

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol. 55 nr. 1 2018

**Til kamp mot
sosial ulikhet**

Aktuelt

SYKELIG SUNN

Vitenskapelig artikkel

**Ungdom i
gruppeterapi**

Fra praksis

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-01



9 770332 647006 01

RETURUKE 07 150 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 55 **nr. 1** 2018

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 Bøk 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

Kunnskapsbroen

UNIVERSITETENES FORMIDLINGSPOLITIKK må handle om mer enn internasjonal publisering, mener rektor og viserektor ved Universitetet i Oslo, Svein Stølen og Åse Gornitzka. I fjorårets siste utgave av *Nytt norsk tidsskrift* peker de to på at flere sider av norsk kunnskapsformidling er lite synlig. Slik som at stadig flere forskere og akademikere deltar i offentlige utvalg og skriver utredninger, og at universitetet utdanner kvalifiserte kandidater som bidrar til nye produkter, tjenester og arbeidsplasser gjennom sin kunnskap. Fra dette perspektivet blir universitetenes ansvar for å utdanne samfunnsbevisste akademikere viktig.

Formidling handler om forskningens *innflytelse*; om fagenes samfunnsbidrag og om hvordan kunnskapen blir tatt i bruk. For praksisorienterte profesjonsutdanninger som psykologi vil hver enkelt uteksaminerte kandidat være en viktig del av psykologiens samfunnsbidrag, ved at kandidaten fungerer som en budbringer fra den akademiske psykologien og inn i tjenesteutviklingen (like selvsagt bør det gå en bro fra brukere og tjenesteutøvere tilbake til academia).

Likevel er det internasjonal publisering og ikke lokal tjenesteutvikling som gir anerkjennelse i universitetssystemet, uttalte professor Catharina E.A. Wang i forrige utgave av *Psykologtidsskriftet*. Selv om tjenesteutvikling ligger til universitetenes mandat, gjør ensidig vektlegging av internasjonal publisering at forbind-

elsen mellom forskning og samfunn ikke får den oppmerksomheten den fortjener. Poenget er imidlertid heller ikke å anlegge et nytteperspektiv alene, da det vil kunne dreie utdanningen ytterligere i retning av en yrkesskole for kliniske psykologer på bekostning av en kritisk akademisk dannelse.

Nettopp det å gi kandidatene et mer kritisk akademisk blikk på ny kunnskap og psykologiske metoder har blitt holdt frem som en viktig grunn til å beholde klinikkdriften ved utdanningsstedene og ikke legge dem ut i helsetjenestene. Dersom utdanningsinstitusjonene viser frem hvordan de utdanner psykologer som på ulikt vis bidrar til samfunns- og tjenesteutviklingen, får denne argumentasjonen ytterligere kraft. I denne utgaven av *Psykologtidsskriftet* skriver Ingvild Sagberg om nyutdannede psykologers møte med arbeidslivet (se side 36). Her peker hun blant annet på at selv om de fremstår som faglig trygge, sliter de med å forstå tjenestene de blir del av. Det forteller om en utdanning som gir en solid kompetanse, men som i mindre grad får frem hvordan denne kompetansen – det kritiske akademiske blikket inkludert – kan anvendes i tjenesteutviklingen. Stølen og Gornitzkas perspektiver på forskningsformidling åpner for at psykologutdanningen og tjenesteutviklingen er to sider av samme sak. Da blir det kanskje enklere å se hvordan den enkelte psykolog kan bidra inn i systemene. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

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

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



Hver enkelt uteksaminerte kandidat vil være en viktig del av psykologiens samfunnsbidrag

13

ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS



KULTURDIAGNOSEN ORTOREKSI

Ortoreksi har blitt kalt den fjerde spiseforstyrrelsen. Hva er det med vår tid som gjør at noen mennesker blir sykelig opptatt av sunn mat?

Vitenskapelig artikkel

39

ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN



DEBATT OM DØDSHJELP

Assistert selvmord og eutanasi er kostnadseffektive tilbud, og vil i enkelte tilfeller kunne fungere som en billig løsning på et problem god psykoterapi kunne ha løst, skriver Susanne Masvie. Hun etterlyser psykologer i debatten om aktiv dødshjelp.

Debatt

24

*Når det som skjer er uforståelig,
får barn økt kontrollbehov*

Gry Sannem Hustad, Fra praksis



PAKKER UT PAKKEFORLØP

Pakkeforløpet har svakheter som vil gå ut over kvaliteten på utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge, skriver Espen Odde.

Anmeldelse av Høringsutkast IS-2640 - Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser for barn og unge

Innhold

- 1 **Forskningsbroen**
Leder | Bjørnar Olsen
- 4 **- Mange får ikke hjelp**
NÅ: Fartein Ask Torvik | Nina Strand
- 6 **Til kamp mot sosial ulikhet**
Aktuelt | Nina Strand
- 9 **Kritisk til BUP-behandling**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 13 **Orthorexia nervosa - En kulturdiagnose for vår tid?**
Vitenskapelig artikkel | Lohne-Knudsen & Madsen
- 24 **Det blir til mellom oss**
Fra praksis | Gry Sannem Hustad
- 30 **Gruppeterapi for ungdom**
Fra praksis | Katrine Heim Gjesvik et al.
- 36 **Fersk i faget**
Oppsummert | Ingvild Sagberg
- 39 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Tier og samtykker om aktiv dødshjelp (s. 40)
Debutt: Menneskerettigheter (s. 44),
Medikamentfrie tilbud (s. 46),
Utviklingstraumer i barnevernet (s. 47),
Psykisk helsevern (s. 50), PP-tjenesten (s. 52)
- 53 **INNTRYKK**
Anmeldelse av høringsutkast:
Snevriere psykisk helsevern (s. 54)
Bokanmeldelser: Psykolog - et risikoyrke (s. 59),
Å utforske elevens følelser (s. 60)
- 64 **Kurskalenderen**
- 65 **Annonser**
- 70 **Stillingsannonser**

- Mange får ikke hjelp

Bare en liten del av de med depresjon, angst og alkoholmisbruk søker hjelp og blir behandlet for det.



METODISK - Norge og Skandinavia har helseregistre og andre registre som er en fantastisk kilde til kunnskap om psykiske lidelser, sier Fartein Ask Torvik. Foto: Privat

TEKST Nina Strand

- Du har ledet en studie på depresjon, angst og alkoholisme. Hva var de viktigste funnene?

- Kort sagt at det er få som oppsøker helsetjenesten og får hjelp for de mest vanlige psykiske problemene. Blant dem som ifølge våre intervjuer hadde depresjon, var det bare vel en av tre som hadde fått diagnosen hos fastlegen, og under halvparten av disse igjen hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten for depresjon. En av fem med angst hadde fått angstdiagnose hos fastlegen, og nesten like mange i spesialisthelsetjenesten. Tallene for alkoholmisbruk var enda lavere: Bare tre prosent av de med alkoholproblemer ble fanget opp i primærhelsetjenesten, sju prosent i spesialisthelsetjenesten. Dette gjaldt relativt unge voksne - fra slutten av 20-årene og til begynnelsen av 40-årsalderen.

- Hva var hensikten med undersøkelsen?

- Det metodiske var viktig. Vi ville se om vi egentlig studerer det samme når vi bruker registrene fra primær- og spesialisthelsetjenesten som i de 2271 intervjuene vi gjorde med utgangspunkt i Tvillingregisteret. Intervjuer er dyre å gjennomføre, samtidig som vi opplever synkende interesse for å delta. Før var svarprosenten 80-90, i dag er den rundt 50. Det gjelder alle undersøkelser av denne typen, uavhengig av temaer. I tillegg ville vi se på samsvaret mellom intervjuene og registrene, og undersøkte hvor mange prosent fra intervjuene vi kunne finne igjen i registrene, for eksempel hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten.

– Hvordan samsvarer funnene dere gjorde med internasjonale undersøkelser?

– Det er lettest å sammenligne med andre studier om depresjon, som er mest undersøkt. Det finnes en WHO-studie som er gjort i en rekke høyinntektsland – blant annet i USA, Japan, og Europa. Der er det ca. halvparten av de med depresjon som blir behandlet for det, så det er ganske sammenlignbart med norske resultater.

– Hvorfor er denne forskningen viktig?

– For det første: Det virket som en del ble overrasket over resultatene våre. I mediene kan en få det inntrykket at folk er raske med å løpe til legen og til å sykeliggjøre normale følelser. Vi ser tvert imot at over halvparten av de som oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse, ikke blir behandlet for det. Selv om dette ikke er nytt i internasjonal forskning, er det lite kjent i Norge. Samtidig betyr funnene at både folk flest og fastleger må bli flinkere til å kjenne igjen psykiske lidelser. For det andre er forskningsmetoden svært viktig. Norge og Skandinavia har helseregistre og andre registre som kan være en fantastisk kilde til kunnskap. En kan gjøre studier på millioner av personer istedenfor bare noen få hundre. Dermed kan vi bli verdensledende på denne typen forskning. For hittil har en ikke visst om en kunne fange opp det samme i registrene som det en gjør i intervjustudier.

– Er det noen dilemmaer ved å bruke disse dataene?

– Når det gjelder personvern, hadde personene i vår undersøkelse gitt informert samtykke, derfor har vi fått tilgang til detaljert informasjon. Personvern er en utfordring når en skal gjøre undersøkelser på hele befolkningen. På den annen side: Når man kobler hele registre, vil man vanligvis ikke få informasjon som kan identifisere enkeltpersoner.

– Hvorfor oppsøker ikke folk helsetjenesten med psykiske vansker?

– Det har vi ikke undersøkt i studien. Men svenske forskere ga et utvalg «vanlige folk» en beskrivelse av en ung person og hvordan vedkommende hadde det. Det var en skolebokbeskrivelse av en depresjon, og forsøkspersonene ble spurt om hva de trodde feilte henne. Bare en tredel gjettet at det var depresjon. Folk er generelt dårlige til å forstå hvordan en depresjon

Hvorfor NÅ?

- Fartein Ask Torvik er postdoktor ved Folkehelseinstituttet, og publiserte 26. oktober 2017 studien *Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries* i *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Undersøkelsen er et ledd i samarbeidet mellom Folkehelseinstituttet, Universitetet i Oslo og Virginia Commonwealth University, USA.
- Det er unikt at helseregistre er koblet sammen med diagnostiske intervjuer av 2271 deltakere i tvillingundersøkelsene ved Folkehelseinstituttet.

arter seg, og kunnskapen er tilsvarende liten om andre psykiske lidelser. Når forsøkspersonene ble bedt om å vurdere ulike tiltak, sa to av tre at vedkommende burde ta seg sammen, mens andre trakk fram kosthold og vitaminer. I WHO-undersøkelsen jeg nevnte nettopp, mente mellom halvparten og to tredjedeler av personer med depresjon at de trengte hjelp. Første avskrelling skjer dermed ved at en del ikke forstår at problemet de har, er psykisk, og den neste ved at mange ikke tror at de vil ha nytte av hjelp.

– Kan skam fortsatt være en grunn til at en ikke søker hjelp?

– Jeg ser ikke bort fra det. Tross større åpenhet enn før kan det hende mange tenker at de vil være sterke og klare seg selv. Fortsatt sees det på som en svakhet å ha en psykisk lidelse. Men alkoholmisbruk er aller mest tabubelagt. Det sitter langt inne å innse at en har et alkoholproblem. Alkoholmisbruk blir gjerne assosiert med mennesker som har falt utenfor samfunnet, mens mange med mindre alvorlige alkoholproblemer gjerne foretrekker å tenke på sitt høye alkoholforbruk som et livsstilsvalg. Faktisk ble en god del av de med alkoholmisbruk fanget opp på legevakten, de hadde ikke gått til fastlegen med sitt alkoholproblem. Som fagpersoner ser vi på det som en psykisk lidelse, mens mange nok ser på alkoholmisbruk som en personlig svakhet.

– Hva tenker du om at fastleger i så liten grad fanger opp psykiske helseplager?

– Jeg mener det kunne vært lagt opp til mer oppfølging blant de med plager en ikke helt finner ut av. Konsekvensen av at dette mangler i dag, er at pasienter går glipp av behandling som virker. Det igjen kan føre til mye lidelse og sykmeldinger, og at problemene varer lenger enn de burde.

Blant de med depresjon har 36 prosent fått diagnosen hos fastlegen, samtidig som 70 prosent har vært i kontakt med fastlegen med en psykisk plage. De kan for eksempel ha blitt registrert med en søvnforstyrrelse, eller med merkelappen livsfaseproblemer, altså noe mindre alvorlig. Da får en kanskje med seg noen gode råd og en brosjyre om søvnvaner, mens de fleste av disse ikke blir behandlet for en mer alvorlig problemstilling som en depresjon er. ✘

Til kamp mot sosial ulikhet

Sosial utjevning skal være et overordnet mål i Psykologforeningens satsing på forebygging for barn og unge.

TEKST Nina Strand

LANDSMØTET 2016 bestemte at forebygging for barn og unge skal være Psykologforeningens hovedsatsingsområde i den neste treårsperioden. I juni 2017 tok sentralstyret vedtaket videre: Alle forebyggingstiltak for barn og unge skal måles på om de fremmer utjevningen av sosiale forskjeller. På Psykologforeningens lederkonferanse i Sandefjord i november fikk foreningens lokallagsledere, sentralstyre og representanter for de tillitsvalgte høre spesialrådgiver i Psykologforeningen, Kari Frank, legge fram tenkningen som ligger til grunn.

– Det at Psykologforeningen har tatt standpunkt mot sosial ulikhet er unikt, og helt nytt.

Vi mener psykologer kan bidra til å demme opp for en utvikling som går i feil retning, sa Frank, som er saksansvarlig i arbeidet med å videreutvikle og konkretisere hovedsatsingsområdet.

Frank viste til Oppvekstrapporten 2017 med tittelen *Økte forskjeller – gjør det noe?* utgitt av Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Hvert tiende barn i Norge lever i dag i relativ fattigdom ifølge denne rapporten. Andelen har tredoblet seg sammenlignet med tall fra 2001. Rapporten viser at barn som lever i familier med lav sosioøkonomisk status, kan være utsatt for negative hendelser og marginalisering på en rekke livsarenaer. «Konsekvensene av



FRIMINUTT ved en skole på Holmlia sørst i Oslo, kjent for sitt flerkulturelle skolemiljø. Foto: © Kerstin Mertens / Samfoto

negative barndomserfaringer er kumulative: Sannsynligheten for å havne i en marginalisert posisjon er klart høyere hvis familien du vokser opp i sliter med økonomi eller ressursknapphet.» konkluderer Oppvekstrapporten.

– Rapporten viser at en barndom varer i generasjoner, kommenterte Frank i foredraget på lederkonferansen.

Hun oppfordret psykologene til å bidra med sin kunnskap der barn og unge er: i familien, i barnehagen, på skolen og – ikke minst – når de møtes i fritiden.

– Fritidsaktiviteter gir muligheter for mestring. Psykologer må gjøre sitt for at det ikke blir en ekskluderingsarena i stedet, sa spesialrådgiveren til de rundt hundre deltakerne i konferansesalen.

SVAR PÅ SAMFUNNSUTVIKLINGEN

På kontoret i Psykologforeningen en måned senere tar Frank opp tråden fra lederkonferansen.

– Vedtaket om sosial utjevning er sentralstyrets svar på samfunnsutviklingen. Blant politikerne er det tverrpolitisk bekymring for økningen i antall fattige familier. Dette er ikke lenger politisk omstridt, sier spesialrådgiveren, og viser til at dagens blå-blå regjering har sosial utjevning som mål.

Forskning gir tydelig dokumentasjon på hva det gjør med oss å leve med knapphet, konstaterer Frank. Økonomisk stress kan få konsekvenser for hvordan en familie fungerer og lever sammen, for hvordan man klarer å ivareta barna og for hvilke avgjørelser som tas. Dette er perspektiver som må være til stede i psykologenes forståelse og kliniske arbeid, mener hun, samtidig som hun legger til at dette er en selvfølge for mange psykologer.

– Psykologforeningens visepresident Heidi Tessand forteller om hvordan hun fikk ny innsikt i hva en ung gutt slet med da hun kom hjem til ham, og oppdaget en ekstrem trangboddhet som ga dårlig søvn og lite ro for lekselesing, sier Frank, som mener terapitimer gjerne kan brukes til for eksempel å forberede et møte med NAV eller med barnevernet.

Frank oppfordrer psykologer til å dele sin kunnskap om konsekvensene av å leve med dårlig økonomi – enten det er i tverrfaglig samarbeid, i arbeid med høringsuttalelser eller i undervisning og fagformidling. Men uansett hvor mye vi forebygger, vil det alltid også være behov for behandling, understreker hun. Etter mange gode år som kliniker ser hun nå det meningsfulle i å jobbe mer med overordnede perspektiver og rammer.

– For hva er psykologien verdt hvis den ikke kan levere grunnlag for politikere og aktører for å legge til rette for humankapitalen, altså befolkningens helse, trivsel og livsutfoldelse?

SAMFUNNSANSVAR

På lederkonferansen kom det et spørsmål fra salen om Psykologforeningen ved å la sosial utjevning bli en overordnet målestokk, legger seg tett opp mot venstresidens politikk og retorikk. Diskusjonen fortsatte i pausen. Vi spør president i Psykologforeningen, Tor Levin Hofgaard, om hans kommentar til det. Han kan ikke møte Psykologtidsskriftet til intervju, men gir sine svar på epost.

– Høyre- eller venstreside i partipolitikken er underordnet for Psykologforeningen. Vårt samfunnsansvar er å formidle evidensbasert fagpolitikk uavhengig av partipolitikk. At vi gjør psykologiske sammenhenger tilgjengelige for beslutningstakere er det vesentlige, skriver han.

Hofgaard peker videre på at for første gang er barn mest utsatt for fattigdom. Det bekymrer forskere, byråkrater og politikere i alle norske »



SER FRAMOVER - Vi mener psykologer kan bidra til å demme opp for en utvikling som går i feil retning, sier spesialrådgiver i Psykologforeningen, Kari Frank. Foto: psykologforeningen.no

Psykologforeningens hovedsatsingsområde 2016-2019

- Vedtak på landsmøtet 2016: Forebygging for barn og unge skal være Psykologforeningens hovedsatsingsområde i den neste treårsperioden.
- Vedtak på sentralstyremøte juni 2017: Alle forebyggingstiltak for barn og unge skal måles på om de fremmer utjevningen av sosiale forskjeller.



SKEPTISK Rune Lauvanger er redd for at Psykologforeningen vil adoptere venstresidens kortstiktlige løsninger i sitt arbeid for sosial utjevning.
Foto: Nina Strand

partier. Regjeringen har i sin samarbeidsplattform slått fast at; «... Norge skal være et land med små forskjeller og minimal fattigdom» (Regjeringsplattformen, 2013:11). Høyre tar til orde for kamp mot utenforskap og skriver på sin nettside: «Et samfunn med muligheter for absolutt alle forutsetter at vi takler de grunnleggende årsakene til at ulikheter oppstår, ikke bare behandler symptomene.»

– Å ha sosial utjevning på dagsorden er å våge litt mer, kanskje å ta stilling på en annen måte enn Psykologforeningen tidligere har gjort. Hvordan ville historien dømme oss om ikke vi sier noe om dette? skriver han i e-posten.

Han er ikke redd for at tiltakene foreningen går inn for skal bli tolket i lys av partipolitikken.

– Psykologforeningens oppgave er å bidra til anvendelse av psykologers kompetanse i et tverrfaglig samfunnsoppdrag. Vi kan basere oss på forskning i psykologi, men også få frem psykologiske implikasjoner av forskning i andre fagfelt. Når det gjelder tiltaksnivå, tar vi utgangspunkt i handlingsplanen for hovedsatsningen vår, psykologisk teori, og aktuell forskning, blant annet.

– *En fagforening er laget for å fremme en bestemt yrkesgruppe. Har Psykologforeningen en tendens til å se psykologer som den beste løsningen på bekostning av andre relevante profesjoner?*

– Sjelden har vi fremmet tverrfaglighet mer enn nå. Sammen med andre yrkesgrupper blir vi nyttige samfunnsaktører både i og utenfor helsetjenesten. Med samarbeid med andre faggrupper og ved anvendelse av forskning fra mange disipliner, kan psykologer bidra til modernisering av tiltak for samfunnsmessig videreutvikling, svarer presidenten.

En vesentlig andel av barn som lever i fattigdom har ikke-norsk etnisk bakgrunn. Vi hører profesjonsstudenter klage over at de ikke lærer nok om slike temaer på studiet. Hofgaard er likevel ikke bekymret for at psykologenes flerkulturelle kompetanse ikke er god nok.

– Profesjonsstudiets viktigste mål er å utdanne psykologer som kan ta i bruk kunnskapen sin på både kjente og ukjente felt. Det ser vi at vi har lyktes med, siden vi finner psykologer i så varierte arbeidsfelt som

eksempelvis akutt psykisk helsevern, som rådgiver for rådmann i en kommune og i asylmottak. Hofgaard mener kultursensitivitet kreves i alle jobber psykologene er i.

– Og de skal selvsagt trenes i det, svarer Hofgaard, som påpeker at dagens flerkulturelle Norge krever en større grad av kompetanse på dette området enn tidligere.

Kunnskapen foreningen refererer til om sosial ulikhet legger stor vekt på familiens situasjon, at barnas hverdag og psykiske helse påvirkes av foreldrenes økonomi og tilknytning til arbeidslivet.

– *Må familierapi og sosialpsykologi styrkes i profesjonsutdanningen?*

– Kompetanse om kontekst fremheves i Psykologforeningens hovedsatsning. Noe av det viktigste universitetene nå kan bidra med, er å hjelpe studentene til å relatere teori, forskning og praksiserfaringer i studietida til aktuelle situasjoner i alt fra klinikk til veiledningstjeneste, systemutvikling og annet påvirkningsarbeid. Alle med embetseksamen i psykologi bør ha innsikt i, ikke bare kjennskap til, Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell, ifølge presidenten.

KRITISK

Det var Rune Lauvanger som tok ordet på Psykologforeningens lederkonferanse med en bekymring om at foreningens overordnede mål om sosial utjevning kunne være problematisk.

– Det er ikke satsing på sosial utjevning i seg selv som er problematisk, men at vedtaket ut fra forslagene som er kommet så langt, kan føre til en for ensidig og ukritisk bruk av venstresidens kortsiktlige løsninger, sier han. Med dette mener Lauvanger blant annet økte passive overføringer uten behovsprøving, som han mener er kostbare tiltak som kan virke mot sin hensikt ved å sementere sosiale forskjeller. Det kan ifølge Lauvanger også føre til at Psykologforeningen ikke lenger oppfattes som partipolitisk uavhengig, og heller ikke som tilstrekkelig vitenskapelig og nyansert.

– Skal vi ta tak i den viktige sosiale utjevningen, mener jeg vi også må våge å snakke om bredden av årsaker til sosiale forskjeller og relativ fattigdom. Om manglende deltagelse i arbeidslivet, om arbeidslivsdiskriminering på grunn av etnisitet, psykiske plager og «hull» i CV-en, om sosial og kulturell arv, familieplanlegging og økonomisk prioritering for å nevne noe, sier Lauvanger. ✘

MANN FRIKJENT FOR PÅSTÅTT INCEST

Kritisk til BUP-behandling

Etter blant annet symboltolkning av lek konkluderte behandlere ved BUP med at en fireåring hadde vært utsatt for overgrep. Dette var før tiltale og dom mot far. Psykolog Ellen Margrethe Wessel vil ha en gjennomgang av behandlingen ved BUP.

- BEHANDLINGEN JENTA HAR FÅTT, er så uansvarlig og klanderverdig at tilsynsmyndighetene bør foreta en gjennomgang av tidligere behandlinger gjort ved denne poliklinikken.

Det sier psykolog og førsteamanuensis ved Politihøgskolen Ellen Margrethe Wessel til Psykologtidsskriftet. Wessel var sakkyndig vitne foreslått av forsvarer Thomas Randby i en straffesak i Gulating lagmannsrett i desember. En oljearbeider i 40-årene fra Haugalandet ble i tingretten dømt til ni års fengsel for incest mot datteren, mens han i lagmannsretten ble frikjent på alle punkter.

Psykologtidsskriftet fulgte den åtte dager lange ankesaken.

BUP-BEHANDLING

Ny dokumentasjon ble lagt frem i lagmannsretten: flere journalnotater fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Haugesund, og også flere av det som ble omtalt som terapeutiske historier, inspirert av psykolog og terapeut Nancy Davis.

I tillegg fikk retten se et syv minutters videoklipp der behandler forteller til jenta hva hun skal ha opplevd av seksuelle overgrep fra far. Selv fortalte jenta aldri noe om overgrep i terapi hos BUP.



SAKKYNDIG Psykolog og førsteamanuensis ved Politihøgskolen Ellen Margrethe Wessel kritiserer behandlingen en fireåring fikk av BUP Haugesund før dommeravhør. Foto: NTB Scanpix.

UTREDNING OG BEHANDLING

Overlege og barne- og ungdomspsykiater Sissel Øritsland ved BUP Haugesund er gjort kjent med Ellen Wessels uttalelser til Psykologtidsskriftet. Øritsland understreker at BUPs oppdrag er utredning og behandling.

– Vi har ingen primærrolle i å bevise forhold for retten. Det er det politi og barnehus som skal gjøre. Når det gjelder aldersgruppen førskolebarn, er det få metoder med god evidens. Metoden Child Parent Psychotherapy (CPP) kom til Norge i 2017, og har opplæring for første kull nå. Metoden EMDR har evidens. EMDR

TEKST

Øystein Helmikstøl



Dette er saken

Sommeren 2014

Far melder ønske om mer samvær med datteren.

Senere samme sommer

Datteren forteller ifølge mor om overgrep fra far.

22. juli 2014

Far blir anmeldt av eks-samboer.

15. august 2014

Første dommeravhør av datteren.

24. oktober 2014

Politiet ønsker henleggelse.

10. februar 2015

Mor kontakter BUP.
Ber om klarere uttalelse.

16. februar 2015

Uttalelse fra BUP:
– Stor faglig sikkerhet at overgrep har skjedd.

10. mars 2015

Statsadvokaten ber om ytterligere etterforskning.

5. mai 2015

Andre dommeravhør av jenta.

1. april 2016

Far enstemmig dømt til ni års fengsel i Haugaland tingrett.

13. desember 2017

Nye bevis.
Far frikjent i Gulating lagmannsrett.

brukes mer på ungdom og voksne enn på barn. Metoden er protokolloppbyggd, og vi benytter slike protokoller, sier Øritsland. Det betyr at BUP bruker elementer av lek kombinert med foreldresamtale.

– Men hele poenget er å få tak i barnets opplevelse. Små barn har små symptomer. Ekspisitt verbal hukommelse forventes å være aktiv fra omtrent treårsalder. Før den tid er det den implisitte hukommelsen vi prøver å adressere i terapien, sier BUP-overlegen til Psykologtidsskriftet.

STARTEN

Sommeren 2014 ba far om mer samvær med sin datter. På en ferietur med moren senere denne sommeren fortalte fireåringen ifølge mor om seksuelle overgrep begått av far. Flere andre familiemedlemmer snakket også med jenta om det hun skal ha sagt til mor. Mor anmeldte sin eks-samboer til politiet i slutten av juli.

En legeundersøkelse i august 2014 fant ingenting unormalt, men jenta ble henvist til BUP Haugesund. BUP fant allerede i første time ut at jenta sannsynligvis hadde posttraumatisk stresslidelse (PTSD), og la til grunn at jenta var utsatt for seksuelle overgrep. BUP gjorde ifølge Øritslands opplysninger i retten ingen grundig anamnese, men bygde på mors opplysninger og det som kom fram i en lekesevens, der jenta avbrøt seg selv i leken. Øritsland mente at avbruddene var påfallende, og eksempel på traumelek.

SYMBOLTOLKNING

Overlege og faglig ansvarlig ved BUP Haugesund Sissel Øritsland opplyste i retten at det ble gjort tre lekeobservasjoner av fireåringen høsten 2014, og det var disse observasjonene BUP bygde sine vurderinger på i februar 2015.

I følge overlegen lekte jenta med mange dyr med et gjerde rundt, der det ble veldig trangt. En annen gang lekte jenta med en bondegård, der en gutt fikk en pinne i rompa fordi han hadde spist så mye, ifølge BUP-journalen. I en annen time var jenta opptatt av overlegens lepestift, og munnen skal ha blitt tematisert i leken. Episoden med lepestiften og jentas lek disse timene ble satt i sammenheng med rektale og orale overgrep.

– STOR FAGLIG SIKKERHET

Dokumentasjonen som ble lagt fram i Gulating lagmannsrett, viser at etter at mor fikk informasjon om at det gikk mot henleggelse av saken, kontaktet hun BUP om dette og ba behandlerne være mer tydelige i sin vurdering om overgrep.

En tydelig vurdering kom fra BUP den 16. februar 2015, da Øritsland skrev at det var «stor faglig sikkerhet» om at jenta er utsatt for seksuelle overgrep, både rektale og orale. Øritsland gikk lenger enn tiltalen, der orale overgrep ikke er påstått.

Øritsland fikk i politiavhør vite at politiet vurderte et nytt dommeravhør av jenta. BUPs behandling ble intensivert, «for å sette opp farten på barnets prosessering», opplyste hun i retten.

BLS OG EMDR

BUP delte i denne perioden ut flere såkalte terapeutiske historier til mor, som mor leste for datteren. Historienes funksjon var å snakke med det



implisitte hukommelsessystemet, opplyste Øritsland i retten. Hensikten var å roe ned jenta, sa hun. Én av de terapeutiske historiene jenta fikk opplest, handler om terrorisme og 11. september-angrepet i 2001. De terapeutiske historiene fikk sterk kritikk av både forsvarer Thomas Randby og sakkyndig vitne Ellen Wessel.

Den 16. mars 2015 foretok BUP bilateral stimulering (BLS)¹ av jenta.

– BLS var turboen i det vi nå gjorde, opplyste overlege Sissel Øritsland i retten.

1. Fra www.emdrnorge.no: *EMDR integrerer elementer fra flere behandlingstilnærminger som kognitiv terapi og avslappingsøvelser. En sentral del av terapien er bruk av ulike former for bilateral stimulering som øyebevegelser, auditiv eller taktil stimulering. Teorien er at ulike former for bilateral stimulering alternativt vil involvere høyre og venstre hjernehalvdel, og at denne alternative stimuleringen og det doble oppmerksomhetsfokus (både på traumet og stimuleringen) øker tempoet i informasjonsbehandlingen.*

25. mars foretok BUP en såkalt EMDR-behandling av jenta. Det var her behandleren i BUP fortalte i detalj til fireåringen om påståtte overgrep fra fars side. Det var syv måneder før tiltale ble tatt ut av Statsadvokaten i Rogaland.

– Timingen var dum for den videre prosessen, sa Øritsland om BUPs behandling denne perioden. Politiet visste ikke om BUPs behandling av jenta da de foretok det andre dommeravhøret av henne den 5. mai. Her fortalte jenta nå mer detaljert, og utsagnene om overgrep var nå enda mer alvorlige enn i første dommeravhør ni måneder tidligere.

– SPEKULATIVE KONKLUSJONER

Sakkyndig psykolog Ellen Margrethe Wessel hadde satt seg inn i dokumentene fra behandlingen på BUP i forberedelsene til saken og var derfor kjent med at BUP hadde benyttet symboltolkning av jentas lek som en stor del av grunnlaget for diagnose og som bevis for at jenta var utsatt for overgrep.

