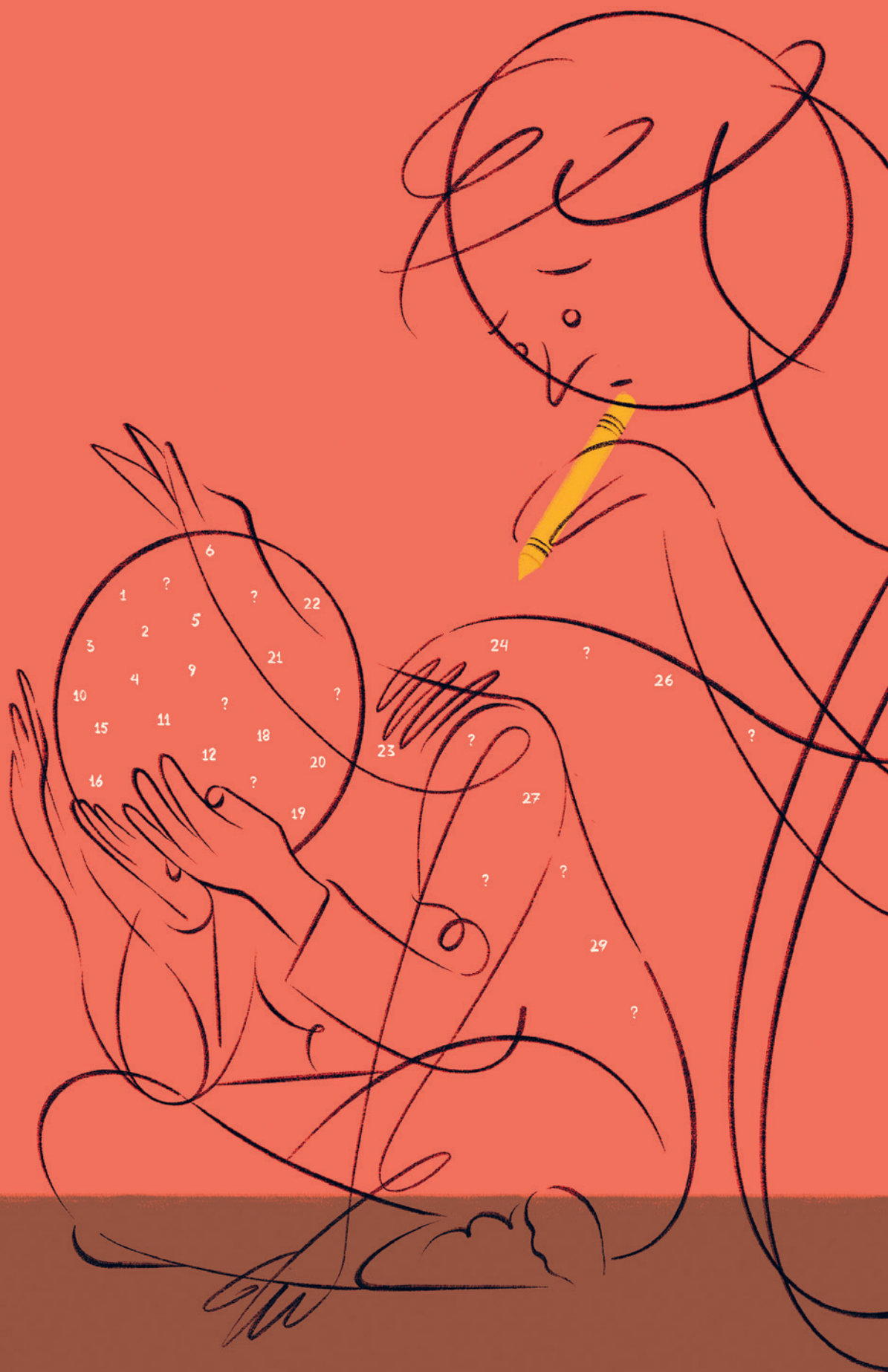


TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.56 nr.07 2019

Tidsavhengig moral

Oppsummert

ADHD ELLER TRAUMER?

Evidensbasert praksis

Psykologenes klimafravær

Aktuelt

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-07



9 770332 647013 07

RETURUKE 33 185 NOK

Torge Petersen

PSY KOL OGI

Vol. 56 **nr. 7** 2019

Sjefredaktør Bjørnar Olsen, bjornar@psykologtidsskriftet.no, tlf. 474 01 165
Fagredaktører Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,
tlf. 911 78 096 og Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

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

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

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

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

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Ivar Iversen, Agenda

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

Denne utgaven ble godkjent til trykk 21. juni 2019

Omslagsillustrasjon Åge Peterson

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

Psykologenes nye minister

LA OSS SAKSE fra den nye Opptreppingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024): «Ved neste revisjon av folkehelseloven bør det derfor vurderes hvorvidt §27 om samfunnsmedisinsk kompetanse bør utvides til at kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk og psykolog-/samfunnspsykologisk kompetanse.»

Ved å hjemle psykologkompetanse både i folkehelseloven og i helse- og omsorgsloven vil regjeringen stille kommunene friere til å bruke psykologers kompetanse i befolkningsrettet, forebyggende arbeid.

Blir dette en realitet, er det ikke bare helseministeren, men også eldre- og folkehelseministeren mange psykologer vil måtte forholde seg til. I en omskiftelig regjering er det for tiden Sylvi Listhaug. Så langt virker hennes interesse for psykisk helse å være marginal. Det til tross for at regjeringen i begge de to siste folkehelsemeldingene vektlegger psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet.

Et søk i mediearkivet Retriever korrigerer knappst bildet av en minister med liten interesse for den psykiske folkehelsen. Ett utspill om at ensomhet er en samfunnsutfordring blant unge og eldre, og et annet om økt innsats for selvmordsforebygging (ikke minst blant eldre) er så langt den relevante fangsten fra arkivet.

Det er heller ikke enkelt å få landets nye folkehelseminister i tale om psykisk helse. Psykologtidsskriftet har gjentatte ganger bedt om intervju, sendt spørsmål og temaer vi vil høre hennes tanker om, hørt om det lar seg gjøre å møtes. Det er tydeligvis ingen prioritert oppgave å fortelle om hvordan ministeren vil sette psykisk helsearbeid på dagsorden. Men vi kan henvende oss på nytt i slutten av august, hvis det fremdeles er aktuelt da, melder departementet. Så langt for psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet.

Listhaugs taushet blir øredøvende når både folkehelsemeldinga og den nye opptreppingsplanen for unge vektlegger en utvikling vi har sett i psykisk helsearbeid de siste årene: En dreining vekk fra å tenke behandling til å vektlegge forebygging, en dreining vekk fra spesialisthelsetjenesten og inn i kommunen, en dreining vekk fra helseministerens bord over til folkehelseministerens bord.

Da fortjener befolkningen mer enn taushet fra den som har det øverste ansvaret for å realisere denne visjonen. ✘



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Et søk i mediearkivet Retriever korrigerer knappst bildet av en minister med liten interesse for den psykiske folkehelsen

474



FOTO: CARSTEN ANIKSDAL

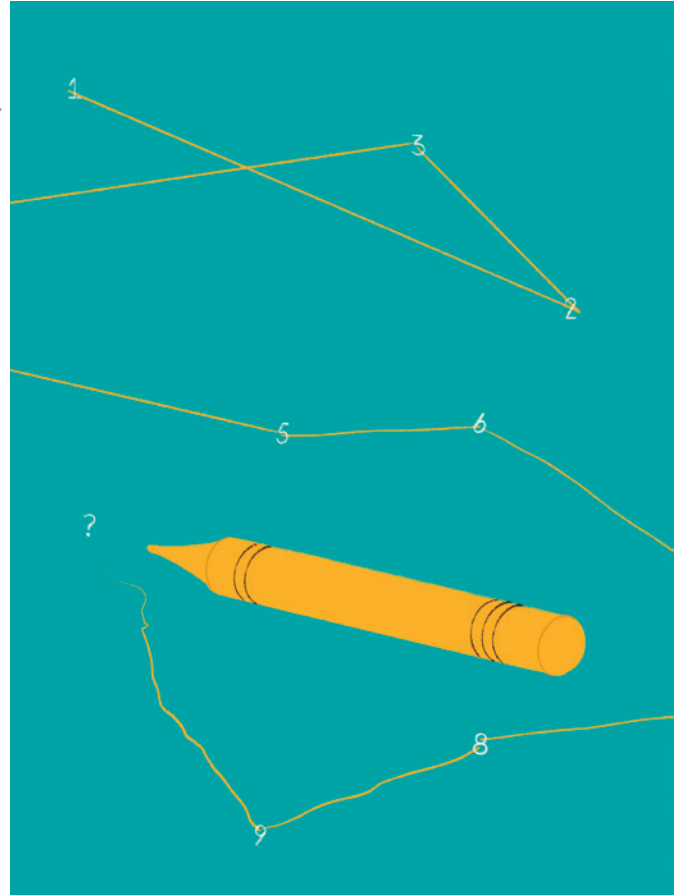
INN PÅ TUNET, UT I SAMFUNNET

På gården Kjerlingland i Lillesand er elevene borte fra skolen for å komme gjennom skolen.

Reportasje

504

ILLUSTRASJON: AGE PETERSON



OPP TIL KLINIKEREN

Sammenhengene mellom ADHD og traumereaksjoner er komplekse.

Retningslinjer gir få konkrete anbefalinger for utredning og behandling. Derfor blir klinikerens kunnskap om tilstandene så avgjørende.

Evidensbasert praksis



ILLUSTRASJON: SIRI DOKKEN

OPPSIKTSVEKKENDE TVANGSFUNN

Tvang er ofte ikke nødvendig. Ved Lovisenberg DPS har de samme pasientene som tidligere ble tvangsbehandlet nå frivillig kontakt med sykehuset.

Fra praksis

Innhold

- 469 **Psykologenes nye minister**
Leder | Bjørnar Olsen
- 472 **Ønsker lokale kunnskapsløft**
NÅ: Åse Snåre | Nina Strand
- 474 **Rir inn i skoledagen**
Reportasje | Ida Holth
- 484 **Ingen spydspiss i klimakampen**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 492 **Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom med PTSD og kompleks PTSD**
Vitenskapelig artikkel | Sandre Ekelund Eidhammer et al.
- 504 **ADHD og traumer - Sammenhenger og utfordringer i klinisk praksis med barn**
Evidensbasert praksis | Ragnhild Holm Løwgren & Katrine Lien Evensen
- 514 **Når lovgivning gir praksisendring**
Fra praksis | Anders Jacob
- 520 **Moralens tidsdimensjon**
Oppsummert | Hallgeir Sjøstad
- 522 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Samvær for traumatiserte barn | Eva Steinbakk (s. 524)
Selvmord (s. 528), Kronisk utmattelsessyndrom (s. 530), Kjønnsinkongruens (s. 531), Psykisk helsevern (s. 534, s. 536)
Derfor: Fra «hoffreporter» til journalist | Bjørnar Olsen (s. 537)
- 539 **INNTRYKK**
Bokessay: Ateistens pilegrimsreise | Lina Søreide Slåttå (s. 540)
Bokanmeldelser: Ikke glem barna (s. 544), Aldring til fredagspizzaen (s. 546)
- 548 **Annonser**
- 550 **Stillingsannonser**

INN I KOMMUNENE «Vi trenger forskning i kommunene, ikke bare på kommunene», sier Åse Snåre i KS. Foto: Kristin Tveitnes, KS.



