranial magnetic stimulation with circular coil in the treatment of functional neurological symptoms. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 44, 425–431. DOI: 10.1016/j.neucli.2014.04.004
- *Pula, J.H., Fischer, M., Yuen, C.A., & Kattah, J.C. (2015). Using the theories of Joseph Bablinski to manage functional vision loss. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 28 (2), 46–52. DOI: 10.1097/WNN.0000000000000061
- Ramberg, B.K., & Diseth, T.H. (2012). Barn med langvarig smerte. Fanget i vonde sirkler – veier ut. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 241 – 246.
- *Rawat, S.V., Dhiman, V., Sinha, S., Sagar, K.J.V., Thippeswamy, H., Chaturvedi, S.K., Srinath, S., & Satishchandra, P. (2014). Co-morbidities and outcome of childhood psychogenic non-epileptic seizures — An observational study. *Seizure*, 25, 95–98. DOI: 10.1016/j.seizure.2014.09.011
- Reilly, C., Menlove, L., Fenton, V., & Das, K.B. (2013). Psychogenic non-epileptic seizures in children: a review. *Epilepsia*, 54 (10), 1715–1724.
- Ruddy, R., & House, A. (2005). Psychosocial interventions for conversion disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4. CD005331. DOI: 10.1002/14651858.CD005331.pub2.
- Salpekar, J.A., Plioplys, S., Siddarth, P., Bursch, B., Shaw, R.J., Asato, M.R., LaFrance, W.C Jr., Weisbrot, D.M., Dunn, D.W., Austin, J.K., Olson, D.M., & Caplan, R. (2010). Pediatric psychogenic nonepileptic seizures: A study of assessment tools. *Epilepsy & Behavior*, 17, 50–55. DOI: 10.1016/j.yebeh.2009.10.002.
- *Sawchuk, T. & Buchhalter, J. (2015). Psychogenic non-epileptic seizures in children – Psychological presentation, treatment, and short-term outcomes. *Epilepsy & behavior*, 52, 49–56. DOI: 10.1016/j.yebeh.2015.08.032.
- *Schwingsenschuh, P., Pont-Sunyer, C., Surtees, R., Edwards, M., & Bhatia, K. (2008). Psychogenic movement disorders in children: A report of 15 cases and a review of the literature. *Movement disorders*, 23 (13), 1882–1888. DOI: 10.1002/mds.22280
- Shadish, W., Cook, T., & Campbell, D. (2002). Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. New York: Houghton Mifflin Co.
- Stone, J., Campbell, K., Sharma, N., Carson, A., Warlow, C.P., Sharpe, M. (2003). What should we call pseudoseizures? The patients perspective. *Seizure*, 12, 568–572.
- Verrotti, A., Agostinelli, Mohn, A., Manco, R., Coppola, G., Franzoni, E., Cermignara, C, Parisi, P., Iannetti, P., Spalice, A., Balestri, P., Grosso, S., Chiarelli, F. & Curatolo, P. (2009). Clinical features of psychogenic non-epileptic seizures in prepubertal and pubertal patients with idiopathic epilepsy. *Neurological Sciences*, 30 (4), 319–323. DOI: 10.1007/s10072-009-0107-x
- World Health Organization. ICD-10. (1992). Classifications of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
- *Yi, Y.Y., Kim, H.D., Lee, J.S., Cheon, K., & Kang, H. (2014). Psychological problems and clinical outcomes of children with psychogenic non-epileptic seizures. *Yonsei Medical Journal*, 55 (6), 1556–1561. DOI: 10.3349/ymj.2014.55.6.1556.



Presentert av

Tonje Holt (til venstre), psykolog og PhD, og **Maren Sand Helland**, psykolog og PhD. Begge jobber med FamilieForsk-prosjektet ved Avdeling for Barns utvikling ved Folkehelseinstituttet. FamilieForsk har som formål å fremskaffe praksisrelevant kunnskap om foreldrekonflikter og hvordan barn påvirkes av konflikter og andre forhold i familien.

Bostedsordninger i Sverige

I en svensk levekårsstudie fant forskerne at barn som bodde sammen med begge foreldrene, og barn som bodde like mye hos begge foreldrene, rapporterte om færre helseproblemer.

Forskerne i denne studien sammenlignet levekår, helse og trivsel hos barn og ungdom som lever med ulike bostedsordninger i Sverige. Den baserte seg på tverrsnittsdata fra to store svenske levekårsundersøkelser, der mer enn 5000 barn og ungdom mellom 10 og 18 år og deres foreldre ble intervjuet om levekår, trivsel og helse. Barna ble delt inn i tre grupper: 1) barn og ungdom som bodde sammen med begge foreldrene, 2) barn og ungdom som delte på å bo 50 % hos hver av foreldrene, og 3) barn og ungdom som bodde kun med én forelder.

Resultatene viste at barn i familier der foreldrene bodde sammen, og barn som bodde like mye hos hver av foreldrene, rapporterte om færre helseproblemer, færre psykosomatiske bekymringer og mindre stress enn barn som kun bodde hos en av foreldrene. Barn som kun bodde hos én forelder, deltok i tillegg på færre fritidsaktiviteter, hadde et dårligere forhold til foreldre og venner, og de levde under dårligere materielle og økonomiske forhold.

Funnene antyder en sammenheng mellom bostedsløsning og ulike utfall hos barnet, men det er ikke gjort noen videre undersøkelser av hva denne sammenhengen kan skyldes. Dermed sier ikke studien noe om hvorvidt forskjellene skyldes bostedsordningen eller allerede eksisterende forskjeller i velstand og trivsel mellom familiene. En begrensning er at barn og ungdom som bodde mer eller mindre enn 50 % hos foreldrene, ble ekskludert fra studien. Dette har trolig ført til at forskjellene har blitt forsterket, og at resultatene er mindre relevante for barn av skilte foreldre som har en bostedsordning som ligger et sted mellom en 50/50-ordning og ikke noe samvær.

Referanse: Fransson, E., Låftman, S.B., Östberg, V., & Bergström, M. (2017). Child Indicators Research. doi:10.1007/s12187-017-9443-1

Godt foreldresamarbeid viktig for danske barn

Når barn trives med delt bosted, har det antageligvis sammenheng med mulighet til medbestemmelse og godt foreldresamarbeid.

Barns trivsel på tvers av ulike bostedsordninger i Danmark var gjenstand for en stor undersøkelse fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI). Studien fulgte 6000 barn fra fødsel og frem til de var 15 år gamle.

Resultatene viste at barn med utvidet samvær med begge foreldrene trivdes best, og at barn uten samvær med en av foreldrene trivdes dårligst. Det ble også vist at kvaliteten på foreldresamarbeidet og barnets opplevelse av å kunne påvirke rammene for ordningen var av betydning.

Funnene tyder på at barn med delt bosted har høyere trivsel enn barn som har lite eller ikke noe samvær med en av foreldrene, men at det ikke er bostedsløsningen i seg selv som påvirker barnas trivsel. I stedet kan sammenhengen forklares ved at foreldre til barn med utvidet samvær samarbeider bedre, og at barna i disse familiene har mer medbestemmelse. Det er en svakhet ved studien at den kun baserer seg på foreldrenes rapportering av barnas trivsel.

Referanse: Ottosen, M.H., & Stage, S.M.H. (2012). Delebørn i tal: en analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Økonomi mer avgjørende enn bostedsløsning

Type bostedsordning kan ha mindre betydning for barn i Norge, fordi levestandarden her i landet er høy.

I denne metastudien undersøkte man forskjeller i tilfredshet med livet mellom barn med ulike bostedsordninger, og hva som kunne bidra til å forklare forskjellene. Utvalget var hentet fra WHO's helseundersøkelser i 36 land i Europa og Nord-Amerika, med selvrappordata fra totalt 184 496 11-15-åringer.

Resultatene viste at barn som bodde med begge foreldre var mest tilfredse med livet, etterfulgt av barn med delt bosted og deretter barn som bodde med en enslig mor eller far eller med en forelder og en steforelder. Forskjellene mellom barn med delt bosted og de som bodde med en enslig mor eller mor og stefar var ikke lenger statistisk signifikante når forskerne kontrollerte for familieøkonomi. Sammenheng mellom bostedsordning og barnas tilfredshet med livet var sterkest i land med stor økonomisk ulikhet. Barn fra de nordiske landene hadde generelt høyere tilfredshet på tvers av bostedsordninger.

Funnene tyder på at levekårsforskjeller mellom ulike bostedsordninger kan forklare hvorfor barn med delt bosted rapporterer høyere tilfredshet med livet enn barn med enslige foreldre. Forskjellene i ungdommenes tilfredshet var også større i land med stor økonomisk ulikhet, noe som tyder på at type bostedsordning kan ha mindre betydning for barn i Norge, og at funn fra andre land ikke kan generaliseres til forholdene her.

Referanse: Bjarnason, T., Bendtsen, P., Arnarsson, A. M., Borup, I., Iannotti, R. J., Löfstedt, P., ... & Niclasen, B. (2012). Life satisfaction among children in different family structures: a comparative study of 36 western societies. *Children & Society*, 26(1), 51-62.

Om de valgte studiene og dagens kunnskapshull

Vi har trukket frem tre store kvantitative studier som alle presenterer resultater fra en nordisk kontekst. Studiene har litt forskjellige vinklinger og konkluderer derfor også ulikt om hvorvidt delt bosted i seg selv er forbundet med bedre trivsel, eller om forskjeller i trivsel først og fremst forklares av andre forhold. Det finnes også noen få andre viktige nordiske studier, særlig kvalitative studier av barns opplevelser med delt bosted. Vi mangler fortsatt kunnskap om hvordan de minste barna trives med delt bosted, og hvordan barns trivsel med ulike bostedsordninger påvirkes av forhold ved dem selv og familien deres, som foreldrekonflikter og spesiell sårbarhet hos barna. Den eksisterende forskningen har også i for liten grad involvert barnas eget perspektiv. I disse dager ferdigstilles en omfattende og systematisk kunnskapsoppsummering om effekter av delt bosted for barns tilpasning som forskere ved Folkehelseinstituttet skriver på oppdrag fra Barne-, ungdoms og familiedirektoratet.

Tonje Holt & Maren Sand Helland





«Hva med meg, da?»

Barn blir sjelden hørt i mekling etter samlivsbrudd. I meklingsmodellen Barn i mekling får barn selv gi sitt budskap til foreldrene.

ETTER DEN «TRADISJONELLE» meklingsformen med foreldre og mekler til stede har det vært vanlig å høre barnet ved at foreldrene formidler barnets synspunkt. Man har snakket *om* barnet, men ikke *med* det. I 2011 deltok det barn i 2,5 % av meklingene ved Grenland familiekontor (Fado, 2011). I 2015 deltok det barn i 28 % av meklingene (Fado, 2015). Økningen skyldes etableringen av meklingsmodellen Barn i mekling (BIM).

Bakgrunnen for utviklingen av BIM var Gjertrud Jonassens arbeid med et pilotprosjekt som omfattet 100 kliniske samtaler med 31 barn ved Grenland familiekontor i 2011 (Jonassen, 2015). 26 av barna rapporterte om betydelige vansker knyttet til foreldrenes samlivsbrudd, og da særlig de vedvarende konfliktene om samvær og det manglende foreldresamarbeidet. Arbeidet med meklingsmodellen ble en del av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets (Bufdir) Høykonfliktprosjekt som startet i 2012 (Bufetat, 2015). I 2013 startet et toårig forskningsprosjekt med fokus på BIM-modellen, i samarbeid med Universitetet i Tromsø og familievernkontorene i Grenland, Tromsø, Harstad og Sandefjord (Jonassen, 2015). Som mekler på Grenland familiekontor kom jeg tidlig i gang med å prøve ut BIM-modellen.

I denne artikkelen skal jeg diskutere hvordan meklingsmodellen BIM kan bidra til at barn blir hørt og tatt hensyn til ved foreldrenes samlivsbrudd.

BARN I MEKLINGSMODELLEN (BIM)

I samarbeid med kontorpersonalet blir det alltid informert om BIM-modellen når foreldre tar kontakt for å begjære mekling etter ekteskapsloven eller barneloven. Tilbudet er til barn mellom 5 og 16 år. Dersom foreldrene (som har foreldreansvar) ønsker dette, sendes innkallingsbrev til begge foreldre, samt en informasjonsbrosjyre til barna.

Når familien møter til første time, blir de møtt på venterommet av mekler, som først håndhilser på barna, før de alle blir med til meklingsrommet. Mekleren spør først om barna vet hvorfor de er med foreldrene på familiekontoret. Familien får så en kort introduksjon om hva som skal skje og om barnas rett til å bli hørt. Foreldrene vises til venterommet, mens barna får snakke alene med mekler i ca. 30 minutter. Søsken tilbys en felles samtale med mekleren, men det er også mulig å ha separate samtaler med mekleren dersom det er behov for det. Mekleren forklarer barna at det som snakkes om i barnesamtalen, forblir i rommet, men at dersom de ønsker å formidle noe til foreldrene, blir det skrevet ned i et budskaps-skjema. Mekleren presiserer at barna har rett til å uttale seg – eller la være, men at det uansett er de voksne som skal bestemme og lage en avtale.

Samtalene med barna berører tre hovedtemaer: 1) Hvordan har du/dere det? 2) Hva »

TEKST

Birgit Johansen Skifjell,
Psykolog og mekler,
Grenland familiekontor

KONTAKT

johansenbirgit@
hotmail.com

ILLUSTRASJON

Åge Peterson

er det som har skjedd? 3) Hvordan vil du ha det fremover? Avslutningsvis blir barna spurt om det er noe av det som er snakket om, som meklerin skal viderefremde til foreldrene. Meklerin fyller ut budskapsskjemaet med barnas egne formuleringer. Deretter følges barna ut på venterommet mens foreldrene tar plass i meklingsrommet. Foreldremeklingen starter med at meklerin gir en positiv tilbakemelding om barna. Deretter leses barnas budskap opp for foreldrene. Meklingen forløper så som normalt. Når barneavtalen utformes og skriftliggjøres, spør meklerin om noe av barnas budskap skal med i barneavtalen. Dersom barneavtalen ikke gjøres ferdig eller det av andre grunner er behov for ytterligere hjelp, får foreldrene tilbud om flere meklingstimer. Avslutningsvis blir barna invitert tilbake i meklingsrommet, og den skriftlige barneavtalen blir lest høyt for dem. Barna får hvert sitt visittkort av meklerin, slik at de kan ta kontakt med meklerin selv eller via foreldrene. Det blir så avtalt et evalueringsmøte som skal finne sted etter ca. et halvt år. Halvårsevalueringen skal gjennomføres på samme måte som første time og er ment å kvalitetssikre barneavtalen (Strandbu, 2014).

HJELPER BIM BARN TIL Å BLI TATT HENSYN TIL?

De to overordnede målene med BIM-modellen er å bidra til at foreldrene lykkes i å samarbeide til tross for konfliktene sine, og å ivareta et generelt forebyggende aspekt. I det følgende vil jeg gjøre nærmere rede for modellen med utgangspunkt i disse to hovedmålene.

1. Det generelle og forebyggende aspektet

I internasjonal litteratur er det fokus på at barns rett til å delta ikke betyr at barn skal bestemme, eller at ansvaret skal overføres fra foreldre til barn (Haugen & Rantalaiho, 2010). Med bakgrunn i en slik tenkning vurderes det som både forsvarlig og nyttig at barn deltar i mekling.

Informasjonsperspektivet

Haugen og Rantalaiho (2010) hevder at deltakelse i meklingsrommet handler om å få bringe frem hva barn selv synes er viktig, og om å få stille spørsmål, og få informasjon og svar. Et kasus illustrerer dette:

Mor «Anne» tok kontakt med familiekontoret for å begjære mekling etter ekteskaps-

loven. Hun ønsket separasjon fra «Per», som hadde «funnet seg en annen». Mor fortalte på telefonen at dette var vanskelig for dem begge – og at de ofte havnet i krangel. Som mekler har jeg som mål å hjelpe «Anne» og «Per» med å komme frem til gjensidig aksepterende avtaler om barna. Et annet hovedanliggende vil være å bidra til at foreldrekonfliktene mellom dem kan løses. Konfliktene kan både være sakskonflikter rundt bosted, samvær og økonomi, og de kan handle om emosjonelle og relasjonelle temaer mellom foreldrene (Gulbrandsen, 2013). «Anne» og «Per» kranglet om begge deler.

«Anne» og «Per» takket ja til å ha med barna, «Pål» på 13 år og «Lise» på 16 år, i meklingen. Da jeg i barnesamtalen stilte spørsmålet «Hva er det som har skjedd?», fikk «Pål» og «Lise» mulighet til å fortelle sin skilsmissehistorie og deres oppfatning og opplevelse av hendelsesforløpet: at foreldrene for noen uker siden fortalte at de ville prate med dem. At de satte seg ned i sofaen i stua alle fire, og at det var etter middag. På spørsmålet «Hvordan har dere det?» gav «Pål» og «Lise» meg et innblikk i hvordan de opplevde situasjonen de har havnet i. De hadde hatt en mistanke i forkant, «fordi mamma og pappa nesten aldri var hjemme samtidig og stadig småkranglet», men at de ble lei seg da mamma og pappa fortalte at de skulle skilles og flytte fra hverandre. «Man vil jo at foreldre skal holde sammen!» «Pål» og «Lise» syntes likevel situasjonen nå var litt lettere, men «at det kanskje skyldtes at pappa hadde flyttet og det var mindre krangler».

Budskapet fra barna viser foreldrene hva barna er opptatt av og trenger informasjon



De to overordnede målene med BIM-modellen er å bidra til at foreldrene lykkes i å samarbeide til tross for konfliktene sine, og å ivareta et generelt forebyggende aspekt

om. Under meklingen med foreldrene leste jeg opp fra budskapsskjemaet hva barna ønsket når de nå skulle leve med skilte foreldre. «Pål» og «Lise» ønsket å beholde kattene. «Pål» ønsket å se pappa så mye som mulig. «Lise» ville også det, men det var viktig for henne at pappa respekterte at hun måtte «få det til å gå opp med skolesituasjonen». Søsknene var enige i at det var ok at foreldrene diskuterte, men ikke at de kranglet. Da jeg leste det siste budskapet fra barna, «Mamma og pappa tror at vi ikke vet, men vi hører at de krangler om oss – og da blir vi så triste!», ble «Anne» og «Per» først stille og blanke i øynene. Så opplevde jeg at de som foreldre la fra seg voksenkonflikten og fokuserte på barna sine. De klarte da i samråd med meg å lage en skriftlig barneavtale i tråd med barnas ønsker. Foreldreansvaret skulle «selvfølgelig være felles». Det ble bestemt at barna skulle være hos pappa annenhver helg og bo fast hos mamma. Ønsket om fleksibilitet, spesielt for «Lise», var også noe de voksne tok innover seg. Kattene skulle også få bo i huset hos mamma.

Denne saken illustrerer hvordan det å inkludere barn skaper bevegelse i rommet og fører til at foreldrene ser barna sine bedre (Tjersland & Gulbrandsen, 2010; Strandbu, 2011).

Noen barn har behov for å fortelle om det de opplever fungerer bra også, som barna i dette budskapsskjemaet:

«Vi synes at mamma og pappa hører på oss og hva vi vil. Det er litt rart, men det har mye å si for oss at de er venner.»

Det at barnet har rett til å uttale seg, betyr også at barn har mulighet til å la være å uttale seg. En gutt på 11 år syntes det var greit å ha en samtale med meg som mekler, men ville ikke at jeg skulle skrive noe i budskapsskjemaet. Det å få rom til å stille spørsmål og få informasjon og svar kan i seg selv være et hovedanliggende for et barn.

I barnesamtalen i BIM-modellen stilles det ikke direkte spørsmål om hvor barna vil bo. Jeg har likevel erfaring med at de litt eldre barna oftere kan berøre bostedstematikk. For eksempel sier en tenåring:

«Jeg ønsker at bosituasjonen min skal være sånn som den er nå. Det er her (i huset) jeg føler meg hjemme, og har nærhet til skole og venner.»

Dette er i tråd med Hoviosen (2013), som intervjuet seks barn i alderen ni til femten år, som hadde erfaringer med mekling. Disse barna var entydige på at de ønsket å delta i meklingsprosessen. Dette begrunnet de blant annet med hensynet til å kunne påvirke eget liv og hvordan deres hverdag skulle organiseres.

I den første timen i en av BIM-meklingene mine gav barna uttrykk for at «alt fløt», og at det ikke fantes avtaler omkring samvær og bosted. Det ble her viktig å ha fokus på å få i stand rammer, struktur og forutsigbarhet for barna – og å skriftliggjøre dette i barneavtalen. I halvårsevalueringen formidlet barna dette i budskapsskjemaet:

«Det går fint nå. Vi har orden på hverdagen og ting. Og det er ingen krangler!»

Disse observasjonene er i tråd med deltakerne i undersøkelsen til Ness et al. (2014), som hadde en klar oppfatning av at barna ønsket seg fleksibilitet i samarbeidet, men forutsigbarhet i samværsavtalene. Barn ønsker en forutsigbar verden der de vet hvor de skal sove og bo, og hvem av foreldrene de skal være hos når (Ness et al., 2014). Informasjon om det barn synes er viktig, gir oversikt, trygghet og forutsigbarhet i livet og vil være sentrale faktorer for å lette situasjonen barnet har havnet i.

Antonovsky (2012) hevder at mennesker med en sterk opplevelse av sammenheng i livet vil mestre belastninger bedre enn de med svak opplevelse av sammenheng. I tillegg vil de ofte komme styrket ut av belastende situasjoner. Han hevder at forskjellene i motstandskraft avhenger av i hvilken grad vi opplever tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterbar. Å finne mening i sin erfaring ser ut til å være en svært viktig komponent for barn i en skilsmisseprosess (Egge og Glavin, 2014).

Foreløpige funn fra Strandbu og Thørnblad (2015) viser at 78 % av i alt 338 barn var utelukkende positive til å ha vært med i samtaler etter BIM-modellen. Mange syntes det gikk bedre enn de hadde trodd. I spørreskjemaet de fikk utdelt i forbindelse med meklingen, ble barna spurt om årsaker til at de syntes det var positivt å delta i meklingsprosessen med foreldrene. Barna svarte blant annet at «det var godt å «snakke ut» og «lette på trykket». De »

opplevde at meklerin forstod, var lett å snakke med, følte trykk og hjelp til å sette ord på det vanskelige. For mange var det «godt å snakke med noen som er nøytral til konflikten». Noen fokuserte på at «det var godt å få si sin mening, diskutere og være med og bestemme». Disse funnene støtter opp om eksisterende forskning – og gir støtte til at BIM-modellen kan lindre barns situasjon i foreldrenes samlivsbrudd.

Lojalitetsskvis

Flere har vært opptatt av om det er skadelig for barn å bli inkludert i beslutningsprosesser i forbindelse med familieförändringar, for eksempel at barns deltakelse kan medføre lojalitetskonflikter for barnet og dermed bli en ekstra belastning (Strandbu, 2011). For eksempel hevder Bruland og Taklo (2012–2013) at det er et altfor stort ansvar for barna å bli stående i en slik lojalitetsskvis mellom foreldrene. Dette ser man ofte som mekler, og det hender at foreldrene ikke ser at de trekker barna med i konflikten. Som mekler erfarer jeg noen ganger at barn som ikke ønsker at jeg skal viderefremde noe budskap til foreldrene, står i en slik lojalitetsskvis. Andre barn i lojalitetsskvis mellom foreldre blir svært tydelige i budskapsskjemaet, og sier for eksempel:

«Vi ønsker ikke å velge side, men vil bo mer med mamma, siden hun alltid har vært der for oss.»

For at barna skal oppleve deltakelsen som positiv, anser jeg det som en forutsetning at meklerin forsøker å synliggjøre en eventuell lojalitetskonflikt barnet står i. For eksempel kan «Pål» sitt ønske om en 50–50-samværsordning bety at han er redd for at han ved å «velge side» gir inntrykk av at han ikke er like glad i begge to. Dersom man som mekler opplever at barn er opptatt av å gjøre det lettere for foreldrene i deres konflikt – og ikke fokuserer på hva de selv vil, bør mekler forsøke å problematisere dette overfor foreldrene.

Har barna i de «vellykkede» meklingsene uten konflikt og lojalitetsskvis behov for BIM?

I en ekteskapsmekling møtte mor, far og to barn, en gutt på 9 år og en jente på 11 år. Mor

og far hadde skrevet ferdig en barneavtale rundt foreldreansvar, bosted og samvær, som de var enige om. Jeg observerte ingen konflikter eller uoverensstemmelser. Da jeg samtalte med barna, fortalte de at de nå hadde det greit, og at de hadde avtaler som fungerte. De fortalte også at de kunne prate med mamma og pappa om det meste. Da jeg spurte hva som hadde skjedd, ble de derimot blanke i øynene:

«Vi fikk vite det etter middag. Da de sa at de skulle gå fra hverandre, trodde vi først at de spøkte – så vi begynte å le. Og så forstod vi at det var alvor da mamma og pappa var helt alvorlige. Da løp lillebroren min ut mens jeg begynte å gråte.»