I RETTEN Aktor Birgitte Budal Løvlund samtaler med forsvarer Thomas Randby. I forgrunnen bistandsadvokat Elisabeth Rød.
Foto: Jan Inge Haga

– Jeg viser til konklusjonene fra rettsoppnevnt sakkyndig psykolog, som ikke hadde bemerkninger til behandlingen.

Bistandsadvokat Elisabeth Rød

Psykologi i retten

Psykologtidsskriftet har tidligere arbeidet med den såkalte Prestesaken, der en mann ble dømt for vold og seksuelle overgrep mot stedatteren. Se prestesaken.wordpress.com.

Etter Prestesaken har vi fulgt flere straffesaker der påstand har stått mot påstand. Vi har blant annet fulgt prosessen mot en helsefagarbeider i Buskerud. Avhør av barn var sentralt. Se desemberutgaven i fjor.

– Jeg kjente også til at tolkningene av jentas lek, sammen med mors forklaringer, var grunnlaget for utarbeidelsen av det såkalte narrativet som ble benyttet i EMDR-behandlingen senere.

Det syv minutter lange videoklippet av EMDR-terapien av jenta, som i retten ble forklart av overlege Øritsland, kommenterer Wessel slik:

– Da den fagansvarlige i BUP forklarte i retten hvordan jenta angivelig reagerer med «flashbacks», ble det enda synligere at konklusjonene fra observasjoner av jenta, er spekulative. Det var etter min mening ingen traumereaksjoner å spore i jentas atferd under EMDR-seansen. Behandlers forklaring ga et enda sterkere bilde av at behandlingen har båret preg av å være hypotesedrevet, og at man kun har søkt bekreftelser på hva man tidlig bestemte seg for at jenta skal ha vært utsatt for.

Behandlingen kan ifølge Wessel se ut til å ha induisert frykt for far og traumer i jenta.

BUP diagnostiserte datteren med PTSD svært tidlig i behandlingsforløpet. Det er ifølge Wessel et eksempel på en uansvarlig og klanderverdigg behandling.

– De holdt ikke muligheten åpen for at hun ikke hadde vært utsatt for noe. Tester av jenta viste ingen atferdsproblemer eller symptomer som plagde henne i stor grad. Utgangspunktet ble derfor tidlig bekreftelsesdrevet. Symboltolkning av jentas lek bærer også sterkt preg av dette. Beskrivelsene av hva slags lek som gjorde behandlerne overbevist om overgrep, er ikke begrunnet med evidens forankret i faglighet, men det er helt ville slutninger. For eksempel tolkes jentas lek med dyr, der jenta fyller opp med dyr innenfor gjerdet til det blir fullt, som at jenta har blitt fylt opp og følt seg sprengt.

BUP mente at barnet viste traumatisk lek, mens Wessel, etter å ha studert journalene fra BUP, ikke finner eksempler på traumelek.

– Jeg har sett videoklipp av behandlingen, og jeg ser en normalt fungerende jente.

RETTSOPPNEVNT SAKKYNDIG

Bistandsadvokat Elisabeth Rød sier til Psykologtidsskriftet at hennes klient er fortvilet over at Haugalandet-mannen ble frikjent. Om BUP-behandlingen av jenta sier Rød dette:

– Jeg viser til konklusjonene fra rettsoppnevnt sakkyndig psykolog, som ikke hadde bemerkninger til behandlingen.

Psykologspesialist og høyskolelektor Tori Mauseth var rettsoppnevnt sakkyndig i saken. Hennes mandat var å vurdere BUPs behandling. Mauseth sa i retten at hun hadde vurdert med et klinisk blikk, ikke rettslig, eller vitnepsykologisk. Hun la til grunn BUPs PTSD-diagnose på fireåringen. Hun hadde heller ikke vurdert de terapeutiske historiene som ble delt ut av BUP.

Mauseths hovedkonklusjon var at faglige anbefalinger og retningslinjer er ivaretatt gjennom utredning og behandlingstilbud ved BUP Haugesund. Men også Mauseth kom med kritiske merknader til symboltolkningene av fireåringens lek, selv om Mauseth forsto tolkningene som hypoteser, heller enn som faktum i saken.

– Symboltolkning blir fort synsing, sa Mauseth, og stilte spørsmål ved om den psykodynamiske tilnærmingen til BUP-overlegen har påvirket hennes forståelse av hva fireåringen har opplevd. ✘

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 13-23 FAGFELLEVDERT

LIV LOHNE-KNUDSEN & OLE JACOB MADSEN, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo*

KONTAKT livlohne@torshovpsykologene.no

ORTHOREXIA NERVOSA - EN KULTURDIAGNOSE FOR VÅR TID?

Hvorfor ser noe så paradoksalt som overdreven sunnhet ut til å bli et problem for stadig flere menn og kvinner i Vesten i dag?

Den amerikanske legen Steven Bratman (1997) mener at enkelte individer i den vestlige befolkningen er blitt så ekstreme i sin sunnhetssøkende atferd at det må betraktes som en spiseforstyrrelse han har kalt *orthorexia nervosa* (ortoreksi). Å være opptatt av å spise sunt er hovedsakelig helsefremmende for majoriteten av befolkningen, likevel vil matrestriksjonene for noen fylle en så stor del av livet deres at det påvirker det psykiske og sosiale livet i negativ retning (Vrabel & Reistad, 2013). I de mest alvorlige tilfellene vil feilernæring og sykkelig lav kroppsvekt også melde seg som følgeskader. Zamora, Bonaechea, Sánchez og Rial (2005) beskriver eksempelvis en 28-årig kvinne med symptomer på feilernæring og lav kroppsvekt. Kvinnen hadde isolert seg fra venner og familie og førte et kosthold utelukkende basert på ukokte grønnsaker. Hun oppga selv at hun ikke hadde ønske om å bli tynn, og ble vurdert til å ha normal persepsjon av eget kroppsbylde. Likevel hadde hun en klar formening om at ulike typer mat produserte toksiner som skulle unngås, noe som resulterte i klinisk feilernæring.

Ortoreksi blir særlig grunnet holdningen til kroppen hevdet å være vesensforskjellig fra de offisielle spiseforstyrrelsene, anoreksi og bulimi, der frykt for vektøkning er et vesentlig kriterium (Mathieu, 2005). Den er sågar blitt kalt «den fjerde spiseforstyrrelsen» (Vrabel & Reistad, 2013). Ortoreksi er likevel ikke å regne for en egen diagnose verken i ICD-10 eller

ABSTRACT

«*Orthorexia nervosa*» – a cultural diagnosis for the present age?

In this theoretical article we examine the idea of *orthorexia*, an unhealthy obsession with healthy eating. Firstly, we explore *orthorexia* as a *cultural disease*, by relating it to fundamental features of late modernity such as reflexivity, risk, decline of scientific authority and neo-religiosity. Secondly, we apply Ian Hacking's notion of *ecological niche* with four principal vectors to discuss how a mental transient illness can come into being, and unexpectedly aspire to medical descriptions like «*the fourth Eating disorder*». Lastly, we conclude that *orthorexia* undoubtedly qualifies as a cultural disease, but ironically its close affiliation with contemporary Western moral and corporal ideals of health, undermines the likelihood of *orthorexia* earning status as a disease, when evermore people starts behaving *orthorectic* by being on a diet.

Keywords: cultural disease, eating disorders, late modernity, normality, orthorexia, transient mental illnesses

* Artikkelen tar utgangspunkt i hovedoppgaven til førsteforfatter, levert til Psykologisk institutt ved UiO i 2016.





Der anorektikeren er opptatt av kvantiteten av mat, fikses ortorektikeren rundt kvaliteten

DSM-5. Det pågår imidlertid en diskusjon om ortoreksi fortjener status som en diagnose eller simpelthen er hauset opp av media, kostholdsbloggere og fagpersoner som Bratman.

Siden ortoreksi ser ut til å være forbundet med dominerende idealer i den vestlige samtidskulturen og tilstandens vitenskapelige status er omstridt, gjør ortoreksi seg velegnet til å bli vurdert som en kandidat til en *kultursykdom* og *kulturdiagnose*. Såkalte *culture-bound syndromes* (CBS), lokale, folkloristiske diagnostiske sykdomskategorier begrenset til spesifikke samfunn eller kulturer, ble først anerkjent i DSM-systemet i og med fjerdeutgaven som kom i 1994 (Marecek, 2014). Fenomenet har riktig nok vært kjent lenge før det, gjennom sosialantropologiske observasjoner av fjerne sykdommer og historisk gransking av vestlige samfunn. Den kanadiske psykologen Vincenzo Di Nicola (1990a, 1990b) har sågar systematisk gjennomgått forbindelsen mellom den vestlige kulturen og anorexia nervosa og konkludert med at anoreksi må betegnes som et kultur-reaktiv syndrom – kroppslige reaksjoner på en flyktig samtid.

Begrepet kultursykdom blir av den nylig avdøde svenske idéhistorikeren Karin Johannisson (2008, s. 3129) definert som «foranderlige sykdomsbilder, som ser ut til å dukke opp i tider med raske samfunnsendringer og verdiforskyvninger» [vår oversettelse]. Videre angir Johannisson (2008) følgende kjernekaraktistikker: Kultursykdommer oppfattes som sykdom i et bestemt tidsrom i samspill med kulturen, henter de fleste av symptomene fra et felles kulturelt reservoar, og forsvinner når tilstanden ikke lenger betraktes som en sykdom, eller hvis symptombildet tas opp i andre eller nyere diagnoser. Johannisson understreker at man med begrepet kultursykdom ikke tar stilling til om en tilstand kan påvises gjennom biomedisinske markører eller ikke, men heller fokuserer på sprednings- og internaliseringsmekanismer, det vil si hvorfor et bestemt sykdomsbilde slår igjennom, legitimeres og legemliggjøres innenfor horisonten av en tidsepoke.

Vitenskapsfilosofen Ian Hacking (1995, 1998) beskriver hvordan en forbigående mental lidelse kan oppstå og spre seg, dersom bestemte mulighetsbetingelser (vektorer) er til stede og skaper en økologisk nisje. Hacking (1998, s. 13) definerer en slik nisje, der mentale lidelser kan opptre som:

[N]ot just social, not just medical, not just coming from the patient, not just from the doctors, but from the concatenation of an extraordinary large number of diverse types of elements which for a moment provide stable home for certain types of manifestations of illness.

Et sentralt spørsmål vi vil undersøke, er (1) hvorvidt ortoreksi kan betraktes som en kulturdiagnose for vår egen samtid. Deretter anvender vi Hacking's begrep om økologiske nisjer og fire prinsipielle vektorer, og spør (2) om ortoreksi kan kategoriseres som en sykdom og fortjener status som en psykiatrisk diagnose.

METODOLOGI

Vi anvender sosiologiske, historiske og kulturelle perspektiver på senmoderniteten for å forstå hvorfor et dysfunksjonelt sunnhetsideal har fått en såpass fundamental plass i kulturen. Analysene tar utgangspunkt i en rekke sentrale trekk ved senmoderniteten, så som refleksivitet, risiko, vitenskapsskepsis og nyreligiøsitet. En teoretisk artikkel og en littera-

turgjennomgang vil ofte ha samme oppbygging, men teoretiske artikler som denne presenterer empirisk informasjon kun når det har betydning for analysen, selv om man også her vil forsøke å tilfredsstillende kravet om representativitet og ikke subjektivt favorisere bestemt empiri. Det vil si at vi begrenser oss til kilder som har relevans for å forstå framveksten av ortoreksi, samtidig som trekkene vi har vektlagt ved senmoderniteten, må sies å være fundamentale og representative for tidsepoken.

Deretter forsøker vi å svare på hvorvidt ortoreksi kan gjøre krav på status som en ny psykiatrisk diagnose. Her tar vi utgangspunkt i Hackings (1998) økologiske nisje-modell med fire bærende vektorer eller mulighetsbetingelser som må være til stede for at en *forbigående mental lidelse* kan oppstå og spre seg. Hackings (1998) begrep om vektorer bygger på en metafor fra mekanikken som viser til en fysisk kraft med en viss retning i tid og rom, som er ment å vise hvordan fenomener kan ta form, der det samlede resultatet kan bli en mulig økologisk nisje der en mental lidelse kan opptre. Hacking (1998) introduserer fire slike vektorer som til sammen utgjør en økologisk nisje der en forbigående mental lidelse kan opptre: *1. Medisinsk taksonomi*: Sykdommen må passe inn i et betydelig diagnostisk rammeverk. *2. Kulturell polaritet*: Den mentale lidelsen må befinne seg mellom to sentrale verdimeslige forestillinger i samtidsmenaltiteten, én som fremmer det positivt, romantiserende og én som fremmer det negativt, lastefulle. *3. Observerbarhet*: Sykdommen må være synlig som en lidelsesfull eller unormal atferd. *4. Unnslippelse*: Lidelsen må gi en type befrielse som ikke kan oppnås ellers i kulturen.

Madsen (2014) har argumentert for at Hackings modell er nyttig for å tenke mer nyansert om aktuelle lidelser, der fortrinnet er at man kan forene en medisinsk og en sosiokulturell forståelse, og således unngå å falle ned på kategoriske enten-eller-svar, som at lidelsene må være universelt sanne eller «falske epidemier». Denne dikotomiseringen er påtagelig også i forståelsen av ortoreksi. Til forskjell fra Hacking (1995, 1998), som gjerne tar for seg et historisk materiale der man i ettertid har innsyn i at en lidelse kan forsvinne, mister vi dette fortrinnet når vi tar for oss en dagsaktuell lidelse. Vi kan derfor ikke si ut fra modellen om ortoreksi vil være av forbigående eller mer varig karakter.

ANALYSE- OG RESULTATDEL

Vi vil nå relatere framveksten av ortoreksi til en del sentrale trekk ved senmoderniteten, og belyse hva som gjør at ortoreksi, som en mulig kulturdiagnose, dukker opp akkurat nå.

Refleksiv og risikofylt ernæring

Senmoderniteten, også kalt «den andre moderniteten», blir gjerne omtalt som *refleksiv*. Begrepet *refleksiv modernisering* innebærer ifølge sosiologen Anthony Giddens (1990) en verden av monitorering av eget og andres liv. Giddens (1990, s. 38) vektlegger at «social practices are constantly examined and reformed in the light of incoming information about those very practices, thus constitutively altering their character». Disse prosessene skjer både på et hverdagslig og diskursivt nivå. En del av disse moderniseringsprosessene er fenomenet *refleksivt forbruk*, som nettopp definerer hvordan mennesker betrakter seg selv som aktive, kresne forbrukere, der egne valg bidrar til deres identitetsskaping (Giddens, 1991). Her har også mat og spisevaner blitt en viktig del av individets forandrings- og forbedringsprosjekt. Den refleksive kroppen henger, ifølge Giddens (1991, s. 105), tett sammen med utviklingen av selvet: «'Being on a diet' in the narrow meaning of the phrase is only a particular version of a much more general phenomenon – the cultivation of bodily regimes as a means of reflexivity influencing the project of the self.» Sjongleringen av ulike identiteter forgrener seg dermed også til en sjonglering med ulike dietter.

I boken *Risikosamfunnet* skriver Ulrich Beck (1992) om hvordan tendenser i senmoderniteten er preget av den økende mengden *risiko* vi utsettes for. Han definerer *risikosamfunnet* som: «a systematic way of dealing with hazards and insecurities induced and introduced by modernisation itself» (Beck, 1992, s. 21). Videre har risikokalkuleringer knyttet til frykt blitt en stadig mer sentral del av hvordan vi organiserer livet vårt. Kalkuleringene henspiller på noe fremtidig som Beck (1992) kaller *ikke-ennå-hendelser*. Forestilte scenarioer appellerer videre til vår fornuft og vår rolle som handlende individer. Det er i dag stor aktsomhet knyttet til hva som er sunne og usunne produkter, samtidig som det kan være vanskelig å spore matens opprinnelse, produksjonsmåte og innhold (Falguera et al., 2012). Uvitenheten »

omkring forvaltningsprosessen gjør en del forbrukere engstelige og maktesløse overfor valg av mat. Individet må foreta valg basert på utilstrekkelig informasjon som igjen kan generere mer mistro og angst (Bugge, 2015). Og for noen med et ortorektisk spisemønster fører det til en uendelig regress av informasjonssøking med hensyn til risiko når det gjelder mat- og diettråd. Listen over antatte helsefarer knyttet til å spise feil mat, kan således settes i sammenheng med Becks (1992) påstand om at det foregår en overproduksjon av risiko. Crawford (2006) omtaler dette som om individet kommer inn i en endeløs spiral av kontroll-angst-kontroll. Hvis økt kontroll reduserer den effektive risikoen, provoserer den også fram en økning i forestilt risiko (Nicolosi, 2007).

Kostholdsfeltet kan lett forvirre med meningspluralisme og motstridende teorier. De senere årene har forbrukerne blitt overøst med informasjon om dietter som «raw food», «steinalderdietten» og «supermat», samt fått utallige oppfordringer om hva de bør spise og ikke spise. Rigide kostholdsregimer kan derfor betraktes som et forsøk på å få kontroll på og konkretisere et stadig mer komplekst kostholdsbudskap (Bugge, 2012). Men det å være sunn gjennom å oppnå mer kontroll kan gå i retning av det sykelige. Den mest ekstreme varianten av konkretisering er spiseforstyrrelser (Skårderud, 1998). Overfiksering og konkretisering av sunne matvarer er det Bratman og Knight (2000) trekker frem som ortorektiske tendenser. Konkretiseringen kan medføre enten-eller-perspektiv. I så måte kan mat bli «alt» og «ingenting» for ortorektikeren. Matfatet blir altoppslukende, samtidig gjøres det et forsøk på å eliminere alle former for helserisikoer. Med denne rigiditeten omkring spising, kan det tenkes at valg av mat i større grad blir styrt av frykt enn valgfrihet. Den norske matsosiologen Annechen Bugge (2012) fant eksempelvis at forbrukeres oppfatninger om mat, helse og kropp i utbredt grad var styrt av kropps- og helseangst. Angsten kom særlig til uttrykk ved at listen over nei-mat er blitt stadig lenger. Det er ikke bare fett, sukker og salt som unngås, men også ordinære produkter som brød, importerte grønnsaker, oppdrettsfisk og kylling (Bugge, 2012). Dessuten legges det føringer for alternative valg av matvaner. «Raw food» er et slikt alternativ, der den økologiske maten verken er prosessert eller kokt for å beholde flest mulige

næringsstoffer i kosten (Kaufman, 2013). Raw food er et godt eksempel på hvordan diettprosesser er et forsøk på å forhindre risiko som kan føre til et ekstremt kontrollbehov. En avansert variant av raw food-dietten er *fruktisme*. Kostholdet er da kun basert på frukt og nøtter. Fruktismen er en slags fiksering på å returnere til en utopisk fortid der mennesket levde i pakt med naturen (Kleeman, 2014). En ytterligere marginalisering er *breathianism*, der man forsøker å leve av pust alene (Bratman & Knight, 2000). Risikoen ved mat vurderes av enkelte til slutt som større enn risikoen ved ikke å ta til seg mat.

Magefølelsens triumf

Tidligere var eksperter gjerne modeller for forbrukerne, mens i dag setter gjerne forbrukeren sammen brokker av informasjon for å skape sin egen «filosofi» (Morahan-Martin, 2004). Med «autoritetenes fall» som vesentlig trekk ved senmoderniteten er det ikke overraskende at tiltroen til Nasjonalt råd for ernæring er synkende (Bugge, 2012). Flere SIFO-studier har vist at det er blitt en trend blant nordmenn å omfavne spiseregimer som gjerne trosser myndighetenes anbefalinger (Bugge, 2012, 2015; Bugge, Lavik & Lillebø, 2009). I 2012 var kun 33 % helt enig eller delvis enig i påstanden «Jeg har stor tiltro til helsemyndighetenes kostråd» (Bugge, 2012, s. 19). Fra å lytte til anerkjente kostholdsråd ser det i dag ut til å være en tendens til å bruke kunnskap fra vilkårlige eksperter, sosiale medier og bloggere for å skreddersy sin egen diett. Trass i autoritetenes fall, er det likevel et poeng at informasjonen man innhenter, har et vitenskapelig belegg. Lupton (2000) har argumentert for at intensivering av fokuset rundt mat nettopp henger sammen med behovet for å være vitenskapelig oppdatert. Et trekk ved den reflekssive moderniteten er nemlig at vitenskapens monopol på sannhet er brutt. Det florerer av konkurrerende og motsetningsfylte påstander, interesser og synspunkter som gjør at begreper som sunnhet blir mer flytende. Ifølge Beck (1992) har dette ført til at vitenskap både er blitt mer nødvendig og samtidig mindre tilstrekkelig for definisjonen av sannhet. Utilstrekkeligheten kan bevitnes av lavkarbodietten, som har skapt et motsetningsforhold til de norske nasjonale retningslinjene for kosthold. Myndighetene anbefaler

et magert kosthold med grønnsaker og lite fett. Lavkarboformidlere anbefaler derimot et kosthold med høyt inntak av (mettet) fett samt minimalt av kornprodukter, frukt og rotgrønnsaker (Bugge, 2015). I en slik forvirrende situasjon forundrer det ikke at mange føler de selv må ta ansvar og sette sammen et mest mulig gjennomtenkt og sunt kosthold.

Ånden i grønnkåljuicen

Begrepet *nyreligiøsitet* eller *nyåndelighet* betegner nye religiøse trender i Vesten som i motsetning til de tradisjonelle verdensreligionene er et ektefødt barn av moderniteten (Kraft, 2011). Et felles kjennetegn er gjerne at man henter «det beste» fra ulike religioner i søken etter autonomi, personlig utvikling og indre potensial. Individets valg av mat kan, i tillegg til å kommunisere selvkontroll, selvverd og viten om ernæring og helseorientering, forstås som uttrykk for spiritualitet (Lupton, 1996). Ifølge Bratman og Knight (2000) er et sentralt trekk ved den ortorektiske livsstilen at man tilnærmer seg mat i søken etter det spirituelle. Bratman trekker en linje mellom ortoreksi og nyåndelighet: «Det er ikke egentlig grønnkåljuicen vi lengter etter. Det er en åndelig hunger omgjort til fysisk sult. Jeg har kalt det *kitchen spirituality*» (Isdahl, 2015, avs. 4). Bratman og Knight (2000) hevder at når den ortorektiske atferden tilfredsstiller behovet for spiritualitet, skapes den mest resistente formen for ortoreksi. Men til forskjell fra de etablerte religionenes forhold til mat, der kosten tjener som inngangsport til det guddommelige, blir maten nå løftet opp til å bli guddommelig i seg selv.

«Matpuritanisme» i det ortorektiske spisemønsteret har sterke historiske røtter (Bratman & Knight, 2000). Puritanerne regjerte i England på 1600-tallet. De anså nytelse som et onde. I likhet med puritanerne har ortorektikere en streng selvdisiplin, ettersom de kan oppleve skyld og skam når de spiser mat som ikke passer deres bestemte diett. Ortorektikerens puritanisme er å frigjøre seg fra følelsen av synd ved å hekte seg på strenge kostholdsregimer (Bratman & Knight, 2000). Detox eller renseskurer er et godt bilde nettopp på ortorektikerens puritanisme. På hjemmesiden ned-i-vekt.no presiseres det: «Hovedgrunnen for å følge en detox diettplan er å rengjøre kroppen, ikke gå ned i vekt. Men det fører imidlertid til at du mister noen kilo ettersom du spiser sunnere [...] avfallsproduktene som finnes i kroppen din forsvinner» (ned-i-vekt.no, udatert, avs. 2). En slik typisk beskrivelse av detox-ritualet gir assosiasjoner til både syndsforlatelse og åndeutdrivelse, forutsatt at ortorektikeren har fått i seg «skitne» produkter.

Dessuten er det ekstreme kostholdet etter hvert også blitt knyttet til økende grad av trening. Moroze mfl. (2015) beskriver en 28 år gammel mann som de tre siste årene hadde begrenset kostholdet sitt til «proteinshakes» og mat basert på «rene» produkter. Han bedrev trening i stort omfang, og begrunnet sine ortorektiske tendenser ved å presisere: «I'm treating my body like a temple and giving it the pure building blocks it needs» (Moroze et al., 2015, s. 400). Dietten og treningen var byggeklosser som skulle bidra til å bygge og ha kontroll over kroppen. Istedenfor å støtte seg til en mening utenfor ham selv, kan det se ut til at Skaperen på mange måter er han selv i skapelsen av egen kropp.

Det ortorektiske samfunn

Ortoreksibegrepet har også gitt opphav til en egen samtidsdiagnose. Den italienske sosiologen Guido Nicolosi (2006) introduserte for et tiår siden



Matfatet blir
altoppslukende, samtidig
gjøres det et forsøk på å
eliminere alle former for
helslerisikoer



Hackings økologiske modell gir oss en god bakgrunn for å betrakte ortoreksi som en mulig forbigående mental lidelse

begrepet *det ortorektiske samfunn*, som spiller på nevnte Becks begrep *risikosamfunn*, men innsnevret til valg av mat i senmoderniteten, forbundet med bestemte etiske eller estetiske livssyn. Rangel et al. (2012) utførte en undersøkelse via fokusgruppeintervjuer der de fant at ortoreksi blant informantene er en konsekvens av risiko knyttet til valg av mat i det vestlige samfunn. Kombinasjonen av individuelt ansvar, den tradisjonelle mats bortgang og eksplosjon av ekspertråd i senmoderniteten gir næring til et samfunn med individer som er bekymret for sitt sunne kosthold. Dessuten opplever mange ortorektikere en fremmedgjøring i avstanden til matproduksjonen. Jo lenger vekk man beveger seg, desto større avstand erfarer forbrukeren til viten om hvordan maten er laget på produksjons- og prosesseringsnivå. Denne uvitenheten prøver individene å kontrollere ved å perfektionere dietter og organisere og selektere mat (Nicolosi, 2006). Forbrukerne befinner seg i en slags dobbeltbinding. De er sosialisert til å ivareta egen helse gjennom valg av sunn mat, men forhindret av det komplekse og motsetningsfylte ved nettopp å skulle ta disse valgene. Ortoreksi bør derfor kanskje anses som en *sosial patologi* (Østergaard & Willig, 2005), det vil si et problem som må forstås ut fra samfunnsorganismen, selv om den produserer personlig lidelse.

Til nå ser ortoreksi utvilsomt ut til å tilfredsstille Johannissonss (2008) begrep *kultursykdom*, der lidelsen oppstår i tett samspill med samtidskulturen. Et spørsmål som melder seg, er imidlertid om ortoreksi ligger så tett opptil nåtidens idealer at tilstanden er i ferd med å slukes av normalisering, noe som tilsier at ortoreksi i framtiden ikke lenger vil bli betraktet som sykkelig.

Vi vil nå vurdere ortoreksi opp mot Hackings mulighetsbetingelser for hvordan en forbigående mental lidelse kan oppstå innenfor en gitt tidsepoke.

Medisinsk taksonomi

Ifølge Hacking (1998) er det enklest å definere en diagnostisk kategori gjennom å vurdere den opp mot vektoren medisinsk taksonomi, det vil si å betrakte den ut fra andre, tilgrensende diagnoser. ICD-10 indekserer to spiseforstyrrelser: anoreksi (*anorexia nervosa*) og bulimi (*bulimia nervosa*) (WHO, 2000). Den ortorektiske tilstanden har likheter med de klassiske mønstrene ved anoreksi og bulimi, deriblant de sykliske ekstreme humørsvingningene, perfektionismen og tilbaketrekningen (Bratman & Knight, 2000). Andre fellestrekk kan være angst og det store kontrollbehovet (Fidan, Ertekin, Isikay & Kirpınar, 2010). Spisevanene er restriktive, og personen kan heve seg over andre som ikke deler det samme synet på matpraksisen (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle & Hay, 2015). Siden interessen for «det sunne» og justering av fettprosent er svært fremtredende hos ortorektikere, ligner tilstanden mer på anoreksi enn bulimi (Brytek-Matera et al., 2015). Med tanke på forskjeller er det likevel problematisk å skulle plassere ortoreksi innunder kategorien anoreksi. Der anorektikeren eksempelvis er opptatt av kvantiteten av mat, fikseres ortorektikeren rundt kvaliteten. Dessuten er motivasjonen til ortorektikere som regel drevet av perfektjon og renhet, mens anorektikere også drives av vektreduksjon (Mathieu, 2005). Trekk ved ortoreksi fremstår i tillegg som mer avdempet enn det anorektiske sykdomsbildet, og fokus på det sunne, fettprosent og perfektjon kan betraktes som en generell trend i vår tid. Derav kan det hende at ortoreksi uansett ikke ville fått plass i en diagnosemanual, at

tilstanden endrer seg og får en ny «drakt» i takt med samfunnets utvikling, og ikke lenger vil bli vurdert som en lidelse.

Kulturell polaritet

Vektoren kulturell polaritet forutsetter at det finnes to diametralt forskjellige normative forestillinger i samtidskulturen om «det dydige» og «det lastefulle». Interessen for ernæring har sitt utspring i et mentalt skifte i synet på kostholdets funksjon i Vesten mot slutten av 1800-tallet (Lupton, 1996). Sunne kroppene ble betraktet som produktive maskiner. Dietter ble derav et moralsk spørsmål om hvorvidt kroppene var sunne nok til å bedrive godt arbeid. Bevaring av god helse anses også i dag som et moralsk anliggende, der veldreide kroppene reflekterer de vellykkedes verdier, som kroppsbeherskelse og selvkontroll. I boken *Health Food Junkie* poengterer Bratman og Knight (2000) hvordan ortoreksi kan kobles til idealer som renhet, sunnhet, prestisje og autentisitet.

I kontrast til dette finner vi den overvektige kroppen, som ofte blir forstått som umåteholden (Bugge, 2015). Crawford (2006) hevder at spisevaner i økende grad er blitt gjenstand for sosial evaluering og devaluering. Dårlig kosthold og fedme blir gjerne assosiert med spisemønster i de lavere sosiale lag, og står i kontrast til den øvre middelklassens disiplin og raffinement. Ortorektikeren er ikke fremmed for å signalisere at hun eller han er overlegen andre: «Since the rest of the world does not adhere to the God-given laws of healthy eating (as we uniquely understand them), we can't eat with the rest of the world» (Bratman & Knight, 2000, s. 22). Bugge (2012) fant dessuten at toneangivende bloggere som var ekstremt opptatt av sunn mat, gjerne beskrev de som spiste «vanlig mat», i latterliggjørende ordelag: «de som ikke vet bedre», «høykarbofolket» og «Ola Nordmann-kostholdet».

Det er lettere å beskrive «det dydige» ved den ortorektiske atferden enn det lastefulle. I et annet samfunn enn vårt ville kanskje et ortorektisk spisemønster bli møtt med moralsk fordømmelse ut fra økonomiske, økologiske eller religiøse verdier. Men det er vanskeligere å se for seg dette i vår egen samtid, ettersom ortorektikeren ligger tett opptil idealer som mange ønsker seg, som en slankere, sunnere eller sterkere kropp. Således viser denne vektoren et av hindrene for at ortoreksi skal få aksept som sykdom og diag-

nose: Samfunnet beundrer på mange måter den ortorektiske atferden – ergo blir det lastefulle ved atferden vanskeligere å identifisere.