Ønsker lokale kunnskapsløft

Bare én av ti helsekroner går til å forske på helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Det holder ikke, mener Åse Snåre i KS.

TEKST
 Nina Strand

– Du vil ha et kunnskapsløft i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Hvorfor?
 – Kommunenes oppgaver blir stadig mer omfattende og komplekse, og KS mener det er en skjevhet i hvordan forskningsmidlene brukes. Halvparten av helsekronene brukes i kommunene, men bare én av ti forskningskroner er knyttet til kommunetjenestene. Dette må rettes opp. Nå initieres forskning på kommunenes helsetjenester av andre enn kommunene selv, noe som betyr at det er andre enn aktørene selv som stiller spørsmålene. Vi trenger forskning i kommunene, ikke bare på kommunene.

I dag mangler vi forskningsbasert kunnskap om hvordan vi kan løse kommunenes utfordringer. Hvordan skal vi da vite om vi tar de riktige valgene?

– Kravene til samhandling mellom helseforetak og kommuner øker. Hva er de største utfordringene med samhandlingen i dag?
 – Det har pågått en stadig raskere omlegging med nedlegging av døgnplasser i psykisk helsevern. Det handlet blant annet om at de psykiatriske institusjonene i altfor stor grad var oppbevaringsinstitusjoner. I dag forventes det at

kommunene skal ta flere oppgaver enn før fra sykehusene, samtidig som de skal legge om sine tjenester med vekt både på forebygging og utvikling av «basis-tjenestene»: et godt og trygt sted å bo, en meningsfull hverdag med aktivitet på dagtid, og helsehjelp når det trengs. Sykehusene på sin side avgrenser aktiviteten til det som er hovedoppdraget, nemlig behandling. Når behandlingen er avsluttet eller ikke virker, skal pasienten tilbake til kommunen. Det stiller store krav til samarbeidsrutinene, særlig med hensyn til de langvarig syke innbyggerne. Spesialisthelsetjenesten og kommunene har et felles samfunnsoppdrag, men arbeider innenfor ulike rammebetingelser og har i noen grad ulike mål. Det skaper utfordringer for god samhandling.

– **Vi leser i mediene om samhandling som ikke fungerer. Hvilke konsekvenser får dette for de innbyggerne som trenger hjelp?**

– Dersom en person for eksempel utskrives fra sykehuset uten å ha en bolig å komme tilbake til, kan veien være kort tilbake til vagabonderi og rus. Eller at personen har bolig, men mangler et sosialt fellesskap, eller jobb. Andre blir skrevet ut basert på en ren helsefaglig vurdering, uten hensyn til at innbyggeren kanskje kommer tilbake til lokalmiljøet som gjorde ham eller henne syk. Samhandlingen kan også glippe ved at det legges opp til at innbyggeren selv skal følge opp sin egen medisinerings etter utskrivning. Ikke alle klarer det. Noen trenger oppfølging samtidig fra spesialisthelsetjeneste og kommune.

– **Hva slags oppfølging sikter du til da?**

– Noen trenger helse- og omsorgstjenester fra eksempelvis et tverrfaglig team som kan trå til ved kriser, eller i enkelte perioder. Det er viktig at sykehusene ikke avgrenser sin aktivitet ved sykehusveggen, men kommer ut og er til stede der folk lever og bor. Her har vi jo eksempelvis FACT-team, der spesialisthelsetjenesten og kommunen har felles oppfølgingsansvar for en definert gruppe pasienter, og tilpasser bistanden til den enkelte.

– **Fra i år må kommuner som ikke greier å ta imot ferdigbehandlede pasienter fra spesialisthelsetjenestene i psykisk helse, betale bot, slik det har vært i somatikken. Din kommentar?**

– KS var opprinnelig imot bøter. Vi var og er usikre på om betalingsordningen virker frem-

Hvorfor NÅ?

- Frem mot kommunevalget i høst retter Psykologtidsskriftet søkelys på psykisk helsefeltet i et utvalg kommuner.
- Kravene til samhandling mellom helseforetak og kommuner øker. Kommunene skal ta flere oppgaver enn før fra sykehusene, samtidig som de skal legge vekt både på forebygging og oppfølging av innbyggere med langvarige psykiske helseutfordringer.
- Åse Laila Snåre er avdelingsdirektør for Helse og velferd i Kommunenes Sentralforbund (KS)

mende på samarbeidet mellom helseforetak og kommuner. Det er for tidlig å si noe om hvordan ordningen vil påvirke tilbudet. Hittil har vi ikke fått signaler om at dette er et problem, og dette er noe KS kommer til å følge med på.

– **Hvordan få til læring mellom kommuner som får til samhandlingen, og de som ikke får det til?**

– Læringsnettverk er etter vårt syn en god metode. Sammen med sykehusene og Folkehelseinstituttet driver vi nettverket «Gode pasientforløp», der kommuner og sykehus jobber sammen for å fremme kvalitet og samhandling. Noen jobber for å etablere et felles idégrunnlag, for eksempel i Rogaland, som satser på recovery. Men det som er vellykket ett sted, kan ikke bare overføres til en annen kant av landet. Noen steder har mye folk og små avstander, andre steder lite folk og store avstander. Utviklingen av samhandling må skje mellom dem som faktisk skal handle sammen.

– **Hva kjennetegner kommuner som får det til?**

– Den kunnskapen vi har, tilsier at *tillit* er et nøkkelord. Tilliten må bygges lokalt. Det samme gjelder respekt for hverandres roller og oppdrag. Forankring i ledelsen før man setter noe i gang, er avgjørende. Det er klokt å etablere møtearenaer på flere nivåer: på overordnet strategisk nivå, på ledernivå og på operativt nivå. Samarbeidsavtaler må være så klare at man kan bruke dem både i planlegging av tjenester og ved uenighet.

– **Du sa til Dagens medisin at mange kommuner føler seg overkjørt av helseforetakene, og står med lua i handa?**

– Det bygger på meldinger vi har fått fra kommunene, der noen har opplevd at sykehusene opptrer som en storebror i forhandlingene med kommunen, og at avtaler blir presentert som diktat. Vi i KS ser at helseforetakene ikke kan ha forskjellige avtaler med hver kommune, og vi ser at kommunene antagelig ikke har vært flinke nok til å bli enige seg imellom. Nå merker vi en endring. Mange ønsker bedre kontakt med hverandres tjenesteutøvere, for eksempel ved at fastlegen kan ringe spesialisthelsetjenesten for å få informasjon om hva en pasient trenger. Det er ingen selvfølge i dag. De som har gode systemer for slik kommunikasjon, lykkes best i samhandlingen. ✘



Rir inn i skoledagen

Regjeringen vil løfte frem gården som pedagogisk arena. På gården Kjerlingland i Lillesand er hestene en del av skolestaben.

TEKST Ida Holth | FOTO Carsten Aniksdal

– **N**ei, jeg er ikke et kontormenneske! Det kommer jeg aldri til å bli. «Ola» (15) er på skole på Kjerlingland gård. På timeplanen står brøk- og prosentregning, deretter hestestell og ridning med Margrethe Selmer. Selmer har briller, hestehale og ridebukse på. Ola i sort hettegenser der det står BLACK SQUAD i en sirkel rundt halsen.

– Hva er du da?

– Jeg er et aktivt ut-i-skogen-menneske, kan ikke sitte stille.

Lillesand i tett regn. Trær og busker i saftig grønt langs gamle E18. Seks løpeender springer rakrygget bortover et jorde. Jeg har funnet veien til en Inn på tunet-gård – en gård som har lagt om virksomheten fra tradisjonell drift til en pedagogisk og psykososial geskjeft. Noen elever passer ikke inn i vanlig skole. Kan løsningen være snekring, ridning og møkkamåking? En del gårdbrukere og *antrozoologer* mener ja. Gårdeier Agnethe Rislå ved Kjerlingland gård i Lillesand tror at gårdsarbeid kan forebygge psykiske plager og bidra til å få ned antall uføre i kommunen. Regjeringen har også tro på Inn på tunet. I Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019–2024) foreslår de å videreutvikle tjenesten.

I 2017 fikk 1700 elever i grunnskolen opplæring utenfor skolen, ifølge Utdanningsdirektoratet. Hvor mange av dem som har undervisning på gård, vet man ikke, men om lag 320 gårder har Inn på tunet-tilbud til barn og unge, sier Ivar Pettersen ved Norsk institutt for bioøkonomi. Kommunen har anledning til å satse på alternative opplæringsarenaer, og flere politikere i høyrekommunen Lillesand ønsker gård-skole-samarbeid velkommen. Andre argumenterer med at man heller bør jobbe for å få alle elever inn i klasserommet, i tråd med det 50 år gamle idealet om enhetsskolen. »

ETTER MATTEOPPGAVENE En skoledag på Kjerlingland gård innebærer mye hest. Ola tar noen runder på ridebanen etter matteoppgavene. Heste- og skolelærer Margrethe Selmer følger med.



DRIV Agnethe Rislå er helsearbeider og bonde, og har kombinert dyrehold og arbeid med mennesker i 11 år.

- På sikt kunne vi fått ned andelen av unge uføre i Lillesand

Agnethe Rislå, gårdeier og helsearbeider

PSYKISK HELSE I KOMMUNE-NORGE

Frem mot kommune- og fylkestingsvalget i høst retter Psykologtidsskriftet søkelys på psykisk helsefeltet i et utvalg kommuner. Journalistene i tidsskriftet drar til sin hjemkommune og rapporterer derfra.

KANINBURET, DA?

På Kjerlingland går elever fra 2. klasse på barneskolen til videregående skole. Barna og ungdommen har deler av undervisningen sin her i kortere eller lengre perioder. Det er altså her jeg treffer Ola. Han går i 10. klasse, og er her fire dager i uken. Ola og Margrethe Selmer sitter ved enden av et nytt og hvitt langbord på felleskjøkkenet i andre etasje på låven.

- Nå var du fin på håret, Ola, sier Selmer.

- Ja, det var litt for kort før.

