

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSYKLOGI

Vol. 56 nr. 04 2019

**Fremtidens  
psykolog**

NÅ

---

## **SÅRET MASKULINITET**

Menns  
overgrepserfaringer  
*Vitenskapelig artikkel*

---

Guro Øiestad om  
Jordan Peterson:

**- Sine ideers avatar**

*Essay*

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-04



9 770332 647013 04

RETURUKE 20 185 NOK

# PSY KOL OGI

Vol. 56 **nr. 4** 2019

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

**Fagredaktører** Kjersti Solhaug Gulliksen, [kjersti@psykologtidsskriftet.no](mailto:kjersti@psykologtidsskriftet.no),  
tlf. 911 78 096 og Ida Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429

**Redaksjonssjef** Per Olav Solberg (debattansvarlig),  
[perolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:perolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 950 88 575

**Redaktører/journalister** Øystein Helmikstøl,  
[oystein@psykologtidsskriftet.no](mailto:oystein@psykologtidsskriftet.no), tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,  
[nina.strand@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina.strand@psykologtidsskriftet.no), tlf. 979 59 515

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

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

**Markedskordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,  
e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskonsulent** Winnie Engevold

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Ivar Iversen, frilansjournalist

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus  
Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 22. mars 2019

**Omslagsillustrasjon** Børge Bredebekk/ByHands

**Form** Bøk Oslo AS

**Trykk** 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)

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

# Det usynlige feltet

**EN HØSTKALD KVELD** et par år tilbake i tid satt jeg på en temmelig brun kafe i en mellomstor norsk by. I det samme lokalet: et godt voksent ektepar som jeg fordomsfullt plasserte i det lavere sjiktet både økonomisk og åndelig. Og mellom de to: deres middelaldrende datter med utviklingshemning. Det slo meg: Dette er et familieliv som er meg svært fremmed, og som heller ikke studietiden ga meg rare drahjelpen til å forstå. To bidrag i denne utgaven av Psykologtidsskriftet mer enn hintet om at jeg ikke er alene om dette.

**Psykologer later til å tro** at de kan se på en person at de har en utviklingshemning, eller at en diagnose kan stilles bare ved å snakke med personen, skriver Tonje Elgsås (se side 266). Hvis personen har alvorlig tale- og bevegelsesvansker, reduseres sjansen for utredning ytterligere, påpeker Felicia Lie og kolleger (s. 260): Mer enn halvparten av barna med cerebral parese fikk sitt kognitive funksjonsnivå vurdert ut fra klinisk skjønn. Legg til at mange mennesker med utviklingshemning dessuten er svært dyktige til å skjule sine vansker, og vi bør kanskje ikke overraskes over at det kan være snakk om flere titalls tusen mennesker som ikke får en diagnose de trolig tilfredsstillt.

**Det igjen betyr at** svært mange ikke får tilbud om hjelp. Og får de tilbud om hjelp, er tiltakene altfor sjelden tilpasset personens funksjonsnivå. Tjenestene til mennesker med utviklingshemning er standardiserte, bærer preg av institusjonstenkning, bidrar til segregering og viser at det er små forventninger til personer med utviklingshemning, uttalte professor Anna Kittelsaa til Norsk Forbund for

Utviklingshemmede 14. januar i år. Slike standardiserte tiltakspakker gjør at hjelpeapparatet kan krysse av i boken for at tiltak er gitt, men uten at det får den virkningen et tilpasset tiltak kunne fått.

**Det manglende blikket** for utviklingshemning strekker seg langt utover habiliteringstjenesten. Vi finner personer med utviklingshemning i psykisk helsevern, barnevern, skolevesen, helsevesen, fengsler, rusomsorg og ikke minst i kommuner. For det er kommunene som har hatt ansvaret for personer med psykisk utviklingshemning siden HVPU-reformen i 1991. Men i 2016 meldte Helsetilsynet at 45 av de 57 kommunene de undersøkte, hadde til dels alvorlig svikt i sitt tjenestetilbud. Mens vi i NOU 2016:17 *På lik linje* kunne lese at det er langt igjen før Norge har oppfylt FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, en konvensjon vi ratifiserte i 2013. Og nylig uttalte leder i Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, Karl Elling Ellingsen, at personer med psykisk utviklingshemning nedprioriteres i konkurransen med andre kommunale formål (NRK, 18. mars).

**Velferdsstatens ambisjoner** skal omsettes i kommunal praksis, skrev Elisabeth Swensen i Klassekampen 20. oktober i fjor i kjølvannet av Tolga-saken. Når fire av fem kommuner har store mangler i sitt tjenestetilbud til personer med utviklingshemning, forteller det også om kommuner som mangler det økonomiske handlingsrommet som trengs for å gjennomføre de forpliktelsene som vi har satt oss nasjonalt: normaliserte levekår for mennesker med utviklingshemning. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Det kan være snakk om flere titalls tusen mennesker som ikke får en diagnose de trolig tilfredsstillt



# 246

ILLUSTRASJON BØRGE BREDE NBEKK



## TRUET MANNDOM

Seksuelle overgrep kan påvirke den utsattes opplevelse av å være mann, viser en ny studie.

*Vitenskapelig artikkel*

# 234/273

FOTO JAN INGE HAGA



## DEN «GAMLE» OG DEN NYE KOMMUNEPSYKOLOGEN

Hvordan står det til med PPT midt i all viraken rundt de nye kommunepsykologene? Psykologtidsskriftet ble med PP-psykolog Kjersti Hatleskog (til venstre) og kommunepsykolog Katrine Amdal Torgersen på jobb i Strand i Rogaland.

*Reportasje,  
Derfor*



# 260/266

ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN



## TROR FEIL

Enkelte psykologer tror at de kan se på en person om de har en utviklingshemning.

*Fra praksis,  
Meninger*

# Innhold

- 225 **Det usynlige feltet**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 228 **De nye psykologene**  
NÅ: Egil Nygaard | Per Olav Solberg
- 230 **Fortsatt høye tvangstall**  
Aktuelt | Nina Strand
- 234 **Lokalpsykologene**  
Reportasje | Øystein Helmikstøl
- 246 **Menns opplevelse av å bli utsatt for seksuelt overgrep i voksenalder – En kvalitativ metasynthese**  
Vitenskapelig artikkel | Marita Hovland Evensen et.al.
- 260 **Ser ikke utviklingshemning**  
Fra praksis | Felicia Lie, Sidsel Romhus & Kristine Stadskleiv
- 265 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Psykologers overtro | Tonje Elgsås (s. 266)  
Debatt: Journal (s. 270), Samtykkekompetanse (s. 272),  
Utviklingspsykologi (s. 274), Psykisk helsevern (s. 276)  
Derfor: De lokale valgene | Bjørnar Olsen og Ida Holth (s. 273)
- 277 **INNTRYKK**  
Essay: Vet Jordan hvordan? | Guro Øiestad (s. 278)  
Bokanmeldelser: Bekymringsfullt skolefrfall (s. 284),  
Samtaler med ungdom (s. 286)
- 288 **Minneord: Tore Børhaug (1954–2018)**
- 289 **Annonser**
- 296 **Stillingsannonser**



#### FOREBYGGING PÅ PENSUM

Egil Nygaard er koordinator for den nye helsefremmende og forebyggende linjen på profesjonsprogrammet ved Psykologisk institutt i Oslo.

# De nye psykologene

Framtidens psykolog kan få en samfunnsøkonomisk betydning det er vanskelig å forstå rekkevidden av, sier professor Egil Nygaard ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.

TEKST OG FOTO Per Olav Solberg

#### – Dere har lagt om profesjonsutdanningen fra høsten 2018. Hvorfor?

– Det er flere årsaker. Vi har hatt en omfattende evaluering av studiet, både internt og eksternt, i perioden 2014–2016. Samfunnets forventninger til psykologrollen har endret seg de siste årene. Universitetet er en del av samfunnet og finansieres av det offentlige, derfor er det helt naturlig at vi endrer oss og tilpasser oss samfunnets forventninger, ønsker og behov. En viktig endring er forebyggingsperspektivet. Psykologer skal i tillegg til å være klinikere også jobbe ute i kommunene. Vi må dermed skape en utdanning der det å jobbe helsefremmende og forebyggende oppleves like relevant og naturlig for de uteksaminerte studentene som å jobbe med individuell behandling eller gruppeterapi.

#### – Hva er genuint nytt i denne moderniserte profesjonsutdanningen?

– En viktig endring er at vi innfører to nye «linjer» på studiet, der den ene av dem gir 30 studiepoeng innen helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette er den delen av utdanningen som blir direkte relevant for

jobbing i kommunen eller i andre deler av det offentlige der det etterspørres mer forebygging og helsefremmende arbeid enn behandling.

#### – Hvilken samfunnsøkonomisk betydning kan det få at psykologressurser knyttes til systemjobbing, forebygging og veiledning av blant andre lærere og barnehageansatte?

– Jeg tror betydningen kan bli voldsom. Når man setter i gang systematiske forebyggingstiltak, vil effektene på lang sikt bli store. Fra 2020 skal folkehelse og livsmestring inn som et eget fag i grunnskolen. Fra samme år skal også alle landets kommuner ha ansatt kommunepsykologer som vil bruke mye av tiden sin på forebygging og veiledning. Dette er to eksempler

på hvordan forebygging innen psykisk helse rulles ut i stor skala på samfunnsnivå. Selv om det er krevende å måle betydningen av slike tiltak på individnivå, tror jeg den samfunnsøkonomiske effekten kan bli svært stor. Jeg vil ikke bli forundret hvis for eksempel forekomsten av depresjon i befolkningen på lang sikt reduseres opp mot 20 prosent på grunn av slike store forebyggende tiltak som virker over lang tid. Bare tenk deg hvilken samfunnsøkonomisk betydning dette vil ha i tillegg til at befolkningen får det bedre.

**– I grove trekk: Signalet som gis med omleggingen av studiet, er at behandling blir litt mindre viktig og forebygging litt mere viktig. Kan dette få konsekvenser for hvem som søker seg til studiet?**

– Jeg tror omleggingen kan utvide søkermassen en del, og også inkludere flere av de som er opptatt av samfunnsperspektivet. Det aller meste i utdannelsen er fortsatt rettet mot terapiopplæring, men studentene får noe mer i tillegg. Jeg er ikke redd for at studiet vil oppleves mindre attraktivt for alle de som brenner etter å jobbe slik psykologer alltid har jobbet: med individuell behandling. Signalene vi får fra studenter som går her nå, og som ikke får med seg den nye omleggingen av studiet, er at de også skulle ønske at de var en del av den nye strukturen. Jeg tror omleggingen også vil bidra til mer mangfoldig rekruttering til studiet, fordi innholdet nå er bredere og mer sammensatt.

**– Samarbeider de enkelte universitetene om å endre psykologutdanningen, eller skjer dette autonomt, på hvert lærested?**

– For tiden utarbeides det nasjonale retningslinjer for helseutdanninger generelt, og psykologutdanningen spesielt, under navnet RETHOS. Endringene som kommer her, må alle universitetene forholde seg til, også vi, selv om vi allerede har lagt om utdanningen en god del. Men hvordan universitetene løser dette, er opp til dem selv, ut fra egne lokale forutsetninger og behov, så lenge de overordnede målene er oppfylt. Vi har ikke noe formelt samarbeid med andre universiteter om hvordan vi legger opp profesjonsutdanningen hos oss, men vi snakker jo sammen og utveksler tanker og erfaringer.

**– Distriktene har problemer med å rekruttere psykologer til kommunen. Har univer-**

## Hvorfor NÅ?

- Høsten 2018 la Psykologisk institutt i Oslo om profesjonsutdanningen. 30 studiepoeng helsefremmende og forebyggende arbeid implementeres i studieplanene fra 4. semester.
- Egil Nygaard er koordinator for denne forebyggende delen av psykologutdanningen.
- Programmet er et svar på samfunnets behov for en mer fleksibel psykologrolle, der forebygging kan være like relevant som behandling.

**sitetet – gjennom utdanningen – et ansvar for å få flere studenter til å ta denne typen jobber?**

– Jeg tenker ikke at vi har et direkte ansvar, men gjennom det nye programmet får studentene kunnskap og ferdigheter som gjør dem skikket til også å jobbe forebyggende i førstelinjen og på systemnivå. Det betyr at vi gir dem selvtilitt og motivasjon til også å ta denne typen jobber. På den måten har vi et ansvar.

**– Oppfordrer dere uteksaminerte profesjonsstudenter til å ta sin første jobb i førstelinjen eller vente til man har fått mer erfaring?**

– Instituttet som sådan har så langt jeg vet, ikke noen meninger om dette. Selv tenker jeg at det kan være fornuftig med en god del erfaring fra andre tjenester før man tar en jobb som kommunepsykolog. Som kommunepsykolog vil man komme ut for en rekke ulike og krevende problemstillinger, både på individ-, gruppe- og systemnivå. Derfor anbefaler jeg kommuner å ansette spesialister med bred erfaring og tyngde. Når det er sagt, er det ikke noe i veien for at våre studenter kan gå rett ut i kommunene og gjøre en god jobb. Men det er en fordel hvis kommunen legger til rette for maksimalt med støtte, veiledning og eventuelt samarbeid på tvers av kommuner, og samarbeid med annet helsepersonell. Jeg har også registrert at en god del av stillingene som opprettes i kommunen, har temmelig konkrete stillingsinstruksjoner der man skal jobbe på én bestemt arena. I slike jobber vil det være lettere å komme rett fra skolebenken.

**– Tror du psykologer og mastere i psykologi vil begynne å konkurrere om de samme jobbene?**

– De som tar master i psykologi, vil være godt egnet til å jobbe i kommunene. Noen masterutdanninger er spisset mot helsefremmende arbeid, men kanskje enda mer på systemnivå sammenliknet med profesjonsstudiet. Jeg tenker at mastere og framtidige klinikere overlapper på noen områder, mens de vil ha hver sine spesialkompetanser på andre områder. Helse- og omsorgstjenesteloven er jo tydelig på at man ønsker klinikere som kommunepsykologer, men det er jo ingenting i veien for at kommuner i tillegg oppretter stillinger som er rettet mot planlegging og evaluering av helsefremmende tiltak på et større populasjonsnivå. Masterne vil være svært godt egnet til denne typen stillinger. ✖



# Fortsatt høye tvangstall

Det finnes tiltak som kan få tvangstallene ned. Likevel lærer man ikke av dem som får ned tvangen i psykisk helsevern, mener landslederen i Mental Helse.

TEKST Nina Strand

«**INNGRIPENDE OG UVERDIG** behandling av pasienter ved Sandviken sykehus». Mange av de 150 deltakerne på Mental Helses konferanse om tvang i psykisk helsevern i Oslo 7. mars hadde merket seg sivilombudsmanens kritikk etter et besøk på Sandviken i fjor høst. Klinikken praksis for skjerming, der flere pasienter måtte bo på isolatrom i ukevis uten annet inventar enn en madrass på gulvet, er kritikkverdig, mener sivilombudsmann Aage Thor Falkanger.

– Funnene er alvorlige. Samtidig vil jeg peke på at vi har gjort liknende funn om bruk av skjerming ved flere av våre besøk til psykisk helsevern, uttalte han i pressemeldingen.

## ERFARINGER FRA PASIENT OG ANSATT

På konferansen understreket psykolog og forsker Olav Nytingnes at det finnes lyspunkter, tross lite endring i tvangstallene sett under ett. Han mener pasientens stemme er blitt sterkere i psykisk helsevern, og at medisinfrie tilbud er lettere tilgjengelig før at helseforetakene ble pålagt å ha slike tilbud i 2016. Nå er Norsk psykiatrisk forening er i gang med å lage en veileder for nedtrapping av psykofarmaka, der erfaringskonsulenter brukes som kilder.

Men hvordan oppleves skjerming og tvang av den som utsettes for det? Solveig Kjus fra Mental Helse formidlet egne erfaringer og refleksjoner om hva som gjør møtet med helse-tjenesten godt, og hva som kan oppleves ødeleggende for en med sterk angst og dømmende stemmer i hodet. Det er mulig å tvangsmedisinere med omsorg, mente hun. Men først og fremst ønsket hun mer forståelse fra de ansatte.

– At jeg ikke bare er vrien, men livredd! Hvorfor ikke snakke med meg? Lær meg å være god mot meg selv ved at dere er gode mot meg, oppfordret hun.

Kjus ble avløst av Kevin Ivanowitz, som fortalte hvordan inntaksavdelingene ved Psykiatrisk klinikk ved Lovisenberg diakonale sykehus i Oslo fikk ned tvangen – «uten å sende en søknad, og uten budsjett». Han illustrerte endringen med et bilde fra dagligstua, og en hendelse der. På vaktrommet hører personalet bråk fra stua. Så går alarmen. De løper til, og ser to kvinnelige ansatte stå foran en rasende mann. Bokhylla i rommet er pulverisert. Alle tre står i frosset posisjon. Her forlater Ivanowitz histo-

## Tvang i Norge

- Tvangsinnleggelse har holdt seg stabilt høyt de siste 12 årene, både når det gjelder antall innleggelse, antall personer som blir tvangsinnlagt, og varigheten av innleggelse.
- Antall personer: 5 773. Mest vanlig liggetid er 12 døgn.
- Både totalt antall bruk av tvangsmidler og tvangsbehandling har økt noe siden 2012.
- For tvangsmidler er det isolasjon og holding som er gått opp, mens bruk av legemidler har vært stabil, og bruk av mekaniske tvangsmidler har gått ned.

Kilde: helsedirektortatet.no og tvangsforskning.no



**HÅPEFULL** Jill Arild, landsleder i Mental Helse, ser frem til at det regjeringsoppnevnte tvangslovutvalget leverer sine forslag til sommeren. Foto: Mental Helse

rien for å fortelle om avdelingens arbeid med å få ned tvangen.

– Vi var enige om at de eneste som kunne gjøre noe med dette, var oss ansatte, sa Ivanowitz.

De ville endre kulturen og strukturen ved avdelingen. Forebygge, ikke bare håndtere situasjonene. Snakke med pasientene om følelser som kan oppstå i utfordrende situasjoner – både hos pasienter og ansatte. De tok bort den ferdig monterte beltesenga som sto lett tilgjengelig fra stua. Rigide husregler ble erstattet av romslig fleksibilitet, slik at

de kunne ta hensyn til den enkelte pasienten. Det gjaldt å forebygge avmakt og sinne ved å gi den enkelte trygghet og følelsen av å bli sett, hørt og forstått.

Så hvordan gikk det på dagligstua, der de to ansatte og den sinte pasienten sto overfor hverandre?

– De ansatte så avmakten hos pasienten. De stoppet opp, var rolige. De brukte stillheten som verktøy. Etter en stund gikk pasienten rolig tilbake til rommet sitt, sa Ivanowitz.

#### **- SOM Å GI DIABETIKERE SUKKER**

Tiltakene på Lovisenberg viser at når en bestemmer at det skal bli mindre bruk av tvang, så blir det nettopp det, mente psykolog og forsker Arnhild Lauveng, som la vekt på at psykose handler om å være redd, og ofte om å miste følelsen av å ha et selv.

– Utsetter man folk med svak jeg-følelse for tvang, er det som å gi en diabetiker sukker, sa Lauveng. Som ung var hun selv innlagt i flere år med schizofrenidiagnose. Nå sitter hun i regjeringens tvangslovutvalg, som 15. juni skal levere sitt forslag til revisjon av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren.

Lauveng fortalte hvordan hun mobbet seg selv gjennom de hånlige stemmene i hodet. Personalets bruk av tvang gjorde vondt verre – ved å støtte de foraktfulle stemmene istedenfor å gi henne omsorg.

Med ordningen «forhåndssamtykke» har de ansatte fått et godt verktøy, mener Lauveng. Her kan pasientene selv gi råd om hvordan personalet kan hjelpe dem og gi trygghet i vanskelige perioder.

– Det er lettere for personalet å få til et samarbeid om noe pasienten selv har sagt bør gjøres, sa hun.

#### **PSYKIATER SLÅR ALARM**

Dagen ble avsluttet med paneldebatt, der psykiater Fred Heggen uttrykte stor bekymring.

– Mitt inntrykk er at folk som legges inn i psykisk helsevern i dag, er sikrere enn før. Det er fordi det tar så lang tid før de endelig får hjelp, sa han, og fikk støtte fra Jill Arild, leder i Mental Helse. Nedbygging av sengeplasser og lang ventetid ble av flere trukket fram som en viktig årsak til tvangsinnleggelse, beltelegging og tvangsmedisinering. »



**PANELDBATT** Nedbygging av sengeplasser og lang ventetid ble av flere trukket fram som en viktig årsak til tvangsinnleggelses, beltelegging og tvangsmedisinering. Fra venstre: ordstyrer Oddvar Stenstrøm, psykiater og overlege Fred Heggen, politiker Kjersti Toppe (SP), politiker Ruth Grung (AP), politiker Astrid Nøklebye Heiberg (H), leder i Mental Helse Jill Arild og jurist og forsker Marius Storvik. Foto: Mental Helse

– Vi får ikke ned tvangen uten at dette snur. Men vi må ikke bare diskutere tvang. Fokus må være på hva som gir den beste behandlingen. Folk lider slik det er nå, sa han.

Man hadde ikke godtatt slike tilstander i somatikken, mente SP-politiker Kjersti Toppe.

– Jeg mener man diskriminerer pasienter etter diagnose, sa politiker, som også la vekt på at det er et lederansvar å hindre ulovlig bruk av tvang.

– Nå har vi lagt frem et forslag for Stortinget der vi foreslår at en skal stoppe nedbygging av døgnkapasiteten i psykisk helsevern, sa hun til applaus fra salen.

Ordstyrer Stenstrøm hadde lest at Island bruker langt mindre tvang enn Norge. Hva gjør islendene som vi ikke gjør? ville ordstyreren vite.

– De bare tok bort hjemlene for bruk av tvang, svarte jurist og forsker Marius Storvik.

– Dermed må behandlingen baseres på frivillighet, og da fjerner man kulturen som gjør at det blir tvang. For den som har en hammer, han bruker den.

Mental Helses leder Jill Arild avsluttet med et spørsmål.

– Jeg blir overrasket over å høre om resultatene på Lovisenberg sykehus. Hvorfor lærer ikke andre sykehus av dem? ✕

## Mer emo enn gangster

Økt åpenhet om psykisk helse ses også i tekstene på hitlisten Billboard Top 100. I 1958 var hver fjerde av årets hundre mest populære singler knyttet til psykisk helse. Seksti år senere handler 70 prosent av låtene om det samme, viser en tekstanalyse gjort av selskapet Take 5.

Siden hip-hop i samme periode har overtatt hegemoniet som den dominerende musikalske kraften, er skiftet også tydelig der. Rapperen Kanye West er åpen om sin bipolare lidelse, og den kjente hip hop-artisten Jay-Z rapper om sitt behov for terapi. Mens de såkalte SoundCloud-

rappernes tekster handler om depresjon og rus, om Xanax og Oxycontin, og om å kunne ivareta og være god mot seg selv.

Rap har i lang tid handlet om hverdagslivets utfordringer. Hvis kunsten imiterer livet, er psykisk helse definitivt en del av vår tids allmenne livsvansker.

**Kilde:** Iqbal, N. (17. mars. 2019). The rise of sad rap: how hip-hop got the blues, *The Observer*. Hentet 18. mars: <https://www.theguardian.com/society/2019/mar/17/rap-music-mental-health-issues>

*Psykologtidsskriftet*



## NAV forskjellsbehandler psyke og soma

Pasienter har bedre økonomiske rettigheter gjennom NAV hvis de er langtidsinnlagt på grunn av fysisk sykdom, enn hvis innleggelsen gjelder psykisk sykdom.

TEKST Per Olav Solberg

FOTO: NAV TØYEN, WIKIMEDIA COMMONS



Dagens regelverk er som følger: En pasient som er innlagt på sykehus på grunn av somatisk sykdom, får beholde uføretrygden ut hele perioden. En pasient som er innlagt i en statlig psykiatrisk behandling sinstitusjon, får derimot redusert trygdeutbetalingen etter fire måneder. Det var nettavisen Dagens Medisin som først omtalte denne saken 6. mars i år.

- Forskjellsbehandlingen av somatiske og psykiske sykdommer henger ikke på greip. Det går ut over pasientenes helse og kan ha alvorlige konsekvenser for dem det gjelder. Dette er en diskriminering av psykisk syke som ikke er forsvarlig, sier Sheida Sangtarash, helsepolitisk talsperson for SV, til Dagens Medisin.

President i Norsk psykologforening Tor Levin Hofgaard reagerer også på praksisen:

- Det fremstår som urimelig at det skal være forskjell mellom somatikk og psykisk helse på dette området. Er du innlagt i sykehus, skal det ikke spille noen rolle hvorfor. Dette bør Stortinget rydde opp i, sier han til samme nettsted.

I slutten av februar stilte stortingsrepresentant Sheida Sangtarash spørsmål om denne praksisen til helseminister Bent Høie. Hun spør: Mener statsråden at det er faglig bakgrunn for å skille psykiatriske diagnoser fra somatiske diagnoser når det gjelder retten til uføretrygd, og hva er årsaken til at det i dag eksisterer et slikt skille? Det er imidlertid arbeids- og sosialminister Anniken Hauglie som besvarer spørsmålet fra Sangtarash. I et omfattende svar som ligger ute på Stortingets nettsider, forklarer hun - og forsvarer i stor grad - bakgrunnen for dagens ordning, som er rundt 20 år gammel. Men hun åpner likevel opp for en endring i aller siste avsnitt:

«Det har ikke vært gjort noen ny vurdering av dette spørsmålet etter endringen omtalt ovenfor. I lys av dette ser jeg at det er behov for å vurdere på nytt om dagens regler er hensiktsmessige, og vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

**Kilder:** <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=75189>

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/03/06/raser-mot-forskjellsbehandling-av-psykisk-syke/>

## Flere psykologer i spesialisthelsetjenesten

TEKST Per Olav Solberg

Siden 2015 er det blitt sju prosent flere psykologer i spesialisthelsetjenesten, ifølge ferske tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Det er likevel legene som står for den største økningen. Det har blitt 11 prosent flere leger i spesialisthelsetjenesten i løpet av de tre siste årene. Ser man bort fra psykologer, leger og sykepleiere, har antall helsefagarbeidere i spesialisthelsetjenesten gått kraftig ned: Hele 12 prosent mellom 2015 og 2018. SSB forklarer denne endringen på følgende måte:

«Over halvparten av de sysselsatte i spesialisthelsetjenesten er utdannet som enten lege, psykolog, sykepleier eller helsefagarbeider. En dreining mot økt bruk av polikliniske konsultasjoner og færre liggedøgn bidrar til forskjellig utvikling i etterspørselen etter disse utdanningene. Leger og psykologer har økt i antall, mens antall helsefagarbeidere har gått ned. Helsefagarbeideres oppgaver er mer knyttet til døgnheiter enn poliklinikker. Dette kan være en forklaring på nedgangen for denne gruppen.»

Hvis man bryter tallene ned på antall kliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne, i praksis DPS-ene, og sammenlikner dem med oppholdsdøgn/liggedager, ser man den nevnte utviklingen i tall:

Mellom 2017 og 2018 gikk antall liggedøgn ned med over 33 000, eller rundt tre prosent, mens antall kliniske konsultasjoner (både leger og psykologer) økte med nesten 300 000. Det er en økning på hele 11,6 prosent i løpet av et år. Antall psykologer i spesialisthelsetjenesten økte med én prosent fra 2017 til 2018.

**Kilde:** Statistisk sentralbyrå



**DEN GAMLE KOMMUNEPSYKOLOGEN**

PP-psykolog Kjersti Hatleskog (34) er på besøk på Finnøy sentralskule for å møte lærere og foreldre. Som PP-psykolog i fire kommuner i Rogaland reiste Hatleskog i fjor over 5000 kilometer.





REPORTASJE

# Lokalpsykologene

Hvem skal *forebygge*, og hvem skal *behandle* psykisk syke i kommunen? Vi ble med PP-psykologen og den nye kommunepsykologen i Strand i Rogaland på jobb.

TEKST Øystein Helmikstøl | FOTO Jan Inge Haga





**PSYKISK HELSE I KOMMUNE-NORGE**

Frem mot kommunevalget 2019 retter  
Psykologtidsskriftet søkelyset mot psykisk  
helsefeltet i et utvalg norske kommuner.

I marsutgaven dro vi til Villa Walle i Bærum,  
Akershus. I dette nummeret besøker  
Psykologtidsskriftet Strand i Rogaland.

**D**a Tom Cruise hang utenfor stupet på Preikestolen under innspillingen av *Mission: Impossible – Fallout* en novemberdag i 2017, kunne han se rett ned på garden der psykolog Kjersti Hatleskog bor, i Fossmark i Forsand kommune i Rogaland.

Den 34-årige psykologen bor innerst på sørsiden av Lysefjorden der den smale veien slutter. I dag kjører hun bil gjennom de to kommunene Forsand og Strand for å gjøre en jobb på en skole i en tredje kommune: Finnøy. I tillegg til bilturen på fire mil hjemmefra må hun ta hurtigbåt fra Tau i Strand til Judaberg på Finnøy klokka fem over halv åtte.

Psykolog Hatleskog passerer KrF-topp Olaug Bollestadts barndomshjem på kjøreturen, det ligger noen meter fra riksvei 13 på høyre side, like ved Jørpeland bedehus og kommunesenteret for Strand. Strand blir omtalt som en gjennomsnittskommune, men stikker seg også ut. Kommunen har en omfattende rusproblematikk, ifølge egen rusmiddelpolitisk handlingsplan. Og andelen elever som får spesialundervisning, ligger høyere enn landsgjennomsnittet. Det siste er psykolog Hatleskogs bord. Hun er rådgiver i det som heter PPT, pedagogisk-psykologisk tjeneste, i Midt-Ryfylke.

PPT er en tjeneste som er blitt utfordret fra flere hold de siste årene.

**– God morgen!**

Det er fire plussgrader og litt vind. Snøen har forsvunnet i løpet av Kjersti Hatleskogs biltur. Hun går om bord på hurtigbåten fra Strand til Finnøy og hilser på kjente. Treningsgrunnlaget er godt: I fjor tok hun 31 båtturer til Finnøy, i tillegg til 37 bilturer til den fjerde kommunen hun har ansvaret for: Hjelmeland, som ligger en halvannen times biltur unna hjemmet hennes.

Hjelmeland har ikke kommunepsykolog.

– Med en times reisevei til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk på Jørpeland er det en del fra Hjelmeland som vegrer seg for å dra så langt, forståelig nok. Det har ført til at jeg i den kommunen har vært litt involvert i direkte arbeid med barn og familier, der det er naturlig.

Da kommer ett års erfaring fra Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Sandnes godt med for PP-psykologen, selv om hun er glad for å ha flyttet fra BUP til PPT.

– På BUP var det stort fokus på raske utredningsprosesser og diagnoser. I PPT får jeg følge barna over lengre tid og har større mulighet til å bygge en felles forståelse for hva som er vanskelig.

Hatleskog satt ofte med følelsen av å ikke få til å hjelpe i BUP.

– Noe av årsaken hang nok sammen med rammene som er i BUP, for eksempel at det meste av hjelpen skjer inne på et kontor, med samtalen som verktøy. Det er det en del barn og ungdommer som ikke klarer å nyttiggjøre seg.