Da det ble tid for foreldremekling og opplesning av budskapsskjemaet, ble mor og far svært berørte da barna deres satte fokus på sjokket de hadde følt da de hadde fått vite at mamma og pappa skulle skilles. Internasjonale studier har vist at for barn som lever i hjem med liten grad av konflikt, kan samlivsbruddet komme som en stor overraskelse og medføre mye sorg og smerte (Størksen, 2007). Som mekler erfarer jeg at fokuset hos foreldrene ofte dreies mot det som fungerer godt nå, og alt de har fått til, mens barna fortsatt kan ha behov for å snakke om situasjonen de plutselig havnet i. Også barn i vellykkede samlivsbrudd kan ha behov for BIM.

2. Den fastlåste foreldrekonflikten: høykonflikt

Konflikter mellom foreldrene etter bruddet synes å være en av de viktigste risikofaktorene for problemutvikling hos barna, særlig dersom foreldrene har store og vedvarende konflikter som barna trekkes inn i (Rød et al., 2008). Dette gjelder ofte barnelovsmeklinger, der brudd og foreldrekonflikt har havnet i rettsystemet gjentatte ganger, men kan også gjelde ekteskapsmeklinger der samlivsbruddet kan være ganske ferskt.

«Ole» kontaktet familiekontoret og begjærte mekling etter barneloven. Han ønsket å gå til sak for å se datteren «Camilla» på 11 år oftere. Han opplyser at mamma «Mona» har fast bosted for datteren, og at han ifølge barneavtalen skal ha samvær med datteren annenhver helg. I det siste har mor (ifølge far) nektet ham samvær fordi hun hevder at han drikker for mye alkohol, noe han er uenig i. Mor har motvillig sagt ja til å ha med datteren i meklings-



Barn skal ikke overbeskyttes, men det finnes grenser for barns deltakelse

prosessen. I introduksjonen med alle til stede havner mor og far raskt i konflikt, med høye stemmer og beskyldninger. Jeg ser at «Camilla» er tydelig ukomfortabel og lei seg, så jeg hever stemmen og ber dem vente med diskusjonen til foreldremeklingen.

Først i barnesamtalen spør jeg «Camilla»: «Er det sånn det er mellom mamma og pappa til vanlig?» «Camilla» nikker. Hun var som barn ofte er, allerede innviet i foreldrekonflikten.

Mange barn er allerede involvert i foreldrekonflikten

Noen foreldre takker nei til å ha med barna i meklingsprosessen fordi de ønsker å beskytte barna fra det vonde og vanskelige. De grunngir det med at «barna ikke trenger å rippe opp i det vanskelige én gang til». Men mange barn er allerede innviet i konflikten og det vonde og vanskelige. To tenåringsøstre illustrerer denne involveringen, og formidler sitt perspektiv i budskapsskjemaet:

«Vi ønsker ikke å bli involvert i diskusjoner som dere egentlig kan ordne opp i selv.»

Under barnesamtalen kom «Camilla» frem til følgende budskap hun ønsket skulle formidles:

«Da jeg var på ferie hos pappa i sommer, var det ikke noe ålreit at han drakk så mye at han ikke var seg selv. Jeg vil gjerne være sammen med pappa, men da ønsker jeg at pappa skal la vær å drikke.»

Til tross for gjentatte påminnelser i foreldremeklingen mellom «Ole» og «Mona» om å forsøke å se bort fra egen konflikt og mot datterens ønsker og behov, måtte jeg avslutte meklingen uten enighet om en barneavtale – og uten et avtrykk fra «Camilla». Foreldrekonflikten ble heller ikke redusert. Man kan tenke seg at

«Camilla» burde vært beskyttet fra meklingen. Men forskning kan tyde på at det skjedde noe lindrende i BIM. Rød et al. (2008) undersøkte barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd. Både i forbindelse med akutte konfliktsituasjoner og i tilknytning til konflikter som hadde vedvart i flere år, var ett av hovedfunnene barnas opplevelser av *ikke å bli hørt*. De opplevde at deres mening ikke fikk avgjørende betydning, og at det var konflikten mellom foreldrene som fikk prioritet. Slik kan man vurdere at det mest sentrale for barn som står midt i langvarige foreldrekonflikter, er å bli hørt og tatt på alvor. Med bakgrunn i denne undersøkelsen kan det å snakke med og lytte til «Camilla» og andre barn i lignende situasjoner gjøre en stor forskjell.

Unntakene

Barn skal ikke overbeskyttes, men det finnes grenser for barns deltakelse (Strandbu, 2011). Der makten er svært ulik, for eksempel i saker med vold, rus eller psykisk sykdom, mener Bruland og Taklo (2012–2013) at man ikke skal mekle med barn til stede. De ser at manglende selvinnsikt hos foreldre hindrer gode løsninger for barn. Som mekler opplever jeg at det meste kan snakkes om i en strukturert og trygg setting. Verre er det hvis ingen snakker om de vanskelige og vonde hendelsene, slik at man får en barneavtale som i praksis ikke vil fungere eller være forsvarlig. Jeg har i enkelte meklinger sittet igjen med en opplevelse av å ikke helt få tak i det som hindrer partene i å samarbeide om barna. Etter første time har da én av partene informert meg om manipulering og psykisk og/eller fysisk vold. I slike tilfeller bør mekleren raskt sende saken videre til hovedforhandling i rettssystemet og eventuelt sende bekymringsmelding til Barnevernet, dersom de ikke allerede er involvert.

OPPSUMMERING

Som mekler erfarer jeg at meklingsmodellen Barn i mekling (BIM) gir en god mulighet til å forstå og ta hensyn til barn i brudd – og dermed lette barns situasjon. Barn har behov for å stille spørsmål og få svar, å bli lyttet til og tatt på alvor, og få en opplevelse av mening og mestring for å kunne håndtere situasjonen de står i. Noen ganger hender det at barns tilstedeværelse også fører til en reduksjon i foreldrekonflikten, som vi vet er så skadelig for barn.



LOVER OG KONVENSJONER

Lov om barn og foreldre av 1981 (barneloven)
 Lov om ekteskap av 1991 (ekteskapsloven)

REFERANSER

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Bruland, K.-M. & Taklo, T. (2012–2013). Mekling til barns beste? Hvordan kan vi skape gode løsninger for barn når foreldrene går fra hverandre? Oppsummering og utvikling av metoder i mekling. Delprosjekt fra BUFDIR. Familiekontoret i Nordfjord.
- Bufetat (2015). *Brosjyre til meklere. Barn i mekling*. Modellbeskrivelse. Bufetat: region sør.
- EGGE, H. & GLAVIN, K. (2014). Hvorfor det hjelper ungdom å delta i skilsmissegrupper. *Sykepleien*, 4. Artikkel 9: 332–339. Nedlastet den 22. september 2015 fra <http://sykepleien.no/forskning/2014/12/hvorfor-det-hjelper-ungdom-delta-i-skilsmissegrupper>.
- FADO/Bufdir (2011, 2015). Upublisert statistikk hentet fra FADO (fagsystemet som brukes av terapeuter og meklere i Familievernet) angående meklinger ved Grenland familiekontor.
- Gulbrandsen, W. (2013). Foreldrekonflikter etter samlivsbrudd. En analyse av samspill og kilder til det fastlåsende. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50, 538–551.
- Haugen, G.M.D. & Rantalaiho, M. (2010). Barns rettigheter i mekling ved separasjon og samlivsbrudd. I A.T. Kjørhold (red.), *Barn som samfunnsborgere – til barnets beste?* (s. 111–131). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hoviosen, G.K. (2013). Det er jo meg det gjelder. En kvalitativ studie av hvordan barn opplever sin deltakelse og medbestemmelse i foreldremekling. Notat. Fakultet for samfunnsfag, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Jonassen, G. (2015). *Sluttrapport til Bufdir om Barn i mekling*. Notat. Grenland familiekontor. (Upublisert).
- Ness, O. et al. (2014). Barns fornemmelse for brudd. Erfaringer med å vokse opp med skilte foreldre. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51, 814–821.
- Rød, P.A., Ekeland, T.-J. Thuen, F. (2008). Barnets erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: Problemforståelse og følelsesmessige reaksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, 555–562.
- Strandbu, A. & Thørnblad, R. (17. mars 2015). *Hva står på spill? Barns budskap til foreldre som skiller lag*. Erfaringsseminaret om BIM. Skien. (Upublisert).
- Strandbu, A. (2. september 2014). *Barneperspektivet og barnets deltakelse*. Erfaringsseminaret om Barn i mekling. Tromsø. (Upublisert).
- Strandbu, A. (2011). Barnets deltakelse. Hverdagslige og vanskelige beslutninger. Oslo: Universitetsforlaget.
- Størksen, I. (2007). Barn, unge og foreldrenes samlivsbrudd. I G.H. Helsing & K.T. Lærum (red.), *Godt nok samarbeid etter samlivsbrudd* (s. 67–73). Modum Bad: Samlivssenteret.
- Tjersland, O.A. & Gulbrandsen, W. (2010). Mekling ved samlivsbrudd: oversikt over modeller og ideologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47, 692–700.



FOTO: «CHILDREN» AV BENSON KUA / FLICKR.COM / CC

AKTUELT

Fattigdomsbekjempelse

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets oppvekstrappport for 2017 bærer tittelen *Økte forskjeller – gjør det noe?* Artikkelsamlingen tegner et tydelig bilde av hvordan en families dårlige økonomiske stilling gjør at barn og unge får en vanskelig oppvekst, og som Psykologforeningens president skriver i Aftenposten 4. juli: «Rapporten blir ekstra dyster lesning når vi vet at fattigdom er en av faktorene som sterkest predikerer psykiske helseproblemer.» Hans utspill kommer i kjølvannet av at Psykologforeningens sentralstyre den 8. juni vedtok at utjevning av sosiale forskjeller blir et overordnet mål for deres hovedsatsningsområde «Forebygging for barn og unge».

Vedtaket følger av en godt dokumentert sammenheng mellom å være barn i lavinntektsfamilier og høyere forekomst av psykisk uhelse. I dag lever hvert tiende barn i relativ fattigdom, og Oppvekstrapporten 2017 forteller om en tredobling av antall barn i denne kategorien. Tallene føyer seg inn i tidligere undersøkelser, slik som kunnskapsoversikten *Hvorfor har vi fortsatt sosial ulikhet i helse i Norge?* laget av Espen Dahl og kolleger. Forskerne uttalte da at Norge og de nordiske landene lenge var de beste til å bekjempe barnefattigdom, men vi klarer ikke lenger å skåne barne mot fattigdom. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet skriver selv om sin rapport at barn nå er overrepresentert i lavinntektsstatistikken.

Psykologtidsskriftet

Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd

Hensikten med den foreliggende undersøkelsen var å undersøke barns erfaringer av foreldrenes konflikter. Vi ønsket å belyse hvordan barna forsto og fortolket konfliktene, og hvordan de selv reagerte på dem. Det er ikke de antatt «normale» konfliktene vi har undersøkt. Barna som inngikk i undersøkelsen, hadde alle vært del av en barnefordelingssak som hadde vært ført for domstolen.

...

De fleste barn i denne undersøkelsen preges av negative følelser langs fire forskjellige følelsesspekter: aggressive, engstelige og depressive følelser, og skam og skyldfølelse. Styrken i det de uttrykker, sier noe om hvor viktig foreldrekonflikten er for dem. Gjennomgående vektlegger barna opplevelsene som belastende for sin livssituasjon også mange år etter selve samlivsbruddet.

...

Denne undersøkelsen indikerer at barn ikke kan beskytte seg mot foreldrenes konflikter, selv om domstolen har tatt det formelle ansvaret for barnefordelingen. For noen barn har domstolsprosessen bidratt til opplevelser av ikke å ha bli sett eller hørt i spørsmål som har stor betydning for deres livskvalitet og framtidsutsikter. For de fleste barna oppleves domstolens behandling av konflikten, og selve beslutningen, som mindre betydningsfullt. Det er den stadig pågående konflikten mellom foreldrene barna er opptatt av og som de ikke unnslipper. Foreldrenes rett til å være i konflikt har fått forrang framfor plikten som foreldre. Barna opplever at de i liten grad blir sett og hørt av foreldrene.

Det er ikke slik at «tiden leger alle sår». Tvert om er det flere av barna som har sterkere aggressive følelser overfor en av foreldrene etter som årene har gått. Reaksjonen har ført barna inn i en hverdag mer preget av tristhet og resignasjon. Følelsene deres kan betraktes

som reaksjoner på blokkering av grunnleggende psykologisk behov som over tid er til skade for deres utvikling og livskvalitet. Det viktigste tiltaket vil derfor være at foreldrene klarer å håndtere uenighet på en konstruktiv måte. Selv om vi i denne undersøkelsen ikke kan si noe om hva som er årsak eller virkning, er det grunn til å stille spørsmål om rettssaker i det hele tatt er hensiktsmessig ved foreldrekonflikter. En rettssak inviterer nemlig partene til konkurrerende atferd, en atferd som kan virke ødeleggende på forholdet mellom partene, selv om saken løses. Siden man ikke kan oppløse et foreldreskap, er det viktig å legge til rette for måter å håndtere konflikter på som tar hensyn til dette og til barns avhengighet av et funksjonelt foreldreskap. En vei å gå kan være å styrke meklingsordningen slik at rettssak blir et sjeldnere alternativ.

For barn som likevel kommer i en liknende situasjon som disse barna, kan det være til hjelp at de gjennom møter med andre barn med liknende livserfaringer får bearbeidet sine opplevelser.

Fra Per Are Rød, Tor-Johan Ekeleand og Frode Thuens fagartikkel «Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: Problemforståelse og følelsesmessige reaksjoner», mai 2008

Det er den stadig pågående konflikten mellom foreldrene barna er opptatt av og som de ikke unnslipper

Helene vil dø

Dette er ikke standard tre timers utredning og ti timer med kognitiv terapi.

TEKST

Tone Normann-Eide,
psykologspesialist,
Nydalen DPS

ILLUSTRASJON

Psykologtidsskriftet

Helene er ulykkelig. Hun har glasskår i sjelen. Hun vil ikke leve lenger. Livet er for smertefullt. Meningsløst. Helene har noen alvorlige skader som står i veien for håpet om gode fremtidsutsikter. Sammenlignet med hvor hun var for mange år siden, har hun falt hardt. Hun har lidd store tap. Drømmer har gått istykker. Hun står på sidelinjen og ser sine jevnaldrende leve livet sitt; ta utdanning, få seg kjæreste, flytte hjemmefra, kjøpe seg leilighet. Få seg jobb. Dra på hytteturer. Trene. Gifte seg og få sine første barn. Helene ser alle vennene på Facebook som strutter med sin tilstedeværelse og sine store smil fra fjell og svaberg og sine JA til livet.*

Livet til Helene har til sammenligning stoppet helt opp. Hun klarer ikke noe av det som alle de andre klarer. Skammen og fortvilelsen tærer på kreftene, som allerede er brukt opp. Hun er fanget i sitt eget torturkammer. Helene tror ikke at hun noen gang vil få et verdig liv. Det har vært 10 år med stagnasjon og lidelse. Hvorfor skal hun leve bare for å holde ut?

ROPET OM HJELP

Jeg skjønner godt at livet hennes ikke akkurat ble slik hun håpet. Hvem kan klandre henne for å ville gi opp? Helene trenger hjelp, ropes det.

.....

* «Helene» er en anonymisert og generalisert pasientbeskrivelse.

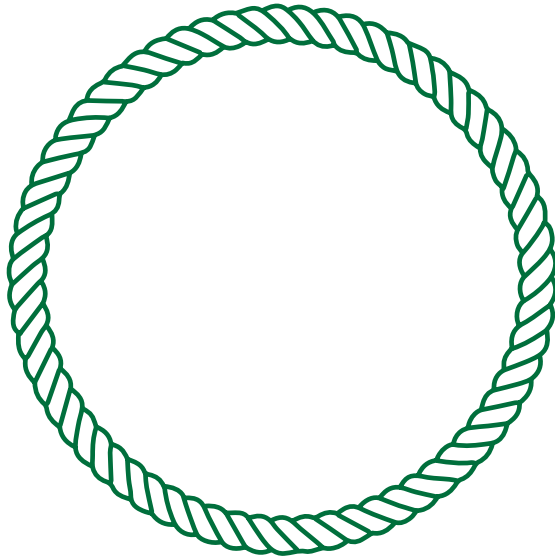
De gode hjelperne er alvorlig bekymret for hennes tilstand. De pårørende er sinte og fortvilte. NAV har ikke flere tiltak å tilby. «Helene er jo åpenbart deprimert!» skriver fastlegen med utestemme. Hun lider! Er ensom. Isolert.

Det er ingen tvil om at Helene har et vedvarende høyt lidelsestrykk og har utviklet uhensiktsmessige mestringsstrategier. Hun er «behandlingstrengende». *Noen* må jo hjelpe henne, det skjønner alle.

Så hun henvises til utredning og behandling på DPS. Igjen. Hun har vært i behandling i en årrekke tidligere, blitt avsluttet. Henvist på nytt. Avsluttet. Henvist på nytt. Denne gangen er det jeg som tar imot henne. Jeg skjønner ut ifra henvisningen at dette ikke er en enkel sak. Dette er ikke standard tre timers utredning og ti timer med kognitiv terapi. Dette kan ta tid.

Jeg må ta Ropet om hjelp på alvor. Jeg lager en behandlingsplan. Overordnet mål: Å få tilbake lysten til å leve. Noen små, konkrete delmål underveis: Gå på butikken. Dusje. Spise tre måltider om dagen. Holde døgnrytmen. Lese en bok. Holde kontakten på telefon med noen venner. Møte opp til avtaler med meg. Ting som kan holde henne i gang i et slags liv. Holde henne i gang – for hva? For hvem? Hun som en gang hadde toppkarakterer og skulle erobre verden.

Jeg prøver i mitt stille sinn å fokusere på at jeg holder håpet oppe for henne, at også hennes liv er verdt å leve. Jeg prøver å utforske hennes indre virkelighet sammen med henne: Hvordan har hun kommet fram til at selvmord er den beste, den eneste, løsningen? Hvordan vet



hun hva fremtiden kan bringe? Ingen kan spå om fremtiden, prøver jeg meg. Men de lange, mørke årene som har vært, ligger der og varsler om nye, lange, mørke år. Dette er blitt hennes virkelighet, hun kjenner ikke lenger en annen.

MELLOM HÅP OG RESIGNASJON

Etter ett år i behandling er livsgnisten fortsatt fraværende. Delmålene virker meningsløse. Det har ikke vært noen bevegelse, så vidt jeg kan se. Jeg snakker med henne om det. Eller kanskje jeg heller konfronterer henne? Jeg spør henne flere ganger: «Hva vil du oppnå med behandlingen her?» Hun svarer at hun ikke vet. At alt er vanskelig. At hun ikke orker å se fremover. Men hun liker å komme og prate med meg, sier hun. Har ikke avbestilt en eneste time. Jeg skjønner ikke hvorfor. Hun har jo bestemt seg for at hun ikke vil leve lenger. Vi har ikke egentlig et terapeutisk prosjekt, har vi vel?

Etter hvert lurer jeg på om alle behandlingsmålene som vi ble «enige om» innledningsvis, egentlig er mer mine enn hennes. Helene opprettholder tanken om at døden er den endelige og beste løsningen. Kanskje ikke i morgen. Kanskje ikke neste uke eller neste måned. Men hun vet med seg selv at hun ikke skal leve lenge. Så hvorfor skal hun gjøre noe annerledes, forplikte seg til oppgaver og avtaler, knytte seg mer til livet og menneskene rundt seg, når hun uansett snart skal dø?

Jeg veksler mellom desperasjon og resignasjon. Hvorfor klarer jeg ikke å overføre mitt håp til henne? Hvorfor når jeg ikke fram? Jeg klarer ikke få henne engasjert i sin egen behandlingsprosess. Hun virker utilgjengelig, ugjennomtrengelig. Jeg begynner å tvile på mine egne terapeutiske evner. Gjør jeg noe galt? Prøver jeg ikke nok? Prøver jeg for hardt? Jeg kjenner gradvis at hennes håpløshet smitter over på meg. Kanskje dette er nytteløst. Kanskje jeg bare må akseptere at noen mennesker ikke vil leve dette livet. Kanskje det hun egentlig ber meg om, er en slags tillatelse til å slippe taket.

Hun står jo fritt til å ta livet sitt. Det er ikke ulovlig. Skal jeg bare si det til henne? «Hvis du virkelig vil, kan jeg ikke stoppe deg.» Jeg synes det lyder brutalt. Som om jeg ikke bryr meg om hun lever eller ikke. Samtidig er det begrenset hva jeg får gjort, når en stor del av henne ikke vil ha hjelp. Hun vil ikke ha mer intensiv behandling på døgnavdeling. Vil ikke ha psykisk helsearbeider i bydelen. Jeg kan ikke legge henne inn på tvang; Hun har ikke en alvorlig sinnslidelse. Hun kan ta sitt eget valg, riktignok et fatalt valg, kanskje basert på et depressivt tankegods, men allikevel; hun har ikke en klar realitetsbrist. Av og til tenker jeg tvert imot at hun er svært godt orientert om sin egen, miserable virkelighet.

EMPATI UNDER PRESS

Jeg prøver å forholde meg rolig. Ta tiden til hjelp. Ikke gi opp. Kanskje det løsner snart. »



Vi har ikke egentlig et terapeutisk prosjekt, har vi vel?



Hun liker å komme og prate med meg, sier hun. Har ikke avbestilt en eneste time

Kanskje min tålmodighet, min moderlige omsorg og mine speilende intervensjoner omsider trenger igjennom panseret hennes. Men jeg kjenner at empatien begynner å svikte. Jeg merker at jeg blir irritert på henne. Jeg føler meg utnyttet. Hvorfor bruke tid og krefter på et håpløst prosjekt? Jeg synes jeg mister min egen mentaliseringsevne – jeg strever med å «leke med virkeligheten», klarer ikke opprettholde min åpne, nysgjerrige holdning, men blir i stedet utålmodig, lei, oppgitt. Jeg føler jeg er i ferd med å miste min profesjonalitet, og bare blir til et feilbarlig og utilstrekkelig menneske. Jeg får lyst til å utagere, skrive henne ut. Si at nå har vi prøvd lenge nok, beklager, men vi kommer ingen vei. Ha det bra. Lykke til. Håper du vil leve en stund til, i alle fall. Kanskje du skulle få deg en katt.

Det er en motoverføring, jeg skjønner det. Noe andre også ville kunne kjenne på i møte med henne. Men nå er det jeg som må håndtere det. Jeg tenker at hun spiller ut noe, iscenesetter sin egen avvisning. Plasserer noe i meg, som hun ikke selv klarer å kjenne på. Sitt eget raseri, kanskje? Hun mener jo sikkert ikke å kontrollere meg, bevisst. Men jeg føler meg manipulert allikevel. Hun ville nok ikke skjønt hva jeg snakket om, hvis jeg hadde sagt det til henne. Og det kan jeg vel ikke si til et lidende menneske, kan jeg vel? «Jeg føler meg manipulert og utnyttet av deg.» Det ville vært en utrolig krenkelse. Enda et påskudd for henne til å ta livet sitt. Så jeg sier ikke det. I stedet sier jeg: «Det er som om du vil jeg skal gi deg opp.» Hun blir stille. «Jeg vet ikke», svarer hun. «Jeg vet bare at jeg ikke vil leve lenger.» Så er vi like langt. Vi går i sirkel. Hennes håpløshet. Mine vekslinger mellom håp, irritasjon, maktesløshet. Rundt og rundt. Men hun kommer da. Time etter time. Det er da noe? Er det ikke?

GI OPP, HOLDE UT

Jeg må finne noe konkret å lene meg på. Ikke føle så mye. Jeg leter etter en utvei, et påskudd for å redde meg ut av dette ubehaget. Så jeg prøver å fokusere på kost-nytte-kriteriet. Det er jo tross alt retningslinjer vi skal navigere etter i et sprengt helsevesen: «Rett til behandling i offentlig psykisk helsevern skal vurderes ut ifra hvor vidt forventet nytteverdi av tilbudet står i forhold til kostnadene.» Akkurat nå kjennes det som det tilbudet jeg gir, ikke har noen nytteverdi, og at det koster for mye – særlig for mitt følelsesliv. Hvor lenge skal jeg holde ut sammen med henne? Et halvt år til? Ett år? Hva hvis hun plutselig en dag bestemmer seg, mens jeg står der som behandlingsansvarlig og mine suicidalvurderinger ikke er gode nok? At jeg burde ha sett at akkurat nå var risikoen ekstra høy? Jeg vil jo føle et enormt ansvar og en sterk skyldfølelse over å ikke ha klart å redde henne. Jeg vet at vi alltid løper en risiko for å miste pasienter i en lang yrkeskarriere. Vil Helene gjennomføre det? Vil de pårørende bebreide meg? Vil noen gå til sak og finne meg klanderverdig?