Smilla sitter under bordet. Den australsk cobberdoggen snuser ivrig på buksa til Ola, som har begynt dagen med å blande fôr til hestene. Skoledagene her kjennetegnes av en blanding av gårdsarbeid og undervisning, skreddersydd til den enkelte. Elevene følger en Individuell opplæringsplan (IOP). Noen får én-til-én-oppfølging, andre opplæring i grupper. Ola tripper med føttene og forteller om hvordan han mistrivdes på barneskolen. Når jeg spør om hva som er best med å være på Kjerlingland, svarer han først: å slippe å være på skolen. Så legger han til at han liker å lære om hester og planter og å kunne lage ting. I Sløydbua former han økse- og knivskaft. Margrethe minner ham om et annet pågående prosjekt:

- Kaninburet, da?

- Og kaninburet. Kanin-*suita*.

Buret skal fikses og få nytt torvtak, slik at kaninene ikke rømmer slik de gjorde forleden dag.

Å TA KONTROLL OVER 500 KILO

Inn på tunet er kvalitetssikrede velferdstjenester på gårdsbruk. Norge har kommet langt i utviklingen av disse tilbudene, særlig fordi man har fått på plass en kvalitetssikringsordning kalt Matmerk. Fagfeltet som ligger til grunn for pedagogisk og psykososialt arbeid på gård, kalles antrozologi – et tverrfaglig forsknings- og praksisfelt om samspillet mellom dyr og mennesker. Forskningen på antrozologi og Inn på tunet er sparsom og ifølge Stortingsmelding 31 «Garden som ressurs – marknaden som mål – Vekst og gründerskap innan landbruksbaserte næringer» fra 2014 trengs mer dokumentasjon på effekten av skole-gård-samarbeid. Forsker Bente Berget ved Universitetet i Agder kjenner godt til Kjerlingland. Hun er nettopp i gang med et omfattende forskningsprosjekt på Inn på tunet-tiltak for ungdomsskoleelever. Forskerne vil blant annet undersøke hva elevene selv har erfart med tiltakene på gårdene, og se hvordan dette påvirker motivasjonen til å gå videre i utdanningsløpet.

Lærer Margrethe Selmer på Kjerlingland har lang erfaring fra skoleverket, helsetjenesten og arbeid med hest. Hun setter av tid til en prat med meg på låveloftet, der de ansatte har kontorer. Hun tror fysisk arbeid er godt for en del elever. Skolehverdagen er for stressende for mange, både faglig og sosialt, mener hun. Realismen i kravet om «individuell tilpasning» med såpass mange elever per lærer er hun kritisk til.

– I norsk skole er man veldig for inkludering, og det er supert, sånn skal det være, helst skal alle være i klasserommet sammen samtidig. Så funker det jo bare ikke for alle.

– På hvilken måte hjelper arbeidet med hest disse elevene?

– Noen av elevene har vansker med å stå trygt i seg selv. Hvis du skal håndtere en hest, må du til en viss grad klare å dytte på den, få den til å stå der du vil, leie den, ta kontroll over 500 kilo. Det handler om å sette grenser for seg selv, for dyret, og på en måte litt for oss også.

Selmer forteller at det ikke er enkelt å finne balansegangen mellom skoleoppgaver og gårdsarbeid. Men den sosiale læringen elevene og lærerne imellom er kanskje det aller viktigste på gården, tror hun. I tillegg gir også arbeid med dyr læring om en selv:



EN MYK MULE Ola forteller at han sover bedre om nettene etter å ha vært på Kjerlingland. – Jeg er ikke helt utslitt. Jeg orker å gjøre noe når jeg kommer hjem også, sier han.

Inn på tunet

- Inn på tunet er tilrettelagte velferdstjenester på gårdsbruk. Tjenestene retter seg mot brukergrupper som demente, folk i arbeidstrening, mennesker med psykiske problemer, rusavhengige og skoleelever.
- I Norge tilbyr omtrent 400 gårder Inn på tunet-tjenester.
- Norge har kommet langt i Inn på tunet-arbeidet, særlig fordi norske myndigheter har fått på plass sertifiseringsordningen Matmerk, som kvalitetssikrer gårdene.
- I opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019-2024) foreslår regjeringen å videreutvikle tjenesten.

– Noen tror dyrene mener noe med å dulte borti deg, at hestene nesten var slemme, og vi må forklare at de tenker annerledes.

Ola forteller at han sover bedre om nettene etter å ha vært på Kjerlingland.

– Jeg er ikke helt utslitt. Jeg orker å gjøre noe når jeg kommer hjem også.

Jeg spør om det er noe han ikke liker ved å være på gården, og han sier at å løse de ordinære skoleoppgavene ikke er så lystbetont.

– Skole er kjedelig uansett hvor det er.

EN DEL AV STABEN

Agnethe Rislå er tredje generasjon gårdbruker, og har kombinert dyrehold og arbeid med mennesker gjennom 11 år, først gjennom rusomsorgen, siden med NAV-brukere, flyktninger, og nå med skoleelever og privat virksomhet. I løpet av dagen er hun å finne på kjøkkenet, i stallen og på tunet, med oppmerksomme kommentarer til ungdommene. Gårdsrutinene rammer inn dagene her:

– Vi jobber med å ha en rytme på dagen. Hestene må jo ha mat, forteller Rislå.

I dag er det fire voksne, fire ungdommer og ni hester på gården. Om hestene sier Rislå: «De er en del av staben.» Gården har også minigris, katt, løpeender og kaniner. Rislå forteller hvordan det å komme på gården for noen er å få en ny start i et fellesskap:

– Noen har få venner på skolen, her får de venner. Av og til er grisen den første vennen.

Rislå er opptatt av at læring nettopp skjer når man kjenner seg trygg og betydningsfull, og kjenner at man hører til et sted: «Vi blir trygge voksne.» For noen gjelder det å få én dags pause fra vanlig skole, så går de andre dagene lettere, sier hun, og mener skolehverdagen skal gi håp om at det er noe som er gøy, og noe man er flink til.

– Hvis ikke det er på skolen, må man ut å finne det.

Lillesand ligger over gjennomsnittet på psykiske helseplager for ungdom i aldersgruppen 15–29 år, ifølge Folkehelseinstituttet. Tall fra NAV viser at Agder skårer høyt på uførestatistikken. Rislå mener arbeidet de gjør på gården, er forebyggende.

– På sikt kunne vi fått ned andelen av unge uføre i Lillesand. Det er ambisiøst å si, men jeg tror det.

Hun kopler utenforskap på skolen til psykisk uhelse, og er bekymret for en økende tendens til at ungdom blir sittende hjemme.

Å få til et godt samarbeid med skolene har vært en lang vei å gå, sier hun. På Kjerlingland ønsker de at Inn på tunet skal være en integrert del av kommunens skoletilbud, og vil gjerne ha en rammeavtale med kommunen, slik at skolene har faste plasser på gården, også for hele skoleklasser. I dag gjør de avtaler med skolene fra år til år. Læreplanene gir rom for opplæring utenfor skolene, og rektor fatter vedtak om å flytte midler ut av skolen. Pedagogisk-psykologiske tjeneste utreder og rådgir rektor i denne prosessen, ifølge den nasjonale veilederen for Inn på tunet som læringsplass. Men ofte kommer man for seint i gang, mener Rislå.

– Med noen elever har det gått for langt.

Rislå ser at noen elever har en rekke ødelagte relasjoner bak seg, lærerne har gått lei. Hun mener det handler om å sette av penger på et tidlig stadium. Inn på tunet-tilbudet er ikke dyrere enn tiltak på skolene, argumenterer hun, og tenker at det hovedsakelig handler om å flytte ressurser.

– Jeg skulle ønske vi kunne se litt lenger frem.



– Jeg er et aktivt ut-i-skogen-menneske

Ola, elev



PRAKTISK LÆRING Vaktmester Kristen og Ola er på vei for å hente inn hestene som har stått ute om natta.

HESTENE I REGNET

I et skogholt bak gården står tre hester. De har stått ute om natta og skal inn, mens hestene som har vært inne i natt, skal ut. Vaktmester Kristen Thingsbæk Kverneland er tidligere tømmer, han bygde faktisk låven på Kjerlingland i sin tid, men måtte omskolere seg da ryggen sa nei. Nå kombinerer han vaktmester- og miljøarbeid på gården. Islandshesten Fossir, den eldste av hestene, har stoffskifteproblemer opplyser han. Ola henter tabletter fra en rosa eske i stallen. De skal Fossir få.

Det glinser i brunsort pels da Ola tar grimen over mulen på den ene hesten, og fører to av dem ut av innhegningen i skogen bak gården.

Tilbake i stallen fyker Ola fra bås til bås, klapper hestenakker, grer maner. To elever møkker båsene rutiner. Hestemøkk trilles ut, ny flis trilles inn, Margrethe Selmer veileder, og snart er oppgavene unnagjort.

ALLTING VARER I TRE ÅR

Jeg setter meg i bilen inn til Helsehuset i Lillesand. Hva mener Lillesands kommunepsykolog om Kjerlingland? Jens Tennebø Jensenius møter meg på kontoret sitt i en pause i arbeidsdagen, som består av – han ramser opp – systemarbeid, planlegging, forebygging, konsultasjoner, temamøter, kompetanseheving, internundervisning, kurs og veiledning. Han »



FYSISK ARBEID Lærer Margrethe Selmer tror fysisk arbeid er godt for en del elever. Skolehverdagen er for stressende for mange, både faglig og sosialt, mener hun. Her med hunden Smilla.

- I norsk skole er man veldig for inkludering, helst skal alle være i klasserommet sammen samtidig. Så funker det jo bare ikke for alle

Magrethe Selmer, lærer

viser meg et skjema med piler og streker. Retningslinjer fra Helsedirektoratet gir føringer for arbeidsoppgavene hans i kommunen; «Kommunen er et troll med mange hoder», bemerker han. Han kjenner ikke godt til Kjerlingland, men:

- Skolene må gjøre alt de kan for å inkludere og skape gode læringsmiljø.

Jensenius er bekymret for at skolene støter ut de som ikke passer inn, «de vanskelige guttene». Og selv om han ser for seg at Kjerlingland er en god mestringsarena, understreker han at én-til-én-undervisning ikke er det vanlig skole skal legge opp til.

- Det er mange elever og få lærere, så utgangspunktet må være én standard skole som rommer alle.

- Tenker du på kostnadene da?

– Nei, jeg tenker mer at man ikke må gå tilbake til spesialskoler. De som er på Kjerlingland, må fortsatt være en del av en klasse. Ingen barn skal sendes vekk fra skolen, men det kan være at man kan supplere noe i perioder.

Jensenius er dansk av opprinnelse, og viser til hjemlandet, der de har spesialskoler og -klasser. Selv foretrekker kommunepsykologen den norske modellen, der alle skal inkluderes. Som spesialist i samfunnspsykologi og med bakgrunn fra flere forskjellige tjenester er han opptatt av å skape systemer som gjør at færrest mulig faller utenfor – et godt samfunn, en universell utforming.