Som PP-psykolog er imidlertid ikke Hatleskogs hovedoppdrag å behandle. PPT er underlagt opplæringsloven og sorterer under Kunnskapsdepartementet, ikke Helsedepartementet. Hovedoppdraget hennes er kompetanse- og organisasjonsutvikling for å legge opplæringa bedre til rette for elever med særlige behov, ifølge loven. PPT skal også sørge for at det blir utarbeidet sakkyndige vurderinger av hvilke ekstra ressurser et barnehagebarn eller en skoleelev eventuelt trenger.

**Psykolog Kjersti Hatleskog har vært ansatt i PPT på Jørpeland siden desember 2011**, med et avbrudd i BUP på ett år. Hun fikk PPT-jobb før hun var ferdig utdannet i Bergen.



**I GRÅLYSNINGEN** PP-psykolog Kjersti Hatleskog (34) på vei fra kaien på Judaberg opp til Finnøy sentralskule en morgen i februar for å møte foreldre og lærere til elever hun følger tett.

- På BUP var det stort fokus på raske utredningsprosesser og diagnoser. I PPT får jeg følge barna over lengre tid

*Kjersti Hatleskog, psykolog i PPT*







I fjor kjørte Hatleskog 5665 kilometer i bil for å komme seg rundt på jobb i de fire kommunene hun og PP-tjenesten har ansvaret for. Ifølge oversikten hun har hentet inn, hadde hun 322 konsultasjoner eller avtaler, da er ikke spontane møter med for eksempel lærere regnet med. Det inkluderer blant annet 155 møter med ansatte i barnehager og på skoler, 23 samtaler med foresatte, 15 samtaler med barnehagebarn eller skoleelever og 34 observasjoner av barn i barnehagen eller på skolen. Seks ganger har hun gjort testarbeid. Akkurat nå har hun 82 barnehagebarn og skoleelever i porteføljen sin.

Turen til Finnøy i dag er et avbrudd i psykologens arbeid med sakkyndige vurderinger.

– Jeg bruker alt fra en times tid til en hel arbeidsdag på selve skrivarbeidet med hver vurdering, sier Hatleskog mens vi sitter rundt bordet i hurtigbåtsalongen og ser land på Judaberg på Finnøy. For tiden utarbeider hun 27 slike vurderinger.

– Myndighetene krever at vi må ta med stadig flere momenter i vurderingene. De sakkyndige vurderingene har derfor est ut de siste årene. Nå kan de fort bli på fire-fem sider. Da er det litt rart at vi i neste omgang får kritikk for å bruke altfor mye tid på de sakkyndige vurderingene.

**De sakkyndige vurderingene, ja.** De er noe av årsaken til at PP-tjenesten er blitt filleristet i det siste.

– Er det hensiktsmessig med en PP-tjeneste som bruker mye av arbeidstiden på sakkyndige vurderinger?

Spørsmålet ble stilt av pedagogikkprofessor Thomas Nordahl i et foredrag på Gol i fjor i regi av Forum for psykologer i kommunen. Forumet ble etablert på 70-tallet og har tradisjonelt vært for psykologer i PPT, ifølge leder Sturla Helland. Helland opplyser, med en humoristisk vri, at da PPT utover på 2000-tallet kom i bakleksa til fordel for alt snakket om den nye kommunepsykologen, snudde forumet kappen etter vinden, og ble et forum for alle psykologer i kommunen.

I Nordahls foredrag, som ligger tilgjengelig på nettsidene til Forum for psykologer, tegnes et bilde av PPT som gammeldags, lite funksjonelt, rådyrt i forhold til resultatet og til dels ekskluderende for barn og unge med behov for særskilt tilrettelegging.

– Cirka 80 prosent av arbeidstiden til PP-tjenesten brukes til sakkyndige vurderinger. Det innebærer om lag 1300 årsverk, sa en kritisk Nordahl.

Forumet mener oppmerksomheten på sakkyndighet er blitt for stor på bekostning av å veilede foreldre og skoler, slik at det legges til rette for gode utviklingsmuligheter for de barna og ungdommene som strever med læring, har psykiske vansker, eller strever med sosiale relasjoner i barnehagen og på skolen.

Annethvert barn som får spesialundervisning, får det av ufaglærte. Dette gjelder også for mange av barna som får spesialpedagogisk hjelp i barnehage.

Pedagogikkprofessor Thomas Nordahl og en ekspertgruppe han har ledet, vil legge ned hele PP-tjenesten, skrev blant annet NRK, Dagsavi-

– Mange barn har liv som ikke lar seg dele opp på den måten

*Kjersti Hatleskog, om å skille mellom forebygging og behandling*

Øverst:

**MORGENMØTE** Kontaktlærer Silje Berge Olsen på Finnøy sentralskule møter PP-psykologen litt over klokka åtte en fredag morgen i februar. De forbereder et møte med foreldre.

Nederst:

**VENTER PÅ BÅTEN HJEM**

På lærerværelset på Finnøy sentralskule gjør Hatleskog papirarbeid før hun drar tilbake til kontoret på Jørpeland.



**DEN NYE KOMMUNEPSYKOLOGEN**

Katrine Amdal Torgersen (49) har jobbet med saker i Strand kommune siden 2000, først i PPT, så i BUP. Fra 2016 har hun jobbet som kommunepsykolog.

sen og VG i april i fjor. Da Høyres kunnskapsminister Jan Tore Sanner fikk ekspertrapporten<sup>1</sup> fra Nordahl, sa han ifølge Kommunal Rapport:

– Dette er kritisk å ta tak i.

Men ministeren ville ikke forhaste seg før han konkluderte om PPT.

Også Barneombudet er kritisk til PPT, selv om de ikke vil legge ned tjenesten.

– Det er stor variasjon på kvaliteten i PPTs sakkyndige vurderinger, heter det i Barneombudets rapport «Uten mål og mening?» fra 2017.

Sturla Helland undrer seg over at PP-psykologens rolle i PPT knapt blir drøftet i rapporten fra Thomas Nordahls ekspertutvalg. Den tjenesten Nordahl ønsker seg, ansatte tettere på lærerne i barnas hverdag, mener Helland ligner mye på oppgavene den pedagogiske veiledningstjenesten hadde tidligere. Denne modellen ble avvirket i 1998.

**Men vil Nordahl legge ned PPT, slik mediene skrev i fjor?**

– Nei, svarer pedagogikkprofessoren i en sms til Psykologtidsskriftet. Han vil ha PPT nærmere skolen, skriver han.

– *Hva bør PP-psykologene aller helst drive med, hvis du hadde fått bestemme?*

– De skulle vært mer ute i skoler og barnehager og både utredet, observert undervisning, veiledet og analysert undervisning og barn og unges læringsutbytte både sosialt, språklig og faglig, svarer Nordahl.

Og nettopp dette er det nok mange i PP-tjenesten som gjør, ifølge Sturla Helland.

– Det er forunderlig at ikke Nordahl har fokusert på fylkesmenneskenes rolle som pådriver i å øke PP-tjenestens byråkratiske arbeid, mener Helland.

PP-psykolog Hatleskog kjenner seg ikke igjen i en del av Thomas Nordahls beskrivelser av PPT. Hun vil gjerne bruke mer av tiden sin ute i barnehager og skoler, men hun tror det er viktig at PPT fortsetter å være en selvstendig virksomhet.

– Jeg tror at noe av PP-tjenestens styrke er at vi kan komme utenfra og ha et friskt blikk, for eksempel på organisering og systemarbeid i de virksomhetene vi jobber med.

.....

1. Thomas Nordahl mfl.: *Inkluderende fellesskap for barn og unge. Ekspertgruppen for barn og unge med behov for særskilt tilrettelegging*. Fagbokforlaget, 2018

## Strand kommune i Rogaland

- 12 500 innbyggere.
- Kommunens inntekter er budsjettert til 708 millioner i 2019.
- Næringslivet i Strand er todelt. Den ene delen er tradisjonell industri, handel og reiseliv. Den andre delen leverer varer og tjenester til energisektoren på Nord-Jæren. Rundt 30 prosent av arbeidsstyrken pendler ut av kommunen til olje- og energiklyngen i regionen.
- Strand kommune har en omfattende rusproblematikk som gjør at det er nødvendig med satsing på rusfeltet, ifølge kommunen selv.
- De fleste ungdommene har det bra og tar avstand fra bruk av rusmidler, men det finnes en liten gruppe som er mer marginalisert enn tidligere, og som sliter med psykiske vansker og rus, ifølge rusmiddelpolitisk handlingsplan.
- BUP Madla mottok 90 henvisninger fra Strand i 2018. Det er en økning fra 72 i 2017. Det er høye tall, ifølge BUP.
- I Strand bor det tre psykologer som jobber i den offentlige helsetjenesten. Kjersti Hatleskog (PPT), Katrine Amdal Torgersen (kommunepsykolog) og Katrine Mæland (BUP). I tillegg driver Arvid Voster privatpraksis.

*Kilde: Budsjett 2019 for Strand, rusmiddelpolitisk handlingsplan 2017-2021, Ungdata og folkehelseprofil 2017.*

Dersom ressursene i PPT plasseres ut i skoler og barnehager, er hun redd for at PPT på lengre sikt kan bli «spist opp» av den vanlige driften i virksomhetene, og at kompetansemiljøene i PPT forsvinner.

Hun synes skillet mellom *forebygging* og *behandling* ikke gir mening i møte med mange barn og familier.

– Mange barn har liv som ikke lar seg dele opp på den måten.

**På vei opp til Finnøy sentralskule** fra kaien på Judaberg går vi forbi et svært drivhus. Kommunen består av 16 øyer og har 3000 innbyggere. Tomatfestivalen samler flere tusen hvert år. Skolen som psykolog Hatleskog i dag kommer gående til i grålysningen, har 334 elever fra 1. til 10. klasse.

På rommet der psykolog Hatleskog skal møte kontaktlærer for 7. klasse Silje Berge Olsen litt over klokka åtte, står esker med aktivitetspuslespill og flere bokser «Big Time Demonstration Clock». Matteoppgaver fra Teknisk

- Cirka 80 prosent av arbeidstiden til PP-tjenesten brukes til å utarbeide sakkyndige vurderinger. Det innebærer om lag 1300 årsverk

*Thomas Nordahl, professor i pedagogikk*

museum i Oslo er spredd rundt. Psykologen fisker ordspillet Tick Tack Bum opp fra bagasjen. Hun og kontaktlæreren skal forberede et møte med foreldrene til en elev som har utfordringer på skolen.

- Det er en stor fordel for skolen å ha Kjersti så lett tilgjengelig. Hun er innom skolen jevnlig, men hun er også lett å nå på telefon. Hun er tydelig, ryddig og faglig sterk, skryter kontaktlærer Berge Olsen før møtet med foreldrene.

Etter møtet skal Hatleskog observere en annen elev inne i en klasse. Dette blir avlyst på grunn av et stort skolearrangement denne dagen. Hatleskog setter seg på lærerrommet med ryggen mot fjorden. Hun har litt ledig tid før båten går tilbake. Det er denne tiden hun pleier å bruke til å skrive e-poster, ordne med avtaler og annet papirarbeid hun kan ta med seg. I dag blir det arbeidet avbrutt av et spontant møte med en lærer som ønsker råd om oppfølging av en elev.

\*

**På vei hjemover fra Tau til Jørpeland** i Strand kommune ser vi røyk stige opp fra Stålverket. I glansdagene hadde Norges første elektrostålverk 1150 ansatte. Nå er det 75 arbeidere der.

Noen forklaringshypoteser går igjen om industrikommunen Strands problemer med psykisk uhelse og rus. Generasjonsproblematikk og belastede familier over generasjoner er én av dem. Kommunens rusmiddelpolitiske handlingsplan viser til at rusforsker Sverre Nesvåg sammenligner Strand med gamle industrisamfunn som Sauda og Odda, som også har store utfordringer på rusfeltet.

Kommunen har lenge vært klar over utfordringene innenfor psykisk helse og rus, og de har tatt bevisste valg for å gjøre noe med problemene. De har ROP-team (oppsøkende behandlingsteam), lavterskel helsehus, ruskoordinator og lavterskel arbeids- og aktivitetstilbud.

Og de har ansatt en kommunepsykolog.

**Rett nedenfor Fjelltun skole på Jørpeland ligger Familiens hus.** Her er helsestasjon, forebyggende avdeling og Frisklivssentralen. De er til sammen rundt 25 ansatte. Kommunepsykolog Katrine Amdal Torgersen har kontor ved siden av Frisklivssentralen. 49-åringen ble ansatt i 2016, men har jobbet i kommunen siden 2000, først i PPT, så i BUPs satellittkontor på Jørpeland. Nå skal hun drive med lavterskelbehandling for innbyggere med milde symptomer i alle aldre i 70 prosent av stillingen, resten av tiden skal hun bruke på systemarbeid.

- Så du kan si det er veldig travelt her, ja. I fjor hadde jeg nok godt over hundre personer jeg prøvde å følge opp.

**Innen 2020 skal alle kommuner i Norge tilby psykologkompetanse,** har Stortinget vedtatt. I 2018 er det ifølge SINTEF<sup>2</sup> ansatt over 500 psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Psykologforeningens visepresident for fag- og profesjonspolitikk Heidi Tessand sa i mai i fjor at å begynne som kommunepsykolog kunne være

.....

2. Rapport: Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester. En devaluering i forbindelse med følgeevalueringen av Kompetanseløft 2020





#### **SAMARBEID PÅ FAMILIENS HUS**

Kommunepsykologen samarbeider med familierapeut Tove Langvik. På kontoret ved siden av sitter Liv Margunn Ravnås i Frisklivssentralen.

som å navigere i et landskap der man verken har terreng eller kart for hånden. Kommunene står fritt til å definere hvilken form for psykologkompetanse de ønsker seg. «Kommunepsykologen» er i støpeskjeen.

Kommunepsykologen i Strand samarbeider med familierapeutene på Familiens hus, de treffer vi i gangen. Eva Vestfoss Hansen og Tove Langvik forteller at de nå følger opp rundt 40 familier hver.

Da de drakk morgenkaffe på Familiens hus i dag, snakket de om noe de har lagt merke til i det siste.

– Det er noe vi syns er snodig. BUP ser ut til å avvise mer enn før. Det er noen som ikke får hjelp. Det er et hull i systemet et sted, sier Torgersen.

Hun forteller at hun av mangel på kapasitet har måttet si nei til en pasient der psykologen i BUP beskriver at personen er ferdig behandlet hos psykolog.

Dette er et poeng som også Sturla Helland i Forum for psykologer i kommunene hører fra flere steder i landet.

– Spørsmålet er ikke bare hvem som skal behandle, men også hva som er ferdigbehandlet, sier han.

Kommunepsykologen i Strand sier det slik:

– Personen er jo ikke ferdig behandlet hvis de henviser fra psykolog til psykolog. Så forsvinner pasienten ut, for jeg må dessverre si nei. Sier jeg ja til å behandle denne pasienten, må jeg si nei til de som dropper inn

Les også redaksjonens begrunnelse for hvorfor vi dekker psykisk helse i kommunen, side 273.



### LANG VEI HJEM

Kjersti Hatleskog på kaien på Judaberg. Nå går turen tilbake til kontoret på Jørpeland, før hun drar hjem til sauene på garden i Fossmark i Lysefjorden, fire mil unna.

rett fra friminuttet på skolen, de jeg egentlig skal følge opp, slik at de ikke ender opp i spesialisthelsetjenesten seinere.

Sturla Helland i Forum for psykologer i kommunen har i flere omganger stilt spørsmålet «Hvem skal behandle?» i tidsskriftet *Psykologi i kommunen* de siste årene. Han er også kritisk til Norsk psykologforenings vektlegging av forebygging:

– Når individuell behandling blir for dyrt for samfunnet, får man en klokkertro på forebygging. Da må Psykologforeningen tute med de ulvene som hyler. Hvis alle psykologer skal drive med forebygging, må det bety at det blir andre faggrupper som skal drive med behandling. Har vi tenkt over det?

Psykologforeningen har i disse dager publisert råd og tips på nettet til kommunepsykologer. Blant annet dette: «Du kan gjerne vektlegge at det er viktig med systemarbeid, og at det ikke bør være for ensidig fokus på individuell samtalerapi.»

**På kontoret sitt på Familiens hus på Jørpeland** forteller Katrine Amdal Torgersen at hun veileder, ute på skolene, for eksempel. Men hun har gitt beskjed til kommunen om at hun vil ha en god del samtalerapier.

– Jeg er kliniker.

Til kommunepsykologen i Strand skal folk komme rett fra gata, uten en utredning fra andrelinjetjenesten i lomma.

– Men der har jeg løsna litt på kravene. Du må få lov å ha fått diagnosen ADHD for ti år siden og samtidig ha en angstproblematikk nå, ti år etter at diagnosen ble satt, for eksempel.

– *Og her kan innbyggerne i Strand droppe rett inn?*

– Nei. Da blir det veldig stort tilfang. Jeg må si nei til mange. Det er jo en kommune som alltid har hatt høye prosenter inn i psykiatrien. Jeg vet ikke om det handler om at det har vært for lite lavterskeltilbud utbygd i kommunen, eller hva det kan være.

**Kommunepsykolog Torgersen ser et mønster i oppfølgingen**, eller mangel på oppfølging, av en del som trenger hjelp: Barn med det hun omtaler som soleklare diagnoser, som er enkle å kategorisere, som autisme eller Asperger, de blir utredet i BUP og får god oppfølging av PPT. Barn med en tilknytningsforstyrrelse, som har emosjonelle vansker eller relasjonelle vansker, de faller mellom alle stoler.

– De er jo vanskelige å behandle, eller ta seg av, i utgangspunktet. Og hvis BUP på grunn av pakkeforløp og kategorisering ikke kan tilby disse behandling, og kommunene ikke er nok utbygd slik at de får behandling i kommunen, da kan det være at de ikke blir behandlet. Kanskje de ender opp hos Arvid? undrer kommunepsykolog Torgersen.

#### Vi ringer Arvid.

Han er privatpraktiserende psykolog med driftstilskudd på Jørpeland.

– Det stemmer, noen av de pasientene Katrine snakker om, ender nok opp hos meg, sier Arvid Voster.

Han har undret seg over dette i det siste, sier han:

– Driver ikke BUP med behandling lenger? Hvem skal da behandle?

\*

**Tre minutter fra Familiens hus på Jørpeland har PPT sitt kontor.** Her treffer vi Kjersti Hatleskog igjen.

PPT ligger til høyre i andreetasjen i bygningen i Rådhusgata, BUPs filial til venstre.

PP-psykologen har hatt det travelt i det siste. Hjemme på garden gikk plutselig noen av sauene i gang med lamming.

Siden Finnøy-utflukten har hun vært på skoler både på Jørpeland, Tau og i Hjelmland.

– Jeg får lov å være i livet til mange barn over lang tid. Det er meningsfylt å bli kjent med barn og foreldre og gi hjelp over mange år dersom det er behov for det.

Hun er ikke så interessert i diskusjonen om hvem som skal drive behandling, og hvem som ikke skal gjøre det.

– Men det hadde vært fint om vi ble enige om hvem som skal hjelpe.

#### KUNNSKAPSDEPARTEMENTET:

## - PPT blir viktige

Regjeringen vil ha et faglig sterkt PPT som samarbeider godt med skole og barnehage.



#### STATSSEKRETÆR

Rikke Høistad Sjøberg (H) i Kunnskapsdepartementet.  
Foto: Marte Garmann/Regjeringen.no

**PPT ER BLITT KRITISERT** fra flere hold de siste årene. Psykologtidsskriftet har spurt kunnskapsminister Jan Tore Sanner (H) om han vil legge ned PP-tjenesten.

– Nei. PPT blir viktige i vårt arbeid med å styrke tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage og skole. Nordahl-utvalget peker på at mange barn ikke får tilstrekkelig tilpasset og tilrettelagt pedagogisk tilbud eller undervisning, at de som får det, gjerne får det for sent eller får et tilbud av assistenter, svarer statssekretær i Kunnskapsdepartementet Rikke Høistad Sjøberg (H) og fortsetter:

– Vi trenger mer spesialpedagogisk og pedagogisk kompetanse nærmere barna for å gi barna et bedre tilbud. Et faglig sterkt PPT som samarbeider godt med skole og barnehage er en viktig del av det.

– *Hva ønsker du at psykologene i PPT skal drive med?*

– Vi arbeider med stortingsmeldingen om tidlig innsats og inkluderende fellesskap, så det er for tidlig å gå i detalj på løsningene, svarer statssekretær Sjøberg.

Meldingen skal legges frem for Stortinget i høst.

En utfordring for barn og unge er ifølge statssekretæren at de gjerne trenger hjelp og støtte fra flere ulike fagpersoner, og at disse må samarbeide for å gi barna mulighet til å ta del i det sosiale fellesskapet og oppleve mestring og læring.

– Her utgjør psykologer i kommunen, det være seg i PPT eller kommunehelsetjenesten, en viktig del. Tverrfaglig samarbeid blir et viktig tema i stortingsmeldingen, og vi vurderer nå hvordan vi kan legge bedre til rette for «laget rundt barnet».

✘





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 246-264 FAGFELLEVDERT

MARITA HOVLAND EVENSEN, SILJE SEGADAL FLUGE, TRINE SKEISTRAND KJOBORG

og HEGE HØIVIK BYE, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT trine.kjoberg@gmail.com

# MENNS OPPLEVELSE AV Å BLI UTSATT FOR SEKSUELT OVERGREP I VOKSEN ALDER

– En kvalitativ metasyntese

Internaliserte kjønnsrollenormer og myter om voldtekt kan være en særlig utfordring for menn som opplever overgrep i voksen alder. For mange står frykt for hva overgrepet sier om dem som mann sentralt.

Menn venter i gjennomsnitt 20 år før de forteller noen at de har blitt utsatt for seksuelle overgrep (Easton, Saltzman, & Willis, 2014; O'Leary & Barber, 2008), og seksuelle overgrep mot menn tenkes å være særlig underrapportert til politiet (Kimerling, Rellini, Kelly, Judson, & Learman, 2002). Forskning på seksuelle overgrep har i liten grad fokusert på utsatte menn (Davies, 2002), og den forskningen som har blitt gjort har i hovedsak tatt for seg de som har blitt utsatt i barndommen (eks. Chouliara, Karatzias, & Gullone, 2014; O'Leary, Easton, & Gould, 2017). Gitt at voksne har en annen erfaringsbakgrunn enn barn (f.eks. andre seksuelle erfaringer og opplevelser av seksuell frihet), kan man anta at det å bli utsatt for et seksuelt overgrep som voksen mann oppleves annerledes enn å bli utsatt for det som barn. Det er derfor interessant å se nærmere på studier som har hentet frem førstepersonserfaringer fra mannlige overgrepsutsatte. Vi har gjort en kvalitativ metasyntese for å belyse menns unike opplevelser av det å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i voksen alder og undersøkt hvordan disse opplevelsene kan forstås i lys av holdninger til maskulinitet og stereotypiske oppfatninger om overgrep mot menn.

.....

Artikkelen er en videreutvikling av en hovedoppgave i psykologi levert ved Universitetet i Bergen i 2017. De tre første forfatterne har bidratt likt i arbeidet med artikkelen og står oppført alfabetisk. Marita Hovland Evensen arbeider nå ved PPT for Indre Sunnfjord, Silje Segadal Fluge arbeider ved Barne- og familietjenesten i Fana og Ytrebygda og Trine Skeistrand Kjoborg arbeider ved Betanien BUP.

## ABSTRACT

### *Adult male survivors of sexual assault – A qualitative meta-synthesis of their experiences*

Adult male survivors of sexual assault are a neglected group. To shed light on their experience we have performed a qualitative meta-synthesis to identify recurring themes in the men's narratives. The results were sorted into six categories: «stolen masculinity – if I'm not a man, what am I?», «desperate chase for stolen masculinity», «trapped in masculinity», «sexual and relational difficulties», «how could I let it happen?» and «betrayed by the body». Attitudes towards masculinity and prejudice against victims of sexual assault seem to strongly affect male victims' subjective experience. They feel demasculated and do not seek necessary help in fear of being exposed as a lesser man. Many experience confusion regarding their bodily reactions during the assault and are often relationally and sexually challenged in the aftermath of sexual assault. We conclude that the men have internalised gender role norms and rape myths, and that this presents an additional challenge after sexual assault.

*Keywords: male sexual assault (MSA), male rape, masculinity, rape myths, gender role norms, psychological consequences, qualitative meta-synthesis*

»



Normative forventninger til det maskuline som beskrevet over står i kontrast til det å være et «offer»

### SEKSUELLE OVERGREP MOT MENN

Seksuelle overgrep kan defineres som uønsket seksuell aktivitet der overgriper bruker makt, trusler eller utnytter det at offeret ikke kan gi sitt samtykke til handlingen (Kazdin, 2000). Forskning har identifisert en rekke kjennetegn ved overgrep mot menn. Blant annet er overgriperen som oftest en mann (Turchik & Edwards, 2012), og homofile og bifile menn er spesielt utsatt (Balsam, Rothblum, & Beauchaine, 2005; Walker, Archer, & Davies, 2005b). Menn utsettes dessuten for mer voldelige overgrep sammenlignet med kvinner (Kaufman, Divasto, Jackson, Voorhees, & Christy, 1980; Stermac, Del Bove, & Eddison, 2004) og utsettes gjerne for flere overgripere (Hillman, Tomlinson, McMillan, French, & Harris, 1990; Lacey & Roberts, 1991).

Både kvinner og menn som utsettes for seksuelle overgrep kan oppleve nummenhet og at de ikke klarer å kjempe imot under overgrepet (*tonisk immobilitet*, Bados, Toribio, & García-Grau, 2008). En vanlig respons blant menn er dessuten ereksjon og/eller utløsning under overgrepet (Bullock & Beckson, 2011; McMullen, 1990; Sarrel & Masters, 1982). Dette trenger ikke å henge sammen med seksuell lyst, men kan komme av fysisk stimulering (O'Brien, Keith, & Shoemaker, 2015) eller sterk frykt (Bullock & Beckson, 2011; Redmond, Kosten, & Reiser, 1983). En slik respons feiltolkes ofte som at den utsatte har ønsket den seksuelle kontakten, og likestilles derfor også ofte med et samtykke til samleie fra den utsattes side (Riggs, Houry, Long, Markovchick, & Feldhaus, 2000).

Seksuelle overgrep kan ha svært ødeleggende konsekvenser for den utsatte. I likhet med kvinner som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, rapporterer utsatte menn psykologiske vansker i etterkant, som angst (Walker, Archer, & Davies, 2005a), depresjon og lavere selvtillit (Ratner et al., 2003; Walker et al., 2005a), samt symptomer på posttraumatisk stresslidelse (Elliott, Mok, & Briere, 2004; Walker et al., 2005a).

### STEREOTYPISKE HOLDNINGER TIL OVERGREP MOT MENN

Hvordan voksne menn opplever det å bli utsatt for et seksuelt overgrep kan ses i lys av normative stereotyper for hvordan menn *skal* eller *bør være* (i kontrast til deskriptive stereotyper om hvordan menn typisk *er*) (Glick & Laurie, 2010). Historiske kjønnsrollenormer for «den ideelle mannen» er blant annet at menn skal være seksuelt promiskuøse, dominante, undertrykke alle emosjoner unntatt sinne, og unngå alt som passer med det stereotypisk feminine (Brannon, 1976; Levant et al., 1992; O'Neil, Helms, Gable, David, & Wrightsman, 1986). På samme måte trekker også nyere forskning frem at menn normativt skal fremstå som initiativrike, uavhengige og ha et maskulint utseende, og unngå å fremstå som svake, emosjonelle, tilbakeholdne og ha et feminint utseende (Koenig, 2018). Det å være heterofil inngår også ofte i såkalt hegemonisk maskulinitet (Connell & Messerschmidt, 2005).

Maskulinitet er samtidig ikke et entydig begrep, og på tvers av historisk og kulturell kontekst vil man finne ulike oppfatninger om hva det vil si å være mann, og hvilke egenskaper som skal inngå i dette. I sin litteraturgjennomgang av forskning på manndom («manhood») viser Vandello og Bosson (2013) imidlertid at det som holder seg konstant på tvers av tid og kultur, er menns frykt for å miste sin manndom, og at manndom som sosial status er vanskelig å oppnå, lett å miste, og noe som igjen og igjen må bevises. Dette har en parallell i teoretiske per-



**Tabell 1** Oversikt over stereotypiske oppfatninger om overgrep

Stereotypisk oppfatning om overgrep	Studie
Menn kan ikke voldtas	Turchik og Edwards (2012)
En mann kan forsvare seg selv mot seksuelle overgrep	Groth og Burgess (1980)
Menn fungerer ikke seksuelt med mindre de er seksuelt opphisset	Smith, Pine og Hawley (1988)
Voldtekt av menn er ikke alvorlig	O'Brien et al. (2005)
Det er bare homofile menn som voldtar menn	O'Brien et al. (2005)
Bare homofile menn blir voldtatt	O'Brien et al. (2005)
Menn blir mindre traumatisert når overgriperen er en kvinne	Clements-Schreiber og Rempel (1995); Smith et al. (1988); Struckman-Johnson og Struckman-Johnson (1992)
Menn er alltid klare for å ha sex	Smith et al. (1988)

spektiver på kjønn som noe man *gjør* (West & Zimmerman, 1987). Vi kan ikke velge om vi vil bli sett av andre som menn eller kvinner, og må håndtere et mangfold av sosiale interaksjoner på måter som ses eller kan ses som passende for vårt kjønn. Dette innebærer at vi på tvers av situasjoner alltid potensielt kan holdes ansvarlig for hvordan vi handler *i egen-skap av å være kvinner eller menn*.

Normative forventninger til det maskuline som beskrevet over står i kontrast til det å være et «offer» (Pollack & Levant, 1998) og kan prege menns opplevelse av å ha blitt utsatt for et seksuelt overgrep. Mer spesifikt eksisterer det en rekke stereotypiske oppfatninger om seksuelle overgrep (Bendixen, Henriksen, & Nøstdahl, 2014), og forskning tyder på at slike stereotypiske oppfatninger bidrar til stigma (Anderson, 1982; Coates, Wortman, & Abbey, 1979), og at overgrepsutsatte menn ikke forteller om overgrepene (Turchik & Edwards, 2012). Eksempler på stereotypiske oppfatninger er at menn ikke kan voldtas og at menn kan forsvare seg mot seksuelle overgrep. Se tabell 1 for en oversikt over vanlige stereotypiske oppfatninger knyttet til seksuelle overgrep mot menn. Disse perspektivene danner bakteppet for vår metasynthese.

## METODE

Metaetnografi (Noblit & Hare, 1988) er en metode for kvalitativ metasynthese som innebærer at man systematisk samler og analyserer funn fra kvalitative studier med det mål å fremme kunnskap og forståelse på et mer overordnet nivå sammenlignet med enkeltstudier (Malterud, 2017).