Observerbarhet

Vektoren observerbarhet refererer til om fenomenet er synlig for omverdenen. I ortorektikens tilfelle er det mulig å observere et abnormt spisemønster, ofte til plage både for en selv og de rundt. Spisingen kjennetegnes av å være rigid, og vanskelighetene oppstår idet personen skal endre på kravene til egne spisevaner (Bratman & Knight, 2000). Ofte er resultatet av den ekstreme måten å spise på feilernæring. Selv om longitudinelle studier foreløpig mangler, er det likevel tegn til noen av de samme medisinske komplikasjonene man ser ved alvorlig anoreksi – deriblant osteoporose, anemi, metabolsk acidose og reduksjon av testosteron (Morozé et al., 2015; Park et al., 2011). I og med at idealet med å ha en muskuløs kropp er blitt mer fremtredende blant ortorektikere de senere årene, kan økning av kroppsstørrelse også anses som et element ved observerbarhet. Det å bygge seg større signaliserer sunnhet og styrke (Eriksson, Baigi, Marklund & Lindgren, 2008). Streben etter «perfekt helse» har gjort det mer legitimt å bruke tid på mat. Dette har også økt toleransen for å være kresen (Bugge, 2015). Derfor utfordres også normalitetsbegrepet og hva som ytre sett fremstår som påfallende eller underlig.

Observerbarhet er også forbundet med spredning. En måte mentale lidelser kan spre seg på, er gjennom det Hacking (1995) kaller looping-effekten. Kategoriseringer som ortoreksi kan bli «smittsomme», særlig hvis de blir spredd via innflytelsesrike aktører i media eller sosiale medier. En som har fremmet sine utfordringer med ortoreksi, er bloggeren Jordan Younger. Etter en viss tid med blogging om veganske dietter mistet hun kontrollen. Hun forstod hun var syk, men kunne ikke plassere sin tilstand innenfor verken anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse. Da Younger (2015) hørte om ortoreksi, identifiserte hun seg med lidelsen, noe flere av hennes følgere angivelig dermed også gjorde. Iså måte hevdet Dunn og Bratman (2016) at oppmerksomheten om den ortorektiske tilstanden fikk fornyet status da Jordan i 2014 overrasket sine 70 000 Instagram-følgere med at hun led av ortoreksi. Vi vet imidlertid lite om hvordan slike looping-effekter faktisk manifesterer seg og betinges av ulike sårbarhetsfaktorer. »

Unnslippelse

Den isolert sett mest kontroversielle vektoren unnslippelse innebærer at lidelsen tilbyr en form for flukt fra omgivelsenes krav, som ikke finnes noe annet sted (Hacking, 1998). Et av spørsmålene Bratman og Knight (2000, s. 51) stiller seg i kartleggingen av et ortorektisk spise-mønster, er: «Does your diet socially isolate you?» Dette kan anses som et av kardinalspørsmålene knyttet til den siste vektoren, da det å trekke seg tilbake sosialt innebærer å stille seg utenfor fellesskapets krav. For ortorektikeren vil vurderingen om man skal takke ja til sosialt samvær, være en vurdering av det som skal spises (Bratman & Knight, 2000).

Sosial isolasjon er blitt rapportert som en følge av overopptatthet knyttet til sunn spising blant personer med ortoreksi (Cartwright, 2004). For å opprettholde det strenge matregimet kan det være enklere å være alene for slik å ha omgivelsene under kontroll (Mathieu, 2005). Unnslippelsen av det sosiale presset bidrar i første omgang til stressreduksjon, men kan i sum forringe ens fungering i hverdagen. Interessen for andre avtar, og hvordan forberede, organisere og fortære neste måltid, blir det eneste som blir viktig (Dunn & Bratman, 2016).

Oppsummert forteller resultatene at ortoreksi lar seg noenlunde plassere i de fire vektorene Hacking fremhever som kjennetegnde for en forbigående mental lidelse: Ortoreksi aspirerer til å være en mulig fjerde spiseforstyrrelse (*medisinsk taksonomi*); ortoreksi svarer til positivt «dydige», om enn i mindre grad den negative «lastefulle» (*kulturell polaritet*); ortoreksi er synlig for andre (*observerbarhet*); og ortoreksi tilbyr en tilbaketrekning fra sosiale spisesituasjoner (*unnslippelse*).

DISKUSJON

Med tanke på Hackings (1998) begrep *kulturell polaritet* står den «moralsk gode» ortorektiker tydeligere fram enn «den lastefulle». Ortorektikere er ressursmessig privilegerte til å leve ut «den gode moralen» gjennom disiplinerte matvalg, og befinner seg i henhold til de moralske normene i en overlegen posisjon vis-à-vis individer som verken ønsker eller klarer å følge den sunne og stramme linjen. Dette henger åpenbart sammen med at i dag blir det å spise sunt hyllet. Mennesker som komponerer og lager egne retter fra bunnen av, vil som regel bli møtt med beundring fra omgivelsene, ikke minst for

disiplinen denne atferden vitner om (Bratman & Knight, 2000). Når det gjelder observerbarhet, er det blitt mer og mer vanlig å bringe sine egne matretter til et selskap grunnet laktoseintoleranse, glutenallergi og vegetarianisme. Vrabel og Reistad (2013, avs. 7) spurte retorisk for noen år siden om når sunt blir sykt, og svarte når «en ikke lenger kan nyte et måltid med venner og familie eller på restaurant hvis ikke innholdet i det som blir servert er riktig». Mens i dag, bare fire år senere, er det høyst tvilsomt om dette kan betraktes som spesielt unormalt. Populariteten til lavkarbodietten har ført til restriksjoner på inntak av matvarer som brød, poteter, pasta og ris, og har bidratt til at det er blitt normalt heller enn sært å spise lavkarbo (Bugge, 2012). Restaurantenes menyer inneholder nå svært detaljerte beskrivelser av innholdet i de enkelte rettene, og opplyser i så måte om hvem som kan spise dem. Gitt denne normaliseringen av ortorektisk atferd de seneste årene, hvordan skal vi da forstå at begrepet ser ut til å bli stadig mer populært å bruke om seg selv og andre?

Trenger vi ortoreksi som diagnose?

Ifølge Skårderud (1998) er vi inne i en fase med massemedialt hypokondri – det vil si at mediene, og i senere år også sosiale medier, er plattformen som formidler risiko forbundet med det å være menneske, ikke minst knyttet til helsen. I dette nedslagsfeltet er det tenkelig at det kan oppstå nye lidelser, lik ortoreksi. På internett florerer det nå av begreper som bigorexia, drunkorexia, manorexia, purging disorder, chewing-spitting disorder, night eating syndrome, muscle dysmorphia (reverse anorexia nervosa) og ortoreksi (Vandereycken, 2011). Hypokonderen er kontinuerlig på jakt etter navn på symptomene sine (Skårderud, 2000). For enkelte individer kan det være frigjørende å få en merkelapp å forholde seg til, og å få et navn på det som tidligere var uforståelig (Kaland, 2008). En annen fordel ved å skulle gjøre ortoreksi til en sykdomskategori er å få drivkraften til å kjempe mot tilstanden. Bratman (2015) har hevdet at det viktigste ved å fastsette ortoreksi som kategori er at tilstanden vil signalisere en grense for når det sunne går over i det usunne. I enkelte miljøer har nok begrepet hatt en forebyggende funksjon. Innenfor idrettsmiljøet og spiseforstyrrelsesfeltet har eksempelvis ortoreksi blitt et velkjent begrep som brukes for å beskrive kontrasten til et fordelaktig spise- og treningsmønster (Lein, 2015).

Men når et fenomen som ortoreksi går i retning av å bli vanlig, er det da mulig å snakke om en diagnostisk kategori? Er ikke nettopp sykdom noe som anses for å være utenom det normale – selve avviket? Forestillingen om normalitet eksisterer som kjent i kraft av avviket, og sammen danner de et balanserende begrepspar (Solvang, 2006). Hvor grensene går for normalitet, hvilke oppfatninger som eksisterer med hensyn til hva som er unormalt, og hvordan unormalt transformeres til normalt, vil variere historisk og kulturelt (Jutel, 2009). Siden en ekstrem interesse for sunnhet ser ut til å bli mer normalt, vil det også være en utfordring å plassere fenomenet i Hackings vektorer. Mulighetsbetingelsen observerbarhet krever blant annet at fenomenet skal være «strange, disturbing and noticed» (Hacking, 1998, s. 82). Men ortorektikeren er ikke lenger særlig oppsiktsvekkende i det senmoderne «ortorektiske samfunn». Tilstanden er derimot velegnet til å tilfredsstille Johannissons (2008) begrep *kultursykdom*, men kanskje så velegnet at den allerede er i ferd med å bli del av en ny ortorektisk normalitet, der særegne spisemønstre heller utgjør regelen enn unntaket.

Hvorfor akkurat ortoreksi?

I første halvdel av artikkelen presenterte vi en rekke trekk ved senmoderniteten, som større refleksivitet (Giddens, 1991), økt risiko (Beck, 1992), autoritetenes fall (Bugge, 2015) og nyreligiøsitet (Kraft, 2011), som kan kaste lys over hvorfor ortoreksi ser ut til å melde seg i livet til stadig fler vestlige menn og kvinner. Men hvorfor viser disse trekkene seg nødvendigvis i enkeltmenneskets kroppslige spise- og treningsatferd? En mulig forklaring finner vi hos den kjente antropologen Margaret Mead (1947), som hevder at i samfunn som gjennomgår raske økonomiske og sosiale endringer, vil stress vise seg kroppslig – og her nevner hun blant annet anorexia nervosa som et symptom trass i at det var mindre frekvent den gang. Di Nicola (1990b) har i forlengelsen av dette hevdet at unge kanskje har en høyere risiko for å utvikle anoreksi i perioder med kulturelle endringer siden de må hankses med forandring både på et personlig og sosiohistorisk plan. Formodentlig er vi derfor vitne til noe lignende, der ortoreksi er vestlige menns og kvinners kroppsliggjorte reaksjonsmønstre på en tidsperiode preget av økonomisk, demografisk og økologisk uro og usikkerhet. Å gå fullstendig opp i «små» livsprosjekt når det gjelder spising og trening, blir da tiltrekkende for mange, fordi dette tilbyr dem forutsigbarhet og håndfaste svar, som kulturen i øyeblikket ellers ikke kan gi dem noe annet sted.

KONKLUSJON

Vi har i denne artikkelen forsøkt å vise at framveksten av ortoreksi er tett forbundet med flere av grunntrekkene i det senmoderne samfunn. Hackings økologiske modell gir oss en god bakgrunn for å betrakte ortoreksi som en mulig forbigående mental lidelse, men da fenomenet er i ferd med å alminneliggjøres, ser det foreløpig ikke ut til å være grunnlag for å kalle lidelsen en egen diagnose. Tilstanden vil kunne fortsette å spre seg i tråd med Johannissons begrep om kultursykdom og kulturdiagnose, men kanskje bare for å forsvinne igjen som sykdomskategori dersom utviklingen fortsetter i samme retning og det eksempelvis stadig blir mer vanlig å ha med sin egen mat til middagsselskaper. Da vil trolig ortoreksi som kulturdiagnose bokstavelig talt spises opp av en ny normalitet.



Et spørsmål som melder seg, er imidlertid om ortoreksi ligger så tett opptil nåtidens idealer at tilstanden er i ferd med å slukes av normalisering

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage.
- Bratman, S. (2015, 5. oktober). Orthorexia: An update. *Orthorexia*. Hentet fra <http://www.orthorexia.com>
- Bratman, S. & Knight, D. (2000). *Health food junkies: Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
- Bratman S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal, September-October*, 42–50. Hentet fra <http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/>
- Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E. & Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3(2) doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs40337-015-0038-2>
- Bugge, A. (2012). *Spis deg sunn, sterk, slank, skjønn, smart, sexy ... – finnes en diett for alt?* Oslo: Statens institutt for forbruksforskning. http://www.sifo.no/files/file78267_fagrappport_4-2012_web.pdf
- Bugge, A. (2015). *Mat, måltid og moral*. Oslo: Statens institutt for forbruksforskning. http://www.sifo.no/files/file80368_sifo_fagrappport_3_2005_mat.pdf
- Bugge, A., Lillebø, K. & Lavik, R. (2009). *Mat i farten. Muligheter og begrensninger for nye og sunnere spisekonsepter i hurtigmatmarkedet* (fagrappport 2009: 2). Oslo: Statens institutt for forbruksforskning. http://www.sifo.no/files/file75931_sammendrag.pdf
- Cartwright, M.M. (2004). Eating disorder emergencies: Understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 16(4), 515–530. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2004.07.002>
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful and social practice. *Health*, 10(4), 401–420. doi: <http://dx.doi.org/10.1177%2F1363459306067310>
- Di Nicola, V.F. (1990a). Anorexia multi-forme: Self-starvation in historical and cultural context. Part I: Self-starvation as a historical chameleon. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27(3), 165–196. doi: <https://doi.org/10.1177/136346159002700301>
- Di Nicola, V. F. (1990b). Anorexia multi-forme: Self-starvation in historical and cultural context. Part II: Anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27(4), 245–286. doi: <https://doi.org/10.1177/136346159002700401>
- Dunn, T.M. & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
- Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E.C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18(3), 389–394. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00723.x>
- Falguera, V., Aliguer, N. & Falguera, M. (2012). An integrated approach to current trends in food consumption: Moving toward functional and organic products? *Food Control*, 26, 274–281. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodcont.2012.01.051>
- Fidan, T., Ertekin, V., Isikay, S. & Kirpinar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Journal of Comprehensive Psychiatry* 51(1), 49–54. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.001>
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hacking, I. (1998). *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Isdahl, V. M-A. (2015, 25. september). Kjøkkenspiritualismen. *Morgenbladet*. Hentet fra <https://morgenbladet.no/2015/09/kjokkenspiritualismen>
- Johannisson, K. (2008). Om begreppet kultursjukdom. *Läkartidningen*, 105(44), 3129–3132. http://ww2.lakar-tidningen.se/store/articlepdf/1/10606/LKT0844s3129_3132.pdf
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health and Illness*, 31(2), 278–299. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Kaland, N. (2008). «Det var en lettelse å få vite hvorfor jeg ikke var som andre»: om å få stilt en autisme- eller Aspergersyndrom-diagnose. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(2), 127–132. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=38145&a=3
- Kaufman, C.F. (2013). Cooking techniques. I A.F. Smith & B. Kraig (red.), *The Oxford encyclopedia of food and drink in America. Vol. 1 (2. utg.)* (s. 537–544.) Oxford: Oxford University Press.
- Kleeman, A. (2014, 3. desember). This means raw: Extreme dieting and the battle among fruitarians. *The Guardian*. Hentet fra <http://www.theguardian.com/news/2014/dec/03-sp-trouble-with-fruitarians>
- Kraft, S.E. (2011). *Hva er nyreligiøsitet?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lein, M. (2015, 19. november). Sunnhetsslave – dette er ortoreksi. Hentet fra <http://nhi.no/forside/sunnhetsslave-dette-er-ortoreksi-47343.html>
- Lupton, D. (2000). Food, risk and subjectivity. I S.J. Williams, J. Gabe, & M. Calnan (red.), *Health, medicine, and society: Key theories, future agendas* (s. 205–217). London: Routledge.
- Madsen, O.J. (2014). Hinsides sant eller falskt: en undersøkelse av Ian Hackings teori om mentale lidelsers sosiale dynamikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 745–752. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=428422&a=2
- Maracek, J. (2014). Culture-bound disorders. I T. Teo (red.), *Encyclopedia of critical psychology* (s. 356–358). New York: Springer.
- Mead, M. (1947). The concept of culture and the psychosomatic approach. *Psychiatry*, 10(1), 57–76.

- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510–1512. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2005.08.021>
- Morahan-Martin J.M. (2004). How Internet users find, evaluate, and use online health information: A cross-cultural review. *Cyberpsychology Behaviour*, 7(5), 497–510. doi: <https://dx.doi.org/10.1089/cpb.2004.7.497>
- Moroze, R.M., Dunn, T.M., Holland, J.C., Yager, J. & Weintraub, P. (2015). Microtinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal «orthorexia nervosa» and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56, 397–403. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2014.03.003>
- Nicolosi, G. (2006). Biotechnologies, alimentary fears and the orthorexic society. *Tailoring Biotechnologies*, 2(3), 37–56.
- Nicolosi, G. (2007). «Orthorexic society» and media narrations: advertising and food labelling. *Eurosafe News European Society for Agricultural and Food Ethics* 9(1), 2–5. <http://www.eursafe.org/pdf/mar2007.pdf>
- Park, S.W., Kim, J.Y., Go, G.J., Jeon, E.S., Pyo, H.J., & Kwon, Y.J. (2011). Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolytes & Blood Pressure*, 9(1), 32–37. doi: <https://dx.doi.org/10.5049/EBP.2011.9.1.32>
- Rangel, C., Dukeshire, S., & MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety: An exploration into the orthorexic society. *Appetite*, 58(1), 124–132. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.024>
- Skårderud, F. (1998). *Uro. En reise i det moderne selvet*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F. (2000). *Sultekunstnerne. Kultur, kropp og kontroll*. Oslo: Aschehoug.
- Solvang, P. (2006). Problematisering, utdefinering eller omfavning? I T. Hylland Eriksen & J.-K. Brevik (red.), *Normalitet* (s. 9–25). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia and emetophobia. *Eating Disorder* 19(2), 145–155. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/10640266.2011.551634>
- Vrabel, K.A. & Reistad, H.M.T. (2013). Ortoreksi. *Norsk tidsskrift for ernæring*, (1), 24–28. <http://www.modum-bad.no/filarkiv/File/2013/Pdf-filer/Ortoreksi.pdf>
- Younger, J. (2015, 4. november). My life with orthorexia. Hentet fra <http://www.refinery29.com/jordan-younger-vegan-orthorexia>
- Zamora, C.M.L., Bonaecha, B.B., Sánchez, G., & Rial F.R.B. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 33(1), 66–68.
- Østergaard, M. & Willig, R. (red.). (2005). *Sociale patologier*. København: Hans Reitzel.

Aktuelt

Selvmondsraten går ned

Antall selvmord er nå 12 per 100 000 innbyggere, mot 16,4 i 1990. Det er en reduksjon på omtrent 25 prosent i løpet av 27 år og er på nivå med gjennomsnittet i EU.

– Mesteparten av nedgangen siden 1990 skyldes en reduksjon i antall selvmord hos menn. Forskjellen mellom kjønnene er dermed blitt mindre, sier overlege Christian Lycke Ellingsen ved Dødsårsaksregisteret til Folkehelseinstituttets nettsider.

De nye tallene viser at det i 2016 ble registrert 614 selvmord i Norge: 418 hos menn og 196 hos kvinner. Over halvparten (57 prosent) av dem som tok sitt eget liv, var i aldersgruppen 30–59 år. Det var like mange selvmord blant dem som var over som under 47 år. I aldersgruppa under 20 år var det 35 selvmord. Det betyr at ett av 17 selvmord skjedde blant tenåringer.

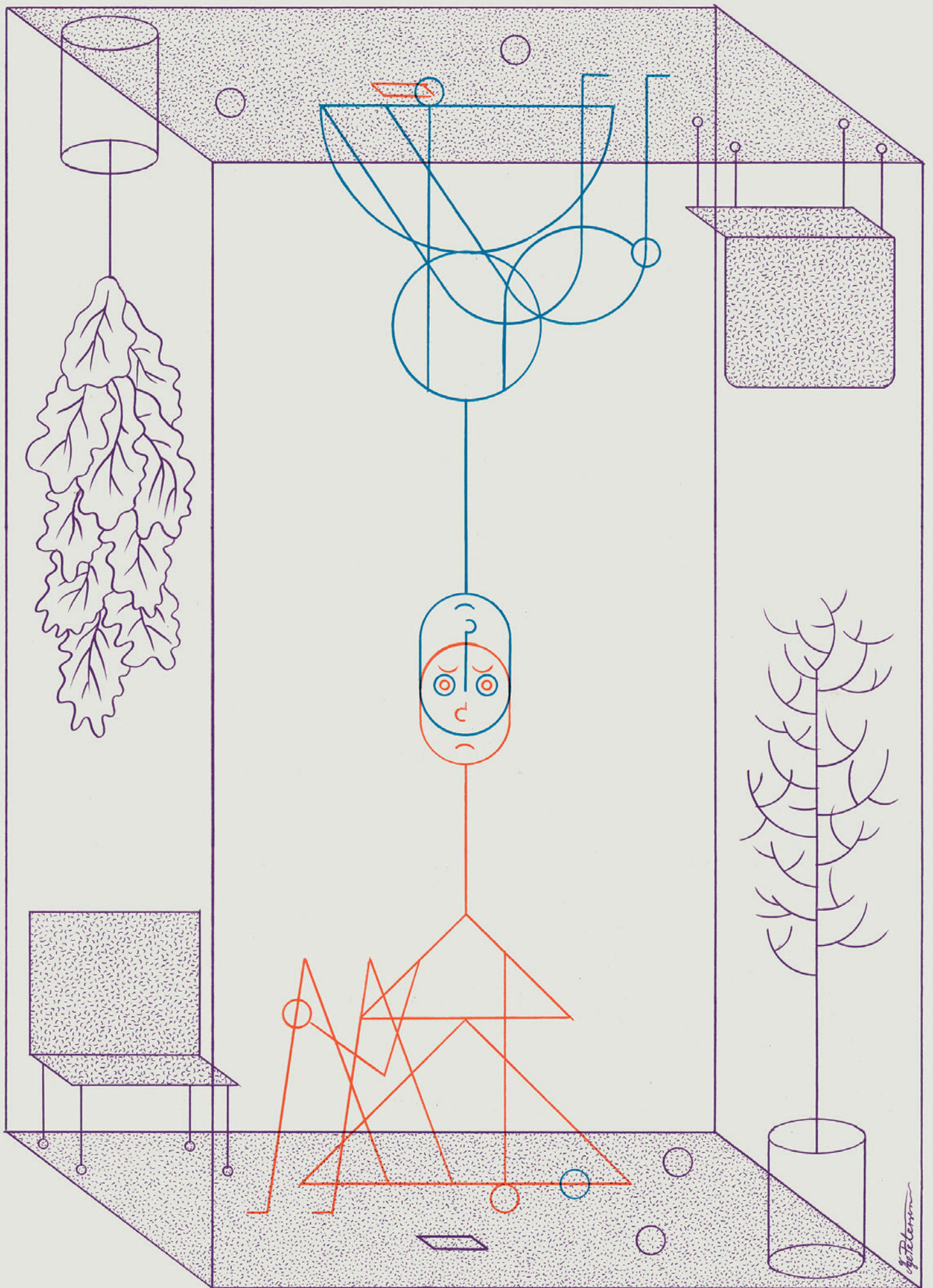
– I 1990 var det nesten tre ganger så mange selvmord hos menn som hos kvinner, mens forholdet nå er nær to til én, sier Christian Lycke Ellingsen.

Det er mindre kjønnsforskjeller i selvmordsraten i Norge sammenlignet med mange andre land i Europa. I EU er selvmordsraten lavere for kvinner (5,1) og høyere for menn (17,8) enn i Norge.

Gjennomsnittet for de siste ti årene i Norge var 11,5 selvmord per 100 000 mennesker for begge kjønn samlet. Ifølge EUs statistikkontor (Eurostat) var den gjennomsnittlige selvmordsraten i EU for årene 2006–2014 svært nær det vi har sett i Norge: 11,7 per 100 000.

Det er også regionale forskjeller i selvmordsratene: Det er flest selvmord på Østlandet utenom Oslo/Akershus og færrest selvmord på Vestlandet, og særlig i Sogn og Fjordane, ifølge Folkehelseinstituttet.

Kilde: <https://www.fhi.no/nyheter/2017/selvmondsrisikoen-redusert-med-en-firedel-pa-en-generasjon/>



Det blir til mellom oss

Ingen blir til uten i samspill med andre. Utviklingsrettet, intersubjektiv terapi vektlegger hvordan selve relasjonen er endringsskapende.

du er så aleine i verda
eg òg sjølsagt
men du
er så aleine med
dette å vere aleine

heilt inn i nærleiken
av der du berre
vert luft
(...)

Utdrag fra «Vind» av Terje Hellesen

Fra første stund er mennesket sosialt og vendt mot andre. Utvikling av selvet og utvikling av relasjoner er to sider av samme sak (Johnsen, Sundet & Torsteinsson, 2000). Beskrivelsen diktet gir av å være alene, gjør intuitivt vondt. Å være i kontakt, bli forstått og føle tilhørighet er helt grunnleggende, og kanskje de viktigste elementene i menneskers psykiske helse – og uhelse. Definisjonen av intersubjektivitet ligger i ordet. Det handler om det som skjer *mellom* subjekter som møtes. Intersubjektivitet kan define-

res som samspillet mellom to ulike subjektive verdener (Benjamin, 1990), eller som et opplevelsesfellesskap mellom to (Hansen, 2012). Når to mennesker møtes, oppstår det noe nytt mellom dem, som er samskapt og noe mer enn individene hver for seg.

Spedbarnsforskningen har gitt empirisk grunnlag for å si at en slik intersubjektiv deling skjer fra det øyeblikket barnet fødes (Stern, 2003). Barn har en medfødt kapasitet til å inngå i samspill, være oppmerksomme på andre og regulere seg i relasjon til andre menneskers intensjoner og følelser. Det er et samspill som handler om *gjensidig* utveksling og påvirkning av hverandre over tid (Svendsen & Johns, 2016). Perspektivet har i økende grad fått støtte gjennom nevrobiologisk forskning (Hart & Kæreby, 2009).

I terapi med barn i et intersubjektivt perspektiv bruker terapeuten kunnskap fra blant annet spedbarnsforskningen som utgangspunkt for å forstå grunnleggende psykologiske og relasjonelle prosesser og hvordan man kan legge til rette for utvikling (se f.eks. Hansen, 2012; Stern, 2003). I terapi søker man å støtte

TEKST

Gry Sannem Hustad

KONTAKT

gshustad@online.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson



barns utvikling gjennom et fortettet, systematisk og målrettet samspill, med den hensikt å utvikle grunnfunksjoner som selvregulering. Med selvregulering menes å ha kontroll over egne emosjonelle, kognitive, oppmerksomhets-, fysiologiske og relasjonelle prosesser (Braarud & Nordanger, 2011). Fenomener som synkronisering, imitasjon, affektiv inn-toning og felles oppmerksomhet er noe av det som synes å ha effekt for utvikling av selvet og selvregulering både i barns normalutvikling og i terapi (Stern, 2003). Den affektive dialogen tenkes å være av avgjørende betydning for barnets og klientens utvikling (Hansen, 1996). Det er altså ikke først og fremst samtale, lek og det man observerer av aktiviteter, som har virkning. Det er i mikroprosessene som oppstår her og nå i terapirommet, at utviklingen og endringen skjer, i det som Stern (2004) kaller «møte-øyeblikk».

EMILIE

Tomaten henger i solen
Og tenker fornøyd (...)

Men løken ligger i kjelleren
og grubler stumt på sin gåte:
Hva kan det være i veien med meg
som bare får folk til å gråte?

Utdrag fra «Tomaten og løken»
av Inger Hagerup

Sterke og svake sider er ikke rettferdig fordelt, heller ikke måter å bli møtt på. De barna som strever ekstra med regulering av seg selv og i samspillet med andre, er de barna vi møter i terapi. En av dem kan vi kalle Emilie¹. Emilie ble henvist til BUP i sitt andre skoleår, fordi skolen opplevde at samspillet med henne var vanskelig. På skolen gjorde Emilie stort sett som hun ville, hun ignorerte regler, var urolig i samlingene og timene, og kom ofte i konflikt med andre barn. Hun ble ofte sint, og de andre barna opplevde henne som uforutsigbar og voldsom. Skolen følte seg maktesløs i møte med henne, og opplevde at de virkemidlene de ellers brukte, ikke fungerte. Etter hvert hadde de utviklet en

.....

1. Kasus er fra en reell barneterapi i BUP, anonymisert, og gjengitt med samtykke fra familien.



Intersubjektivitet kan defineres som samspillet mellom to ulike subjektive verdener, eller som et opplevelsesfellesskap mellom to

holdning preget av oppgitthet, og ignorerte i stor grad det Emilie gjorde, med mindre det gikk ut over andre barn. Hvis Emilie ble sint og utagerte, fjernet de henne fra situasjonen, men det kunne ta lang tid før hun roet seg.

Foreldrene fortalte at hun alltid hadde vært urolig. Som spedbarn skrek hun mye og var vanskelig å roe. Det kunne se ut som hun hadde en medfødt sårbarhet. Etter hvert som hun ble større, fikk foreldrene erfare at hun hadde sterk vilje. Hun hadde stadig raseriutbrudd, ofte uten at foreldrene forstod hvorfor, og hun reagerte voldstomt på det mange ville kalle småting. Tiden i barnehagen hadde vært preget av at hun også der gjorde som hun ville, og de voksne orket ikke å ta opp kampen. Foreldrene var slitne, oppgitte og bekymret for en jente som omgivelsene i stor grad reagerte negativt på. I oppstarten av behandlingen på BUP stod temaet *regulering* frem med stor tydelighet.

Ifølge Allan Schore (2006) kan «evnen til å oppleve, kommunisere og regulere emosjoner være barndommens viktigste begivenhet» (s. 167). Fonagy og Target (2006) hevder at utvikling av selvregulering i barndommen er helt avgjørende for god tilpasning til omgivelsene, også som voksen. Selvregulering er ifølge dem avhengig av tre mekanismer, nemlig regulering av oppmerksomhet, regulering av stressrespons og mentalisering. De hevder at tilknytningsrelasjoner er med på å fremme utvikling av hjernens selvreguleringsmekanismer. Dette støttes av nyere nevrobiologisk forskning om tidlig ikke-verbalt samspills betydning for hjernens utvikling (Nordanger & Braarud, 2014; Perry, 2009; Schore & Schore, 2014). Ved å dele affektive tilstander i samspill påvirker barn og foreldre hverandres autonome

nervesystem (Svendsen, 2010). Medfødte strukturer i sentralnervesystemet, som speilnevroner, gir et nevralt grunnlag for samspill med og innlevelse i andre (Hart & Kæreby, 2009). Gjennom ansiktsmimikk uttrykker vi indre tilstander. Ansiktsmusklene styres av to kranienerver som er forbundet med det limbiske system, senteret for følelser, og med frontallappene, som er involvert i å tolke ansiktsuttrykk (Hart & Kæreby, 2009). Imitasjon gjør altså at vi kan oppleve den andre innenfra og avstemme oss etter hverandre (Svendsen, 2010). Gjennom synkronisert samspill med felles oppmerksomhet og affektiv inntoning, der vi opplever resonans, blir foreldre en selvregulerende annen, som er med på å øke barnets egen regulering. Raseriutbrudd eller sterk angst hindrer oss i å oppleve at en indre tilstand kan bli delt. Det har sammenheng med at det autonome nervesystem da aktiveres for «fight eller flight» eller immobilisering og ikke for å inngå i samspill (Porges, 2003). Barn med mye uro vil derfor i mindre grad oppleve slik resonans med andre, og det kan utvikle seg til en ond sirkel, der de barna som har størst behov for regulering, får mindre, fordi de aktiveres for forsvar heller enn for regulerende samspill. Slik vil en normal utvikling med gradvis overgang fra ytre til indre regulering, altså fra å bli regulert gjennom andre til selv å kunne regulere seg, hindres.

Emilies reguleringsvansker kan forstås på bakgrunn av slike prinsipper for nevrobiologisk utvikling av regulering, sett sammen med Sterns (2003) teori om selvutvikling. Stern (2003) hevder at utviklingen av selvet innebærer utvikling av fem selv-områder, som han kaller det gryende selvet, kjerneselvet, det subjektive selvet, det verbale selvet og det narrative selvet. Selvområdene utvikles i denne rekkefølgen, og forblir aktive gjennom hele livet (Johnsen, Sundet & Torsteinsson, 2000). Emilie så ut til å streve på flere selv-områder, spesielt de ikke-verbale (de tre første). Utviklingen av det gryende selvet (0–2 måneder) kan ha vært vanskelig fordi det var utfordrende å regulere hennes kroppslige tilstand, og man kan si at hennes vitalitetsaffekter, altså intensiteten i og hvordan vi opplever en følelse (Stern, 2003) var utilstrekkelig modulert. Slik var det fortsatt ved oppstart i BUP. Dette så ut til å medføre at både barn og voksne ble usikre og trakk seg unna fordi hun var brå og voldsom.