Helene hadde kanskje et lite håp om å bli reddet, da hun kom til meg første gang. Var det et stille rop om hjelp langt der inne et sted – en svak, svak hvisking fra det ubevisste? Hvor er i så fall det håpet nå? Jeg klarer ikke høre det. Jeg prøver å holde tak i noe, men det glipper for meg. Jeg famler, leter, går meg vill. Får ikke kontakt, *hallo, er du der?* Noe i meg vil bare avslutte, noe i meg sier at jeg må fortsette. Jeg pulserer i takt med Helene: Gi opp, eller holde ut. Avslutte, eller fortsette. Puste inn – puste ut. ✕



ET GODT GRUNNLAG Mye av grunnlaget for god psykisk helse etableres tidlig i livet. «Psykhjelpen for de minste» i Tromsø er et lavterskeltilbud med psykologisk rådgivning for gravide og småbarnsforeldre opp til barnet er fem år, skriver Agnes Bohne og Catharina Elisabeth Arfwedson Wang.. Foto: Björn Abelin / Bildhuset / Tt

Psykhjelpen for de minste

Ved å være der småbarnsfamilier naturlig oppholder seg, er det enklere å nå gravide og småbarnsforeldre med psykologisk bistand.

TEKST Agnes Bohne og Catharina Elisabeth Arfwedson Wang, Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet

KONTAKT catharina.wang@uit.no



For mange vordende foreldre kan overgangen fra å leve alene til å få barn og danne familie være krevende og vanskelig, og en signifikant andel kvinner og menn opplever depressive symptomer i forbindelse med graviditet, fødsel og barseltid (det vil si perinatal periode) (O'Hara & Swain, 1996; Reck et al., 2008). En rekke studier viser at foreldrenes depresjon virker uheldig inn på samspillet med barnet, og får konsekvenser for barnets tilknytning og emosjonelle og kognitive utvikling (Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005; Tronick & Reck, 2009). Å fange opp kvinner og menn med psykososiale utfordringer i perinatal periode kan redusere psykisk smerte og funksjonstap hos foreldrene og samtidig forebygge psykiske problemer og atferdsproblematikk hos barnet.

«Psykhjelpen for de minste» på Sentrum helsestasjon i Tromsø er et lavterskeltilbud med psykologisk rådgivning for gravide og småbarnsforeldre opp til barnet er fem år. Tilbudet driftes av viderekomne psykologistudenter under veiledning av psykologspesialister. Tiltaket fyller et behov for en mer helhetlig oppfølging av gravide og småbarnsforeldre i førstelinjen, og er organisert slik at det fremmer samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette er i samsvar Folkehelseinstituttets (2011) anbefalinger om forebyggende tiltak og styrking av foreldreferdigheter, og med Helsedirektoratets (2013) nye retningslinjer for barselomsorgen. Samtidig har tiltaket gitt en ny og fremtidsrettet praksisarena for psykologistudenter.

Vi vil presentere våre erfaringer med hvordan et slikt tiltak kan igangsettes og bygges opp som et tverretattlig og tverrprofesjonelt samarbeid, sette det inn i en fagpolitisk og helsepolitisk sammenheng, og gi en kort presentasjon av behov og tilbakemeldinger fra brukerne samt studentenes erfaringer med tilbudet.

BAKGRUNN

Barselomsorg og sårbare familier

Postnatal (det vil si etter fødsel) depresjon forekommer hos 10–15 % av alle nybakte mødre (O'Hara & Swain, 1996; Reck et al., 2008), og norske studier har rapportert en insidens på mellom 10 % og 17 % hvorav 3,5 % er klinisk deprimerte (Berle, Aarre, Mykletun, Dahl & Holsten, 2003). Postnatal depresjon oppstår også hos menn med en prevalens på mellom

5 % og 10 % (Serhan, Ege, Ayranci & Kosgeroglu, 2013). Sårbarhetsfaktorer for å utvikle postnatal depresjon er stort sett felles for kvinner og menn og inkluderer prenatal (det vil si før fødsel) depresjon og angst, tidligere psykiske lidelser, et dårlig fungerende parforhold, stressfulle livshendelser, en negativ holdning til graviditet og mangel på sosial støtte (Norhayati, Hazlina, Asrenee & Emilin, 2014).

Postnatal depresjon hos mor kan virke forstyrrende inn på samspillet med spedbarnet ved at mor er mindre sensitiv for barnets signaler og behov, snakker mindre med barnet og viser mer negative enn positive ansiktsuttrykk i ansikt-til-ansikt-samspill med barnet (Tronick & Reck, 2009). Postnatal depresjon er også en signifikant prediktor for foreldrestress som kan defineres som en mismatch mellom opplevde ressurser og forventninger og faktiske omsorgsoppgaver (Leigh & Milgrom, 2008). Det er veldokumentert at depresjon hos mor og far har en uheldig påvirkning på barnets utvikling og øker sannsynligheten for at barnet utvikler kognitive, atferdsmessige, emosjonelle og tilknytningsforstyrrelser (Martins & Gaffan, 2000; Tronick & Reck, 2009).

I en fersk rapport fra Senter for psykisk helse og London School of Economics dokumenteres de høye personlige og samfunnsøkonomiske kostnadene forbundet med psykiske helseproblemer i perinatal periode inkludert de negative konsekvenser dette får for barnets utvikling (Bauer, Parsonage, Knapp, Iemmi & Adelaja, 2014). Rapporten konkluderer med at selv en beskjeden forbedring av helsetjenestetilbudet for målgruppen vil føre til en stor samfunnsøkonomisk gevinst. Folkehelse rapporten fra 2014 påpeker betydningen av å starte forebyggende arbeid allerede i svangerskapet (Folkehelseinstituttet, 2014), og regjeringen har meldt at de ønsker å videreutvikle og styrke de forebyggende helsetjenestene for barn og unge knyttet til helsestasjonene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I Helsedirektoratets nye retningslinjer for barselomsorgen oppsummeres følgende anbefalinger for familier i en sårbar og utsatt livssituasjon: «For å forebygge depresjon anbefales individuelt tilpasset støtte fremfor gruppebaserte og/eller rutinemessige tiltak [...] risikoutsatte kvinner, familier og nyfødte barn tilbys en individuelt tilpasset oppfølging i barseltiden utover de generelle anbefalinger i retningslin-



Tiltaket fyller et behov for en mer helhetlig oppfølging av gravide og småbarnsforeldre i førstelinjen

jene» (Helsedirektoratet, 2013, s. 13). Imidlertid sier retningslinjene lite om hvordan tiltakene konkret skal utformes, og hvem som skal være ansvarlig for gjennomføringen.

Erfaringer fra Tromsø kommune

I Tromsø fødes det gjennomsnittlig 1000 barn hvert år, og i 2008 innførte kommunen screening (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987) av alle kvinner 6–7 uker etter fødsel for å kartlegge symptomer på depresjon. Kvinner som har behov, får tilbud om samtale hos helsesøster, kommunepsykolog, eller henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Erfaringene viser imidlertid at behovet er langt større enn tilgjengelige tilbud, og at nedstemte kvinner i liten grad klarer å nyttiggjøre seg etablerte kvinnettverk som eksempelvis barselgrupper.

Dette var bakgrunnen for at Forebyggende helsetjenester (FH) allerede i 2012 kontaktet Institutt for psykologi (IPS) ved UiT Norges arktiske universitet med tanke på å etablere en mestringsgruppe for nedstemte mødre i Familiens hus. FH og IPS hadde gode samarbeidserfaringer gjennom etableringen av «Psykhjelpen på Tvibit – en psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus» (Wang et al., 2007), og sammen utviklet vi «Blues Mothers – et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon» (Kristensen et al., 2015, Moldestad & Wang, 2017).

Erfaringene fra samarbeidet om Blues Mothers viste imidlertid at det fortsatt var et stort og udekket behov for individrettede tiltak samt rådgivningstiltak for par. Mange kvinner i mestringsgruppen fortalte at de allerede i svangerskapet opplevde psykososiale utfordringer, og at senere vansker kunne blitt forebygget dersom de hadde fått hjelp tidligere. Erfaringene fra Blues Mothers viste også at ventetiden var lang og terskelen høy for å få

tilbud i spesialisthelsetjenesten, og at kommunalt ansatte psykologer i FH ikke hadde kapasitet til å gi et tilbud til alle i målgruppen.

Et annet viktig insentiv for etableringen av Psykhjelpen var at svært få barn under 5 år blir henvist til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Dette er bekymringsfullt da også barn under 5 år har psykiske helseplager som kvalifiserer for hjelp i spesialisthelsetjenesten (f.eks. Skovgaard et al., 2007). Ved å etablere et lavterskeltilbud for målgruppen av gravide og småbarnsforeldre med barn opp til 5 år ønsket vi derfor å senke terskelen for psykologisk rådgivning og behandling samt å fremme samhandlingen mellom aktører i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

ETABLERING OG ORGANISERING AV «PSYKHJELPEN FOR DE MINSTE»

Etter modell av Psykhjelpen på Tvibit (Wang et al., 2007) søkte vi Rådet for psykisk helse/Extra-stiftelsen og fikk innvilget forebyggingsmidler for en prosjektperiode på 2 år. I samråd med Tromsø kommune plasserte vi Psykhjelpen for de minste på Sentrum helsestasjon, der også den kommunale jordmortjenesten og forsterket helsestasjon holder til. I likhet med disse tjenestene er også Psykhjelpen et tilbud for hele byens befolkning, og ved å plassere Psykhjelpen på helsestasjonen ønsket vi å senke terskelen for å benytte seg av tilbudet. Lokalet er tilrettelagt for målgruppen, med parkering for barnevogner, flere stallebord og et venterom egnet til lek for de minste. Helsestasjonen er et naturlig sted for målgruppen å ferdes, så brukere av Psykhjelpen trenger ikke bekymre seg for hva andre tenker om at de er der. Som gravid og småbarnsforelder skal en uansett regelmessig innom jordmor eller helsesøster. Psykhjelpen driftes ukentlig hver mandag og torsdag.

Før oppstart av Psykhjelpen informerte vi alle helsestasjoner, legekantor og relevante avdelinger ved UNN om det nye lavterskeltilbudet. Vi informerte om at tilbudet passer for kvinner og menn som står overfor psykososiale belastninger i forbindelse med svangerskap, barseltid og småbarnstid, eller opplever bekymringer eller utfordringer når det gjelder barnet. Det ble vist til at Psykhjelpen kan bidra med å kartlegge og sortere problemstillinger, gi råd, formidle kontakt og henvise videre til riktig hjelpetiltak. Det ble gitt infor- »

masjon om hvordan man kan komme i kontakt med og sette opp timeavtaler på Psykhjelpen. Lokalbefolkningen ble også informert via nettsiden til Tromsø kommune, NRK Troms og lokalavisen i Tromsø.

I august 2015 startet de første fire studentene opp på Psykhjelpen som del av sin seks måneders hovedpraksis ved henholdsvis Psykologisk klinikk (PK) ved IPS, UiT, og ved BUP og Forebyggende familieteam (FF), begge ved UNN. Studentene fikk veiledning av sine respektive veiledere der de har hovedpraksis, og to timer fellesveiledning annenhver uke av psykologspesialist ved PK/IPS. Fellesveiledningen er viktig for innsyn og drøfting av saker, og for å fremme samhandlingen mellom praksisplassene og kommunen. Ved oppstart og avslutning av semesteret gjennomføres også samarbeidsmøter mellom kommunen og praksisplassene for å drøfte samarbeidsrutiner og praktisk tilrettelegging.

ERFARINGER SÅ LANGT

Etter noen stille oppstartsuker økte det på med saker, og på nyåret 2016 var det god tilstrømming. Ved en kartlegging i begynnelsen av april var det henvist om lag 40 saker med 1–10 timer per sak, og ved semesterslutt i juni var antallet steget til bortimot 60 saker. Sakene var henvist fra helsesøster, kommunejordmor, fastlege, føde- og barselavdelingen ved UNN, eller brukeren hadde selv tatt kontakt. Det var flest kvinner og par, noen menn og enkelte barn.

Problematikken som det ble henvist for, var bekymringer og angst under svangerskapet, særlig med tanke på barnets helse og egen omsorgsevne, spisevansker under svangerskapet, dramatiske fødsler, fødselsdepresjon, traumer og omsorgssvikt i egen oppvekst, psykisk syk partner, konflikter og vansker i parforholdet, sinnemestringsproblemer, rusproblematikk, aleneforeldre som strever, og lite sosialt støttenettverk. Noen få saker har også vedrørt reguleringsvansker hos barnet, og bekymringer knyttet til barnets atferd som raserianfall, repetitiv atferd og seksualisert atferd. Det har vært stor variasjon i alvorlighetsgrad i sakene, fra lettere bekymringer til alvorlige psykososiale vansker og omsorgssvikt.

De fleste sakene ble avsluttet ved Psykhjelpen, men noen saker har blitt viderehenvist til BUP, FFT, PK/IPS, Familievernkontoret eller til-

bakeført til fastlegen. Det har også vært kontakt med Barnehuset og Barneverntjenesten, og det har i flere av sakene vært samarbeid mellom studentene ved Psykhjelpen, helsesøstrene og de kommunale jordmødrene.

To kases beskrivelser

En sentral beveggrunn for oppstart av Psykhjelpen var vår kunnskap om forekomst av depresjon i aktuelle målgrupper og de konsekvenser dette kan ha for barnets utvikling. Vi var derfor forberedt på at mange av våre brukere ville streve med nedstemthet og bekymring. Følgende kasus er et eksempel på dette:

Stine (34 år) fikk informasjon om Psykhjelpen fra helsesøster og bestemte seg for å takke ja til tilbudet. Hun hadde en 3 år gammel datter og begynte i samtaler sammen med sin 2 måneder gamle sønn. Stine kunne fortelle at hun hadde fødselsdepresjon med sin første-fødte, og at den hadde vart i nesten et halvt år. Hun var usikker på hvordan depresjonen tok slutt, men kunne huske at det hjalp å trene, og hadde derfor begynt med det samme også denne gangen. Stine beskrev negative tanker om å ikke orke mer, om at samboeren ikke forsto henne, og at hun innimellom hadde lyst til å gi fra seg barna. Hun kunne også få tanker som skremte henne, som at hun hadde lyst til å slippe barnevogna i nedoverbakke. Videre beskrev hun reguleringsvansker hos sønnen, som vansker med søvn og uro ved brystet. Gjennom våre samtaler fikk Stine luftet sine bekymringer og frustrasjoner knyttet til barn og mann. Etter bare noen få timer kunne Stine ta mannens perspektiv, og se humoren i de



Psykhjelpen for de minste fyller et behov for psykologisk rådgivning og behandling på kommunalt nivå i målgruppen av gravide og småbarnsforeldre



små detaljene som tidligere kunne skape konflikter, som at han hadde kjøpt feil størrelse bleier. Hun opplevde bedre stemning på hjemmebane. Stine tok også barnas perspektiv, og begynte å sette av tid til positive aktiviteter med sin datter. Sammen utforsket vi hva som hjalp Stine til å få det bedre, og hun ble bevisst hvordan besøk og aktiviteter med familie og venner hjalp på humøret. Etter 4 timer opplevde Stine at nedstemtheten hadde avtatt, og hun mestret hverdagen godt. Sønnen sov både bedre og lenger, og lå roligere og lenger ved brystet hennes. Stine uttrykte trygghet i rollen som tobarnsmor, og vi avsluttet vår kontakt.

Stine er et eksempel på hvordan mange av de som kommer til Psykhjelpen, opplever stor positiv endring på kort tid i stedet for at vanskene vokser seg mer alvorlige. Det samme har vi erfart med gravide, at flere som kommer til førstesamtalen nedstemt og full av bekymringer, etter et fåtall samtaler får økt tiltro til foreldrerollen og dermed symptomlette. Samtidig

har vi også erfart at andre som har benyttet seg av Psykhjelpen, har hatt psykiske eller sosiale utfordringer som ikke har vært direkte knyttet til foreldrerollen, men som har blitt vanskeligere å håndtere når de også har fått omsorgsansvar for egne barn. Sandra er et eksempel på dette.

Sandra (24 år) hadde en datter på 9 måneder og ble henvist fra helsesøster etter å ha fortalt om vansker i parforholdet. I løpet av første samtale ved Psykhjelpen ble det avdekket en historie med vold og overgrep. Sandra hadde aldri fortalt noen om dette tidligere til tross for tidligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Det nåværende parforholdet beskrev Sandra som trygt og uten vold. Sandra beskrev traumesymptomer som angst, unngåelse, gjenopplevelser og kroppslige symptomer, samt en noe kaotisk sosioøkonomisk situasjon rundt familien. Grunnet alvorlighetsgraden i Sandras problematikk var omsorgen for Sandras datter stadig oppe til vurdering i veiledningsgruppen, men vi fant ikke tegn

VÆRE TIL STEDE

Det er viktig å tilby denne tjenesten der gravide og småbarnsfamilier naturlig ferdes skriver Anges Bohne og Catharina Wang. Foto: *Nuevas aficiones* av Andrés Nieto Porras/ Flickr.com/CC



til bekymring for omsorgen. Sandra evnet å mentalisere rundt barnets atferd, og hun beskrev også barnets far som engasjert og trygg. I noen av timene var datteren med, og terapeuten kunne observere et velfungerende samspill og atferd som tilsvarte trygg tilknytning. Timene med Sandra ble benyttet til traumefokusert fase 1-behandling med fokus på stabilisering og håndtering av angst, samt psykoedukasjon og hjelp til å avklare familiens situasjon. Kontakten ble avsluttet etter 10 timer. Epikrise ble da sendt til fastlegen med klar anbefaling om henvisning til videre psykologisk behandling.

I flere lignende saker har vi erfart at gravide og småbarnsforeldre med alvorlig psykososial problematikk ville stått uten tilbud dersom de ikke hadde fått kjennskap til Psykhjelpen gjennom helsesøster eller jordmor. I overgangen til å bli foreldre aktiviseres ofte egne gode eller dårlige relasjonserfaringer og mestringsstrategier. Samtidig er dette en periode i livet der man har lite overskudd til å be om hjelp. Deltagere i mestringsgruppen Blues Mothers beskriver nettopp hvor vanskelig og skambelagt det er å be om hjelp i denne perioden med så store livsomveltninger og forventninger om å være lykkelig (Kristensen et al., 2015). Mange er også redde for å miste omsorgen for sine barn dersom de forteller om utfordringene de opplever. Psykhjelpen kan således hjelpe brukerne til å sortere i problemene, gi dem en god erfaring med å søke hjelp, og eventuelt hjelpe dem videre til spesialisthelsetjenesten eller til andre hjelpeinstanser.

Brukernes tilbakemeldinger

Muntlige tilbakemeldinger fra brukerne viser at tilbudet dekker et viktig behov, og at muligheten for å få time uten ventetid er av stor betydning. Noen har uttrykt at det var viktig å tidlig få avklart bekymringer de hadde, og at det var tilstrekkelig med bare noen få timer. Andre har satt pris på å bli henvist videre i systemet, mens enkelte har ønsket å beholde sin behandler ved Psykhjelpen fordi det har vært et stort skritt for dem å fortelle om eksempelvis relasjonstraumer fra barndommen. Flere har spontant takket for hjelpen med tilbakemeldinger som: «Tenk at jeg var på helsestasjonen i går og snakket med helsesøster, og i dag er jeg her! Det er jo helt fantastisk!» Og: «Jeg føler jeg har fått noen



Flere som kommer til førstesamtalen nedstemt og full av bekymringer, får etter et fåtall samtaler økt tiltro til foreldrerollen og dermed symptomlette

hjelpemidler å bruke i hverdagen. Det har vært veldig fint å komme hit, tusen takk!» Til tross for at de første tilbakemeldingene fra brukerne er positive, forventer vi at også Psykhjelpen vil ha tilsvarende utfordringer som erfares i det øvrige praksisfeltet, som eksempelvis frafall fra behandlingen, utfordringer knyttet til allianse og manglende behandlingseffekt.

Betydningen av samlokalisering

Ved å plassere Psykhjelpen for de minste på Sentrum helsestasjon har vi hatt nær kontakt med jordmødre og helsesøstre som daglig møter målgruppen av gravide og småbarnsforeldre. Dette har senket terskelen for å samtale om brukere som man er bekymret for, og for å lette viderehenvisning til andre instanser. Jordmødre og helsesøstre er preget av en hektisk arbeidshverdag, og sårbare brukere trenger sømløse overganger mellom de enkelte tjenestene. Vår erfaring er at fysisk samlokalisering er viktig for å oppnå dette, da Psykhjelpen har vært lett tilgjengelig for drøfting når vi sitter på kontoret vegg i vegg, og brukerne møter opp på samme sted der de hadde samtale med jordmor eller helsesøster kun dager i forveien. Eksempelvis forteller jordmødre og helsesøstre om relativt store utfordringer med å oppnå kontakt med brukernes fastlege for informasjonsutveksling og for å drøfte og viderehenvise saker, og terskelen blir dermed høyere for å ta kontakt. Når psykologer skal inn på helsesøstrenes arenaer, er det imidlertid viktig å vise respekt for helsesøstres og jordmødres fagkompetanse og sammen bli enige om hvordan psykologer best kan supplere deres tilbud til målgruppen.

Studentenes tilbakemeldinger

Studentene forteller at Psykhjelpen har lært dem å ta ting på sparket uten skriftlig henvisning, og at de har lært å sortere saker og vurdere tiltaksnivå. Videre forteller de at de har lært mye om andre yrkesgruppers perspektiv og kompetanse, noe som også har bevisstgjort dem på egen faglig kompetanse. Studentene forteller at det har vært lærerikt å være i et tverrprofesjonelt samhandlingsmiljø og få samtidig erfaring både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Studentene tilbakemeldet at de i løpet av studietiden lærer for lite om hvilke tiltak som kan igangsettes på kommunalt nivå, fordi det kliniske fokuset primært er på utredning, diagnoser og behandling. De mener at forebygging, rådgivning og tidlig intervensjon med fokus på normalperspektivet bør vies større plass på profesjonsstudiet, særlig fordi stadig flere psykologer arbeider i kommunale stillinger. Psykhjelpens målgruppe kan imidlertid være utfordrende, spesielt som et lavterskeltilbud, der studentene er lite forberedt på hva som møter dem, før de kommer på jobb den dagen. Dette krever tett veiledningsoppfølging, og det er en fordel at det er flere studenter på jobb samtidig for kollegastøtte.

VEIEN VIDERE

Prosjektperioden varer frem til utgangen av 2017, og i denne perioden ønsker vi å kvalitetssikre Psykhjelpen for de minste før den implementeres som et fast praksistilbud for psykologistudenter ved UiT. Foreløpige tilbakemeldinger fra Tromsø kommune er at de opplever at forebyggende helsetjenester nå kan tilby et mer helhetlig tilbud til gravide, småbarnsforeldre og barn under 5 år, der også psykisk helse får større plass. Men for å få en mer systematisk oversikt over behov, tilgjengelighet og områder der vi kan forbedre oss, har vi startet opp en skriftlig og anonym spørreundersøkelse til helsesøstre, jordmødre og tidligere brukere av Psykhjelpen.

Vi arbeider også med å utvikle en prosedyrehåndbok som skal inneholde en sjekkliste for å definere målgruppe av brukere (jf. sårbarhets- og risikofaktorer), kartleggings- og utredningsverktøy, stepped care-modeller for tiltak som inkluderer individrettede tiltak som rådgivning og behandling, samspillfremmende tiltak, familieintervensjoner og mestringsgrup-

per. I håndboken skal det inngå en oversikt over samarbeidspartnere og ressurser, og det skal nedfelles skriftlig samhandlingsrutiner mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Vi har knyttet til oss en brukerrepresentant som selv har erfaring med depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel. Hun har deltatt på møter, kommet med innspill på spørsmålsutforming i evalueringen, skal bidra i arbeidet med prosedyrehåndboken, i informasjonsarbeid og formidling. Vår erfaring er at hun gir oss innsyn i problemstillinger som det er vanskelig å få tilgang til uten selv å ha vært i samme situasjon.

AVSLUTTENDE REFLEKSJON

Etter ett års drift har vi erfart at Psykhjelpen for de minste fyller et behov for psykologisk rådgivning og behandling på kommunalt nivå i målgruppen av gravide og småbarnsforeldre. Vi har også erfart at det er viktig å tilby denne tjenesten der gravide og småbarnsfamilier naturlig ferdes, for å senke terskelen for å søke hjelp for psykiske og sosiale utfordringer. I likhet med for eksempel ungdomspopulasjonen er dette en målgruppe som ofte ikke fanges opp fordi de er i en overgangsfase i livet sitt, ikke har overskudd eller mot til selv å be om hjelp, og ofte faller mellom flere stoler i helsevesenet. Foreldrenes problemer kan derfor vokse seg unødvendig store før de kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette er sannsynligvis også en viktig årsak til at sped- og småbarn sjelden henvises til spesialisthelsetjenesten med bekymring for deres psykiske helse.