– Litt utopisk, men det er jo det man må jobbe imot.

Antall unge uføre er høyt i Lillesand, og det ser ut til å øke, forteller Jensenius. Psykologen beskriver hvordan kommunen de siste tre-fire årene har arbeidet med å få tjenestene til å henge bedre sammen blant annet med å innføre en modell for forebygging og tidlig intervensjon, kalt BTI: «Bedre Tverrfaglig Innsats». Før jeg går, kommer han med et sukk:

– I kommunene varer allting i tre år. Prosjektmidler går over få år, og alltid sitter man med en bekymring: Får vi fortsatt midler, eller har vi bygget opp noe kostbart som vi må legge ned igjen?

HURTIGTOGET

Eva Haldammen er spesialpedagogisk koordinator i Lillesand kommune. Jeg spør henne på e-post om effekten av gårdsarbeid på skoleresultater og på psykisk helse.

– Elever som får slike opplæringstilbud lar seg vanskelig kartlegge i måloppnåelse. Man kan imidlertid spore at enkelte som har hatt lite motivasjon, får tilbake gnisten for skole. De ønsker mer tid med klassen, de er sjelden syke og er mer glad enn før de fikk tilbudet. Begynnende skolevegning er avverget.

– Bør vi utvikle tiltak på skolene eller alternative tiltak utenfor skolen som Inn på tunet?

– Det er ønskelig med en offentlig skole som rommer alle, det vil også si alle diagnoser og læringsnivåer. Jeg synes imidlertid dette er blitt mer komplisert med tiden, da skolevegning er en økende utfordring som offentlig skole strever med å håndtere.

Haldammen mener at man med kunnskapsløftet ble svært målbasert, og kaller undervisningen «et hurtigtog ikke alle greier å nå».



KOMMUNEPSYKOLOGEN Som spesialist i samfunnspsykologi er Jens Tennebø Jensenius opptatt av å skape systemer som gjør at færrest mulig faller utenfor.

– Det er mange elever og få lærere, så utgangspunktet må være én standard skole som rommer alle

Jens Tennebø Jensenius, kommunepsykolog i Lillesand

Lillesand kommune i Aust-Agder

- Kommunen har 10871 innbyggere (2018)
- Kommunen har PPT-psykolog og kommunepsykolog
- Høyre styrer kommunen.
- Lillesand har to Inn på tunet-gårder; Levende gård i Høvåg, som tilbyr rehabiliteringstjenester for demente og Kjerlingland gård, som hovedsakelig retter seg mot skoleelever.

Kilder: Wikipedia, lillesand.kommune.no.

»



– Med praktisk tilnærming, tettere voksenkontakt, arbeid med dyr og myke verdier, kan man fange opp elever som strever med hurtigtoget.

TRAKTORLAPPEN

Klokken nærmer seg to. Ola har vært på ridebanen, og nå henger han ut av en dør foran inngangen til stallen, tar en pull-up i karmen, snakker med dem som går forbi. Martin, som går andre året på landbruk og gartnerilinja

på Holt landbruksskole, sitter ufravendt under låvetaket med lang bøyd rygg og bøter høysekker med en blå nylontråd. Han er snart 19 år og har vært tilknyttet Kjerlingland en dag i uka siden 8. klasse. «Skal jeg lære om traktor, vil jeg ut til traktoren», sier han. Også Ola har søkt seg videre på Holt i Tvedestrand og på Møglestu i Lillesand. Han vil ta traktorlappen, og lurar på om han kanskje kan jobbe som hovslager eller drive med huskyer. På Kjerlingland gård regner det jevnt, og dagen er snart over. ✕

Lokalpolitikere om Inn på tunet

Psykologtidsskriftet har tatt kontakt med alle listetoppene i Lillesand kommune med følgende spørsmål:

1. *Hvilken rolle bør Inn på tunet-tjenester ha i Lillesands skoler?*
2. *Lillesand kommune skårer over gjennomsnittet på psykiske helseplager for ungdom i alderen 15–29 år, ifølge Folkehelseinstituttet. Hva vil du gjøre for denne gruppen?*
3. *Hvis du blir ordfører, hva vil du gjøre for å forebygge psykiske plager i kommunen?*

Vi fikk svar fra tre listetopper. De kan du lese her:

Arne Gulbrandsen, Frp

1. Inn på tunet bør være en god samarbeidspartner for kommunen.
2. Det er viktig med tverrfaglig samarbeid for å lykkes med å gi denne gruppen rett oppfølging.
3. Jeg mener det er viktig med tidlig innsats, og mobbeombudet og helsesøster er en viktig del av dette arbeidet.

Einar Holmen Hoven, Høyre

1. Inn på tunet er en viktig samarbeidspartner for kommunen. Det er viktig at skolene har et tilbud hvor elever med ulike utfordringer kan få et alternativt tilbud.
2. Fortsette det gode samarbeidet mellom kommunenes enhet og de frivillige. Helsesøstre på alle skoler er et viktig redskap, og arbeidet der vil gi resultater. Jeg vil også jobbe målrettet for å hindre utenforskap.
3. Svar på spørsmål 2, men det handler også om å se barna fra barnehage, gjennom skoleløpet og inn i det videre skoleløpet. Trygge lokalsamfunn handler om å legge til rette for barn og unge.

Geir Svenningsen, KrF

1. Inn på tunet kan brukes aktivt for elever som trenger mer frisk luft enn de øvrige. Tilbudet kan være aktuelt for både kortere og lengre perioder, men heltid Inn på tunet bør ikke være for langvarig. Kontakten mellom elev og klasse må ivaretas.
2. Vi vil styrke skolen slik at den ikke blir en arena som fremmer utenforskap og andre minusfaktorer for psykisk helse. Vi vil styrke tverrfaglig samarbeid, og bli flinkere til å møte elevens behov tidlig. Ungdom med psykiske helseplager vil vi få i virksomhet med stødig døgnrytme og meningsfull aktivitet.
3. En styrket skole med bedre tverrfaglig samarbeid vil i neste omgang fungere som tidlig innsats før de kommer inn i aldersgruppa 15–29.



MENNESKE-DYR-SAMSPILL Fagfeltet som ligger til grunn for pedagogisk og psykososialt arbeid på gård, kalles antrozoologi.

**LANGT FRA
KLIMAAKTIVISTER**

Generalsekretær Ole Tunold og president Tor Levin Hofgaard i Norsk psykologforening. Foto: Per Olav Solberg og Arne Olav L. Hageberg/NPF



Psykologforeningen:

Ingen spydspiss i klimakampen

Saker om klima og miljø har vært fraværende i Norsk psykologforenings øverste politiske organ de siste ti årene.

TEKST Øystein Helmikstøl

- **OM NOEN** år vil man nok se rart på organisasjoner som ikke har et bevisst forhold til et klimaregnskap og andre klima- og miljøraker. Jeg vil støtte forslag som ivaretar et større miljøansvar.

Det sier generalsekretær Ole Tunold i Norsk psykologforening. Foreningen har nær 10 000 medlemmer.

INGENTING

Tunold er foreningens øverste administrative sjef og ansatt for å lede sekretariatet, som skal iverksette politikken som utformes av foreningens politiske organer.



Sentralstyret er foreningens øverste politiske organ mellom hvert landsmøte og ledes av presidenten, som velges for tre år om gangen. Ifølge en gjennomgang Tunold har gjort, har ikke en eneste klima- eller miljøsak stått på saklisten til sentralstyret i Psykologforeningen de siste ti årene.

– Jeg har søkt på «miljø», på «klima» og «forurensning». Jeg fant ingenting, sier Tunold.

Generalsekretæren opplyser at foreningen ikke har et eget klimaregnskap, det er heller ingen planer om å få det. Et klimaregnskap er en oversikt over hvordan en bedrift eller organisasjon påvirker klimaet.

– Er det spesielle grunner til at organisasjonen ikke har et klimaregnskap?

– Det er nok heller mange gode grunner til at vi bør ha det.

MILJØSERTIFISERING

Psykologforeningen har heller ingen konkrete planer om miljøsertifisering, ifølge generalsekretæren. Det finnes flere miljøsertifiseringer. Den mest brukte i Norge er Miljøfyrtårn, stiftet i 2003 av sentrale organisasjoner i næringsliv og offentlig forvaltning.

– Ved kurs og konferanser, hvilken praksis er det om mat, engangsartikler og hoteller dere bruker? Stiller foreningen krav til hotellene om miljøsertifisering?

– Her er jeg usikker. Vi bruker Hotellmegleren, som er en formidler, til alle spesialistkursene. Men om vi har stilt konkrete krav til dem om at hoteller skal være miljøsertifisert, vet jeg ikke.

Hotellmegleren byttet navn til Meetings i 2013. Deres forhold til Norsk psykologforening går tilbake til 2000:

– Norsk psykologforening må selv svare på om de har stilt krav om miljøsertifisering når Meetings formidler hotell til kurs, sier kundesansvarlig Anne-Mari Hernes i Meetings til Psykologtidsskriftet.

Hun forteller at Meetings selv ikke har noen offisiell politikk om miljøsertifisering.

– Vi handler på vegne av andre. Våre oppdragsgivere har ulike krav og kriterier.

– Har dere kunder som stiller krav om miljøsertifisering?

– Ja, det er noen oppdragsgivere som ønsker dette. Noen har også helt spesifikke krav innenfor miljøsertifisering, ettersom det er flere ulike sertifiseringer, sier Hernes.

STÅR OPP FOR KLIMAET

Rundt 3000 skoleelever møtte opp på klimastreik i Trondheim i mars. Det har vært lignende skolestreiker landet rundt de siste månedene. Foto: Kim Nygård/Adresseavisen

SVERIGE

Sveriges Psykologförbund, med om lag 12 000 medlemmer, har ifølge leder Anders Wahlberg en egen policy på representasjon. Den er slik:

«Vid möten och konferenser ska det vara lätt att få olika matpreferenser tillgodosedda. Vid större sammankomster erbjuds i möjligaste mån vegetarisk mat som standard med möjlighet att välja fisk eller kött.»

– Først og fremst er dette et miljøspørsmål, forteller Wahlberg.

I 2018 arrangerte Norsk psykologforening om lag 190 kurs med cirka 4800 kursdeltakere, ifølge tall fra foreningen. De fleste kursene holdes i Oslo, mens noen kurs holdes i Bergen. Kursene går vanligvis over 2–3 dager.

Psykologforeningen har ingen konkrete planer for å få ned antall flyreiser, forteller generalsekretær Tunold.