Også på kjerneselvområdet (2–6 måneder) strevde Emilie (og hennes omgivelser). Hennes affekter ble ikke tilstrekkelig regulert gjennom det Stern (2003) kaller en selvregulerende annen. Det tidlige samspillet var preget av stadige brudd og begrensede muligheter for synkroniserte ansikt-til ansikt-samspill, imitasjon og dialog – et mønster som hadde fortsatt mens Emilie ble eldre.

Sterns tredje selv-område er det subjektive selvet (7–15 måneder), der reguleringen hovedsakelig skjer gjennom felles oppmerksomhet, deling av intensjoner og fortsatt deling av affektive tilstander, spesielt gjennom affektinntoning (Johnsen, Sundet & Torsteinsson, 2000). Affektinntoning avhenger av at man er i stand til å avlese den andres indre følelse. Når det gjelder Emilie, kan en tenke at det oppstod problemer fordi hennes følelsesuttrykk var vanskelig å forstå. Hun opplevde i liten grad at foreldrene og andre kunne dele hennes indre verden. Det meste ble tolket som sinne og at hun var «vanskelig».

Den tidlige utviklingen og kommunikasjonen foregår altså gjennom et «følelssespråk». De to siste selv-områdene til Stern er språklige, og reguleringen skjer der gjennom verbalt språk (Stern, 2003), men dette fremstod ikke som primærvansker hos Emilie. Det var følelssespråket hun strevde med. Det kunne se ut som hun hadde fått mangelfull ytre regulering på grunn av samspillsvanskene, og gjennom det også begrenset mulighet til å utvikle selvregulering. Resultatet var store sosiale og emosjonelle vansker som hun trengte hjelp med i terapi.

EMILIE I TERAPI

(...)

To tunger har mitt hjerte.

Hør på det likevel.

Bli hos meg og gå fra meg
og frels meg fra meg selv.

Utdrag fra «To tunger» av Inger Hagerup

Emilies vansker var umiddelbart synlige ved oppstart av terapien. Ved første møte på BUP nektet hun å komme innenfor døren. Hun satt sint utenfor og spilte på telefonen. Jeg gikk ut i gangen og satte meg ned ved siden av henne og begynte å spørre om spillet. Emilie svarte, og vi



snakket en stund om det. Så spurte jeg om hun ville fortsette med spillet inne på lekerommet. Uten flere protester ble hun med inn. Et ytre, felles fokus der jeg fulgte Emilies oppmerksomhet, så ut til å løse situasjonen. I terapi er felles oppmerksomhet et virkemiddel for å dele og forstå opplevelser, intensjoner og følelser, men også nødvendig for utvikling av relasjon og allianse (Hansen, 1991). Emilie viste imidlertid også i fortsettelsen stor motstand mot å komme til BUP. Hun så sint ut, og hun snakket ofte nedsettende om og til meg de første timene. Hun var tydelig på at hun ikke ville være der. Jeg tolket henne som en jente som hadde mange opplevelser av avvisning fra tidlig av, og som i et forsøk på å ta kontroll avviste andre før de avviste henne. Derfor ble det viktig å fastholde avtalen om å møtes. Innimellom kunne hun vise glede og interesse for det vi gjorde sammen, for så plutselig å trekke seg bort med en krass kommentar. Hun var tydelig ambivalent.

Spilling på telefonen ble i de påfølgende timene min vei inn til Emilie. Det virket som hun brukte spillet til å regulere seg inn og ut av samspill. Det samsvarte med at hun også ellers hadde vansker med å bruke andre mennesker adaptivt som reguleringshjelp. Ifølge Stephen W. Porges og Senta A. Furman (2011) får personer som bruker objekter i stedet for andre mennesker til å regulere en tilstand, oftere psykiatriske diagnoser. Sett utenfra handlet det tilsynelatende mye om spinning i timene – var dette terapi? Forstått annerledes ble dette begynnelsen på å dele noe sammen. Min interesse for det Emilie holdt på med, og inntoning når hun ikke fikk det til, virket å være en uvant opplevelse for henne. Hennes sinne og brå reaksjoner ble ikke møtt med irritasjon og oppgitthet som hun var vant til. Det virket som det overrasket henne. Å bli holdt fast i en opplevelse gjennom inntoning var kanskje noe nytt for en urolig jente. Å kunne dele det hun følte, gjorde også opplevelsen tydeligere for henne, og følelsen kunne reguleres mellom oss hvis den ble for sterk.

Lek kjennetegnes av de samme elementene som er grunnleggende i intersubjektiv tenkning, nemlig samspill, samskaping, felles fokus, affektiv utveksling og gjensidig regulering (Svendsen, 2010). Lek er derfor godt egnet til bruk i terapi med et intersubjektivt perspektiv. Emilie brukte ofte tegning som uttrykk i timene.

Hun tegnet på tavlen, og jeg tegnet det samme som henne. Min imitasjon av hennes tegning ga umiddelbar gjenklang hos Emilie, og hun tok initiativ til dette igjen og igjen. Imitasjon er kommunikasjon av at «jeg ser hva du gjør, og jeg forstår deg» (knyttet til Sterns kjerneselv). Den leken hun likte best, var imidlertid en ordlek der en skulle gjette hvilket ord den andre tenkte på. Dette ble en måte å oppleve at det går an å finne ut av hva den andre tenker på, og kjenne glede ved å skjønne det, og gleden ved å bli forstått når andre ser ditt indre (subjektivt selv).

Gradvis endret samspillet seg mellom oss. Emilie brukte spillet stadig sjeldnere som regulering, og omtrent midtveis i terapien (til sammen 15 timer) sluttet hun helt å bruke det. Hun trengte etter hvert ikke belønning av foreldre for å komme, hun sluttet med nedsettende kommentarer til meg, og viste mot slutten toleranse når jeg gjorde feil, og hun kunne gi meg positive tilbakemeldinger. Hun hadde fått en ny relasjonsopplevelse som tydelig var positiv for henne. Endringen var slående.

Å GI MENING

(...)

Gjev du meiningsløysa mening
og formløysa form,
då har du tenkt ei tanke,
då har du stilt ein storm.

Utdrag fra «Bak dei siste blånar»
av Ragnvald Skrede

Noe av det endringsskapende i terapien med Emilie var å gi mening til det som skjedde, sammen med henne. Så snart noe vanskelig ble introdusert i terapitimene, trakk Emilie seg, ble sint eller ignorerte meg. Hun stoppet meg ofte aktivt ved å si: «Ikke snakk!» Etter hvert som



Det kan utvikle seg til en ond sirkel der de barna som har størst behov for regulering, får mindre fordi de er mindre mottakelige

Emilie tydelig opplevde at jeg tonet meg inn på henne og hun fikk delt noe av sin verden, ble hun i samtale mer mottakelig for min forståelse av hennes reaksjoner. Sammen utforsket vi for eksempel hva som gjorde at hun ble så sint i en situasjon, hvorfor hun avbrøt samspillet eller skiftet lek. Det at jeg tenkte høyt om henne og hva som kunne være årsak til hennes reaksjoner, hjalp henne til bedre å forstå seg selv, eller som Svendsen (2010) sier det – hun ble mer tydelig for seg selv og andre. Det skjedde også gjennom at jeg hjalp henne med å merke forskjell på følelser – hun var ikke bare «sint», hun var redd, trist, krenket, forvirret – eller sint, alt avhengig av det som møtte henne ute i verden. Å få hjelp til å se nyansene bidro til å skape mening bak hennes handlinger og følelser. Å oppleve mening er grunnleggende – og avgjørende for god emosjonsregulering (Svendsen, 2010). Mening skapes i samspill, ikke i barnet alene. Vanligvis ble Emilie stoppet uten å bli forstått, og grensesatt uten inntoning eller forklaring. Hun ble i stor grad møtt på form, men lite på innhold. Det skapte forvirring og virket ikke regulerende. Når det som skjer er uforståelig, får barn økt kontrollbehov. Barn kan da bli dominerende, sjefete og rigide med liten innlevelse i andre. Omgivelsene blir ofte opptatt av disse vanskene, men glemmer å spørre seg om hva som ligger bak. Da meningen bak Emilies atferd ble tydeligere for henne, klarte hun også å regulere seg bedre. Terapien bidro til å øke Emilies evne til mentalisering, som igjen er viktig for selvregulering (Fonagy & Target, 2006). Man kan kanskje si at meningen vi skapte sammen, var med på å stille stormen.

IKKE LENGER SÅ ALENE

Ved avslutning av terapien fremstod Emilie gladere og nærere i kontakt. Den aller siste timen ville Emilie vise meg en ny tegnelek hun kalte «symmetri». Leken gikk ut på at hun tegnet en strek for så å tegne en halv tegning på den ene siden av streken. Deretter skulle jeg speile hennes tegning og tegne resten av tegningen på motsatt side av streken slik at resultatet ble et helt bilde. Vår felles tegning av en sommerfugl dekorert med hjerter og stjerner ble stående som et symbol på hvordan en ny helhet kan oppstå som resultat av å skape noe sammen, selve kjernen i det intersubjektive perspektivet. En selv alene og sammen med andre kan være to sider av samme sak. ❖

REFERANSER

- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: the development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7 (supplement), 33–46.
- Braarud, H.C. & Nordanger, D. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: en utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 968–972
- Fonagy, P. & Target, M. (2006). Tidlig indsats og utviklingen af selvregulering. I J.H. Sørensen (red.), *Affektregulering i utvikling og psykoterapi* (s. 186–207). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hagerup, I. (1995). *Samlede dikt*. Oslo: Aschehoug.
- Hansen, B.R. (1991). Intersubjektivitet: et nytt utviklingspsykologisk perspektiv? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 28, 568–578.
- Hansen, B.R. (1996). Den affektive dialogen i psykoterapi med barn. I M. Kjær (red.), *Skjønner du?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Hansen, B.R. (2012). I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi. Oslo: Gyldendal.
- Hart, S. & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces – at støtte og afhjælpe traumatisk stress i lyset af arousalregulering. *Matrix*, 3, 292–315.
- Hellesen, T. (2005). *Noko av deg lever andre stader*. Oslo: Samlaget.
- Johnsen, A., Sundet, R. & Torsteinsson, V.W. (2000). Daniel Sterns selvutviklingsmodell. I A. Johnsen, R. Sundet, & V.W. Torsteinsson (red.), *Samspill og selvopplevelse*. Oslo: Aschehoug.
- Knausgård, K.O. (2017). Så mye lengsel på så liten flate. En bok om Edvard Munchs bilder. Oslo: Forlaget Oktober.
- Nordanger, D.O. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 530–536.
- Porges, S.W., & Furman, S.A. (2011). The early development of the autonomic nervous system provides a neural platform for social behaviour: a polyvagal perspective. *Infant and Child Development*, 20(1), 106–118.
- Schore, A.N. (2006). Kommunikation mellem forældre og spædbørn og de neurobiologiske aspekter af den emotionelle udviklingen. I J.H. Sørensen (red.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Schore, J.R., & Schore, A.N. (2014). Regulation Theory and Affect Regulation Psychotherapy: A Clinical Primer. *Smith College Studies in Social Work*, 84(2–3), 178–195.
- Skrede, R. (2002). *Vintersvale*. 50 dikt i utval ved Otto Hageberg. Oslo: Samlaget.
- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal.
- Stern, D. (2004). Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi. Oslo: Abstrakt forlag.
- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. I K. Jacobsen & B. Svendsen (red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet – grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Svendsen, B. og Johns, U.T. (2016). *Håndbok i tidsavgrenset intersubjektiv barnevernsterapi (TIB)*. Kunnskapsgrunnlag, behandlingsprinsipper og eksempler. Oslo: Fagbokforlaget.

Gruppeterapi for ungdom

Gruppeterapi kan være særlig gunstig for ungdom med psykiske vansker. Terapien gir de unge en følelse av tilhørighet til jevnaldrende, og de forstår seg selv og andre bedre. Men det finnes få gruppeterapeutiske tilbud rettet inn mot ungdom her til lands.

TEKST

Katrine Heim Gjesvik¹,
Line Indrevoll
Stänicke², Magne Olav
Gudmestad³ og Lone
Dragland⁴

KONTAKT

katrine.heim.gjesvik@
gmail.com

– Jeg skjønner ikke helt greia med å skulle gå i individualterapi. Der ville det jo bare vært meg, mine tanker og mine problemer. Det jeg trenger er å høre hva andre mener og er opptatte av. Hva synes de, liksom. Det er det som er så bra med å gå i gruppe – at det er andre der.

(Mari, 15 år)*

Mange ungdommer strever med lav selvfølelse og usikkerhet i forholdet til andre (Ungdata, 2016). Trolig strever ungdom med psykiske vansker mer med dette enn ungdom flest. Resultatet er ofte isolasjon, som igjen forsterker deres sosiale vansker og hindrer viktige utviklingsoppgaver i ungdomstiden i å finne sted.

Ungdomstiden ble av Erik H. Erikson (1968) beskrevet som en «sosial krise» der barnet reorienterer seg fra foreldre til jevnaldrende og prøver ut sosiale roller. For ungdom er det viktig å opp-

leve seg både som *del av* en sammenheng og som en *atskilt* person for å kunne utvikle en moden identitet (Wrangsjö & Winberg-Salomonsson, 2006). Ikke bare sosiale, men også biologiske, kognitive, emosjonelle og relasjonelle endringer preger ungdomstiden – det foregår en transformasjon (Landmark & Stänicke, 2016; Siegel, 2013). Ut fra de utviklingspsykologiske temaene trenger ungdom et sosialt nettverk eller en gruppe der de kan prøve ut nye roller og væremåter og utforske følelser og strategier for mestring.

Å delta i gruppeterapi kan gi ungdom med psykiske vansker en følelse av tilhørighet til jevnaldergruppen, økt forståelse av seg selv og andre og en opplevelse av sosial mestring. Dette er erfaringer som kan styrke dem på flere arenaer og virke positivt inn på deres psykiske vansker. Å møte jevnaldrende i samme situasjon kan dessuten være en sterk motiverende faktor i en behandlingsprosess. Dette var tilfellet for Dina, som vi skal bli litt bedre kjent med på de neste sidene. Sammen med Mari, som innledet vårt bidrag, var hun en av deltakerne i en av våre grupper.

* All personinformasjon i illustrasjoner og kliniske eksempler er omskrevet og anonymisert.

1 Asker BUP, Vestre Viken.
2 Universitetet i Oslo, Lovisenberg diakonale sykehus - Nic Waals Institutt.
3 BUP Vest, Diakonhjemmet sykehus.
4 Allmennpsykiatrisk poliklinikk VPA Vinderen, Diakonhjemmet sykehus.



VÅRE ERFARINGER

Dina er 17 år. Hun sitter tungt i stolen og ser ned på hendende sine. Det svartfargede, lange håret henger foran øynene hennes. Terapeuten spør hvordan den siste uken har vært, hvorpå hun kort og hardt svarer: «Greit. Det samme.»

Terapeuten følger opp temaet «måter å ta initiativ overfor andre i klassen på» fra forrige time. Dina avviser dette kontant: «Du vet at det ikke kommer til å gå. Ingen vil være sammen med meg.»

Dina har hatt behandlingskontakt ved BUP i over ett år på grunn av sterk sosial angst og

at hun stadig oftere unngår sosiale situasjoner. Flere forhold har bidratt til vanskene hennes, men sentralt står mobbingen og utestengelsen hun opplevde på barneskolen. Noen måneder etter at hun startet på videregående, isolerte hun seg nesten helt og ble både mer nedstemt og motløs.

Det er helsesøster som henviser henne til BUP, men Dina har ingen tro på at noen orker eller vil være sammen med henne. Hun tror heller ikke hun kan stole på noen. Gradvis får imidlertid Dina tillit til terapeuten og blir etter hvert mer selvhevdende i timene. Likevel, noe forblir fastlåst, og fortvilet sier Dina til terapeuten: «Jeg vil bare være vanlig!»

Både Dina og foreldrene virker preget av en hjelpeløshet. Også terapeuten kjenner på dette, og føler seg tung i timene; det er som om det blir vanskelig å tenke og være kreativ. Alle forsøk faller til stengrunn. Men så overrasker Dina. For når terapeuten forteller henne om muligheten til å delta i gruppeterapi for ungdom, viser hun en umiddelbar interesse: «Ja, det vil jeg! Jeg har lurt på om det ikke finnes noe sånt.» »

TRYGG GRUPPE

Forandringene som finner sted i ungdomstiden, skaper utrygghet og angst. Derfor er vi opptatt av å skape et trygt gruppeklime for alle, skriver artikkelforfatterne. Bilde: Oljemaleri av László Moholy-Nagy (1927) fra Los Angeles County Museum of Art / Wikipedia.

”

Å møte jevnaldrende i samme situasjon kan være en sterk motiverende faktor i en behandlingsprosess

Dinas vansker og livssituasjon er representativ for flere av ungdommene vi møter i BUP. Deres store sosiale vansker i forhold til jevnaldrende motiverte oss til å starte opp et gruppeterapeutisk tilbud for dem. Våre erfaringer stammer fra tre langtidsgående psykodynamisk og interpersonlig baserte gruppeterapier, der nye medlemmer tas inn i gruppen etter hvert som eksisterende medlemmers behov for terapi slutter. Gruppene varierte både når det gjaldt alder og kjønn på deltakerne, men temaene og prosessene hadde likevel mye til felles. Som at samtlige gruppedeltakere strevde med relasjoner til andre, sosial utrygghet, skam og unnvikelse, og noen også med emosjonell ustabilitet. Mange klarte ikke å følge opp skolen og opplevde vansker i relasjonene til omsorgspersonene. I alle gruppene fokuserte vi på tema deltakerne var opptatt av, samt de relasjonelle prosessene som ble aktualisert i timene i og mellom ungdommene, og i forholdet til terapeutene.

TILPASNINGER I TERAPI MED UNGDOM - METODE OG STRUKTUR

Dina blir med fra starten av i en gruppe for ungdom mellom 15 og 18 år. I de første månedene i gruppen er hun tydelig redd for å dumme seg ut og for å bli utestengt fra fellesskapet. Hun viser lite initiativ overfor de andre ungdommene og unngår blikkontakt.

Forandringene som finner sted i ungdomstiden, skaper utrygghet og angst. Derfor er vi opptatt av å skape et trygt gruppeklime for alle. Det innebærer en aktiv, støttende og anerkjennende terapeutstil (Shechtman, 2007; Malekoff, 1997), kombinert med en trygg og rommende holdning (Yalom, 2005; Bion, 1963). Det er en utfordring å finne balansen mellom et «ikke for angstfylt klima» og en «passelig aktivering» for hver enkelt deltaker i en gruppe (Bateman & Fonagy, 2007). Vår erfaring er at lange perioder med stillhet er lite fruktbart i en ungdomsgruppe. Snarere leder det til skamfølelse og en situasjon der ingen våger å by på seg selv.

For å skape en struktur som bidrar til mindre angst, og som hjelper ungdommene «i gang», tar vi innledningsvis i bruk noen øvelser. En øvelse kan være at gruppedeltakerne sitter for seg selv og tegner seg selv som et tre eller noe annet som faller en inn. Tegningene blir delt med de andre i gruppen, og man snakker om dem i fellesskap. Gjennom øvelsen kan viktige tema hos deltakerne komme frem, som et ønske om å flykte, ensomhet eller angst. En annen øvelse kan være å la deltakerne intervju hverandre to og to om motivasjonen for å bli med i gruppen, hva de er opptatt av, osv. Deretter gjengir den som intervjuet, den andres perspektiv til de andre i gruppen.

I løpet av de første gruppemøtene oppfordrer vi gruppedeltakerne til å snakke om det som føles viktig for dem. Gjennom de enkelte øvelsene og i gruppesamtalene får de en mulighet til å snakke om sine redsler for å ta plass eller si noe dumt. Øvelsene er med på å skape et gruppeklime der alle blir sett og lyttet til. Som vi straks skal se, virker det som om gruppens struktur og samspill har en god innvirkning på Dina.

Gradvis begynner Dina å ta mer plass i gruppetimene. Det virker som de andre ungdommene vekker hennes nysgjerrighet og gir henne en følelse av å være viktig. Når andre deltakere snakker, følger hun med og retter blikket mot den som prater. Dina viser medfølelse og gir støtte, særlig



Vår erfaring er at lange perioder med stillhet er lite fruktbart i en ungdomsgruppe

når terapeutene spør om reaksjoner på noe en annen deltaker forteller om. Det er imidlertid vanskelig for henne å komme på banen med sitt eget og å vise noe av seg selv.

En av de andre ungdommene tar initiativ til at alle i timen skal skrive ned tema de er opptatte av anonymt på lapper og trekke dem etter tur, lese dem høyt og diskutere temaene i gruppen. Dina blir i denne øvelsen klar over at også andre strever med å ta ordet og å komme med sitt. Gradvis blir det lettere for henne å formidle noe om seg selv. Når hun erfarer at de andre er imøtekommende, er lettelsen hennes til å ta og føle på, og den gir en slags smitteeffekt til andre i gruppen som lengter etter å erfare noe lignende. Gruppen har gitt Dina en mulighet til å øve seg på å være åpen, og hun har erfart at andre kan forstå og respektere henne, tross hennes «svakheter».

Av andre faktorer som bidrar til et trygt og åpent gruppeklime, og som kanskje særlig er viktig for ungdom, er terapeutens holdning til egen utilstrekkelighet. Ungdommene synes å slappe mer av og å våge å være mer spontane når vi som terapeuter viser at det kan gå fint å «dumme seg ut», for eksempel ved å ta sjansen på mindre gjennomtenkte kommentarer. Undring om hva som skjer i gruppen, bidrar også til trygghet og åpenhet. Terapeuten forsøker å fremme undring rundt prosesser som skjer i gruppen, for eksempel slik:

– Da Mari snakket i sted, ble dere andre stille. Jeg lurer på hva dere ble opptatte av? spør terapeuten.

Denne intervensjonen leder til viktige oppklaringer: De som hadde blitt stille da Mari snakket, forklarer at stillheten deres handlet om at de ble berørt av det hun sa. Noen ble påminnet egne erfaringer som de kunne relatere til Maris erfaringer, mens andre ikke visste hva

de skulle si for å støtte henne. Det blir også en utveksling i gruppen rundt temaet «stillhet» og at det kan skape usikkerhet og oppleves vondt.

Her ser vi hvor viktig det kan være at terapeuten våger å forfølge reaksjonene hos deltakerne i gruppen med åpne spørsmål og undring.

OVERFØRING OG RELASJONELLE PROSESSER

Dina våger etter hvert å uttrykke sin følelse av at samtalen i gruppen av og til er tomprat eller meningsløs. Hun viser seg kritisk. Som terapeuter ser vi på dette som et tegn på selvhevdelse og et viktig steg for å prøve en ny sosial rolle. Responsen fra de andre uteblir ikke. Mari sier seg enig med Dina, men mener det er bedre at vi snakker om noe enn at ingen sier noe. Dina er for så vidt enig i dette, og de to får en utveksling om hva det er som gjør det så vanskelig å snakke om det de egentlig er opptatt av.

– Hvorfor er det så vanskelig å snakke om seg selv? spør Mari.

Senere i samme gruppetime sier Dina med et fornøyd smil: – Jeg føler at det er en slags bonding i gruppa.

Hun utdyper det med at hun føler at alle er blitt viktige for hverandre, og legger til: – Det er nesten som om dere er med meg når jeg er der ute.

For Dina virker det som erfaringen med gruppeterapi hjelper henne til å våge mer i livet sitt. Hun begynner å ta mer initiativ overfor sin egen familie, blir mer aktiv på fritiden og tar mer kontakt med jevnaldrende. Hun begynner også å gå i butikker alene, noe hun ikke har gjort på flere år.

Gruppens samhørighetsfølelse («cohesiveness») er en betingelse for en effektiv gruppe. Å oppleve å tilhøre en trygg gruppe, der en føler seg viktig, og der de andre er blitt viktige for en, kan styrke selvfølelsen (Yalom, 2005).

I en annen gruppeterapi, en overgangsgruppe mellom BUP og voksenpoliklinikken, begynner Lisa på 18 år å utebli fra gruppetimene. Lisa har vokst opp dels hos foreldrene og dels på institusjon. Hun har falt ut av skolen, ligger mye i sengen, har mistet kontakten med



venner og har nesten bare folk rundt seg som hun har kjent i kort tid. I flere kjæresteforhold blir hun utnyttet, og hun klarer ikke å bevare relasjoner over tid. De første månedene i gruppen fremstår hun som omsorgsfull og morsom. Hun skaper mye latter med sin selvironi og sine vittige kommentarer, men uteblir så gangen etter uten å gi beskjed. Det avtegner seg et mønster der hun opptrer «sterk» i et par-tre gruppetimer, for så å utebli uten varsel. En av de andre jentene, Tuva, blir irritert og mener Lisa ikke anstrenger seg nok. Tuva selv må ta seg fri fra skolen for å gå i gruppen. En annen jente, Hanne, savner derimot Lisa og synes det er dumt når hun er borte.

Yalom (2005) beskriver hvordan en fritt interagerende gruppe over tid utvikler seg til et sosialt mikrokosmos, der deltakerne gjentar det de strever med overfor andre utenfor gruppen. Slik uttrykker de sine både mer og mindre hensiktsmessige relasjonelle mønstre i gruppen. I gruppene våre vektlegger vi en forståelse av det relasjonelle samspillet ut ifra et overføringsperspektiv, med andre ord hvordan tema i deltakernes relasjonserfaringer utspiller seg i gruppen her og nå.

Etter hvert utfordrer de andre deltakerne Lisa både på uteblivelsene og på hennes væremåte i gruppen: «Betyr ikke gruppen noe for deg? Er det ikke noe som er vanskelig for deg? Er du alltid like ovenpå som du virker her?»

Lisa er overrasket over at noen ønsker å bli kjent med andre sider av henne enn dem hun har vist frem. Hun klarer å fortelle at hun bare kommer i gruppen når hun føler seg på topp, selv om hun egentlig ikke vil at det skal være sånn. Lisa blir oppmerksom på at hun bruker kreftene sine på å fremstå som suveren, men at hun egentlig føler seg usikker og ensom. Å tørre å vise «svakhet» blir et terapeutisk tema for Lisa. De andre ungdommene deltar med lignende opplevelser og uttrykker at det føles lettere å være åpen om vanskelige og skamfulle tema etter at Lisa har fortalt om sine utfordringer. Lisas fravær fra gruppen går ned. Hun begynner å vise at hun også kan være lei seg og ikke bare morsom. Hun begynner på skolen igjen, tar opp kontakten med en tidligere venninne og virker generelt tryggere. Etter to år i gruppen formidler hun den siste gangen at det viktigste fremskrittet

for henne er at hun ikke lenger trenger å bruke alle kreftene på å bli likt:

– Jeg har lært at jeg ikke trenger å snakke så mye. Det er deilig.

Eksempelet viser hvordan deltakernes relasjonelle mønstre fremkommer i gruppeterapien, samt at erfaringer i gruppen får ringvirkninger i ungdommens liv utenfor gruppen.

UTBYTTE AV GRUPPETERAPI

Som vi har sett kan utbyttet av gruppeterapi for ungdom foregå på ulike måter. Her vil vi kort sammenfatte det vi anser som mest sentralt når det gjelder utbytte av gruppeterapi for ungdom.

Ungdommene som deltar i gruppeterapiene er, som nevnt, henvist på bakgrunn av symptomer, som angst og depresjon. Et fellestrekk er at de opplever stor usikkerhet i sosiale situasjoner, betydelig ensomhet og lav selvfølelse. Underveis i gruppeterapiene vurderer vi deltakernes endringsprosesser, til en viss grad ved hjelp av strukturerte kartlegginger av symptomer, funksjon og mellommenneskelige vansker (Stänicke & Rustad, 2010). Ungdommene viser her symptombedring. I tillegg *virker* de fleste tryggere og mer åpne etter å ha gått i gruppeterapi i noen måneder, som vi har illustrert ved kasus. Foresatte til flere av dem formidler også at de opplever ungdommene sine som tryggere og gladere etter en tid i gruppeterapi.

Vårt inntrykk er at erfaringer fra gruppeterapi får betydning for ungdommene, både ved at de føler seg forstått og akseptert, og ved at de opplever at også andre ungdommer er sårbare, og at de derfor ikke er alene. Noen formidler at det er «annerledes» i gruppen enn for eksempel på skolen, noe som gjør at de i gruppen våger å vise mer av hvem de er, si ting og være i direkte kontakt med andre. Som vi har sett er en slik opplevelse ofte starten på at ungdommene også utenfor terapirommet begynner å oppleve en stadig større grad av sosial trygghet. Flere ungdommer tar opp situasjoner de opple-



Når hun erfarer at de andre er imøtekommende, er lettelsen hennes til å ta og føle på

ver ikke å mestre, som det å ta kontakt med andre, si ifra om overtramp og å våge seg ut i nye situasjoner – for eksempel på date. Ungdommene formidler etter hvert at de tar med seg gruppens støtte inn i slike situasjoner. Gruppen fungerer på denne måten som en trygg base de trenger for å våge seg ut i verden og inn i voksenlivet.

HVORDAN ORGANISERE GRUPPETERAPI FOR UNGDOM I BUP?

Våre erfaringer synes å underbygge at det må tas spesifikke hensyn for ungdom i gruppeterapi. Dette omhandler grundig forberedelse av ungdommene før deltakelse i gruppe, som å avklare motivasjon og målsetting, snakke om hvordan gruppeterapi virker, og hva ungdommene selv kan gjøre for å få mest mulig ut av terapien. Ungdom har ofte et stort behov for trygging før de våger å begynne i gruppeterapi. Slik trygging kan innebære å gå grundig inn i hvilke forventninger de har til gruppeterapien, samt formidle at trygghet i gruppen er et hovedfokus for terapeutene. Forberedelsen kan gjøres i samarbeid med ungdommen og foresatte, og med individualterapeut når ungdommen har individuelle samtaler som del av sin behandling. Vi erfarer at gruppene fungerer best med mindre spenn i alder og funksjonsnivå.

Ungdommer har behov for tettere oppfølging enn voksne for å motvirke drop-out og for å fremme samhørighetsfølelsen i gruppen. Å skape forståelse for gruppetilbudet gjør at foresatte, eventuelt også lærere, kan støtte opp følelsesmessig og praktisk medfølging/henting og påminning samt motivasjon for å bli i gruppen i vanskelige perioder. I de yngste gruppene kombinerer vi gjennomgående gruppeterapiene med individualterapi med varierende frekvens. Eldre ungdommer får en individualsamtale i halvåret samt ved forverring og kriser. Ungdom med alvorlige psykiske vansker vil kunne trenge en kombinasjonsbehandling gjennom hele behandlingsforløpet. Vi tror det er viktig å forankre en gruppeterapi i hele organisasjonen for å sikre rekruttering og for lettest mulig å kunne diskutere aktuelle problemstillinger underveis. Vi tror også det er viktig å planlegge gruppetilbudene og rekruttering i samarbeid med seksjons- og teamledere og øverste leder på poliklinikkene. Etter hvert må også de andre behandlerne være med i planleggingen. Vi har god erfaring med å lage en brosjyre om gruppeterapi med informasjon om tilbudet til ungdommene, og til deres foresatte og eventuelle individualterapeuter.