I dag vet vi mye om at grunnlaget for god psykisk helse etableres tidlig i livet, og at sannsynligheten for symptomer på psykiske plager hos barn og unge øker når foreldrene har symptomer på psykisk lidelse. Det samme gjelder barn som lever under konfliktfylte forhold og har foreldre med mangelfulle foreldreferdigheter. Sped- og småbarn kan være risikoutsatt gjennom flere faktorer, inkludert tilstander ved barnet selv, mangelfull omsorg eller miljømessige forhold. Til tross for at barnets symptomer på ikke-optimale oppvekstforhold kan være utfordrende å oppdage på et tidlig stadium, så har sped- og småbarns tidlige erfaringer stor betydning for deres utvikling og fungering. Tidlige intervensjoner er derfor viktige for å forebygge senere psykopatologi.



Det er en økende satsing fra statlige helsemyndigheter og fra Norsk psykologforening på forebyggende helsetjenester, samhandling og brukermedvirkning. Folkehelseinstituttets rapport (2011) trekker frem styrking av foreldreferdigheter som et av de viktigste tiltakene for å nå barn under skolealder. Rapporten understreker behovet for psykologisk kompetanse i kommunehelsetjenesten, og samhandling mellom kom-

mune- og spesialisthelsetjenesten, for familiene til de minste barna. På hvilken måte dette skal gjennomføres, er mer uklart og dermed opp til hver enkelt kommune og helseforetak. Psykhjelpen for de minste er Tromsøs svar på helsemyndighetenes anbefalinger og er samtidig en fremtidsrettet praksisarena som gjør fremtidens psykologer mer rustet til å møte morgendagens behov for psykologisk kompetanse. ✘

Takk

Vi vil takke Rådet for psykisk helse/Extrastiftelsen for tildeling av forebyggingsmidler som muliggjorde oppstarten av Psykhjelpen for de minste. En takk rettes også til UNN og UIT for tildeling av fagutviklingsmidler til fremtidsrettet praksisarena. Vi vil takke våre positive og kunnskapsrike samarbeidspartnere i Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune,

og i BUP og Forebyggende familieteam i UNN. Også en stor takk til våre flotte studenter og medarbeidere ved IPS som er involvert i Psykhjelpen for de minste. Til slutt ønsker vi å takke vår fantastiske brukerrepresentant som alltid byr på seg selv og bidrar til å tette våre kunnskapshull – for en sak har alltid to sider.

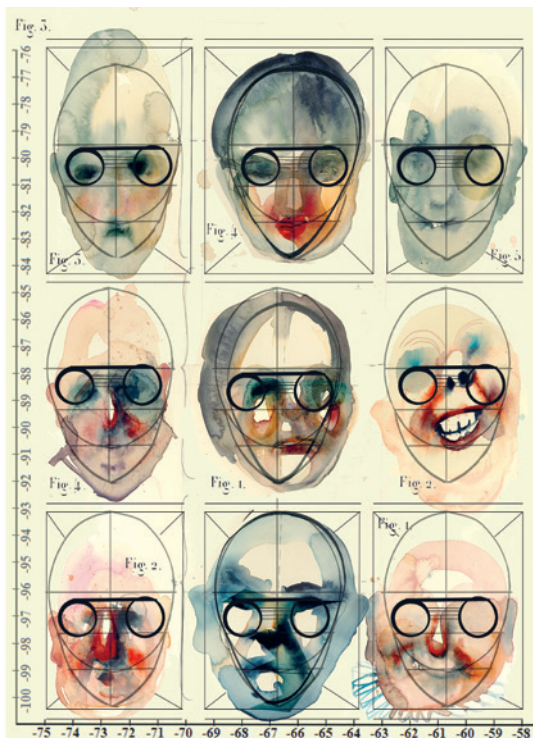
REFERANSER

- Berle, J.Ø., Aarre, T., Mykletun, A., Dahl, A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression: Validation of the norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76(1), 151–6.
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., & Adelaja, B. (2014). *Costs of perinatal mental health problems*. London UK: London School of Economics and Political Science.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782–5.
- Folkehelseinstituttet (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge* (Rapport 2014:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonalt retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – Felles ansvar*. (Meld. St. nr. 34 2012–2013). Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Kristensen, K.V., Dalseth, A.K., Moldestad, L., Wallan, S., Lorem, G., Jentoft, G., & Wang, C.E.A. (2015). Blues Mothers. Et gruppebasert mestringstilbud ved fødselsdepresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(5), 405–12.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(1), 24.
- Martins, C., & Gaffan, E.A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737–46.
- Moldestad, L., & Wang, C. E. A. (2017). Blues Mothers. For fagfolk som hjelper nedstemte spedbarnsmødre. Hentet fra: <http://site.uit.no/bluesmothers/>
- Norhayati, M.N., Hazlina, N.H., Asrenee, A.R., & Emilin, W.M. (2014). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34–52.
- O'Hara, M.W., & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T.G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *The Lancet*, 365(9478), 2201–5.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C., & Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 459–68.
- Serhan, N., Ege, E., Ayranci, U., & Kosgeroglu, N. (2013). Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1–2), 279–84.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., CCC 2000 Study Team, Olsen, E.M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V. & Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 ½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child and Psychiatry* 48 (1), 62–70.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 147–56
- Wang, C.E., Berge, K., Johnsen, L.I., Arnesen, Y., Breivik, C., Hanssen, T.B., Jentoft, G. & Skre, I. (2007). Psykhjelpen på Tvbibit: Psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus i Tromsø. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44, 247–53.

Meninger



FAKSIMILE FRA APRILUTGAVEN AV PSYKOLOGTIDSSKRIFTET. ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN



Oppgjør med psykologifaget

«Dersom Jan Smedslund hadde hatt rett, ville det vært slutten for psykologi som akademisk profesjon.»

Les debattinnlegget på side 761

«Ingen barn er uberørt av foreldrenes samlivsbrudd.»

Les hovedinnlegget til helsesøster Inger Marie Otterdal på de neste sidene

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

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunns temaer, 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.



Lilla Thomsen 17.

Når mamma og pappa ikke lenger bor sammen

Ingen er uberørt av foreldrenes samlivsbrudd. Samtalegrupper for skilsmissebarn (PIS) et er forebyggende tiltak som gir barna en følelse av å bli hørt.



HVER DAG OPPLEVER i gjennomsnitt 80 barn i Norge det som for noen kan oppleves som et jordskjelv, og som for andre kan være en lettelse: Mamma og pappa skal ikke bo sammen lenger. Jeg tør påstå at ingen barn er uberørt av foreldrenes samlivsbrudd. Men hvem skal barn snakke med om tanker og følelser rundt samlivsbruddet?

BARNAS OPPLEVELSE

Når så mange barn opplever foreldrenes samlivsbrudd, kan vi lett bagatellisere det. Samlivsbrudd er vanlig, men det betyr ikke at det ikke oppleves vondt for barn. Som helsesøster i skolehelsetjenesten opplever jeg at en stor andel av henvendelsene jeg får fra barn og ungdom, handler om problemstillinger som på ulike måter er knyttet opp mot foreldre-

nes samlivsbrudd og konsekvensene for deres eget liv.

Siden 2009 har flere hundre barn og ungdommer i Larvik kommune fått anledning til å snakke om det som kan oppleves som vanskelig og vondt, men også om alt som har blitt bedre etter foreldrenes samlivsbrudd. Dette skjer i samtalegrupper for barn med skilte foreldre, eller «PIS»-grupper, som mange kaller det (1). PIS (program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn) er et selektivt forebyggende tiltak for barn og unge som har opplevd foreldres samlivsbrudd. I Larvik kommune drives samtalegruppene av helsesøster på både barne- og ungdomsskole. I gruppene møtes deltakerne med én ting til felles: Foreldrene deres bor ikke lenger sammen. Gruppene foregår i skoletiden, i tett samarbeid med

TEKST

Inger Marie Otterdal,
helsesøster i Larvik
kommune

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

BARN I SAMLIVSBRUDD





Det kan være smertefullt å erfare at barnas stemme etter hvert stilner – det var ikke noen vits å fortelle likevel

lærere og skoleledelse. Seks til åtte deltakere – gutter og jenter med ulik grad av utfordringer og tid siden samlivsbruddet – møtes til seks gruppemøter med ett tema hver gang:

- Presentasjon / bli kjent
- Bruddet. Hva kan være grunner til samlivsbrudd?
- Samværsordninger, ferier og feiringer
- «Ny-familien» – hva hvis mamma eller pappa får ny kjæreste?
- «Ny-familien» – hva hvis du får nye ste- eller halvsøsken?
- Hvordan påvirker hjemmeforholdene hverdagen din?

I samtalegruppene forteller mange at det ikke alltid er så lett å bo i to hjem. De forteller at det kan være temmelig slitsomt og rotløst å flytte annenhver uke, men det å velge mellom foreldrene oppleves som umulig. Som en jente sa: «Jeg er jo like glad i begge to, så det er umulig for meg å velge mellom dem.» Mange kommenterer at de tror at mamma og pappa aldri ville holdt ut å flytte på samme måten som dem, år etter år.

«Ny-familien» er ofte et stort tema i gruppene. Barn opplever at det er utfordrende å forholde seg til foreldrenes nye kjæresten, ste- og halvsøsken. Nye og ulike regler og rutiner, redselen for at mamma eller pappa skal bry seg mer om den nye kjæresten enn dem, og sjalusi overfor halvsøsken som får foreldrene deres på heltid, er kjente problemstillinger i samtalegruppene. Mange sier at de aldri har snakket med noen om disse tingene; ikke med foreldrene, og ikke med venner. De vil være lojale mot både mamma og pappa og er redde for å såre og skuffe dem de er glad i.

Hilde Egge har i sin masteroppgave (2) undersøkt hva som kan være til hjelp ved å delta i samtalegruppe etter samlivsbrudd. Hennes resultater sammenfaller godt med det også Sidsel Rognerud refererer til i sin masteroppgave (3): Tilhørighet og identifisering med andre som har opplevd det samme og åpenhet uten å kjenne på lojalitetskonflikt. I samtalegruppene kan barna få satt ord på følelser og få gode råd og støtte fra de andre i gruppa og fra oss voksne. Dette kan føre til økt forståelse og lette barnas bearbeiding av samlivsbruddet. Ifølge Raundalen og Schultz (4) er det av stor terapeutisk betydning nettopp å hjelpe barn å

finne ord, setninger og fortellinger som rydder, ordner og arkiverer det som har hendt, som en «håndtert fortid».

Tilbakemeldingene vi får både fra gruppedeltakerne og fra lærere på skolen, er udelt positive. Her er noen av dem: «Jeg har fått orden på tankene mine», «jeg har hørt hvordan de andre løser problemene», «det har blitt lettere å konsentrere seg på skolen», «jeg har fått gode råd!», «jeg har blitt hørt», «jeg ser at mamma og pappa har det bedre hver for seg, og da har jeg det bedre også».

HELSESØSTER SOM BUDBRINGER

Men hvordan kan vi på best mulig måte bringe budskapet om barnas tanker og følelser videre til dem som kan skape endringene for barna, nemlig foreldrene? I Larvik har vi utviklet en tiltaksrekke som innlemmer tilbud til både barn, ungdommer og foreldre etter samlivsbrudd. I 2010–2012 tok kommunen del i «Ser du meg»-prosjektet gjennom Bufdir. I denne perioden fikk vi tid, midler og anledning til å prøve ut nye tiltak og etablere et tettere samarbeid med familievernkontoret i Vestfold. Fra da av har alle foreldre som har hatt barn med i PIS-gruppe på en barne- eller ungdomsskole i kommunen, fått invitasjon til henholdsvis mammakveld og pappakveld. Disse arrangeres en gang hvert semester. Jeg som helsesøster leder kvelden sammen med en psykolog eller familieterapeut fra familievernkontoret.

På mamma- og pappakvelden går vi gjennom hvert av temaene barna har jobbet med i PIS-materiellet, og vi presenterer budskap fra gruppene som hører til de respektive temaene. På denne måten blir jeg som helsesøster en budbringer, en vikarierende barnestemme overfor foreldrene. Jeg opplever at barna og ungdommene, som ellers vegrer seg for å ta opp disse temaene med foreldrene, synes det er uproblematisk når det leveres videre fra gruppa som helhet, og via en person som oppleves som «nøytral» i sitt forhold til mamma og pappa.

På mamma- og pappakvelden er det også rom for diskusjon og erfaringsdeling. Mange foreldre kommer med spørsmål og får råd og hjelp både fra de andre foreldrene som er til stede, og fra oss fagpersoner. Vi får tilbakemeldinger fra foreldre om at det oppleves som nyttig å bli minnet om barnets perspektiv på samlivsbruddet, at de ikke ante at barn visste så

mye om samlivsbrudd, og at det har gjort det lettere å snakke med barna i etterkant. Mange sier at de skulle ønske at de selv hadde fått anledning til å delta i en samtalegruppe da de, som barn, opplevde egne foreldres samlivsbrudd. Vi opplever at vi når ut til mange, og at engasjementet er stort. Nå i vår dukket det opp over 40 foreldre, fordelt på mamma- og pappakveld. Flere ganger har vi fått spørsmål om vi også kan arrangere egne kvelder om å være steforelder. Jeg opplever også at besteforeldre henvender seg og ønsker råd og tips om hvordan de, på best mulig måte, kan være en ressurs for barna i bruddet.

Disse kveldene er også en fin anledning til å rekruttere foreldre videre til «Fortsatt Foreldrekurs» (5), som vi tilbyr i familiesenteret i Larvik kommune, sammen med familievernkontoret i Vestfold. Målet med dette kurset er å styrke foreldres evne til å samarbeide etter samlivsbrudd, og dermed bidra til å fremme en trygg og stabil oppvekst for barna. I Larvik møter kursdeltakerne for tiden de samme fagpersonene som de møter på mamma- og pappakveld, og vi ser det som en fordel at vi er både mannlig og kvinnelig kursholder med hver vår fagbakgrunn.

Gjennom disse tilbudene for barn, ungdom og familier mener vi å se at vi også kan komme i kontakt med høykonfliktfamilier, der vi vet at barna er i størst risiko for å utvikle egne psykiske vansker. I Larvik kommune har vi hatt et godt samarbeid med familievernkontoret i mange av disse sakene. Det gjenstår fremdeles mye arbeid for å få til et godt tilbud for spesielt utsatte familier i samarbeid med barnevernet.

Det kan oppleves som et dilemma å invitere barn til å åpne seg og fortelle om det som kan være vondt og vanskelig for dem, uten at vi som fagpersoner kommer i posisjon for å skape positive endringer i livssituasjonen deres. Det kan være smertefullt å erfare at barnas stemme etter hvert stilner – det var ikke noen vits å fortelle likevel. Kanskje er tiden moden for å innføre samlivskurs for elever i videregående skole, slik at vi kan forhindre at så mange barn opplever foreldrenes samlivsbrudd? «Du, jeg og vi» er et kurs i kommunikasjon og konflikthåndtering for elever i videregående skole i regi av Bufdir.. Min erfaring er at dette er tema ungdom etterspør og ønsker.

Alle som involveres i en samlivsbruddprosess, har behov for å bli sett og forstått for å komme videre etter bruddet. Å snakke med barn og ungdom om foreldrenes samlivsbrudd oppleves som meningsfullt og nyttig. Jeg tenker at foreldre som lar sine barn og ungdommer få være med i PIS-grupper er rause. De gir barna sine mulighet til å få snakke med en utenforstående om personlige og private ting som de selv, i mange tilfeller, har vanskelig for å komme i posisjon til på grunn av barnas sterke lojalitet. Jeg har mange ganger lurt på om jeg ville gitt barna mine denne muligheten om jeg selv hadde befunnet meg i en så sårbar situasjon. Jeg tror jeg ville vært urolig for hva som ble sagt om meg som forelder, og hvilket inntrykk de voksne ville ha av meg etterpå. Som fagpersoner må vi forvalte tilliten foreldrene gir oss, med stor respekt og ydmykhet, derfor ser jeg tiltaket med mamma- og pappakveld som svært nyttig.

Arbeid med barn, ungdom og familier etter samlivsbrudd er et tidkrevende arbeid der det ofte er behov for innsats fra mange faggrupper. Gullkorn som dette i etterkant av en samtalegruppe viser at jobben vi gjør, er viktig: «Jeg tror mamma og pappa fortsatt er glad i meg selv om de har sluttet å være glad i hverandre!» (jente, 10 år). ❖

KILDER

1. PIS. Program for skilsmissegrupper i skolen. Veileder for barneskolen og ungdomsskolen. Utarbeidet av Bærum kommune 2005, revidert i 2012. Ansvarlig utgiver: Organisasjonen Voksne for Barn (www.vfb.no)
2. Hilde Egge (2012). «Du er ikke alene». Samtalegrupper som helsefremmende tiltak for skilsmissebarn. *Master of public health* Hentet fra: <http://docplayer.me/4479735-Du-er-ikke-alene-samtalegrupper-som-helsefremmende-tiltak-for-skilsmissebarn-en-grounded-theory-studie-hilde-egge-master-of-public-health-mph-2012-1.html>
3. Sidsel Rognerud (2014). Samtalegrupper for skilsmissebarn. Gruppeleders erfaringer med gjennomføring og nytteverdi. *UiO vitenarkiv*. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/42473>
4. Raundalen M. & Schults J.H. (2007). *Krisepedagogikk*. Oslo: Universitetsforlaget
5. «Fortsatt Foreldre» kurskonsept. Utarbeidet ved Modum Bads Senter for familie og samliv i 2010. Utgitt av: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2011. Se: https://www.bufdir.no/Familie/Arkiv_Familie_og_samliv/Mekling_samlivsbrudd/Mekling/Kurstillbud_Fortsatt_foreldre/

Grenseløs sykliggjøring

Psykologforeningens fagsjef Andreas Høstmælingen argumenter leder psykologien på ville veier: Ved å gjøre alle plager til psykologiens anliggende, utvanner man faget og mister grepet om de forholdene der man kan gjøre en viktig forskjell.



BJØRN HOFMANN,
professor ved Institutt
for helsevitenskap,
NTNU Gjøvik og
professor II ved Senter
for medisinsk etikk,
Universitetet i Oslo

SYKELIGGJØRING

FAGSJEF I NORSK psykologforening Andreas Høstmælingen argumenterer i en debattartikkel i juniutgaven av *Psykologtidsskriftet* for at sykliggjøring ikke kan unngås, og at det er en god ting.

Han avviser en «essensialistisk sykdomsoppfatning» og argumenterer for et «funksjonsbasert sykdomsbegrep». Med dette tar han stilling i en flere tusen år gammel strid mellom et «ontologisk» og et «fysiologisk» sykdomsbegrep (Hofmann, 2001): Sykdom er ikke en «ting», men avvik fra en norm – i dette tilfellet fra en normal funksjon, der normal er definert av samfunnet (Hofmann, 2014). Ett av premisene er at det er vanskelig å peke på grenser mellom friskt og sykt når det ikke foreligger årsaker.

Høstmælingens argumenter virker umiddelbart forståelige, men leder til motsatt konklusjon av det han kommer til: Vi trenger *ikke* psykologer til å håndtere folks plager. Hvor er det fagsjefen undergraver sin egen argumentasjon og sitt eget fag? Villfarelsene synes å være mange. La meg ta dem én for én.

SYKDOM UTEN ÅRSAK

For det første er premisset om at sykdom krever kunnskap om kausalitet galt. Det finnes

en rekke sykdommer både innenfor somatikk og psykiatri der kausaliteten er ukjent. Schizofreni er ett eksempel på det. Det er klart at kunnskap om kausalitet er viktig for å finne egnet behandling, men det er ikke en nødvendig (eller tilstrekkelig) betingelse for at en tilstand er sykdom.

PSYKDOM UTEN FØLELSER

Det andre premisset til Høstmælingen – påstanden om at psykiske sykdommer ikke finnes – baserer seg på essensialisme: «noen inntar en posisjon der psykiske lidelser ikke finnes [...] Denne måten å tenke på baserer seg på et essensialistisk perspektiv, der sykdom antas å ha en selvstendig objektivt påviselig eksistens (essens), uavhengig av hvem som har den.» En nominalist vil eksempelvis hevde at det eneste sykdommer har felles, er navnet sykdom. Vedkommende vil åpenbart ikke være essensialist. Påstanden om at «en psykologi som ikke har plass for tanker og følelser, faller på sin egen urimelighet», faller på sin egen urimelighet. Dersom alt kan kalles sykdom, er det vanskelig å forstå at man skal avgrense seg til tanker og følelser. Sprenger man grensene, kan man ikke bruke de samme grensene til å forsvare sitt territorium.



KONSEKVENSENE ER ALT

Videre understreker Høstmælingen at det er konsekvensene som er viktige – ikke hvorvidt det foreligger reell sykdom: «Hovedpoenget er ikke om man har en «sann» sykdom, men hvordan konsekvensene av plagene slår ut. Funksjonssvikten blir bakt inn i sykdomsbeskrivelsen.»

Med dette åpner han hele verden for psykologiens føtter – hvis man har plager som har plagsomme konsekvenser, så er man syk, og er derved et ypperlig kasus for psykologien. Dette kan se ut som en god sysselsettingsstrategi, men det undergraver snarere psykologien som (helse)fag. Høstmælingen viser selv hvordan:

Når vi lager diagnostiske begreper for lidelser som er helt vanlige i et liv, er det åpenbart at vi sykliggjør normaliteten. Men dette trenger ikke bare være negativt. Det er også et uttrykk for en kultur som anerkjenner at et normalt liv er vanskelig.

Ved å gjøre alt som er vanskelig, til et anliggende for psykologien, mister den demarkasjonen av sitt gjenstandsområde. Ved å omfatte alt ender faget med å handle om ingenting.

Dessuten antar Høstmælingen at psykologien er den beste måten å hjelpe folk med deres plager på. Dette er en djerv antagelse, da det utvilsomt finnes en lang rekke andre tilnærminger og tiltak som kan tenkes å være langt bedre til å håndtere folks plager med plagsomme konsekvenser. En rekke sosiale (og politiske) grep synes å være langt mer effektive for å håndtere folks «vanskelige liv».

PSYKOLOGENS PROFESJONALITET

Profesjoner er karakterisert av fem kjennetegn: 1) kompetanse, 2) altruisme (uegennyttighet), 3) disiplineringmekanismer overfor dem som bryter med faglige normer, 4) faglig selvrådrett (autonomi) (Light, 2002; Åsland, 2001) og 5) forvaltning av fellesskapets ressurser (Slater, 2001). Dersom psykologer vilkårlig sykliggjør tilstander etter eget forgodtbefinnende, undergraves punktene 1, 3 og 5 – og dermed berettigelsen til å kalle seg en profesjon. Jeg antar at det ikke var dette som var hensikten med fagsjefens utspill.

DIAGNOSER HJELPER

En annen antagelse i Høstmælingens resonnement er at det å gjøre noe til sykdom eller å få en diagnose, er til hjelp for folk: «En ikke-»

INNENFOR ELLER UTENFOR?

Når alt blir psykologi, ender faget med å handle om ingenting, skriver professor Bjørn Hoffman som et svar til fagsjef Andreas Høstmælingens debattinnlegg i juniutgaven av Psykologtidsskriftet. Foto: Johnner/Scanpix.





Ved å omfatte alt ender psykologifaget med å handle om ingenting

essensialistisk sykdomsforståelse åpner for at fenomener som sorg og engstelse kan flyte inn og ut av det vi betegner som sykt. For mange blir sykeliggjøring da et gode.» Det er langt fra åpenbart at det å gjøre noe til sykdom er et gode. Homoseksualitet ble gjort til en sykdom (for å fri personene fra sosial stigmatisering), mens det viste seg at det istedenfor var stigmatiserende. Diagnoser er ambivalente (Jutel, 2016): De forklarer, predikterer og letter samtidig som de kan legge sten til byrden (Asbring & Narvanen, 2002; Undeland & Malterud, 2007). De uttrykker profesjonell makt (Rosenberg, 2002), kan være psykologisk belastende (Coon et al., 2014; Pickering, 2006), ha negative kulturelle effekter (Armstrong, 1995) og kan ha negative virkninger på enkeltmenneskers livskvalitet. I tillegg kan diagnosene påvirke menneskers identitetskonstruksjon (McGann, 2011; Nielsen, Petersen, Risør, & Rønberg, 2016) og redusere deres helse (Jørgensen, Langhammer, Krokstad, & Forsmo, 2014, 2015). Poenget er ikke at sykeliggjøring og diagnosesetting alltid har slike effekter, men snarere at det ikke nødvendigvis har positive effekter, slik Høstmælingen synes å anta, og at det kan være vanskelig å forutse virkningen av slik sykeliggjøring. Det er derfor langt fra åpenbart at sykeliggjøring hjelper personene. Dermed kan det også reises spørsmål om hvorvidt Høstmælingens forslag

også undergraver det andre kjennetegnet for en profesjon: altruisme.