## Søk og utvelgelse av studier

Vi gjennomførte litteratursøk i databasene PsycINFO, Web of Science, MEDLINE og AMED med søkekategoriene «menn» og «seksuelle overgrep». Vi inkluderte artikler publisert innen oktober 2017 og fikk totalt 817 treff. Alle 817 treff ble grovsortert basert på tittel, og vi satt igjen med 564 studier som ble sortert basert på abstrakt. 68 artikler ble så vurdert som tematisk relevante, og disse ble lest i fulltekst. Etter å ha begrenset søket til kvalitative studier og kasuistikker som omhandlet menns subjektive opplevelse av å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep etter fylte 16 år, satt vi igjen med 14 kandidatstudier. I tillegg identifiserte vi tre aktuelle studier basert på referanselister fra tematisk relevante artikler. De 17 kandidatstudiene ble kvalitetsvurdert basert på sjekklisten CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2014), som omhandler studiens formål, utvalg og metode, etiske momenter, design og analyse, samt presentasjon av resultat og forskningens anvendbarhet. Tre studier ble ekskludert grunnet manglende beskrivelser av formål og hovedfunn, samt utilstrekkelige beskrivelser av analyse, datainnsamling og etiske vurderinger (Chan, 2014; Clark, 2017; Sarrel & Masters, 1982). Vi ekskluderte ytterligere to studier blant annet på bakgrunn av uklareheter i beskrivelsen av utvalget (Andersen, 2005; Zalcberg, 2017). Dette resulterte i et endelig utvalg av 12 studier (se tabell 2 for en oversikt). Av totalt 189 informanter satt vi igjen med 139 etter å ha ekskludert informanter som hadde opplevd overgrep i barndommen. Denne metasynthesen er basert på disse 139 informantene. De inkluderte informantene har blitt utsatt for ulike typer seksu-

»

**Tabell 2** Tabell med oversikt over primærartikler inkludert i metasyntesen

Forfatter/år/land	Tittel	Datainnsamling
Andersen (2008), Norge	Speaking About the Unspeakable: Sexually Abused Men Striving Toward Language	Semistrukturerte intervju og narrative intervju
Elder et al. (2017), USA	Masculinity as an Avoidance Symptom of Posttraumatic Stress	Semistrukturerte intervju
Javaid (2017), Storbritannia	Masculinities, Sexualities and Identities: Understanding HIV Positive and HIV Negative Male Rape Victims	Semistrukturerte intervju
Goyer og Eddleman (1984), USA	Same-sex Rape on Non-incarcerated Men	Kasusbeskrivelser
Groth og Burgess (1980), USA	Male Rape: Offenders and Victims	Uspesifisert intervjumetode
Masters (1986), USA	Sexual Dysfunction as an Aftermath of Sexual Assault of Men by Women	Kasusbeskrivelser
Mezey og King (1989), Storbritannia	The Effects of Sexual Assault on Men: A Survey of 22 Victims	Semistrukturerte intervju
Myers (1989), Canada	Men Sexually Assaulted as Adults and Sexually Abused as Boys	Uspesifisert intervjumetode
O'Brien, Keith og Shoemaker (2015), USA	Don't Tell: Military Culture and Male Rape	Kasusbeskrivelser
Turchik et al. (2013), USA	Perceived Barriers to Care and Provider Gender Preferences Among Veteran Men Who Have Experienced Military Sexual Trauma: A Qualitative Analysis	Semistrukturerte intervju
Walker, Archer og Davies (2005), Storbritannia	Effects of Rape on Men: a Descriptive Analysis	Skriftlig intervju
Willis (2005), USA	Male-on-Male Rape of an Adult Man: A Case Review and Implications for Interventions	Dybdeintervju

Deltakere/alder/kontekst	Kjennetegn ved overgrep
15 informanter, hvorav 2 er inkludert i vår analyse, 25–65 år. Rekruttert gjennom avisannonse og invitasjoner delt ut av ansatte ved incestsentre.	En voldtekt, én tvunget til å observere masturbering.
21 pasienter, ukjent alder, med PTSD-diagnose. Har fortalt om MST* i behandling ved poliklinikk. Henvist til studien av kliniskere ved sykehus.	Både mannlige og kvinnelige overgripere, flere utsatt for alvorlig vold under overgrep.
15 menn utsatt for seksuelle overgrep, 8 med og 7 uten HIV-smitte, gjennomsnittsalder 26 år. Rekruttert gjennom online datingsider og apper.	Både kvinnelige og mannlige overgripere rapportert. Én gjengvoldtekt, rasistisk motivert.
13 pasienter, 18–31 år. Kasus funnet ved gjennomgang av 2890 journaler ved psykiatrisk poliklinikk for menn i militærtjeneste.	Mannlige overgripere, svært voldelige og ydmykende kontekst, flere til stede under voldtekt.
22 informanter, hvorav 6 er inkludert i vår analyse, 16–28 år. Intervju med 16 menn dømt for overgrep og 6 mannlige overgrepsutsatte. Henvist av seg selv, politi eller sykehuspersonell til artikkelforfatterens poliklinikk.	Voldtekter utført av andre menn, noen svært voldelig, bruk av våpen og fare for liv. Tre gjengvoldtekter. Noen voldtatt av nære venner.
3 pasienter, 26–37 år. Mennene har henvist seg selv til et institutt for behandling av seksuelle vansker og lidelser.	Overgrep utført av kvinner, ydmykende kontekst, bruk av våpen og trusler.
22 informanter, 8 av disse dybdeintervjuet. Alder ukjent. Informantene er menn utsatt for seksuelle overgrep og har blitt rekruttert gjennom aviser og magasiner.	Fleste tvunget til analsex av mannlig overgriper, ydmykende kontekst med urinering og masturbering.
14 pasienter fra artikkelforfatterens private praksis, hvorav 7 er inkludert i vår analyse, 18–35 år. Mennene har vært utsatt for seksuelle overgrep som voksne, eller blitt seksuelt misbrukt som barn.	Utsatt for voldtekt og overgrep av menn.
3 pasienter, 25–55 år. Veteraner utsatt for seksuelt overgrep som har deltatt i et behandlingsprogram ved senter for overgrepsutsatte.	Voldtatt av annen mann i militærtjeneste.
20 informanter, gjennomsnittsalder 62 år. Mannlige veteraner som har opplevd MST* i tjeneste.	Utsatt for voldtekt og overgrep av andre menn i militærtjeneste.
40 informanter, 19–75 år. Menn rekruttert gjennom annonser i aviser og magasiner rettet mot menn, og gjennom nettside rettet mot utsatte for seksuelt misbruk.	Variasjon i kontekst, overgripere er menn. Opplevd voldtekt og annen type overgrep, noe våpen og trusler. Noen ganger én, noen ganger flere overgripere.
1 pasient, 43 år. Kasusbeskrivelse basert på et kvalitativt dybdeintervju med en voksen mann utsatt for seksuelt overgrep.	Neddopet og voldtatt av to andre menn, alvorlig vold.



elle overgrep. De rapporterte overgrepserfaringene spenner fra å måtte se på en annen mann masturbere, til gjengvoldtekt med oral og anal penetrering, der den utsatte ble penetrert av både overgriper og objekter. Det varierte hvorvidt, og i hvor stor grad, de ble utsatt for fysisk vold under overgrepet. Noen ble ikke utsatt for fysisk makt, mens andre ble alvorlig skadet eller truet med våpen. I de fleste tilfellene var overgriperen en mann, men i noen var overgriperen en kvinne. I tillegg opplevde noen av informantene flere overgrep og flere ble utsatt for mer enn én overgriper.

### Prosedyre for analyse og syntese

Primærstudienes resultater danner grunnlaget for metasyntesen, og disse ble samlet i en oversikt. Studiene ble sortert tematisk etter metaforene (også kalt tema, kategorier, begreper) som forfatterne har brukt for å utføre en andreordensanalyse. Studiene ble listet horisontalt og de sentrale funnene ble sortert vertikalt i en matrise. Turchik et al. (2013) ble valgt som en indeksstudie og dannet utgangspunktet for sortering av de resterende studiene i tråd med anbefaling fra Malterud (2017). Ut ifra denne matrisen ble temaer fra studiene oversatt til hverandre, samtidig som terminologien brukt av artikkelforfatterne ble bevart. Etter at temaene fra hver studie var organisert, kunne innholdet fra samme rad syntetiseres ved at det ble oversatt det til et nytt, samlende konsept, eller en resultatkategori. Dette kalles metaforisk reduksjon (Noblit & Hare, 1988). For å ivareta intersubjektivitet ble koblingen av metaforer fra de enkelte studiene og den metaforiske reduksjonen gjort i fellesskap gjennom forhandling og diskusjon.

### RESULTAT

Syntetiseringen av funnene fra de 12 primærstudiene resulterte i seks resultat kategorier: «frarøvet maskulinitet – hvis jeg ikke er mann, hva er jeg da?», «desperat jakt på frarøvet maskulinitet», «innelåst i maskuliniteten», «hvor dan kunne jeg la det skje?», «sviktet av kroppen» og «seksuelle og relasjonelle vansker».

#### Frarøvet maskulinitet – hvis jeg ikke er mann, hva er jeg da?

Maskulinitet er et gjennomgående tema i de fleste artiklene og presenteres derfor først. Flere menn rapporterte at de hadde opplevd

tapt eller endret maskulinitet som følge av overgrepet, et fenomen vi har forsøkt å fange under kategorinavnet «frarøvet maskulinitet – hvis jeg ikke er mann, hva er jeg da?». Et sitat fra Javaid (2017) illustrerer denne opplevelsen av tapt maskulinitet:

I cannot believe I allowed myself to be a victim of rape. How could I let it happen? I don't feel masculine or manly anymore because I am expected to, and I guess, I expect from myself that I should be able to look after myself (s. 331).

Flere menn rapporterte å ha blitt redusert til en «feminisert» mann (O'Brien et al., 2015), en «ikke-mann» (Andersen, 2008; Javaid, 2017; Myers, 1989), eller en homofil mann (Elder, Domino, Mata-Gallán, & Killmartin, 2017; Turchik et al., 2013). For noen medførte også overgrepet en opplevelse av tapt identitet eller tap av selvet (Goyer & Eddleman, 1984; Javaid, 2017; Mezey & King, 1989; Walker et al., 2005b), eller en endret kjønnsidentitet (Goyer & Eddleman, 1984; Mezey & King, 1989; Masters, 1986). Masters (1986) foreslår i sin studie at endringen i kjønnsidentitet forsterkes når overgriperen er en kvinne, på grunn av den fullstendige innersjonen av kjønnsroller.

Det var imidlertid stor variasjon i mennenes subjektive opplevelse av maskulinitet etter overgrepet. Noen rapporterte å fortsatt føle seg maskuline til tross for at selvtiliten var svekket, mens en annen formidlet en stor endring: «Hell, I've got no manhood left ... he's made me into a woman» (Myers, 1989, s. 210).

#### Desperat jakt på frarøvet maskulinitet

I flere av studiene fremkommer det at mennene var opptatt av å fremstå som mer maskuline etter overgrepet. Dette kan være en konsekvens av en opplevelse av å være frarøvet maskuliniteten og signaliserer et behov for å forsikre både andre og seg selv om at man er «mann nok». Jakten på frarøvet maskulinitet kom til uttrykk på ulike måter. Noen overgrepsutsatte menn beskrev en tilbakevendende tvil knyttet til om overgrepet var en form for straff for at de ikke var tilstrekkelig maskuline (Elder et al., 2017), og flere ble opptatt av å ha en muskuløs kropp og en mer maskulin fremtoning ved hjelp av eksempelvis tatoveringer, å snakke i et mørkere stemmeleie eller å ha en maskulin gange (Elder et al., 2017; O'Brien et al., 2015).

Flere av mennene rapporterte også å ha blitt mer sinte, voldelige og nedlatende i etterkant av overgrepet, og noen fantaserte om hevn eller drap (Elder et al., 2017; Goyer & Eddleman, 1984; Groth & Burgess, 1980; Walker et al., 2005b). Ifølge Elder og kollegaer (2017) unngår utsatte menn å vise andre følelser enn sinne for å skjule usikkerheten rundt egen maskulinitet. Forfatterne av denne studien (Elder et al., 2017) foreslår videre at menn har oftere og mer risikabel sex med kvinner for å ta tilbake den tapte kontrollen og for å vise at de er dominante og heterofile. Vi tolker dette som et forsøk på å fremheve egenskaper som «den ideelle mannen» skal ha; at det er bedre å være en «motbydelig» mann enn å ikke bli sett på som en mann i det hele tatt. Et sitat som illustrerer dette, er hentet fra ovennevnte studie (Elder et al., 2017):

I became a real asshole. Really mean and just overly sarcastic. I would belittle people. Whatever happened to the nice me? Whatever happened to him? I used to be caring and sweet and talk to people about my life. Now I'm hard and bitter and closed (s. 202).

#### Innelåst i maskuliniteten

På tvers av flere av studiene fremkom ensomhet som et tema, og samlet ser det ut som utsatte menn kan bli fanget i egne og andres oppfatninger av hva det vil si å være mann. Det virker som at ønsket om å fremstå som maskulin fungerer som en barriere mot å fortelle om hendelsen og bidrar til isolasjon. Flere deltakere oppga skam og frykt for hvordan andre ville reagere dersom de fortalte om overgrepet som grunn for tilbaketrekning fra andre (Mezey & King, 1989; Myers, 1989; Turchik et al., 2013; Willis, 2009). Noen fryktet at deres heterofile legning skulle bli dratt i tvil (Elder et al., 2017; Goyer & Eddleman, 1984; Turchik et al. 2013). Et sitat fra Elder og kollegaer (2017) illustrerer dette:

I just didn't want my family to think I was gay. I didn't want anyone to think that. That was the biggest embarrassment. I think it falls under the machismo thing. I'm not gay (...) but I worried that other people may think of me that way and talk about it (s. 201).

Andersen (2008) foreslår i sin studie at menn lar være å fortelle for å beskytte det de opplever som det siste de har igjen av manndommen, og på denne måten beholde en viss kontroll. Vi ser også tegn til at stereotypiske oppfatninger om voldtekt av menn er implisitte i noen av deltakernes beretninger. I tre av studiene fremkom det at mennene ikke fortalte om overgrepene i frykt for å ikke bli trodd på at de som mann kunne ha blitt utsatt for et seksuelt overgrep (Groth & Burgess, 1980; Mezey & King, 1989; Turchik et al., 2013). Flere fortalte også at de som menn fryktet å bli møtt med negative holdninger hos helsepersonell og hos politiet (Goyer & Eddleman, 1984; Mezey & King, 1989; O'Brien et al., 2015; Turchik et al., 2013; Willis, 2009), og én av informantene beskrev hvordan han opplevde nettopp dette (Willis, 2009). Turchik et al. (2013) beskriver i sin studie at enkelte ikke søkte hjelp fordi de tenkte at de som menn ikke fortjente hjelp i etterkant av overgrepet i like stor grad som kvinner.

#### Hvordan kunne jeg la det skje?

I flere av studiene fortalte mange av mennene om skam og skyldfølelse etter overgrepet. De klandret seg selv for at de ikke hadde klart å avverge



I flere av studiene fremkommer det at mennene var opptatt av å fremstå som mer maskuline etter overgrepet





Flere fortalte også at de som menn fryktet å bli møtt med negative holdninger hos helsepersonell og hos politiet

overgrepet, eller at de ikke hadde handlet annerledes, og flere tenkte at det var noe spesielt med akkurat dem som gjorde at overgriperen hadde valgt dem (Andersen, 2008; Elder et al., 2017; Mezey & King, 1989; Myers, 1989; Turchik et al., 2013; Walker et al., 2005b).

Mange uttrykte en opplevelse av at de hadde feilet som mann fordi de ikke greide å kjempe imot overgriper (Andersen, 2008; Elder et al., 2017; Mezey & King, 1989; Walker et al., 2005b), og dette var særlig fremtredende i mannsdominerte miljøer, som militæret (Elder et al., 2017; Turchik et al., 2013). Spørsmål og tvil rundt egen seksuell legning kunne dukke opp hos heterofile menn etter et overgrep der overgriperen var mann. Noen rapporterte en usikkerhet om hvorvidt de kan ha hatt en «latent seksuell tiltrekning» til menn som overgriperen hadde oppdaget (Elder et al., 2017): «It challenged my sexuality. 'Am I gay?' (...) 'Was I putting out vibes that I was gay?' It took a while to show myself I had no sexual attraction toward other men» (s. 201).

I tråd med funn fra kategorien «frarøvet maskulinitet – hvis jeg ikke er mann, hva er jeg da?» kan det virke som at flere overgrepsutsatte menn i studiene tenkte at det var noe feil med dem; enten at de ikke var mann nok, eller at de manglet egenskaper de burde ha hatt.

#### Sviktet av kroppen

Flere av de utsatte uttrykte bekymring og forvirring rundt kroppslige reaksjoner de hadde i overgrepssituasjonen, som for eksempel ereksjon og utløsning. En av informantene fortalte at han opplevde dette som et «svik fra kroppen» (Andersen, 2008). I etterkant av overgrepet stilte mennene seg spørsmål om hvorvidt kroppen visste noe de selv ikke visste. O'Brien og kollegaer (2015) fant at forvirringen rundt kroppens responser under overgrepet førte til skyldfølelse hos noen av mennene. I studien til Walker og kollegaer (2005b) rapporterte noen avsky for sine fysiologiske responser og en opplevelse av at de kroppslige reaksjonene betydde at de måtte ha nytt eller ønsket overgrepet (Walker et al., 2005b). Flere stilte spørsmål rundt sin seksuelle legning (Groth & Burgess, 1980; Myers, 1989), eller fryktet at den skulle settes under tvil av andre (Walker et al., 2005b). De kroppslige reaksjonene kan dermed fungere som en barriere mot å søke hjelp eller fortelle andre om overgrepet. En av informantene i studien til Walker og kollegaer (2005b) sier:

If I really thought that the sexual acts that I was subjected to was so degrading and perverse, why did I ejaculate? For a long time I thought that I must have enjoyed it, therefore, I must have homosexual tendencies. I was confused for a long time (s. 76).

#### Seksuelle og relasjonelle vansker

Det å ha blitt utsatt for overgrep virker å ha forstyrret noe grunnleggende i evnen til å relatere seg til andre på en sunn og intim måte for flere av mennene. Et funn i mange av studiene var seksuell inaktivitet eller promiskuitet (Goyer & Eddleman, 1984; Groth & Burgess, 1980; Mezey & King, 1989; Myers, 1989; Walker et al., 2005b). Noen menn ble usikre på egen maskulinitet og evne til å tilfredsstille sin partner seksuelt (Masters, 1986). I studien til Walker og kollegaer (2005b) fortalte en heterofil mann om hvordan seksuallivet hans endret seg helt, og at han i etterkant av overgrepet straffet seg selv ved å utføre homoseksuelle handlinger.



Vår analyse tyder på at det i noen tilfeller er det intime i seksuelle relasjoner og ikke bare det rent seksuelle som blir forstyrret (Elder et al., 2017; Masters, 1986; Myers, 1989). Dette ble uttrykt ved emosjonell og fysisk distansering (Masters, 1986) og mistillit (Mezey & King, 1989; Myers, 1989; Turchik et al., 2013; Willis, 2009). I Elder og kollegaer (2017) forteller en informant:

I didn't look at porn before. There was no masturbation. And I was having sex with my wife like, 2-3 times a week. But then after it happened it was masturbation and porn and sex every day ... It is about power now ... There's no intimacy ... I do not let her touch me. I'm just trying to avoid (s. 202).

## DISKUSJON

Gjennomgående for alle kategoriene i vår metasyntese er deltakernes forståelse av og fokus på hva det vil si å være mann, eller hva det vil si å være mann «på riktig måte», og hvordan overgrepet på ulike måter har implikasjoner for dem *som menn*. Sentralt står også skam for å ikke ha levd opp til forventninger knyttet til menns egenskaper og seksualitet, og frykt for hva overgrepet sier om dem som menn i andres øyne. Bosson og Vandello (2011) påpeker at språket som blir brukt når maskulinitet omtales ofte er preget av angst, som om manddommen i seg selv er i fare. De foreslår at manddom, som en sosial status, krever at menn gang på gang beviser at de lever opp til forventede kjønnsrollenormer (Bosson & Vandello, 2011; Vandello, Bosson, Cohen, Burnaford, & Weaver, 2008). En enkelt hendelse som strider mot idealet kan frarøve en mann hans status (Kimmel, 1997), og opplevelsen av overgrepet som en slik hendelse er noe som reflekteres i våre funn ved at statusen som mann eller som maskulin av flere deltakere beskrives som tapt eller svekket. I lys av West og Zimmermans (1987) forståelse av kjønn som noe man gjør, kan resultatene fra vår metasyntese også tolkes slik at overgrepet forstyrret eller forhindret mennene i å fremstå som, eller handle i verden som, menn.

Også stereotypiske antagelser om seksuelle overgrep mot menn (f.eks. at seksuelle overgrep mot menn ikke er alvorlig, at det er bare homofile menn som utsettes for overgrep og at menn ikke kan fungere seksuelt uten å være opphisset) er reflektert i funnene fra vår analyse, og

disse virker å ha vært internalisert hos flere av de overgrepsutsatte mennene. Eksempler på dette er opplevd forvirring knyttet til ereksjon eller utløsning i overgrepssituasjonen og det å sette spørsmålstegn ved egen seksuell orientering blant heterofile menn utsatt for overgrep av andre menn. Annen forskning har vist at en slik internalisering er en viktigere prediktor for posttraumatisk og depressivt symptomtrykk enn alvorlighetsgraden ved selve overgrepet (Gold, Marx, & Lexington, 2007). Noen av de uheldige konsekvensene av en mulig internalisering viser seg også i resultatene av vår metasyntese, der overgrepet blir svært definerende for noen av mennene og gjør seg gjeldende på flere arenaer av livet. En mulig implikasjon av dette er at klinikere kanskje bør tematisere stereotypiske antagelser om seksuelle overgrep i terapi med utsatte menn, i lys av hvilken betydning internaliserte antagelser kan ha for videre symptomforløp. I en behandlingssituasjon kan det eksempelvis være viktig å reflektere rundt pasientens oppfatning av egen maskulinitet og eventuelt redefinere hva det vil si å være mann, slik at pasienten kan forene dette med sitt eget selvbylde. I tillegg vil psykoedukasjon om fysiologiske responser under overgrep, som ereksjon og/eller utløsning og tonisk immobilitet, kunne redusere skamfølelse. Det har imidlertid ikke lyktes oss å finne forskning som undersøker effekten av å tematisere stereotypiske oppfatninger om seksuelle overgrep i terapirommet, og dette vil kunne være et viktig område for videre forskning.

Det har blitt estimert at den tilgjengelige støtten for overgrepsutsatte menn henger så mye som 20 år etter den støtten og hjelpen som er tilgjengelig for kvinner (Walker et al., 2005a). Det er naturlig å anta at mottakssentre og behandlingstilbud er mer tilpasset kvinner, fordi flere kvinner enn menn oppsøker hjelp i etterkant av overgrep. Selv om forskning viser at utsatte kvinners og menns vansker har mye til felles, er det tydelig at menn møter noen særegne utfordringer som det er viktig at hjelpeapparatet kjenner til. Blant annet anses det å gå i terapi for psykiske og emosjonelle vansker som noe ikke-maskulint, og menn er derfor mindre tilbøyelige til å søke og motta behandling (Chino and Funabiki, 1984; O'Neil, Lancee, & Freeman, 1985).

I vår metasyntese kommer det frem at mange menn opplever mistillit overfor andre og er redde for andres reaksjoner. For å legge til rette for at de som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, skal kunne fortelle åpent om sine opplevelser og følgene av disse, er det viktig å skape et trygt og tillitvekkende klinisk miljø. Wellman (2014) påpeker også at det er viktig at pasienten opplever å ha en aktiv rolle i bedringsprosessen, og at han selv har kontroll over beslutninger som tas i behandlingen. Hjelpeapparatet bør spørre direkte om overgrep uavhengig av pasientens kjønn, og gjerne gi menn flere anledninger til å fortelle. Funn fra vår analyse tyder på at dette er viktig fordi menn opplever en rekke barrierer mot selv å ta initiativ til å fortelle om overgrep. En av disse kan være frykt for negative reaksjoner hos helsepersonell, og en studie viser at man også i denne yrkesgruppen finner aksept av stereotypiske antagelser om seksuelle overgrep (Kassing & Prieto, 2003). Det er viktig at klinikere er bevisst sine egne eventuelle stereotypiske oppfatninger om overgrepsutsatte, ettersom forskning antyder at det kan skje en reviktisering av overgrepsutsatte i møte med helsepersonell, dersom helsepersonellet har fordommer de ikke er klar over (Campbell, Wasco, Ahrens, Sefl, & Barnes, 2001).

Metasyntesen kan også fortelle noe om menns generelle responsmønstre i møte med situasjoner som truer deres maskulinitet. En studie av »

Möller-Leimkühler (2002) viser at menn generelt unngår å søke hjelp, de bagatelliserer problemene sine og forsøker å håndtere vansker på egen hånd (Cochran & Rabinowitz, 2000). Det kan tenkes at enkelte menn opplever det som et ytterligere nederlag å innta en rolle som pasient og hjelpetrengende. Altså kan maskulinitet være et viktig tema i terapi også når det gjelder andre situasjoner der menn ser seg selv som sårbare og ikke-konforme når det gjelder kjønnsrollenormer, som når en mann utsettes for annen type vold (Stanko & Hobdell, 1993), er psykisk syk (Good & Wood, 1995), eller i andre situasjoner der han opplever å ikke leve opp til forventningene til menn.

Evidensbaserte behandlingsformer for overgrepsutsatte retter hovedsakelig oppmerksomheten mot posttraumatisk stressyndrom, der anbefalt behandling er kognitiv atferdsterapi, kognitiv prosesseringsterapi, kognitiv terapi og langvarig eksponeringsterapi (prolonged exposure therapy) (APA, 2017). Per nå er det vanskelig å konkludere med hvilke behandlingsformer som vil være mest effektive for menn, da det finnes få studier med mannlige utvalg.

Det er ikke sikkert at de mennene som har deltatt i primærstudiene speiler hele gruppen med overgrepsutsatte menn som sådan, og dette kan være en begrensning ved vår metasyntese. For eksempel kan de mennene med høyest symptomtrykk etter et overgrep være for preget til å være informanter i studier. Det er også stor variasjon innad i de utvalgene som er tatt med. Noen av utvalgene tilhører en klinisk populasjon (Goyer & Eddleman, 1984; Groth & Burgess, 1980; Masters, 1986; Myers, 1989; Willis, 2009), hvorav noen menn har opplevd overgrep i militæret (Elder, 2017; O'Brien et al., 2015; Turchik et al., 2013), mens andre tilsynelatende tilhører en ikke-klinisk populasjon (Andersen, 2008; Javaid, 2017; Mezey & King, 1989; Walker et al., 2005b). Til tross for dette ser vi at opplevelsene til de utsatte mennene handlet om mye av det samme: isolasjon, smerte, skam og vansker med intimitet. Det mer spesifikke miljøet rundt kan imidlertid ha en modererende effekt, for eksempel om man befinner seg i et hypermaskulint miljø som i militæret eller fengselsinstitusjoner. Det har ikke lyktes oss å finne kvalitative studier på overgrepsutsatte i fengsel, noe som er påfallende, da studier viser at mellom 12 % og 22 % av innsatte menn rapporterer å ha opplevd uønskede seksuelle tilnærmelser under fengselsoppholdet (Struckman-Johnson, Struckman-

Johnson, Rucker, Bumby, & Donaldson, 1996; Turchik & Edwards, 2012).

Fordi mange av forfatterne av primærartiklene i vår metaetnografi har et klinisk blikk, har mange av studiene naturlig nok et fokus på psykiske vansker i etterkant av overgrep. Man vet imidlertid at ikke alle rammes like hardt av en slik hendelse (Bonanno, 2004). Fremtidig forskning bør også fokusere på hva som fremmer resiliens og mestring hos overgrepsutsatte menn, fordi kunnskap om dette er viktig for hvordan man best kan hjelpe utsatte.