GRUPPE-EFFEKT

Forskning viser at gruppeterapi er like effektivt som individualterapi for å hjelpe mennesker med psykiske vansker (Kvarstein, Nordviste, Dragland, & Wilberg, 2016; Lambert, 2013; Lorentzen, 2014a, 2014b; Shechtman, 2007; Yalom, 2005). Det synes i tillegg å være et utviklingspsykologisk rasjonale for at gruppeterapi er særlig gunstig for ungdom. Innenfor psykisk helsevern i Norge er det likevel få gruppeterapeutiske tilbud rettet mot aldersgruppen 12–18 år. Gjennom våre erfaringer har vi fått tro på at gruppeterapi har særlige fordeler for ungdom, og at det med hell kan kombineres med et individual- og/eller familierapeutisk behandlings-tilbud i BUP. ❌

REFERANSER

- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse*. En praktisk veileder. Oslo: Arneberg Forlag.
- Bion, W.R. (1963). *Elements of psychoanalysis*. London: Heinemann
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Kvarstein, E.H., Nordviste, O., Dragland, L. & Wilberg, T. (2016). Outpatient psychodynamic group psychotherapy – outcomes related to personality disorder, severity, age and gender. *Personality and Mental Health*. John Wiley & Sons, Ltd. Online publication date: 21-Oct-2016
- Lambert, M.J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Sixth edition. New York: Wiley
- Landmark, A. & Stänicke, L.I. (2016). *Det uforståelige barnet. Om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Lorentzen, S. (2014a). Økt interesse for forskning i psykoanalyse og psykodynamisk terapi. *Matrix*, 31(4), 226–245.
- Lorentzen, S. (2014b). *Group Analytic Psychotherapy. Working with affective, anxiety and personality disorders*. London (UK)/ New York: Routledge.
- Malekoff, A. (1997). *Group Work with Adolescents. Principles and Practice*. New York: The Guildford Press.
- Shechtman, Z. (2007). *Group Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents. Theory, Research and Practice*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Siegel, D. (2013). *Brainstorm. The Power and Purpose of the Teenage Brain*. New York: Penguin.
- Stänicke, L.I. & Rustad, N. (2010). *Gruppeterapi med ungdom. Prosjektrapport*. Lovisenberg diakonale sykehus – Nic Waals Institutt.
- Ungdata (2016). Nasjonale resultater. <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivs-forskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater>
- Wrangsjö, B. & Winberg-Salomonsson, M. (2006). *Tonårstid – utvekkling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Falkenberg: Natur och Kultur.
- Yalom, I.D. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Fersk i faget

Nyutdannede psykologer møter arbeidslivet med optimisme og ansvarsfølelse. Men det er utfordrende å finne sin plass i et tverrfaglig arbeidsmiljø.



TEKST

Ingvild Sagberg,
forsker og skribent

KONTAKT

ingvild.sagberg@
psykologi.uio.no

SKRIV I

«OPPSUMMERT»

Betydningsfulle
forskningsfunn?

Nettopp disputert?

Ta kontakt:

ida.holth@psykolog-
tidsskriftet.no

MØTET MED ARBEIDSLIVET blir ofte omtalt som et «virkelighetssjokk». Den nyutdannede skal etablere en profesjonell identitet i et nytt arbeidsmiljø – men hvordan? For at ferske psykologer skal få en god start på arbeidslivet, er det viktig å forstå hva som fremmer og hemmer mestring av overgangen fra studier til arbeid.

Nyutdannede psykologer har forberedt seg gjennom en lang utdanning, med praksiserfaring. De er likevel i en spesiell situasjon fordi de fra starten av skal jobbe mye selvstendig og alene med klienter, samtidig som de er del av en større organisasjon og et kollegafelleskap. I jobben kommer de tett på andre mennesker og deres lidelser. I doktorgradsarbeidet mitt utforsket jeg hvordan nyutdannede psykologer mestrer overgangen til og den første tiden i jobb.

MESTRING OG FRUSTRASJON

Jeg gjennomførte en intervjustudie med nyutdannede psykologer: 22 deltagere fra to ulike kull med studenter fra to universiteter. Erfaringene til de nyutdannede psykologene viste seg tveytidige og motsetningsfylte. Psykologene var i en fase der de testet ut en ny identitet som selvstendig profesjonsutøver – og det gikk litt opp og ned med mestringsfølelsen. Funnene i undersøkelsen gir imidlertid inntrykk av at psykologene gikk ut i arbeidslivet med nesten overraskende mye mestring, ansvarsfølelse og optimisme. For eksempel opplevde de å få god kontakt med klientene. Det var neppe snakk om noe virkelig-

hetssjokk for disse ferske psykologene. Samtidig møtte de utfordringer som det kan være vanskelig å forberede seg på gjennom utdanningen, og som kan ha negative virkninger på lengre sikt.

Mange av de jeg snakket med, fortalte at de ble frustrerte av systemet. Flere oppga at det var vanskelig å forstå hvordan systemet i og rundt organisasjonen fungerte, og å operere innenfor det på en faglig forsvarlig måte. Det kunne være vanskelig å finne ut hvor grensene for ens egen rolle skulle gå, for eksempel overfor leger og miljøpersonell på egen arbeidsplass eller ansatte i andre etater som hadde med klientene å gjøre. Det virket krevende å forholde seg til et tverrfaglig arbeidsmiljø, der kollegaer fra ulike profesjoner hadde ulike tilnærminger til arbeidet. Frustrasjonen så videre ut til å øke i løpet av den første tiden, og i økende grad tilskrives systemet framfor deres egen uerfarenhet som nyutdannede. De nyutdannede psykologene tok likevel hele veien selv stort ansvar for å håndtere utfordringene de møtte.

Ikke bare det som foregikk i selve organisasjonen, men også livet rundt jobben og egen helse og velvære viste seg å spille en vesentlig rolle. Å ha det bra ellers i livet ble fremhevet som viktig for å håndtere overgangen til arbeidslivet. På motsatt side ble personlige problemer og dårlig helse hevdet å kunne hemme mestring. At et krevende emosjonelt nærvær i jobben kan gå utover både familieliv og velvære, ble også erfart av flere nyutdannede. Støtte fra familie, venner og studieka-



merater ble trukket fram som en fremmede faktor. Møtet med arbeidslivet ble i starten beskrevet som å gi et etterlengtet skille mellom arbeid og fritid, men det virket som dette skillet etter hvert ble mer uklart for de ferske psykologene.

ARBEIDSGIVERE HAR EN VIKTIG ROLLE

Kanskje kan utdanningsinstitusjonene bli bedre til å forberede nyutdannede på tverrfaglig arbeid i større systemer. Imidlertid kan også arbeidsgivere ta et større ansvar for å gi nyutdannede en god start. Organisasjoner som ansetter psykologer og andre med emosjonelt krevende arbeid, har antagelig et vesentlig potensial når det gjelder å gi en grundig og helhetlig oppfølging i startfasen. Mange av psykologene i denne studien fikk en fadder på arbeidsplassen og deltok på noen kurs, men utover det beskrev de nyutdannede ikke særlig omfattende formelle introduksjonstiltak. Nyansatte bør veiledes i hvordan organisasjonen og systemet rundt dem fungerer, og hvordan man jobber godt med andre på og rundt arbeidsplassen. En helhetlig oppfølging innebærer også at arbeidsgiver støtter medarbeideren i å finne en god måte å ivareta privatliv, helse og velvære på i den nye jobbsituasjonen. Det kan fremme nyutdannedes tilpasning til arbeidslivet – og i tillegg bidra til å utvikle sunne organisasjoner som er godt rustet til å utføre sin samfunnsoppgave overfor klienter og brukere. ✘

UT I VERDEN Ingvild Sagberg har undersøkt nyutdannede psykologers erfaringer i arbeidslivet. Mange var frustrerte over systemet de jobbet innenfor. Foto: Shutterstock

Fakta om studien

- Seksten nyutdannede kvinner og seks menn i alderen 25 til 44 år deltok i undersøkelsen.
- Alle jobbet med klienter eller pasienter i løpet av intervjuperioden, og ved flere ulike arbeidsplasser.
- Erfaringene til de nyutdannede psykologene var karakterisert av optimisme og frustrasjon, frihetsfølelse og forpliktelse samt ansvarsfølelse og sårbarhet.
- Psykologene gikk ut i arbeidslivet med mye mestringsfølelse.
- De møtte utfordringer som det kan være vanskelig å forberede seg på gjennom utdanningen, for eksempel fant de det krevende å forholde seg til et tverrfaglig arbeidsmiljø.
- Mange av de ferske psykologene uttrykte frustrasjon over systemet de jobbet innenfor.

Fra arkivet: 1979

Skolen – en viktig side ved barns oppvekstvilkår?

Skolen og skolepsykologien har tildels med rette blitt kritisert for å ha vært for individual- og differensialpsykologisk orientert. Dette har blant annet ført til at den individuelle elev har blitt betraktet som taper i skolen. Nyere sosialpsykologisk og organisasjonspsykologisk tenkning gjør det imidlertid mulig å beskrive skolen som sosialt system som den tapende part. Her har psykologer en viktig oppgave overfor lærere og andre som har til oppgave å fremme barns utvikling og læring.

Utfra det vi idag vet om barns utvikling og betingelsene for at en positiv utvikling skal skje, gir det ikke mening å snakke om forebyggende arbeid for barn og unge uten samtidig å snakke om skole. Det samme kan sies om alt snakket om å forebygge narkotikaproblemer. Å forebygge narkotikaproblemer er etter vår mening nesten utenkelig dersom ikke skolen helhjertet er med på dette. I siste instans dreier det seg selvsagt om forholdet mellom barna og de voksne, og hva skolen angår om forholdet mellom elev og lærer. Ut fra en tenkning som den vi har antydnet her blir lærerens oppgave ikke bare kunnskapsformidlende eller «dannende». Læreryrket har også en oppfostrende og derved en forebyggende side. Noe som også er nedfelt i mønsterplanens formålsparagraf.

Den pedagogisk-psykologiske tjenesten er av stor betydning når det gjelder å utvikle barns oppvekstvilkår i

skolen. Denne delen av skoleverket kan tilføre skolen kunnskaper om barns behov og barns utvikling. Den kan videre stimulere lærere slik at forholdet elev/ lærer kommer i fokus på en måte som både elever og lærere finner ønskelig og tjenelig. Psykologene i den pedagogisk-psykologiske tjenesten bør også kunne være en ressurs når det gjelder å utvikle skolen som et sosialt system. En organisasjonspsykologisk utvikling av skolen vil kunne utsi noe vesentlig om skolens miljøskapere og om trivselsfaktorer i skolen. Dette er etter vår mening viktig i en skole som har mobbing som et av sine alvorligste problemer.

Å gjøre skolen mer «miljøvennlig» og trivelsorientert er en selvsagt målsetting i et barneår. I arbeidet med å realisere en slik målsetting blir den pedagogisk-psykologiske tjenesten og skoleverkets psykologer vesentlige ingredienser.

Usignert leder, februar 1979

Aktuelt

– Kun små justeringer igjen

Ifølge daglig leder i Stangehjelpa, Birgit Valla, er det kun behov for små justeringer før Fylkesmannen er fornøyd.

I november i år førte Fylkesmannen i Hedmark nytt tilsyn med Stange kommune som skulle følge opp pliktbrudd knyttet til blant annet journalføring og diagnostisering, som Psykologtidsskriftet skrev om i september i fjor.

Ifølge Birgit Valla er Fylkesmannens konklusjon at det er behov for små justeringer i tjenesten, men ikke store endringer som vil føre til en annerledes praksis enn det Stangehjelpa har i dag.

– Det vil bli gjort en jobb når det gjelder å lage en tydelig rutine for hvem som skal ha vedtak, og tilfeller der dette ikke er nødvendig. Dette er et viktig arbeid som Stangehjelpa ser frem til å gjøre med bistand fra Fylkesmannen, slik at vi kan enes om en praksis rundt vedtak. Noen interne rutiner vil også bedres for å sikre brukernes rettigheter, skriver Birgit Valla i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Etter den forrige tilsynssaken i Stange har det vært usikkerhet knyttet til kartlegging og diagnostisering og om kvaliteten på journalføringen er god nok.

– Stangehjelpa har gjort en grundig jobb med å forbedre journalene, det ble derfor ingen avvik knyttet til dette under nåværende tilsyn. Faktisk fikk Stangehjelpa ros for journalføringen, som et forbilde for andre, skriver Valla videre.

Fylkesmannen i Hedmark har skrevet en foreløpig rapport etter tilsynet i november. Den er nå sendt til Stange kommune.

– Når kommunen har svart på denne, vil vi skrive en endelig rapport. Før den er klar, ønsker vi ikke å kommentere saken, sier fylkeslege Trond Lutnæs. Han bekrefter at tilsynet i denne runden ikke fant pliktbrudd knyttet til kartlegging/diagnostisering og journalføring.

Psykologtidsskriftet

Meninger



FOTO: LASZLO MOHOLY-NAGY (1926) / THE MET / CREATIVE COMMONS



Hjelp til å dø

Psykologer må engasjere seg i debatten om aktiv dødshjelp, mener Susanne Masvie.

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

Undervisning om menneskerettigheter må inn som en selvsagt del av vår grunn- og spesialistutdanning, skriver Heidi Wittrup Djup.

Les debattinnlegget på side 44.

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

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten.

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



Tier og samtykker om aktiv dødshjelp

Aktiv dødshjelp vil ha stor innvirkning på samfunnet generelt, og vår profesjon spesielt. Det har vi som yrkesaktive og studenter ikke tatt inn over oss.

INEDERLAND, der aktiv dødshjelp praktiseres, er et av kriteriene at «the patient's suffering was lasting and unbearable» (Termination of Life on Request and Assisted Suicide Review Procedures Act). I en bio-psyko-sosial forståelse vil man da undersøke både biologiske, psykologiske og sosiale årsaker til lidelsen. I Nederland ble ordet *suffering* valgt nettopp for å påpeke denne kompleksiteten. Somatisk smerte er for mange svært reell, likevel må de psykologiske komponentene ikke undervurderes. I definisjonen av smerte er nå de affektive komponentene anerkjent og sidestilt med de fysiske (Helsedirektoratet 2015, i tråd med definisjonen til International Association for the Study of Pain). I undersøkelser om begrunnelser for ønske om hjelp med å dø ser man at tap av verdighet, livskvalitet og autonomi er fremtredende (Ganzini, Goy og Dobscha, 2008), selv om andre studier også oppgir somatisk smerte som hovedårsak

(Fischer et al., 2009). Et slikt mangfold understreker kompleksiteten i smerte- og lidelsesbegrepet og at årsakene er sammensatte.

I den norske samfunnsdebatten er oppmerksomheten ofte rettet mot den biologiske smerten – når denne blir for stor, virker det umenneskelig å nekte et menneske hjelp med å dø. Dersom ingen tar til orde for å utvide lidelsesbegrepet også i den norske debatten, vil det reduksjonistiske synet fortsette å prege ordskiftet. Her har vi som psykologer et ansvar.

VÅRT ANSVAR

Uavhengig av hvilken faktor som er viktigst for ønsket om å dø, tyder det på at både psykologiske og fysiologiske årsaker er avgjørende. Som psykologer (eller fremtidige psykologer) vet vi at hjelpen vi gir, har effekt (Smith og Glass, 1977). Vår ekspertise handler om den psykolo-



TEKST

Susanne Masvie,
psykologistudent

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

AKTIV DØDSHJELP





Dersom ingen tar til orde for å utvide lidelsesbegrepet også i den norske debatten, vil det reduksjonistiske synet fortsette å prege ordskiftet

giske komponenten av smerten. Det er ingen andre profesjoner som i samme grad som vår er utdannet til og har erfaring med denne typen smertelindring – det er en del av vårt samfunnsoppdrag og vårt ansvar.

Psykologer har med andre ord et ansvar for å delta i diskusjonen om legalisering av eutanasi og legeassistert selvmord, både for å opplyse debatten og ikke minst for å være med og prege utfallet. Slik jeg ser det, fører dette med seg to implikasjoner. For det første krever det at vi har en åpen faglig samtale om aktiv dødshjelp, og for det andre at vi forstår de praktiske konsekvensene det kan få for vårt yrke.

FAGLIG DEBATT

For det første må psykologstanden åpent begynne å diskutere de faglige og teoretiske implikasjonene aktiv dødshjelp kan få for yrket vårt og den behandlingen vi gir. Metaanalyser tyder på at behandlingen og terapien vi gir, har gode utfall, og at relasjon og skreddersøm er avgjørende (Lambert og Barley, 2001). Dette tas det ikke hensyn til. Allerede nå ser vi en trend i lovgivningen i psykisk helsevern som vanskeliggjør langtidsterapi, psykologens mulighet til å gjøre selvstendige faglige vurderinger og vektlegge den terapeutiske relasjonen. Hensynet til pakkeforløpene som er i anmarsj, effektivisering og kostnadssparende intervensjoner går foran. Assistert selvmord og eutanasi er kostnadseffektive tilbud, og vil i enkelte tilfeller kunne fungere som en billig løsning på et problem god psykoterapi kunne ha løst. Dette følger ikke kausalt av en legalisering, men er ikke en utenkelig fremtid. Kan vi som psykologer forholde oss likegyldige til en slik potensiell fremtid? Har vi ikke både en etisk og faglig forpliktelse til å engasjere oss?

Som Blikshavn, Husum og Magelssen (2017) har påpekt, vil en institusjonalisering av aktiv dødshjelp kunne være en trussel for psykoterapi. Psykologisk hjelp vil da gå fra alltid å være en bærer av håp som allierer seg med positive krefter i pasienten, til å til tider gi opp det terapeutiske prosjektet og gi etter for lidelsen. Vi vil derfor ha mange av de samme diskusjonene og refleksjonene som leger, men psykologer må tenke lenger. For det første fordi vi fortsatt i større grad må forsvare vårt fags legitimitet som vitenskap og nyttig helsehjelp. For det andre fordi vi tror vår vitenskap er tuftet på at vi kan endre selv- og virkelighetsforståelsen og dermed selve ønsket om å dø, ikke bare bakenforliggende årsaker.

Hva vil en godkjennelse av, eventuelt tiende samtykke til, aktiv dødshjelp fra psykologstanden formidle? Debatten lurer oss til å tro at eutanasi kun er et spørsmål om frihet, men det innebærer også et syn på mennesket. Vår kunnskap om mulighet for endring og bedring impliserer også at vi kan hjelpe mennesker som ønsker å dø. Vårt yrke handler om mer enn å kurere psykisk sykdom, i forlengelsen handler det jo nettopp om å hjelpe mennesker til økt livsutfoldelse og livskvalitet. Bærer ikke psykologkunnskap i seg muligheten til å eliminere deler av behovet og etterspørselen etter aktiv dødshjelp?

PRAKTISKE KONSEKVENSER

For det andre har dette praktiske implikasjoner for hva psykologer skal ha som sitt arbeidsområde. Ole Martin Moen, filosof og forsker ved UiO og aktiv deltaker i debatten, er tydelig på at han ønsker en legalisering. Han mener forsvarlige rammer innebærer at psykologer må være med i bedømmelsen av om en person skal kunne få innvilget ønsket om aktiv dødshjelp («En brevveksling på død og liv», Ole-Martin Moen, Morgen-

bladet, høsten 2016). Han ser for seg en ordning der en lege og en psykolog må enes om hvorvidt et sett med kriterier er oppfylt. I Nederland har de lignende praksis, men kun når ønsket om dødshjelp er av en art som gjør det nødvendig med psykologisk kompetanse, for eksempel ved psykiske lidelser. Det er godt mulig en legalisering dermed vil få praktiske konsekvenser for vår arbeidshverdag.

Dersom dødshjelp legaliseres i tråd med den nederlandske modellen, vil muligheten fra dag én også åpnes for personer med psykiske lidelser. Ordet *suffering* ble valgt for også å romme psykisk lidelse som er påviselig *unbearable*. En legalisering vil derfor mest sannsynlig føre til at vårt arbeid også vil innebære vurdering av tilregnelighet/samtykkekompetanse og om visse kriterier for *unbearable suffering* er oppfylt. Da vil vi ikke lenger kunne forholde oss tiende, men vi vil bli en deltagende part i prosessen og dermed være med og anerkjenne dette som en legitim utvei. En legalisering vil ikke minst øke den kognitive tilgjengeligheten til den løsningen døden tross alt er, og muligens føre til større etterspørsel etter assistert selvmord (jf. suicidforskning på kognitiv tilgjengelighet av selvmordsmetoder (Florentine og Crane, 2010)).

PLIKT TIL Å OPPLYSSE

Vi må erkjenne at sykdomsforståelsen av både somatisk og psykisk sykdom til en viss grad konstrueres i kulturen og vil påvirkes av de kulturelle betydningene man tillegger lidelsen. I kraft av vår fagkompetanse har psykologer en betydelig stemme som må høres i samtalen om denne kulturelle betydningen – vi må innse vårt ansvar. Kampen om aktiv dødshjelp er også psykologers kamp, uavhengig av ståsted i legaliseringsspørsmålet (det krever lenger og mer utførlig argumentasjon enn den som er gitt her).

En legalisering vil potensielt kunne få store konsekvenser ikke bare for vårt samfunn og menneskesyn, men også for vår profesjon. Jeg tviler ikke på at mange brenner for saken, men jeg ser ikke et engasjement som er proporsjonalt med sakens store implikasjoner, verken i media, på studiesteder eller her i Psykologtidsskriftet. Er vi tiende og samtykkende i debatten om aktiv dødshjelp? Dersom vi ikke bidrar med vår kunnskap, hvilken legitimitet kan vi da forvente å få? Det er på tide at vi innser at denne kampen også er vår kamp, og hever røstene. ❖

KILDER

- Blikshavn, T., Husum, T. L., & Magelssen, M. (2017). Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *Journal of bioethical inquiry*, 14(1), 151–157. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9759-4>
- Fischer, S., Huber, C.A., Furter, M., Imhof, L., Imhof, R.M., Schwarzenegger, C., Ziegler, S.J. & Bosshard, G. (2009). Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physician's. *Swiss medical weekly*, 139(23), 333. doi: smw-12614.
- Florentine, J.B., & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social science & medicine*, 70(10), 1626–1632. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.029>
- Ganzini, L., Goy, E.R., & Dobscha, S.K. (2008). Why Oregon patients request assisted death: family members' views. *Journal of general internal medicine*, 23(2), 154–157. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0476-x>
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Moen, O.-M. (2016). «En brevveskling på død og liv», Jan Grue og Ole-Martin Moen, Morgenbladet, høsten 2016, http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/en_brevveksling_pa_dod_og_liv_-_morgenbladet_-_nyhetsklipp_21.10.2016_-_retr.pdf
- Smith, M.L., & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist*, 32(9), 752. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, <https://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/Holanda%20Ley%202002.pdf>
- Helsedirektoratet, Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, «Smerte definisjon», fra Helsebiblioteket, hentet 12. nov. 2017, <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon>
- International Association for the Study of Pain, «IASP Taxonomy», hentet 12. nov. 2017, <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

For lite kunnskap om menneskerettigheter

Undervisning om menneskerettigheter må inn som en selvsagt del av vår grunn- og spesialistutdanning.



HEIDI WITTRUP DJUP,
psykologspesialist og
medlem i Norsk
psykologforenings
menneskerettighets-
utvalg (MRU)

**MENNESKE-
RETTIGHETER**

I 2016 ba Norsk psykologforenings president, Tor Levin Hofgaard, psykologer spørre seg om vi gjør nok når vi ser negative eller destruktive utviklingstrekk i samfunnet eller i tjenestene vi jobber i. Han beskriver hvilken relevans menneskerettighetsspørsmål har for vår psykologfaglige virksomhet, og vektlegger at menneskerettigheter må være mer enn bare «fine ord i de fagetiske retningslinjene».

Jeg stiller meg selvsagt bak presidentens budskap. Samtidig lurer jeg på hvordan dette kan bli noe annet enn fine ord, så lenge vi som psykologer ikke får undervisning om menneskerettigheter verken i vår grunnutdanning eller i den videre spesialiseringen. Som helsepersonell har vi en betydelig makt, og uten kunnskap om menneskerettigheter risikerer vi å bli en del av et system som krenker. Vi risikerer også å bli passive vitner til de mange sakene som gjelder diskriminering, rasisme, overgrep og utestenging av personer i vårt samfunn. Vi har simpelthen ikke god nok kompetanse til å kunne identifisere mulige menneskerettighetsbrudd. Da kan vi heller ikke gripe inn.

Jeg har selv vært vitne til at livredde, unge kvinner – traumatiserte etter langvarig mishandling og overgrep – blir båret skrikende

gjennom psykiatriens korridorer, før de legges fastspent i en belteseng for å «roes ned». Jeg har sett voksne menn bli fremmedgjort fra sin egen livshistorie fordi ECT ble gitt som nødrett – men uten samtykke. Jeg har sett inn i unge, afghanske øyne, som er fratatt alt håp fordi de skal returneres til en utrygg fremtid og et farlig hjemland – barn uten omsorgspersoner som tvinges tilbake på flukt, til kriminalitet, barnarbeid og prostitusjon fordi myndighetene avslår å ta vare på de aller mest sårbare, grunnet innvandringsregulerende hensyn. Gjør vi nok? Jeg er redd svaret er nei.

RELEVANTE MENNESKERETTIGHETER

Vi må gjøre mer. Vi arbeider med grupper hvis grunnleggende rettigheter ikke er tilstrekkelig ivaretatt, innenfor system der krenkelser kan skje, og i et samfunn der enkelte ikke får sin stemme hørt. Det påhviler oss derfor et stort ansvar å sikre grunnleggende rettigheter og være endringsagenter i tjeneste- og samfunnsutviklingen, uansett hvor vi jobber. I arbeid med barn gjelder det blant annet å sikre barns rett til å bli hørt, ansvarliggjøre skolene i mobbesaker, forebygge vold og overgrep samt besørge at opplysningsplikten i realiteten går foran taushetsplik-



UHOOLDBART Med faget i ryggen kan vi si noe om hvordan Norge legger opp til en sykdomsfremkallende asylpolitikk gjennom uholdbare forhold på Trandum, skriver Wittrup Djup. Hun etterlyser mer kunnskap om menneskerettigheter blant psykologer. Bildet viser transittmottaket på Trandum. Foto: Stein J. Bjørge/Aftenposten/Scanpix

ten. Det må stilles spørsmål ved at friske barn med interkjønn blir utsatt for såkalte kjønnsnormaliserende operasjoner, og reflekteres rundt hvem sine behov som er styrende når friske guttebarn utsettes for omskjæring. Innenfor psykisk helsevern må bruk av tvangstiltak vurderes opp mot grunnleggende rettigheter, og medisinfrie behandlingstilbud kjempes fram. Med tanke på asylfeltet kan vår psykologfaglige kompetanse komme til anvendelse i behandlingen av søknader og klagesaker. Vi kan videre være pådrivere for å sikre tolkebruk og skriftlig informasjon på et språk pasienten forstår, og ikke minst kan vi med faget i ryggen si noe om hvordan Norge legger opp til en sykdomsfremkallende asylpolitikk gjennom midlertidige opphold og uholdbare forhold på Trandum. I langt større grad må vi også ta eierskap til arbeidet for å styrke LHBTI-gruppens rettigheter, og vi må intervenere når grupper og personer rammes av diskriminerende og urettmessig behandling, enten det er i barnevern, eldreomsorgen, kommune- eller spesialisthelsetjeneste.

MENNESKERETTIGHETER SOM VERKTØY

For å gjøre mer må vi kunne mer. Svært mange av dem vi treffer på i vårt arbeid, er sårbare, og

de kjenner ikke nødvendigvis til hvilke rettigheter eller klagemuligheter de har. Da er det helt avgjørende at vi som profesjon er stødig i vårt menneskerettslige ansvar, at vi har tilstrekkelig kompetanse på feltet, og at vi utviser en profesjonell praksis som fremmer myndiggjøring og autonomi.

«Kunnskap er makt», heter det, men mangel på kunnskap er en potensielt krenkende makt. Uten kunnskap har vi ikke forutsetninger for å forsvare grunnleggende menneskerettigheter eller anledning til å intervenere når praksis ikke er i henhold til konvensjonene Norge er forpliktet til å følge. Kunnskap om menneskerettigheter, derimot, kan gi oss verktøy og retning både når det gjelder vår profesjonelle praksis og vårt potensial til å delta aktivt i samfunnsutviklingen.

Undervisning om menneskerettigheter må følgelig inn som en selvsagt del av vår grunnutdanning og spesialistutdanning. Jeg ber derfor om at Psykologforeningen og utdanningsinstitusjonene tar ansvar for å sikre opplæring i menneskerettigheter til norske psykologer, slik at presidentens visjoner blir mer enn bare fine ord. ❖

Tafatt fra Norsk psykologforening

Psykologforeningen må stå på barrikadene for medikamentfrie behandlingstilbud.



HEIDI GJERDE,
fagrådgiver og
psykolog

MEDIKAMENTFRIE TILBUD

JEG HADDE GLEDEN av å delta på Dialogkonferansen på Hamar i november i fjor, der tema var «Bedring uten medisiner?». Siden jeg begynte å jobbe i psykisk helsevern i 1999, har jeg vært opptatt av hvorvidt medikamenter og en medisinsk tilnærming egentlig hører hjemme i psykisk helsevern. Jeg har gledet meg med brukere og pårørende over at de har klart å få myndighetene til å bestemme at det skal utvikles medikamentfrie tilbud, også for alvorlig psykisk lidelse. Det skal være mulig å velge. Tenk at helsepersonell må «tvinges» til det.

Vi psykologer burde stått på barrikadene for et slikt tilbud. Skuffelsen var desto større etter det jeg oppfattet som et lite innholdsrikt og tydelig innlegg under konferansen, signert fagsjef i Norsk psykologforening, Andreas Høstmælingen. Han snakket riktignok om psykologiske alternativer til medikamentell behandling, men innholdet baserte seg, slik jeg oppfattet det, stort sett på å presentere modeller for evidensbasert praksis med fokus på at brukernes stemme også er en viktig del av dette.

En presentasjon av de ulike elementene i evidensbasert behandling – er det det vi psykologer skal komme med når vi blir spurt om hva vi har å bidra med på dette feltet? Det kunne vært presisert at det er utviklet behandlingstilbud der pasienten kan velge medikamentfri behandling. For eksempel Basal Eksponerings-Terapi i mitt eget helseforetak. Jeg er overbevist om at det finnes flere. Vi psykologer er den yrkesgruppen som har mest kunnskap om normal psykologisk utvikling og om årsaker til utvikling av psykisk lidelse. Skal vi ikke våge å fremme vårt eget fag i en slik sammenheng?

Vi må kunne si noe om at de fleste psykiske problemer kan ses i sammenheng med pasi-

entens historie. Vi må si noe om at psykiske problemer oppstår på grunn av at mennesker forsøker å løse sine vansker på en måte som forsterker lidelsen i stedet for å redusere den. Vi må si noe om at vi har kunnskap om en rekke terapeutiske verktøy, og at vi kan bidra med å lære opp andre i disse verktøyene. Jeg opplevde at vår kunnskap ble underkommunisert i Høstmælingens innlegg, og det syntes jeg var trist.

HØYT OG TYDELIG

Det er få, om noen, andre yrkesgrupper enn psykologer som kan så mye om ulike terapimodeller, og som kan anvende denne kunnskapen til å tilpasse terapi individuelt. Psykologforeningen må formidle dette høyt og tydelig når de inviteres til dialogkonferanse med bruker- og pårørendeorganisasjoner, eller når de opptrer på andre arenaer. Innenfor traumefeltet er det for eksempel mange psykologer som synliggjør behovet for bedre kartlegging og behandling av traumer hos psykosepasienter. Våg å ta den posisjonen som burde tilhøre psykologer i arbeidet med de som har de alvorligste lidelsene – de trenger oss mest!