GÅ UT OG GJØR ALLE FOLKESLAG TIL DERES PASIENTER

Jeg hevder ikke i dette innlegget at man må ha et essensialistisk sykdomsbegrep for å være en (helse)profesjon. Jeg hevder bare at om ikke sykdomsbegrepet avgrenser profesjonens virkefelt – og om man ikke viser til andre legitime avgrensninger – så undergraver man grunnlaget for psykologien som en (helse)profesjon. At psykologen kan gjøre alle vansker til sykdom i sin iver etter å hjelpe, gir ingen garantier for at dette er den beste måten å håndtere disse vanskene på. Skolevesen, arbeidsgiver, skattevesen, fotballag, familie og venner kan være langt bedre egnet til å hjelpe. Dessuten er det ikke sikkert at det hjelper overhodet å gjøre alle mennesker til pasienter eller klienter.

Om målet er å sikre og utvide psykologenes virkefelt, så finnes det langt bedre måter å gjøre det på enn Høstmælingens «metode». Selv har jeg argumentert for at man bør legge mer vekt på de psykiske sidene ved somatisk sykdom (Hofmann, 2015). All sykdom har mentale og eksistensielle sider som i stor grad overses innenfor somatikken. Det er mer enn nok å ta tak i helt uten å måtte undergrave legitimiteten for ens egen virksomhet. ✕

REFERANSER

- Asbring, P., & Narvanen, A. (2002). Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qual Health Res*, 12, 148–160.
- Hofmann, B. (2001). Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theor Med Bioeth*, 22(3), 211–236.
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hofmann, B. (2015). Exit exceptionalism: mental disease is like any other medical disease. *J Psychiatry Neurosci*, 40(6), E36.
- Jutel, A. (2016). Truth and lies: Disclosure and the power of diagnosis. *Soc Sci Med*, 165, 92–98. doi:10.1016/j.socsci-med.2016.07.037
- Jørgensen, P., Langhammer, A., Krokstad, S., & Forsmo, S. (2014). Is there an association between disease ignorance and self-rated health? The HUNT Study, a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 4(5). doi:10.1136/bmjopen-2014-004962
- Jørgensen, P., Langhammer, A., Krokstad, S., & Forsmo, S. (2015). Diagnostic labeling influences self-rated health. A prospective cohort study: the HUNT Study, Norway. *Family practice*, cmv065.
- McGann, P. (2011). Troubling diagnoses *Sociology of diagnosis* (s. 331–362): Emerald Group Publishing Limited.
- Nielsen, M., Petersen, A., Risør, M. B., & Rønberg, M. (2016). Diagnoser: Organisation, kultur og mennesker. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 13(25).
- Rosenberg, C. (2002). The tyranny of diagnosis. *Milbank Q*, 80, 237–260.
- Undeland, M., & Malterud, K. (2007). The fibromyalgia diagnosis: hardly helpful for the patients? A qualitative focus group study. *Scand J Prim Health Care*, 25, 250–255.

Varsel om en katastrofe

Jan Smedslund formidler i marsutgaven av *Psykologtidsskriftet* et syn på psykologisk forskning og vitenskap som innebærer slutten for faget som universitetsstudium og akademisk profesjon.



I SITT OPPGJØR med psykologifaget trekker Smedslund (2017) blant annet følgende konklusjoner:

Psykologi er ikke en begrepsmessig og metodisk velfundert enhetlig vitenskap. Faget kan neppe være en empirisk vitenskap. Kvalitativ forskning skiller seg ikke metodisk fra undersøkelser i vanlig psykologisk praksis. Faget kan ikke danne grunnlag for profesjonell praksis.

Han gir flere illustrerende eksempler for å underbygge disse oppfatningene. Smedslunds resonnementer og konklusjoner leder fram til alvorlige implikasjoner, som han selv ikke formulerer: Det kan vanskelig forsvares å opprettholde psykologi som et akademisk fag. Faget har ingen plass som universitetsstudium. Eventuell annen undervisning i faget kan ikke være forskningsbasert. Det er ikke grunnlag for å autorisere psykologer som helsepersonell. Samlet er disse følgene selvsagt den totale katastrofe for all faglig og profesjonsmessig psykologisk virksomhet.

MULIGHETEN FOR EMPIRISK FORSKNING

Kan så denne katastrofen avverges, eller vil forsøk på å opprettholde empirisk forskning og nåværende profesjonsutøvelse være tankemessig uredelig eller basert på illusjoner? Det kan synes som det bare er hvis Smedslund baserer seg på diskuterte forutsetninger, at det er rom for et videre liv for både akademisk psykologisk virksomhet og for profesjonen.

Smedslund er uklar med hensyn til hvorvidt konklusjonen om at psykologi neppe kan være en empirisk vitenskap, gjelder for alle deldisipliner innenfor psykologifaget. Hans eksempler synes å være hentet fra klinisk psykologi. Etter hans syn er det bare under «meget spesielle omstendigheter» det kan komme på tale med empiriske studier. Det kunne vært spennende å få høre om det er områder av psykologien der disse omstendighetene kan forventes å foreligge.

Hvilke vilkår som må oppfylles for at noe skal være en empirisk vitenskap, er heller ikke klart. Smedslund viser til empirisk forskning i henhold til det naturvitenskapelige paradigmet med «abstrakte målbare variabler», noe han finner å være av liten verdi for psykologer. Men er det en dekkende karakterisering for all psykologisk empirisk forskning at den følger det naturvitenskapelige paradigmet? Og selv om forskningen skulle følge et naturvitenskapelig paradigme, behøver ikke variablene å være abstrakte. Botanikeren er ganske konkret i sin empiriske utforsking av en plantes vokster som et samspill mellom dens genetiske utrustning og et mangfold av vokstervilkår knyttet til jordsmonn og klima. Og nyttige lovmessigheter for vokstere kan formuleres, selv om det ikke er mulig å forutsi hvor mange forgreininger eller blad en plante vil utvikle i den kommende sesongen. Naturvitenskapen er temmelig mangfoldig i sin forskning, slik psykologien også er det.

JAN SKJERVE,

Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen og **SISSEL REICHELT**, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

VITENSKAPSTEORI





Smedslund er uklar med hensyn til hvorvidt konklusjonen om at psykologien neppe kan være en empirisk vitenskap, gjelder for alle deldisipliner innenfor psykologifaget

EMPIRIBASERT PRAKSIS

En hovedtese hos Smedslund er at det som skjer, avhenger av konteksten, og at konteksten består av et ubegrenset antall konkrete forhold. Dette er i samsvar med erklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk psykologforening, 2007), der «det tredje beinet» omhandler materielle, sosiale og ideologiske forhold som påvirker den enkelte. For å arbeide evidensbasert må en terapeut alltid være konkret i sin undersøkelse av den enkeltes livsvilkår, men også av den enkeltes preferanser og oppfatninger. Klienter har rett til medvirkning i terapien (lov om pasient- og brukerrettigheter), og deres medvirkning reduserer mangfoldet av påvirkninger det fokuseres på hos den enkelte klienten. Det muliggjør konkret kartlegging av konteksten. Men det kan være viktige forhold klienten ikke er klar over eller har misoppfattet. Terapeuten må derfor ha kunnskap om mangfoldet av mulige påvirkninger og det komplekse samspillet mellom ulike forhold innbyrdes og med personen som handler i konteksten. Verdifull kunnskap om kompleksiteten kan hentes fra empiriske studier i mange deler av psykologien, og den kan hjelpe terapeuten med å utvikle ideer som må utforskes i hver enkelt klientsak. Smedslunds påstand om at empirisk utforskning av «abstrakte målbarbare variabler» har liten verdi, er korrekt bare hvis terapeuten ikke setter seg inn i hvilke konkrete forhold de abstrakte formulerte variablene omhandler. Mange empiriske studier resulterer i svake korrelasjoner som forklarer lite av vari-

ansen, slik Smedslund påpeker. Men for eksempel i studier av risikofaktorer kan selv svake sammenhenger være av betydning, dersom risikofaktorene representerer et stort farepotensial.

Smedslund foreslår «bricoleur»-modellen som et alternativ til praktikeren som baserer seg på empirisk forskning. Ifølge Smedslund er bricoleuren en person som løser problemer på en ukonvensjonell måte. Han bruker hele seg selv og improviserer med grunnlag i sin forståelse av klienten i hans eller hennes totale livssituasjon. Ingen empirisk baserte psykologiske regler og prinsipper bør få overskygge det unike og hindre en åpenhet for muligheter og nye løsninger.

Empiri er vanlig forstått som en sansebasert observasjon, i forskning eventuelt som registreringer fra et måleinstrument. Også bricoleuren må observere og ha ideer om hva han skal se og høre etter. Kanskje må han være systematisk i sine observasjoner, og hva skiller ham da fra det som er kalt «a local scientist» (Stricker & Trierweiler, 1995)?

Vi har lyst til å se på et eksempel fra barneklinisk praksis: Elsa, 14 år, er en skoleflink og pliktoppfyllende jente, som sjelden eller aldri oppnerer mot sine omsorgsfulle og pedagogisk skolerte akademikerforeldre. Alt hadde vært såre vel, hadde det ikke vært for hennes vedvarende enkoprese. Etter et par timer med Elsa og foreldrene sa terapeuten: «Før neste time skal du far og Elsa gå en tur sammen, og du skal ikke lære henne navnet på en eneste blomst.» Etter den timen hadde ikke Elsa hatt flere tilfeller med avføring i buksa etter ett års oppfølging.

Er denne historien så et eksempel på bricoleur-modellen? Neppe. Terapeuten var skolert i atferdsanalyse og kjent med enkoprese-forskningen. Det hjalp ham til å stille avklarende spørsmål i samtalen med klientene og til å se en familiodynamikk som med sannsynlighet bidro til å opprettholde vanskene. Terapeuten tok sjansen på at en intervensjon som tok sikte på å bryte pågående mønstre, skulle bli forstått og opplevd som støttende. Men terapeuten hadde høyst sannsynlig ikke kommet på intervensjonen uten sin kjennskap til empirisk baserte «regler og prinsipper». Improvisasjon vil ofte kreve faglig kunnskap, noe som er fullt forenlig med ikke vite-som Smedslund viser til. Det er ikke kunnskapsløshet som karakteriserer ikke-viteren, men reflektert bruk av kunnskapen.

PSYKOLOGISK OG DYNAMISKE REGELMESSIGHETER

Et atferdsanalytisk prinsipp kan formuleres slik: «Når menneskelig atferd varer ved over tid, er det noe som holder den ved like.» Atferdsvansker hos barn er gjerne langvarige, på tross av foreldres og andres iherdige forsøk på å stoppe dem. En god gjetning er at løsningstiltakene, som ofte er den umiddelbare følgen av vanskene, er med og opprettholder dem. Gerald Patterson (Patterson, 1982) observerte mange foreldre-barn-samspill for å kartlegge forsterkningsbetingelsene for atferdsvansker. Studiene ga grunnlag for funnene av gjensidig negativ forsterking av tvingende atferd, et sentralt grunnlag for utformingen av PMTO (Parent Management Training – Oregon).

Smedslund vil med rette kunne hevde at prinsippene om opprettholdende forhold og bryting av sirkler tilhører psykologikken. Men Pattersons beskrivelse av de konkrete samspillmønstrene ved tvingende atferd krevde systematisk observasjon, altså empirisk forskning. Mønstrene gjenfinnes neppe i alle familier med atferdsvansker, og kanskje er de ekstra vanlige i den vestlige verden etter sammenbruddet av den autoritære barneoppdragelsesideologien. Men det kan neppe bestrides at

Pattersons funn har vært grunnlag for hjelp til mange familier gjennom noen tiår, selv om det for en del klienter vil være vanskelig å få øye på det terapeuten har lært å se. Familier som har fått terapeutisk hjelp, vil forhåpentlig ikke falle tilbake i gamle mønstre. De har lært, og samspillet lar seg ikke reversere. Nye studier av typiske samspill kan bli påkrevd om noen år, når kunnskapen om tvingende atferdsmønstre er blitt allmenn, andre måter å komme i konflikt på er blitt hyppige, eller det har skjedd viktige kulturendringer. Gjentatte undersøkelser som grunnlag for det terapeutiske arbeidet er nødvendige ledd i den empiriske forskningen.

Mønstrene som kasushistorien og Pattersons funn omhandler, faller inn under det Smedslund omtaler som dynamiske regelmessigheter. Den observerte stabiliteten opprettholdes av stabile kontekster og konsekvenser og er dermed tidsbegrensete og lokale. Ja, men hvis de er hyppige i et par verdensdelar i en generasjon eller tre, er de ikke uten betydning for praksis.

Smedslund formidler et absolutistisk syn på forskning og vitenskap, der studier som ikke leder til enkle, allmenne og evigvarende lovmessigheter og prinsipper, blir forkastet som grunnlag for teoribygging og yrkesutøvelse. Han påpeker viktigheten av praktikerens refleksjon og kreativitet, men det er vanskelig å se hvordan dette skal lede til kvalitetsheving av den profesjonelle virksomheten dersom det meste av den fagkunnskapen vi bygger på, skal forkastes. ✖

REFERANSER

- Norsk psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44, 1127–1128.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. (Vol. 3). Eugene: Castalia Publ. Comp.
- Smedslund, J. (2017). Det kommer an på. *Psykologi*, 54, 403–407.
- Stricker, G., & Trierweiler, S.J. (1995). The local clinical scientist: A bridge between science and practice. *American Psychologist*, 50, 995–1002.



Faksimile fra februarutgaven av *Psykologtidsskriftet*.

Ja, vi tviler på faktagrunnlaget

Psykologtidsskriftets gjennomgang av Prestesaken dokumenterer feil og mangler i fremstillingen som politiet, retten og avisa Glåmdalen la til grunn.

BJØRNAR OLSEN, sjefredaktør, Tidsskrift for Norsk psykologforening

PRESTESAKEN

ROLF NORDBERG MENER i juliutgaven at *Psykologtidsskriftet* ikke fremstiller fakta korrekt i Prestesaken, og at vi burde lagt de ulike domsavgjørelsene til grunn for vår dekning. At dommene fra to rettsinstanser, Gjenopptagelseskommisjonens avgjørelse og rettsreferater fra avisa Glåmdalen (der Nordberg var sjefredaktør, reporter og kommentator mens saken ble behandlet i retten) gir et helt annet bilde enn vår fremstilling i *Psykologtidsskriftet* i februar, er ikke overraskende: Vi stiller spørsmål ved faktagrunnlaget som verken etterforskere, retten eller avisa Glåmdalen stilte den gang. Det er disse nye svarene som gjør at Prestesaken kommer i et nytt lys. Uavhengig av skyld eller uskyld dokumenterer vi feil og mangler ved politietterforskningen, og svipt i mange andre ledd helt fra da saken startet i 2006. Uten å ta stilling til skyldspørsmålet, viser vår dokumentasjon at prestens rettssikkerhet ikke ble ivaretatt. ✖

Leder Siv Hallgren i Gjenopptakelseskommisjonen ønsker ikke å kommentere innlegget. Det vil heller ikke noen hos Riksadvokaten. Visepolitimester Johan Welhaven i Innlandet politidistrikt ønsker heller ikke å kommentere det.



Fosse misforstår

Vi er ikke veldig genfokuset, slik Roar Fosse hevder i intervju i Psykologtidsskriftet.



MONICA AAS,
PhD ved senter for psykoseforskning, NORMENT TOP-prosjektet

PSYKOSE-FORSKNING

VI HAR LEST intervjuet i maiutgaven av Psykologtidsskriftet med forsker Roar Fosse og vil gjerne få komme med noen saksopplysninger. Fosse var tidligere tilknyttet TOP-prosjektet, og sier i intervjuet: «Forskningen i TOP var veldig genfokuset, mens de hadde lite fokus på traumer.» Det er en misforståelse. Forskningen i TOP-prosjektet fokuserer på å skaffe ny kunnskap om alvorlige psykiske lidelser, uavhengig av faglig ståsted eller tilnærming.

En viktig drivkraft for forskningen som utføres på Senter for fremragende forskning NORMENT (der TOP-prosjektet inngår), er å kombinere forskjellige metoder og tilnærminger, slik også med gener og traumer. Det er nettopp ved å studere hele bildet, fra gener/biologi til miljø og psykologiske faktorer, at vi får viktig ny kunnskap. I tråd med dette kan vi opplyse om at det fra NORMENT har blitt publisert 17 artikler om rollen til traumer ved alvorlige psykiske lidelser i internasjonale fagfelletidsskrifter (PubMed-referanser). Vi kom også ut med boken *Psykose og samfunn* (Universitetsforlaget, 2015) om temaet miljørisikofaktorer ved psykose. Vi har også nylig skrevet et kapittel

om overlapp mellom barndomstraumer og rusbruk i kapittelet til Aas og Melle, «Childhood Trauma and Cannabis: Risk Factors in Severe Mental Disorders?» i den nylige utgitte boka *Handbook of Cannabis and Related Pathologies: Biology, Pharmacology, Diagnosis, and Treatment* (Elsevier, 2017).

Traumer er et tema som er viktig for oss. Vi har blant annet et pågående forskningsprosjekt som ledes av undertegnede («Stress under Skin»), som er finansiert gjennom midler fra Helse Sør-Øst. Her forsker vi på mekanismer bak alvorlige psykiske lidelser som schizofreni eller bipolar lidelse med hovedtyngde på tidlig traumatisering og stress. Min tidligere postdoktorstipendiatstilling ved NORMENT var også finansiert med midler fra Helse Sør-Øst. Vår erfaring er derfor ikke i tråd med Fosse, som uttaler: «Det er nesten umulig å få midler til stress- og traumeforskning.»

Vi er enige med Fosse i at forskning på barndomstraumer og stress er viktig i denne konteksten og ser fram til å diskutere temaet med han. Fosse er en viktig bidragsyter på feltet, både i internasjonal og nasjonal sammenheng. ✕



Styrket rettssikkerhet til pasienter ved skjerming

Fra 1. september blir det slutt på at pasienter som motsetter seg bruk av skjerming, må vente i 24 timer før de får et vedtak de kan klage på. Det er en klar forbedring av dagens regelverk.

BENT HØIE, helse- og omsorgsminister

SKJERMING I PSYKISK HELSEVERN

I PSYKOLOGTIDSSKRIFTET NR. 7/2017 kritiserer Marius Storvik meg for å ha forstått endringen i psykisk helsevernloven feil. Han hevder at endring av lovverket ikke bedrer situasjonen for pasienter ved skjerming. Storvik mener jeg har misforstått min egen lovendring. Det har jeg ikke. Det er nok heller Storvik som har lest lovendringen litt for fort.

Endringene som trer i kraft 1. september, sier at pasienter ikke lenger kan skjermes fra omgivelsene før det er avklart hvordan de stiller seg til det. Dersom pasienten motsetter seg skjerming, må den faglig ansvarlige fatte vedtak og gi en skriftlig begrunnelse for valget av tiltak før skjermingen settes i verk.

Dagens regler om at pasienter som ikke motsetter seg skjerming, skal få vedtak når skjermingen opprettholdes utover 24 timer (12 timer når skjermingen innebærer betydelige endringer i pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet), videreføres.

Endringen styrker rettssikkerheten til pasienter som blir skjermet fra omgivelsene mot sin vilje. Økt bevissthet om at skjerming i strid med pasientens ønsker er et inngripende tiltak, vil også kunne bidra til redusert bruk av tiltaket i tråd med målet om redusert tvangsbruk. ✕

Debattert

Samlivsbrudd

Mangelfull lov Med dagens mangelfulle barnelov er det mange tusen norske barn som ikke ser sin pappa en vanlig måned etter samlivsbrudd. Dette er et alvorlig brudd på barns juridiske rettigheter.

Terje Torgersen debatterer i Bergens Tidende 21. juni

Etter bruddet – Fedre er kommet på banen, og politikerne diskuterer muligheten for delt foreldrepermisjon. Men hva med etterpå, når samlivsbruddet har skjedd? Det virker ikke slik på rettspraksis at pappa er like viktig etter et samlivsbrudd som før bruddet.

Camilla Fossum Pettersen til Psykisk helse 27. juni

Likestillingsbaksiden Han mener baksiden av likestillingsmedaljen er at langt flere fedre ønsker delt samvær, og dermed blir det ofte kamp om barna. – Det å ha foreldre som hater hverandre, det er ikke for amatører. Barna står i fare for å bli psykiatriske pasienter. Mange blir sendt til spesialisthelsetjenesten med uro og konsentrasjonsvansker, og kommer ut med en ADHD-diagnose som strengt tatt er ganske urettferdig.

Reidar Hjermand til Fedrelandsvennen 1. juli

Eldrebrudd Eldre kvinner som har store problemer med samlivet, vegrer seg mye mer for å flytte ut enn yngre. Men de er også påvirket av det moderne samfunn der det er både lov og ofte lurt og nødvendig å gå ut av destruktive parforhold.

Solveig Vennesland i Allers 3. juli

Folkehelse og livsmestring i skolen



Lærere må arbeide med elevenes psykiske helse gjennom relasjon og epistemisk tillit

IDA BRANDTZÆG, STIG TORSTEINSON, psykologspesialister ved Nic Waals Institutt, og **GURO ØIESTAD,** psykologspesialist, førstelektor ved UiO

PSYKISK HELSE I SKOLEN

PSYKOLOGFORENINGEN HAR VÆRT opptatt av at psykisk helse må inn i skolen, på linje med undervisning i anatomi og ernæring, og har lyktes i å få kunnskapsministeren og departementet med på å innlemme «livsmestring» som en del av ny læreplan. Vi synes dette er flott. Samtidig er det påfallende hvor stor tiltro man har til at undervisning om psykisk helse skal hjelpe elevene, framfor å styrke relasjonen mellom lærer og elev. Det er bra at elevene i framtiden skal få kunnskap om psykisk helse, men vi mener det er klart viktigere at lærere får kunnskap og bevisstgjøring om relasjonens betydning, slik at de hjelpes til å reflektere på en systematisk måte over møtet med elevene, og at dette ikke blir overlatt til lærerens skjønn.

Behovet for denne kunnskapen blir ikke mindre sett i lys av Høringsutkast til ny læreplan fra Kunnskapsdepartementet 10. mars i år, særlig innholdet i den overordnede delen, som omhandler verdier og prinsipper. Høringsutkastet er blant annet opptatt av menneskeverdet og å hjelpe eleven til å utvikle selvtilit og mestre eget liv: «Skolens oppgave er å støtte hver elev slik at den enkelte opplever livet som trygt og meningsfylt.» Videre: «En lærer er en rollemodell som skal skape trygghet, og løse elevene i deres ferd gjennom opplæringen.» Denne føringen mot å styrke relasjonen lærer–elev for å oppleve livsmestring, oppnås ikke gjennom livsmestring som fag.

RELASJONSBYGGING

Lærere trenger kunnskap om hvordan de møter gruppen med elever og hver enkelt elev spesielt. De trenger kunnskap og hjelp til systematisk tenkning og arbeid rundt relasjonsbygging. Norsk og internasjonal forskning viser at elever som strever psykisk, har mer negative relasjoner til sine lærere enn

andre (Drugli, Kløkner & Larson, 2011; Murray & Murray, 2004). Studier viser at de voksnes holdninger og atferd i stor grad legger føringer for elevenes relasjoner til hverandre (Wentzel & Ramani 2016). Helt konkret viser forskningen at måten læreren ser og forholder seg til en elev på, påvirker hvor godt denne eleven blir likt av medelevene. Lærerens oppførsel overfor eleven har faktisk mer å si enn elevens egen atferd (Hamm & Hoffman 2016). Hvordan læreren forholder seg til eleven, påvirker derfor barnets erfaringer både direkte og indirekte. I tilknytningspsykologien er man opptatt av fenomenet *epistemisk tillit* (Fonagy & Allison, 2014; Fonagy, Luyten, og Allison, 2015). Den britiske psykologiprofessoren Peter Fonagy forklarer «epistemisk tillit» med opplevelse av at andre er til å stole på, og at man kan utveksle erfaring og kunnskap med dem. Begrepet epistemisk er avledet av «epistemologi», som betyr «læren om kunnskap og innsikt». «Epistemisk tillit» fanger dermed opp det som skjer når grunnleggende tillit etableres, man blir mottakelig for den andres påvirkning, man blir åpen for å lære av den andre, for å utveksle informasjon, for å være i bevegelse sammen. Dette er viktig for oss alle og helt avgjørende for barn.

MOTORVEI FOR LÆRING

Massiv forskning viser at lærerens evne til å etablere en god relasjon til eleven påvirker hvordan eleven tar til seg det læreren formidler (Nordenbro, 2008; Drugli, 2012). Barn lærer mer og bedre av voksne de føler seg anerkjent av, enn av voksne de opplever som utilgjengelige eller, enda verre, fiendtlige. Det er fordi den epistemiske tilliten innebærer det Fonagy kaller en «motorvei for læring». Tilliten åpner den mentale «veien» som kunnskapen skal transporteres på. Det er grunnen til at relasjonen mellom lærer og elev i skolen har

så avgjørende betydning. Det er verdt å stadig minne seg selv på at epistemisk tillit i første rekke utløses av at den voksne anerkjenner barnets erfaringer, som er det motsatte av å være autoritær og belærende. Altså at den voksne er innstilt på å ta barnets ståsted og se barnet innenfra.