## KONKLUSJON

Gjennom vår metaetnografi har vi belyst menns opplevelse av det å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep i voksen alder. Vi fant at overgreps-erfaringene er knyttet til opplevelser av og forventninger til maskulinitet. Stereotypiske oppfatninger om overgrep mot menn, beskrevet i tidligere forskning, gjenspeiles i enkelte menns beretninger om sine erfaringer. Funnene antyder at utsatte menn som har internalisert fordomsfulle antagelser om overgrep kan kjenne mer skam og psykisk belastning i etterkant av overgrep. Dette kan hindre dem fra å søke hjelp. Mer kunnskap om menns egne overgrepserfaringer er viktig for å minske tabuer og forhåpentligvis gjøre det lettere for menn å søke hjelp etter å ha opplevd overgrep. Resultatene fra denne studien alene kan informere behandlere og bidra til at behandling blir bedre tilpasset overgrepsutsatte menn. Forhåpentligvis kan studien også inspirere til videre forskning som tar sikte på å utvikle en ny teoretisk modell for denne typen behandling. ✘

## REFERANSER

Studier i referanselisten som er inkludert i metasyntesen er markert med \*

Andersen, T.H. (2005). A Particular Case of the Possible: Sexual Abuse in Adolescence-A Story of Overcoming. *Qualitative Social Work*, 4(3), 253–269. doi: 10.1177/1473325005055591

\*Andersen, T.H. (2008). Speaking about the unspeakable: Sexually abused men striving toward language. *American journal of men's health*, 2(1), 25–36. doi: 10.1177/1557988307308107

Anderson, C.L. (1982). Males as sexual assault victims: multiple levels of trauma. *Journal of Homosexuality*, 7(2–3), 145–162. doi: 10.1300/J082v07n02\_15

American Psychological Association. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. *American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults*. Lastet ned fra: <http://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>

Bados, A., Toribio, L., & García-Grau, E. (2008). Traumatic events and tonic immobility. *The Spanish journal of psychology*, 11(2), 516–521. doi: 10.1017/S1138741600004510

Balsam, K.F., Rothblum, E.D., & Beauchaine, T.D. (2005). Victimization over the lifespan: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 477–487. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.477

- Bendixen, M., Henriksen, M., & Nøstdahl, R.K. (2014). Attitudes toward rape and attribution of responsibility to rape victims in a Norwegian community sample. *Nordic Psychology, 66*(3), 168–186. doi: 10.1080/19012276.2014.931813
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist, 59*(1), 20–28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bosson, J.K., & Vandello, J.A. (2011). Precarious manhood and its link to action and aggression. *Current Directions in Psychological Science, 20*(2), 82–86. doi: 10.1177/0963721411402669
- Brannon, R. (1976). The male sex role: Our culture's blueprint of manhood and what it's done for us lately. I.D.S. David & R. Brannon (red.), *The forty-nine percent majority: The male sex role* (s. 1–45). Reading, MA.: Addison-Wesley.
- Bullock, C.M., & Beckson, M. (2011). Male victims of sexual assault: phenomenology, psychology, physiology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 39*(2), 197–205. Hentet fra <http://jaapl.org/content/39/2/197>
- Campbell, R., Wasco, S.M., Ahrens, C.E., Sefl, T., & Barnes, H.E. (2001). Preventing the «Second rape» rape survivors' experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(12), 1239–1259. doi: 10.1177/088626001016012002
- Chino, A.F., & Funabiki, D. (1984). A cross-validation of sex differences in the expression of depression. *Sex Roles, 11*(3–4), 175–187. doi: 10.1007/BF00287512
- Chan, S.T. (2014). The lens of masculinity: Trauma in men and the landscapes of sexual abuse survivors. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 23*(3–4), 239–255. doi: 10.1080/15313204.2014.932733
- Chouliara, Z., Karatzias, T., & Gullone, A. (2014). Recovering from childhood sexual abuse: A theoretical framework for practice and research. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 21*(1), 69–78. doi: 10.1111/jpm.12048
- Clark, J.N. (2017). Masculinity and male survivors of wartime sexual violence: a Bosnian case study. *Conflict, Security & Development, 17*(4), 287–311. doi: 10.1080/14678802.2017.1338422
- Coates, D., Wortman, C.B., & Abbey, A. (1979). Reactions to victims. I.I.H. Frieze, BarTal, J.S. Carroll (red.), *New Approaches to Social Problems* (s. 285–308). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cochran, S.V., & Rabinowitz, F.E. (2000). *Men and depression: Clinical and empirical perspectives (Practical resources for the mental health professional)*. San Diego, CA: Academic Press.
- Connell, R.W., & Messerschmidt, J.W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society, 19*(6), 829–859. doi: 10.1177/0891243205278639
- Critical Appraisal Skills Programme. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, overs). Hentet fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forsknings-artikler>
- Davies, M. (2002). Male sexual assault victims: A selective review of the literature and implications for support services. *Aggression and violent behavior, 7*(3), 203–214. doi: 10.1016/S1359-1789(00)00043-4
- Easton, S.D., Saltzman, L.Y., & Willis, D.G. (2014). «Would you tell under circumstances like that?»: Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychology of Men & Masculinity, 15*(4), 460–469. doi: 10.1037/a0034223
- \*Elder, W.B., Domino, J.L., Mata-Galán, E.L., & Kilmartin, C. (2017). Masculinity as an avoidance symptom of post-traumatic stress. *Psychology of Men & Masculinity, 18*(3), 198–207. doi: 10.1037/men0000123
- Elliott, D.M., Mok, D.S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress, 17*(3), 203–211. doi: 10.1023/B:JOTS.0000029263.11104.23
- Glick, P., & Laurie, R. (2010). Sexism. I J.F. Dovidio, M. Hewstone, P. Glick, & V. Esses (red.), *The SAGE Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination* (s. 328–344). Los Angeles, CA: SAGE.
- Gold, S.D., Marx, B.P., & Lexington, J. M. (2007). Gay male sexual assault survivors: The relations among internalized homophobia, experiential avoidance, and psychological symptom severity. *Behaviour Research and Therapy, 45*(3), 549–562. doi: 10.1016/j.brat.2006.05.006
- Good, G.E., & Wood, P.K. (1995). Male gender role conflict, depression, and help seeking: Do college men face double jeopardy? *Journal of Counseling & Development, 74*(1), 70–75. doi: 10.1002/j.1556-6676.1995.tb01825
- \*Goyer, P.F., & Eddleman, H.C. (1984) Same sex rape of non incarcerated men. *American Journal of Psychiatry, 141*(4), 576–579. doi: 10.1176/ajp.141.4.576
- \*Groth, A.N., & Burgess, A.W. (1980). Male rape: offenders and victims. *The American Journal of Psychiatry, 137*(7), 806–810. doi: 10.1176/ajp.137.7.806
- Hillman, R.J., Tomlinson, D., McMillan, A., French, P.D., & Harris, J.R. (1990). Sexual assault of men: a series. *Sexually Transmitted Infections, 66*(4), 247–250. doi: 10.1136/sti.66.4.247
- \*Javaid, A. (2017). Masculinities, sexualities and identities: Understanding HIV positive and HIV negative male rape victims. *International Sociology, 32*(3), 323–342. doi: 10.1177/0268580917696387
- Kassing, L.R., & Prieto, L.R. (2003). The Rape Myth and Blame-Based Beliefs of Counselors-in-Training Toward Male Victims of Rape. *Journal of Counseling & Development, 81*(4), 455–461. doi: 10.1002/j.1556-6678.2003.tb00272.x
- Kaufman, A., Divasto, P., Jackson, R., Voorhees, D., & Christy, J. (1980). Male rape victims: Noninstitutionalized assault. *American Journal of Psychiatry, 137*(2), 221–223. doi: 10.1176/ajp.137.2.221
- Kazdin, A.E. (2000). *Encyclopedia of psychology* (Vol. 8). Washington, DC: American Psychological Association
- Kimerling, R., Rellini, A., Kelly, V., Judson, P.L., & Learman, L.A. (2002). Gender Differences in victim and crime characteristics of sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(5), 526–532. doi: 10.1177/088626050201700500
- Kimmel, M.S. (1997). Masculinity as homophobia: Fear, shame, and silence in the construction of gender identity. I M. Gergen & S. Davis (red.), *Toward a new psychology of gender* (s. 223–242). Florence, KY: Taylor & Francis/Routledge.
- Koenig, A.M. (2018). Comparing Prescriptive and Descriptive Gender Stereotypes About Children, Adults, and the Elderly. *Frontiers in psychology, 9*, 1086. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01086
- Lacey, H.B., & Roberts, R. (1991). Sexual assault on men. *International Journal of STD & AIDS, 2*(4), 258–260. doi: 10.1177/095646249100200406



- Levant, R.F., Hirsch, L., Celentano, E., Cozza, T., Hill, S., MacEachern, ... Schnedeker, J. (1992). The male role: An investigation of contemporary norms. *Journal of Mental Health Counseling, 14*(3), 325–337. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/record/1993-00044-001>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- \*Masters, W.H. (1986). Sexual dysfunction as an aftermath of sexual assault of men by women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 12*(1), 35–45. doi: 10.1080/00926238608415392
- McMullen, R. (1990). *Male rape: Breaking the silence on the last taboo*. London: GMP Publishers.
- \*Mezey, G., & King, M. (1989). The effects of sexual assault on men: A survey of 22 victims. *Psychological Medicine, 19*(1), 205–209. doi: 10.1017/S0033291700011168
- Möller-Leimkühler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders, 71*(1), 1–9. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00379-2
- \*Myers, M.F. (1989). Men sexually assaulted as adults and sexually abused as boys. *Archives of Sexual Behavior, 18*(3), 203–215. doi: 10.1007/BF01543195
- Noblit, G.W., & Hare, R.D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Beverly Hills og London: Sage.
- \*O'Brien, C., Keith, J., & Shoemaker, L. (2015). Don't tell: Military culture and male rape. *Psychological services, 12*(4), 357–365. doi: 10.1037/ser0000049
- O'Leary, P.J., & Barber, J. (2008). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of child sexual abuse, 17*(2), 133–143. doi: 10.1080/10538710801916416
- O'Leary, P., Easton, S.D., & Gould, N. (2017). The effect of child sexual abuse on men: toward a male sensitive measure. *Journal of interpersonal violence, 32*(3), 423–445. doi: 10.1177/0886260515586362
- O'Neil, J. M., Helms, B.J., Gable, R.K., David, L., & Wrightsman, L.S. (1986). Gender-role conflict scale: College men's fear of femininity. *Sex Roles, 14*(5–6), 335–350. doi: 10.1007/BF002875
- O'Neil, M.K., Lancee, W.J., & Freeman, S.J. (1985). Sex differences in depressed university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 20*(4), 186–190. doi: 10.1007/BF0058329883
- Pollack, W. S., & Levant R. F. (1998). Introduction: Treating men in the 21st century. I S.P. William & F.L. Ronald (red.), *New psychotherapy for men* (s. 1–10). New York: John Wiley.
- Ratner, P., Johnson, J., Shoveller, J., Chan, K., Martindale, S., Schilder, A., ... Hogg, R. (2003). Non-consensual sex experienced by men who have sex with men: Prevalence and association with mental health. *Patient Education and Counseling, 49*(1), 67–74. doi:10.1016/S0738-3991(02)00055-1
- Redmond, D., Kosten, T.R. & Reiser, M. (1983). Spontaneous ejaculation associated with anxiety psychophysiological considerations. *American Journal of Psychiatry, 140*(9), 1163–1166. doi: 10.1176/ajp.140.9.1163
- Riggs, N., Houry, D., Long, G., Markovchick, V., & Feldhaus, K.M. (2000). Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Annals of emergency medicine, 35*(4), 358–362. doi: 10.1067/mem.2000.105599
- Sarrel, P.M., & Masters, W.H. (1982). Sexual molestation of men by women. *Archives of sexual behavior, 11*(2), 117–131. doi: 10.1007/BF01541979
- Stanko, E.A., & Hobdell, K. (1993). Assault on men: Masculinity and male victimization. *The British Journal of Criminology, 33*(3), 400–415. Hentet fra <http://heinonline.org/HOL/Page?public=false&handle=hein.journals/bjcrim33&page=400&collection=journals>
- Stermac, L., Del Bove, G., & Addison, M. (2004). Stranger and acquaintance sexual assault of adult males. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(8), 901–915. doi: 10.1177/0886260504266887
- Struckman-Johnson, C., Struckman-Johnson, D., Rucker, L., Bumby, K., & Donaldson, S. (1996). Sexual coercion reported by men and women in prison. *Journal of Sex Research, 33*(1), 67–76. doi: 10.1080/00224499609551816
- Turchik, J.A., & Edwards, K.M. (2012). Myths about male rape: a literature review. *Psychology of Men & Masculinity, 13*(2), 211–226. doi: 10.1037/a0023207
- \*Turchik, J.A., McLean, C., Rafie, S., Hoyt, T., Rosen, C.S., & Kimerling, R. (2013). Perceived barriers to care and provider gender preferences among veteran men who have experienced military sexual trauma: A qualitative analysis. *Psychological Services, 10*(2), 213–222. doi: 10.1037/a0029959
- Vandello, J.A., & Bosson, J.K. (2013). Hard won and easily lost: A review and synthesis of theory and research on precarious manhood. *Psychology of Men & Masculinity, 14*(2), 101–113. doi: 10.1037/a0029826
- Vandello, J.A., Bosson, J. K., Cohen, D., Burnaford, R., & Weaver, J. (2008). Precarious manhood. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*(6), 1325–1339. doi: 10.1037/a0012453
- Walker, J., Archer, J., & Davies, M. (2005a). Effects of male rape on psychological functioning. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(3), 445–451. doi: 10.1348/014466505X52750
- \*Walker, J., Archer, J., & Davies, M. (2005b). Effects of rape on men: A descriptive analysis. *Archives of Sexual Behavior, 34*(1), 69–80. doi: 10.1007/s10508-005-1001-0
- Wellman, A. (2014). Identifying and treating adult survivors of sexual assault. *Journal of the American Academy of Physician Assistants, 27*(5), 51–52. doi: 10.1097/01.JAA.0000446222.55059.92
- West, C., & Zimmerman, D.H. (1987). Doing gender. *Gender & society, 1*(2), 125–151. doi: 10.1177/0891243287001002002
- \*Willis, D.G. (2009). Male-on-male rape of an adult man: A case review and implications for interventions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 14*(6), 454–461. doi: 10.1177/1078390308326518
- Zalberg, S. (2017). The Place of Culture and Religion in Patterns of Disclosure and Reporting Sexual Abuse of Males: A Case Study of Ultra Orthodox Male Victims. *Journal of Child Sexual Abuse, 26*(5), 590–607. doi: 10.1080/10538712.2017.1316335

## Fra arkivet: 1997

### Tett på livet

I ukebladet Allers finner vi et intervju med tittelen «Jeg forelsket meg i terapeuten min». I spalten *Tett på livet* snakker Anne-Lise Boge med «Maria» om hennes forhold til terapeuten og psykiateren «Lars» (19. november, 1996, s. 22). Hun var som barn utsatt for seksuelle overgrep av sin stefar. Senere, etter år preget av angst, skam og spiseforstyrrelser, ser hun TV-filmen om den seksuelt misbrukte ungpiken «Amalie». Hun noterer ned et telefonnummer man kan ringe, og en dag slår hun nummeret. Hun får snakke med Lars.

**Etter to års terapi** forteller Maria for første gang om overgrepene som var gjort mot henne som barn. Det blir rettsak, stefaren dømmes til flere års fengsel, og hennes mor og søster vender henne ryggen. Hun bryter med familien, men støttes av Lars.

– «Hva slags forhold fikk du til terapeuten din? Ansiktet henne mykner, en svak rødme farger kinnene. – Han var alt; en slags pappa, min aller beste venn og en jeg rett og slett ikke kunne klare meg uten.»

**De tar bilturer sammen**, går på restauranter og utvikler, etter enda noen års terapi, et seksuelt forhold. Dette varer i ett år – helt til Lars bryter med henne, men fortsetter som hennes terapeut. Maria beskriver dette året som det vidunderligste i hennes liv. Hun ville ikke være det foruten. Dette er de mest dyrebare minnene i hennes liv. Han brukte ikke makt, slik som stefaren.

**Terapeuten forteller henne at han skal gifte seg.** Hun blir sjalu, men forstår at Lars har elsket henne ut fra godhet, nærhet og vennskap. Hans følelser er av beskyttende karakter: – «Minnene om året med Lars er perlene inne i meg. Ingen skal få ta dem fra meg og ingen skal få ødelegge dem for meg. De er mine, bare mine.» Maria går fortsatt i terapi hos ham.

**Intervjuet er forbløffende lesning.** Fokus rettes mot hvor verdifullt og romantisk sex mellom klient og terapeut kan være. Hvis en kvinne har vært utsatt for seksuelt misbruk av en farsfigur, kan et privatisert og seksuelt forhold til en terapeut, men nå uten rå maktmisbruk, bidra til ny selvspekt og tro på livet: – «Både Lars og jeg var klar over at det vi gjorde var galt. Fikk andre vite om forholdet vårt, kunne Lars risikere å miste stillingen sin som psykiater. Men det som var mellom oss var så fint, det fineste jeg har opplevd. Jeg kommer aldri til å angre på det vi gjorde ... Lars har lært meg å leve, og er fortsatt en god venn og støtte. Uten ham hadde jeg antagelig tatt livet av meg.

Når klarer jeg å se fremover, og lever bra alene med kattene mine. Jeg har søkt jobb, og håper jeg kan få den. For første gang ser jeg konturene av en fremtid.»

**Intervjuet er forførende lesning.** Det gis ut for å være en personlig historie. Det er et vitnesbyrd – «tett på livet»– slik livet er for Maria. Og det er jo hennes liv? I et registrert foto ser vi en smilende, ung kvinne, med håret blåsende i vinden, i samtale med en eldre mann. Han har ansiktet vendt bort fra oss. Vi kan ikke se hvem han er.

**Intervjuet er skremmende lesning.** Journalist Anne-Lise Boge kommer med noen forsiktige spørsmål som antyder reservasjoner, men benytter samtidig håndgrep innenfor den romantiske genren til å forme et bilde av et kjærlighetsforhold mellom likeverdige.

**Her i Tidsskriftet** har det stått mye om risikoen ved privatiseringen av forholdet mellom terapeut og klient. (...) Jeg vet ikke hvor stor betydning man skal legge i et slikt intervju i Allers. Da jeg leste det tenkte jeg at dette ukebladet leses av svært mange mennesker. Jeg lurte på hva de tenkte om «Marias» historie.

*Fra Torkil Berges «Tett på livet» publisert på debatt-sidene september 1997*

*Intervjuet er forbløffende lesning. Fokus rettes mot hvor verdifullt og romantisk sex mellom klient og terapeut kan være*

# Ser ikke utviklingshemning

Det er avgjørende at psykologer henter inn habiliteringsfaglig kunnskap i arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshemninger. Mangel på slik kunnskap kan lede til både alvorlige menneskerettighetsbrudd og tapte utviklingsmuligheter for pasientene.

## TEKST

Felicia Lie, Sidsel Romhus og Kristine Stadskleiv på vegne av Fagutvalget for habiliteringspsykologi

## KONTAKT

Kristine Stadskleiv,  
kstadskl@ous-hf.no

**ER PSYKOLOGER** tilstrekkelig oppmerksomme på betydningen av å innhente habiliteringsfaglig kompetanse i arbeidet med mennesker med funksjonshemninger?

Psykologisk behandling skal bidra til en positiv forskjell. For at behandlingen og tiltakene skal treffe, må vi ha kunnskap om personen og dennes vansker. I tillegg trenger vi kunnskap om de miljøene personen er en del av.

Utredning og oppfølging av personer med utviklingshemning blir ofte feilaktig ansett for å være et ansvar for habiliteringstjenesten alene, men personer med utviklingshemning har behov for oppfølging fra en rekke andre deler av hjelpeapparatet. Det betyr at mange psykologer i sitt arbeid vil møte mennesker der kunnskap om habilitering kan være nyttig eller helt nødvendig. Vi finner også en rekke personer som følges opp i psykisk helsevern, barnevern, skolevesen, helsevesen, kommunene, fengslene eller rusomsorgen, som fyller kriteriene for en utviklingshemningsdiagnose. Mange har aldri fått riktig utredning. Tiltak som iverksettes, kan da bli lite meningsfulle, og i verste fall påfører tiltakene mer lidelse.

Vi vil her se på følgene manglende psykologfaglig kunnskap om habiliteringsfeltets pasientgrupper kan få, både for pasientene selv og for deres pårørende. Den praksisen vi forteller om, illustrerer betydningen av tilrettelagt behandling, konsekvensene av mangelfull utredning og hvilke følger manglende habiliteringsfaglig kunnskap i barnevernsarbeid kan få.

## FLEKSIBEL OG KREATIV BEHANDLING

Utviklingshemning – eller forstyrrelser av intellektuell utvikling, som det nå heter i ICD- 11 (Verdens helseorganisasjon, 2018) – er en tilstand der psykologfaglig kunnskap og kompetanse er nødvendig både for å utrede, forstå og hjelpe personen. Psykologer har også en viktig oppgave når det gjelder oppfølging av pårørende. Personer med betydelig nedsatt evnenivå har en klart forhøyet risiko for psykiske vansker (Halvorsen et al., 2014). Likevel får de sjelden tilbud om oppfølging fra psykisk helsevern. En grunn til dette kan være at det oppleves som ressurskrevende å gjøre de tilpasningene til den enkeltes behov og forutsetninger som trengs for at oppfølgingen skal være virksom. Flere av de pasientene med utviklingshemninger vi møter, vil ikke dra nytte av vanlig samtalerapi, men kan ha nytte av kognitive behandlingstilnærminger om de forenkles, visualiseres og konkretiseres (Vereenooghe & Langdon, 2013). I andre tilfeller må behandling skje gjennom veiledning av nærpå personer som pårørende, lærere, barnehagepersonell eller miljøarbeidere, og ved at miljøet rundt personen tilrettelegges. Behandling og tiltak for personer med utviklingshemning er derfor et felt som krever både erfaring og kreativitet. Samtidig vil tiltak som egner seg for disse pasientene, også kunne anvendes på andre grupper. Som når personer med uro, oppmerksomhetsvansker eller atferdsvansker ikke har nytte av samtalerapi, men snarere trenger praktisk tilrettelegging og bistand i det daglige. Eller for personer i autismespekteret





som ikke har utviklingshemning, men trenger veiledning i hvordan man mestrer den praktiske hverdagen. Nytteverdien av tverrfaglig samarbeid og veiledning av en tredjepart strekker seg også langt utover habiliteringstjenesten.

#### FORSVARLIG UTREDNING

Psykologer flest mener selvsagt at det bør foreligge en grundig utredning før diagnosen utviklingshemning stilles, og behandlere blir

”

**Fra praksis kjenner vi til barn som har fått diagnosen alvorlig utviklingshemning basert på klinisk skjønn, mens utredningsresultatene viste at barnet burde hatt diagnosen lett utviklingshemning**

med rette opprørt når diagnoser stilles uten forsvarlig utredning. Klinisk praksis forteller dessverre at denne holdningen ikke omfatter mennesker med alvorlige tale- og bevegelsesvansker. Her synes holdningen snarere å være at det ikke er nødvendig (eller mulig) med en utredning, og at det nærmest er opplagt at det foreligger en utviklingshemning når det samtidig foreligger alvorlige tale- og bevegelsesvansker. Dette er imidlertid *ikke* opplagt, noe som rammer for eksempel personer med cerebral parese (CP) (Pakula, Braun & Yeargin-Allsopp, 2009). Det er rett nok riktig at personer med CP har forhøyet risiko for kognitive vansker, og at det er en korrelasjon mellom omfanget av motoriske vansker og omfanget av kognitive vansker. Men dette er langt fra ensbetydende med at alle personer med omfattende bevegelsesvansker også har omfattende kognitive vansker. Nordiske epidemiologiske studier viser at 79 prosent av barna med de mest alvorlige bevegelsesvanskene har en IQ under 70, noe som nødvendigvis må bety at 21 prosent har en IQ over 70 (Stadskleiv, 2017). Det innebærer

**UTREDNING MANGLER** Tall fra det norske CP-registeret viser at kognisjon kun var utredet hos 29 prosent av barna, mens vurdering av kognitivt funksjonsnivå var basert på klinisk skjønn i hele 54 prosent av tilfellene. Som oftest barna med de største motoriske vanskene som ikke blir undersøkt, skriver artikkelforfatterne. Foto: Jerker Anderson/Bildhuset/Scanpix

»

at dersom man ikke utreder, så risikerer hvert femte barn med en alvorlig bevegelsesvanske å få diagnosen utviklingshemmet selv om de ikke oppfyller de diagnostiske kriteriene.

Uten utredninger står vi i fare for å gjøre mange barn urett. Tall fra det norske CP-registeret viser at kognisjon kun var utredet hos 29 prosent av barna, mens vurdering av kognitivt funksjonsnivå var basert på klinisk skjønn i hele 54 prosent av tilfellene (Andersen et al., 2008). Og det er som oftest barna med de største motoriske vanskene som ikke blir undersøkt: En studie viste at 97 prosent av de gående barna ble undersøkt med tanke på ikke-språklig kognisjon, mens bare 32 prosent av de barna som var avhengig av rullestol, ble utredet for det samme (Smits et al., 2011). Også i klinisk praksis er dette en utfordring. Vi har selv lest journalnotater der det står at det ikke lar seg gjøre å utrede kognisjon når barnet ikke har tale. Denne misoppfatningen har dessverre fått spre seg. Virkeligheten er at det er mulig å utrede både kognisjon og språkforståelse gitt at utredningen tilrettelegges (Kurmanaviciute & Stadskleiv, 2017).

Mangelfull utredning kan få alvorlige følger for barnet vi skal hjelpe. Fra praksis kjenner vi til barn som har fått diagnosen alvorlig utviklingshemning basert på klinisk skjønn, mens utredningsresultatene viste at barnet burde hatt diagnosen lett utviklingshemning. Følgene for tiltaksplanleggingen er store: Mens det for barn med alvorlig utviklingshemning ofte er fokus på grunnleggende ord- og begrepsinnlæring, vil man eksempelvis jobbe med lese- og skrive trening om barnet har en lett utviklingshemning.

### **MANGLENDE HABILITERINGSKUNNSKAP I BARNEVERNTJENESTEN**

I barneverntjenesten er habiliteringsfaglig kunnskap viktig hvis vi skal gjøre et godt arbeid i møte med berørte familier. Dessverre ser vi at ansatte i barnevernet i mange tilfeller møter barn med spesielle behov med krav og forventninger som tar utgangspunkt i hvordan barn typisk utvikler seg. Dette blir selvsagt feil, og kan få alvorlige konsekvenser for de berørte.

Velferdsforskningsinstituttet NOVA har med midler fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet gitt ut rapporten «Ansvarsfordeling til barns beste? Barn og unge med funksjonsnedsettelse i barnevernet» (Gundersen,

Farstad, & Solberg, 2011). Her kartlegges erfaringene til tidligere barnevernsbarn, fosterforeldre og barnevernsansatte, og rapporten peker på at det blant annet er behov for økt kunnskap og kompetanse i barnevernet om barn med funksjonsnedsettelse.

Når barnevernet skal vurdere omsorgssituasjon og behov for tiltak, skal også barnets fungering og behov kartlegges. Avvikende utvikling er blant kriteriene for at barnevernet setter inn tiltak eller overtar omsorgen for barnet. Av den grunn er det viktig at kartlegging kan avklare om avvikende utvikling kan knyttes til nevrobiologiske funksjonsvansker hos barnet, og/eller om disse avvikene er reaksjoner på omsorgssvikt. Informasjonen en slik kartlegging gir, vil stå helt sentralt når omsorgssituasjonen skal vurderes, og i arbeidet med å sette inn riktig hjelpetiltak, inkludert arbeidet med å finne riktig omsorgsbasis ved omsorgsovertakelse.

Barn med funksjonsvansker kan vise en annen tilknytningsadferd enn typisk utviklede barn. Vår erfaring er at støtteapparatet ofte ikke forstår at relasjonen mellom foreldre og barn med en funksjonsvanske kan bli annerledes enn om barnet hadde hatt en typisk utvikling. Vi anbefaler derfor at barnevernet og andre hjelpeinstanser enten øker egen habiliteringskompetanse, eller at de utvikler rutiner som sikrer at slik fagkunnskap trekkes inn tidlig i utredningen.

En fortelling<sup>1</sup> fra praksisfeltet illustrerer: En barneverntjeneste hadde lenge vært bekymret for et barn med en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Mor var alene om omsorgen og hadde en krevende jobb. Barnet krevde mye hjelp og oppfølging i det daglige, og mors tid strakk ikke til. Hun hadde ved gjentatte anledninger tatt kontakt med støtteapparatet med ønske om avlastning. Etter samtaler med mor konkluderte vi med at mor hadde realistiske forventninger til barnets progresjon og utvikling, som at fritidsaktiviteter både måtte planlegges og tilrettelegges på en god måte hvis barnet skulle ha mulighet til å delta i aktivitetene. Barneverntjenesten opererte imidlertid med et annet sett av forventninger til barnet, og hadde et mindre realistisk forhold til hva barnet var i

.....

1. Eksempelene er basert på mennesker vi har møtt, men er omarbeidet og anonymisert.



## Det er behov for habiliteringspsykologisk kompetanse langt utover habiliteringstjenesten. Men til tross for det store behovet for slik kompetanse glimrer psykologene med sitt fravær

stand til. Barnevernet var blant annet bekymret for at barnet ikke deltok på fritidsaktiviteter og bursdagsfeiringer med klassen. De pekte videre på at mor hadde mottatt massive hjelpetiltak over mange år uten at det hadde ført til bedring eller endring i situasjonen. Hjelpetiltakene hadde bestått av veiledning fra helsesøster og *Parent Management Training – Oregon* (PMTO; Forgatch & Patterson, 2010), samt noe avlastning i ferier. Vår vurdering var at barneverntjenesten tok utgangspunkt i en «tiltaksbank» som i liten grad matchet behovet til mor og barn. Det medførte at mor opplevde at barnevernet ikke viste fleksibilitet og kreativitet overfor de individuelle behovene og den situasjon som familien sto i. Barneverntjenesten konkluderte med at det de vurderte som massive tiltak, ikke hadde ønsket effekt, men denne konklusjonen er problematisk når tiltakene som ble satt inn, ikke var spesielt rettet mot barn med en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.

I habiliteringsfeltet understrekes det at ansatte i hjelpeapparatet må vise varsomhet når de tolker samspillet mellom barn med spesielle behov og foreldrene, og at ansatte må vise evne til fleksibilitet og kreative tilpasninger av tiltak. Vi har sett hvordan foreldre til barn med spesielle behov kommer i en vanskelig situasjon når de takker nei til de generelle hjelpetiltakene kommunen tilbyr i mangel av mer skreddersydde tiltak. Som når foreldrene til et 13 år gammelt barn med autisme ikke ønsket å fortsette med foreldreveiledning i form av programmet *Circle of Security – Parenting* (COS-P; Cooper, Hoffmann & Powell, 2009), en veiledning de mente ikke samsvarte med deres store hjelpebehov og konkrete utfordringer i hverdagen. Da foreldrene ønsket å avslutte veiled-

ningen, økte bekymringen hos barneverntjenesten, og foreldrene ble beskrevet som lite samarbeidsvillige.

Det er relativt vanlig å bruke det typiske utviklingsforløpet som modell for stimulering og tiltak rettet mot barn som ikke utvikler seg slik som forventet. I sakene vi har beskrevet, er det over flere år både iverksatt tiltak, gitt veiledning og oppfølging. Men forventningene til måloppnåelse tok utgangspunkt i et typisk utviklingsforløp. Hvis barneverntjenesten hadde hentet inn habiliteringsfaglig kompetanse, ville det økt sannsynligheten for en dypere forståelse av familienes behov og dermed gitt muligheter for å sette inn tiltak som traff bedre.

### FORELDRE MED UTVIKLINGSHEMNING

Det følger av de diagnostiske kriteriene at personer med en utviklingshemming har store utfordringer knyttet til det å ta vare på seg selv. Det å skulle ta vare på et barn krever at man må kunne sette seg inn i barnets indre verden og emosjonelle behov, kunne forholde seg til endringer på en fleksibel måte og kontinuerlige kunne gjøre vurderinger og justering av egen atferd. Et viktig tema i barnevernsfeltet handler derfor om hvorvidt foreldrene er i stand til å nyttiggjøre seg veiledningen de får, og om støtteapparatet som gir veiledningen, klarer å fange opp essensen i foreldrenes vansker. Ett eksempel er fra veiledning av en mor med store lærevansker, som aldri var blitt henvist til spesialisthelsetjenesten. Hun var i tilrettelagt arbeid og hadde en familie rundt seg som ga henne god støtte. Hun hadde dessuten lært seg gode dagliglivsferdigheter, samarbeidet godt med støtteapparatet og ønsket seg veiledning på hvordan å være mor. Barneverntjenesten ga konkret og tilpasset veiledning, noe moren hadde utbytte av. Hun lærte seg å lese barnets behov i situasjoner der barnet ga tydelige signaler, og der situasjonen var godt kjent. I situasjoner der barnet var utydelig i sine signaler, hadde mor derimot vansker med å møte barnets behov. Etter hvert ble det tydelig at veiledningen ikke hadde den ønskede effekten overfor barnet, men samtidig var det vanskelig for barneverntjenesten å konkretisere hva dette faktisk handlet om. Nedsatt evnenivå innebærer ikke nødvendigvis begrensninger i det å lære hverdagsferdigheter med bestemte handlingsmønstre. »



Derimot innebærer det begrensninger i selvstendig planlegging og nødvendig justering av egen atferd. Det vil derfor være grunn til å stille spørsmål ved om innlærte ferdigheter med bestemte handlingsmønstre vil kunne brukes fleksibelt nok når situasjonen krever det, og om barnevernet burde satt inn andre type hjelpetiltak og støtteordninger i tillegg til veiledningen, samt henvise mor til utredning i spesialisthelsetjenesten.

Norge har ratifisert FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, der retten til familie, ekteskap og barn beskrives (artikkel 23). Samtidig er vi også forpliktet til å følge FNs barnekonvensjon, som skal ivareta barnets beste. I Norge fødes rundt 100 barn årlig av personer med en utviklingshemning (Tøssebro, Midjo, Paulsen, & Berg, 2014). Deres studie av familier der en eller begge foreldrene hadde utviklingshemning eller store kognitive vansker, viste at vi mangler kunnskap om hvordan hjelpeapparatet skal møte denne gruppen og gi best mulig oppfølging.