Det var i tillegg leit å se at psykologforeningens representant, sammen med legeföreningens representant, gikk i forsvar da det kom kritikk fra salen om manglende brukervirkning. Vi av alle må forstå at mange brukere og pårørende har opplevd og opplever seg overkjørt i psykisk helsevern. Flere har, slik vi har sett den siste tiden i media, blitt utsatt for behandling det ikke finnes evidens for, som for eksempel omfattende bruk av polyfarmasi. Vi må kunne møte brukeres og pårørendes opplevelser med anerkjennelse, respekt og ydmykhet. ✕

Inn i relasjonen

Kunnskapen om utviklingstraumer tilsier at vi bør legge til rette for enda mer relasjonsjobbing i barnevernet.

DET FINNES I DAG oppdatert og nyttig kunnskap om hvor viktig det er med god andreregulering for traumatiserte barn og unge. Nordanger og Braarud fremhever regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell.

Det er omsorgspersonens oppgave å holde barnet innenfor toleransevinduet: Man hjelper barnet ned fra en hyperaktivering eller stimulerer det for å hente det opp fra en hypoaktivering (Nordanger & Braarud, 2014, s. 532).

De påpeker også hvor viktig det er at traumatiserte barn og unge får god andreregulering i store doser på arenaene der de gjør sine daglige samspillserfaringer. Regulerende voksne må være fundamentet i hjelpen til utviklings-traumatiserte barn og unge.

Howard Bath (2009) har presentert en modell som han kaller traumebasert omsorg (TBO). Denne modellen har til hensikt å gi omsorgspersoner bedre kompetanse til å møte traumatiserte barn med anerkjennelse og respekt, og hjelpe dem til å forstå hva barnas atferd betyr. Baths hovedprinsipper er trygghet, relasjon og affektregulering, som alle bør gjenspeile seg i omsorgspersonene.

Det hersker liten tvil om at denne kunnskapen på tvers av fagmiljøene har bidratt til dypere forståelse for traumatiserte barn og unge, og gitt barneverntjenester økt kompetanse i å møte denne gruppen mennesker.

Samtidig er forståelsesmodellene først og fremst tilpasset en kontekst der en tar utgangspunkt i at barn og unge *har* omsorgspersoner tilgjengelig for reguleringsstøtte. Men hva med dem som faller utenfor denne konteksten? Nordanger og Braarud trekker frem skolen som en nøkkelarena for god reguleringsstøtte, men man vet erfaringsvis at det er mange traumatiserte barn og unge som faller ut av skolen. De går da glipp av en viktig arena der de kunne fått gode samspillserfaringer.

Når vi skal tilegne oss kunnskap om traumatiserte barn og unge, må vi ikke glemme de

unge som ikke har omsorgspersoner og reguleringsstøtte like tilgjengelig. De unge som ikke lenger bor i fosterhjem eller institusjon, eller ønsker å få poliklinisk behandling.

Hva med å tenke i en større forståelsesmodell som har mer fleksible rammer og større oppmerksomhet på relasjoner?

DEN VANSKELIGE RELASJONEN

Etter lov om barnverntjenester § 3-1 har barneverntjenesten mulighet til å følge opp ungdom frem til fylte 23 år. Stavanger barneverntjeneste hadde pr. 01.01.2017 200 ungdommer som mottar ettervern. Man definerer her ettervern som videre oppfølging etter fylte 18 år.

Noen av dem fortsetter å bo i fosterhjem eller på institusjon, men en stor andel (ca. 100) bor i egen leilighet. Ettervernstiltaket barneverntjenesten i Stavanger bruker, er primært oppfølging i egen bolig. Dette innebærer i utgangspunktet oppfølging av en voksen med 1-2 treff i uka, men i noen tilfeller består tiltaket kun av råd og veiledning.

Det som kjennetegner mange av disse brukerne, er at de fortsatt er traumatiserte og trenger god reguleringsstøtte i hverdagen. De har i tillegg ofte et lite nettverk og begrenset kontakt med familie. En del av dem går hverken på skole eller er i jobb, og takker nei til tilbud om psykolog. Mange rapporterer selv om ensomhet.

I 2013 møtte jeg Aksel for første gang. Han var plassert på tvang (lov om barneverntjenester § 4-24) på en atferds- og rusinstitusjon. Han ble beskrevet som en vanskelig og voldelig ungdom. I slike møter forsøker jeg å ha en ydmyk og ubyråkratisk tilnærming, men Aksel var en gutt som var i opposisjon mot systemet. Han skjønte ikke hvorfor han måtte være på institusjonen. Jeg ble møtt med avvisning.

Aksels motstand medførte også store utfordringer for institusjonen han bodde på, blant annet fordi han nektet å forholde seg til behandlingsmodellen.

Det ble for vanskelig for meg å oppnå en god relasjon i møte med denne motstanden. »



INE HAVER,
sosionom med
videreutdanning i vold
og traumatisk stress

**UTVIKLINGS-
TRAUMER I BARNE-
VERNET**



UNG OG ALENE

Relasjonen er det viktigste verktøyet i møtet med unge på barnevernsinstitusjoner, skriver Ine Haver, som etterlyser mer relasjonsjobbing i barnevernet og samarbeidende institusjoner.

Foto: Redd Angelo / Unsplash

Aksel takket etter endt plassering ja til et tilbud om ettervern med oppfølging i egen leilighet. Barneverntjenesten hadde en tanke om at vi kunne få til endring dersom Aksel fikk andre rammer og ikke lenger måtte være på tvang. At nye rammer uten maktutøvelse ville gi grunnlag for et bedre samarbeid. Han var nå blitt 18 år og hadde samtykket til videre oppfølging.

I stedet opplevde vi at Aksel etter kort tid sluttet å komme på møter og holde avtaler. Etter mange forsøk på å komme i posisjon ble Aksels sak avsluttet av barneverntjenesten. Han har i dag ingen kontakt med barneverntjenesten.

Hvem skal da være Aksels og lignende ungdommers andre regulering?

Jeg vil her trekke frem betydningen av relasjon som en mulig «nøkkel» til regulering.

Den tredelte hjernen er en mye brukt forklaringsmodell som illustrerer hvordan unges hjerne og følelser fungerer når de har vært utsatt for manglende andre regulering og omsorgssvikt. Vi vet også at hjernen ikke er ferdig utviklet før i midten av 20-årene. Hjernen er plastisk og fortsatt i stand til å danne nye nevralt forbindelser. I kraft av en god relasjon er det mulig å skape positive endringer selv etter at man har fylt 18 år. Sammen med toleransevindummodellen er dette viktige verktøy i arbeidet med denne kategorien barn og unge. Men uten

en relasjon vil man aldri kunne få brukt disse verktøyene. (Hart, 2011; Siegel, 2012).

Etter flere år som ansatt i barneverntjenesten har jeg gjort meg noen erfaringer med dette. Ved å klare å etablere en god relasjon kommer man i en posisjon til å hjelpe traumatiserte unge. En god relasjon som består av varme, trygghet og tillit, bygger på kontinuitet og respekt. Dette gir mulighet til å drive et effektivt endringsarbeid. Der hvor relasjonen er trygg, kommer man i en allianse der man får mulighet til å gi den unge både veiledning og psykoedukasjon nettopp ved å bruke de ovennevnte modellene som verktøy. Man kan korrigere og sette tydelige grenser fordi man vet at relasjonen tåler det. Gjennom gjensidigheten som oppstår når den voksne bryr seg og ungdommen kjenner det, skapes grobunn for utvikling av forventninger og håp. Følelsene som oppstår i denne kontakten, har i seg selv en helende kraft som kan regulere følelser og gjøre trygge tilknytninger mulige.

Heine Steinkopf (2015) ved RVT Sør har skrevet en artikkel om betydningen av relasjoner. Han var tydelig på at «det mest konsistente forskningsfunn vi har når det gjelder hva som hjelper mennesker er at gode relasjoner er viktig». Budskapet til Steinkopf er tydelig: Han ber hjelpere om alltid å ha fokus på relasjonsetablering.

DEN GODE RELASJONEN

Jeg møtte Hermann for første gang i 2010. I likhet med Aksel var også Hermann plassert på tvang etter lov om barneverntjenester § 4-24, og beskrevet som en «vanskelig og frekk ungdom». Enhver ungdom som er plassert på tvang, opplever dette som maktbruk og en stor inn gripen. For å legge til rette for en god allianse var jeg opptatt av å snakke et språk som Hermann kunne forstå. Det var viktig å ikke fremstå som en kald byråkrat fra barnevernet, men først og fremst som et medmenneske. I den perioden Hermann var plassert på institusjonen, hadde vi hyppig kontakt. Han opplevde at jeg ikke avviste ham selv om han ble sint eller stakk av og ruset seg. Jeg ble en regulert voksen han fikk tillit til. Etter hvert styrket alliansen seg fordi Hermann opplevde at han kunne stole på meg.

Veien gikk videre i fosterhjem, før han flyttet i leilighet med oppfølging frem til han fylte 20 år. Vi hadde god kontakt også i denne perioden. Hermann visste han kunne ringe meg selv om jeg ikke var på jobb. Fordi jeg hadde muligheten, kunne jeg være tilgjengelig for Hermann når han hadde behov. Dette utgjorde en trygghet og en forskjell for ham.

Sommeren han fylte 20 år, skrev han seg frivillig ut av barnevernet. Men et år senere tok han igjen kontakt. Han fortalte at han slet med rus og slet med å mestre hverdagen. Han var tydelig på at han ønsket hjelp, og hadde tillit til at jeg kunne bistå. Hermann fikk igjen tilbud om oppfølging i egen leilighet.

Alliansen som hadde vokst frem mellom oss, var grunnen til at Hermann våget å søke hjelp på nytt. Han har nå fylt 23 år, er rusfri og i fast arbeid og avsluttet av barnevernet.

Poenget med disse historiene er å illustrere hvordan relasjon og kjemi kan være avgjørende. Relasjonen var det viktigste verktøyet i møtet med både Hermann og Aksel. Jeg skulle gjerne vært en god reguleringsstøtte for begge guttene, men kontakten med Aksel ble brutt fordi jeg aldri klarte å få til en god allianse.

Vi bør tenke langsiktig når det gjelder arbeidet med traumatiserte unge, og ikke bare lage modeller som forutsetter omsorgspersoner som alltid er til stede. Vi bør jobbe for et bedre samarbeid mellom barnevern og psykisk helse for å komme i posisjon til dem som trenger hjelp fra mer enn en instans. Gjennom eget arbeid i barneverntjenesten har jeg gode erfaringer med dette.

Det bør legges til rette for enda mer relasjonsjobbing i barnevernet og hos andre instanser. Med kunnskapen vi nå har om traumatiserte barn, vet vi at god reguleringsstøtte er helt sentralt for å få til gode endringer. ✘

REFERANSER

- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Journal of safe management of disruptive and assaultive behavior*, 3, 4-7.
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 531-536.
- Siegel, D.J. (2012). *Developing Mind, Second Edition*. New York: Guilford Publications.
- Steinkopf, H. (2015, 25. august). Jovisst er du mitt mummitroll. Hentet fra <https://rvtsor.no/aktuelt/23/jovisst-er-du-mitt-mummitroll/>

Debattert

#metoo

Sunn fornuft - Vi kan ikke ha empiriske data på alt vi skal mene og snakke om i samfunnet. Vi må snakke med gutter om hvordan de skal oppføre seg og om forholdet til kvinner og seksualitet. Her tror jeg vi kan stole litt på sunn fornuft.

Thore Langfeldt til Klassekampen 2. desember

Villfarelse Det er nemlig et trist faktum at slik oppførsel blant mange menn er blitt sett på som et mer eller mindre akseptabelt uttrykk for maskulin seksualitet. (...) Men den tiden er definitivt forbi.

Frode Thuen i A-magasinet 8. desember

Nylæring Me har lært å sno oss, og me tenker «joda, klart #metoo har noko for seg, når det kjem til å rope høgt om at overgrep ikkje er greitt, men treng me verkeleg ein kampanje om generell oppførsel?» Dei unge meiner me gjer. Dei vil ikkje lære det me har lært. Dei vil ikkje ha eit samfunn der dei skal måtte lære seg å skilje mellom dei typane du må passe deg for, og dei andre.

Kristine Tofte i Firdaposten 9. desember

Ensidig - Metoo-debatten har hatt en altfor ensidig oppmerksomhet på menn - og hva som kjennetegner menn som trakasserer. For bare et par måneder siden kunne alle reflektere litt mer balansert rundt saken.

Leif Edward Ottesen Kennair til Dagens næringsliv 11. desember

Ta ansvar Det er ikke lett å ta inn over seg at en har gjort noe ille. Første trinn er å innrømme det for deg selv. (...) Ta ansvar overfor de menneskene du har forulempet. De fortjener bedre fra deg enn din unnvikelse.

Sidsel Fjelltun om #metoo i Aftenposten 12. desember

Psykisk helsevern trenger en revolusjon

Psykisk helsevern må slutte å se på emosjonelt ustabile som drittunger med et altfor stort behov for oppmerksomhet.



IDA MIE EILERTSEN,
pasient i psykisk
helsevern og blogger
på infantillitet.blogg.no.

**PSYKISK
HELSEVERN**

JEG HAR TRE døde personer i kontaktlisten min på mobilen, alle jenter under 23 år, alle påskrevet diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Nei, vi kan ikke redde alle, men dette er for dårlig. Vi i psykisk helsevern drukner i diagnoser, enkeltindivider drukner i statistikken, individuelle behov druknes i forskning.

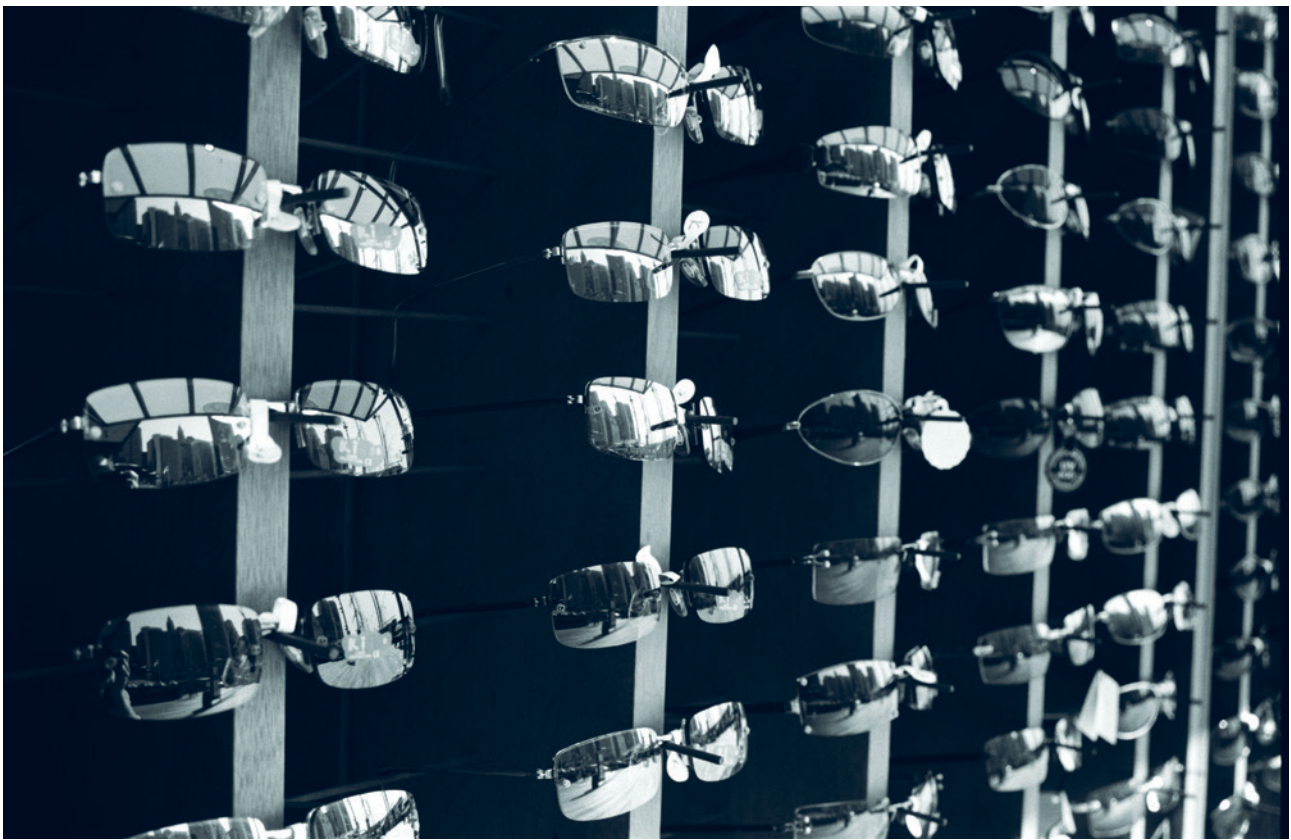
Det finnes ikke personer i psykisk helsevern, her er vi delt opp i grupper, diagnoser, og tildelt behandling gruppevis, etter diagnoser. Men det finnes ikke en enkel oppskrift for å behandle så mange enkeltindivider selv om de går under samme betegnelse. For kronisk suicidale er behandlingen vi tilbys, hentet fra retningslinjer der samtlige punkter mangler dokumentasjon.

I nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord finnes et eget avsnitt for kronisk suicidalitet. Alle punktene med anbefalt behandling for kronisk suicidalitet er gradert som svak. Hva som klassifiseres som svak, beskrives slik: «Basert på manglende dokumentasjon, men likevel enighet om appliserbarhet og avveining og nytte og ulempe.» Enighet er altså det viktigste grunnlaget for anbefalingene. Blant annet er det skrevet at innleggelse ikke er hensiktsmessig for kronisk suicidalitet, basert på «konsensus i fagmiljøet.» Jeg finner

det skremmende at det er greit å basere livredende behandling på enighet alene. Likevel følges anbefalingene til punkt og prikke, uavhengig av om man ser med det blotte øye at personen går under.

De kaller meg kronisk suicidal. Jeg er enig, jeg har en kronisk trang til å begå selvmord. Det betyr at jeg må lære meg å leve med det. Men så oppdaget jeg at dette var dødsdommen min for å få hjelp i helsevesenet. De kunne like gjerne skrevet «håpløst tilfelle, overlat henne til tilfældighetene» i journalen min. Mine kriser kommer ofte, derfor er de ikke like mye verdt som en i akutt selvmordskrise. Jeg står der på legevakten ved siden av en mann i akutt krise, som er mer verdt å hjelpe enn meg. Fordi han har statistikken med seg, akutt, i førtiårene, det er flest av dem som tar livet sitt. Jeg står der også, i dyp krise, men statistikken taler imot meg, jeg skal bare hysjes på og sendes hjem.

I prioriteringsveilederen er det to vilkår for at en pasient skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Det skal anses som nyttig å gi behandling, og behandlingen skal være kostnadseffektiv. I retningslinjene heter det at «innleggelse i døgnheter bør unngås» fordi det er enighet om at dette ikke er hensiktsmessig. De kronisk suicidale sendes hjem, mens mennesker med depresjon og akutt selvmordskrise har rett til



PRODUKSJON Behandling i psykisk helsevern er masseproduksjon. Men emosjonelt ustabile personer trenger å bli sett, skriver Ida Mie Eilertsen. Foto: Dan Prince, Millenium

øyeblikkelig hjelp i prioriteringsveilederen, og dermed får de hjelp på stedet. Retningslinjene har talt, mine ord kommer ikke til å ha verdi eller sannhet for andre før jeg faktisk er død, men da er det for sent for min del.

LEK MED LIV?

Psykisk helsevern sier de skal ha «is i magen» og ikke hjelpe oss. Tankegangen er at det vil gjøre oss mer selvstendig så vi kan ta ansvar og mestre våre egne kriser bedre. Ja, jeg er her ennå, men er jeg sterkere? I bedre stand til å mestre vanskelige følelser? Nei. Mer sliten, mer oppgitt, mer lei, mindre tro på livet og meg selv, mindre ønske om å overleve. For hva er vitsen? Det kan virke som om psykisk helsevern lener seg på forskning som viser at 10 prosent av de med denne diagnosen, ender med å dø. Sånn er det bare. Det har de slått seg til ro med. Tenk for et ramaskrik det hadde blitt om man tenkte sånn om kreftpasienter, at så mange prosent av de med kreft dør, at sånn er det bare, det er ikke noe å gjøre med det.

Psykisk helsevern må slutte å se på emosjonelt ustabile som sutreunger med et altfor stort behov for oppmerksomhet. Er det noen som trenger oppmerksomhet, er det nettopp disse menneskene. Et ekstra behov for oppmerksomhet betyr ikke et ekstra stort ego,

tvært imot, dette er mennesker som lever i et ekstremt selvhat.

Fordi de likevel har et ønske om å overleve, blir de sett på som det de frykter aller mest å være: oppmerksomhetssyke. Fordi de har dette ønsket om å leve, som egentlig er bra, blir det brukt mot dem. Når de selv ber om hjelp, får de beskjed om at de klarer seg selv, de var tross alt i stand til å be om hjelp. Men hjelpen de ba om? Den tilbys ikke. De møtes med en holdning om at de burde vite bedre, og dermed må finne ut av alt på egen hånd, og aller verst: at de egentlig ikke vil dø og ikke kommer til å gjøre alvor av det.

Behandling i psykisk helsevern er masseproduksjon, et produkt som skal gjøre deg frisk. Men alt det disse menneskene trenger, er simpelthen å bli sett, sett for de verdige menneskene de virkelig er. Psykisk helsevern får oss til å føle oss uønsket. Psykisk helsevern gjør livet til emosjonelt ustabile verre, men vi har ingen andre steder å gå.

Hvor mange flere personer i min kontaktliste skal dø fordi deres stemmer ikke når gjennom diagnosene deres? Psykisk helsevern trenger en revolusjon, jeg vet bare ikke hvordan den skal starte. For hvem vil folk tro på, pasientene eller fagfolk? Vi er syke, vi vet ikke vårt eget beste. Det er ingen som hører oss, og diagnoser veier altfor tungt. ❖



Hvor mange personer til i min kontaktliste skal dø fordi deres stemmer ikke når gjennom diagnosene deres?

PP-psykologenes gullposisjon

Det er den samlede innsatsen til flere tjenester som vil avgjøre om Psykologforeningen lykkes med sitt hovedsatsingsområde «forebygging for barn og unge».



**TOR LEVIN
HOFGAARD,**
president i Norsk
psykologforening

PP-TJENESTEN

FOREBYGGENDE INNSATS MÅ foregå på tvers av samfunnssektorene. Den må foregå der barn og unge lever sitt liv: i familien, i barnehagene, på skolene og fritidsarenaene. Der kan vi motvirke sårbarhet som utvikler seg til problemer og risikoatferd. Vårt anliggende er ikke hver tjeneste især, men om summen av de ulike tjenestenes oppgaver og innsats i tilstrekkelig grad bidrar til at alle barn og unge opplever trivsel, trygghet og utvikling.

PP-tjenesten gjør en viktig forskjell i mange barns hverdag, slik Aleksandra Marković og Camilla Bärthel Flaaten påpeker i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet. Og det fortjener den anerkjennelse for:

- Når de som i Nittedal kommune så tydelig erkjenner den tette sammenhengen mellom psykisk helse og læring, og samarbeider med skole og hjem om å lage gode systemer for å forebygge skolefravær.
- Når de som i Skedsmo veileder lærerne i psykisk helse, klasseledelse og andre forhold som bidrar til trivsel og læring.
- Når de som i Fjell kommune utenfor Bergen sakte, men sikkert – og i tett samarbeid med skolen – etablerer en kultur og et språk for å snakke om følelser og atferd sammen med læreren. Nå de skaper forutsetning for å kunne samarbeide om elever som virkelig sliter, og elevene ikke lenger blir stemplet som «umulige».

Psykologforeningen er opptatt av at PP-psykologene skal få utnyttet sin kompetanse best mulig. I vår høringsuttalelse til *Forslag til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* foreslår vi å forskriftsfeste samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). De er begge sentrale aktører som hver for seg har i oppgave å samarbeide med barnehager og skoler om et godt lærings- og arbeidsmiljø som gir grunnlag for helse, trivsel og utvikling.

Men gjennom hvert sitt lovverk har de til dels overlappende mandat og oppgaver. Verken helsemyndighetene eller utdanningsmyndighetene peker imidlertid på hvordan disse, ganske like og viktige, oppdragene skal supplere og utfylle hverandre. Dermed risikerer vi å «sektorisere hodet» til barna våre og undergrave muligheter til helhetlige og sammenhengende tjenester.

Over hele landet gjøres det en betydelig innsats for at barn og unge skal komme seg gjennom og ha utbytte av skolegangen. Det er noe av det viktigste vi kan gjøre. Det er en gyllen inngangsbillett til å klare seg best mulig i samfunnet vårt, og det fordrer innsats fra alle ledd i kommunen på tvers av tjeneste- og faggrenser. Det er i et slikt perspektiv vi må se Psykologforeningens hovedsatsingsområde. ✕

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: BRAGE NESLEIN KORSNES / UNSPLASH



Bygger ikke bro

«Utredningspakkeforløpet legger opp til at behandlingspakkene for ensidig inndeles etter diagnostikk, heller enn å være en bro mellom gode problembeskrivelser og ønskede utfall.»

Espen Odden har anmeldt Helsedirektoratets høringsutkast om pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser for barn og unge.

Psykolog – et risikoyrke

Per Isdals bok tar hjelperen på alvor, mener vår anmelder.

Les bokanmeldelse på side 59.

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker velbegrunnede og nyanserte anmeldelser av psykologisk fagstoff. Lengre bokessay er også av interesse.

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

Snevrrere psykisk helsevern

Utredningspakkeforløpet for barn og ungdom bygger ikke god nok bro mellom problembeskrivelser og ønskede utfall.



Høringsutkast IS-2640 - Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser for barn og unge, 14 sider, HelseDirektoratet, 2017.

TEKST

Espen Odden,
psykologspesialist

Jeg er psykolog i spesialisthelsetjenesten for barn og unges psykiske helse. Min arbeidsplass er i en sykehuspoliklinikk, og oppgaven min er å utrede og behandle psykiske lidelser sammen med kolleger fra forskjellige faggrupper. Vi kontaktes typisk når noen er bekymret for et barns psykiske helse-tilstand. HelseDirektoratet har nylig sendt ut et forslag til faglig rammeverk for sånne som oss. Det er viktig at vi har gode systemer for psykisk helse. *Høringsutkast IS-2640 – Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser for barn og unge* – innebærer et nytt system for psykisk helsevern.

Et høringsutkast er et forslag til en offentlig uttalelse som sendes til utvalgte relevante instanser. Poenget er å få innspill som kan brukes til å gjøre uttalelsen bedre. IS-2640 er et utkast med mange implisitte føringer som det er grunn til å stoppe opp ved. Etter min mening legger utredningspakkeforløpet opp til at behandlingspakkene for ensidig inndeles etter diagnostikk, heller enn å være en bro mellom gode problembeskrivelser og ønskede utfall.

HELSE OG SAMFUNN

Grensen mellom «syk» og «frisk» er ikke enkel. Det er – heldigvis – en økende erkjennelse av at grensen mellom psykisk lidelse og «normalitet» er glidende og uregelmessig. Med på laget følger en usikkerhet om hvordan en best mulig psykisk helsetjeneste bør se ut. Denne usikkerheten mener jeg er sunn og respektfull, og medfører ofte nødvendig diskusjon. Psykisk lidelse er uløselig knyttet til situasjonelle og samfunnsmessige faktorer, når det gjelder antatte årsaker, vedlikeholdende faktorer og arenaer for tiltak. I tillegg er det stor variasjon mellom hvordan psykiske vansker kjennes på innsiden, og hvordan de ser ut fra utsiden. Det er respektfullt å forstå forskjeller mellom mennesker i lys av tid, sted og situasjon, i tillegg til biologiske og andre ervervede faktorer som spiller inn. Det er også faglig forsvarlig.

I tråd med en slik forståelse er det for lengst tatt både faglige og politiske valg – synlig både i faglige retningslinjer og i politiske programmerklæringer – om at psykisk helsevern for barn og unge skal romme alle disse områdene. Eksem-



pler kan være den annonserte kampen mot «utenforskap», ulike varianter av «lavterskeltiltak» og erklæringer om at psykisk helsevern skal ha et «bio-psyko-sosialt» perspektiv. Alt dette gjenspeiler arenaer der psykisk helsevern for barn og unge på spesialistnivå vil ha en eller annen rolle. Mandatet er med andre ord bredt, og forsøkene på å møte mandatet er ulike. Spørsmålet blir da om IS-2640 vil gjøre psykisk helsevern for barn og unge bedre rustet til å administrere dette mandatet. Jeg frykter at pakkeforløpet slik det fremstår i høringsutkastet, dessverre har svakheter som vil gå ut over kvaliteten på både utredning og behandling i psykisk helsevern. I tillegg vil samhandlingen mellom førstelinje- og andrelinjetjenesten kunne bli vanskeligere. For min egen profesjon, psykologene, tror jeg utkastet vil virke negativt på våre muligheter til å være nyttige for folk i fremtiden.

FAG OG POLITIKK

Et av hovedproblemene med IS-2640 er at det sier for lite om *tid, sted og situasjon*. Dette bør endres dersom ambisjonene skal innfris. En

høringsprosess kan på et overordnet nivå ses som en ryddig og demokratisk kvalitetssikring. Konstruktive innspill forutsetter imidlertid en tydeliggjøring av sammenhengen mellom politikk og helsefaglig utøvelse. Jeg velger å se på to overordnede prinsipper, som er vektlagt i IS-2640, i min evaluering av utkastet: økt brukermedvirkning og brukertilfredshet og sammenhengende og koordinerte pasientforløp

Brukermedvirkningsprinsippet skal altså styrkes. Samtidig ønskes en bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er gode målsettinger. En åpenbar utfordring er at den fleksibiliteten brukermedvirkning skal sørge for, legger begrensninger på hvor mange og hvor rigide standarder en kan ha.

Å ta valg innebærer evaluering av omkostninger. Siden politikk og fag har en tendens til å flyte sammen, føles det komplisert å vite hva en kan endre på uten å gjøre noe feil. Offentlige uttalelser kan likevel *bli* det faglige kunnskapsgrunnlaget på lengre sikt, og det ønsker vi ikke. Retorikk om psykologrollen for tiden er at *vi må tilpasse* »

FORLØP FOR BARN

Anmelder Espen Odden frykter at pakkeforløpet, slik det fremstår i høringsutkastet, har svakheter som vil gå ut over kvaliteten på utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Foto: Joshua K. Jackson / Unsplash

oss samfunnets behov. Det er vel og bra, og svært viktig i seg selv. Jeg tror likevel de fleste er enige om at forskning og yrkesutøvelse som først og fremst retter seg etter ulike politikeres visjoner for samfunnet, ikke er lurt. Utvikling skjer gjennom ulike perspektiver. En tydeliggjøring av hva som er politikk, og hva som er fag, bør tilstrebes i evalueringsøyemed. Jeg tror IS-2640 kan bidra til å sementere en uønsket sammenblanding av fag og politikk. Derfor er det nå svært viktig å se på hvilken praksis av *samhandling* mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten pakkeforløpet vil legge opp til, og hvordan *brukermedvirkning* vil se ut i praksis. Dette er svært interessant for psykisk helsearbeidere som gruppe generelt, i tillegg til for psykologprofesjonen spesielt. Til syvende og sist handler det om hvilket samfunn vi ønsker å leve i.