– Nei. Det er mer en alminnelig oppfatning om at der vi kan spare, der sparer vi. Men vi har ikke noen strategi på det. Vi har en praksis om å begrense reisevirksomheten, i alle fall de lengre reisene, til det som er nødvendig. Dersom man har en konkret oppgave, i form av at man skal holde et innlegg eller delta på et møte, må man kunne reise.

Psykologförbundet i Sverige har ifølge lederen ikke noen uttalelse om fly, men langreisene i foreningen er blitt undersøkt tidligere i år, med vekt på om de reiste første klasse, hvilke hoteller de bodde på, og representasjon. Det har vært diskutert om de absolutt måtte fly til Japan, Canada og USA – ut fra miljøhensyn.

NETTVERK OG INTERESSEFORENINGER

Wahlberg forteller at de svenske psykologene er i startfasen for å profilere seg på klimaområdet. Det er blitt opprettet et eget nettverk, «Psykologer för hållbar utveckling», de har nå cirka 500 medlemmer. I Norsk psykologforening er det for tiden seks faglige interesseforeninger, men ingen for klima- og miljøspørsmål. Interesseforeningene i Psykologforeningen oppstår ut fra et engasjement og initiativ blant medlemmene, forklarer generalsekretær Tunold.

– Det er ingen av disse som er formet etter initiativ fra foreningen. Det er litt av poenget.

Sammen med nettverket av klima- og miljøengasjerte psykologer kommer det svenske psykologforbundet til å holde et seminar på politikeruken i Almedalen, som startet 30. juni. Der skal de vise hva psykologer og psykologien kan bidra med i klimaspørsmålet med vekt på samfunns- og organisasjonsnivå, i tillegg til kriseberedskap. I høst vil forbundet også gi ut materiell om dette, i samarbeid med dette nettverket.

Norsk psykologforening har ikke planlagt noe arrangement om klima og miljø på Arendalsuka (Norges svar på svenskenes Almedalsveckan) i august.

– Nei. Vi arrangerer en debatt med tittel: «Hvordan lykkes med psykisk helsehjelp i kommunen?» Dette er koblet til at loven om psykologer i kommunene trer i kraft neste år. Så er vi medarrangør av «Somatisk sykdom og psykisk helse. Hele mennesket hele livet. Hvem kan støtte og hvordan?» Vår interesse er å få ut informasjon om klinisk helsepsykologi på somatiske avdelinger. Vi hadde et godt arrangement om det i fjor. Vi har ikke mange egne arrangementer under Arendalsuka, sier generalsekretær Ole Tunold.

– Finnes det konkrete klima- og miljøtiltak som foreningen arbeider med?



KLIMAENGASJERT Anders Wahlberg i Sveriges Psykologförbund. Foto: Psykologförbundet.se

– Vi har redusert bruken av plast; mindre plastemballasje og helt kutt av plastkopper. Psykologtidsskriftet kom uten plastomslag for første gang i august i fjor. Vi har også fått til bedre kildehåndtering, vi sirkulerer papir, og så videre. Vi er ikke bevisstløse på dette området.

På spørsmål fra Psykologtidsskriftet om svarene tegner et bilde av en forening som ikke er noen spydspiss i klima- og miljøspørsmål, sier Tunold dette:

– Det er ikke opp til meg å vurdere. Og det hadde vært verre om vi ikke hadde vært en spydspiss på de områdene landsmøtet har bestemt at vi skal være det. Og som kjent er det hittil ikke på klima- og miljøspørsmål.

PRINSIPPROGRAMMET

Psykologiprofessor Ole Jacob Madsen er en av bidragsyterne i en bok som kom ut i fjor høst: *Kollaps. På randen av fremtiden*.

– Tiden er overmoden. Klima og miljø må inn i psykologien, inn på pensum, sa Madsen til Apollon i vår.

Han synes det er interessant hva det svenske psykologforbundet sier om klima og miljø.

– Det høres jo bra ut å være klimabevisst, men et spørsmål som melder seg, er: Hva har egentlig psykologien og Psykologforeningen å bidra med utover å opptre miljøpolitisk korrekt og sørge for at tidsskriftet deres ikke kommer innpak-



MENER TIDEN ER OVERMODEN Klima og miljø må inn i psykologien, mener psykologiprofessor Ole Jacob Madsen. Foto: Fartein Rudjord

ket plast, at det blir mer færre flyreiser og mer vegetarmat på arrangementer i regi av foreningen?

Spørsmålet går til president de siste 12 årene: Tor Levin Hofgaard i Norsk psykologforening.

– Jeg mener at psykologien har noe å bidra med. Psykologien som fagfelt vet mye om menneskelig adferd, den kan gi mange svar på hvorfor mennesker gjør som de gjør. Og gi kunnskap om hvorfor mennesker ikke gjør slik som de hører at de bør, svarer Hofgaard og viser til Per Espen Stoknes, som er opptatt av klimapsykologi og har skrevet bøker om temaet.

Når det gjelder Psykologforeningen, viser foreningens øverste politiske leder til at foreningen er styrt av prinsippprogrammet.

– I det siste har klima dukket opp på radaren ganske ofte. Så har jeg tenkt: Er det mulig -- innenfor prinsippprogrammet vårt – å utforme noen miljøpolitikk? Jeg synes det er litt vanskelig å finne en åpning for det.

Hofgaard viser til at klimapsykologi er foreslått av lokalavdelingen i Akershus som hovedsatsingsområde.

– Hvis det ikke blir hovedsatsingsområde, er det fullt mulig å se for seg at prinsippprogrammet kan inneholde et punkt om klima eller miljø, eller at det vedtas en resolusjon, sier Hofgaard. Han påpeker at Psykologforeningen er en del av hovedsammenslutningen Akademikerne, som har en egen klimapolitikk Psykologforeningen er forpliktet på.

Styret i Akademikerne vedtok høsten 2015 et policydokument om klima og miljø, der det blant annet slås fast at klimaendringer er den største trusselen mot helse i verden. «Tiltak er avgjørende for et bærekraftig samfunn, fordi klima påvirker økonomi, velferd og biologisk mangfold på hele kloden», heter det i dokumentet.

Han viser også til at Legeforeningens landsstyremøte vedtok en resolusjon om klima, miljø og folkehelse i juni.

– Vi kan jo la oss inspirere av den.

KRONIKKEN I 2013

«Psykologer er etisk forpliktet til å engasjere seg i folks liv og livskvalitet. Deres kunnskap er essensiell i kampen mot klimaendringene. Hva vil Psykologforeningen gjøre med det?» spurte Gunhild Stordalen og Marianne Bjørnstad i en kronikk i Psykologtidsskriftet så langt tilbake som i 2013.

– Vi har nok ikke svart skikkelig på det spørsmålet, sier president Hofgaard i dag.

Den amerikanske psykologforeningen skrev en rapport i 2009 om klima og miljø og om hvilken forpliktelse psykologer hadde til å engasjere seg i disse spørsmålene.

– Det finnes helt klart et felt innenfor miljøpsykologi som kan brukes til å adressere de problemstillingene, men det er veldig lite kjent i Norge. I den europeiske psykologføderasjonen er ikke miljøpsykologi noe som står veldig høyt på agendaen. Det kan godt hende at det burde det, sier Hofgaard.

– *Går dette inn i masterdiskusjonen? Finnes det personer med kompetanse på klima- og miljøpsykologi som ikke er psykologer?*

– Det kan godt hende det finnes en master i miljøpsykologi, det vet jeg faktisk ikke. Men profesjonsstudiet er et veldig bredt studium som gjør det mulig å jobbe med mange felt, så jeg ser ikke noen grunn til at psykologer ikke skal jobbe med klima og miljø. »

- Det kan godt hende at vi burde ha gjort noe før

*Tor Levin Hofgaard, president
i Norsk psykologforening*



AKTUELT PÅ NETT:

Studentene har ikke tatt stilling i presidentkampen

Fremtidens psykologer er bekymret for utviklingen i psykisk helsevern og lurer på hva Psykologforeningens presidentkandidater vil gjøre for foreningens 1300 studentmedlemmer. Les mer på Psykologtidsskriftet.no

Psykologtidsskriftet retter

I reportasjen «Prosjekt sterkere stemme» i juniutgaven av Psykologtidsskriftet kom vi i skade for å bruke feil navn på fastlegen som omtales i bildeteksten og i sitatet på side 400. Riktig navn er Kenneth Sagedal, ikke Bjørn Sagedal som vi skrev. Feilen er rettet opp i nettoutgaven vår.

Høgskolen i Innlandet på Lillehammer har Nordens eneste masterstudium i miljøpsykologi, ifølge Inn.no. Målgruppen er personer med psykologibakgrunn som jobber eller vil jobbe med miljøspørsmål, helsefremmende tiltak, produktivitet og livskvalitet innenfor næringsliv og offentlig virksomhet.

- *Det har ikke vært noen klima- og miljø saker i sentralstyret de siste ti årene, Hofgaard. Burde det vært det?*

- Det kan godt hende.

- *Tar du selvkritikk på at du og foreningen ikke har tatt utfordringen fra Gunhild Stordalen og Marianne Bjørnstad tidligere?*

- Det kan godt hende at vi burde ha gjort noe før. Men igjen er det prinsippprogrammet som styrer hva jeg gjør som president de tre årene valgperioden er. Det har heller ikke vært initiativ fra medlemmene om å få klima og miljø inn i prinsippprogrammet. Det kan godt hende at det blir noe nå. Da legger det føringer på arbeidet vårt. Prinsippprogrammet er utformet av lokalavdelingene, grasrota, og det har ikke kommet inn der. Vi kan ikke gjøre akkurat som vi vil her på huset. Vi må følge prinsippprogrammet og se til det når vi skal utforme foreningens politikk.

- *Vi har lett etter en kronikk eller utspill om klima de årene du har vært president.*

- Jeg tror ikke at jeg har skrevet noe om klima eller miljø, nei.

- *Hva tenker du om det i dag?*

- Vi prioriterer det vi har mandat til å prioritere. Vi prioriterer det landsmøtet vedtar. Det sentralstyret vedtar at vi skal prioritere. Det prinsippprogrammet gir oss mandat til å gjøre. Enn så lenge har vi ikke hatt et klart mandat til å gjøre noe.

I 2009 skrev imidlertid presidenten et innlegg i Psykologtidsskriftet om at miljøpsykologi var på agendaen i Oslo da Den europeiske psykologføderasjonen (EFPA) møttes til generalforsamling. De nordiske psykologforeningene hadde da fremmet forslag om et kartleggingsarbeid i hele Europa for å finne ut status for miljøfeltet. «Vi ønsker også forslag til hvordan psykologer kan bidra til en mer vitenskapelig tilnærming til økt endringsvilje for miljøvennlige tiltak hos befolkningen», skrev Hofgaard den gang.