## HABILITERINGSKUNNSKAP ANGÅR PSYKOLOGER

Utviklingshemning, autismespekterforstyrrelser, syndromer og andre «habiliteringstilstander» omfatter svært mange personer vi møter i vår kliniske virksomhet, og i mange tilfeller møter vi disse personene i helt andre deler av hjelpeapparatet enn i habiliteringstjenesten. Uansett hvor vi møter dem, vil de aller fleste ha et uttalt behov for bistand og tilrettelegging. Det betyr at det er behov for habiliteringspsykologisk kompetanse langt utover habiliteringstjenesten. Men til tross for det store behovet for slik kompetanse glimrer psykologene med sitt fravær. Når ikke god diagnostisk praksis følges, får det alvorlige konsekvenser for de berørte. Og når kunnskapen vi har, ikke anvendes i møtet med barn, unge og voksne som trenger en habiliteringspsykologisk tilnærming, svekkes tilliten til profesjonen. Vi trenger derfor psykologer som engasjerer seg, slik at pasientene får tiltak og behandling som faktisk bidrar til en positiv forandring. ✕

## REFERANSER

- Andersen, G.L., Irgens, L.M., Haagaas, I., Skranes, J.S., Meberg, A.E., & Vik, T. (2008). Cerebral palsy in Norway: Prevalence, subtypes and severity. *European Journal of Paediatric Neurology*, 12, 4–13. doi:10.1016/j.ejpn.2007.05.001
- Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2009). Circle of Security Parenting: A relationship based parenting program. *Facilitator DVD Manual*, 5.
- Forgatch, M.S., & Patterson, G.R. (2010). Parent Management Training – Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. I J.R. Weisz & A.E. Kazdin (red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (s. 159–177). New York, US: Guilford Press.
- Gundersen, T., Farstad G.R. & Solberg, A. (2011). *Ansvarsfordeling til barns beste? Barn og unge med funksjonsnedsettelse i barnevernet*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Halvorsen, M., Mathiassen, B., Sundby, J., Myrbakk, E., Brøndbo, P.H., Steinsvik, O.O., & Martinussen, M. (2014). Psykisk helse hos barn og unge med lavt evnenivå. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 210–215.
- Kurmanaviciute, R., & Stadskleiv, K. (2017). Assessment of verbal comprehension and non-verbal reasoning when standard response mode is challenging: A comparison of different response modes and an exploration of their clinical usefulness. *Cogent Psychology*, 4, 1275416. doi: 10.1080/23311908.2016.1275416
- Pakula, A.T., Braun, K.V.N., & Yeargin-Allsopp, M. (2009). Cerebral palsy: classification and epidemiology. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 20, 425–452. doi:10.1016/j.pmr.2009.06.001
- Smits, D.W., Ketelaar, M., Gorter, J.W., van Schie, P.E., Becher, J.G., Lindeman, E., & Jongmans, M.J. (2011). Development of non-verbal intellectual capacity in school-age children with cerebral palsy. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 550–562. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01409.x
- Stadskleiv, K. (2017). The relationship between language, expressive abilities and executive functioning in children with speech and motor impairment (Doctoral dissertation). University of Oslo, Faculty of Social Sciences. ISSN 1564–3991/ No. 655.
- Tøssebro, J., Midjo, T., Paulsen, V., & Berg, B. (2014). *Foreldre med kognitive vansker i møte med barnevernet*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Verdens helseorganisasjon (2018). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Vereenoghe, L., & Langdon, P.E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities*, 34, 4085–4102. doi: 10.1016/j.ridd.2013.08.030

# Meninger



FOTO: SHUTTERSTOCK / SCANPIX



## Journalmakt

«Det skrevne ord – psykologens ord – veier tyngre enn pasientens protester», skriver Marie Berger.

*Les debattinnlegget på side 270.*

Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 10. 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.

### HOVEDINNLEGG

Hovedinnlegg i Psykologtidsskriftet er en kronikk om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 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. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.





John Thomson 19



# Psykologers overtro

Også psykologer tror at man kan se på en person om de har en utviklingshemning. Slik er det ikke.

Jeg har så forferdelig dårlig samvittighet. Psykologen min har gjort alt hun kan for meg. Samtaler gjennom flere år, flere lange innleggelser, massevis av møter med kommunen – allikevel har jeg ikke blitt bedre! Jeg vet ikke hva som er gærent med meg ....<sup>1</sup>

**FORTELLINGEN KOM TIL MEG** fra en person som hadde hatt kontakt med psykisk helsevern over lang tid, og som først etter flere mislykkede behandlingsforsøk fikk diagnosen lett psykisk utviklingshemning. Til tross for mange møter med en rekke hjelpere i forskjellige deler av behandlingssystemet i en årrekke hadde altså ingen oppdaget personens tilstand. Når vi vet at mennesker med utviklingshemning trenger at så vel psykologisk som miljøterapeutisk behandling tilrettelegges for at de skal dra nytte av den, er det ikke merkelig at personen ikke ble bedre.

## DE USYNLIGE

Dessverre er det få psykologer, leger og andre profesjoner i helsevesenet som har kompetanse på utviklingshemning, og som kjenner til de utfordringene som følger med diagno-

.....

1. Personen har samtykket til publikasjon av innlegget.

sen. Tolga-saken forteller oss om de store konsekvensene manglende kompetanse får, ikke minst for personen det gjelder. For mange psykologer er denne manglende kompetansen en konsekvens av at man lærer lite om utviklingshemning på utdanningen, og at det er en diagnose man sjelden møter i klinisk praksis. Videre har mange, også psykologer, stereotype forestillinger om mennesker med utviklingshemning, som at utviklingshemning er noe man kan se på en person, eller umiddelbart skjønner at personen har, bare man snakker med dem. Slik er det ikke.

Blant mennesker med psykisk utviklingshemning er det et enormt spenn i funksjonsnivået, og de aller fleste fungerer intellektuelt og ferdighetsmessig opp mot normalområdet. I min praksis har jeg møtt mange mennesker med utviklingshemning hvor ingenting ved den kliniske observasjonen tilsier at de har denne diagnosen. Mange mennesker med utviklingshemning er dessuten svært dyktige til å skjule sine vansker. De har gjerne hatt årelang erfaring med å ikke forstå, og utvikler derfor strategier for å gi inntrykk av at de forstår, enten det er ved et gjenkjennende nikk, et bekræftende «mhm», ved å skifte tema, virke uinteressert eller i stedet rette blikket mot den andre. Det gir et inntrykk av forståelse, men ikke minst: De slipper



## TONJE ELGSÅS,

psykologspesialist,  
Akershus  
universitetssykehus,  
Avdeling  
Voksenhabilitering

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

## DIAGNOSTISERING





Dessverre er det få psykologer, leger og andre profesjoner i helsevesenet som har kompetanse på utviklingshemning, og som kjenner til de utfordringene som følger med diagnosen

ubehaget som ligger i å daglig tilkjenne at de nok en gang ikke har fått med seg det som har blitt sagt eller avtalt. Andre igjen kan ha relativt sett god bruk av språket slik at dagligtalen blir lite påfallende, men har store eksekutive vansker. Når man sliter med å ta initiativ, planlegge og evaluere egen atferd, er det vanskelig å gjennomføre de endringene andre forventer av en. Pasienten i åpningsvignetten illustrerer nettopp dette.

Ser vi på prevalenstillene for utviklingshemning, underbygger også de gruppens usynlighet. Forekomsten av utviklingshemning ligger et sted mellom 1 prosent (Grøsvik, 2008) og 1,5 prosent av befolkningen i industriland (Bufdir, 2013). Det tilsier at mellom 60 000 og 75 000 personer i Norge tilfredsstiller kriteriene for diagnosen utviklingshemning, mens det i NOU 2016:17 *På lik linje* fremgår at rundt 24 000 personer er registrert med diagnose psykisk utviklingshemning. Det betyr at mellom 35 000 og 50 000 mennesker sannsynligvis tilfredsstiller kriteriene for diagnosen, men ikke mottar tjenester for sin tilstand. Samtidig er det knyttet stor usikkerhet til forekomsttallene, og Helsedirektoratet (2017) mener at opp mot 150 000 personer kan tilfredsstille de diagnostiske kriteriene. Uansett hvilke tall man legger til grunn: Det kan se ut til at svært mange med utviklingshemning ikke får tilbud om hjelp.

#### PÅ ANDRE ARENAER

Likevel, det er nok også slik at mange med en lett utviklingshemning klarer seg selv, kanskje med god hjelp fra sitt sosiale nettverk, og at de derfor ikke trenger tjenester fra det offentlige. Andre igjen får muligens hjelp i andre deler av det offentlige tjenestesystemet, slik som psykisk helsevern, mens andre kanskje ivaretas i fengselsvesenet. Og nettopp i norske fengsler finner vi mange med utviklingshemning: En av ti innsatte har en utviklingshemning, skal vi tro Søndendaa (2008). Den studien finner også at to tredjedeler av disse *ikke* hadde diagnosen fra før av. Det betyr at når det gjelder innsatte med utviklingshemning, finner vi at to av tre personer har vært gjennom politiafhør, snakket med sin forsvarsadvokat, vært i en rettssak og blitt del av fengselsvesenet som innsatt uten at noen har oppdaget at vedkommende har en utviklingshemning.

Nyere forskning tyder på at mennesker med utviklingshemning oftere utvikler psykiske lidelser enn befolkningen ellers (Bakken, 2012). De har flere risikofaktorer, slik som at mange har komorbide somatiske diagnoser, som at de ofte sliter sosialt, har færre mestringsevner og kan ha lav sosioøkonomisk status. Videre trenger de ofte spesielle tilrettelegginger for å kunne nyttiggjøre seg psykoterapeutisk behandling.

Å ha terapi med en person med utviklingshemning er også krevende for terapeuten. Man må ha svært god evne til å være bevisst hva den andre personen oppfatter og opplever, fordi deres kognitive svikt kan gjøre at de lett misforstår eller skjuler at de ikke forstår. Man må også ha svært gode formidlingsevner, for eksempel må prinsipper for kognitiv terapi forklares på en forenklet måte og gjerne med ulike former for visuelt og konkret støttmateriell. Ofte er det også slik at behandling av psykisk lidelse eller atferdsproblemer hos en person med utviklingshemning er avhengig av en tverrfaglig tilnærming. Mange har fysiske tilstander som forverrer, eller kanskje til og med utløser, de psykiske lidelsene. Andre har genetiske syndromer med spesielle atferdsfenotyper man må ta hensyn til. De vil også ha behov for hjelp til å mestre livet i det daglige: holde orden på bolig, økonomi, legeavtaler og medisiner. Det hjelper ikke å gå til psykolog hvis livet ditt ellers er i kaos, preget av uforutsigbarhet, utrygghet og manglende opp-

levelse av kontroll. Og de aller fleste har behov for tilrettelagt arbeid/skole for å oppnå mestring og trivsel. Til det trengs det tett oppfølging fra første-linjen. Det er også viktig å huske at mennesker med utviklingshemning har mange rettigheter i det norske velferdssystemet, men at de ofte trenger hjelp fra profesjonelle hjelpere for å få tilgang til de rettighetene.

### HJELP SOM TELLER

Kunnskap om utviklingshemning har liten plass i profesjonsutdanningen, og det er få psykologer som jobber spesifikt inn mot denne pasientgruppen. Går vi til andre yrkesgrupper i psykisk helsevern, finner vi at det også her ofte både mangler kunnskap og erfaring. At pasientgruppen er preget av stor variasjon og sammensatte vansker, gjør den til en vanskelig gruppe å forske på. Resultatet er mangel på både faglitteratur og retningslinjer for utredning og behandling, enten det gjelder grunn-diagnose eller handler om komorbide diagnoser.

Mange mennesker med utviklingshemning kan ha vansker med å gjøre rede for hva de opplever, føler og ønsker. Det betyr at man ofte må fortolke eller dedusere seg fram til hva det er personen vil, noe som gjør det utfordrende å vite hva som faktisk vil være god hjelp for personen vi møter. Skal man jobbe med disse menneskene, enten det er i første- eller andrelinjetjenesten, kreves det derfor en etisk veloverveid og faglig solid forankret praksis uansett hvilken yrkesgruppe man tilhører.

Personer med utviklingshemning sliter også med fullt ut å ta et selvstendig ansvar for eget liv, som for eksempel økonomi eller ta stilling til hva slags helsehjelp man trenger. Ulikt lovverk, slik som vergemålsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, åpner blant annet derfor for at tvang kan benyttes, ikke minst hvis personen med utviklingshemning utsetter seg selv for vesentlig skade. Samtidig er det et uttalt mål å redusere tvangsbruken, og min erfaring er at psykologisk kunnskap og psykologiske perspektiv kan påvirke bruken av tvang. Det kan handle om generell kunnskap om hva som gir god psykisk helse, om å bringe inn tilknytningperspektivet eller vise hvordan normalpsykologisk kunnskap gjør at vi bedre forstår en persons fungering. Eller at vi formidler hvordan utfordrende atferd ofte henger sammen med manglende evne eller mulighet til å kommunisere. Og videre: Psykologer kan bidra med viktige utredninger og utarbeidelse av tiltak, samt at vi har kompetanse på relasjoner og alliansebygging.

Å benytte tvang eller overformynderi er noe av det mest alvorlige vi gjør i norsk helsevesen. Sett i lys av hvor inngripende og alvorlige slike tiltak kan være, er det egentlig påfallende at psykologer ikke har en omfattende og lang tradisjon for å arbeide i habiliteringsfeltet. Det blir ikke mindre påfallende med tanke på at psykologer har en viktig rolle å spille i bruken av tvang i befolkningen ellers.

Det er positivt at de nye pakkeforløpene i psykisk helsevern anbefaler utredning av kognitivt nivå. Da kan flere mennesker som har en uoppdaget utviklingshemning få, mer riktig og tilpasset hjelp. Men vi trenger også bedre kompetanse på utredning og behandling av psykiske vansker i psykisk helsevern for utviklingshemmede. Ikke minst trenger vi at flere psykologer får øyene opp for en pasientgruppe som er marginalisert, og som i liten grad evner å tale egen sak. Mangelen på forskning, litteratur og retningslinjer gjør det krevende å være psykolog i habiliteringsfeltet. Men det er få felt der man kan utgjøre en så viktig forskjell i en persons liv. ✖

### REFERANSER

- Bakken, T.L. (2012). Kunnskapsgrunnlaget. I Bakken, T.L. & Olsen, M.E. (red.), *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning: forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bufdir (2013). Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemning. Rapport 1–2013.
- Grossvik, K. (2008). Diagnostisering av utviklingshemning hos barn. I J. Eknes mfl., *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2016. *På lik linje: Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/sec3?q=antall>
- Helsedirektoratet (2017): *Personer med utviklingshemnings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1358/Personer%20med%20utviklingshemnings%20bruk%20av%20fylkeskommunale%20og%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20IS-2555.pdf>
- Søndenaa, E., Rasmussen, K., Palmstierna, T., & Nøttestad, J.A. (2008). The prevalence and nature of intellectual disability in Norwegian prisons. *Journal of intellectual disability research*.

#### AKTUELT PÅ NETT:

#### Tar likevel ikke gjenvalg

I marsutgaven av *Psykologtidsskriftet* fortalte Psykologforeningens president om sin motivasjon for å fortsette som president i foreningen. Den 20. mars kom beskjeden om at han likevel ikke tar gjenvalg. Les mer på [Psykologtidsskriftet.no](http://Psykologtidsskriftet.no)



# Ordet fanger

Pasienter opplever for ofte alvorlige krenkelser fra offentlig psykisk helsevern knyttet til uriktige nedtegnelser i journalen.



**MARIE BERGER,**  
sykepleier, Oslo

## JOURNAL

**JEG TROR JEG VAR RUNDT NI** år da tanta mi begynte å dele sine erfaringer som barnehage lærer: «Hvis du sier til barna at de skal møte en morsom mann, begynner de alle å le. Selv om han er helt alvorlig og snakker om kjedelige ting.» Historien fasinerte meg. Var det virkelig så enkelt?

Som voksen og som ansatt i helsevesenet har jeg lært at det ikke bare er små barn som fungerer slik. Vi gjør det vi også, vi voksne menneskene i helsevesenet. Og vi gjør det gjerne mot bedre vitende.

Det er ikke få ganger jeg har satt meg ned med en pasientjournal og latt det skrevne ord få definere en person jeg ennå ikke har møtt. Jo mer jeg leser, jo mer vet jeg om vedkommende. Eller rettere sagt, *tror jeg* at jeg vet om vedkommende. For det er ikke sikkert at det som står i journalen, er sant.

### ÉN FJÆR BLIR TIL FEM HØNS

De siste årene har jeg snakket med flere pasienter som har opplevd alvorlige krenkelser fra offentlig psykisk helsevern knyttet til uriktige nedtegnelser i journalen. Til min egen lettelse har det sjelden handlet om sykepleiere, men derimot ofte om utsagn fra psykiatere og psykologer. Nettopp det gjør situasjonen mer alvorlig – for hvem har vel større definisjonsmakt i psykisk helsevern enn dem?

Slik barnehagebarna hadde tillit til at læreren fortalte sannheten om «den morsomme mannen», har vi stor tillit til pasientjournalen. Vi tar det nærmest for gitt at det ligger et grundig arbeid bak notatene, så grundig at vi kan bygge alle våre tanker og handlinger på dem. Vi tar det for gitt at journalen forteller oss *sannheten* om pasienten.

Innerst inne vet vi nok at selv en erfaren behandler kan huske feil, misforstå eller legge noe annet i et ord enn det pasienten selv gjør. Derfra kan én fjær fort bli til fem høns. Og slik en liten tue kan velte et stort lass, kan én liten misforståelse medføre at et behandlingsforløp tar en helt annen retning enn pasientens reelle problematikk skulle tilsi. I verste fall kan helhjelpen bli mer skadelig enn nyttig.

Selv om noen behandlere er åpne for å innrømme feil og korrigere dem, er det i andre tilfeller nærmest umulig for pasienten å få endret uriktig journalinformasjon. Det skrevne ord – psykologens ord – veier tyngre enn pasientens protester. Særlig i et så stigmatiserende felt som psykisk helsevern.

Vi vil gjerne tro at systemet – med kvalitets-sikret utdanning, lovfestede rettigheter og tilsynsinstanter – bidrar til å sikre pasienten en korrekt journal, med påfølgende korrekt diagnostisering og behandling. I praksis viser det seg imidlertid at systemet er svært sårbart, og at pasienten i mange tilfeller er sjanseløs.

### HISTORIEN TIL A

På et foredrag i desember i fjor ble jeg sittende ved siden av A, en sykepleier som nylig hadde vært innom psykisk helsevern som pasient. Jeg fikk del i As historie og vil dele den videre som en illustrasjon på at selv gode intensjoner kan slå feil om man ikke er oppmerksom på feil i journalen.

A kom til DPS grunnet suicidalitet. Et par måneders utredning klarte ikke å avdekke hvorfor A tilsynelatende ble verre. Psykologen som overtok behandlingen, konfronterte raskt A med at ingen forstod hvorfor hun selvskadet. A forsøkte da å finne en annen måte å beskrive

hvordan selvskading lettet på trykket, og svarte: «Det er en slags kommunikasjon.» Psykologen hadde helt andre referanserammer enn A og tolket utsagnet som at det handlet om «kommunikasjon *til andre* (min uthevelse)». Dette ble journalført og utdypet som en *erkjennelse* fra A – som på sin side var helt uvitende om resonnetet. Selv hadde A bare ment at kroppen ikke klarte å undertrykke følelsestrykket lenger, den bare måtte få det ut.

Kort tid etter vurderte en psykiater A i en akutsituasjon. Hun leste psykologens notat og tok det for gitt at det fortalte sannheten om A. Selv om A svarte ærlig på spørsmål, ble det hun sa, avvist. Psykiateren var mer opptatt av å få A til å forstå hvor slem hun var mot omgivelsene siden hun skadet seg selv og ba om hjelp. A, som ikke skjønnte hvorfor hun ble mistrodd, ble mer krenket.

I psykiaterens notat fra timen ble A plutselig beskrevet som personlighetsforstyrret med dårlig selvinnsikt og upålitelig motivasjon. Psykiateren skrev også en separat selvmordsrisikovurdering – basert på psykologens nedtegnelser av noe A egentlig aldri hadde sagt. Denne ble siden brukt av annet helsepersonell, som nå behandlet As påståtte kontrolltap som bevisst spill.

### INGEN KORRIGERINGSVILJE

As historie minnet om min tantes fortelling fra barnehagen. Jeg tenker ikke lenger at det var noe spesielt med de små barna, men heller at det handlet om noe menneskelig. Vi har så stor tillit til autoriteter at vi lar dem definere vår virkelighetsoppfatning. Og pasientjournalen er en mektig autoritet i så måte.

Basert på psykologens misforståelse av *ett enkelt ord* – kommunikasjon – opplevde A å få hele sin livshistorie forandret. Jeg kunne godt ha vært en av dem som trodde på den beretningen som etter hvert utviklet seg i As journal. Psykologens tolkning virket ikke urimelig. Men den var feil.

En tid senere fikk A diagnosen 'kompleks PTSD', et symptomkompleks som ikke sjelden feildiagnostiseres som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. A fikk vite at hun hadde 'sekundær dissosiasjon', og hun fikk hjelp til å forstå at det var ulike deler av personligheten hennes som hadde forsøkt å ta livet av henne, mens andre deler hadde forsøkt å be om hjelp. A fikk lære noen enkle metoder som gjorde at hun selv kunne få kontroll på disse delene – uten å ty til selvskading for å roe ned følelsene. Hadde A blitt lyttet til på DPS-et, kunne forløpet blitt avbrutt langt tidligere. Men As stemme druknet i journalens utsagn, et utsagn som A aldri hadde kommet med, men som psykologen hadde forevige som fakta.

Det verste med As historie er ikke at psykologen gjorde en feil, eller at andre ansatte blindt trodde på den. Langt verre er deres manglende vilje til å korrigere den. Psykologen anklaget A for å «kaste bort tida» når hun forsøkte å ta det opp, og As senere henvendelser ble ignorert – selv om en ny og mer omfattende utredning nå kunne vise at A snakket sant.

I As tilfelle var det ikke snakk om en uløselig problemstilling. Det var ikke verre enn at spørsmålet om As selvskadingsmotiver kunne stilles på nytt. Men A fikk aldri sjansen. A fikk aldri fremlagt psykologens fortolkning, og alt A sa, ble avvist basert nettopp på den. Kanskje var det ikke så rart – for hvem vil høre på en sånn pasient? Slik «den morsomme mannen» alltid ville være morsom, var A for all fremtid dømt til å være «den manipulerende pasienten». ❧



Det verste med As historie er ikke at psykologen gjorde en feil, men den manglende viljen til å korrigere den

# Tar vi feil?

En av utfordringene med det norske regelverket knyttet til samtykkekompetanse, er at pasienter risikerer å ikke få den helsehjelpen de sårt trenger.



**JOSTEIN RONÅS,**  
overlege ved Jæren  
DPS. Spesialist i  
psykiatri siden 2014

**NICOLA CONVY,**  
Mental Health Law  
Adviser for Schoen  
Clinic York

## SAMTYKKE- KOMPETANSE

**I ENGLAND OG WALES** beskriver Mental Capacity Act 2005 (MCA) når og hvordan samtykkekompetansevurderinger i psykisk helsefeltet skal gjennomføres. MCA har vært i utbredt bruk siden 2007. Hvordan skiller samtykkekompetansevurderinger i England seg fra Norge etter endringene av lov om psykisk helsevern i september 2017? Har vi noe å lære av England?

Grunnprinsippene i MCA er som følger: 1) En person må antas å ha samtykkekompetanse med mindre det er fastslått at han mangler samtykkekompetanse. 2) Før en person kan regnes som ikke samtykkekompetent, må praktiske forhold best mulig legges til rette for å hjelpe ham til å ta en beslutning. 3) En person skal ikke behandles som ikke samtykkekompetent bare på grunn av en uklok beslutning. 4) En avgjørelse på vegne av en person som mangler samtykkekompetanse, må være i personens beste interesse. 5) Før beslutningen om manglende samtykkekompetanse fattes, må det tas hensyn til om formålet kan oppnås like effektivt på en måte som er mindre restriktiv for personens rettigheter og handlingsfrihet.

Ved alle samtykkekompetansevurderinger, også i Norge, må man gjennomføre en diagnostisk test, det vil si at vedtak om manglende samtykkekompetanse kun kan fattes der en person har en nedsatt funksjon mentalt, eller i hjernen, enten som følge av en sykdom eller på grunn av eksterne faktorer som alkohol eller narkotikabruk. I tillegg skal det inngå en funksjonell test: Betyr manglende samtykkekompetanse at personen ikke er i stand til å ta en nødvendig beslutning? Man kan mangle samtykkekompetanse til å ta noen avgjørelser, men ha samtykkekompetanse for andre avgjørelser. Samtykkekompetanse kan også variere over tid, det

vil si at man kan mangle samtykkekompetanse på ett tidspunkt, men kan være i stand til å ta samme beslutning på et senere tidspunkt.

MCA stadfester at en person mangler samtykkekompetanse hvis han ikke kan: 1) forstå informasjon om en beslutning, 2) huske denne informasjonen, 3) bruke eller veie opp relevant informasjon for å ta en avgjørelse, eller 4) kommunisere sin beslutning. Før man fatter beslutningen om at en person mangler samtykkekompetanse, må man også i så stor grad som mulig hjelpe personen til å ta avgjørelsen selv. MCA gjelder en rekke beslutninger, inkludert omsorg, støtte og behandling, økonomiske forhold og hjelp til fungering i hverdagen. Det kan brukes når det ikke er hensiktsmessig å bruke Mental Health Act, som er et lovverk som regulerer utøvelsen av psykisk helsevern i England og Wales og kan sammenlignes med psykisk helsevernloven i Norge.

Det er flere likheter mellom samtykkekompetansevurderinger i Norge og i England. Diagnostiske og funksjonelle tester kreves, og komponentene i testene er sammenlignbare, og nødvendig begrensning av en persons autonomi kan også i enkelte tilfeller gjennomføres i Norge under alternativt regelverk (f.eks. nødrett/nødverge under straffeloven § 17 og 18 eller livreddende behandling under pasientrettighetsloven § 4a). Begge regelverk er utformet for å beskytte de som ikke kan ta beslutninger selv, og begge er underbygget av menneskerettighetsprinsipper som tar sikte på å hindre at bruken av tvang kommer i konflikt med basale rettigheter. Men det er også noen forskjeller mellom Norge og England:

I Norge må man, under behandlingskriteriet, kunne bevise at pasienten mangler samtykke-



kompetanse, for å kunne bruke tvangsparagrafer i psykisk helsevernloven. I England og Wales brukes formaliserte samtykkekompetansevurderinger på andre måter, og man behøver ikke å bevise manglende samtykkekompetanse for å kunne bruke tvangsparagrafer under MHA. I den funksjonelle testen ved samtykkekompetansevurderinger er det første, tredje og fjerde kriteriet likt i England og i Norge, men det andre kriteriet er ulikt. I Norge vurderes det om en pasient er i stand til å erkjenne relevansen av den angitte informasjonen for sin aktuelle situasjon. I England må derimot en pasient kunne huske og gjenkalle relevant informasjon for å kunne erklæres for samtykkekompetent.

Selv om utførelsen av formaliserte samtykkekompetansevurderinger i England utføres omtrent som i Norge, ser vi at bruksområdene er ulike. I Norge benytter man samtykkekompetansevurderinger for å forebygge unødig begrensning av pasienters autonomi under behandling av psykisk lidelse. I England og Wales ser man i større grad på farene ved å unnlate å gi nødvendig behandling og bruker formaliserte samtykkekompetansevurderinger for å sikre at tilstrekkelig omsorg og behandling også kan gis til personer uten klar psykisk lidelse. Etter den brå innføringen av obligatoriske samtykkekompetansevurderinger i lov om psykisk helsevern i september 2017 er det nå større forskjeller enn før mellom utøvelsen av psykisk helsevern i Norge og England/Wales. En av utfordringene med det norske regelverket er at pasienter risikerer å ikke få den helsehjelpen de sårt trenger. Er vår bruk av samtykkekompetansevurderinger mer til skade enn til nytte for pasientene? ✘

## De lokale valgene

Det er i kommunen vi får våre første barnehagevenner, spiller i korps, finner en helsesøster; det er der vi lever, det er der vi dør. Kommunen har ansvar for en rekke av våre velferdstjenester, samtidig har de også stor grad av selvråderett. Det betyr lokale løsninger som ikke alltid er like enkle å sammenligne på tvers av kommunene.

Med høstens kommunevalg for øye vil Psykologtidsskriftet se nærmere på hvilke løsninger kommunene har valgt når de skal gi hjelp til personer med psykiske helseplager, med rusproblemer, med forstyrrelser av intellektuell utvikling, med lese- og skrivevansker og mer til.

Vi har valgt å være konkrete i vår dekning av psykisk helse i kommunen. Journalister og redaktører drar hjem til sin oppvekstkommune for å se på hvordan de løser psykisk helseutfordringer der. I dette nummeret har journalist Øystein Helmikstøl dratt hjem til Strand i Rogaland. Der har han snakket med hardtarbeidende lokalpsykologer som kjenner storpolitiske prioriteringer på kroppen. Hvordan står det til med PPT midt i all oppmerksomheten rundt de nye kommunepsykologene? Og hvem behandler egentlig når spesialisthelsetjenesten har sprenget kapasitet?

I forrige utgave viste vår journalist Nina Strand hvordan et kultur- og aktivitetshus i Bærum kommune er et ankerfeste for mange som står utenfor det ordinære arbeidslivet. Medlemmene i Villa Walle mener at det *originale*, ikke bare det *ordinære* arbeidslivet må verdsettes. Men innsatsen til folk på trygdeytelser er lite synlig og lite anerkjent, og i reportasjen kritiseres kommunen for at de i for stor grad baserer seg på frivillig innsats i stedet for å opprette deltidsstillinger.

Mens den nasjonale debatten om psykisk helse fort preges av enighet om gode intensjoner om mindre stigma, raskere hjelp og den gylne regel, handler det lokalt om håndfaste, realpolitiske prioriteringer. Har vår lille kommune ressurser og kompetanse til å gi et tilbud til mennesker med utviklingshemming eller demens, ja, psykisk helse og rus generelt? Hvis ikke, hvor stor del av budsjettet skal brukes til å kjøpe private tjenester i andre kommuner? Psykologers kompetanse skal brukes til å løse kommunens pålagte oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenester. Men om dette skjer på helsestasjonen, ungdomshuset, eldresenteret eller ved hjemmebesøk, er åpent for diskusjon. Og skal psykologen forebygge, behandle eller jobbe med kommunale helseplaner?

Vi ønsker med reportasjeserien vår å reise en debatt om kommunens tjenestetilbud. Vi håper at både psykologer og andre lesere deler erfaringer fra tjenestene og deltar i debatten om de kommunale prioriteringene. For det er lokalt vi ofte møter disse tjenestene. Da er det også det lokale vi må ta utgangspunkt i når vi diskuterer psykisk helse og rus.

*Bjørnar Olsen, sjefredaktør, og Ida Holth, fagredaktør*

# Spedbarnets primære emosjoner

Det er riktig at de primære emosjonene kunne ha vært problematisert bedre i min bok om utviklingspsykologi.



## LARS SMITH,

professor emeritus,  
Psykologisk institutt,  
Universitetet i Oslo

## UTVIKLINGS- PSYKOLOGI

**I ET DEBATTINNLEGG** i marsutgaven av Psykologtidsskriftet skriver Sigmund Karterud at jeg i boken *En kort introduksjon til utviklingspsykologi* har glemt de primære emosjonene. Helt utelatt er de ikke ettersom jeg nevner at det emosjonelle livet til nyfødte er tredelt i form av gråt eller irritabilitet, glede eller tilfredsstillelse og oppmerksomhet eller interesse. Jeg omtaler også det Darwin kalte de medfødte aksjonsmønstrene, slik som fryd, tristhet, sinne og frykt, som inntreffer fra tremånedersalderen av og oppover til åtte måneder. Men Karterud har rett i at spørsmålet om hvorvidt det finnes primære emosjoner, og hvilke disse i så fall er, kunne ha vært problematisert bedre i boken.