OFFENTLIG SAMHANDLING

Barn og familier formidler sine vansker til en fagperson, for eksempel fastlegen, barnevernet eller en psykolog i førstelinjen, som blant annet har som oppgave å kunne henvise til spesialisthelsetjenesten. Den offentlige samhandlingen begynner i praksis når henvisningen mottas og skal forstås. Samhandling kan ses på som en arbeidsfordeling, der flere aktører arbeider for å oppnå en felles målsetting. Dette forutsetter at de enkelte aktørene er klar over både egen og andres rolle, samt hva målsettingen faktisk er. For at dette skal skje, må det legges til rette for gode dialoger mellom de involverte.

IS-2640 sier først hva som bør gjøres av primærhelsetjenesten før henvisning. Deretter skal spesialisthelsetjenesten vurdere om det foreligger rett til helsehjelp. Som tidligere er dette et kriterium for inntak til spesialisthelsetjenesten. Dersom jeg forutsetter at poenget med vurderingene om rett til helsehjelp og hensiktsmessig oppfølgingsnivå handler om å gjøre en kvalifisert vurdering av *hvem som gjør hva, når og hvorfor*, har vi en vei å gå. IS-2640 hopper etter min mening bukk over dette i praksis.

IS-2640 legger tydelig opp til offentlig samhandling i overgangen mellom pakkene. *Basis utredning* skal munne ut i en differensialdiagnostisk vurdering, som ut ifra konteksten og rekkefølgen blir grunnlaget for *Vurdering og beslutning om videre oppfølging*. Spesialisthelsetjenestens vurdering og beslutning om videre oppfølging vil derfor fortsatt være et sentralt tema i samhandlingen med andre instanser:

Fastlege og henvisende instans informeres om beslutningen og hvem som har ansvaret i den videre oppfølgingen.

Basis utredning kan dermed forstås som et «ja» eller «nei» til videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Etter *Basis utredning* følger *Utvidet utredning*. *Utvidet utredning* innebærer slik jeg leser det, innhenting av ytterligere opplysninger på de fleste arenaer samt mer spesifikk utredning av kognitive ferdigheter og utviklingsforstyrrelser. På samme måte som ved *Basis utredning*, munner *Utvidet utredning* ut i beslutning om videre tiltak og oppfølgingsnivå. Få svarmuligheter gjør at spørsmålene fra barna/familiene og henviser spisses inn mot «ja» eller «nei», heller enn «hva handler dette om, hva bør gjøres, og hvem kan gjøre dette?». For eksempel vil betydning og nytte av spørsmålet «kan dette være ADHD, mon tro?» variere mye ut fra tid, sted og situasjon. Utkastet anbefaler etter endt utredning et forum for informasjonsutveksling:

Det bør avholdes et felles møte med henvisende instans, fastlege, pasient/foresatte og andre involverte instanser for oppsummering/tilbakemelding.

Slik jeg forstår IS-2640, handler (offentlig) samhandling om at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skal snakke sammen. Innholdsmessig synes det å handle mest om formidling av beslutninger. Reell samhandling innebærer selvsagt at møtene er kilder til informasjon i seg selv, gjennom dialogen og undersøkelsesmulighetene her. Det passer imidlertid ikke inn i modellen i utkastet. Dette fordi diagnoser er for lite samstemte til å være selvstendige vurderingsgrunnlag for videre tiltak, som det legges opp til nå. Jeg tror dette handler om at arbeidet bak IS-2640 er preget av vansker med å finne andre reelle vurderingsgrunnlag enn de diagnostiske. I så fall håper jeg dette er mot bedre vitende.

Det bør være relativt selvsagt at *en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak* i hvert fall til en viss grad henger sammen med hvordan tiltakspakkene vil se ut. Men de er ikke pakket ut ennå, så vi vet ikke. Utkastet evner ikke å stille opp klare vurderingsgrunnlag som knytter sammen et helhetlig forløp, og legger dermed ikke til rette for egne mål.

BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning innebærer at offentlige instanser samhandler med barnet/familien, i tillegg til med hverandre. Effekten avhenger

også her av kvaliteten på dialogene. Brukermedvirkningsprinsippet i psykologisk behandling og oppfølging innebærer for det første at problemet det søkes hjelp for, beskrives godt. For det andre innebærer det å komme frem til en beskrivelse av hvordan en ønsket endring kan se ut for barnet og familien. En stor del av psykologers og andre behandleres kompetanse fra utdannelser, videreutdannelser og erfaringer er spisset inn mot denne undersøkende dialogen mellom barnet/familien/relevante andre og behandler, og forutsetningen for suksess hviler på kvaliteten på dette samarbeidet. Informasjonen som kommer ut av dette, danner grunnlaget for kvalifiserte hypoteser om og utprøving av tiltak. Som allerede nevnt er ikke mandatet begrenset til regelrett psykoterapi, men skal og bør innlemme andre viktige arenaer for barn og familier i tillegg. Innledningsvis i IS-2640 understrekes betydningen av brukermedvirkning:

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Pasient/bruker har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukerperspektivet legger til grunn at forebygging, kartlegging og behandling skal ta utgangspunkt i pasientens kunnskap, ønsker og behov. Brukermedvirkning innebærer at pasienten er en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår ham/henne.

Dette er en beskrivelse av brukermedvirkning på prinsipielt grunnlag. For at det skal fungere i praksis, må pakkeforløpet for det første basere seg på en forståelse som kan beskrives konkret, og for det andre legge til rette for at det beskrevne kan skje.

Etter henvisning og inntak er neste post på programmet i IS-2640 en *Innledende samtale*, som er første ledd i det utkastet betegner som den nevnte *Basis utredning*. «Hensikten med innledende samtale er å etablere et trygt samarbeidsklima mellom pasient/foresatte, og avklare pasientens/foresattes behov, mål og ønsker for utredningen og oppfølgingen.»

Dette kjenner vi igjen både fra relasjonsforskningen og fra prinsipklæringen for kunnskapsbasert praksis. Dette kan ses som en anerkjennelse av brukermedvirkningens betydning for psykisk helsehjelp. En skulle derfor tro at «pasientens/foresattes behov, mål og ønsker for utredningen og oppfølgingen» var et tydeligere *vurderingsgrunnlag* videre i IS-2640. Men det er det ikke.

Etter *Utvidet utredning* skal også behandleren ha kommet frem til mulige alternativer pasienten kan velge mellom: «Pasient/foresatt må orienteres om mulige behandlingsoalternativer, og på bakgrunn av dette tas en beslutning om de ønsker anbefalt behandling.»

Brukermedvirkning ser på denne måten ut til å være knyttet til behandlingsvalg. Vi vet ikke om det med «mulige behandlingsoalternativer» menes ulike metodiske tilnærminger, eller om de kommende behandlingsoalternativene vil følge opp intensjonene om brukermedvirkning og samhandling ved å peke på andre arenaer for endringsskaping enn terapirommet. Vi vet heller ikke om utkastet bygger på kunnskap om transdiagnostiske prinsipper, eller på en feilaktig antakelse om at utredning og tiltak henger sammen av seg selv. Utkast IS-2640 legger mer eller mindre implisitt opp til at differensialdiagnostikk utgjør vurderingsgrunnlaget for overgangen mellom pakkene. Diagnostikk skal altså forklare vanskene og i tillegg peke på tiltak. Sett i sammenheng med intensjonene om reell samhandling og brukermedvirkning er diagnostikk på langt nær tilstrekkelig. Og om dette ikke er tilsiktet, er ikke utkastet etter



Jeg tror IS-2640 kan bidra til å sementere en uønsket sammenblanding av fag og politikk





Utkastet evner ikke å stille opp klare vurderingsgrunnlag som knytter sammen et helhetlig forløp

min mening godt nok utformet. Det burde komme klart frem at tiltaksvalg avhenger av dialogene på de enkelte arenaer. Nå sparker istedenfor utkastets implisitte premisser bein på de eksplisitte målsettingene om brukermedvirkning og samhandling.

PSYKISK HELSEARBEID OG PSYKOLOGPROFESJONEN

Et enkelt og grunnleggende prinsipp er at utredning og behandling/tiltak bør henge sammen. Overordnet kan en si at utredning, behandling og tiltak handler om å finne ut *hvem som gjør hva, når og hvorfor*. En utredning bør kunne søke beslutningene om dette, som i praksis er sentralt for de fleste psykologfaglige og helsefaglige vurderinger.

Nytten av utredninger avhenger av hva vi velger å gjøre med informasjonen vi får. Fremfor alt handler det om hvilken informasjon vi søker, og hvordan vi finner den. Mer eller mindre «vedtatte» sannheter – som at *god behandling forutsetter god utredning*, og at *vi vet hva som fungerer* – kan bli tomme klisjeer dersom ulike arenaers betydning i praksis overses. Effekstudier knyttet til forholdet mellom diagnostikk/problematikk og metodikk er viktig, men kun en del av vurderingsgrunnlaget i forståelsen av psykiske vansker og valg av tiltak. Skal sammenhengen mellom utredning og behandling/tiltak være god, må vi *gjøre* den god. Det kommer ikke av seg selv.

Jeg frykter høringsutkastet vil invitere behandlere til å forankre anbefalinger om tiltak i betingelser for forhåndsdefinerte intervensjoner mer enn til viktige arenaer og relasjoner. Brukermedvirkning er – paradoksalt nok – ment å forhindre for høy grad av standardisering, siden folk er forskjellige og oppfølgingen må tilpasses dette. Bekymringen min handler ikke om mitt syn på den etter hvert trøttende polariserte debatten om diagnosebruk, men om at løsningsforsøkene på systemnivå blir for unyanserte eller snevre sett i forhold til mandatet for psykisk helsevern. Og bekymringen øker når jeg ser eksempler på at både forskning og utdannelsesforløp følger denne trenden med politisering eller systemtilpasning, kamuflert som påstander om faglighet. Jeg mener utkastets største svakhet er den faktiske unnlåtelsen av å peke på premissene det bygger på. Høringsutkast IS-2640 bærer for mye preg av retorikk som er politisk kompatibel, på bekostning av det som er kjernen i inkludering og dialogdrevne tiltak. ❌

Aktuelt

Nulltoleranse mot trakassering

En samlet norsk bokbransje har nå utarbeidet retningslinjer mot seksuell trakassering.

Styreleder Marta Breen i Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening (NFF) poengterer at det ikke skal være vanskelig å komme til sin forening med slike saker. De som står bak de nye retningslinjene, er Den norske Forfatterforening, Norske barne- og ungdomsforfattere, Norsk Oversetterforening, Bokhandlerforeningen, Forleggerforeningen og Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening. Behovet for en tydelig markering mot grenseoverskridende atferd har sin bakgrunn i #metoo-bevegelsen, skriver NFF på sine nettsider.

– Her er det mange mennesker i tilfeldige arbeidsforhold, som ikke har en lokal klubb eller tillitsvalgt å forholde seg til. Forfattere og oversettere er gjerne fullstendig prisgitt de ansatte i forlagene for å få nye oppdrag, noe som kan bidra til at slike historier ikke alltid kommer fram, sier Breen til nff.no.

Psykolog - et risikoyrke

En viktig bok som tar hjelperen på alvor.

DERSOM DU ER psykolog i Norge i dag, er sannsynligheten stor for at du har hørt om Per Isdal. Sett bort fra det substansielle arbeidet han har bidratt til når det gjelder behandlingen av voldsutøvere; Isdal er godt kjent fordi han for alvor mestret å snakke om de belastningene hjelperollen medfører, på en personlig og profesjonell måte.

Isdal har villig brukt erfaringene fra sitt eget møte med den beryktede «veggen» til forkynnelsen av budskapet om at vi må være klar over hva jobben gjør med oss. Profesjonelt har han snakket om relevant teori. Hans evne til å generalisere sine erfaringer som «ekstremutsøvere» i psykologrollen ved Alternativ til vold til eksempelvis barnevernsarbeideren i det kommunale barnevernet, har gjort ham til en populær foredragsholder også utenfor egen profesjon.

Foredragene til Isdal har dermed blitt «noe man bør få med seg» i kretser av hjelpere med krevende klientgrupper. Mye fordi han snakker både til *personen* og *fagpersonen* han henvender seg til. Det er imidlertid ikke gitt at det som fungerer muntlig, fungerer like godt i skrift. Heldigvis, *Smittet av vold* oppleves for det meste som en god transformasjon av Isdals muntlige suksessoppskrift til bokform.

LETT TILGJENGELIG

Isdal har delt boken i to: en del som omhandler hva jobben gjør med oss, og en del om hva vi gjør med det. Boken oppleves som lett tilgjengelig, og vil kunne leses av en bred gruppe helpere. Isdal bruker et dels muntlig språk, og faglige termer blir gjort lettforståelige gjennom pedagogiske virkemidler som eksempelhistorier, bilder, metaforer og refleksjonsspørsmål. I kjent stil følger historien om hans eget møte med veggen som en rød tråd gjennom boken, og Isdal deler flittig og uredde av seg selv.

Bokens første del burde komme med en advarsel til nyutdannede psykologspirer om ikke å lese uten en voksen til stede, da Isdal med storslegge virkelig banker inn budskapet om at hjelperen går inn i et «risikoyrke». For her har Isdal samlet opp en betydelig sum risikofakto-

rer. Både hjelperen selv, kollegiet, ledere, utdanningsinstitusjoner og systemer får gjennomgå. Det er både til å bli skyggeredd av og samtidig en bevisstgjøring som understreker viktigheten av boken. Isdal er forfriskende kritisk der det er nødvendig, samtidig som jeg nok opplever noe av kritikken som litt bluss der jeg skulle ønske den var mer utfyllende. For eksempel sparker Isdal ved flere anledninger i retning New Public Management, men kritikken blir noe overfladisk av typen «umenneskelige produksjonskrav».

EKLEKTISK PÅ GODT OG VONDT

Isdal viser seg særlig i bokens andre del som en ekte eklektiker, gjennom pragmatisk bruk av forklaringsmodeller og elementer fra flere teoretiske tilnærminger: kognitiv terapi, humanistisk og eksistensiell terapi, organisasjonspsykologi, trygghetssirkelen og emosjonsfokusert terapi – for å nevne noen. Gjerne pakket inn i Isdals egne metaforer. Det fungerer for det meste godt. Det gir, på sitt beste, et stort arsenal med verktøy for «hjelpere i risiko», som involverer et bredt spekter problemstillinger. One size fits nobody. Samtidig er ulempen ved plukk og miks enkelte kompatibilitetsproblemer mellom elementene som blir presentert. Dette, sammen med mangel på grundig innføring i bakenforliggende teori, vil kanskje få de som sverger mer til å rendyrke én skole til å heve et øyenbryn eller to.

SMITTET AV ALVORET?

Per Isdal forteller historien om hvordan han ble «smittet av vold», på en måte som understreker at hjelperen blir påvirket av yrket sitt. I tillegg til å understreke at jobben er et risikoyrke, gir heldigvis boken flere grunner til å være stolte og glade over å være helpere, der begreper som mening og sekundærvitalisering gir nødvendig sukring av pillen. Det er alt i alt en bok som tar hjelperen på alvor. Gitt utviklingen i enkelte sektorer av hjelperyrket i dag, kan man jo håpe at flere ledere plukker opp boken, leser den med et åpent sinn og føler seg smittet av alvoret. Først da vil boken virkelig bli så viktig som den har potensialet til å bli. ❌



PER ISDAL. *Smittet av vold.* Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene. Fagbokforlaget, 2017. 283 sider

ANMELDT AV

Tommy Sotkajærv, psykolog ved Røykenhuset 0-23, Røyken kommune.

Å utforske elevens følelser

Fallmyr viser hvordan elever sammen med læreren kan bruke prinsipper fra emosjonsfokuset terapi for å forstå sine følelser.



ØYVIND FALLMYR,
*Følelshåndtering
og relasjonsbygging
i skolen. En
emosjonsfokuset
tilnærming,*
Universitetsforlaget,
2017. 320 sider

ANMELDT AV

Kjell Totland, psykolog
i privat praksis,
tidligere ansatt ved
Hurum PPT, Asker
PPT og Torshov
Kompetansesenter

JEG VIL TRO at de fleste som har kjent på den oppgaven det er å bidra til at elever i grunnskolen skal kunne få et best mulig utbytte av undervisningen og kunne utvikle seg videre som mennesker, vet hvilke utfordringer det her er snakk om. Dette gjelder ikke minst i ungdomsskolen, der vi møter elever i puberteten med sin lukkethet og utilgjengelighet. Jeg skal ikke legge skjul på at jeg opp gjennom årene ikke alltid har vært like begeistret for tiltak i skolen som har fokusert så mye på atferd at det har gått på bekostning av å ta hensyn til, og ta på alvor, elevers faktiske følelser, spesielt når atferdsvansker har blitt gjort til et moralsk anliggende. Med denne bakgrunnen har det vært en glede å lese boka til Øyvind Fallmyr.

Bokas tema er å hjelpe elever med å finne fram til hva de «egentlig» føler i situasjoner der uhensiktsmessige følelser og handlinger står i veien, og videre hjelpe dem med å finne fram til noe mer konstruktivt. Fallmyr gjør her et skille mellom primære sunne grunnfølelser (som interesse, glede og ømhet/hengivenhet, stolthet og overraskelse) og primære følelser, som, avhengig av kontekst kan være både positive og negative (f.eks. frykt, sinne, forakt/avsky, skam, tristhet). I møte med elever med ulike problemer er det imidlertid sekundære følel-

ser, eksempelvis avmakt, uro, opprørthet, angst, bekymring, håpløshet, irritabilitet, skyldfølelse og depresjon, de viser fram. Skolens oppgave blir derfor sammen med eleven å utforske disse følelsene, gjennom en prosess der eleven først blir oppmerksom på sine sekundære følelser, dernest sine underliggende grunnfølelser, dernest vurderer om disse er sunne eller usunne, og i neste omgang finner et mer hensiktsmessig mønster.

Boka gir meg her assosiasjoner til Søren Kierkegaard og «kunsten å hjelpe», de gode rådene fra Thomas Gordon («Skal vi snakke om det?»), og, ikke minst, bøkene til Carl Rogers.

EMOSJONSFOKUSERT HVERDAG

Fallmyr greier her å overføre prinsippene fra emosjonsfokuset terapi til skolens hverdag ved å vise hvordan pedagogisk personale kan drive følelsesutforskning sammen med eleven. Min erfaring gjennom PP-tjenesten er at noen pedagoger (og også assistenter!) er de reneste naturtalenter. De har en genuin og god relasjonskompetanse og viser en respekt, empati og følsomhet som får dem intuitivt til å gjøre «det riktige» i sitt daglige møte med elever. Men det gjelder dessverre ikke alle pedagoger. Fallmyr legger heller ikke skjul på at dette kan være en



FØLELSESVÅRER

Fallmyr overfører prinsippene fra emosjonsfokustert terapi til skolens hverdag ved å vise hvordan pedagogisk personale kan drive følelsesutforskning sammen med eleven. Foto: moren hsu / Unsplash

vanskelig og krevende oppgave. Men det kan læres. Han henviser her til den kjente uttalelsen fra Jens Bjørneboe om at lærerens egentlige fag er å like elever og være glad i dem (s. 15). Men han har laget en forbedret vri, der han bytter ut «å like og være glad i» med «å tåle barnets følelser, og gi mening til dem og de atferdsreaksjonene de skaper» (s. 35).

Hva er så pedagogens konkrete oppgave? I første omgang snakker Fallmyr om relasjonsbygging: For som han sier (s. 46): «... relasjonskompetanse synes å være bærebjelken for både faglig og sosial utvikling hos eleven», noe han underbygger ved henvisning til forskning knyttet til lærer-elevrelasjonen (John Hattie og flere andre). Og når det gjelder relasjonskompetanse, diskuterer han temaer som å tilsidesette sine egne forutinntatte oppfatninger, tolkninger og normative forventninger, og tendensen til å forlate det følelsesmessige perspektivet og bare se på atferden med vekt på grensetting og atferdskorrigerings. Han skriver også om den tendensen mange (meg selv inkludert) har til å gi «gode råd» og trekke konklusjoner om tiltak før eleven selv har fått nødvendig tid til å bli kjent med sine grunnleggende følelser og alternative valg. Tålmodighet blir derfor viktig. Man kan som kjent ikke dytte en elv.

HVERDAGSLIGE EKSEMPLER

Som en del av denne prosessen skriver Fallmyr om egenskaper som ærlighet og anerkjennelse, det å ha evnen til å lytte og evnen til å håndtere elevers følelsesuttrykk på en nennsom og respektfull måte. Både når det gjelder relasjonsbygging og følelseshåndtering, viser han til mange konkrete eksempler som han sier er anonymiserte. Men de er også hentet ut fra virkeligheten, og det tror jeg ham på. Her er et eksempel på hvordan lærerens (kanskje ubevisste) spontane valg i møte med elever både kan bygge opp og bryte ned en relasjon (side. 42):

«En lærer bestemmer seg for å bedre klassemiljøet og relasjonene til eleven ved å håndhilse på alle i døra i første time. Eleven Hans nekter å håndhilse og går bare forbi. Hva gjør læreren da? Påpeker unnvikelsen helt nøytralt («Vil du ikke håndhilse»)? Insisterer på at han skal hilse og lar de andre vente til han han hilser («Nå vil jeg at du skal hilse, Hans»)? Overser det? Tar tak i hånden og tvinger eleven til å hilse? Spøker det bort?»

Dette eksemplet viser også at det å bygge en god relasjon ikke bare dreier seg om å sitte ned og ha enesamtaler med elever, men også om å være oppmerksom på hverdagen i klasserommet og hva som skjer når man møter en





Bokas tema er å hjelpe elever med å finne fram til hva de «egentlig» føler i situasjoner der uhensiktsmessige følelser og handlinger står i veien

elev i forbifarten, og hvordan elever i ulike settinger trekker raske konklusjoner om lærerens elevholdning og fokus. Og noen ganger kan starten være så enkel som å spørre en elev hvordan vedkommende «egentlig» har det, kort og godt bry seg.

Her er to eksempler på dette med følelshåndtering: Når en elev sier «Dumming!» til læreren, og lærerens umiddelbare svar er: «Jeg finner meg ikke i at du snakker sånn til meg!», og kanskje i tillegg omtaler eleven som «frekk», viser det at læreren er mest opptatt av sin egen følelse av å være krenket, og at elevens atferd er uønsket og må korrigeres med tilsnakk, eventuelt kjeft. Alternativet er da å ha et positivt ønske om å finne ut av hva som egentlig ligger bak det eleven sa, og, om det skulle vise seg nødvendig, også kunne innrømme og beklage egne feil. Og hvis en elev tilsynelatende «utfordrer» ved å si: «Du kan jo ingen ting om det du underviser i, du», vil en passende reaksjon da være å si: «Jeg kjenner meg ikke igjen i det du sier, men det hender da at jeg også blir usikker», og dermed invitere eleven inn i en følelsetutforskning (s. 145).

VELKOMMEN TIL FREUD

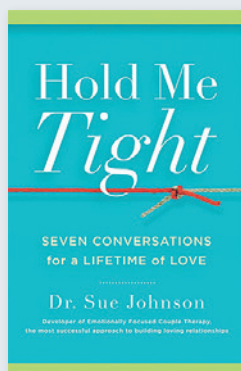
Å være en følelsguide for elever handler også om å få elever i tale blant annet om følelser og kroppslige reaksjoner. Den som har erfaring med å snakke med ungdommer, vet hvor vanskelig det kan være. Mange pedagoger kommer derfor ikke lenger enn at de straks gir opp, og kanskje til og med gir en dårlig nonverbal tilbakemelding og bekræftelse på avvisning ved f.eks. å riste på hodet når eleven møter dem med de klassiske utsagnene: «Jeg vil ikke tenke på det», «Jeg husker ikke», «Alt har vært bra», eller som jeg selv har hørt noen ganger: «Og hva så?», «Hold kjeft» eller «Det dr ... jeg i». Men dette dreier seg om å kunne møte elever med et psykodynamisk perspektiv der man er innforstått med at både en selv og eleven kan benytte seg av de klassiske forsvarsmekanismene når følelsene blir for overveldende. Jeg ønsker Freud velkommen til skolen!

Fallmyr trekker fram eksempler på god og dårlig følelshåndtering, og faren med å stigmatisere elever. Han trekker inn bruk av rollespill, læreren som rollemodell og hvordan man konkret kan gå fram for å ikke bare å utvikle, men også reparere relasjoner. Han knytter temaet til hjernens funksjoner. Og han tar også opp situasjonen til elever som i særlig grad strever med egenledelse (dvs. eksekutive funksjoner) og impulskontroll, og nevner her konkret traumatiserte barn og barn med tilknytningsforstyrrelser. Selv savnet jeg nok her er mer grundig omtale spesielt av barn innenfor autismespekteret og barn med AD/HD-relaterte vansker, som også strever med oppmerksomhetsregulering, impulskontroll og egenledelse. Men med en bok på 300 sider er det også forståelig at det ikke er alt man kan omtale like grundig.

TID TIL Å MØTES

Etter å ha lest denne boka er min konklusjon at pedagogisk personale må få økt sin kompetanse på dette temaet. De må ha tid og rom til å møte elever «der-og-da». Og i løpet av et skoleår må de få frigjort tid til regelmessige individuelle elevsamtaler, noe som burde være like selvfølgelig som at vi voksne har regelmessige medarbeidersamtaler på vår arbeidsplass. Boka bør leses av alle pedagoger, og den bør være en naturlig del av pensum ved institusjoner som utdanner lærere i Norge. Også foreldre vil kunne ha nytte av å lese en slik bok. ❌

KLASSIKEREN



Parterapi som dans

***Hold Me Tight. Seven Conversations for a Lifetime of Love* av Sue Johnson (2008).**

Da jeg først begynte å jobbe med parterapi, opplevde jeg det som nytt og spennende. Det å se hvor vondt flere hadde i parforholdet og samtidig høre hvor sterkt de ønsket å få det bedre, gjorde meg ydmyk og opptatt av å være til hjelp. Likevel kunne jeg oppleve parterapien som en dans jeg ikke helt behersket. Det var i denne forbindelse at jeg leste boken *Hold me tight* av Sue Johnson. Boken, som for meg representerte en inngang til emosjonsfokustert terapi, kom til å sette et tydelig avtrykk på min utøvelse av parterapi. Jeg ble fascinert av den varmen og tilstedeværelsen Johnson utviste, hennes evne til å få begge i parforholdet til å oppleve seg møtt, og hennes tanker om hva som er virksomt i terapien. Fremfor å fokusere på konflikten, vektla Johnson å hjelpe partene i parforholdet til å bli mer klar over det som ligger under konflikten – hos seg selv og den andre – og til å se hvilke gjentagende mønster parene ofte havner i. For å være til hjelp oppfordres terapeuten til gjentatte ganger å oppsøke, forbli i og iscenesette de emosjonelt ladde situasjonene som oppstår mellom de to i parforholdet. Dette er ingen enkel øvelse. For selv om bokens tittel henspiller på en invitasjon til partneren sin, så leser jeg den også som en oppfordring til parterapeuter om å holde klientene fast i det emosjonelle landskapet. Særlig da, hevder Johnson, kan vi hjelpe parene med å samskape en ny forståelse, finne nye samspillsmønstre og derigjennom oppnå et mer tilfredsstillende samliv.

*Erlend Skaar oppfordrer Rein Nygaard
Øverland til å ta stafettpinnen videre.*

Ferskvare



Pillepeiling

Niels Christian Geelmuyden har skrevet *Pillebeffinnende. Hva vet vi om medisinene vi tar?* «Les boken og skaff deg kunnskap til å stille legen de rette

spørsmålene,» skriver Cappelen forlag. Boken stiller ifølge forlaget spørsmål ved legemiddelindustrien, forskningen og virkemåten til mange av de mest brukte medisinene i Norge. Medisinenes effekt og bivirkninger beskrives.



Stress, smerter, søvn

Arneberg forlag har utgitt boken *Gjengangerne – Stress, smerter og søvn*, skrevet av Henrik

Børsting Jacobsen og Hans-Petter Jacobsen. Den handler om hvordan stress, smerter og søvn påvirker hverandre. «I vår søken etter å forstå og fjerne lidelser har vi satt merkelapper på smertene. Men all diagnostiseringen har kanskje fjernet oss fra forståelsen av disse gjengangerne,» skriver forlaget.



Relasjoner

Forskergruppen i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus har gjennom flere år fokusert på relasjonsarbeidet både i forskning og under-

visning. I *Relasjoner i psykisk helsearbeid* av Amy Østertun Geirdal og Sverre Varvin (red.) ønsker forfatterne å vise hvordan relasjonsarbeid har både en tilfrisknende og en forebyggende side. De mener forandring og utvikling skjer i relasjonen mellom behandler og klient, uansett hvilken behandlingsarena det dreier seg om og hvilken metode som brukes.



Kurskalenderen

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

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

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

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

JANUAR

Systembasert arbeid med familier

Oslo, 24.–25. januar
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

FEBRUAR

Veiledning for psykologer som skal veilede andre yrkesutøvere

Oslo, 15.–16. februar
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

MARS

Klinisk helsepsykologi - den 3. nasjonale konferansen

Oslo, 12.–13. mars
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Skjematerapi - nytt spesialiseringsprogram i psykoterapi

Oslo, 14.–16. mars
For mer informasjon og påmelding se www.kognitiv.no (se under fagnettverk) eller www.psykologbehandling.no/utdanning

Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Oslo, 15.–16. mars
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

APRIL

Metakognitiv terapi

Oslo, 18.–19. april
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

JUNI

Psykologfaglig arbeid med barn, unge og familier

Oslo, 4.–5. juni
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



- nasjonal veiviser ved vold og overgrep

Har du en jobb der du møter mennesker som kan være utsatt for, eller som utøver, vold og overgrep? Da kan dinutvei.no være et viktig verktøy.

På dinutvei.no kan utsatte, utøvere, berørte og fagpersoner finne

- oversikt over hjelpetilbud i hele landet
- informasjon om vold i nære relasjoner, voldtekt og andre seksuelle overgrep
- en spørsmål- og svartjeneste der den som stiller spørsmål kan være helt anonym.

dinutvei.no driftes av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet



NORSK INSTITUTT FOR
KUNSTUTTRYKK &
KOMMUNIKASJON (NIKUT)
OG HSN

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge

Nytt kull i kunst og uttrykksmetoder i terapi

Forkurs 16.–18. februar 2018 er åpent for alle som ønsker påfyll eller er nysgjerrig på bruk av kunst- og uttrykksmetoder. Forkurs er obligatorisk om du ønsker å søke videreutdanningen i kunst- og uttrykksmetoder i terapi juni 2018. I løpet av et forkurs på tre dager vil du få erfaring med bruk av kunst og uttrykksmetoder med fokus på stressmestring.

Leder: Melinda A. Meyer, PhD i KUT og Gunnar Reinsborg, KUT

Søknadsfrist: 01.02.2018

Påmelding: Tlf: +47 900 70 078 onsdager kl. 10–15

www.nikut.org

meli-m@online.no eller gu-rein@online.no

Sted: Høgskolen i Drammen



Utdanning i behandling av komplisert sorg (CGT)

Jobber du klinisk med sorgproblematikk og har helse- eller sosialfaglig utdanning?

Bli CGT-terapeut!