«Tre år etter er temaet borte fra agendaen», skrev sjefredaktør Bjørnar Olsen i Psykologtidsskriftet i oktober 2012 og fortsatte: «Psykologer, foreningen og Tidsskriftet er forbausende lite engasjert i de globale miljøspørsmålene.»

KLIMASTREIK

Klimaspørsmålet er ifølge ordfører Anders Wahlberg viktig for medlemmene i Sveriges Psykologförbund.

- En ganske stor gruppe psykologer, uavhengig av forbundet, er aktivt med og streiker sammen med vår nye verdenskjendis Greta.

Under Psykologforeningens lederkonferanse i juni meldte foreningen at den støtter LOs og YS' sykehusstreik.

- *Støtter du Greta Thunberg og skoleelevers klimastreiker, Hofgaard?*

- Streik er et regulert «våpen» i arbeidslivet, og vi kan ikke benytte streik utenom de periodene det er regulert at vi kan streike. Derfor kan jeg ikke støtte at for eksempel psykologer «streiker» for klima. ❌



MOT NY LOV 18. Juni leverte Tvangslovutvalget ved leder Bjørn Henning Østenstad (nr. to fra venstre) sine forslag til helseminister Bent Høie. Psykologspesialistene Arnhild Lauveng og Tormod Stangeland har vært med i utvalget.

- En lissepasning til større faglighet

Psykologspesialistene i Tvangslovutvalget, Arnhild Lauveng og Tormod Stangeland, nikker samstemt: I forslaget til ny tvangslov mener de at frivilligheten er satt i høysetet.

800 SIDER! Mastodonten som ligger til utdeling i pappkasser i amfiet i R4 i regjeringskvartalet, er resultat av arbeid ett år på overtid. Såpass krevende er det å smelte sammen fire regelverk som i dag inngår i tre lover: psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven (kapittel 9 og 10). Bakteppet er en tydelig politisk bestilling som gjentas av helse- og omsorgsminister Bent Høie rett før han får overrakt *NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven* av utvalgsleder Bjørn Henning Østenstad, jussprofessor ved Universitetet i Bergen.

- Det er for mye og feil tvangsbruk i Norge. Tvang er et tillitsbrudd og skaper angst. Tvang skal være absolutt siste utvei, sa statsråden

«RETTSVERN» FOR FRIVILLIGHETEN

Stangeland og Lauveng mener forslaget til nytt lovverk legger til rette for akkurat det.

- Det er ingen tvangsforbudslov. Noen ganger oppstår nødssituasjoner, og tvang vil være nødvendig. Det fins også egne bestemmelser om tvangsutøvelse hvis det er fare for andres liv eller helse.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen



- Loven har likevel et tydelig formål: Loven hjemler ingen unntak fra prinsippet om at frivillighet skal være prøvd først, sier Tormod Stangeland, som til daglig leder et ambulant akutteam i Psykisk helsevern for barn og unge ved Ahus.

Arnild Lauveng, seniorrådgiver og forsker ved Nasjonalt senter for erfaringskompetanse fremhever kapittel 2 i lovforslaget: Alle tjenester har plikt til å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang. Det gjelder både før det er fattet vedtak om tvang og etterpå, slik at tvangen som er iverksatt, kan avsluttes raskest mulig.

- Det er et gjennomgående krav om at forebygging skal være forsøkt, og dokumentert. Hva man faktisk har gjort som fagperson for å fremme frivilligheten og begrense tvangen, skal journalføres. Som fagperson vil man bli målt og veid på dette, sier hun.



Sentrale forslag i utredningen

- Personer som tidligere har vært psykotiske og har blitt behandlet med antipsykotiske legemidler, skal ha rett til å reservere seg mot fremtidig behandling med alle typer legemidler.
- Det er egne paragrafer om frivillig innleggelse, inkludert forhåndsamtynke til tvungent tilbakehold (f.eks. for personer med avhengighet som vet de kan være ambivalente).
- Forbud mot mekaniske tvangsmidler, som beltelegging, tre år etter lovens ikrafttreden.
- Elektrokonvulsiv behandling (ECT) kan bare benyttes hvis personen ikke motsetter seg dette.
- Ved akutt fare for personens eget liv og helse, og ved fare for andre (nødverge), kan det besluttes og gjennomføres skadeavergende tiltak, om nødvendig med bruk av tvang.
- Utvalget ønsker å innføre en generell ordning med bindende forhåndserklæringer.
- Kontrollkommisjonen avvikles og erstattes med tvangsbegrensingsnemnder.

Høringsfristen for lovforslaget er mandag 16. desember 2019.

FREMMER FAGLIGHETEN

De to psykologspesialistene mener den nye loven er en lissepasning til psykologfagligheten i psykisk helsevern. De mener det faglige arbeidet i større grad vil styres i retning av tiltak som kan bidra til å bygge gode relasjoner og tillit. Lovutvalget forutsetter at hjelperne skal snakke med den som utsettes for tvang om hva som skjedde, og planlegge hvordan ting kan gjøres best mulig neste gang:

Skjønner du hvordan jeg oppfattet situasjonen som gjorde at jeg vedtok tvangstiltak mot deg? Er det noe jeg burde huske på eller gjøre annerledes hvis en slik situasjon oppstår på nytt?

- Før og etter krisene vil det være mulig å snakke rolig om krisene, sier Stangeland.

FLERE PSYKOLOGER

Lauveng mener loven er en indirekte bestilling av flere psykologer, både i psykisk helsevern og i kommunene.

- Fordringen om tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang treffer midt i psykologenes kjernekompetanse. Hvis dette skal realiseres, må det flere psykologer inn i psykisk helsevern. Det vil være behov for psykologer på akuttavdelingene for å forebygge og begrense tvangsbruk.

Hun mener også at lovforslaget vil åpne for nye psykologoppgaver i kommunene, der mye av det tvangsforebyggende arbeidet nødvendigvis må foregå, blant annet ved å legge til rette for gode rammer rundt den enkeltes liv.

NYE INNGANGSKRITERIER

I loven er begrepet «samtykkekompetanse» erstattet med «beslutningskompetanse». Sistnevnte skal tydeliggjøre at det handler om kompetanse som gjør deg i stand til å ta en beslutning, ikke bare å si ja eller nei til forslag.

- Med noen unntak opererer den nye loven med et diagnoseøytralt inngangskriterium for tvangsbruk: Manglende beslutningskompetanse i kombinasjon med sterkt behov for behandling blir nytt inngangskriterium. Kan ikke det gjøre tvangskriteriene såpass vage og skjønnspregede at det åpnes for tvangsbruk overfor helt nye pasientgrupper?

- Diagnosekriteriet i dagens regelverk brukes såpass ulikt i fagmiljøene at det tyder på at skjønnsutøvelsen allerede er ganske omfattende. Ved å vri oppmerksomheten over mot

hjelpebehov og funksjonsevne tror jeg vi vil legge bedre til rette for mer individuelt tilpassede behandlingstiltak, sier Stangeland.

Han mener at fokus på hjelpebehov skaper forventning om at hjelpen må være virksom.

- Hvis noen kommer for tvungen akuttbehandling, og så henvises tilbake med akkurat samme tilstand noen uker senere, er det på tide å spørre seg om noe annet bør prøves i stedet.

BARNs RETTIGHETER

Han mener noe av det viktigste ved loven er at rettssikkerheten for barn og unge vil bli bedre ivaretatt. For barn mellom 12 og 16 år skal det i større grad enn før legges vekt på barnets motstand mot behandling fremfor å hvile seg på foreldrenes samtykke. I dagens lovverk er det ingen kriterier for når, hvordan eller hvor lenge barn kan behandles mot sin vilje, så lenge foreldre og fagpersoner er enige. Er helsehjelpen «særlig inngripende», skal den etter det nye lovverket registreres på samme måte som all annen tvang og utløser samme saksbehandlingsregler og klagemuligheter som for voksne pasienter.

I noen tilfeller har barn så sterk motstand mot helsehjelpen at den er uforsvarlig å gjennomføre.

Da skal BUP-ene tilby foreldreveiledning.

- Hvis vi øker barns rett til å nekte å ta imot hjelp, må vi samtidig tydeliggjøre foreldrenes rett til å få hjelp til foreldrerollen. Mange foreldre er redde for å stå helt alene med en umulig oppgave hvis barnet deres nekter å samarbeide.

Lauveng understreker de menneskerettslige sidene ved loven: Alle inngripende tiltak skal skje i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.

- Vi tenker ofte på menneskerettigheter som noe abstrakt og overordnet. Noe av det som gjør denne loven så omfattende, er alle de detaljerte reglene, som skal begrense tvang og øke individets rettigheter. Samtidig skal det være forsvarlig og trygt, for både pasienter og behandlere, sier hun.

Begrenset begeistring blant brukerne

Ikke alle mener at Tvangslovutvalget treffer blink med ambisjonen om å begrense tvangsbruken.

FORBUNDSLEDER Jens Petter Gitlesen i Norsk forbund for utviklingshemmede er medforfatter av en generell dissens som inngår i lovutredningen. Der legger han vekt på det problematiske i å gi innhold til begrepet «manglende beslutningskompetanse», hovedvilkåret for å kunne vedta tvang etter den nye loven. Gitlesen mener «beslutningskompetanse» er et problematisk begrep på flere måter. Han stiller spørsmål ved om noen i det hele tatt er i stand til å avgjøre hvem som har slik kompetanse.

- Tvangslovutvalget begynner i gal ende. Det burde ha begynt med å spørre om hva vi skal gjøre for å legge til rette for at flest mulig får utnytte sin beslutningskompetanse, og hvordan vi skal *unngå* tvang.

Han mener også at utvalget er på kollisjonskurs med FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), artikkel 2.

- Det er ikke vanskelig å hevde at det å frata en person selvbestemmelse er diskriminerende, sier han.

Mette Ellingsdalen i We shall overcome, som ikke har vært representert i Tvangslovutvalget, mener lovforslaget er en skuffelse og ikke i tråd med menneskerettighetene:

- Det ser ut som flertallet foreslår å videreføre det aller meste som er i psykisk helsevernloven. Du skal fortsatt kunne skjermes (isoleres), tvangsmedisineres og frihetsberøves.

Hun påpeker også at det åpnes opp for å legalisere elektrosjokk uten samtykke.

- Fordi utvalget opererer med et snevrere tvangsbegrep enn i psykisk helsevernloven, blir dette fremstilt som om det ikke er elektrosjokk på tvang, fordi det ikke kan utføres hvis pasienten yter motstand. Det er en utvidelse i forhold til dagens lovverk, og vil gå ut over dem som av forskjellige grunner ikke er i stand til, eller ikke tør å yte motstand. Det er veldig alvorlig fordi det handler om et svært inngripende tiltak med risiko for skade, noe utvalget erkjenner, sier Ellingsdalen.