Det har i emosjonslitteraturen vært trukket et skille mellom de basale eller primære emosjonene, som antas å være biologiske affektprogrammer som finnes hos alle mennesker og noen andre dyrearter, og de avledete eller sekundære emosjonene, som muligens kan være en blanding eller kombinasjon av de primære. Påvirket av Tomkins' emosjonsteori (1962, 1963) og på grunnlag av observasjoner av barn, har Izard (1977) spesifisert ti primære emosjoner: interesse-begeistring, fornøyelse-glede, overraskelse-forskrekkelse, nød-kval, sinne-raseri, avsky, forakt, frykt-skrekk, skambeskjedenhet-ydmykelse og skyld-anger. Likevel er det ingen konsensus verken om hvilke emosjoner som er primære, eller hvor mange det er. Hvis vi har fokus på individets tilpasning til sitt naturlige miljø (innbefattet kultur) og dets motivasjonelle streben i det daglige samvirket med omgivelsene, er skillet mellom de primære og sekundære emosjonene kanskje ikke så viktig. Men hvis vi tar utgangspunkt i hjernens evolusjonære programmering, kan vi se grunner til å opprettholde distinksjonen. Det er mulig at de sekundære emosjonene som er formidlet av nyere områder i hjernen, ikke så lett kan overstyre eldre områder assosiert med

homeostatisk regulering og den grunnleggende emosjonelle tilpasningen.

## BARNES INTENSJONELLE HOLDNING

De primære emosjonene som Izard beskriver, har selvsagt stor betydning for tilknytningsprosessen som formende for individets utvikling. Menneskebarnet danner sine første tilknytninger i andre levehalvår, men allerede i alderen fra tre til seks måneder vil samspillet med noen få primære omsorgspersoner ha en emosjonell dybde som normalt er forskjellig fra det følelsesinnholdet som samhandling med andre mennesker innebærer. Overgangen fra samspill til relasjon og emosjonenes betydning i den forbindelse er det lagt stor vekt på i boken.

Karteruds innspill om felles oppmerksomhet, felles intensjonalitet og barns språkutvikling er av stor interesse. Han reiser spørsmålet om hvorfor sjimpansen, som også viser felles oppmerksomhet, likevel ikke utvikler språklige ferdigheter av en slik kompleksitet som vi ser allerede hos toåringene, og henviser i den forbindelse til Tomasellos (2008) arbeider. Problemet oppstår hvis vi antar at det ligger til grunn en sosial-pragmatisk mekanisme for språkutviklingen, i motsetning til en indrestyrt enhet. Tomasellos forskergruppe har gjort omfattende studier av kommunikasjon ved hjelp av gester og vokale ytringer hos antropoide aper og spedbarn. De hevder at vår språklige kapasitet ble evolvert først etter at mennesket hadde tilegnet seg naturlige gester og felles intensjonalitet, godt hjulpet av kulturell læring av gjensidig innforståtte kommunikative konvensjoner. Slik utfordret Tomasello og medarbeidere Chomskys teori om at lingvistisk kunnskap er medfødt. I stedet for å være basert på en innebygd enhet antar Tomasello at barns språkutvikling representerer en biologisk tilpasset form for kooperativ læring som skapes og videreføres av kulturelle grupper.



**PRIMÆRE EMOSJONER** Lars Smith mener han ikke helt har glemt de grunnleggende emosjonene i sin siste bok; det emosjonelle livet til nyfødte er tredelt i form av gråt eller irritabilitet, glede eller tilfredsstillelse og oppmerksomhet eller interesser, skriver han. Foto: Susan Kirch/Scanpix

En grunnleggende idé for dette synspunktet er antakelsen om at kommunikasjon hos homo sapiens fungerer ut fra en *intensjonell holdning* (Dennett, 1987). Anvendt på språklæring vil det si at barnet handler på basis av meningsfulle tilstander som predikerer atferden. Et eksempel er barnet på 13 måneder som går til utgangsdøren og setter foten på skoen sin, samtidig som hun vokaliserer for å få den voksnes oppmerksomhet. Dette blir oppfattet som at barnet ber om at de skal ta en tur ut sammen, fordi atferden er starten på en handlingsrutine som fører til en hverdagslig sosial aktivitet (eksempel fra Carpendale et al., 2013). Neste antakelse er at hjernen koder mening. I de senere år har erkjennelsen av at informasjonsprosesseringen blir implementert av hjernen, fått bred aksept både innenfor kognitiv vitenskap og nevrovitenskapene. Informasjonen som hjernen prosesserer, handler om noe, hvilket vil si at den representerer forhold som har å gjøre med regulering av personens handlinger. Hypotesen om at hjernen koder mening assosiert med aktivitet og livsform er i overens-

stemmelse med den anskuelse som Wittgenstein (1953) står for.

Sigmund Karteruds innlegg har reist mange interessante spørsmål, hvorav enkelte med fordel kunne ha vært omtalt i introduksjonsboken. Men det sier seg selv at i en så kort tekst er det mange sentrale problemstillinger som må utelates. Noe av det som savnes, og som er viktig for studenters kunnskapshorisont, så som evolusjonen og utviklingen av evnen til å tenke, kan forhåpentligvis bli tema i en annen kort introduksjonsbok. ✕

#### REFERANSER

- Carpendale, J.I.M., Atwood, S., & Kettner, V. (2013). Meaning and mind from the perspective of dualist versus relational worldviews: Implications for the development of pointing gestures. *Human Development*, 56, 381–400.
- Dennett, D. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- Tomasello, M. (2008). *Origins of human communication*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Tomkins, S.S. (1962, 1963). *Affect, imagery, consciousness* (bd. 1 og 2). New York: Springer.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations* (red. G.E.M. Anscombe & R. Rhees, overs. G.E.M. Anscombe). Blackwell: Oxford.



## Debattert

## En hemmet hverdag

**SVEKKA** Oppfølginga til psykisk utviklingshemma har blitt betydeleg svekka dei siste åra. No står over halvparten utan aktivitet eller arbeid i kvardagen. – Dei får endå dårlegare liv, med depresjonar og mistriwsel. Alt i alt eit ganske uverdigg liv, seier leiar i Norsk forbund for utviklingshemma, NFU, Jens Petter Gitlesen.

*NRK Sogn og Fjordane 18. mars*

**SKEIV** – Alle har en seksualitet, uavhengig om de ansatte er interessert i det. Det er vanskelig nok om du har en utviklingshemming. Er du skeiv eller queer havner du i to minoritetsbåser på en gang. Å finne en partner blir som å vinne i lotto.

*Carina Carlsen til FriFagbevegelse.no 18. mars*

**FAIR** – Idrettsnorge har en visjon om «idrettsglede for alle!». For at vi skal gjennomføre det må det være et tilbud til alle, også de med psykisk utviklingshemming. Det er litt mer organisering og oppfølging, men det får folk til om de vil.

*Pål Erik Gullestad forteller om fotballcupen «Fairplay» i Vigga 19. mars*

**GJENGS** Etter at kommunen innførte «gjengsleie», eller markedsleie, for kommunale boliger i Oslo, har flere fått kraftig økning i husleien. Blant annet har familiene til flere psykisk utviklingshemmete fortalt om husleier som er både doblet og tredoblet.

*Nordre Aker Budstikke 19. mars*

**PAUSE** Å reisa på ferie er ingen menneskerett, men det er ein del av eit normalt liv i Norge. For dei fleste av oss er dette viktige pausar frå kvardagen. – Det er ikkje annleis for personar med utviklingshemming.

*Bjørn Gripsgård Knudsen til Strilen 20. mars*



## Sannheten skinner fra det ubevisste

Hvorfor snakkes det så lite om det ubevisste i psykisk helsevern?

**FREDRIK DIESERUD** psykiater og psykoterapeileder i psykodynamisk psykoterapi

### PSYKISK HELSEVERN

**JEG JOBBET LENGE** på en allmennpsykiatrisk poliklinikk, og det var påfallende hvor sjelden ordet ubevisst ble brukt. Professor Per Brodal sa en gang at vi har et lager av ubevisst hukommelse. Dette lageret virker inn på oss, kobler seg på det vi er i, og strør om seg av forventninger og følelser, ordløst. Ingen kan være uenig i det. Om en ikke tar det ubevisste på alvor (de gangene løsningen ligger der), vil det være det samme som om lungelegen bare lyttet til den ene lungen når pasienten har pustebesvær. Svulsten kan ligge i den venstre, men også i den høyre.

Hvorfor snakkes det så lite om det ubevisste i den offentlige psykiatri?

Behandlere har jo så gode egenskaper og verktøyer for å få tilgang til det ubevisste: nytten av å lytte til tonene i pasienten, melodiene, hvilke følelser som ligger der i lag, fri assosiasjon, frittflytende oppmerksomhet, overføring, motoverføring, motstand, brudd på rammer, drømmer osv. Det er ikke så vanskelig, om en åpner opp. Ja, det kan ta tid, men ikke lengre tid enn om en lar være, ikke når løsningen faktisk er relatert til det ubevisste, ved at noe er fortrent eller ikke blitt til; det Killingmo beskriver som mangelformatikk.

Om lungelegen kun konsentrerer seg om én lunge vil han ofte miste vesentlig informasjon om hva pasienten kan lide av. Vi må ikke glemme det ubevisste, selv om det kan være lettere å tillate seg å ignorere det som er fortrent, eller det som ikke like lett kan uttrykkes med ord av en pasient som ikke fikk det vedkommende trengte. Men kanskje er det ikke så nøye, da denne unnlattelsen ikke kan oppdages med et røntgenbilde, og når jus og helsedirektorat forherliger det eksplisitte. ✕

### Psykologtidsskriftet retter

I NÅ-intervjuet med presidentkandidat Håkon Kongsrud Skard i forrige utgave kom vi i skade for å skrive at landsmøtet til Psykologforeningen er i september. Landsmøtet finner selvfølgelig sted i november, nærmere bestemt 20.-22. november i Sandefjord.

# Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: BERT ROALD / SCANPIX

## Glemmer nærmiljøet

Det er synd at Langaard ikke vier mer av boka til å snakke om hvordan vi fagpersoner kan bidra til bedre relasjoner mellom ungdom og voksne i ungdommens nære kontekst, skriver Katja Nyman.

Hun har lest Kari Langaards bok *Profesjonelle samtaler med ungdom*, se side 286.

### 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](mailto:nina@psykologtidsskriftet.no).

# Vet Jordan hvordan?

Hvordan, Jordan, ble du så demagogisk? Hvorfor forlot du din regel nummer 9 – *Anta at den du lytter til, kanskje vet noe du ikke vet?* Er det fordi du holder så hardt i regel nummer 8 – *Si sannheten – eller i hvert fall, ikke lyv, at predikanten i deg har overtatt styringen?*

## TEKST

Guro Øiestad

## ILLUSTRASJON

Steph Hope

**P**olarisering er uhensiktsmessig, nesten alltid. Ofte er polarisering destruktivt. Og det rare er at vi driver med det hele tiden. Er du ikke god, er du ond. Er du ikke med meg, er du mot meg. Vi kjemper for å ha rett, og spisser argumentene når vi blir motsagt. Jordan Peterson, eller retttere sagt meningene om ham, er polariserte. Jeg blir nysgjerrig når en person blir sterkt elsket og hatet på en gang, og har derfor sagt ja<sup>1</sup> til å reflektere litt rundt fenomenet Jordan Peterson, eller JP, som han heter på YouTube, der videoer med ham per januar 2019 er avspilt 85 millioner ganger.

På spørsmålet om hva som er det aller viktigste i budskapet hans, sier JP i samtale med Dr. Oz på YouTube: «Livet innebærer lidelse, som vi må ruste oss til å tåle. Og ansvaret ligger hos oss selv, hos individet. Det er gjennom å ta og følge opp dette ansvaret at du finner mening i livet. Håndterer du livets lidelse og smerte med

ansvarlighet, blir du et bedre menneske, både for deg selv og andre. Lykke er ikke målet, men kan komme som en bieffekt av å ta ansvar.»

Vi kan ikke skylde på andre når vi møter motgang, mener altså JP. Et stykke på vei er jeg enig med ham. Men jeg synes han trekker det individuelle ansvaret for langt, i retning av det amerikanske idealet om «the selfmade man», som «starter med to tomme hender». Dette er noe jeg skal komme tilbake til, under overskriften «Politikeren» JP. Men først til *psykologen* JP.

## PSYKOLOGEN JP

Vi blir kjent med psykologen JP gjennom boka *12 regler for livet*, som ble friskt og morsomt anmeldt av Line C. Gjerde her i tidsskriftets novemberutgave i 2018. Under overskriften *Politisk ukorrekt selvhjelp* skrev hun at «Jordan Peterson messer sine råd som om han var Gud sjøl, men i det ligger også en god dose omsorg og varme» (s. 1056). Jeg synes hun har et godt poeng, og vil utdype hvorfor.

JP syr sine 12 regler over følgende lest: Hver regel har sitt kapittel, som innledes med et par godt fortalte historier. Så går han langt inn i »

1. Jeg kunne ikke skrevet dette essayet uten mye hjelp fra min gode venn Pål Damskau. Stor takk til PD.





**AVATARPSYKOLOG** Den kontroversielle canadiske psykologen Jordan Peterson har blitt sine egne ideers demagogiske avatar, skriver Guro Øiestad. Hun kunne likevel gjerne ha gått i terapi hos ham, men ville aller helst selv hatt ham i behandling.





Som psykolog er jeg enig i flere av rådene JP gir i boka

religiøse og klassiske myter og sagn, spesielt fra Bibelen. Han mener at Bibelens urgamle fortellinger, fortalt og foreddet gjennom årtusener, inneholder grunnleggende innsikter om menneskers følelser og individuelle behov og plikter. Og siden mennesket som behovsvesen nok ikke har endret seg siden Bibelen fant sin form på 300-tallet e.Kr., gjelder ifølge JP Bibelens innsikter fortsatt. Mot slutten av hvert kapittel går så JP tilbake til den konkrete regelen, med en direkte og inntrengende oppfordring til leseren, som her: «Når du er blitt sterkere, vil du legge ut på livets reise, la ditt lys skinne så å si, på den himmelske høyden og følge din rette bestemmelse ... Da vil du kunne påta deg verdens nådeløse byrde og finne glede i den. ... Rett opp ryggen og skyt brystkassen frem» (s. 51).

JPs selvhjelpsformel er altså slik: Først fanger han leseren med et par gode hverdagshistorier. Dernest forankrer og legitimerer han regelen i en «høyere himmel» av urgamle religiøse myter og fortellinger. Og så, når blodet bruser hos leseren, går han raskt tilbake til den konkrete utfordringen som ligger i den nå «helliggjorte» regelen.

Også jeg blir fanget av JPs personlige historier i boka om de 12 reglene. Men jeg faller av i hans bibelhistoriefortelling. Dels fordi jeg her opplever ham som trettende ordrik og assosierende, men mest fordi jeg synes han går for langt i sine forsøk på å tolke universell og tidløs mening inn i de urgamle fortellingene. Jeg tror ikke helt på ham, og kommer tilbake til hvorfor, under avsnittet Forskeren JP. Samtidig antar jeg at JPs univers av gamle myter slår særlig godt an hos mennesker som liker science fiction og fantasy. Og dermed også hos mange unge menn, som jo er JPs hovedtilhengere. Fantasy og science fiction er en rik og populær sjanger, og hvis jeg er inne på noe her, så har JP funnet en kongevei med sitt ansvarlighets-budskap. Jeg kan forstå at han tenner unge sjeler som føler tomhet, meningsløshet og isolasjon. JP blir den oppmuntrende faderen, alternativt «Gud sjøl» eller kanskje Gandalf, som sier: Hør her gutten min, du har en flamme i deg. Ta ansvar, finn ut hvor engasjementet ditt ligger. Nettopp i engasjementet ligger ditt bidrag til verden.

Som psykolog er jeg enig i flere av rådene JP gir i boka, og jeg har sans for måten han kombinerer myndighet med varme på. Som denne lille oppskriften under regel 4:

Sammenlign deg med den du var i går, ikke med det en annen er i dag: Legg merke til noe som plager deg, som bekymrer deg, som ikke lar deg i fred, som du kunne ordne opp i, som du ville ordne opp i. Du finner slike ting ved å stille deg selv (om du virkelig vil vite det) tre spørsmål: «Hva er det som plager meg?» «Er det noe jeg kan fikse?» «Vil jeg virkelig fikse det?» Er svaret nei, på ett eller alle spørsmålene, så let et annet sted. Sikt lavere. Let til du finner noe som plager deg, som du kan gjøre noe med, som du vil gjøre noe med, og gjør det. Det kan være nok for en dag (side 138–139).

JP oppfordrer oss til å kjenne sympati med frykten for å gripe tak og ta ansvar, men samtidig finne steg som er små nok til at vi mestrer det, slik at vi motiveres til å ta mer ansvar. Han inntar rollen som autoritativ forelder, som – i motsetning til autoritære eller ettergivende foreldre – kombinerer tydelige forventninger med varm responsivitet, og får selvstendige, trygge barn som klarer seg bra i samfunnet (Baumrind, 1995). Kommunikasjonen mellom voksne og barn åpnes opp med varme, som i neste omgang gjør det mulig å nå fram med krav og forventninger (Tilton-Weaver et al., 2010).

Dagen etter at jeg hadde lest regel 8 – *Si sannheten – eller i hvert fall, ikke lyv*, kjente også jeg meg «velsignet» av JPs «preken» om å si sannheten: Jeg ble litt mindre feig, litt mer direkte og mer «sann», i en situasjon der jeg måtte si fra om noe negativt til en liten gruppe mennesker. JP inviterer til mindre forstillelse, mer ærlighet, noe jeg synes er bra. Selv om den hvite løggen også kan være helt nødvendig, mener nå jeg.

Så langt om den forsvarlige selvhjelpen som JP tilbyr. Noen av påstandene og ytringene i boka til JP reagerer jeg negativt på. Når han sier at «vold er standardinnstillingen» hos mennesket, og at menneskebarnet først og fremst må disiplineres (s. 159), synes jeg han overdriper betydningen av det onde i mennesket. Jeg er skeptisk til måten han snakker om straff og belønningsregimer overfor barn på. Han ser ut til å mene at et «nei» må etterfølges av en trussel om straff for å virke, inkludert mild fysisk avstraffelse. Jeg får inntrykk av at JP ikke helt har fått med seg, eller ikke anerkjenner, kunnskapen fra nyere utviklings- og tilknytningspsykologi. Han snakker riktignok om

vennlighet som hovedingrediensen i foreldre-barn-forholdet – jeg tror JP er en god pappa. Så kanskje er det hans opptatthet av dominans og hierarkier som fører ut på villspor her?

«Dominanskalkulatoren» er ifølge JP en urgammel mekanisme i hjernens dypere strukturer, som alltid tikker og går, som beregner vår plass i hierarkiet, og som hele tiden gir oss impulser til å handle slik at vi øker vår dominans. Jeg tror JP har rett i at vi, ofte ubevisst, vurderer egen og andres relative status. Men i sin nesten dogmatiske iver etter å dokumentere betydningen av menneskets klatring i dominanshierarkier mener jeg at han undervurderer andre like grunnleggende trekk i menneskets natur, som behovet for å samarbeide. Han snakker riktignok også mye om menneskets sosiabilitet og samarbeidsevne, men det virker som han mener at behovet for å dominere er sterkere.

I boka *Vi* beskriver biologiprofessoren Dag Hessen (2017) hvordan vi (også) er evolusjonært designet for godhet og samarbeid, og at rettferdighetsprinsippet ligger dypt kodet i oss som art. Oppskriften for det gode samfunn, sier Hessen, ser ut til å være relativ likhet – ikke absolutt likhet – som gir hver enkelt en opplevelse av systemrettferdighet. Ondskap vokser ofte ut av en reell eller opplevd følelse av urettferdighet (Hessen, 2017). Det er for øvrig grundig dokumentert at relativ likhet og rettferdighet bygger sunne og velfungerende samfunn, mens økende grad av ulikhet gir stigende problemer på alle samfunnsområder (Piketty, 2015; Wilkinson & Pickett, 2011).

Et velfungerende samfunn har nødvendigvis hierarkiske strukturer, rangstiger ligger i oss, som Hessen sier. Men hvis vi hele tiden kalkulerer med noe, ser det ut til å være rettferdighet. Som art tåler vi ikke urettferdighet, vi trives i samfunn som styres etter relativ rettferdighetstenkning. Rettferdighetskalkulatoren ligger trolig dypere i oss og overstyrer til en viss grad dominanskalkulatoren. Eller sagt på en annen måte: Vi organiserer oss i hierarkier, som JP sier, men de *må* oppleves som rettferdige.

#### FORSKEREN JP

Som professor i psykologi har JP forsket på betydningen av religion og mytiske historier for personlighet og motivasjon, som han skriver om i sitt hovedverk *Maps of Meaning* (Peterson, 1999). JP forteller, i en samtale med filosofen

Sam Harris på YouTube, at han har lest «alt» av religiøse skrifter og historiske myter og sagn, og at han finner de samme grunnleggende «sannhetene» overalt. Han mener dette borger for deres gyldighet. Men gjør det egentlig det?

Jeg ser gode grunner til å sette spørsmålstegn ved JPs bruk av klassiske og antikke skrifter som empirisk grunnlag. Som Sam Harris repliserer: «Selv om man kan trekke arketypisk informasjon ut ifra gamle skrifter, er det dumt å bygge livet vårt på historier laget av folk som ikke hadde noen av våre verktøy, modeller, erfaringer og moderne kunnskap. Særlig fordi religiøse skrifter er dogmatiske, etikken i Bibelen lar seg ikke påvirke av nyere filosofi, rasjonalitet og vitenskap.»

I religion er poenget å tro, i forskning er poenget mer å tvile; være kritisk. Men også forskeren har et ståsted, kanskje en sterk lojalitet til et perspektiv, som må tøyles. I forskningen snakker man om *allegiance – troskap* – at forskerens teoretiske preferanse påvirker retningen i forskningsfunnene. Fenomenet har vist seg å ha stor betydning i forskning på komparativ effekt mellom terapiretninger. Grunnleggere av terapiformer, som forsker på og sammenligner «sin» terapi med andre terapier, finner gjennomgående at egen terapiform har oppnådd bedre resultater enn andres (Luborsky et al., 1999).

«Den som leter skal finne», står det i Bibelen (ja, det står også kloke ting i de gamle skriftene). Men når JP finner det samme i «alle» gamle skrifter, kan det like gjerne være at han finner det han (ubevisst) leter etter, som at han har funnet sannheten. «Du leser veldig mye inn i historier, og kaller det sant fordi du finner det brukbart?» spør Sam Harris.

Jeg synes JP avslører sine tilløp til pseudovitenskapelighet og dogmatisme – skråriskre uttalelser uten saklig grunnlag – i samtale med sosiologen Helen Lewis, når hun spør om hans tanker rundt klimakrisen. Vel, sier JP litt nonchalant, jeg har lest 200 bøker om miljøets utvikling, og egentlig ikke funnet belegg for at miljøkatastrofen man snakker om, er menneskeskapt. Lewis lar klimakrisen ligge.

Jeg har videre lurt på om JPs utstrakte bruk av religiøse og antikke skrifter har bidratt til at mange høyreekstreme har trykket ham til sitt bryst. I et intervju i A-magasinet får jeg hjelp av filologen Donna Zuckerberg til å filosofere over dette. Hun er selv fascinert av antikken

»



Vi organiserer oss i hierarkier, som JP sier, men de må oppleves som rettferdige

og har doktorgrad i gresk dramatikk. Etter et par års dypdykk i ytre høyres nettaktiviteter, har hun oppdaget «et voksende nettsamfunn av menn som vrir og vrenger på antikkens filosofi og dramatikk for å skape pseudo-intellektuelle begrunnelser for hat mot kvinner og feminister». «Det er ikke bare antikkens tekster «manosfæren» trykker til sitt bryst», sier Zuckerberg videre, «middelalderen og kristen historie er også favoritter. Likeledes er evolusjonspsykologi og biologi hyppig siterte kilder.» Kan det være at JPs kilder i seg selv – han «kryssklipper» nettopp i Bibelen, gamle myter, evolusjonspsykologi og biologi – høyst urettmessig oppfattes av ytre høyre som et tegn på at han politisk hører til der, selv? JP sier han er «sick and tired» over å bli tatt til inntekt for politisk ytre høyre, han ønsker primært å hjelpe folk til å ta tak i livet sitt, sier han. Likevel snakker han ofte om politiske temaer, og understreker da at han er en demokratiforkjemper.

#### «POLITIKEREN» JP

JP kaller seg selv for «klassisk liberalist», som i USA er nokså mainstream, og som innebærer mye større vekt på individets frihet og ansvar, og mindre vekt på statens utjevning, enn det vi er vant til i Vest-Europa og særlig Skandinavia. På YouTube snakker JP politikk: Han er opptatt av at velstanden som er oppnådd i de vestlige liberale demokratiene, skyldes at den høye andelen av borgerne, i motsetning til i land med andre styreform, har hatt muligheter og insitamenter til å realisere sine evner og interesser innenfor samfunnets mange «hierarkier», der det å oppnå suksess i hovedsak har vært basert på kompetanse. Han mener at hver og en har ansvar for å finne sin plass i samfunnets hierarkier, men også at samfunnet må sørge for mest mulig like muligheter. JP mener også at alle hierarkier over tid har en tendens til å bli korrumpert, slik at det blir andre ting enn kompetanse som sikrer forfremmelse, og at det bør være særlig den velutdannede venstresidens hovedoppgave å sørge for at så ikke skjer.

JP hevder at vår tids liberale demokratier er de beste samfunnene historien kan fremvise, fordi hierarkiene i utgangspunktet er bygget omkring verdier og kunnskap som flertallet holder som viktig og etterstreber, og ikke bare «tom» makt. Det er imidlertid påfallende at han knapt med et ord kommenterer eller anerkjenner at det nettopp er de vestlige liberale demo-

kratiene, som med sin globale «suksess», har medført raskt voksende sosial ulikhet verden over, ikke minst i USA, og en klima- og øko-krise som truer vår sivilisasjon. I stedet sier JP lakonisk at ja, verden er urettferdig, vi får utdelt ulike kort, og hver av oss har ansvar for å spille så godt vi kan med den korthånden vi har fått. Men, sier jeg, tar vi kortspill-metaforen på alvor, ser vi at mange mennesker aldri har fått et eneste kort på hånden. Metaforen viser hvordan individets ansvar trekkes for langt i JPs gammeldags-liberale måte å tenke politisk på. Vår verden ser annerledes ut enn da de klassiske liberale ideene oppstod. I dag må staten beskytte oss mot den private eiendomsrettens ekspansjon og de rike og sterkes frihet.

Riktignok sier JP flere ganger at han ikke ønsker å snakke om politikk. Men han bruker sine psykologiske betraktninger som argument for en politisk samfunnsorden: Vestens demokratier er best, sier han, ved å gi muligheter for mest mulig fri selvrealisering. Det kan være at han tar feil, i hvert fall delvis. Ja, vi mennesker har i oss en ustyrlig trang til å mestre. Men ligger ikke behovet for tilhørighet, fellesskap, samarbeid og rettferdighet enda dypere, som en forutsetning for mestring? Og hva slags samfunn er da det beste? Et komplisert spørsmål, og det er nok ikke sikkert at Jordan vet hvordan.

#### JP SOM MENNESKE

Blir vi ikke alle skapt delvis i samspill med omgivelsene? Jo, og omgivelsene har bidratt til å polarisere fenomenet JP, ved å trekke synspunktene hans mye lenger enn han selv har ment. I samtale med den norske journalisten Hanne Skartveit sier JP at han ofte opplever seg mer forhørt enn intervjuet, og at dette har gjort ham mindre resilient i den offentlige samtalen. Jeg skjønner ham, og jeg synes han framstår ulikt, avhengig av samtalepartneren. Når han blir intervjuet (eller «forhørt») av folk som i utgangspunktet virker provosert av ham, som Cathy Newman, blir han irritert over å bli tillagt ytterliggående standpunkter som han gjentatte ganger må modifisere. I den nevnte samtalen med Dr. Oz får JP snakke i lange resonnemen-ter. Oz er en aktivt lyttende og støttende samtalepartner som stiller hjelpsomme oppfølgings-spørsmål. Sammen med en varm farsskikkelse kan JP slappe av og rolig legge fram sine synspunkter. I samtale med Sam Harris opplever jeg JP som nesten febrilsk assosierende, og lite dia-

logisk innstilt, i betydning av å *ikke* være åpen for at samtalepartnern kan ha sett noe han selv ikke ser. I en duell med en i utgangspunktet jevnbyrdig mann ser han ut til å kjempe hardt for å komme høyest i hierarkiet.

JP bidrar selv til polarisering ved å fremme bombastiske påstander på forutinntatt grunnlag. I samtalen med Skartveit forteller JP at han nærmest kan bli besatt av en idé. I boka om de 12 reglene skriver han om hvordan en idé kan ta form av en personlighet (side 236):

Et faktum er noe som er dødt, ... Men en idé som griper en person, den lever ... En idé har et mål. Den vil noe. Den postulerer en verdistruktur ... En idé er en personlighet, ikke et faktum. Når den manifesterer seg i en person, har den en sterk tilbøyelighet til å gjøre den personen til sin avatar, tvinge personen til å omsette den i handling.

En avatar er «et guddommelig vesens tilsynekomst på jorden». Kanskje har JP selv blitt en avatar for sine egne ideer, og glemmer det han selv sier: Man kan velge å slutte å være ideers avatar, forandre seg og gå videre.

Kanskje JP har klatret så raskt opp i toppen av «hierarkiet» at dominanskalkulatoren hans har gått litt i spinn, og kanskje er det derfor han kjemper så hardt for sine standpunkt, som jeg synes han gjør, i mange av samtalene på nettet? Har han noen grandiose trekk, som spiller seg ut i popularitetens opphetede favn? Kanskje har han strevd med kognitiv dissonans, og løst det ved å (ubevisst) trekke slutningen «Når jeg blir så berømt, så må det jeg sier, være både sant og viktig»? Kanskje han er forført av sine pedagogiske evner og veltalenhet?

For det er ingen tvil om at JP har pedagogiske evner, alene på scenen er han en blanding av slentrende og strukturert, mens han framfører sitt budskap. Men jeg reagerer på den agiterende formen hans, og lurer på om han er sånn i utgangspunktet, eller om han har blitt sånn, drevet av polariseringens sentrifugalkraft. Jeg synes han i noen sammenhenger er assosierende på grensen til det konspiratoriske.

Jeg tror JP har det slitsomt. I mange av samtalene på YouTube virker han hektisk, man ser at han strever for å regulere seg, jeg tror han er stresset i sitt indre. Han blir konfrontert med sine pseudo-vitenskapelige meninger, han blir tillagt meninger han ikke har, eller ikke mener

så sterkt, han blir opphøyd og bejublet, han blir omtalt som forrædersk og farlig, og alt sammen i en grell offentlighet på internett. Han har blitt sine egne ideers demagogiske avatar, han kunne ha godt av å lese sin egen bok, i ro og fred på en hytte på fjellet. Det er bra han har kona Tammy, som kan holde rundt ham om natten.