Læreren må kunne mentalisere: mestre å ha et blikk på egne reaksjoner overfor eleven og samtidig forstå hva eleven trenger i det aktuelle øyeblikket (Brandtzæg, Torsteinson og Øiestad, 2016). Om læreren greier det, vil disse øyeblikkene påvirke elevens tillit, men også bidra til at eleven får økt forståelse av seg selv og dermed får styrket sin mulighet for livsmestring. Dette er med andre ord psykisk helsefremmende øyeblikk. Skolehverdagen er full av muligheter for slike øyeblikk, men å utnytte dem krever høy relasjonsbevissthet hos lærere.

Kunnskap fra tilknytningspsykologien kan fortelle oss hva som fremmer gode relasjoner og sunn utvikling.

Derfor må denne kunnskapen inn i skolen. Den nye læreplanens overordnede prinsipper står i sterk kontrast til andre føringer i skolen – som dreier seg mer om testing og stadig større krav til eleven. «Skolen skal legge til rette for læring for alle elever, stimulere den enkeltes motivasjon og lærelyst, og ivareta deres tro på egen mestring», sier den nye læreplanen, og noe lignende sa også den gamle. For å sette denne viktige intensjonen ut i handling må lærerutdanningen utruste lærere med forståelse for relasjonens betydning og med best mulige evner til å etablere epistemisk tillit. ✕

Se også intervju med professor Peter Fonagy om begrepet epistemisk tillit på side 714.

REFERANSER

- Brandtzæg, I., Torsteinson, S., & Øiestad, G. (2016). *Se eleven innenfra. Relasjonsarbeid og mentalisering på barnetrinnet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Drugli, M.B. (2012). *Relasjonen mellom lærer og elev – avgjørende for elevens læring og trivsel*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic Relationship. *Psychotherapy* Vol. 51, No. 3, 372–380.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575–609.
- Hamm, J.V., & Hoffman, A.S. (2016). Teachers influence on students peer relationship and peer ecologies. I: K.R. Wentzel & G.B. Ramani (Red.). *Handbook of Social Influences in School Contexts: Social-Emotional, Motivation, and Cognitive Outcomes*. New York: Routledge.
- Murray, C., & Murray, K.M. (2004). Child level correlates of teacher-student relationships: an examination of demographic characteristics, academic orientations, and behavioral orientations. *Psychology in the Schools*, 4, 752–762.
- Nordenbro, S.E., Larsen, M.S., Tiftcki, N., Wendt, R.E., & Ødegaard, S. (2008). *Lærerkompetencer og elevers læring i førskole og skole*. København: Dansk Clearinghouse for Uddannelsesforskning.
- Wentzel, K.R., & Ramani G.B. (2016). *Handbook of Social Influences in School Contexts: Social-Emotional, Motivation, and Cognitive Outcomes*. New York: Routledge.

Inntrykk

«Jeg husker mamma sa det ikke var så farlig, for snart flyttet jeg også ut og fikk meg egne barn. Og jeg sa – ‘Mamma, jeg er tolv år’.»

«Jeg husker hvordan pappa begynte å prate om en ny dame etter et par måneder. Hun var alt mamma ikke var. Dette var visst gode kvaliteter ved henne.»

«Jeg husker følelsen da jeg begynte å ringe på, i stedet for å låse meg inn som før. Det var ‘hjemme’, men bare annenhver uke.»

«Jeg husker at vi ikke turte å fortelle pappa at vi allerede hadde sett den samme filmen på kino med mamma.»

«Jeg husker første gang jeg så en feriefilm fra da mamma og pappa var gift. Jeg skjønnte ikke hvem de var, det var så rart å se at vi har vært en familie.»

KOMMENTAR



Flerstemte funderinger

PÅ VENSTRE SIDE står fem sitater fra Ida Christensens bok *Den lykkelige skilsmis-*sen. Høsten 2015 ble disse sitatene sendt ut til en rekke mennesker. Rollene og bakgrunnen deres varierte, men alle mottok de samme korte utsagnene fra unge gutter og jenter som har sett sine foreldre gå fra hverandre. 80 psykologer, 24 stortingspolitikere, 37 lærere og 29 skilte foreldre leste og svarte på disse løse minnene fra barna. I retur sendte de sine egne tanker.

På de neste to sidene kan du lese refleksjonene deres. På samme måte som for barna, er også de voksnes setninger personlige. Vi hører utdrag fra klasserommet, fra middagsbordet, fra gårsdagens terapitime og fra en egen gjen-

kjennelig barndom. Samtidig står svarene deres uten kontekst, de er fristilt forbindelser og ytre rammer. Slik åpner utsagnene for en inngang til det allmenne.

Sitatene er sammenstilt på tvers av personenes gruppetilhørighet for å forsterke forbindelsen til andre mennesker. Stemmen beholdes, men forenes likevel i et samlende tema, der også leseren inviteres inn.

Det som fortelles, angår oss. Enten fordi vi selv er barn av foreldre som har gått fra hverandre, fordi vi selv er disse foreldrene, eller fordi vi omgås barn, venner, familie og medmennesker som lever med og i slike brutte forbindelser.

Adriane Lilleskare Lunde og Psykologtidsskriftet

Min refleksjon som psykolog er at relasjonene innad i familien endrer karakter etter en skilsmisse. Jeg husker både min og hennes fortvilelse da hun ikke fikk med seg bøker til skolen fordi de var hos den andre forelderen, og ikke kunne hentes der fordi samarbeidet dem i mellom gikk så dårlig. Det er vanskelig for barna være åpne om følelsene sine overfor oss foreldre og 'bruke' oss til å håndtere tingene i bruddet og i det fortsatte livet etterpå som er blitt delt i to. Som politiker føler jeg et oppriktig dilemma. Voksne, frie, moderne mennesker må selv velge hvem de vil dele hverdagen med. Men barna må leve med de voksnes valg.

Som psykolog må jeg ofte forklare for skilte foreldre hvorfor barnet deres kan slite. En skilsmisse rammer grunnmuren og den grunnleggende trygghetsfølelsen til mange barn. Skilsmisse er på de voksnes premisser. Det river i sjela når elevene mine så tydelig har egoistiske foreldre. Hvis behovet er så sterkt for å slenge med leppa bør man vurdere å åpne seg til et annet voksent menneske og ikke til sine barn.

Jeg tror nok som psykolog at mange foreldre synes det er vanskelig å sette egne følelser til side helt. Jeg husker vi kranglet mye etter skilsmissen. Det angret jeg veldig på, selv om det virker som barna har klart seg bra. Foreldrene ser ikke den sorgen, fortvilelsen, og sinnet disse barna uttrykker i klassen og i friminuttene. Jeg vitner som politiker at mange barn må på egenhånd takle situasjoner som de verken emosjonelt eller på andre måter er modne nok til å klare selv.

Jeg som politiker opplever at det altfor sjelden slippes til «stemmer» som beskriver de vonde følelsene en skilsmisse skaper. Framstillingen av den lykkelige skilsmisse er som oftest en historiebeskrivelse på de voksnes premisser. Min refleksjon som psykolog er at foreldre kan ha et behov for å minimere vonde følelser knyttet til et brudd, både for seg selv og for barna - kanskje de vonde følelsene oppleves som nettopp så farlige at de må unngås. Det undrer meg når foreldre i en opphetet skilsmisssituasjon sier til meg på utviklingssamtalen at «Det går ikke ut over barna, de tar det så greit». Jeg var alltid bestemt på at barna mine aldri skulle bli skilsmissebarn. Problemet er at man må være to for å få til ting. Det gikk ikke.

Som psykolog og menneske gir dette meg vondt i magen; et barn som blir frarøvet barndommen og tillagt en voksenrolle i en så tidlig alder fordi den voksne ikke kan formidle og håndtere situasjonen på en god nok måte. Jeg synes det er flaut når foreldre prøver å legge «skylden» over på den andre når det er utviklingssamtaler. Forelderen i meg synes at man fortsatt skal oppføre seg som en voksen, selv om man blir skilt. Som politiker gjør det meg trist å lese noen av disse erfaringene. Jeg føler at politikken ofte kommer til kort.

Som psykolog opplever jeg at skilsmisse gir mange voksne tunnelsyn. Egne behov kommer først. Jeg tror voksne ønsker, og vil, at brudd skal være så greit og enkelt at vanskelig følelser og sårhet blir underkommunisert. Som lærer ser jeg dette i blant, det er vondt. Ha forståelse for at barnet ikke skal måtte favorisere noen, at de elsker begge to like mye uansett hvilke følelser vi som voksne har mellom oss.

Jeg syns det er trist at elever må ta hensyn og navigere mellom mor og far. Min refleksjon som psykolog er at voksne undervurderer hvor mye ansvar barna tar på seg og hvor opptatte de er av at foreldrene skal ha det bra. Som mamma blir jeg trist på deres vegne. Det er riktig å skåne sine små, de er foreldre, ikke venner eller venninner. Det hjelper lite å vise til statistikken og si at det er helt normalt. Som politiker tenker jeg at selv om det har blitt mer vanlig å skille seg, så er det akkurat like sårt, vondt og vanskelig.

Min erfaring som psykolog er at barn som regel sørger etter et samlivsbrudd, og håper at foreldrene skal finne tilbake til hverandre. En forelsket forelder blir gjerne blind for barnets sorg. Jeg som politiker kjenner på alle de barna som blir lei seg når mor og far ikke er kjæresten lenger, når jul og ferier feires dobbelt i nye hjem og med nye tradisjoner. Det er synd på disse elevene. De har ikke valgt at foreldrene skal skille seg og føler ofte at deres innflytelse i prosessen er veldig begrenset. Jeg husker da min 5 år gamle datter gråt sårt fordi hun ikke hadde fått lov av mor å invitere gutter i bursdagen. «Men ville du ha gutter da?» «Ja, for jeg ville ha deg, pappa». Da måtte jeg si god natt og gikk ut i stua og gråt.

ET BAKTEPPE SOM IKKE TEMATISERES

– Skilsmissen er så normalisert at den i liten grad berøres eksplisitt i barnelitteraturen.

FINNE TRØST

– Et barn som er lei seg etter en skilsmisse, vil kunne finne trøst i Lindgrens roman *Brødrene Løvehjerte* selv om den ikke handler om skilsmisse i seg selv, mener forskningsbibliotekar Anne Kristin Lande. Illustrasjonen laget av Ilon Wikland er hentet fra omslaget til Lindgrens kjente barneroman.



TEKST

Per Olav Solberg

DET SIER ANNE Kristin Lande, forskningsbibliotekar ved Nasjonalbiblioteket i Oslo, der hun i en årrekke har jobbet med formidling av forskning knyttet til barne- og ungdomsbøker. Som jurymedlem i Kulturdepartementets priser for barne- og ungdomslitteratur har hun også svært god oversikt over hvilke temaområder som berøres i denne litteraturen.

– De skilte familiene er kanskje de mest alminnelige i barne- og ungdomslitteraturen i dag. De ligger der som en bakgrunn i mange fortellinger, men når sjelden forgrunnen. På

70-tallet var det annerledes. Da var skilsmissen mindre vanlig og ble oftere tematisert, sier Lande.

Landes tese synes dermed å være at jo mer alminnelig et tema er, desto mindre interessant er det for forfattere å belyse det litterært.

– Overgrep og omsorgssvikt er eksempler på temaer som i dag er mer i vinden enn skilsmissen, og som flere barnebokforfattere tar opp. Det betyr ikke at den ikke er interessant å skrive om, men du er avhengig av gode forfattere som er opptatt av temaet, sier Lande.

BARNETS OPPLEVELSE

En av få barnebokforfattere som relativt nylig har gitt ut bok der barns opplevelse av skilsmissen står helt sentralt, er Gro Dahle. I boka *Krigen* fra 2013 blir skilsmissen sett fra barnet Ingas perspektiv. Dagbladets anmelder, Maya Troberg Djuve, skrev blant annet dette om utgivelsen:

Dahle har en unik evne til å se verden fra barnets ståsted [...] Dahle slipper ikke Inga ved den endelige skilsmissen. Det gode ved det, er at de skjulte sporene etter konflikten, seinskadene, får oppmerksomhet. For når ting går seg til for de andre, er ingen ting i orden for Inga.

Men det var ikke Gro Dahle selv som kom med ideen til *Krigen*:

– Jeg skrev denne boka på oppdrag fra familievernkantorene på Østlandet. De ønsket seg et fokus på barnas egen opplevelse av skilsmisse, sett fra barnas perspektiv, og da med høykonflikt-skilsmisene som tema, skriver Dahle til Psykologtidsskriftet i en e-post. Som research til boka brukte hun blant annet barns utsagn og beskrivelser som familievernkantoret hadde samlet inn. Noen av utsagnene ble brukt helt konkret i boka. Ifølge familievernkantoret Dahle snakket med, tar ikke barne bøker som omhandler skilsmisse, temaet nok på alvor. Skilsmisene bagatelliseres og behandles for overfladisk, og bøkene har gjerne en lykkelig slutt.

– Familievernkantoret sa at de i liten grad kan bruke disse bøkene, de trengte en bok som tok barnas negative opplevelser på alvor, skriver Dahle.

LITTERÆRE MOTSETNINGER

På 70-tallet var realistisk barnelitteratur med et pedagogisk tilsnitt en vanlig sjanger. Det uttalte formålet var å hjelpe barn i vanskelige situasjoner. Forskningsbibliotekar Anne Kristin Lande er glad for at vi ser langt færre bøker i denne sjangeren i dag.

– Det handler om den klassiske motsetningen mellom brukslitteratur og den kunstneriske litteraturen. Det blir sjelden stor kunst av den pedagogiske brukslitteraturen der alt blir forklart og ikke et eneste tomt rom står igjen – jeg kaller det «de gode intensjoners helvete». Da tenker jeg sakprosa sjangeren kan være mer relevant. «På skråss»-spalten til Simon Flem Devold i Aftenposten tok opp mange vanskelige temaer, blant annet barns opplevelse av skilsmisse. Mange barn fikk nok hjelp og trøst av Flem Devolds tilbakemeldinger, sier Lande.

For skjønnlitteraturen har Lande større tro på mer tidløse og klassiske trøstebøker uavhengig av tematikk.

– *Brødrene Løvehjerte* av Astrid Lindgren er et godt eksempel. Et barn som er lei seg etter en skilsmisse, vil lett kunne finne trøst i Lindgrens roman selv om den ikke handler om skilsmisse i seg selv. Du leser inn i romanen det du trenger, og overfører det til din egen situasjon, sier Lande.

En uskrevet regel i barnelitteraturen har vært at bøker ikke må ha en for dyster slutt. En roman om et barns opplevelse av skilsmisse bør for eksempel ikke ende med at den ene av foreldrene tar livet sitt, eller at barnet rømmer fra både mor og far, selv om slike ting kan skje i virkeligheten. Men hvordan er dette i dag? Bør en barnebok fortsatt ende godt?

– Både ja og nei. Det er ikke mange bøker som ender svart, men mange har en åpen slutt der man selv kan lese inn hvordan man tror det går. Likevel er det nok fortsatt et slags krav til barnelitteraturen at den skal ende med et slags lys i enden av tunnelen, sier Lande. ❌



EN AV FÅ *Krigen* av Gro Dahle og illustrert av Kaia Dahle Nyhus, gitt ut av Cappelen Damm, er en av få norske barne bøker som tematiserer skilsmisse.



Åndsverk eller pasientjournal?

Forskere vil lese Hamsuns journal fra tiden han gikk i psykoanalyse.

Da Hamsun fikk skrivesperre i 1926 begynte han i psykoanalyse hos Johannes Irgens Strømme, en av pionerene i norsk psykoanalyse. Notatene fra Hamsuns psykoanalyse er tilgjengelige hos Nasjonalbiblioteket, noe de har vært i 15 år, kan vi lese i Morgenbladet 30. juni. Notatene er for tiden uleselige. Hamsuns analytiker brukte sitt eget kodesystem, en variant av stenografisystemet gabelsberger. Til nå er kun 30 av 474 sider avkodet. Er det fritt frem å forske i pasientjournaler? Spørsmålet har vekket og vekker fremdeles debatt. Materialet er interessant for forskere som vil se på sammenhenger mellom psykoanalyse og litteratur, mener den tyske litteraturforskeren Stefanie von Schnurbein. Hege Stensrud Høsøien, direktør for fag og forskning ved Nasjonalbiblioteket uttaler i den samme utgaven at som pasientjournal må dokumentet vurderes etter helselovgivningen og forvaltningsloven. De har ikke vurdert å gi notatene ut, fordi ingen enda har spurt etter dem. Kulturredaktør Ane Farsethås mener at notater fra en psykoanalyse kan betraktes som en mellomting mellom et åndsverk og en pasientjournal. Hun skriver: «Det er heller ikke gitt at normer fra dagens psykiatri er den eneste relevante rammen for å vurdere dette materialet. Psykoanalysen er som kjent ikke bare (noen vil si knapt nok) en vitenskap, den er også et sett lesebriller. (...) I dag har Freud høyere status i humanistiske fag enn innen medisin og psykologi.»

Kilder: Morgenbladet 30/6 og 7/7 2017.

Psykologtidsskriftet

KLASSIKEREN



At mannen har en god dose humor, gjør ikke boken dårligere

***Sjef i eget liv* av Ingvar Wilhelmsen (2004).**

Jeg tror de fleste terapeuter en eller annen gang har sittet med følelsen av at de bærer mye ansvar for resultatet i et terapiforløp. Og det skal vi jo gjøre. Men iblant kan vi kanskje ta for mye av ansvaret, kanskje alt?

Dette er uheldig på flere måter: mye fordi et slikt ansvar vil være urimelig for hvem som helst å bære, men også fordi man gjør pasienten en bjørnetjeneste. Dette ble klart for meg da jeg leste Wilhelmsens bok *Sjef i eget liv*.

Wilhelmsen formidler nokså komplekse problemstillinger på en lettfattelig, men ikke overforenklet måte. At mannen har en god dose humor, gjør ikke boken dårligere. Han trekker frem pasienthistorier og går gjennom vanlige kognitive teknikker.

Boken får på en god måte fram at ethvert menneske har et forandringspotensial. Terapeuten kan hjelpe en med å se potensialet, men det er opp til pasienten om vedkommende vil prøve å leve det ut. Pasienten får tildelt en rolle som aktør med ansvar for eget liv – en som faktisk kan *velge* hvordan hen skal forholde seg til ting i livet.

Terapiforløpet illustreres godt som et felles prosjekt mellom pasient og terapeut, med et delt ansvar mellom de to partene. En sentral oppgave hos terapeuten blir da å hjelpe pasienten med å utvikle en genuin tro på at vedkommende makter å bære det ansvaret som valg innebærer.

Jeg har anbefalt denne boken til flere pasienter, da dette er litteratur som passer like godt til både ufaglærte som til faglærte.

Anbefalt av Rebecka Mikkelsen

Inspirerende om livsmestring

De færreste av oss lærte å snakke med ungdommer om normalpsykologi på studiet. Denne boken hjelper deg til å komme i gang.

LIVSMESTRING SKAL INN i skolen, det er politisk vedtatt. Det finnes i noen fylker prosjekter for å utvikle helsefremmende barnehager og skoler (f.eks. Nordland, Østfold, Vestfold). Å arbeide helsefremmende kan virke lett, som noe alle kan gjøre. Det er sant, samtidig som helsefremmende *profesjonelle* samtaler krever både kunnskap og kompetanse, på lik linje med behandlingssamtaler. Forfatteren skriver ufornøyd og klokt om en profesjonell tilnærming. Som psykolog kjenner jeg igjen teorigrunnlag, form og innholdsbeskrivelse, spørsmålsstillingene og virkemidlene i helsefremmende samtaler; det er velkjent og trygg grunn. Som erfaren kommunepsykolog som liker å snakke med ungdommer, kan jeg fryde meg: Jeg nikker ivrig gjenkjennende, blir mer bevisstgjort og inspirert.

UNGES EGEN STEMME

Ungdom tas på alvor, og metodikken tas på alvor. Her er mange gode eksempler og forslag som gjør boken praktisk. Det er ikke mange steder jeg har sett de unges egne stemmer og perspektiver komme så godt frem hele veien med unntak av materialet som Forandringsfabriken produserer og Si 'D-spalten i Aftenposten. Boken blir derfor nyttig for alle som snakker med barn og unge. Alle samtaler bør jo ha en helsefremmende effekt, også behandlingssamtaler. Så hvordan leder vi samtalen for at de unge skal gå ut med styrket håp og økt livskraft, ikke bare etter en stund, men hver gang?

SAMTALEINGREDIENSER

Samtalens oppbygging beskrives som en fisk med åpen og inviterende begynnelse. Deretter kommer prosess, frem mot en avslutning med snert, som kan sette i bevegelse. Boken har ryddige inndelinger og mange små overskrifter som hvordan innlede, hvordan skape interesse, invitere venner og familie, forenkle

og forklare de store valgene, bruke kroppen som kommunikasjon. Et eget kapittel er viet de gode spørsmålene, et annet kapittel handler om ulike roller som spørsmålsstiller. Slik blir boken en lettlest inspirasjonskilde, en konkret huskeliste og en påminner.

INNVENDINGER

Noen kritiske tanker melder seg underveis. Jeg kunne for eksempel ønske at forfatteren drøftet når den helsefremmende tilnærmingen kan komme til kort, ja, til og med virke uheldig. Hva gjør samtalelederen i møte med fare, risiko eller alvorligere problemer? Forfatteren henviser kort til meldeplikten og til ansvaret for å bringe den unge i kontakt med aktuelle hjelpere ved større behov, men det oppleves noe tynt.

En annen innvending er en litt negativ fremstilling av skillet mellom helsefremmende og forebyggende samtaler, hvor forebyggingssamtaler beskrives ensidig som symptomfokuserede problemorienterte samtaler. Jeg savner oppdatert og nyansert forebyggingskunnskap, og ikke minst hvordan helsefremming og forebygging griper inn i hverandre. Den tendensiøse fremstillingen er ikke nødvendig for å bli utfordret på hva helsefremmende samtaler er. Nettopp at helsefremmende samtaler unngår å fokusere på problemene, gjør tilnærmingen så godt egnet i grupper og i møte med vanlige vansker.

REISEHÅNDBOK

Mange psykologer inviteres til å bidra i skolene med foredrag, kurs og undervisning om psykisk helse og livsmestring. Vi kan bli bedt om å undervise klasser eller lage gruppeopplegg. De færreste av oss lærte å snakke med ungdommer om normalpsykologi på studiet. Boken kan anbefales som en inspirasjon til å komme i gang. De unge trenger påfyll i reisebagasjen, så meld deg på, du trengs! ✘



MIA BÖRJESSON

Å bygge psykisk helse. Helsefremmende samtaler med ungdom
Gyldendal Akademisk, 2017. 216 sider

ANMELDT AV

Anne-Kristin Imenes, psykologspesialist i privat praksis



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 Psykolog-tidsskriftet:
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@psykolog-tidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

SEPTEMBER

Kurs i Psykbase

Sted: Radisson Blu Scandinavia, Oslo

Dato: Tirsdag 5. september kl. 9–16

– Innføringskurs

Dato: Onsdag 6. september kl. 9–16

– Kurs for viderekomne

Påmelding: Frist for påmelding til en eller begge kursdager er 1. august.

<http://www.psykbase.no/kurs/kursoversikt/>

Den 14. norske psykologikongressen

De nære ting

7.–8. september

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

OKTOBER

Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

12.–13. oktober

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

16.–17. oktober

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

NOVEMBER

Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsmiddelbruk på institusjon for døgnopphold

Oslo, 7. november

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Rus- og avhengighetspsykologi

Oslo, 9.–10. november

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Nordisk konferanse om vold og behandling

Arrangør: Alternativ til Vold

Oslo, 15.–16. november 2017

For mer informasjon og påmelding

www.atv-stiftelsen.no

Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

16.–17. november 2017

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



NYHET!

CFT 20-R

– En nonverbal evnetest for barn og voksne

Cattell's Fluid Intelligence Test, Scale 2, CFT 20-R, kan benyttes av psykologer og spesialpedagoger for å vurdere evnenivå hos barn innen pedagogisk-psykologisk tjeneste og barne- og ungdomspsykiatrien. Testen kan også være aktuell i vurderinger av lærevansker hos voksne, samt i ulike kliniske- og nevropsykologiske sammenhenger. CFT 20-R kan også benyttes i andre sammenhenger der kartlegging av evnenivå er av interesse, som for eksempel i arbeidslivet, innen trafikkpsykologi, samt i forskning.