Størrelsen og innretningen på lovframlegget er dessuten et demokratisk problem, mener hun: Det er vanskelig å orientere seg i loven. Ulike elementer som er avgjørende for rettssikkerheten, er spredt rundt på forskjellige steder i lovteksten.

Ellingsdalen mener det mest positive er forslaget om en utfasing av bruken av mekaniske tvangsmidler.

- Dette er det mest radikale forslaget og betyr at man skal ha totalt opphør av for eksempel beltelegging tre år etter lovens ikrafttreden.

Hun ser også positive trekk ved retten til å reservere seg mot tvangsmedisinering.

- Dessverre er det foreslått store begrensninger og unntak. Man kan blant annet kun reservere seg hvis man har vært psykotisk og fått antipsykotiske legemidler tidligere, sier hun. ✘

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 492-503 FAGFELLEVDERT

SANDRA EKELUND EIDHAMMER, BUP poliklinikk Klostergata – St. Olavs Hospital,

HÅKON LARSEN JAHR, Orkdal DPS poliklinikk – St. Olavs Hospital,

INES BLIX, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS),

TINE JENSEN, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT sandraeidhammer@hotmail.com

TRAUMEFOKUSERT KOGNITIV ATFERDSTERAPI FOR BARN OG UNGDOM MED PTSD OG KOMPLEKS PTSD

Vi ønsket å undersøke hvorvidt norske traumeeksponerte barn med komplekse symptomer på traumer opplevde bedring med traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT).

Barndomstraumer blir kalt den «skjulte epidemi» (Gerson & Rappaport, 2013). Befolkningsstudier har anslått at 15-40 % av alle barn og unge har blitt utsatt for, eller vært vitne til, vold og/eller seksuelle overgrep (Løvgren, Stefansen, Smette & Mossige, 2017; Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015). Å oppleve slike overveldende belastninger tidlig i livet er en godt dokumentert risikofaktor for å utvikle alvorlige psykiske plager (McLaughlin et al., 2012).

ABSTRACT

Trauma focused cognitive behavioral therapy for youth with PTSD and complex PTSD

Many youth develop complex symptoms after traumatic events. To capture this the ICD-11 has recently added complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) as a sibling condition to PTSD. CPTSD includes the three PTSD clusters (re-experiencing, avoidance and hypervigilance) in addition to the new cluster referred to as disturbances in self-organization (affective dysregulation, negative self-concept and disturbances in relationships). Trauma focused cognitive behavior therapy (TF-CBT) has been proven an effective treatment for PTSD, but less is known about its efficiency for treating CPTSD in youth. In this study we explore whether TF-CBT is also helpful for youth with CPTSD in a sample consisting of 80 children (6-18 years). The results showed that youth with symptoms of PTSD and CPTSD responded equally well to TF-CBT. However, those with CPTSD had significantly higher levels of symptoms both before and after treatment. This indicates that TF-CBT may be helpful for youth with CPTSD, but more studies are needed to understand how the model can, be adapted to accommodate also non-responders, and instruments that measure the new CPTSD disorder need to be developed.

Key words: traume, seksuelle overgrep, vold, behandling, kompleks PTSD, TF-CBT trauma, sexual abuse, violence, treatment, complex PTSD, TF-CBT

»

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD; posttraumatic stress disorder) er den lidelsen som i sterkest grad er assosiert med traumatiske erfaringer i barndommen (Alisic et al., 2014). PTSD-diagnosen slik den er beskrevet i diagnosemanualene, har imidlertid blitt kritisert for å ikke fange opp utviklingspsykologiske aspekter ved tidlig traumatisering, og for å ikke favne kompleksiteten i symptombildet hos personer som har opplevd alvorlige og vedvarende traumer (se Cloitre et al., 2009; Ford, Elhai, Ruggiero, & Frueh, 2009; Herman, 1992; Maercker et al., 2013; van der Kolk, 2005; Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013). I revisjonene i de to diagnosesystemene (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *DSM*, og The International Classification of Diseases, *ICD*) er det valgt ulike måter å ivareta kompleksiteten etter traumatisering på (for en diskusjon av synspunkter se: Brewin, 2013; Friedman, 2013; Kilpatrick, 2014). I *DSM-5* ble det lagt til en ny symptomgruppe under PTSD som omhandler negative endringer i humør og tenkning (APA, 2013). I *ICD-11* er det to separate, men relaterte diagnoser: PTSD og kompleks PTSD (CPTSD) (WHO, 2018). For å stille en CPTSD-diagnose må diagnosekriteriene for PTSD oppfylles, og i tillegg må personen ha: 1) affektreguleringsvansker, 2) negativt selvbylde, og 3) interpersonlige vansker. Samlet sett benevnes dette som selvorganiseringsvansker. Diagnosen stilles på bakgrunn av symptomprofil og ikke type traumeeksponering. Langvarige eller gjentakende traumer anses som en risikofaktor for CPTSD, men er ikke en forutsetning for å stille diagnosen.

Kritikerne av å etablere CPTSD som en egen diagnose har hevdet at begrepet er uklart formulert, og at det mangler studier som viser at CPTSD er en distinkt kategori som er adskilt fra PTSD (de Jongh et al., 2016; Landy, Wagner, Brown-Bowers & Monson, 2015; Resick et al., 2012). Særlig for barn kan det være vanskelig å skille CPTSD fra andre diagnostiske tilstander (se ISTSS Guidelines, 2018). Det er også en pågående diskusjon om hvorvidt de som utvikler CPTSD, trenger andre intervensjoner enn dem som allerede er etablert som hjelpsomme ved PTSD (Cloitre, 2015; de Jongh et al., 2016). Derfor oppmuntres det til studier av hvorvidt etablerte behandlingsmetoder for barn og voksne også er hjelpsomme for de som har utviklet et komplekst tilstandsbilde med selvorganiseringsvansker (se ISTSS Guidelines, 2018). En utfordring ved slike studier er imidlertid at det per i dag ikke foreligger noen validerede instrumenter for å måle CPTSD hverken hos voksne eller barn, og inntil videre må man derfor bruke spørsmål fra ulike spørreskjemaer for å måle CPTSD.

Flere studier med voksne har dokumentert at traumeeksponerte kan utvikle både PTSD og CPTSD (for en oppsummering se Brewin et al., 2017), men i barnefeltet finnes det kun én studie (Sachser, Keller & Goldbeck, 2017a). I denne undersøkelsen ble ulike spørsmål som reflekterer selvorganiseringsvansker, satt sammen for å måle endringer i CPTSD hos barn og ungdom som hadde mottatt traumefokusert kognitiv atferds-terapi (TF-CBT). En latent klasseanalyse avdekket to distinkte grupper; en PTSD-gruppe og en CPTSD-gruppe. Begge gruppene opplevde signifikant bedring etter TF-CBT, men CPTSD-gruppen hadde høyere nivå av posttraumatisk stress både ved behandlingsstart og slutt. Denne studien er per i dag den eneste som har undersøkt hvorvidt en evidensbasert behandling også har gode effekter på sannsynlig CPTSD slik den er definert i de nye *ICD-11* kriteriene.

TRAUMEFOKUSERT KOGNITIV ATFERDSTERAPI (TF-CBT)

TF-CBT er en anbefalt behandlingsform for traumatiserte barn i alderen 6–18 år (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018; for en innføring, se Fagermoen, Østensjø, Skagemo, Moen & Husebø, 2017). Det er en korttidsintervensjon som vanligvis gjennomføres i løpet av 12–15 behandlingstimer. For barn som har opplevd kompleks traumatisering, utvides antall timer etter behov (for en utdyping se Cohen, Mannarino, Kliethermes & Murray, 2012). Modellen bygger på en rekke teoretiske tilnærminger: kognitive atferdsprinsipper, familie- og systemteori, nevrobiologi, utviklingsteori, tilknytningsteori og prinsipper fra klientsentrert humanistisk behandling. Modellen er bygget opp av ni komponenter som deles inn i tre faser. Foreldrearbeidet følger de samme fasene.

Stabilisering og ferdighetstrening: Målet i denne fasen er å lære barn og foreldre hvordan de kan ta mer kontroll over vanskelige tanker, følelser og kroppslig stress som er knyttet til traumeopplevelsene. Det inkluderer komponentene *psykoedukasjon*, *avspenning*, *affektregulering* og *kognitiv mestring*.

Bearbeiding: I denne fasen arbeides det med traumehistorien og personens minner om det som har skjedd. U hensiktsmessige tanker kan avdekkes, og det jobbes med å finne mer hjelpsomme måter å tenke på. Dette inkluderer komponentene *traumenarrativ* og *kognitiv prosessering*.

Integrasjon og konsolidering: I den siste fasen øves det på ferdigheter som sikrer god utvikling videre. Dette utgjør komponentene *situasjonseksponering*, *sosiale ferdigheter* og *fremtidig sikkerhet*.

Over 20 randomiserte studier har vist at TF-CBT er hjelpsom for barn med en rekke ulike traumeerfaringer (Dorsey et al., 2016; Silverman et al., 2008). Barn som har fått denne behandlingen, har vist nedgang i både posttraumatiske stresssymptomer, depresjon, angst og andre traumerelaterte vansker som skyld- og skamfølelse (for en oversikt se Cohen et al., 2018). Også i en norsk studie har metoden vist gode resultater med vedvarende nedgang i posttraumatiske stresssymptomer, depresjon

og angst hos barn henvist til behandling i BUP (Jensen et al., 2014; Jensen, Holt & Ormhaug, 2017). Selv om TF-CBT ser ut til å være hjelpsom for barn med komorbide tilstander, er det få som har kunnet vurdere effekten på selvorganiseringsvansker slik disse er definert i de nye diagnosekriteriene. I denne studien var vi interessert i å undersøke hvorvidt norske traumeeksponerte barn med symptomer på CPTSD opplevde bedring etter TF-CBT-behandling. Vi undersøkte også hva som kjennetegnet disse barna.

PROBLEMSTILLINGER

- 1) Rapporterer barn og unge med CPTSD og PTSD signifikante endringer i posttraumatiske stresssymptomer og psykososial fungering fra behandlingsstart til behandlingsslutt?
- 2) Er det signifikante endringer i selvorganiseringsvansker for barn med CPTSD fra behandlingsstart til behandlingsslutt?
- 3) Hva kjennetegner barna som ved behandlingsstart oppfylte kriteriene for CPTSD sammenlignet med de som oppfylte kriteriene for PTSD? Mer spesifikt: Var gruppene ulike med hensyn til alder, kjønn, antall ulike traumehendelser og type traumehendelse (relasjonell vs. ikke-relasjonell)?

I tråd med Sachser og kollegaers (2017a) funn predikerte vi at begge grupper ville oppleve en signifikant nedgang i symptomtrykk, samt reduksjon i selvorganiseringsvansker for CPTSD-gruppen. I tråd med studier på voksne forventet vi at både type traumeeksponering og antall traumer er relatert til diagnosekategori (Brewin et al., 2017).