Helt til slutt: Jeg spurte meg selv, underveis i lesningen av *12 regler* – kunne jeg gått i terapi hos Jordan Peterson? Og svaret var – ja, det kunne jeg. Jeg tror han er god til å lytte og utforske, jeg tror han kan ha spennende og åpnende innspill når han sitter i terapeutstolen. Men jeg har kommet til at jeg heller ville hatt ham som klient, fordi han ser ut til å være litt ute av balanse. Og kanskje tatt imot ham ved å spørre: Hvordan er det for deg, Jordan, å være JP? ❌

## REFERANSER

- Baumrind, D. (1995). *Child Maltreatment and Optimal Caregiving in Social Contexts*. New York og London: Garland Publishing.
- Dr. OZ (4.oktober, 2018). Oz Talk: Jordan Peterson's Rules to Live By. Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=AscPHmLWo-M>
- Gjerde, L. (2018). Politisk ukorrekt selvhjelp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 11, 1056-1057.
- Harris, S. (28. januar, 2018). Sam Harris & Jordan Peterson – Vancouver – 1 (CC: Arabic & Spanish). Hentet fra [https://www.youtube.com/watch?v=jey\\_CzIO-fYE](https://www.youtube.com/watch?v=jey_CzIO-fYE)
- Hessen, D.O. (2017). *Vi. Samarbeid – fra celle til samfunn*. Oslo: Cappelen Damm.
- Lewis, H. (2018). Jordan Peterson: «There was plenty of motivation to take me out. It just didn't work» | British GQ. Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=yZYQpge1W5s>
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., ... & Schweizer, E. (1999). The Reacher's Own Therapy Allegiances: A «wild Card» in Comparisons of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106.
- Newman, C. (2018). Jordan Peterson debate on the gender pay gap, campus protests and postmodernism. Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=aMcjxSThD54>
- Peterson, J.B. (1999). *Maps of Meaning*. Canada: Routledge.
- Peterson, J.B. (2018). *12 regler for livet. En motgift mot kaos*. Oslo: Gyldendal.
- Piketty, T. (2015). *Kapitalen i det 21. århundre*. Oslo: Cappelen Damm.
- Skartveit, H. (2018). Jordan Peterson om kvinner og menn, totalitære ideologier, sine egne depresjoner, likestilling og makt – og hva vet han egentlig om Skandinavia? Hentet fra <https://play.acast.com/s/skartveit/jordanpetersonomkvinnerogmenn-totalit-reideologier-sineegnedepresjoner-likestillin-gogmakt-oghvavethanegentligomskandinavia->
- Tilton-Weaver, L., Kerr, M., Pakalniskeine, V., Tokic, A., Salihovic, S. og Stattin, H. (2010). Open up or close down: How do Parental reactions affect youth information management? *Journal of Adolescence*, 33, 333–346.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2011). *Ulikhetens pris*. Oslo: Res Publica.
- Zuckerberg, D. (18. januar, 2019). *Internett trenger avrusning* (Intervju av K. Nipen). A-magasinet, 3, 11–15.



# Bekymringsfullt skolefrafall

Forfatterne tør å stille vanskelige spørsmål og å utfordre dagens system.



**TRUDE HAVIK**  
*Å forstå og håndtere skolefravær og skolevegring.*  
Gyldendal Akademisk, 2018. 197 sider



**MAILA INKERI OLSEN OG LENE HOLMEN** *Tett på – Frafall i skolen og psykisk helse.*  
Fagbokforlaget, 2018. 167 sider

## ANMELDT AV

Aleksandra Markovic,  
psykolog ansatt i  
Bærum PPT

**STADIG FLERE FORSKNINGSFUNN** konkluderer med at skolefravær er et økende problem blant dagens barn og unge, og økt press løftes frem som en av grunnene til at det finnes stadig flere «skoleskadde» barn og voksne. Innehar skolesystemet nok relasjonell kompetanse til å kunne ivareta alle, også de sårbare? Gjennom å presentere det nyeste på forskningsfronten går Haviks bok hånd i hånd med den mer praksisnære boka *Tett på*, som er basert på arbeid med ungdom.

Som psykolog og med flere års erfaring fra arbeid i PP-tjenesten mener jeg det er på høy tid å stille spørsmål om hva det er med dagens samfunn og skole som gjør at vi ser en stadig økning i psykisk uhelse blant våre barn og unge. Begge disse bøkene er viktige bidrag i denne sammenhengen, og begge gir innsikt i hvordan vi kan forstå og håndtere bekymringsfullt fravær. Forfatterne tør å stille vanskelige spørsmål og å utfordre dagens system.

## INGEN OPPSKRIFT

Trude Havik er postdoktor ved Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning ved Universitetet i Stavanger, og boka om skolefravær tar utgangspunkt i hennes doktorgrad om skolens rolle ved skolevegring. Haviks mål er tidlig identifisering av elever som viser tegn til at skolen er et vanskelig sted å være. Hvorfor unngår Silje, Klara og Kristian skolen? Hva gjør lærere, skoleledere og foreldre når elever ikke kommer på skolen?

Fraværspromatikk er sammensatt, og denne forskningsbaserte boka beskriver fenomenet og de ulike variantene av skolefravær godt, identifiserer risikofaktorer og foreslår en rekke gode tiltak og intervensjoner. Den skaper med dette et felles kunnskapsgrunnlag og et utgangspunkt for refleksjon og videre arbeid

med fravær i skolene – i samarbeid mellom skole og hjem og i støtteapparatet rundt barn og unge og deres familier. Boka går derimot ikke inn på løsning av konkrete saker, noe jeg synes er litt synd. Med stor iver bladde jeg meg gjennom boka i påvente av den endelig avsluttende delen der det skulle komme beskrivelser fra det svært så komplekse og utfordrende landskapet man manøvrerer i når systemene rundt eleven skal enes om elevens beste. Jeg skulle ønske at hjelpeinstansenes ulike roller ble løftet frem: de utallige utfordringene man møter på når systemene møtes, og ikke minst de utfordrende og fastlåste relasjonsmønstrene man støter på i disse sakene.

Jeg blir lei meg over at PP-tjenestens bidrag til å sortere og bygge stillas rundt disse sårbare barna bare blir nevnt et par ganger gjennom boka, og mest i sammenheng med vurdering av fritak fra opplæringsplikt. Jeg mener PP-tjenesten bør kobles på i alle disse sakene på et tidligst mulig stadium, uavhengig av om eleven har behov for sakkyndig vurdering eller ei. Men ofte blir både PP-tjenesten og andre førstelinjefolk utelatt. Konsekvensen er at man minimaliserer den hjelpen eleven, skolen og pårørende kunne dratt nytte av: i en sakkyndighetserklæring om fritak for opplæringsplikt, behandling i BUP, eller omsorg i barnevernet. Havik skriver flere ganger underveis i boka om kompleksiteten i sakene, og nevner samarbeid med støtteapparatet. Da hadde det vært naturlig å gi det litt mer spalteplass. Støtteapparatet blir beskrevet kun på de siste par sidene av boka.

Havik har et akademisk språk forankret i forskningslitteraturen, og til tider kan det bli litt for mye definisjoner av ulike fenomener. Når det er sagt, gir boka en strålende oppdatering i nyeste forskning på fagfeltet, som også er helt nødvendig å ha i bakhodet for enhver praktiker.

### ET LURT GREP

Begge forfatterne av boka *Tett på – Frafall i skolen og psykisk helse* er utdannede allmennlærere med videreutdanning i spesialpedagogikk, og har bred erfaring med fraværspromatikk fra skole og fra hjelpeapparatet. Boka tar utgangspunkt i faglig samarbeid med ulike instanser, og i hvordan systemisk tenkning ligger til grunn for og former arbeid i praksis. Midt i blinken for en PP-rådgiver, som har en hjelpehånd i systemet og en hjelpehånd hos eleven som strever med å komme seg på skolen.

Olsen og Holmen har tatt utgangspunkt i fem elevhistorier der elevene selv forteller om møtet med skolen i den perioden det var vanskelig å komme til skolen og delta i undervisningen. Et svært lurt grep, som gjør hele boka levende og svært lettlest. De skriver med et folkespråk som bærer preg av god erfaring med å jobbe ute i systemet, der tungt akademisk språk ofte kommer i veien og kan skape avstand og skjev maktfordeling mellom de sårbare hjelpesøkerne og hjelpeinstansene, som både er flere og har en definisjonsmakt som for mange kan oppleves som truende. Etter elevhistoriene finner leseren en kort refleksjonsdel med drøftingsspørsmål knyttet til historiene.

Noe av det aller fineste med boka er at den er full av gullkorn og sitater som brukes for å understreke de viktigste poengene. Og jammen sitter sitatene igjen lenge etter at man har lest boka. Forfatterne innleder boka med fabelen om den lille prinsen, og hevder at nøkkelen til tett oppfølging er grundig kartlegging. Det handler om å bli kjent med eleven og å knytte bånd og «gjøre tam». Revens budskap i fabelen om den lille prinsen er kjernen i Olsens og Holmens arbeid med ungdommene. Med tid og tålmodighet, gjennom forutsigbarhet, rutiner og tydelige rammer vil ungdommene bli trygge

og derigjennom kunne utvikle seg videre personlig så vel som faglig.

### KRITIKK MOT SYSTEMET

Boka *Tett på* normaliserer uhensiktsmessige forsvarsmekanismer som unngåelsesatferd, og forklarer hvordan den naturlig oppstår som følge av systemsvikt på skolen, på hjemmebane eller på begge arenaer i interaksjon med elevens sårbarhet. Forfatterne tar for seg sentrale begreper som inkludering, tilpasset opplæring og psykososialt læringsmiljø, og knytter disse begrepene til forståelse av fraværspromatikk i skolen. Som praktiker med en fot i skoleverdenen og en i sakkynlighetsrollen kjenner jeg meg godt igjen i de systemiske problemstillingene som løftes frem. Som Olsen og Holmen så fint beskriver det: Årsaker, utfordringer og løsninger finnes i systemforståelsen. De stiller kritiske spørsmål, og mener at det er god grunn til å spørre seg om skolesystemet er med på å produsere frafall fordi det ikke settes inn tiltak tidlig nok.

Begge bøkene bør være en del av pensum for dem som i fremtiden ønsker å jobbe med barn og unge, men vil også være nyttige å ha i bokhylla hos hjelpere i de mange tjenestene rundt barna. Kanskje kan bøkene være fine å lese også for den utsatte eleven selv, da de retter kritikk mot systemet, og ikke mot eleven.

For å få eleven tilbake på skolebenken er man nødt til å ha en hjelpehånd hos eleven og en i systemet der ute. En god relasjon er en helt nødvendig forutsetning for å lykkes i dette møysommelige arbeidet, noe begge bøkene på hver sin måte legger vekt på. Avslutningsvis vil jeg trekke frem et sitat fra *Tett på*-boka som jeg mener er passende i møte med alle elever: «Elever bryr seg ikke om hvor mye du vet, før de vet hvor mye du bryr deg.» ❌

”

Jeg mener PP-tjenesten bør kobles på i alle disse sakene på et tidligst mulig stadium

# Samtaler med ungdom

Boken formidler godt hvordan ungdoms utvikling og vansker oppstår i samspill med omgivelsene. Men den sier lite om hva som hjelper ut over individuelle samtaler.



**KARI LANGAARD**  
*Profesjonelle samtaler med ungdom – Et utviklingsfremmende perspektiv*, Gyldendal forlag, 2018, 291 sider

**DET VAR MED** positiv forventning jeg gikk i gang med en bok som forespeiler leseren å lære om: «Hvordan profesjonelle hjelpere kan samtale med ungdom på måter som gjør dem bedre i stand til å mestre vanskelige følelser, relasjoner og situasjoner» (sitat fra baksideteksten). Boka fokuserer på hvordan ungdoms utvikling og vansker oppstår i samspill med omgivelsene, noe som tiltaler en psykolog som jobber i førstelinje og møter «bøtter og spann» av ungdom i krise ut fra det som forstås som utviklingsmessige utfordringer og konteksten ungdommer lever i.

Det kontekstuelle perspektivet er spesielt viktig med barn og ungdom. Boka innfrir til dels forventningene, men jeg ser det som problematisk at forfatteren ikke går mer inn i hva vi skal gjøre i praksis ut over individuelle samtaler med dette utgangspunktet.

## KONTEKSTEN BESTEMMER

Størstedelen av innholdet i boka, de første 153 sidene, handler om hvordan man kan forstå ungdoms psykiske problemer, eller det forfatteren kaller vansker som oppstår i et samspill mellom den unge og omgivelsene. Langaard skiller mellom et medisinsk rammeverk med individ- og diagnosefokus på den ene side og et kontekstuell rammeverk på den annen side, der man forstår og forholder seg til ungdommene ut fra deres unike ståsted. Forfatteren konkluderer: «... det er grunn til å være kritisk overfor den framtreddende posisjonen det medisinske rammeverket har fått innenfor psykisk helsevern for barn og unge» (side 41). Hun mener målet må være å øke ungdomme-

nes trivsel og livskvalitet, ikke å gjøre en «syk» ungdom «frisk».

Etter å ha delt opp i disse to motstridende forståelsene skriver forfatteren at «... det er mulig og nødvendig å forholde seg til begge to, som oftest samtidig. Det gjelder særlig for spesialisthelsetjenesten» (side 41). Etter å ha jobbet både i spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten med ungdom stusser jeg over hva som gjør at et kontekstuellt perspektiv er mindre relevant, og hvorfor et medisinsk rammeverk er mer fornuftig å ha i møte med ungdom i spesialisthelsetjenesten enn i førstelinjetjenesten? Tvert imot kan man hevde at alvorlige vansker som følges opp i spesialisthelsetjenesten, betyr at ungdommene lever i en enda vanskeligere kontekst, noe som gjør det viktigere å jobbe ut fra og med denne.

## INDIVIDUELLE SAMTALER

Dette leder til mitt viktigste ankepunkt mot boka. Den hevder å forstå ungdom ut fra deres kontekst, men synes å ta som utgangspunkt at de profesjonelles rammer først og fremst er individuelle samtaler med ungdom. Kun ett kapittel er tilegnet samarbeid med andre i ungdommens miljø. Jeg savner referanser til hvordan den profesjonelle kan jobbe mer direkte med ungdommens relasjoner i familie- og foreldresamtaler. I førstelinjetjenesten jobber de profesjonelle tettere på ungdommenes kontekst, for eksempel skolen. Dette gjør det mulig å bidra til at andre voksne som er tettere på ungdommen, som lærere og foreldre, bedre kan støtte ungdommenes utvikling. Det er derfor synd at Langaard ikke vier mer av boka til

## ANMELDT AV

Katja Nyman,  
Psykologspesialist,  
Bærum kommune,  
Psykisk helseteam for  
ungdom



## KLASSIKEREN

å snakke om hvordan vi fagpersoner kan bidra til bedre relasjoner mellom ungdom og voksne i ungdommens nære kontekst. Sånn sett synes boka mer egnet for profesjonelle i spesialisthelsetjenesten, der individfokuset ofte er sterkere enn i førstelinjen.

Begrunnelsen for at profesjonelle er opptatt av individuelle samtaler med ungdom er ofte at de vektlegger utvikling av autonomi og selvstendighet. Dette beskrives klokt i boka og er nyttig å bli mint på, sammen med andre temaer som det skrives interessant om: hvordan samfunnet i dag preges av mindre familietilhørighet, flere valg og utrygghet, og at profesjonalisering/sykkeliggjøring av ungdoms naturlige utviklingsstrev er problematisk.

#### ORGANISASJONENS BETYDNING

Langaard har også – svært betimelig – et spennende, kritisk blikk på arbeidsforholdene for fagfolk: «For at de profesjonelle skal kunne møte ungdommene på en omsorgsfull og involvert måte, må dette gjennomsyre hele organisasjonen» (side 278). Hun reiser et viktig spørsmål: Kan vi med troverdighet hjelpe ungdom til å bli mer indre- og mindre ytrestyrt dersom vi jobber på en arbeidsplass preget av ytre styring og lite frihet og støtte til egne vurderinger og arbeid?

Boka anbefales til de som trenger en introduksjon eller en oppfriskning, og et ytre, overordnet blikk på hva som er viktig å ta hensyn til i møte med ungdom. Den gir et godt bakteppe å ha med seg, men litt få konkrete, praktiske tips til hvordan vi kan gjøre det. For måten du møter den enkelte ungdommen på, vil være avhengig av den enkelte ungdom og konteksten. ❌



## En ny måte å lytte på

**Tom Barth, Christina Näsholm, *Motiverande samtal - MI. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*, 2006**

Da jeg etter ti år i kommunen byttet fagfelt til Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB), ble denne lille, tilsynelatende enkle boken min introduksjon til en ny måte å lytte på. På min nye arbeidsplass møtte jeg et fagmiljø som var levende opptatt av Motiverende intervju (MI). Jeg kunne etter hvert kjenne på en forventning om at man som psykolog i TSB måtte ha en viss faglig vekst og utvikling for å tilfredsstille forventninger både fra kolleger og pasienter. Samtidig vokste også min egen motivasjon for å ha noe å lene meg på i møtet med mine pasienter forsiktig frem. Min vei inn i MI var gjennom introduksjonskurs med Christina Näsholm og denne boken, som hun har skrevet sammen med Tom Barth. Boken er kompakt. Samtidig dekker den sentrale begreper og temaer i MI på en måte som oppleves som relevant også i dag. Forfatterne skriver presist og engasjert, og teksten er gjennomgående fokusert. Det er dette som gjør at boken til tross for sitt beskjedne volum kan romme så mye. Barth og Näsholm har med sin gode introduksjonsbok til MI bidratt til at jeg fikk en inngang til og fremdeles har et aktivt forhold til MI som tilnærming til å samtale med, eller lytte til, mennesker som ønsker forandring.

*Jon Rekstad, ansatt i Rus- og avhengighetsbehandling, poliklinikk i Moss, oppfordrer Magnus Sjøstrand til å ta stafettpinnen videre*

## MINNEORD

## TORE BØRHAUG

1954-2018



**VÅR KJÆRE KOLLEGA** Tore Børhaug er død etter en lengre sykdomsperiode. Vi har mistet en nær og god venn og en inspirerende kollega.

Tore og hans Karen Mette kom til Telemark Sentralsykehus tidlig på 1980-tallet. Først som studenter, senere som ferdig utdannede psykologer. Tore ble født i Bergen, og vokste opp på Skansemyren. Han kom fra en familie med musikk, mye liv og vitalitet. Tores far spilte fiolin, broren Jan Ove piano og Tore spilte trommer. Sammen var de en del av Bergens jazzmiljø.

Tore var glad i friluftsliv og fysisk aktivitet. Dette ble dyrket både på hytta på Arøya og i Vågslid. Han elsket å planlegge og gjennomføre lange fine fjellturer. Hvert år hadde han som mål å ta det første badet i sjøen før første mai. Han var alltid nysgjerrig på og gledet seg over å lære seg nye ferdigheter og aktiviteter som kiting og wakeboard og Sup.

Ved sykehuset startet han først å arbeide i Psykiatrisk ungdomsteam. Det nystartede teamet fikk tidlig kontakt med det ledende familierapimiljøet i Norge. De var i front når det gjaldt å utvikle denne behandlingsformen innenfor tilbudet til barn og ungdom. Tore var også i flere år en dyktig lærer og veileder ved en lokal familierapiutdanning i regi av Grenland familiekontor. Da det ble etablert en familieklinikk ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Telemark, var han et naturlig valg som leder for å bygge opp dette fagmiljøet.

Tore var tro mot sin faglige forankring igjennom hele livet. Han tok også initiativ til å invitere oss kolleger med på internasjonale konferanser og delta i fagmiljø for videre utvikling og inspirasjon i faget. Det ble inspirerende møter med familierapeuter i Milano, Adelaide i Australia og Calgary i Canada.

For oss som jobbet sammen med Tore, var han det sosiale midtpunktet. Hans blide hilsen hver gang han kom på kontoret og når vi møttes, gir fortsatt gjenklang i veggene på kontoret. Det var han som tok initiativet til kontorfellesskapet i Sverresgate i Porsgrunn, et kontorfellesskap av psykologer og psykiater. Han var opptatt av kvaliteten på de tjenestene vi som terapeuter kunne tilby, og la stor vekt på gode relasjoner til samarbeidende instanser. Han var en lydhør og løsningsorientert fagperson i alle sammenhenger. Mange er de pasienter og familier som har hatt glede av hjelp og støtte fra en særdeles nærværende, hyggelig, dyktig og empatisk terapeut.

Tore var en svært stolt bestefar til Signe, Kornelia og Olivia. Han gledet seg over dem og fortalte alltid ivrig om deres fremgang enten det var på ski eller på skolen. Tore og Karen Mette laget sammen Casa Børhaug på Sardinia, et sted for hele familien. Sammen elsket de Italia, kulturen, maten, vinen, klimaet og folket.

Da Tore ble syk, gav han ikke opp håpet om å bli frisk og å komme tilbake til det livet han elsket både på fjellet og i Italia. Han taklet sin sykdom på en imponerende måte. Han gav seg aldri, og klaget aldri over sin situasjon. Tore var en god samtalepartner som delte sine tanker om livet og døden helt til det siste.

Vi kolleger har mistet en fantastisk medarbeider, venn og faglig inspirator. Våre tanker går til Karen Mette og Even og Brede med familier. Familien har mistet sitt omdreiningspunkt og trygge klippe i livet.

Vi lyser fred over Tores minne. Sporene etter hans innsats vil være med oss kollegaer. Alltid.

*Karl Peter Ørvik, Johannes Dysthe,  
Lise Antonsen, Kari Fornes, Belinda  
Kvalvik, Bianca Nikman*



- Abbass, Allan.** 1. Lege fra Canada. 2. Kurrerer psykosomatiske symptomer gjennom følelsesuttrykk. 3. Høy. *Se også ISTDP, psykosomatikk, Heidi Trydal.*
- ACE-studien.** Viktig studie av forekomst av barndomsbelastninger og risiko for senvirkninger. *Se også PTSD, Valdimarsdóttir, Unnur; Teicher, Martin; Getz, Linn.*
- ACT. 1.** Psykoterapiform. 2. Virksom på smerteproblematikk. 3. Del av den 3. bolgen av kognitive terapier. *Se også Trydal, Heidi.*
- Allostatisk stress** *Se Getz, Linn.*
- Allmennleger.** 1. Yrkesgruppe 2. Belci-rede helter. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Angelini, Paola.** Italiensk maler. *Se også BGE Contemporary; Skårderud, Finn.*
- BGE Contemporary.** Galleri. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Bird, Early.** Innen 15 april. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Bloch Thorsen, Gerd-Ragna.** Avdød folkepsykiater. *Se også Bloch Thorsen, Paul Joachim.*
- Bloch Thorsen, Paul Joachim.** Barne og ungdomspsykiater. *Se også kropp.*
- Bullmore, Ed.** 1. Psykiater fra Cambridge. 2. Siste bok «The Inflamed Mind.» 3. Opptatt av hvordan immunforsvaret påvirker psyen. *Se også psykoimmunologi.*
- Bohus, Martin.** 1. Tysk Psykiater. 2. Nær samarbeidspartner med Marsha Linehan. 3. Opptatt av personlighetsforstyrrelser og PTSD. 4. Utviklet DBT for PTSD. *Se også DBT for PTSD.*
- Braut, Geir Sverre.** 1. Jærsk lege. 2. Fornuftig. 3. Tidligere ass. leder for Helsestilsynet, fylkeslege. 4. Faglig leder for Schizofrenidagene 2019. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- DBT for PTSD.** Behandlingsform for PTSD. *Se også Martin Bohus; PTSD.*
- Digital.** Nymotens greier. *Se også stressologi.*
- Diseth, Trond.** Nestorpsykiater. *Se også psykosomatikk.*
- Funksjonelle lidelser.** Medisinsk uforklarlige subjektive helseplager som man antar skyldes psykososiale forhold. *Se også Jon Stone, neurosymptoms.org*
- Getz, Linn.** Lege og forsker, NTNU. *Se også allostatisk stress.*
- Grønn.** 1. Fin farge 2. Felles ansvar. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Gingerich, Susan.** Sosionom fra USA. *Se også IMR.*
- Hanekam.** Schizofrenipub i Fargegaten.
- Heiervang, Kristin.** 1. Forsker og psykolog. 2. Forsker på implementering. *Se også IMR.*
- Helgeland, Helene.** 1. Lege/PhD 2. Leder nasjonal kompetansetjeneste for psykosomatiske tilstander hos barn og unge. *Se også psykosomatikk.*
- Hofgaard, Tor Levin.** 1. President i NPE 2. Har meninger. *Se også psyke.*
- Holbæk, Ingunn.** 1. Psykolog 2. Daglig leder traumepoliklinikken Modum B a d. *Se også traumer; ACE, PTSD, kropp.*
- ISTDP.** Intensiv affektfokusert behandlingsform. Ofte intens. *Se også Trydal, Heidi; Abbass, Allan.*
- IMR - Illness Management and Recovery.** Mye implementert. *Se også Meuser, Kim; Gingerich, Susan.*
- Jamison, Kay Redfield.** Amerikansk psykiatriprofessor med brukererfaring. Skrev boka om bipolar lidelse. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Johannessen, Jan Olav.** Schizofrenidagens far. Opptatt av psykoser. *Se også psykoimmunologi.*
- Kaluza, Susanne.** 1. Forfatter. 2. Feminist. 3. Aktivist 4. Rik GV. *Se også Seltzer, Thomas*
- Kloppen, Solveig.** 1. Erfaringsformidler. 2. Programleder TV2. *Se også stressologi.*
- Kognitiv trening.** 1. Hjernetreningstil-tak for mestring etter sykdom. 2. Lite implementert *Se også Ueland, Torill; McGurk, Susan.*
- Kropp, se psyke.**
- Kåka.** Katedral for kverulanter. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Madsen, Ole Jacob.** 1. Samfunnspsykolog. 2. Bok Generasjon Prestasjon 3. Kritisk til egen stand og sykeliggjøring. *Se også stressologi.*
- MAP.** 1. Møte med aggresjon og vold i psykisk helsevern. 2. Nasjonal modell. 3. Thomas Nag, Kjell Kjørsvik, Lone Viste. *Se også stressologi.*
- McGurk, Susan.** Opptatt av arbeid og kognitiv trening. *Se også stressologi.*
- Mueser, Kim.** Amerikansk psykolog og forsker. Sentral i IMR. *Se også IMR.*
- Non-profit.** Selvfølgelig. *Se www.schizofrenidagene.no*
- Omdal, Roald.** Immunolog. *Se også psykoimmunologi.*
- Omdal, Unn Therese.** 1. Lokalpolitiker 2. Mindfulnessinstruktør 3. Flink pike. *Se også stressologi.*
- Pasientsikkerhet,** Norsk Forening for. 1. Leif Edward Kennair Ottesen 2. Inger Vaalund 3. Målfrid J. Frahm Jensen 4. Jørgen Flor 5. Harald Korsåsen. *Se også Tulloch, Simon.*
- Psyke, se kropp.**
- Psykoimmunologi.** Gryende kunnskap om hvordan immunforsvaret påvirker psyen. *Se også Bullmore, Ed; Johannessen, Jan Olav.*
- Psykosomatikk.** *Se også stressologi, kropp, psyke.*
- Psykopp.** 1. Non-profit Stiftelse. 2. Organisasjonell arrangør. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- PSYK 1.0.** Digitale virkemidler i behandling. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- PTSD.** 1. Traumelidelse 2. Stresslidelse. *Se også ACE, DBT for PTSD, traumer.*
- Ravatn, Agnes.** Forfatter. *Se også skrive.*
- Rørtveit, Kristine.** Sykepleier og forsker. *Se også kropp, psyke.*
- Schizofrenidagene** (s) eng. Nordic Conference on Mental Health. 1. Nordens største psykisk helsekonferanse. 2. Arrangert siden 1989. 3. Handler ikke om schizofreni spesielt. 4. Veldig kjekt. 5. Tema for 2019; Stressologi. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Seltzer, Thomas.** 1. Nasjonal strateg 2. Programleder Trygdekontoret 3. Basist Turbonegro. *Se også stressologi.*
- Skårderud, Finn.** Rikspsykiater. *Se også stressologi.*
- Skoledag.** 1. 1700 russ hvert år. 2. Psykisk helse på timeplanen 3. Guinness verdensrekord.
- Skrive.** 1. Kropp og sinn møtes i tegn 2. Selvhjelp. *Se også Jamison, Kay Redfield; Ravatn, Agnes.*
- Smerte.** 1. Vondt 2. Mål for behandling. *Se også Trydal, Heidi; ACT, ISTDP*
- Stressologi** (s) 1. Midlertidig vitenskap 2. 4 - 8 nov. 2019. 3. a. Inntrykk b. avtrykk c. uttrykk. 4. Utforsker hvordan kropp og sjel henger sammen. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Stangeland, Tormod.** 1. Ambulerende psykolog. 2. Trygghet framfor sikkerhet. *Se også stressologi.*
- Skandsen, Annika.** Barnepsykolog. *Se også traumer.*
- Stavanger Forum.** Konferansesenter. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Stavanger Universitetssjukehus.** 1. Faglig arrangør. 2. Bygger nytt. *Se også sus.no.*
- Stone, Jon.** 1. Skotsk nevrolog fra Edinburgh-miljøet. 2. Funksjonelle lidelser. *Se også Neurosymptoms.org*
- Søvn.** 1. Viktig 2. Underverdert. *Se også Wilhelmsen-Langeland, Ane.*
- Teicher, Martin.** 1. Lege og psykolog fra Harvard 2. Opptatt av effekter av barnemishandling. *Se også stressologi.*
- Traumer.** 1. Viktig 2. Både oververdert og undervurdert. *Se også Holbæk, Ingunn; Skandsen, Annika; Teicher, Martin.*
- Trydal, Heidi.** 1. Psykolog 2. Behandler smertetilstander. *Se også ACT, ISTDP.*
- Tulloch, Simon.** 1. Dansk engelskmann. 2. Pasientsikkerhet. *Se også stressologi.*
- Ueland, Torill.** Førsteamanuensis, UiO. *Se også kognitiv trening.*
- Utmattelse.** Fenomen. *Se også Wyller, Vegard; Omdal, Roald.*
- Vitenfabrikken.** Sted å bli klokere. *Se også www.schizofrenidagene.no*
- Valdimarsdóttir, Unnur.** Islandsk professor og epidemiolog. *Se også ACE-studien.*
- Ward, Thomas.** 1. Psykolog fra King's College 2. Avatar-terapi for psykoser *Se også digital, Psyk 1.0*
- Wilhelmsen-Langeland, Ane.** Psykolog. *Se også søvn.*
- Wilhelmsen, Ingvard.** 1. Hypokonderlege og forfatter. 2. Far til Ane.
- Wyller, Vegard Bruun.** Professor og lege. *Se også utmattelse.*

## Vurdere eksekutive funksjoner hos barn og ungdom.

**BRIEF-2.** Behavior Rating Inventory of Executive Function – Second Edition.

BRIEF-2 er en test som kan brukes for vurdering av barn og ungdom, 5-18 år, med utviklingsrelaterte og ervervede nevropsykologiske tilstander som innlæringsvansker, ADHD, traumatisk hjerneskade og ASF.

Det er ment for individuell administrasjon i hjemme- og skolemiljø av autorisert psykolog eller autorisert lege.

Du finner BRIEF-2 på Hogrefe som er et uavhengig forlag hvem tilbyr et bredt spekter av kliniske tester – alltid med fokus på det vitenskapelige grunnlaget.

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



 hogrefe



## Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| <b>Trinn 1 Bergen</b>    | <b>22.–24. mai 2019</b>     |
| <b>Trinn 1 Oslo</b>      | <b>3.–5. september 2019</b> |
| <b>Trinn 1 Oslo</b>      | <b>14.–16. januar 2020</b>  |
| <b>Trinn 2 Trondheim</b> | <b>8.–10. mai 2019</b>      |
| <b>Trinn 2 Oslo</b>      | <b>3.–5. desember 2019</b>  |

**Kursholder:** Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Trainer

**Påmelding og nærmere informasjon:**  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## LIVSKOMPASS

### ACT – takle stress og fremme helse

**Hold kurs i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.**

Vitenskapelige studier viser at kurset blant annet reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse.