SØKNADSRIST FOR UTDANNINGEN ER
9. FEBRUAR 2018

Les mer på www.uio.no/cgt



UiO : Universitetet i Oslo



NSSF Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

BLI MINDFULNESSINSTRUKTØR

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



Ny start 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

NeuroAffective Relational Model® – NARM

Utviklet av dr. Laurence Heller

NARM er en helt ny presis klinisk behandlingsmetode for både utviklings- og sjokktraumer. I NARM terapi får vi verktøy og erfaringen av å knytte sammen kropp, følelser, tanker og spiritualitet her og nå.

NARM kombinerer traume- og personlighetsteori og er en ressursorientert, ikke-regressiv modell.

NARM har fått stor oppmerksomhet blant terapeuter i både Europa og USA. Se også boken «Utviklingstraumer», Reitzel 2014

2-ÅRIG SERTIFISERINGSPROGRAM for erfarne klinikere

– nå for første gang i Norge. Oppstart **4.–8. juni 2018**

INTRODUKSJONSKURS 2.–3. mars 2018

på Sagene Samfunnshus i Oslo.

Psykologspesialist Tove Mejdahl vil stå for undervisningen i samarbeid med erfarne assistenter.

Norsk psykologforening har godkjent NARM som vedlikeholdsaktivitet. Utdannelsen over 2 år teller som 72 timer. Introduksjonskurset teller som 14 timer.

Se mer og påmelding på www.NARM.no

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



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

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





EMDR Norge Dagskonferanse

Bergen, 9. mars 2018
kl. 09.00–16.00 på Scandic Neptun

Ad de Jongh, Ph.D:
Using EMDR with Complex PTSD.
It may be less complicated than you think.

Årsmøte EMDR NORGE

Pris inkl. lunsj medl.: kr 1 300,-
ikke medl.: kr 1 600,-

Program og påmelding: www.emdrnorge.no



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 9.–11. januar 2018
Trinn 1 Trondheim 7.–9. mai 2018
Trinn 1 Oslo 18.–20. september 2018
Trinn 2 Bergen 5.–7. mars 2018
Trinn 2 Oslo 5.–7. desember 2018

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

**LYST OG BEHAGELIG KONTOR LEIES UT
FAST I BYGDØY ALLE 21, OSLO**, torsdager på
ettermiddag/kvelden (fra kl. 15.30 og utover)
og enkelte onsdager (fra kl. 14.30 og utover)
med mulighet for oppstart i januar 2018. Også
mulighet for leie i helgene ved interesse/ behov.
Innrettet med henblikk på individualsamtaler,
terapi med bruk av divan samt utstyrt med stoler
for å drive gruppe med opp til 7 personer. Tilgang
til internett og printer ved behov, samt venterom
og kjøkken. Pris: kr 550 / kveld. Interessert?
Ta kontakt på e-post psykolog@annaszulc.no eller
tlf. 917 92 543.

KLINISK BRUK AV HYPNOSE VED ANGST, DEPRESJON, STRESS OG SMERTER

Læring og bruk av metoden.

Oslo, 25.–26. januar 2018
Noen plasser igjen, førstemann til mølla.
Godkjent for spesialitetene.

Kursansvarlig: Dr. Gunnar Rosén, tlf. 900 39 441,
e-post Gunnar@hypnoseforeningen.no

For informasjon og påmelding
se www.hypnoseforeningen.no

Diagnostikk og differensialdiagnostikk ved traumerelaterte og dissosiative lidelser | SUZETTE BOON, PHD

Bergen, 12. og 13. april 2018

Traumatiserte personer får ofte diagnoser som
Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse,
Bipolar Lidelse eller Schizofreni, og det kan lett
bli faglige konflikter i forhold til hva pasientens
symptomer er uttrykk for, og hvilken type hjelp
personen trenger. Suzette Boon har lang erfaring
med utredning og diagnostisering, og vil på dette
kurset gå gjennom viktige differensialdiagnostiske
vurderinger. I tillegg vil hun gå gjennom et nytt
diagnostisk intervju for dissosiative lidelser, TADS,
som er oversatt til norsk, og en vil bli sertifisert til
å bruke dette ved deltakelse på kurset.

For påmelding og mer informasjon:
www.krisepsyk.no

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

Neste utgivelse er **1. februar**, frist for
å bestille annonse til februar-utgaven er

18. januar

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



Metakognitiv terapi

Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister og psykiatere

Målsetting

Målet med kurset er å gi en praktisk innføring i metakognitiv terapi, prinsipper og anvendelsesmåter. Første dag vil være introduksjon av prinsipper og praksis i metakognitiv terapi, med fokus på generalisert angst, kroniske bekymringer og metakognisjoner. Andre dag vil være MCT i behandling av traumer og PTSD. Etter kurset vil deltakerne kunne kjenne til prinsippene i MCT og lære noen nyttige behandlingsstrategier som brukes i MCT. Det vil bli demonstrasjoner og øvelser som gjør at deltageren skaper seg egne erfaringer med metodene.

Innhold

- Grunnprinsippene i MCT
- MCT ved generalisert angst og kroniske bekymringer
- Kognitiv oppmerksomhetssyndrom (CAS)
- Meta-antagelser: Positive og negative mestringsstrategier
- Oppmerksomhetstrening (ATT)
- MCT for PTSD og traumer
- Kasusformulering og sosialisering
- Intervensjoner, behandlingsstrategier
- Demonstrasjoner/Øvelser med bruk av rollespill

Om kursleder

Hans M. Nordahl er professor i Medisinske Atferdsfag ved NTNU og prosjektleder for traume-klinikken ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Han har publisert mange artikler og kapitler innen kognitiv orienterte behandlingsformer. Han er leder av MCT-Institute sammen med Dr. Adrian Wells.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

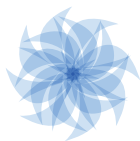
Sted og dato: Oslo, 18.-19. april 2018

Påmeldingsfrist: 14. mars 2018

Medlemspris: kr 6 900

Kursnr.: 102-18

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 i psykologfaglig arbeid med barn, unge og familier

Målgruppe

Målgruppen for dette valgfrie programmet er psykologer som arbeider i psykisk helsevern, i kommunale tjenester, samt barne- og familievern, og som ønsker økt kompetanse i anvendelse av sin psykologkompetanse i arbeid med barn, ungdom og familier. Utdanningen er også relevant for psykologer med erfaring fra somatiske tjenester (for eksempel sykehus) og barn som pårørendearbeid.

Psykologspesialister kan søke om å delta på hele, eller deler av det valgfrie programmet som vedlikeholdsaktivitet, da stilles ikke krav til praksis og veiledning. Søknad sendes kurs@psykologforeningen.no. Vi gjør oppmerksom på at deltakere som skal ha programmet til sin spesialitet, har førsteprioritet.

Målsetting

Gjennom praksis, veiledning og kurs forventes det at psykologene utvikler sine kunnskaper om barnets rolle i sitt omsorgssystem og ferdigheter i å kommunisere med barn, ungdom og familier med spesielt fokus på ivaretagelse av barns perspektiver.

Kurssamlingene

64 timer fordelt på 4 samlinger à 2 dager.

Om kursleder

Anne-Kristin Imenes er psykologspesialist med fordypning i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Hun har lang erfaring som kommunepsykolog for barn og unge i Nøtterøy kommune og har i tillegg arbeidet i PPT, i familievernet, i psykisk helsetjeneste og i spesialisthelsetjenesten BUP. Imenes har utviklet kurs i «Samtaler med barn» og underviser i kommuner for KoRus – kompetansesenter Rus region Øst.

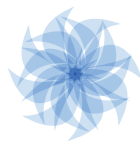
Sted og dato: Oslo, 4.-5. juni 2018

Påmeldingsfrist: 30. april 2018

Medlemspris: kr 6 800

Kursnr.: 175-18

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

ALTERNATIV TIL VOLD

Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsettinger: a) behandling, b) kunnskapsformidling og c) forskning. ATV driver 13 behandlingssentre i Norge, i tillegg til behandlingssamarbeid med ATV-kontorer i Norden. Klientgruppen er i hovedsak voksne utøvere av vold, men noen kontorer arbeider også med voldsutsatte voksne, ungdom og barn. Stiftelsen har 70 ansatte, hovedsakelig psykologer.

Alternativ til Vold – Bergen» utvider sin stab, og søker psykolog/psykologspesialist i fast 1/1-stilling

ATV Bergen kan gi tilbud til hele familien; kvinner, menn og barn, der det er/har vært voldsproblematikk. ATV Bergen er et tilbud for innbyggere bosatt i Bergen og Os kommune. Kontoret har nå 5 ansatte, alle er psykologer eller psykologspesialister. ATV Bergen ble etablert i mai 2013. Vi trivelige lokaler ligger sentralt plassert i Øvre Dreggsallmenningen. Kontoret skal nå utvides med ytterligere en stilling.

Hovedoppgaven for stillingen er knyttet til behandling av personer som utøver eller har blitt utsatt for vold i nære relasjoner. Behandlingen gis individuelt og i grupper.

ATV har gode rammebetingelser for å drive faglig utviklingsarbeid. Vi søker fornyelse og inspirasjon blant annet innenfor kunnskap og behandling av traumer og innen nyere utviklings- og tilknytningsteori. Ansatte i behandlerstillinger på ATV har også oppgaver knyttet til fagformidling og veiledningsoppdrag. Dette betyr at vi kan tilby interesserte psykologer en variert og allsidig arbeidshverdag. Vi garanterer et spennende psykologarbeid og et svært godt arbeidsmiljø!

Tiltredelse: snarest

Søknadsfrist: 19. januar 2018

Søknader sendes på e-post til: nina.antonsen@atv-stiftelsen.no

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved ATV – Bergen psykologspesialist **Nina Antonsen**, mobil 969 03 318, eller leder for ATV Region Vest psykologspesialist **Per Isdal**, mobil 975 47 712.



NAV Arbeidsrådgivning Hordaland er eit fylkesdekkjande ressurs- og kompetansesenter (spesialeining) som skal ha utfyllande arbeidsretta kompetanse innan arbeidspsykologi, pedagogikk og kartleggings- og rettleingsmetodikk. Kontoret har også ansvar for dei rådgjevande overlegane, oppgåver innan arbeid-psykisk helse og rus, samt Senter for jobbmestring. Totalt består kontoret har 31 tilsette og er organisert i 2 avdelingar under felles einingsleiar. Senter for jobbmestring er et tilbod retta mot personar med lettare psykiske helseplager, der symptoma gjer det vanskeleg å fungere i arbeidslivet. Målet med tilbodet er betre meistring av psykiske helseplager, med mål om økt arbeidstilknytning og betre livskvalitet. Tenesta byggjer på Individuell jobbstøtte (IPS). Det gis arbeidsretta kognitiv terapi av psykolog (inntil 15 samtaler), integrert med oppfølging fra jobbspesialist.

Psykolog/Psykologspesialist (1296-2018-02)

Psykolog/psykologspesialist – NAV Arbeidsrådgivning Hordaland, Senter for jobbmestring

NAV leverer arbeids- og velferdstjenester til Norges befolkning og har 19 000 medarbeidere fordelt over hele landet. NAV skal gi mennesker muligheter, og vårt hovedmål er å få flere i arbeid. Vi ser etter deg med pågangsmot og engasjement som ønsker meningsfulle og varierte arbeidsoppgaver.

Vi har ledig eit 2-årig engasjement som psykolog/psykologspesialist ved NAV Arbeidsrådgivning Hordaland, Senter for jobbmestring. Mogleg fast tilsetjing.

Ansvarsområdet og arbeidsoppgåver

- Kognitiv korttidsterapi til personer med lettare til moderate psykiske plager med fokus på å fungere i arbeidslivet
- Samarbeid med jobbspesialist i samsvar med IPS-modellen
- Samarbeid med NAV sine ulike tenestetilbod og med primær- og spesialisthelsetenesta i enkeltsaker

Du må ha

- Norsk autorisasjon som psykolog/psykologspesialist
- Gode samarbeids- og kommunikasjonsevner

Vi ynskjer at du

- Har kunnskap og forståing for NAV si rolle som samfunnsaktør
- Har erfaring med individuelle samtalar og bruk av kognitiv terapi som metode
- Har vidareutdanning / tilleggskompetanse i kognitiv terapi
- Har evne til sjølvstendig arbeid
- Har evne til å arbeide strukturert og målretta

Vi tilbyr

- Spannande og meningsfylte arbeidsoppgåver innan eit viktig samfunnsområde
- Eit godt og fagleg engasjert arbeidsmiljø
- Stillingskode 0794 psykolog, lønnstrinn 60–65. For særlig kvalifiserte søkjarar / psykolog med relevant spesialitet, kan høgare lønns plassering vurderast
- God pensjonsordning gjennom Statens pensjonskasse (frå løna blir det trekt 2 %)

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

Spørsmål om stillinga kan rettast til **psykologspesialist/teamleder Senter for jobbmestring Marianne Misje, telefon 958 88 392** eller **avdelingsleder Emilie Pons, telefon 455 17 120**.

Søknad og CV sendast elektronisk via www.nav.no. Vi gjer merksam på at CV blir brukt i utvida søkjarliste. Vitnemål og attestar skal takast med på eit eventuelt intervju.

Dersom du ynskjer å reservere deg frå å bli oppført på offentleg søkjarliste, må du opplysa om og grunngi det i søknaden. Opplysningar kan bli offentleggjorde sjølv om du har bedd om ikkje å bli oppført på søkjarlista. Du blir varsla dersom ynsket om reservasjon ikkje blir teke til følge.

Referansenummer: 1296-2018-02

Søknadsfrist: 16.1.2018

Øyane DPS er eit lokalsjukehus innan psykisk helsevern for vaksne. Vi tilbyr tenester til 65.000 innbyggjarar vest i Hordaland - Fjell, Sund, Øygarden og Askøy.

Det er om lag 120 tilsette ved Øyane DPS med eit budsjett på 68 millionar kroner. Vi har ei tverrfagleg gruppe av tilsette, som består av psykiatrar, LIS-legar, psykologspesialistar, psykologar, psykiatriske sjukeleiarar, vernepleiarar, fysio-, billed- og treningsterapeutar, sosionomar, merkantilt tilsette m.fl.

I tett samarbeid med kommunehelsetenesta og fastlegar er Øyane DPS ein viktig ressurs i utviklinga av framtidsetta og gode tenester til befolkninga i inntaksområdet. Interessert i å vite meir om oss? Besøk oss på www.helse-bergen.no



Haukeland universitetssjukehus - Helse Bergen søker

Klinikkdirektør til Øyane DPS

Du blir ein viktig ressurs i utviklinga av framtidsetta og gode tenester til befolkninga i inntaksområdet.

Vi ønskjer oss ein klinikkdirektør med

- leiarerfaring og solid kunnskap om psykisk helsevern
- vilje til å prioritere satsinga på det pasientnære, kliniske arbeidet

Søknadsfrist: 31. januar 2018 - Referansenummer: 3633288597

Kontaktperson: Rådgivar innan leiarrekruttering Tove Huse Bjerkevoll, telefon 48073834

For å lese meir og å søkje på stillinga sjå: www.helse-bergen.no



www.helse-bergen.no

Norsk psykolog till Hogrefe Psykologiförlaget i Stockholm

Vi söker en norsktalande psykolog till vårt kontor i centrala Stockholm med uppgift att ansvara för våra norska testutvecklingsprojekt.

Du som söker arbetet har kunskap och erfarenhet av psykologiska test och ett genuint intresse av att driva utvecklingsfrågor inom detta område.

Dina arbetsuppgifter består i första hand av att ansvara för koordinering av utvecklingsprojekt i dialog med våra olika samarbetspartners i Norge. Redigering och språklig bearbetning av materialet inför publicering är ett viktigt moment i arbetet och du har därför en god språklig förmåga och lätt för att hantera norsk text.

Du kommer att arbeta i ett svenskt team med lång erfarenhet av förlagsverksamhet.

Om du vill veta mer om tjänsten så är du välkommen att kontakta VD, Elisabeth Bech, elisabeth.bech@hogrefe.se

Välkommen med din ansökan till info@hogrefe.no senast 31/1 2018!



VALDRESKLINIKKEN SØKER

Psykolog/psykologspesialist i 100 % stilling

Vi har 21 plasser og tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling, korttids døgnbehandling. Som hovedverktøy benyttes strukturert gruppeterapeutisk metode integrert med 12-trinnsprogrammet. Vi er en del av spesialisthelsetjenestetilbudet gjennom avtaler med Helse Sør-Øst RHF (11 plasser) og Helse Vest RHF (10 plasser).

Du finner informasjon om klinikken og fullstendig utlysningstekst på www.valdresklinikken.no

For informasjon om stillingene kontakt:
Klinikkleder **Björg Mari Lie** på telefon **930 49 496**.

Søknadsfrist: 15. februar 2018

Skriftlig søknad og CV sendes elektronisk til:
bjorg.mari.lie@valdresklinikken.no



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

Psykolog/Psykologspesialist (1296-2016-02)

Psykolog/psykologspesialist – NAV Arbeidsrådgivning Hordaland, avdeling for Arbeidsveiledning

NAV leverer arbeids- og velferdstjenester til Norges befolkning og har 19 000 medarbeidere fordelt over hele landet. NAV skal gi mennesker muligheter, og vårt hovedmål er å få flere i arbeid. Vi ser etter deg med pågangsmot og engasjement som ønsker meningsfulle og varierte arbeidsoppgaver.

Vi har ledig et 2-årig vikariat som psykologspesialist/psykolog ved NAV Arbeidsrådgivning Hordaland, med mulighet for fast tilsetning.

Ansvarsområdet og arbeidsoppgåver

- Utgreiing, kartlegging og utvida rettleiing med fokus på arbeid
- Tematisk og fagleg undervisning av NAV-kontora
- Rettleiing av NAV-kontora
- Karriererettleiing til brukarar med samansette utfordringar som er usikre på karriereval

Du må ha

- Norsk autorisasjon som psykolog/psykologspesialist

Vi ynskjer at du

- Identifiserer deg med NAVs verdigrunnlag, og syner forståing for arbeids- og velferdspolitikken i et samfunnsmessig perspektiv
- Har klinisk erfaring (psykisk helsevern/rehabilitering)
- Har resultat- og løysingsorientert fokus med god gjennomføringsevne
- Er målretta, nøyaktig og får oppgåvene unna
- Arbeider godt så vel åleine som i lag med andre
- Har gode servicehaldningar og god kommunikasjonsevne
- Kompetanse innan utredning

Vi tilbyr

- Spennande og meningsfylte arbeidsoppgåver innan eit viktig samfunnsområde
- Veiledning innan feltet klinisk voksenpsykologi
- Aktive og engasjerte kollegaer
- Stillingskode 0794 psykolog, lønnstrinn 60-65, eller stillingskode 1304 psykolog m/spes., lønnstrinn 65-70.
- God pensjonsordning gjennom Statens pensjonskasse (frå løna blir det trekt 2 %)

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

Spørsmål om stillinga kan rettast til **avdelingsleder Stian G. Eikeland, telefon 416 32 601** eller **fagansvarlig Hilde Sari, telefon 924 36 599**.

Søknad og CV sendast elektronisk via www.nav.no. Vi gjer merksam på at CV blir brukt i utvida søkjarliste. Vitnemål og attestar skal takast med på eit eventuelt intervju.

Dersom du ynsker å reservere deg frå å bli oppført på offentleg søkjarliste, må du opplysa om og grunngi det i søknaden. Opplysningar kan bli offentleggjorde sjølv om du har bedd om ikkje å bli oppført på søkjarlista. Du blir varsla dersom ynskjet om reservasjon ikkje blir teke til følgje.

Referansenummer: 1296-2017-4

Søknadsfrist: 16.1.2018

Helse Sør-Øst RHF søker:



100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Kristiansand

100 % avtalehjemmel for godkjent spesialist i klinisk voksenpsykologi er ledig for tiltredelse etter nærmere avtale. Praksisen skal lokaliseres til Kristiansand.

Nærmere opplysninger: rådgiver Kari Iren Austad Borge eller rådgiver Tina Cecilie Sanders, Kapasitet og tjenesteutvikling, telefon 02411

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 23. januar 2018

frantz.no



Helse Sør-Øst RHF søker:



100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Tønsberg

100 % avtalehjemmel for godkjent spesialist i klinisk voksenpsykologi er ledig for tiltredelse etter nærmere avtale. Praksisen skal lokaliseres til Tønsberg i Vestfold.

Nærmere opplysninger: rådgiver Kari Iren Austad Borge eller rådgiver Tina Cecilie Sanders, Kapasitet og tjenesteutvikling, telefon 02411

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 23. januar 2018

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.

Arendal

Psykologspesialist/psykolog - Psykiatrisk sykehusavdeling

Alderspsykiatrisk poliklinikk Arendal har ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist.

Psykologer med 3 års erfaring eller mer kan også søke.

Opplysninger: Psykologspesialist Elisabeth Holck-Steen, tlf. 996 93 283 eller Seksjonsleder Edgar Sundbø, tlf. 906 48 944.

Søknadsfrist: 21.01.2018

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.

frantz.no



PSYK KOL OGI

Har du gått glipp av tidligere temanummer?

10/17	Utviklingstraumer	kr 150
01/17	Nye tider – andre eldre	kr 150
09/14	Diagnostikk	kr 150
08/13	Emosjonene inntar psykoterapifeltet	kr 150
05/13	Samfunnspsykologi	kr 150
08/12	Kritisk psykologi	kr 150
01/12	Depresjon	kr 150
08/11	Klinisk arbeidspsykologi	kr 150
08/10	Mekling	kr 150
12/09	Menneskerettigheter	kr 150
09/08	Nevropsykologi	kr 150
06/08	Sexologi	kr 150
03/08	Organisasjonspsykologi	kr 150
05/07	Towards a New Understanding of Psychosis	kr 150
04/07	Søvn og søvnproblemer	kr 150
12/06	Møter med det flerkulturelle Norge	kr 150
09/06	Relasjonell psykoanalyse	kr 150
08/06	Komplisert sorg	kr 150

Porto/eksp.geb. kommer i tillegg til de oppgitte priser.

Bestill direkte på www.psykologtidsskriftet.no eller på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

ALTERNATIV TIL VOLD

Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsettinger: a) behandling, b) kunnskapsformidling og c) forskning. ATV driver 15 behandlingssentre i Norge, i tillegg til behandlingssamarbeid med ATV-kontorer i Norden. Klientgruppen er i hovedsak voksne utøvere av vold, men noen kontorer arbeider også med voldsutsatte voksne, ungdom og barn. Stiftelsen har 70 ansatte, hovedsakelig psykologer.

Alternativ til Vold i Vestfold søker psykolog/psykologspesialist med kompetanse på arbeid med barn og voksne, i 100 % fast stilling

Alternativ til Vold i Vestfold ligger sentralt i Tønsberg og har lyse og trivelige lokaler. Vi har et hyggelig faglig og sosialt miljø bestående av i dag fire psykologer.

Stillingen er knyttet til det utvidede familiemandatet ved vårt kontor i Tønsberg. Gjennom ekstra bevilgninger fra Staten kan ATV Vestfold fra og med 2018 arbeide med hele familien, utøver, utsatte barn og voksne. Vi søker en psykolog som har interesse for og erfaring med å arbeide med både voksne og barn.

Hovedoppgaven for stillingen er knyttet til klinisk arbeid med barn og familier, men også bidra inn i det terapeutiske arbeidet med utøvere av vold. Å bidra til en utvikling av et utvidet familiemandat vil stå sentralt.

ATV Vestfold gir et behandlingstilbud for mennesker som utøver vold i nære relasjoner, både kvinner og menn. Vi arbeider med utsatte for vold og med utøvere og utsattes foreldrekompetanse. Arbeidet med volden vil ofte innebære samarbeid med barnevern, familievern, helsestasjon og andre tilbud til barn og familier.

ATV arbeider kontinuerlig med å videreutvikle et familieperspektiv på vold i familien og dette er vårt faglige satsingsområde. Vi søker fornyelse og inspirasjon blant annet innenfor kunnskap og behandling av traumer og nyere utviklings- og tilknytningsteori, i tillegg til den spesifikke voldskompetansen.

ATV søker engasjerte medarbeidere som er motivert for kontinuerlig faglig oppdatering og som ønsker å delta i et engasjerende og spennende faglig fellesskap. Videre må søkeren ha et eksplisitt ønske om å lære mer om vold og behandling. Personlig egnethet vektlegges. Vi ønsker en person med gode samarbeidsevner og som ønsker å by på seg selv. Menn oppfordres til å søke.

Ansatte i ATV har også oppgaver knyttet til undervisning og veiledningsoppgaver.

Tiltredelse: så raskt som mulig

Søknadsfrist: 20. januar 2018

Søknader sendes på e-post til: jobb@atv-stiftelsen.no

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved ATV – region Sør v/leder og psykologspesialist **Cecilie Guldvog**, e-post cecilie.guldvog@atv-stiftelsen.no, tlf. 907 51 814.



SØKER DU JOBB?

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

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

Bjergvin distriktpsikiatriske senter (DPS) Tertnes søker

Psykologspesialist/ Psykolog, fagområde allmennpsykiatri

Bjergvin DPS er ein moderne og veldreven klinikk i Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus. Klinikken gjev spesialisthelsetenester til bydelane Åsane og Arna i Bergen, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland.

Fagområde allmennpsykiatri består av poliklinikk på Tertnes og i Knarvik, seksjon for eMeistring og døgnsesksjon C1. Poliklinikkane har allmennteam, akutt ambulant team, gruppebehandling og DBT team. Fagområdet har til saman 7 overlegar, inntil 4 LIS-legar, 15 psykologspesialistar samt psykologar, sjuke-/vernepleiarar, sosionomar, fysioterapeut, musikk og biletterapeut.

Me er i ferd med å etablere eit korttidsteam som spesielt skal arbeide i forhold til angst og depresjonsgruppa i eit korttids-perspektiv. Teamet skal arbeide i henhold til kognitiv/metakognitiv metode. Det vil verte lagt til rette for utdanning og fagutvikling innanfor desse områda.

Me søker etter psykologspesialistar/ psykologar i 100% stillingar til poliklinikkane på Tertnes og i Knarvik. Stillingane kan både vere knytt til allmennteam og korttidsteam. Ein av stillingane er fast og ein er vikariat av eit års varighet.

Interessert?

Kontakt Poliklinikkleiar Rune Løvold, telefon 55957000 eller Assisterande klinikkdirektør Fredrik Hiis Bergh, telefon 41475758

Ref.nr. 3639439371 - Søknadsfrist: 20.01.2018



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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2018

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 9 400, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 950. Nettannonserne 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
02	18.01	01.02
03	15.02	01.03
04	16.03	03.04
05	17.04	02.05

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 950	15 950
1/2 side	12 950	11 950
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.

ALTERNATIV TIL VOLD

Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsetninger: a) behandling, b) kunnskapsformidling og c) forskning. ATV driver 13 behandlingssentre i Norge. Klientgruppen er i hovedsak voksne utøvere av vold, men noen kontorer arbeider også med voldsutsatte voksne, ungdom og barn. Stiftelsen har 70 ansatte, hovedsakelig psykologer. ATV Nedre Romerike ble opprettet i 2013 og har lokaler sentralt i Lillestrøm. Kontoret har i dag 3 psykologer ansatt, hvorav 2 psykologspesialister. Vi dekker kommunene Skedsmo, Lørenskog, Rælingen, Fet, Sørumsdal og Aurskog – Høland.

I forbindelse med at vi har fått et familiemandat, og skal jobbe med hele familien, søker ATV Nedre Romerike Psykologspesialist i 100 % fast stilling

ATV Nedre Romerike gir et behandlingstilbud for mennesker som utøver vold i nære relasjoner, både kvinner og menn. Vi arbeider også i noen grad med utsatte for vold og med utøvere og utsattes foreldrekompetanse. ATV arbeider kontinuerlig med å utvikle kunnskap og kompetanse på vold i nære relasjoner. Vi har i de senere årene arbeidet med å utvikle et familieperspektiv på vold i familien og dette er vårt faglige satsingsområde.

Ut ifra sammensetningen på kontoret søker vi nå etter en spesialist med barnefaglig spisskompetanse. Vi søker etter deg som har en stor interesse for, og erfaring med å arbeide både med voksne og barn.

ATV Nedre Romerike søker medarbeidere som er motivert for kontinuerlig faglig oppdatering og som ønsker å delta i et engasjerende og spennende faglig fellesskap. Videre må søkeren ha et eksplisitt ønske om å lære mer om vold og behandling. Personlig egnethet vektlegges. Vi ønsker en person med gode samarbeidsevner og som ønsker å by på seg selv.

Vi søker deg som:

- Liker å være psykoterapeut
- Liker å jobbe i team
- Liker at det settes av mye tid til fagutvikling
- Liker at jobben også kan inneholde formidling, undervisning og veiledning
- Liker å jobbe innenfor et større nasjonalt psykologfellesskap
- Liker å få nye utfordringer som fagperson

Tiltredelse: så raskt som mulig

Søknadsfrist: 21. januar 2018

Søknader sendes på e-post til: jobb@atv-stiftelsen.no

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved ATV Nedre Romerike psykologspesialist **Hanne Gjerme**, mobil 932 17 525 eventuelt leder i ATV – region Øst psykologspesialist **Ragna Lundgaard**, mobil 416 11 003.

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

ragnhildkrokke@gmail.com
414 21 366

Ingvald Gregersen

ingvaldg@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

Helene Kindle-Skau

hkindleh@hotmail.com
924 28 703

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

sak.andrew@gmail.com
416 25 149

Hedmark

Eline Berg

bergeline3@gmail.com
996 23 191

Hordaland

Bjarte Bruntveit

bjartebruntveit@yahoo.no
909 98 052

Møre og Romsdal

Ragnhild Ese

ragnhild.es@gmail.com
920 11 528

Nord-Trøndelag

Tirill Sten Ingebrigtsen

tirillst@gmail.com
407 23 159

Nordland

Iris Anette Søderholm

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland

Iver Sørli Røhr

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo

Inger Marie Andreassen

ingermarieandreassen@
hotmail.com
992 33 966

Rogaland

Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane

Ida Smedbold

ida.smedbold@gmail.com
986 14 212

Sør-Trøndelag

Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no
464 14 174

Telemark

Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms

Elisabeth Growen Borch

elisabethborch@gmail.com
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

Øyvind Nordhus

nordhus@me.com
911 61 779

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

Ingvald Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Torstein Winger, Oslo

kommune, tlf. 415 80 567

Hanne Indregard Lind,

Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

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 lisenaes@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@helsebergen.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

Annika Melinder, leder, e-post a.m.d.melinder@psykologi.uio.no, tlf. 930 80 618

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

MENNESKERETTIGHETSUTVALGET

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-post joergen.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, utdanningssjef, e-post bjornhild@psykologforeningen.no
Eva Danielsen, nestleder, e-post eva@psykologforeningen.no
Kontakt kurs@psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
Faks 22 42 42 92
E-post post@psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
 Besøksadresse:
 Grev Wedels plass 4

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo
Henning Bang, Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet i Oslo
William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i Bergen
Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda
Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital
Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Odd E. Havik, Universitetet i Bergen
Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Hanne Haavind, Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i Bergen

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje 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 Bergensklippene
Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse
Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen
Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

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

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2350, 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:
 18.01, 15.02, 16.03, 17.04, 16.05,
 18.06, 18.07, 17.08, 17.09, 18.10, 16.11

Faktabasert. Pålitelig. Ansvarlig.

Du mottar mange hundre budskap hver dag. Det er viktigere enn noen gang å kunne stole på at det du leser og ser i mediene er faktabasert og pålitelig. Redaktørens rolle er å være uavhengig, og å sikre en balansert dekning av ditt fagfelt. Den jobben gjør vi på vegne av deg.

Leser du et av Fagpressens blader eller nettsteder – slik du gjør akkurat nå – kan du være trygg på at innholdet som er viktig for deg er vurdert og ivaretatt av en grundig redaksjon.