CFT 20-R består av to deler. Samlet består de to delene av totalt åtte deltester, som måler fire evneområder: *Logiske serier*, *Klassifikasjon*, *Matriser* og *Topologiske slutninger*. CFT 20-R fullversjon tar omtrent 60 minutter å besvare, inkludert instruksjonene. Kortversjonen tar 35-40 minutter.

www.hogrefe.no

 **hogrefe**

- ledende på psykologiske tester i Europa

BLI MINDFULNESSINSTRUKTØR

Ønsker du å fordype deg i mindfulness, bruke mindfulness i ditt fagområde, eller ha egen mindfulnesspraksis?



**Ny start 24. august 2017
og 15. februar 2018**

8 samlinger over 14 mdr. torsdag - søndag

Bli med på en spennende og kreativ etterutdannelse hvor du utvikler solide ferdigheter som mindfulnessinstruktør.



Instruktørutdannelsen er godkjent av NPF som 72 timers vedlikeholdsaktivitet.

Les mere på:

www.creationwork.org

Introduksjonskurs i R-PAS: Rorschach Performance Assessment System



Kurset retter seg mot psykologer med eller uten tidligere erfaring med Rorschach-metoden.

Kurset er godkjent av NPF som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet, 53 timer

Sted og dato: Oslo, 18.9., 30.10. og 11.12.2017 samt 29.1., 12.3., 23.4. og 4.6.2018

Kursholdere: Cato Grønnerød og Harald Janson

Informasjon og påmelding: norof.weebly.com

NoRoF Den norske Rorschach-forening

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2017

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 850, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 950. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs».

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
9	18.08	01.09
10	18.09	02.10
11	18.10	01.11
12	17.11	01.12

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 950	15 950
1/2 side	12 750	11 750
1/4 side	11 350	9 950

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

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



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

- Trinn 1 Oslo** 5. – 7. september 2017
Trinn 1 Oslo 9. – 11. januar 2018
Trinn 1 Trondheim 7. – 9. mai 2018
Trinn 2 Oslo 29. nov.– 1. des. 2017
Trinn 2 Bergen våren 2018

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook



9. nasjonale konferanse om
selvmordsforskning og -forebygging

VELKOMMEN TIL KONFERANSE MED TEMA

Følelser og selvmordsatferd

Les mer og meld deg på:

www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no



UiO : Universitetet i Oslo

NSSF

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

PSYK ELLER LYKKELIG AV Å VÆRE PSYKOLOG? HVORDAN KJENNE IGJEN VARSELSIGNALER, OG FORHINDRE UTBRENTHET.

Norsk psykologforening, Sør-Trøndelag lokalavdeling har gleden av å invitere til et todagers seminar med psykologspesialist Per Isdal, på Ørland kysthotell, 4.-5. oktober 2017.

Om foredragsholderen:

Per Isdal (født 1957) bidro til etableringen av Alternativ til Vold (ATV) i 1987, og har i sitt arbeid hatt hovedfokus på terapi med voldsutøvere, helsearbeidere utsatt for vold i arbeidshverdagen, og veiledet grupper som jobber med særlig krevende klienter. I 2011 mottok han *Den store psykologprisen* for sitt arbeid for å utvikle behandlingstilbud for menn som har utøvd vold mot kvinner. Blant temaer berørt på dette to-dagers seminaret er følgende:

- Hvordan påvirkes vi av arbeid med vold og traumer, smerte og elendighet?
- Hvilke utfordringer oppstår i psykologers ulike faser av karrieren og livsløpet?
- Gjennomgang av metoder for debriefing, med utgangspunkt i emosjonsfokuseret terapi og Traumatic Incident Reduction (TIR).
- Overgangen fra terapirommet til det private liv, og vice versa.
- Fra å bli «flinkere» psykolog, til å bli mer menneskelig?

Kurset arrangeres av Norsk psykologforening, Sør-Trøndelag lokalavdeling og er godkjent av Norsk psykologforening som 16 timers fritt spesialkurs, og som 16 timers vedlikeholdsaktivitet.

DATO: onsdag 4. oktober til torsdag 5. oktober 2017

STED: Ørland kysthotell

KURSAVGIFT: 3400,- inkluderer fullpensjon med festmiddag, overnatting i enkeltrom på Ørland Kysthotell og tur/retur hurtigbåt Trondheim–Brekstad

PÅMELDINGSFRIST: 6. september 2017

PÅMELDING TIL: morten.thorsen@nav.no

Vennligst gi beskjed om du ønsker faktura sendt elektronisk eller i papirversjon ved påmeldingen.

Maksimum 40 deltagere, førstemann til mølla. Dersom fulltegning, vil medlemmer av Norsk psykologforening Sør-Trøndelag bli prioritert

TRANSPORT: Hurtigbåt fra Hurtigbåtterminalen Trondheim avgang onsdag 4. oktober kl 08:10, retur fra Brekstad torsdag 5. oktober kl 15:55.

Toppforsker til Norge Forelesninger ved Allan Schore, UCLA



Han har forsket blant annet på barns tidlige tilknytning, og tilknytningens betydning for utvikling av hjernen hos små barn. Han har gitt viktige bidrag blant annet innen nevrovitenskap, utviklingspsykologi, psykoterapi og traumestudier. Han har også omfattende erfaring som psykoterapeut. Hjemmeside: www.allanschore.com

Forelesninger 29. september 2017

Tid: Kl 1000–1930

Sted: VID Diakonhjemmet høgskole, Diakonveien 14–18, 0370 Oslo

1000–1015: Velkommen v/arrangementskomiteen

1015–1200: «On the development of our right brain: the development of our capacity for loving relationships, for emotions-informed thinking and from learning from experience. What's love got to do with it? What's age got to do with it? Enhancing and endangering optimal development»

1200–1230: Spørsmål, diskusjon

1230–1300: Lunsj

1300–1400: «Boys at risk: Some new knowledge on the special vulnerability of little boys.»

1410–1430: Spørsmål, diskusjon

1430–1700: Pause, (middag mulig)

1700–1900: «The first 1000 days of life: A critical period for shaping our emotional selves and social brains»

1900–1930: Spørsmål, oppsummering

PRISER:

Formiddag 1000–1430: Ordinær kr 885, student/gruppe kr 580 inkl lunch

Hel dag 1000–1930: Ordinær kr 1090, student/gruppe kr 735 inkluderer lunch

Hel dag 1000–1930: Ordinær kr 1245, student/gruppe kr 885 inkluderer lunch og middag

Ettermiddag 1700–1930: Ordinær kr 375, student/gruppe kr 275

Som gruppe regnes minimum 5 personer

Alle priser inkluderer avgift til ticketmaster

Billetter fås på <http://www.ticketmaster.no/search/?keyword=allan+schore>

ARRANGØR:

VID Diakonhjemmet høgskole og privat gruppe: «barnetsbestekonferansene», ved psykiater/psykoanalytiker Sidsel Gilbert og Per Christian Dahl. Se: www.schoreioslo.com og Facebook: barnetsbestekonferansene

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
09/17	1. september	18. august
10/17	2. oktober	18. september
11/17	1. november	18. oktober

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontor utlyser stipend for 2018

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

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

Søknadsskjema og informasjon hentes ut via denne linken:

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

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

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

Ytterligere informasjon ved henvendelse til Rune Johansen, tlf. 22 42 50 05 / e-post ru-jo3@online.no eller til Anders Zachrisson, tlf. 947 91 550 / e-post johnaz@online.no.

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

Søknad med dokumentasjon stiles til:

Styreleder, overlege Otto Steinfeldt Foss og sendes forretningsfører:
Randi Hammerstrøm
Oslo Røde Kors
PB. 3 Grønland
0133 Oslo

Søknadsfrist 12. september 2017.



Valgfritt program i psyko- dynamisk og relasjons- orientert metode for barne- og ungdomsspesialiteten

IBUP, Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi, er et institutt som tilbyr inngående innføring og utdanning i psykodynamisk og relasjonsorientert arbeid med barn, ungdom, foreldre og familien samt systemet rundt.

MÅLGRUPPE: Psykologer som har fullført obligatorisk program for barn og unge. Andre med fullført obligatorisk program og minimum 2 års praksis med barn og unge. Se oversikt på Psykologforeningens nettsider over spesialiteter som har godkjent programmet. Psykologspesialister kan søke opptak til kursene som vedlikehold.

LÆRINGSMÅL: Kurset er rettet mot å gi spesi-
fikk metodekompetanse i psykoterapi til psyko-
loger i videreutdanning/spesialisering. Herunder
utredning og vurdering av barnet, vurdering og
oppstart av terapi, psykodynamisk utviklingspsy-
kologi, undervisning av psykoterapiprosesser,
innføring i foreldrearbeid, familie og systemar-
beid, ulike tilnæringsmetoder innenfor psyko-
dynamisk tenkning, traumer, utviklingsforstyrrel-
ser og nevropsykologiske perspektiver, forskning
og evidens for metoden.

KURSSAMLINGER: 6 samlinger á 3 dager over
3 semester. Kombinasjon av seminarbasert
undervisning og klinisk gruppeveiledning på
samlingene.

Det forutsettes at deltagere parallelt med
samlingene har fast individuell veiledning på eget
klinisk arbeid med barnet/ungdommen under
kursforløpet.

Se ibup.no for datoer for alle samlingene.

Sted og dato: Norsk Psychoanalytisk Institutt,
Oslo, oppstart 21.11.17

Pris: 7900,- per samling

Påmelding til: kasserer@ibup.no

Påmeldingsfrist: 21.10.17



Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsmiddelbruk på institusjon for døgnopphold

Målgruppe

Psykologer og leger i arbeid på døgnavdelinger med hjemmel til å anvende tvangsmidler

Målsetting

Kurset har som målsetting å gi deltakerne bedre forutsetninger for å kunne anvende tvangsmidler på en mer kvalitetssikret måte

Innhold

Gjennomgang av relevant forskning og norske intervensjoner for reduksjon av tvang, dekning av tema i norsk media, aktuelle politiske føringer, informasjon om lovverk, fagetikk, kultur- og gruppedynamikk, kontrollkommisjonens rolle, samtaleteknikk i møte med krevende pasienter, redskaper for aggresjonshåndtering.

Om kursleder

Anders Jacob er utdannet psykolog fra Universitetet i Oslo, og arbeider på psykiatrisk avdeling på Lovisenberg Sykehus. Han har bakgrunn fra allmennpsykiatrisk poliklinikk, akutteam, og har vært sentral i utvikling og gjennomføring av prosjektet «Reduksjon av tvang» på psykiatrisk avdeling ved Lovisenberg Sykehus.

Kurset godkjennes som 8 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

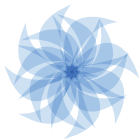
Sted og dato: Oslo, 7. november 2017

Påmeldingsfrist: 3. oktober 2017

Medlemspris: kr 3 450,-

Kursnr: 100-17

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



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



Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

Tema

Arbeidet som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Målsetting

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

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

Om kursleder

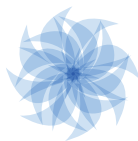
Pål Grøndahl, spesialist klinisk voksenpsykologi og ph.d. Grøndahl er forsker ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus. Han har publisert flere artikler om rettspsykiatri og sakkyndighet mv. Han har arbeidet som rettspsykiatrisk sakkyndig de siste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

Sted og dato: Oslo, 16.-17. november 2017

Påmeldingsfrist: 12. oktober 2016

Medlemspris: kr 6 900

Kursnr.: 110-17



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



FPP-SEMINAR OG ÅRSMØTE

(Foreningen for psykologer i privat praksis, med og uten driftstilskudd)
26.–28. oktober 2017, Thon Hotell Opera (rett ved Oslo Sentralbanestasjon, inkludert flytoget)

TEMA: RELASJONSUTFORDRINGER OG BRUDD I TERAPI SOM I LIVET ELLERS

Torsdag 26. oktober

- 11.30–12.30** Registrering og lunsj
12.30–12.40 Åpning ved leder i FPP, Ragnar Kværness
12.40–16.30 Psykologspesialist Kjersti Gulliksen, fagredaktør i TNPF, forsker på spiseforstyrrelsesklinikken, Gaustad: «Den terapeutiske relasjonens plass i behandlingen av spiseforstyrrelser».
16.30–18.30 Årsmøte i FPP

Fredag 27. oktober

- 09.00–11.30** Psykologspesialist Atle Austad, Institutt for Klinisk sexologi og terapi/ Norsk Karakteranalytisk Institutt: «Seksualitet som tema i terapirommet».
11.30–12.30 Lunsj
12.30–17.00 Psykologspesialist Sissel Gran, privatpraktiserende psykolog, foreleser og forfatter: «Hva er egentlig kjærlighet – om parforholdets emosjonelle kontrakt»
19.00 Aperitiff
19.30 Festmiddag

Lørdag 28. oktober

- 09.00–12.30** Norsk psykologforening, Forhandlingsavdelingen: Informasjon og nytt fra foreningen
12.30–13.30 Lunsj / Avslutning

Seminaret er subsidiert og forbeholdt medlemmer av FPP. Også ikke-medlemmer kan være med på seminaret, under forutsetning av at de melder seg inn i FPP før seminaret starter. (De det gjelder får e-post om dette, medlemsavgift er kr 300,-)

Seminaret er godkjent som 16 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

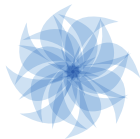
Seminaravgift kr 4 000,- (dekker lunsj, kaffe, småmat i løpet av dagen, samt leie av lokale) Påmelding til festmiddagen 27.10 (kr 680,-) skjer ved påmelding, kryss av i påmeldingsskjemaet.

Hver enkelt ordner overnatting på hotellet. Oppgi referanse 24665507. Telefon 24 10 30 30, eller e.post: opera@olavthon.no. Pris for standardrom er kr 1495,-, forutsatt bestilling innen 26.09.17.

Saker som ønskes behandlet på årsmøtet, og forslag til kandidater til valgene, må sendes styret innen 5. oktober, til ragnarpsykolog@yahoo.no

Sted og dato: 26.–28. oktober 2017, Thon Hotell Opera, Oslo.
 Avmeldingsfrist: 21. september 2017 (ingen refusjon av seminaravgift etter denne dato)
 Seminaravgift: kr 4 000,-
 Kursnr.: 925-17

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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



Valgfritt program – Rus- og avhengighetspsykologi

Programmet skal gi psykologer økte forutsetninger for å arbeide med utredning, behandling og rehabilitering av rus- og avhengighetsproblemer innenfor de ulike psykologtjenestene.

Målgruppe

Det valgfrie programmet i rus- og avhengighetspsykologi er godkjent til disse spesialitetene.

- Spesialiteten i arbeidspsykologi
- Spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi
- Spesialiteten i familiepsykologi
- Spesialiteten i samfunns- og allmennpsykologi
- Spesialiteten i voksenpsykologi

Psykologspesialister kan søke opptak på samlingene som vedlikeholdsaktivitet, da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Påmelding

- Valgfrie program og obligatoriske kurs kan ikke gjennomføres samtidig
- For å kunne starte må du ha fullført alle fire samlingene i Fellesprogrammet
- Påmelding gjelder for hele programmet

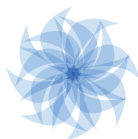
Sted og dato: Oslo, 9.-10. november 2017 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 5. oktober 2017

Medlemspris: kr 6 800 per samling

Kursnr.: 141-17

For påmelding og ytterligere informasjon,
gå inn på www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning



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



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region vest

Til vårt team for Funksjonell familierterapi (FFT) i Sogn og Fjordane søker vi nå ein

Psykolog/psykologspesialist (evt. familierapeut) i fast 100 % stilling

Stillinga inngår i eit team av to FFT-terapeutar som vert leia av ein teamleiar med fagleg og administrativt ansvar for teamet. Terapeutane i teamet tilbyr behandling til familiar i heile fylket, og det vil vere ein fordel med tanke på teamets geografiske dekning at ny terapeut bur i Førde-Sogndal-aksen.

Tiltreding i stillinga er mogleg frå 1. oktober 2017. FFT-behandling kan foregå både poliklinisk og i heimen, og terapeutane har fleksibel arbeidstid til å organisere det kliniske arbeidet opp mot kvar einiskild familie.

Stillinga inneber ein unik moglegheit for grundig opplæring i ein integrativ familierapeutisk behandlingsmodell som har vist gode resultat for familiar og ungdom med atferdsvanskar. Alle FFT-terapeutar får grundig opplæring av nasjonal FFT-konsulent ved Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge (NUBU).

Søknadsfrist: 15.08.2017

Sjå fullstendig utlysing og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



Halden er Norges vakreste by, porten til Europa og Østfolds største kommune. Halden kommune har drøyt 2200 ansatte som hver dag jobber for å gjøre Halden litt bedre på en litt smartere måte enn i går. Halden kommune leverer tjenester til over 30.000 innbyggere. Vi driver alt fra barnehager og skoler til eldreomsorg. Vi gir deg både vann og vei og kulturopplevelser. Er du så heldig å få jobb i Halden kommune, får du kollegaer innen svært mange yrkesgrupper. Det bidrar til å gi en arbeidsplass med mye kunnskap, varierte oppgaver og gode faglige utviklingsmuligheter. Halden kommune har mål om å bli Norges mest innovative kommune. Hos oss er det lov å tenke nytt. Høyt teknologisk industri, IKT, forskning, utvikling og innovasjon preger store deler av næringslivet i Halden. Kommunen samarbeider med næringslivet for å videreutvikle arbeidslivet og byen vår i fellesskap. Medarbeidere i Halden kommune jobber etter verdiene: Åpenhet – tillit – respekt – redelighet.

Nyopprettet stilling som kommunepsykolog

Halden kommune har opprettet en 100 % stilling som kommunepsykolog. Stillingen er delt mellom arbeid i flyktningehelseteamet og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Arbeidssted vil derfor være til dels ved flyktningehelseteamets base ved Helsekontoret og til dels ved helsestasjonen.

For mer informasjon om stillingen, se www.halden.kommune.no – «Ledige stillinger»

Søknadsfrist 21. august 2017



Øyer kommune

Øyer kommune har ca. 5 100 innbyggere, og ligger helt sør i Gudbrandsdalen. Folketallsutviklingen i kommunen er stabil. Øyer var tradisjonelt en primærnæringskommune med industri relatert til primærnæringene. Reiselivsnæringen har hatt en rivende utvikling, og kommunen er i dag en kjent reiselivsdestinasjon. Øyer har flott natur, med rike muligheter til aktiviteter, bl.a. Hafjell alpinanlegg, skiløyper og fint fjellterreng. I kommunen er det rikt kultur- og foreningsliv. Kommunen har felles arbeidsmarked med nabokommunene, spesielt Lillehammer. Barnehagedekningen i kommunen er god. Vi tilbyr gode pensjons- og forsikringsordninger, fleksibel arbeidstid og godt arbeidsmiljø.

Det er ledig fast 100 % stilling som psykolog i sektor familie- og inkludering. Stillingen er forankret i enhet for psykisk helse- og rusarbeid. Enheten er samlokalisert i felles kontorbygg med flg. enheter: Barn – familie (helsestasjon, PPT og barnevern), NAV, flyktningetjeneste, avlastning- og støttetjenester, aktivitet og arbeid. Det er felles overordnet ledelse.

Arbeids- og ansvarsområdet omfatter:

- Klinisk arbeid som innebærer tilbud til barn, unge og voksne med lettere, moderate og alvorlige problemer og lidelser
- Helsefremmende og forebyggende arbeid bl.a. planlegging av tilbud til barn/unge/familier i samarbeid med ulike tjenester
- Støtte- og veiledning til fapersonell / tjenester i sektoren og deltakelse i utviklingsarbeid for samhandling og samarbeid mellom tjenester
- Deltakelse i kriseteam

Vi kan tilby:

- Et faglig og godt arbeidsmiljø med stabile medarbeidere
- Spennende og varierte arbeidsoppgaver
- Muligheter for spesialisering
- Veiledning og deltakelse i psykologfaglig nettverk

Kvalifikasjonskrav:

- Til stillingen søker vi psykolog/psykologspesialist
- Det er ønske om relevant erfaring fra arbeidsområdet / deler av arbeidsområdet
- Personlige egenskaper vil bli vektlagt

Lønn og arbeidsvilkår i henhold til det som til enhver tid framgår av gjeldende lover, reglement og tariffavtaler.

Øyer kommune benytter elektronisk søknadsskjema, dette finner du under Ledige stillinger på **www.oyer.kommune.no**

Kopier av vitnemål og attester skal ikke legges ved søknaden, men legges fram ved eventuelt intervju. Spørsmål om stillingen kan rettes til sektorleder Gerd H. Hvoslef, tlf. 951 89 118 /e-post **gerd.hvoslef@oyer.kommune.no** eller til avd. leder psykisk helse- og rusarbeid Randi Rønningen, tlf. 957 68 409/e-post **randi.ronningen@oyer.kommune.no**.

Søknadsfrist: 20.08.2017



SiO Helse søker psykologspesialist

til fast 100 % stilling

Psykologspesialiststillingen inngår i teamet ved Psykisk helse seksjonen i SiO Helse. SiO Helse har behandlere på Blindern, i sentrum og i Nydalen. Seksjon Psykisk Helse Blindern er pt. midlertidig lokalisert i St.Olavs gate i sentrum.

Vi søker:

Spesialist i klinisk psykologi, fortrinnsvis voksenpsykologi. Vi søker en psykologspesialist til klinisk arbeid, herunder avklaringssamtaler, korttidsterapi, gruppetilbud m.m. Vi søker en trygg og faglig engasjert psykologspesialist som liker å møte mange pasienter og skape gode behandlingsforløp. Du må trives med – og ha interesse for korttidsterapi. Vi søker deg som har gode samarbeidsevner og som ønsker å engasjere deg og bidra i SiO Helse sitt utviklingsarbeid og tverrfaglige samarbeid. Personlig egenhet vil bli vektlagt.

Vi tilbyr:

Et kompetent og aktivt fagmiljø. Seksjonen er kjennetegnet ved at det er en høy andel spesialister. Vi har bred tverrfaglig kompetanse og vektlegger samarbeidet mellom våre faggrupper og seksjoner for et godt helhetlig tilbud til studentene. Andre oppgaver innenfor seksjonens til en hver tid gjeldende ansvarsområde kan tilfalle stillingen.

Gjennom blant annet vår nasjonale undersøkelse SHoT, vet vi at overgangsproblematikk knyttet til studietiden kan gi seg utslag i psykiske symptomer, og at dette forekommer langt hyppigere hos studenter enn andre jevnaldrende. Vårt oppdrag er å hjelpe studentene til gjennomføring av studier og bedret funksjon i studietilværelsen. Vi har gode pensjons- og forsikringsordninger og lønn etter avtale. Som spesialist i klinisk psykologi vil du opptjene rett til 4 mnd. studiepermisjon hvert 5 år.

Søknadsfrist: 15. august 2017

Søknaden sendes til siohelse@sio.no

Spørsmål? Ta kontakt med seksjonsleder/ psykologspesialist Yasmin Sofia Iqbal: yasmin.iqbal@sio.no

- Trygghet når du trenger det mest

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

Kristiansand

Psykologspesialist - DPS Solvang, FACT-team, Kristiansand

FACT-teamet er et aktivt oppsøkende behandlingsteam basert på en behandlingsmodell for personer med psykoselidelser. FACT-metoden er utviklet og utprøvd i blant annet USA og Storbritannia de siste 30 årene med gode resultater. Vi har ledig 100 % stilling for en ansvarsbevisst og fleksibel psykologspesialist. Vi tilbyr gode muligheter for videreutvikling som fagperson og behandler.

Opplysninger: avdelingssjef Per Egeland, tlf. 905 74 999, teamleder Tine Kristiansen, tlf. 468 58 284 eller psykologspesialist Trond Skjæveland, tlf. 932 77 244

Søknadsfrist: 21.08.2017

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselskere.



frantz.no

- Trygghet når du trenger det mest

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

Kristiansand

Psykologspesialist / psykolog - Psykiatrisk sykehusavdeling

Seksjon for øyeblikkelig hjelp/akuttpsykiatri, og alderspsykiatri (AA) akuttenhet 6.2 Kristiansand søker psykologspesialist/ psykolog til 100% fast stilling.

Startdato 4. september 2017.

Psykiatrisk sykehusavdeling ønsker at våre ansatte skal gjenspeile befolkningens mangfold og oppfordrer derfor alle som er kvalifisert til å søke hos oss, uansett kjønn, alder, eller etnisk bakgrunn.

Opplysninger: Rådgiver Hilde Thomassen, tlf. 37 01 44 00.

Søknadsfrist: 14. august 2017

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselskere.



frantz.no

- Trygghet når du trenger det mest

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

Ledige psykologstillinger

DPS Lister er organisert i 3 enheter (Flekkefjord - Farsund - Kvinesdal) med tilbud om både døgn, dag og poliklinisk behandling. DPS Lister dekker de 6 vestligste kommunene i Vest-Agder og har en befolkning på ca 37.000 innbyggere.

DPS Lister, Poliklinikken i Flekkefjord**Psykologspesialist / psykolog / behandler**

Poliklinikkens kliniske problemstillinger er svært varierte og dekker et bredt spekter av behandlingsmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg. God mulighet for å påvirke egen arbeidshverdag.