Du får tilgang til en 300 siders manual, fire og en halv dagers utdanning, powerpoint-presentasjoner, filmer, samtalekort, ACT-online og andre materialer for å holde et variert og engasjerende kurs.

Mer informasjon: <https://livskompass.se/oslo>

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på





“

*Bjørnson jobber med utvikling av både organisasjoner og enkeltmennesker, og bruker PsykBase som verktøy i kliniske tjenester. Vi er godt fornøyd med både PsykBase og support. Systemet fornyes hele veien, vi får informasjonsmail ved oppgraderinger, det er mange funksjonaliteter for god økonomisk oversikt, og Aspit er alltid serviceinnstilte.*

Ane J Lien,  
Faglig leder og partner, Bjørnson Organisasjonspsykologene

“

*PsykBase fungerer for oss som en sikker, profesjonell og meget funksjonell løsning for databehandling av personsensitiv informasjon. Oppfølgingen og servicekvaliteten er prima!*

Marius Råkil  
Direktør, Alternativ til Vold





Almagroforeningen presenterer:  
**SEMINAR I MORAL  
 DE CALATRAVA, SPANIA**  
 «Partnervalgets psykopatologi»

**22.-27. september 2019**

Dette er ikke et seminar om parterapi, men om personers vanskeligheter med å relatere seg og særlig ved valg av partner.

**Psykolog Carmen Villalobos:**

«Forhold og konflikter. Hvorfor?»

**Psykiater dr. med. Terje Neraal, psykoanalytiker:**

«Hvilke egenskaper avgjør hvem AMORs piler treffer?» Kollusive mønstre i par-relasjonen.

**Spes. klin. psykologi Tor Sletten, bodydynamic analytiker:** «Når hjerte brister» – Karakterstrukturer og relasjonsvansker.

**Spes. klin. psykologi David Knutsen:** Partnervalget i krysning mellom kjærlighet, drift og begjær.

**Spes. klin. psykologi Hans Peter Broch, psykoanalytiker:**

«Hvordan velger vi feil?» Parforhold og projektive identifikatoriske samspill.

**Professor i allmenn litteraturvitenskap (em) dr. philos. Per Buvik:**

Partnervalgets utfordringer. Noen litterære perspektiver på begjær, savn og avvisning.

**Skuespiller Rhine Skaanes:** Fra teaterscenen – om partnervalgets psykopatologi.

**Sosialt program i Madrid etter seminaret.**

Påmelding ved betaling av seminaravgift kr 6000 (eksklusiv fly og hotell, inklusiv middag om kvelden med vinsmaking) innen 23. april til:

**Almagroforeningen, Welhavensgate 71,  
 5006 Bergen, konto 5082 06 97348.**

Videre informasjon: [www.almagroforeningen.com](http://www.almagroforeningen.com)  
 og [www.almagroforeningen.no](http://www.almagroforeningen.no)

**Telefon: Tor Sletten 984 34 586  
 eller Hans Peter Broch 934 31 153**

**Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?**

Neste utgivelse er **2. mai**, frist for å bestille annonse til mai-utgaven er **11. april**

Kontakt oss på e-post  
[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
 eller tlf. 23 10 31 33

**LEDIG LOKALE FOR KVELDSPRAKSIS OSLO**

Hyggelig, sentralt kontor ledig 2 etterm./kvelder pr. uke. **Henvendelse på telefon 970 20 947.**

**DR. MICHAEL YAPKO**

[www.yapko.com](http://www.yapko.com)

BEHANDLING AV DEPRESJON

Oslo, 6.-7. juni

Kognitiv terapi • Mindfulness • Hypnose

Mer informasjon og påmelding på

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

**GAMLEBYEN I OSLO.** Psykologkontor ledig i kontorfellesskap. 12 kvm, vindu mot park, stille, felles garderobe, venterom, pauserom med kjøkken, toalett og fibernet. Totalt m/strøm, vask m.m. kr 5 920,-. Ta kontakt for bilder og mer informasjon. Ledig fra 01.07.19.

**Telefon: 22 68 26 92 eller sms til 905 00 031.**

**BLI MINDFULNESSINSTRUKTØR**

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



**Ny start 9. mai 2019**

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](http://www.creationwork.org)

## INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

### For psykologar og legar blir det hausten 2019 sett i gang:

#### 2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:

OSLO – seminarleiar blir Laila Hjulstad

STAVANGER – seminarleiar blir Liv Ørbeck

TRONDHEIM – seminarleiar blir annonsert seinare

#### 2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:

OSLO 1 – seminarleiar blir Eystein Victor Våpenstad

OSLO 2 – seminarleiar blir Olaf Rørøsgaard

STAVANGER – seminarleiar blir annonsert seinare

**Innføringsseminaret** gjev ei generell innføring i psykoanalytisk og psykodynamisk teori, intervjuteknikk, evaluering og terapi. Som ledd i utdanninga blir det kravd at kandidatane i heile seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasientar (vaksne) under kvalifisert vegleiing (definert og godkjent av IFP). Det er ønskeleg med minimum to års klinisk praksis frå psykisk helsevern før opptak.

- **Innføringsseminaret** omfattar 200 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- **Dagseminar** føregår på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

**Vidaregåande seminar** bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trykdefinansiert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleiingsattest frå innføringsseminaret.

- **Vidaregåande seminar** omfattar 200 undervisningstimer over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimer kvar gang og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimer som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- **Dagseminar** føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Det blir kravd gode kunnskapar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi oppfordrar søkarar til å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no). Der finn ein også søknadsskjema.

**Ny undervisningsplan:** For seminar med oppstart frå og med 2017 gjeld ny undervisningsplan.

**Les planen her:** <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidatutdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

**Seminaravgift er kr 11 000,- pr. semester for begge seminar.**

**Søknadsfrist:** 1. mai 2019. Søknad skal sendast via heimesida [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no)

**For nærmare informasjon:**

telefon 22 58 17 70 eller e-post [sekr@instpsyk.no](mailto:sekr@instpsyk.no) eller [und-leder@instpsyk.no](mailto:und-leder@instpsyk.no)





Valgfritt program i

## Systembasert arbeid med familier

*Målet med det valgfrie programmet er å øke deltakernes forutsetninger for å arbeide systembasert med familier.*

### Målgrupper

Psykologer som jobber i psykisk helsevern for barn og unge eller voksne, rus- og avhengighetsbehandling, i kommunale tjenester, barne- og familievern eller habilitering. Utdanningen er også relevant for psykologer med erfaring fra somatiske tjenester og fra pårørendearbeid.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles det ikke krav til praksis og veiledning.

### Målsetting

Gjennom praksis, veiledning og kurs forventes det at psykologene utvikler sin kunnskap om systembasert behandling og forebyggende arbeid i og med familier og større system. Programmet vil være spesifikt rettet mot utvikling av psykologenes ferdigheter til å ivareta familier og deres medlemmer.

### Om kurslederne

Pia C. Aursand er spesialist i klinisk familiepsykologi og har jobbet 10 år i familievern og før det i barnevern, PPT og DPS. Hun er ansatt ved Enerhaugen familiekontor og jobber 50% på Stovner politistasjon med æresrelatert vold og tvangsekteskap. Hun underviser i kulturforståelse, vold i nære relasjoner og æresrelatert vold.

Trine Eikrem er Spesialist i familiepsykologi. Har erfaring fra PPT og har tolv års erfaring fra familievern, syv av dem som leder. Lang erfaring med arbeid med minoritetsfamilier. Hovedfokus har vært barneoppdragelse og familievold som æresrelatert vold. Underviser og holder foredrag om vold, kulturpsykologi, barn i mekling, forebyggende familiearbeid osv.

Sted og dato: Oslo, 17.-18. juni 2019 (1. samling)

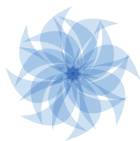
Påmeldingsfrist: 13. mai 2019

Medlemspris: kr 7000 per samling

Kursnr.: 161-19

Påmelding og ytterligere informasjon

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning>



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



## Oppstart valgfrie program 2019

For å kunne starte på de valgfrie programmene må du ha fullført alle fire samlingene i Fellesprogrammet. Noen program har også krav til gjennomført Obligatoriske kurs. Valgfrie program og obligatoriske kurs kan ikke tas samtidig.

### Rus og avhengighetspsykologi

STED	KURSNR.	SAMLING	KURSDATO	KURSLEDER
Oslo	141-19	Samling 1	6.-7. mai 2019	Eva Brekke

### Arbeidspsykologi

STED	KURSNR.	SAMLING	KURSDATO	KURSLEDER
Oslo	181-19	Samling 1	9.-10. mai 2019	Hannisdal, Dye, Lau og Glenne Øie

### Behandling av psykosetilstander

STED	KURSNR.	SAMLING	KURSDATO	KURSLEDER
Oslo	151-19	Samling 1	13.-14. juni 2019	Tiril Østefjells og June Lystad

### Systembasert arbeid med familier

STED	KURSNR.	SAMLING	KURSDATO	KURSLEDER
Oslo	161-19	Samling 1	17.-18. juni 2019	Trine C. Eikrem og Pia C. Aursand

### Psykologfaglig arbeid med barn, unge og familier

STED	KURSNR.	SAMLING	KURSDATO	KURSLEDER
Oslo	175-19	Samling 1	29.-30. august 2019	Anne-Kristin Imenes

### Organisasjon og ledelse

STED	KURSNR.	SAMLING	KURSDATO	KURSLEDER
Oslo	165-19	Samling 1	9.-10. oktober 2019	Rudi Myrvang, Elisabet Østrem og Per Wahlstedt

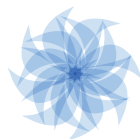
### Veiledning for psykologer som skal veilede andre yrkesutøvere

STED	KURSNR.	SAMLING	KURSDATO	KURSLEDER
Oslo	171-19	Samling 1	17.-18. oktober 2019	Stella M. K. Ottesen og Anne Grete M. Greaker

### Forståelse, utredning og behandling av nevrokognitive vansker hos voksne

STED	KURSNR.	SAMLING	KURSDATO	KURSLEDER
Oslo	145-19	Samling 1	25.-26. november 2019	Erik Hessen og Merete G. Øie

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



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



# PSYKOLOG

## - Sula kommune

**Søknadsfrist:** 20.04.2019 | **Ref. nr.:** 4043308984

**Stillingsbrøk:** 100 % Fast | **Startdato:** 01.08.2019

**Kontaktinfo:** Grethe Øen, einingsleiar

**Arbeidsstad:** Stadsnesvegen 9B, 6030 Langevåg

*Psykologen vil saman med psykisk helseteam i kommunen utgjere kommunen sitt kompetanse-miljø innan psykisk helsearbeid. Psykologen vil vere ein av fleire nøkkelpersonar i arbeidet med å styrke tidleg innsats for god psykisk helse for alle i Sula kommunen.*

*Psykologstillinga vil ha eit nært samarbeid med fastlegane, psykisk helseteneste, helsestasjon, barnevern og PPT, samt andre samarbeidspartnere i kommunen.*

### Arbeidsoppgåver

Kommunen ønskjer ein psykolog som deltek i:

- Helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Klinisk arbeid; individ og grupper
- Rettleiing, system og utviklingsarbeid

### Kvalifikasjonar

- Offentleg godkjent psykolog
- Engasjement for tidleg innsats og tverrfaglig samarbeid
- Relevant jobberfaring
- Gode samarbeidsevne, og evne til å jobbe sjølvstendig
- Gode norskkunnskapar både skriftleg og munnleg
- Du må ha sertifikat klasse B og disponere bil

### Personlege eigenskapar

I tillegg til formell kompetanse og praksis, blir det lagt vekt på personlege eigenskapar.

### Vi tilbyr

Kommunen vil legge til rette for relevant vidare- og etterutdanning, samt deltaking i relevante faglege nettverk.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider

[www.sula.kommune.no/ledige-stillinger](http://www.sula.kommune.no/ledige-stillinger)



Vennesla kommune

## Vil du være med å bygge opp en god psykologtjeneste i vår kommune? Da trenger vi deg/dere nå!

Vennesla kommune ønsker å bygge opp et miljø rundt psykologtjenesten. Vi ønsker derfor å ansette 2 psykologer (kommunepsykolog/ psykologspesialist) i 100 % stilling, slik at vi blir faglig sterkere. Psykologene vil bli ansatt i enhet for Barn og familie og enhet for Livsmestring.

**Enhet for barn og familie** består av barneverntjenesten, helsestasjon, familiesenter, jordmørtjenesten, PPT, Rehabilitering for barn og unge, barnefysioterapi og spes.ped.team 0–6 år. Resultat-enheten skal samordne forebyggende og avhjelpende tiltak for barn og unge, slik at riktig tiltak kan settes inn så tidlig som mulig.

**Enhet for Livsmestring** gir tilbud etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester for personer over 18 år, og har i tillegg avlastningstjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Formålet med tjenesten er å forebygge og tilrettelegge for mestring av sykdom, lidelse og nedsatt funksjons-evne. Målgruppen er mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, og personer med utviklingshemming.

### Vi tilbyr

Et godt tverrfaglig arbeidsmiljø som er i stadig utvikling. Flotte kolleger med engasjement og mye spennende kompetanse. Delta i spennende nybrottsarbeid innen psykisk helsearbeid i kommunen. God pensjonsordning og lønn etter avtale. Vennesla kommune kan også dekke eventuelle utgifter knyttet til flytting etter gjeldene bestemmelser. Vi flytter inn i nye lokaler med høy standard på utforming og utstyr, høsten 2019.

### Søknadsfrist 28.04.2019

Fullstendig oversikt og utfyllende informasjon om de ledige stillingene finner du på

[www.vennesla.kommune.no](http://www.vennesla.kommune.no)

### Kontaktpersoner:

Enhetsleder Anne-Cathrine Hodnemyr, tlf. 982 99 808  
Avdelingsleder Lars-Otto Nome, tlf. 995 77 040





**Vil du bli en del av Origosenterets ledergruppe og bidra til å videreutvikle behandlingstilbudet innen fagområdet rus og avhengighet?**

## **Faglig leder/Psykologspesialist**

ORIGOSENTERET eies av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, og tilbyr tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB) til pasienter mellom 18 og 45 år, og deres barn mellom 0 og 4 år. Vi har driftsavtale med Helse Sør Øst RHF om 42 plasser. Virksomheten har to behandlingsavdelinger. Behandlingsforløpet er inntil ett år. Senteret ligger i Svinndal i Våler kommune.

**Vi søker nå faglig leder/psykologspesialist til en 100 % fast stilling!**

Dette er en unik mulighet for deg som ønsker å jobbe aktivt for å videreutvikle behandlingstilbudet innen fagområdet rus og avhengighet. Vi er nå inne i en periode der vi reviderer vår behandlingsmodell. Implementering av kravene i pakkeforløp for rus og psykisk helse inngår i dette arbeidet. Faglig leder vil stå sentralt i hele denne prosessen.

Ved Origosenteret vil du ha ansvaret for et bredt sammensatt tverrfaglig miljø, der det også er godt rom for selvstendig arbeid. I tillegg til faglig leder har Origosenteret fem psykologstillinger. Stillingen inngår i virksomhetens ledergruppe.

### **Kvalifikasjonskrav:**

- Psykologspesialist med norsk autorisasjon
- Erfaring fra arbeid med rus og avhengighetsproblematikk
- Erfaring med problemstillinger knyttet til familiebehandling
- Ledererfaring og/eller veiledningskompetanse
- Gode norskkunnskaper, både muntlig og skriftlig
- Kan tilrettelegge, gjennomføre og prioritere krevende arbeidsoppgaver
- Har evne til å motivere og engasjere kollegaer
- Motiveres av tverrfaglig samarbeid
- Har et høyt faglig ambisjonsnivå

### **Sentrale arbeidsoppgaver:**

- Sikre at pasientbehandlingen skjer i henhold til myndighetskrav og kunnskapsbasert praksis
- Kvalitetssikre diagnostiske vurderinger og utredninger som grunnlag for behandlingstiltak
- Være en aktiv pådriver for et målrettet tverrfaglig samarbeid
- Hovedansvarlig for virksomhetens fagutviklingsarbeid
- Faglig veileder for virksomhetens psykologer
- Legge til rette for faglige studier og prosjekter
- Bidra aktivt i virksomhetens kvalitets- og forbedringsarbeid
- Bidra til godt samarbeid med våre eksterne samarbeidspartnere (som f.eks. henvisende instanser, kommunehelsetjeneste, barnevern, høyskoler)

### **Vi kan tilby:**

- Godt arbeidsmiljø med engasjerte og faglig sterke kollegaer
- Gode pensjons- og forsikringsordninger
- Muligheter for egen fagutvikling
- Konkurransedyktig lønn

### **Spørsmål om stillingen kan rettes til:**

Virksomhetsleder Siri Kjelberg, mobil 905 36 644

Se fullstendig utlysning på [www.bymisjon.no/ledige\\_stillinger](http://www.bymisjon.no/ledige_stillinger)

**Søknadsfrist:** Snarest

**Tiltredelse:** Snarest

**Arbeidssted:** Origosenteret, Svinndal, Våler i Østfold



FEM KOMMUNAR I VEST-TELEMARK  
SØKJER ETTER

## Psykologspesialist eller psykolog

med ynskje om spesialisering  
innan klinisk samfunns- og  
allmennpsykologi

Som fylgje av nasjonal satsing innan psykisk helse og rus er det oppretta to 100 % psykologstillingar i regionen.

Vest-Telemarkkommunane er utviklingsorienterte og søkjer etter psykologar som vil vera med i utviklinga av tenestene. Kommune har definert barn og unge som særskilde satsingsområde.

Det vert lagt vekt på fylgjande arbeidsområde for psykologstillingane:

- Tverrfagleg arbeid, både primærførebyggjande og oppfølging i enkelt saker
- Rettleiing av faggrupper/ profesjonar
- Klinisk arbeid

Prioritering og organisering av arbeidet vil føregå i dialog mellom dei psykologane som blir tilsett og kommunane, og vera forankra i samarbeidsavtale mellom kommunane i regionen.

Psykologane vil få tilbod om kompetanseutvikling og deltaking i lokale fagnettverk, enten i regi av spesialisthelsetenesta og/eller psykologar i andre kommunar, samt rettleiing, individuelt eller i gruppe. Det vert gjeve konkurransedyktig løn og medlemskap i kommunal pensjonsordning. Dersom søkjar ikkje har gjennomført spesialisering, vil det ved tilsetjing bli lagt til rette for spesialisering innan klinisk samfunns- og allmennpsykologi.

Søkjar må ha førarkort og disponere bil. Det er krav om politiattest før tilsetjing.

For meir informasjon om stillingane kontakt samhandlingskoordinator Kari Gro Espeland, e-post [samhandling@seljord.kommune.no](mailto:samhandling@seljord.kommune.no), tlf. 995 39 515.

**Søknad sendast [post@kviteseid.kommune.no](mailto:post@kviteseid.kommune.no) innan 23.04.19.**

Velkommen som søkjar!

INFORMASJON OM KOMMUNANE I REGIONEN ER TILGJENGELEG PÅ  
[www.fyresdal.kommune.no](http://www.fyresdal.kommune.no), [www.kviteseid.kommune.no](http://www.kviteseid.kommune.no),  
[www.nissedal.kommune.no](http://www.nissedal.kommune.no), [www.seljord.kommune.no](http://www.seljord.kommune.no), [www.tokke.kommune.no](http://www.tokke.kommune.no)

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

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



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

## Helse Vest RHF

### 2 stk. 100 % avtaleheimlar i klinisk psykologi på Voss

2 stk. 100 % avtaleheimlar for godkjende spesialistar i klinisk psykologi på Voss er ledig frå 01.09.2019.

#### Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha ein forpliktande samarbeidsavtale med Voss DPS NKS Bjørkeli. Avtalespesialisten skal samarbeide med Voss DPS NKS Bjørkeli om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som er vurdert ved Voss DPS NKS Bjørkeli. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen og i samarbeidsavtalen.

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

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

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

**Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.**



Sarpsborg  
kommune

## PSYKOLOG

– Virksomhet  
forebyggende tjenester

Stillingen er knyttet opp mot et familiesenter, se fullstendig utlysningstekst på [www.sarpsborg.com/ledigstilling](http://www.sarpsborg.com/ledigstilling)

Søknad sendes elektronisk via [www.sarpsborg.com/ledigstilling](http://www.sarpsborg.com/ledigstilling) innen 23.04.2019



### Psykolog/psykologspesialist, 100% fast stilling

Stillingen er et samarbeid mellom Evje og Hornnes kommune og Evjeklinikken, som er et landsledende senter for livsstilsendring og behandling av sykkelig overvekt.

Arbeidsoppgaver: pasientarbeid, veiledning av ansatte, videreutvikling av behandlingstilbud og tverrfaglig samarbeid, blant annet med Evje folkehøgskole.

Stillingsannonse finner du på vår hjemmeside [www.e-h.kommune.no](http://www.e-h.kommune.no).

**Søknadsfrist: 22. april 2019**



Evje og Hornnes kommune

T 37 93 23 00  
E [post@e-h.kommune.no](mailto:post@e-h.kommune.no)  
[www.e-h.kommune.no](http://www.e-h.kommune.no)



Blå Kors er landets største ideelle aktør innenfor rusfeltet. Organisasjonen har mer enn 55 virksomheter og hjelpetiltak, 1200 ansatte og driver et omfattende arbeid innen forebygging, behandling og oppfølging, se [www.blakors.no](http://www.blakors.no).

Blå Kors Kompasset er et terapeutisk tilbud til unge mellom 14 – 35 år som har vokst opp med foreldre med alkohol- og/eller andre rusproblemer. De unge tar selv kontakt og tilbudet er gratis. Kompasset bidrar til å øke kunnskap om rus i familien og deltar i samfunnsdebatten. Kompasset finnes i Trondheim, Bergen, Sandnes, Oslo, Tromsø og Lillehammer, og vi er i ferd med å etablere et landsdekkende tilbud med samtalerapi på nett. Se [www.kompasset.org](http://www.kompasset.org)

Ved Blå Kors Kompasset Bergen søkes:

## **AVDELINGSLEDER/TERAPEUT**

### 100% fast stilling

Vi kan tilby 100 % stilling i et godt arbeidsmiljø hvor arbeidsoppgavene varierer mellom:

- Ledelse og videreutvikle avdelingen.
  - Bidra i overordnet utviklingsarbeid for Blå Kors Kompasset.
  - Ansvar for personal, administrasjon, økonomi og det faglige arbeidet i avdelingen.
  - Terapeutisk arbeid individuelt, i gruppe og psykoedukative temakvelder.
- Noe reisevirksomhet og arbeid på kveldstid må påregnes

### For nærmere opplysninger kan du kontakte:

Nasjonal virksomhetsleder Frøydis Eidheim, telefon: 480 42 826, epost: [froydis.eidheim@blakors.no](mailto:froydis.eidheim@blakors.no)

**Søknadsfrist: 22.04.2019**

For mer informasjon og elektronisk søknadsskjema se: [www.jobbdirekte.no/blakors](http://www.jobbdirekte.no/blakors)

Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.



Vestre Viken er et av landets største helseforetak med ca. 9 400 medarbeidere og har ansvar for spesialisthelsetjenester til omlag 500 000 innbyggere i 26 kommuner.

## PSYKOLOGSPESIALIST

### Klinikk for psykisk helse og rus, Bærum BUP

Referansnr. 4041467981    Søknadsfrist: 23.04.2019

Bærum BUP har ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist. Stillingen er knyttet til et av generalistteamene ved Bærum BUP.

Poliklinikken betjener ca. 30.000 barn og unge i opptaksområdet. Det er utstrakt samarbeid med 1.linjetjenesten, øvrige enheter i BUPA og barne- og ungdomsavdelingen i Drammen.

For nærmere informasjon om stillingen, ta kontakt med seksjonsleder/psykologspesialist Carl-Aksel Sveen på tlf. 67 52 36 00.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)

frantz.no



## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2019

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

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) under boksen for «ledige stillinger».

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
05/19	11.04	02.05
06/19	16.05	03.06
07/19	17.06	01.07
08/19	18.07	01.08

### 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	17 350	15 950
1/2 side	13 350	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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

## Helse Sør-Øst RHF søker:



### Ledige avtalehjemler i Helse Sør-Øst:

- 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Tønsberg, Vestfold
- To ledige 100 % avtalehjemler i klinisk psykologi lokalisert til Skien/Porsgrunn
- 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til bydel Gamle Oslo

#### Nærmere opplysninger:

Spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, tlf. 02411 / e-post [Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no](mailto:Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no)

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](http://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. april 2019**



frantz.no

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

Vi oppretter et nytt TFCO-team i Trondheim og har ledig stilling som behandlingsleder

## Fast stilling som psykolog/ psykologspesialist

Vil du jobbe med en behandlingsmodell som har vist gode resultater for ungdom med adferdsvansker?

Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)

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

PSY  
KOL  
OGI

#### SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) og meld din interesse.



**Kvinnherad kommune**  
Eining Barn og familie

*Kvinnherad kommune har 13.100 innbyggjarar. Kommunen ligg i Sunnhordland, mellom Bergen, Haugesund og Odda.*

## Psykolog/ psykologspesialist

**100 % FAST STILLING  
– 2. GONGS UTLYSING**

For meir utfyllande informasjon om stillinga, gå inn på [www.kvinnherad.kommune.no](http://www.kvinnherad.kommune.no)

**Søknadsfrist: 01.05.19**

## NORSK PSYKOLOGFORENING

---

### SENTRALSTYRET

#### President

##### Tor Levin Hofgaard

tor@psykologforeningen.no  
23 10 31 30

#### Visepresidenter

##### Rune Frøyland

rfrøey@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 Klingenberg Røed

ragnhildkstkoke@gmail.com  
414 21 366

##### Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com  
957 27 801

##### Arnhild Lauveng

post@arnhildlauveng.com  
913 17 162

##### Else-Marie Molund

else-marie.molund@  
psykologene.no  
481 33 860

#### Studentrepresentanter

##### Marte Sandbugt Pettersen

marte.sa.pettersen@  
gmail.com  
469 51 450

##### Sebastian Gulbrandsen

sebastian.gulbrandsen@  
gmail.com  
926 93 702

#### 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

##### Joan Sigrun Nygard

joan.sigrun.nygard@  
vestreviken.no  
416 66 260

##### Aust-Agder

##### Janne Veer

Janne.Hammervold.Veer@  
sshf.no  
452 14 480

##### Buskerud

##### Even Rognan

EVEROG@vestreviken.no  
410 28 606

##### Finnmark

##### Sigrid Larsen

sigrid\_la@hotmail.com  
979 90 893

##### Hedmark

##### Eline Berg

bergeline3@gmail.com  
996 23 191

##### Hordaland

##### Bjarte Bruntveit

bjartebruntveit@yahoo.no  
909 98 052

##### Møre og Romsdal

##### Siri Næs

siri.naes@gmail.com  
902 68 699

##### Nord-Trøndelag

##### Julie Valen

psyk.valen@gmail.com  
924 90 532

#### Nordland

##### Iris Anette Søderholm

irisanette@gmail.com  
909 34 857

#### Oppland

##### Iver Sørli Røhr

iversr@gmail.com  
916 35 382

#### Oslo

##### Birgit Aanderaa

biraa@ous-hf.no  
917 12 983

#### Rogaland

##### Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no  
930 07 971

#### Sogn og Fjordane

##### Solbjørg Torheim Hanitz

solbjorg\_89@hotmail.com  
902 95 676

#### Sør-Trøndelag

##### Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no  
464 14 174

#### Telemark

##### Birgitte Lindø

libi@siv.no  
473 83 123

#### Troms

##### Espen Nicolaisen

espennicolaisen@  
outlook.com  
950 60 605

#### Vest-Agder

##### Ann Birgithe S. Eikhom

abseikhom@gmail.com  
971 29 052

#### Vestfold

##### Simon Thorsell Næs

simon.thorsell.nes@faerder.  
kommune.no  
926 98 317

#### 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

##### Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

##### Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

##### Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 924 28 703

##### 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 rfrøey@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**

**Ingunn Aanderaa Opsahl**, leder, e-post ingunnaanderaa@hotmail.com, tlf. 971 50 507

**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 Høy Dye**, leder, e-post anette.hoy.dye@moment.consulting, 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**

**Marte Sandbugt Pettersen**, NTNU, leder, e-post marte.sa.pettersen@gmail.com, tlf. 469 51 450

**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**

**Tanya Ryder**, leder, e-post tanya.ryder@hotmail.com, tlf. 918 41 109

**YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

**Jørgen Edvin Westgren**, leder, e-post joergenwestgren@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**

**Åste Herheim**, fagsjef, e-post aste@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](http://www.psykologforeningen.no)

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

**Trine Anstorp**, Privatpraksis  
**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  
**Guðrun 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**, Univer-  
sitetetsforskning 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**, Familie-  
vernkontoret i Stavanger  
**Asle Hoffart**, Modum Bad  
**Arne Holte**, Nasjonalt  
folkehelseinstitutt  
**Hanne Haavind**,  
Universitetet i Oslo  
**Reidun Ingebretsen**, Norsk  
institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring  
**Tine K. Jensen**, Nasjonalt  
kunnskapscenter om vold og  
traumatisk stress  
**Leif Edward Ottesen  
Kennair**, Norges teknisk-  
naturvitenskapelige  
universitet  
**Stein Knardahl**, Statens  
arbeidsmiljøinstitutt  
**Gerd Kvale**, Universitetet i  
Bergen

**Øyvind Kvello**, Norges  
teknisk-naturvitenskapelige  
universitet  
**Kim Larsen**, Sykehuset  
Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet  
kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**,  
Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**,  
Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**,  
Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**,  
Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**,  
Handelshøyskolen BI  
**Willy-Tore Mørch**,  
Universitetet i Tromsø  
**Simon-Peter Neumer**,  
RBUP Øst og Sør, Oslo  
**Geir Høstmark Nielsen**,  
Universitetet i Bergen  
**Hans Nordahl**, Norges  
teknisk-naturvitenskapelige  
universitet  
**Inger Hilde Nordhus**,  
Universitetet i Bergen  
**Terje Ogden**, Nasjonalt  
utviklingscenter for barn  
og unge (NUBU)  
**Ståle Pallesen**, Universitetet  
i Bergen  
**Magne Raundalen**, Senter  
for krisepsykologi  
**Sissel Reichelt**,  
Universitetet i Oslo  
**Ivar Reinvang**, Universitetet  
i Oslo  
**Astrid M. Richardsen**,  
Handelshøyskolen BI

**Jan H. Rosenvinge**,  
Universitetet i Tromsø  
**Bjørn Rishovd Rund**,  
Universitetet i Oslo  
**Frida Gullestad Rø**,  
Universitetet i Oslo  
**Michael Helge Rønnestad**,  
Universitetet i Oslo  
**Gro Mjeldheim Sandal**,  
Universitetet i Bergen  
**Per Øystein Saksvik**,  
Norges teknisk-naturviten-  
skapelige 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 2450, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + 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:**  
11.04, 16.05, 17.06, 18.07,  
19.08, 17.09, 17.10, 18.11







RETURADRESSE: NORSK PSYKOLOGFORENING, POSTBOKS 419 SENTRUM, 0103 OSLO

PRIORITY