Vi har ved poliklinikken i Flekkefjord følgende ledige stillinger:

- 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog fra 11. september 2017
- 100 % fast stilling for psykolog/behandler fra 11. september 2017

Kontaktinfo: Eli Lende Lindeland, enhetsleder, tlf. 38 32 73 70

DPS Lister døgnpost, Kvinesdal**Psykologspesialist / psykolog**

Senteret består av en enhet med 12 døgnplasser, dagavdeling m/gruppetilbud, ambulant akutteam og FACT-team og under planlegging medisnuavhengig tilbud. I tillegg er det et poliklinikkteam i Flekkefjord og Farsund. Vi har 4 overlegestillinger og 12 psykologstillinger. DPS-et er godkjent for 2 års legeutdanning i psykiatri. Senteret har til sammen 66 årsverk.

DPS Lister Kvinesdals kliniske problemstillinger er svært varierte og dekker et bredt spekter av behandlingsmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg.

- Det er ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist/psykolog med påbegynt spesialisering eller psykolog som er villig til å spesialisere seg. Psykologspesialist vil bli foretrukket. Tiltredelse etter avtale.

Kontaktinfo: Anne Dorte Lyken, avdelingssjef, tlf. 411 73 873

DPS Lister døgnpost Kvinesdal**Psykologspesialist / psykolog i FACT-team**

Senteret består av en enhet med 12 døgnplasser, dagavdeling m/gruppetilbud, ambulant akutteam og FACT-team og under planlegging medisnuavhengig tilbud. I tillegg er det et poliklinikkteam i Flekkefjord og Farsund. Vi har 4 overlegestillinger og 12 psykologstillinger. DPS-et er godkjent for 2 års legeutdanning i psykiatri. Senteret har til sammen 66 årsverk.

Målgruppen er pasienter med antatt alvorlig psykisk lidelse med/uten rusavhengighet. Pasientene er i liten grad i stand til å benytte seg av det ordinære hjelpeapparat. Temaet består i dag av psykiater, psykiatriske sykepleiere, vernepleier, erfaringskonsulent og merkantilt ansatt. Medarbeiderne er både fra DPS og kommunene. Vi trenger en ny psykolog i teamet. Dette er foreløpig en 1-årig prosjektstilling. Base er p.t. ved DPS Lister døgnpost Kvinesdal (Vollan).

- Vi søker en engasjert, strukturert og selvstendig psykologspesialist/psykolog til Lister FACT-team (fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam). Teamet er et samarbeidsprosjekt mellom 6 Listerkommuner og Lister DPS som ble opprettet i november 2015.

Kontaktinfo: May-Ardis Iversen, spesialrådgiver, tlf. 489 96 032

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb » **Søk innen 20. august 2017**



Avdelingsleder for fag, kvalitet og HR

Trasoppklinikken er en ISO-sertifisert stiftelse som inngår i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSR) innenfor Helse Sør-Øst RHF. Målgruppen er voksne med alkohol- og medikamentavhengighet/blandingsmisbrukere og deres familier/pårørende.

Er du en fagperson med erfaring fra spesialisthelsetjenesten som samtidig innehar kompetanse i **systematisk kvalitetsarbeid**? Da er det kanskje nettopp deg vi søker!

Se stillingsannonsen for mer informasjon:
www.sk.no/ledige-stillinger



NUBU NASJONALT UTVIKLINGSSENTER FOR BARN OG UNGE

Klinisk psykolog – toårig vikariat

Utviklingsavdeling barn ved Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) søker klinisk psykolog til et toårig vikariat. Vi søker deg som har spesiell interesse for og kompetanse innenfor utviklingsarbeid rettet mot barn med ulike psykiske problem, sosiale belastninger og/eller læringsvansker. Stillingen er primært knyttet til et nytt utviklingsarbeid for å finne fram til kartleggingsverktøy og tilhørende intervensjoner innenfor lavterskeltilbud i kommunene, slik at det blir lettere å identifisere og differensiere barns ulike hjelpebehov på et tidlig tidspunkt.

Søkere må ha relevant erfaringsbakgrunn i arbeid med barn og deres familier, samt kjennskap til evidensbaserte behandlingsmetoder.

Arbeidssted: Oslo
Søknadsfrist: 15.8.2017
Søknad merkes: "avdeling barn"

Se fullstendig utlysningstekst på
www.nubu.no/ledige-stilling

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

Psykologspesialist/psykolog

Ved Ruspoliklinikken på Haugaland DPS tilbyr vi utgreiing og behandling av personar med psykiske lidningar og rusmiddelavhengigheit frå 16 år og opp.

No har vi ledig vikariat for psykolog/psykologspesialist i eitt år frå 1. september. Du er god på kommunikasjon og samarbeid og ønskjer å bli ein del av eit tverrfagleg miljø.

Stillinga inneber mellom anna:

- utgreiing, differensialdiagnostisk vurdering og behandling av pasientar med rus og psykiske lidningar
- eksternt og internt samarbeid for ei heilskapeleg tilnærming til psykiske, somatiske og sosiale forhold
- undervisning, rettleiing og konsultasjon.

Haugaland DPS har psykoseavdeling og to allmennpsykiatriske avdelingar med 29 døgnplassar, samt poliklinikk for allmennpsykiatri og rehabilitering. Vi held til i nye lokalar i Haugesund, nær sentrum. Haugesund er største by i ein region med rundt 120 000 innbyggjarar.

Kontakt: Kirsten Braatveit, funksjonseiar. Tlf: 991 57 520.

Les meir og søk på www.helse-fonna.no/jobb innan 20.8.2017.



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

Psykologspesialist/psykolog

Alderspsykiatrisk avdeling har ansvar for utgreiing av personar med mistanke om demens som treng utgreiing av kognitiv svikt, samt utgreiing og behandling av psykiske lidningar hos personar med kognitiv svikt.

No har vi ledig fast stilling som psykolog.

Vi søker fortrinnsvis spesialist innen gerontologi, klinisk vaksen eller nevropsykologi, men autorisert psykolog kan også søkje stillinga. Stillinga er tenkt delt mellom poliklinikk (50 %) og sengepost (50 %).

Seksjon spesialisert behandling Haugesund, kor eininga er lokalisert, har eit sterkt miljø med tanke på utgreiing av kognitive funksjonar. Her finn du også nevropsykologisk eining og poliklinikk for utviklingshemma der det arbeidar både psykologspesialistar og psykologar under spesialisering.

Alderspsykiatrisk eining har eit aktivt forskningsmiljø som er knytta til forskningsmiljøet i helseregionen.

Les meir og søk på www.helse-fonna.no/jobb innan 3.9.2017.





Psykolog/Psykologspesialist NAV Hedmark

Vi har nå ledig en spennende og utviklende 100 % fast stilling for deg som er utdannet psykolog / psykologspesialist og ønsker å arbeide med helse- og arbeidspsykologiske spørsmålstillinger på systemnivå.

Psykologen/psykologspesialisten skal bistå NAV-kontorene med arbeidspsykologisk kompetanse og skal yte tjenester til veilederne ved NAV-kontorene i saker der hvor NAV-kontoret ikke selv besitter nødvendig kompetanse. Den skal bidra til kompetanseoppbygging gjennom veiledning og rådgivning til ansatte i NAV, samt delta i opplæring innenfor de områder enheten har kompetanse.

NAV Hedmark er en viktig samfunnsaktør med det strategiske ansvaret for gjennomføringen av arbeids- og velferdspolitikken i fylket. Vi er ca. 28 medarbeidere og holder til i moderne lokaler sentralt i Hamar.

NAV jobber etter en strategi som skal bidra til at flest mulig kommer ut i arbeid eller aktivitet. For å oppnå dette er det er også behov for kontinuerlig å utvikle våre relasjoner til eksterne samarbeidspartnere.

Enheten har hovedkontor i Triangelgården på Hamar og dette vil være kontorsted, men reisevirksomhet til fylkets NAV kontorer må påregnes. Det er derfor ønskelig at du har førerkort og disponerer bil.

Arbeids- og ansvarsområder

- Arbeidspsykologisk veiledning ovenfor NAV-veiledere i deres oppfølgingsarbeid.
- Være en viktig bidragsyter i organisasjonen ved formidling av arbeidspsykologisk kompetanse.
- Være sentral i dialogen med behandlere og gjennomføre opplæring i relevante fagmiljøer.
- Inngå i en prosessorientert veilederrolle ovenfor NAV-veiledere.
- Kommunikasjon og samarbeid med interne og eksterne samarbeidspartnere.

Du må ha

- norsk godkjent autorisasjon som psykolog / psykologspesialist
- klinisk erfaringsbakgrunn
- erfaring/interesse innen utrednings- og veiledningsarbeid

- interesse for arbeid & psykisk helse
- interesse for helsepsykologi
- interesse for å drive veiledning og opplæring
- evner til å arbeide selvstendig og i team
- gode relasjonelle ferdigheter

Vi ønsker at du

- har erfaring / spesialisering innenfor klinisk arbeidspsykologi
 - har kunnskap eller erfaring innenfor arbeidsrettet rehabilitering
 - har evne til å arbeide målrettet, nøyaktig og effektivt
- Personlig egnethet vil bli vektlagt

Vi tilbyr

- faglig veiledning og mulighet for kompetansehevende tiltak.
- spennende og meningsfulle arbeidsoppgaver innenfor et viktig samfunnsområde.
- aktive og engasjerte kollegaer.
- en røykfri arbeidsplass.
- fleksitid og gode velferdsordninger.
- tilsetting som psykolog 0794, spesialpsykolog 0795 eller psykolog med godkjent spesialitet 1304 - avlønning kr. 594 400 – 743 100.
- god pensjonsordning gjennom Statens Pensjonskasse (fra lønnen trekkes 2 %).

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

Spørsmål om stillingen kan rettes til psykologspesialist Linda Vaagan, mobil 917 58 958.

Vi gjør oppmerksom på at CV benyttes i utvidet søkerliste. Vitnemål og attester tas med på et eventuelt intervju.

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

Arbeidssted: **NAV Hedmark**

Ref.nr: **0490-2017-02**

Søknadsfrist: **20. august 2017**

Fullstendig utlysning: **www.nav.no/navstillinger**

NAV er Norges arbeids- og velferdsforvaltning med 19 000 medarbeidere. Vi leverer tjenester og stønader til 2,8 millioner mennesker. Gjennom vår innsats skal flere få mulighet til å være i arbeid, delta i samfunnet og være sikret inntekt. Vi ser etter deg med pågangsmot og engasjement, og som ønsker å gjøre en forskjell.

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

engasjert for mennesker

Psykologspesialist

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Akuttpsykiatriskdøgnerhet er det ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist.

Kontaktperson:

Fungerende enhetsleder Ken Hagen Olsen eller ass. avdelingssjef Kim Karlsen, tlf. 22 02 98 00.

Les mer om stillingen på

www.diakonhjemmetsykehus.no

hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 1. september 2017



Diakonhjemmet
Sykehus

frantz.no

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

engasjert for mennesker

Psykologspesialist

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Enhet for rus og psykiatri, er det ledig 100% fast stilling som psykologspesialist.

Kontaktperson: Fungerende enhetsleder Thomas Mengshoel, tlf. 22 02 98 00

Les mer om stillingen på www.diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 25. august 2017



Diakonhjemmet
Sykehus

frantz.no

Kronstad Distriktpsykiatriske Senter (DPS) har ansvar for 3 bydelar i Bergen, Bergenhus, Årstad og Ytrebygda. Kronstad DPS er lokalisert i eit nytt, flott og moderne bygg på Danmarks plass. Poliklinikken har ansvaret for Bergenhus bydel med 35 000 innbyggjarar og 10 000 studentar. Poliklinikken er organisert i to allmennpsykiatriske team. Poliklinikken har fire overlegar og ein lege i spesialisering, ni psykologspesialistar, to psykologar, ein klinisk sosionom og ein psykiatrisk sjukepleiar. Poliklinikken tar imot tilvisingar frå fastlegar, legevakta, sjukehuset eller private spesialistar. Kronstad DPS har også tilbod om dagleg akutt-time for vurdering av pasientar som treng dette. Vi samarbeider med andre delar av Kronstad DPS som gruppebasert dagavdeling, sengepostane ved DPS og ambulant akutteam

PSYKOLOGSPESIALIST VED KRONSTAD DISTRIKTPSYKIATRISKE SENTER

100% FAST STILLING

KVALIFIKASJONAR:

Godkjend spesialist i klinisk psykolog

Erfaring frå poliklinikk og allmennpsykiatrisk verksemd

Psykologspesialist med fordjuping i klinisk vaksenspsykologi. Annan relevant spesialitet kan vera aktuelt. Psykologar med relevant erfaring kan bli vurdert for stillinga

Må beherske godt norsk både munnleg og skriftleg



HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus

KONTAKTPERSONAR:

Seksjonleiar Kristin Johannessen, tlf nr 55 95 60 00 /

epost: kristin.johannessen@helse-bergen.no eller

Psykologspesialist Svanhild Lygre, tlf nr: 55 95 60 00 / epost: svanhild.lygre@helse-bergen.no

Referansenr: 3499808133
Søknadsfrist: 20.08.2017

For å sjå meir og søke på stillinga:

www.helse-bergen.no

Bjørgvin DPS er ein moderne og veldriven klinikk i Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus. Klinikken gjev spesialisthelsetenester til bydelane Åsane og Arna i Bergen, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland; til saman 77 000 vaksne. Bjørgvin DPS har til saman 150 årsverk og eit budsjett på 136 mill. kr for 2017. Døgntilbod er lokalisert på Tertnes, medan polikliniske tenester vert gitt både i Knarvik og på Tertnes.

Døgnseksjonen C1 har 15 sengeplassar der 6 plassar er open frå måndag til fredag. C1 er bemanna med overlege, lege i spesialisering, turnuskandidat, 2 psykologar i utdanning og 2 sosionomar i tillegg til erfarne miljøterapeutar med høgskuleutdanning. Døgnposten fungerer som ein open akuttavdeling for opptaksområdet.

PSYKOLOGSPESIALIST BJØRGVIN DISTRIKTPSYKIATRISKE SENTER SEKSJON C1

KVALIFIKASJONAR:

Norsk autorisasjon som psykolog spesialistkompetanse innan psykologi Relevant erfaring innan psykiatri

KONTAKTPERSONAR:

Ass. klinikkdirektør Fredrik Hiis Bergh, tlf nr: 55957000 eller Avd. overlege Tone Tveit, tlf nr: 55957000

Referansenr: 3499808133
Søknadsfrist: 20.08.2017

For å sjå meir og søke på stillinga:

www.helse-bergen.no



HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus

Vi søker:

Psykologspesialist/psykolog i Stavanger

Kirkens Sosialtjeneste



100 % fast stilling

Kirkens Sosialtjeneste er en landsomfattende, ideell, diakonal stiftelse som driver 17 virksomheter innen helse- og sosialfeltet. Vårt slagord er: Det finnes alltid muligheter!

Les mer på www.kirkenssosialtjeneste.no

Kirkens Sosialtjeneste TSB Stavanger er en behandlingstjeneste for unge rusmiddel-avhengige. Vi holder til på Tjensvoll i Stavanger, men har kjøpt Margarinfabrikken i Verksgata og flytter inn i flotte lokaler neste sommer. Virksomheten jobber på oppdrag fra Helse Vest RHF, har døgnklinikk med 15 plasser og poliklinikk. Klinikken er en del av TSB i Helse Vest sitt opptaksområde og har tverrfaglig bemanning bestående av sosionomer, sykepleiere, lege, psykologer, samt personell med annen relevant utdanning og erfaring.

Psykologene har oppgaver innen diagnostikk, behandling, veiledning, inntaksarbeid og tverrfaglig samarbeid internt/eksternt. Oppgavene er knyttet til både døgnklinikk og poliklinikk.

Kvalifikasjoner for psykologspesialiststilling

- Godkjent psykologspesialist
- Spesialisering innen rus- og avhengighetsproblemer er en fordel

Vi ser etter en medarbeider som er personlig egnet og har relevant erfaring. Psykolog i spesialiseringsforløp kan også søke. Psykologspesialist kan på sikt bli teamleder. Søker må beherske norsk skriftlig og muntlig.

Vi tilbyr en arbeidsplass med engasjerte medarbeidere, tverrfaglig samarbeid og muligheter for faglig utvikling. Vi har gode forsikrings- og pensjonsordninger. Lønn blir vi enige om! Tiltredelse så raskt som mulig.

Ta gjerne kontakt med klinikkssjef/psykologspesialist **Tordis Stokke** tlf. **416 46 982** (ikke tilgjengelig uke 31 og 32).

Søknad med CV sendes på e-post til: **tsb.stavanger@s-ks.no** innen **24.08.17**.

Øyane distriktpsikiatriske senter har ledig fast stilling og søker

Psykologspesialist/psykolog

Ved Øyane DPS er det ledig 100% stilling som psykologspesialist ved psykose- og rehabiliteringspoliklinikken.

Øyane DPS er eit av tre DPS knytta til Divisjon psykisk helsevern ved Haukeland universitetssjukehus. Øyane DPS flytta inn i nye og moderne lokale i 2011. Øyane DPS har sektoransvar for fire kommunar med om lag 46 000 innbyggjarar over 18 år. Klinikken består av allmennpsykiatrisk poliklinikk (med ambulant akutteam, AAT), allmennpsykiatrisk døgnseksjon med 12 senger, psykose døgnseksjon med 8 senger (kor ei av sengene er brukarstyrt) og psykose/ rehabiliteringspoliklinikk.

Psykose- og rehabiliteringspoliklinikken er eiga seksjon, men er lokalisert saman med døgnseksjonen. Poliklinikken følgjer opp pasientane før, under og etter innlegging. Seksjonen arbeider tett med Tidleg psykose ved Sandviken sjukehus og deltar i psykoseprosjekt i divisjon psykisk helsevern. Seksjonen gjer systematisk rettleiing til bufellesskap og kommune. Ambulant oppfølging er ein del av oppgåvene til behandlarane ved poliklinikken.

Det vert lagt stor vekt på fagleg utvikling og som psykologspesialist vil ein vere ein viktig medspelar i vidareutviklinga av eit godt tilbud til psykosepasientane i opptaksområdet. Tilbodet skal styrkjast og utvidast i samarbeid med kommunane. Det er etablert familie- og psykoedukative grupper og det blir arbeidet med utvikling av dagbehandling som alternativ til døgnbehandling.

Interessert?

Ta kontakt med Klinikkdirktør Raymond Eeg Føllesø, telefon 48016901
Ass. Klinikkdirktør Anne Seim Grønningsæter, telefon 90778943 etter 01.08.17

Referansenummer: 3502890212 - Søknadsfrist: 20.08.2017



Les meir og søk stilling:
www.helse-bergen.no/job





Sigma Nord er en klinikk for behandling av rusavhengige etter 12- trinnmodellen. Andre terapeutiske modeller er også integrert i behandlingen. Vi har avtale med Helse Nord om behandlingsplasser for ulike grupper rusavhengige, inkludert pasienter med psykisk tilleggsproblematikk. Vi holder til i Tjeldsund kommune. 10 min fra Evenes flyplass og vel en halv times kjøring fra Harstad.

Vi søker:

PSYKOLOG/ PSYKOLOG- SPESIALIST

Vi tilbyr en interessant psykologstilling i et godt og støttende kollegialt miljø.

Den som blir tilsatt vil bli tatt godt vare på, og vil få grundig internopplæring.

Stillingen gir gode muligheter for personlig utvikling.

Det legges til rette for etterutdanning og deltakelse på kurs og konferanser.

Veiledning for spesialisering/NPF hos spes. i klinisk psykologi

Personlig egnethet og interesse for behandling av rusavhengige vil tillegges vekt ved ansettelsen.

Aktuelle kandidater til stillingen vil bli innkalt til intervju.

Alle ansatte ved Sigma Nord har tariffavtale og gode pensjonsvilkår.

Psykologen vil få meget konkurransedyktig lønn.

Arbeidstid, stillingsprosent og tiltredelse: Etter avtale.

For spørsmål om stillingen: Ass. klinikkssjef Rainer Gundersen tlf 769 36000/ 997 49 617 eller sjefspsykolog Arne E. Johansen tlf 905 16815

Søknad sendes:

Sigma Nord,
Fjelldalsveien 349. 9441 Fjellidal.

Du kan lese mere om oss på www.sigmanord.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.

100 % avtalehjemmel i klinisk barne- og ungdomspsykologi, lokalisert til Fosen

Helse Midt-Norge RHF har ledig 100 % avtalehjemmel for spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Praksisen skal i sin helhet konsentreres rundt arbeid med barn og unge og skal lokaliseres på Fosen. Hjemmelen vil kreve et godt samarbeid med helseforetaket, og sammen skal det skapes balanse og stabilitet innen dette fagområdet i denne delen av regionen.

Kontaktinfo: Rådgiver Karin Bostad, tlf. 412 14 382 eller rådgiver Arnt Egil Hasfjord, tlf. 413 22 145

Søknadsfrist: 31. august 2017

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

HELSE ●●● MIDT-NORGE

frantz.no



VEFSN KOMMUNE
- et steg foran



Helsetjenesten:

Psykologspesialist / Psykolog

Primærgruppen for psykologens arbeid er p.t. ungdom og unge voksne i alderen 13 - 25 år med rus- og psykiske helseproblemer - herunder kartlegging og tidlig intervensjon, behandling og oppfølging. Psykologen bidrar også i helsetiltak rettet mot voksne med komplekse og sammensatte ROP-lidelser.

For nærmere opplysninger om stillingen kontakt leder Lill-Inger Reinjfjell, tlf. 75 10 16 10 eller avd.leder Hanne Grostad Nyland, tlf. 948 70 301 / 75 10 17 90.

Søknadsfrist: 14. august 2017

Fullstendig annonse, se: www.vefsn.kommune.no

Vi ønsker ikke henvendelser fra annonseselgere!

Tlf. 75 10 10 00 - Postboks 560 - 8651 Mosjøen -
post@vefsn.kommune.no - www.vefsn.kommune.no

frantz.no

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

Tor Levin Hofgaard
tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Heidi Tessand
heidi.tessand@
psykologforeningen.no
916 67 804

Medlemmer

Aina Holmén
aih@sivilombudsmannen.no
986 64 501

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

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

Ragnhild Stokke Røed
ragnhildkstokke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen
ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnhild Lauveng
post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund
else-marie.molund@
psykologene.no
481 33 860

Studentrepresentanter

Rikke Pauline Sandvik
rikkepsandvik@gmail.com
905 74 666

Camilla Jonette Rasmussen
Camilla_Jonette@
hotmail.com
932 81 124

Varamedlemmer

Anders Hovland
anders.hovland@uib.no
932 87 565

Rudi Myrvang
rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

Dag Stormbo
dag.stormbo@gmail.com
408 42 645

Eldrid Robberstad
eldrid.robberstad@sola.
kommune.no
475 00 308

LOKALAVDELINGER

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

Aust-Agder
Karen Maria Dreier
Ludianos
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
Tirill Sten Ingebrigtsen
tirillst@gmail.com
407 23 159

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

Oppland
Iver Sørli Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

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

Rogaland
Elise Constance Fodstad
ecgr@sus.no
930 07 971

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

Svanhild Mellingen, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

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

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET**

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

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

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

SPECIALITETSRADET

Heidi Tessand, leder,
e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

KVALITETSUTVALGET

Heidi Tessand, leder,
e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

FAGUTVALGENE**Felleselementene**

Per-Einar Binder, leder,
e-post per.binder@psykp.uib.
no, tlf. 995 00 313

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer

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

Eldrepsykologi

Lise Næss, leder,
e-post lisenæs@online.no,
tlf. 55 90 06 63

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Jan Egil Stubberud, leder,
e-post jan.stubberud@
hotmail.com, tlf. 951 04 217

Psykologisk habilitering

Nils-Øivind Offernes, leder,
e-post nils@offernes.com,
tlf. 958 40 362

Arbeidspsykologi

Anette Høye Dye,
leder, e-post anette@
psykologbistand.no,
tlf. 928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

Ole André Solbakken, leder,
e-post: o.a.solbakken@
psykologi.uio.no
tlf. 913 75 496

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

Kim Larsen, leder, e-post
kim.larsen@so-hf.no,
tlf. 69 32 62 24

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Kirsten Rasmussen, leder,
e-post kirsten.rasmussen@
svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

Jørgen Edvin Westgren,
leder, e-postjoergen.
westgren@gmail.com,
tlf. 911 16 616

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Jogeir Sognnæs, leder,
e-post jogeir61@gmail.com,
tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
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 kunnskapscenter om vold og traumatisk stress
Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i Bergen

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje Ogden, Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU)
Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen
Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi
Sissel Reichelt, Universitetet i Oslo
Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo
Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø
Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo
Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i Bergen
Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse
Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen
Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

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

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

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

Frist for innlevering av annonser:
18.08, 18.09, 18.10, 17.11