Studier relatert til kjønn er motstridende, og vi hadde ingen prediksjoner for hvordan kjønn hang sammen med diagnose. Noen studier har funnet at kvinner har større risiko for å utvikle både PTSD og CPTSD (Hyland et al., 2017; Perkonig et al., 2016), mens andre ikke har funnet noen slik forskjell (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant & Maercker, 2013; Wolf et al., 2015). Den eneste studien på barn fant at å være jente var forbundet med større risiko for å utvikle CPTSD enn PTSD (Sachser et al., 2017a).

Vi hadde heller ingen forventninger knyttet til alder da det ikke finnes tilsvarende studier å bygge på.

METODE

Data er hentet fra en implementerings- og behandlingsstudie gjennomført ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), der TF-CBT ble implementert i BUP-er i Norge i perioden 2015–2017. Som en del av implementeringsstudien ble barn mellom 6 og 18 år ved inntak kartlagt ved hjelp av skjemaet Kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer (KATE). De som så skåret over grenseverdien for sannsynlig PTSD, samt der det ut fra klinisk skjønn ble vurdert at barnet ville ha nytte av en traumefokusert behandling, ble tilbudt TF-CBT. De som sa ja til dette og samtykket i å delta i studien, ble kartlagt for posttraumatisk stress ved behandlingsstart, etter time 6 og ved behandlingsslutt. I denne artikkelen benytter vi data fra de barna som fullførte behandlingen, og der det foreligger mål på posttraumatisk stress på alle tre tidspunkter. Lydopptak av timene ble kontrollert for etterlevelse til metoden ved hjelp av TF-CBT Fidelity Checklist (Deblinger, Cohen, Mannarino, Murray & Epstein, 2008), og veiledning ble gitt fortløpende. For at et terapiforløp skulle godkjennes som TF-CBT, måtte alle kjernekomponentene gjennomføres. Alle sakene brukt i denne artikkelen oppfylte disse kriteriene. »



Å oppleve overveldende belastninger tidlig i livet er en godt dokumentert risikofaktor for å utvikle alvorlige psykiske plager



De fleste av de med PTSD og CPTSD hadde opplevd interpersonelle traumer

Etikk

Prosjektet er godkjent av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Deltakelse i studien var frivillig. Foreldre og barn fra 12 år fikk et samtykkeskjema med opplysninger om studiens bakgrunn, hensikt, hva deltakelsen innebærer, og hvordan informasjon blir tatt hånd om. De fikk også informasjon om at de når som helst, uten å oppgi grunn, kunne trekke seg fra studien uten at det ville få konsekvenser for videre behandling. For barn under 12 år ble det utarbeidet et eget informasjonsskriv som ble lest opp for dem.

Utvalget

Utvalget besto av 80 barn (6–18 år), 81 % jenter og 19 % gutter, fra 28 geografisk spredte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP-er) i Norge. Gjennomsnittsalderen var 14,96 ($SD = 2,46$). På bakgrunn av deres symptomer ved inntak ble barna delt inn i to grupper: de med sannsynlig PTSD (60 barn) og de med sannsynlig CPTSD (20 barn).

Diagnosekriteriene

Ifølge ICD-11 (WHO, 2018) defineres PTSD av tre symptomkategorier: *gjenopplevelse*, *unngåelse* og *oppfattet trussel*. Disse symptomene må ha vært til stede i flere uker og ført til betydelig nedsatt funksjon. CPTSD består av tre grupper av symptomer som kommer i tillegg til kriteriene for PTSD. Disse tilleggssymptomene er 1) *affektreguleringsvansker* (alvorlig og gjennomgripende vansker med evnen til å identifisere, uttrykke og regulere ubehagelige følelser), 2) *negativ selvfølelse* (vedvarende tanker om seg selv som «forminsket» (diminished), beseiret eller verdiløs, ledsaget av en dyp og vedvarende følelse av skam, skyld eller mislykkethet), 3) *interpersonelle vansker* (vedvarende vansker med å opprettholde relasjoner og føle seg nær andre). Samlet kalles disse selvorganiseringsvansker. Kriteriene for diagnosen er at vedkommende må vise minst *ett* symptom innenfor hver av disse, i tillegg til kriteriene for PTSD. Vi benyttet barnas skårer på spørreskjemaet CATS (Child and Adolescent Trauma Screen) i diagnosevurderingen.

MÅLEINSTRUMENTER

Kartlegging av potensielt traumatiserende erfaringer, KATE

KATE er et verktøy for undersøkelse av potensielt traumatiserende hendelser (se NKVTS, 2018). Det stilles 15 spørsmål om eksponering for alvorlige ulykker, naturkatastrofer, vold, alvorlig mobbing, seksuelle overgrep, skremmende medisinske prosedyrer, traumatiske tapsopplevelser og krig. Litteraturen gir ikke et tydelig svar på hvordan relasjonelle traumer skal defineres, utover at de omhandler traumehendelser av mellommenneskelig karakter. Vi operasjonaliserte i denne studien at spørsmål 5–14 på KATE omhandler relasjonelle traumeerfaringer.

Child and Adolescent Trauma Screen, CATS

CATS er et spørreskjema som måler posttraumatisk stress samt psykososial fungering (Sachser et al., 2017b). Tidligere studier har vist høy grad av indre konsistens, $\alpha = 0,93$ (Sachser et al., 2017b). I vårt utvalg var $\alpha = 0,77$. Skjemaet er basert på DSM-5-kriteriene for PTSD, og består av 20 spørsmål, der ulike ledd relateres til kriterium B (gjenopplevelse), C (unngåelse), D (negative endringer i kognisjon og humør) og E (hyperaktivering). En nedre grenseverdi på 21 indikerer sannsynlig PTSD. »

Tabell 1 Oversikt over antall JA-svar på KATE (%), totalt, og for gruppen med PTSD og kompleks PTSD (CPTSD)

	Total N=80	PTSD n=60	CPTSD n=20
1. Har du noen gang opplevd en alvorlig ulykke?	15 (18.8)	12 (20.0)	3 (15.0)
2. Har du noen gang opplevd en naturkatastrofe?	4 (5.0)	3 (5.0)	1 (5.0)
3. Har du noen gang opplevd terror eller krig?	3 (3.8)	3 (5.0)	0
4. Har du noen gang hatt veldig skremmende opplevelser hos lege, tannlege eller på sykehus?	29 (36.3)	19 (31.7)	10 (50.0)
5. Har noen mennesker som du har vært glad i, blitt hardt skadet, alvorlig syk eller dødd plutselig?	47 (58.8)	33 (55.0)	14 (70.0)
6. Har du noen gang opplevd alvorlig mobbing eller trusler?	47 (58.8)	33 (55.0)	14 (70.0)
7. Har du noen ganger blitt bortført eller kidnappet, eller har noen forsøkt å tvinge deg inn i en bil?	9 (11.3)	5 (8.3)	4 (20.0)
8. Har du noen gang blitt slått, angrepet, overfalt, ranet, skadet eller blitt truet av noen <i>utenfor</i> familien?	23 (28.7)	15 (25.0)	8 (40.0)
9. Har du noen gang sett andre <i>utenfor</i> familien blitt slått, slåss eller angripe hverandre?	28 (35.0)	21 (35.0)	7 (35.0)
10. Har du noen gang sett noen <i>i familien din</i> bli slått, slåss eller angripe hverandre?	26 (32.5)	19 (31.7)	7 (35.0)
11. Har du blitt slått, sparket, dyttet, lugget eller lignende eller truet med dette av noen i familien din?	24 (30.0)	17 (28.3)	7 (35.0)
12. Har noen tatt bilder av dine private kroppsdeler?	10 (12.5)	7 (11.7)	3 (15.0)
13. Har noen tatt på dine private kroppsdeler, eller har du blitt tvunget til å ta noen andre på deres private kroppsdeler?	32 (40.0)	22 (36.7)	10 (50.0)
14. Har noen voldtatt deg, dvs. tvunget deg til analt, oralt eller vaginalt samleie?	22 (27.5)	15 (25.0)	7 (35.0)
15. Har du opplevd noe annet som har gjort deg redd, eller der du følte deg forvirret eller hjelpeløs?	31 (38.8)	23 (38.3)	8 (40.0)



Per i dag foreligger det ikke noen validerte instrumenter for å måle CPTSD hverken hos voksne eller barn

I vår studie var kriteriene for CPTSD følgende:

1. Oppfylt kriteriene for PTSD (CATS \geq 21)
2. Har de siste to ukene vært plaget halvparten av tiden eller nesten hele tiden med følgende:
 - Hatt negative tanker om deg selv eller andre. Tanker om at jeg ikke kommer til å få et godt liv, jeg kan ikke stole på noen, eller at hele verden er utrygg (negativ selvfølelse).
 - Skyldt på deg selv for det som skjedde. Eller skyldt på noen andre når det ikke var deres feil (negativ selvfølelse).
 - Hatt mye vonde følelser (som å føle seg redd, sint, skyldig eller skamfull) (affektreguleringsvansker).
 - Ikke kjent nærhet til andre mennesker (som å føle seg alene selv om man er sammen med andre) (interpersonlige vansker).

Psykososial fungering ble operasjonalisert til å være de fem spørsmålene fra CATS som omhandler symptomenes påvirkning på hvordan barnet har det med andre mennesker, fritidsaktiviteter, skole eller arbeid, hvordan barnet har det sammen med familien sin, og hvor fornøyd han eller hun er med livet nå.

Statistiske analyser

Alle analyser er gjort i IBM SPSS, versjon 24. Før vi gjennomførte statistiske analyser undersøkte vi for eventuelle utliggere ved bruk av «The outlier labeling rule» (Hoaglin, Iglewicz & Tukey, 1986). Ved bruk av den anbefalte g-verdien på 2,20 ble øvre og nedre grense 0 og 72,8. Hele skalaen på CATS (0–60) var innenfor grenseverdien, og det var ingen utliggere i vårt data-materiale. Vi undersøkte også normalfordeling i datasettet ved å vurdere skjevhet (skewness) og kurtose. Dette gjorde vi for variabelen gjennomsnittlig totalskåre på CATS ved inntak. Skjevhet ble målt til 0,21 (SE = 0,16) og kurtose på -1,00 (SE = 0,19). Skjevhet og kurtose på mellom -2 og 2 regnes som akseptabelt for normalfordeling (Fidell & Tabachnick, 2003; George & Mallery, 2010). Basert på sentralgrenseteoremet var utvalget i våre analyser så stort at en korreksjon av fordelingen ikke regnes som nødvendig (Field, 2013). Dermed benyttet vi parametriske tester for å analysere data.

For å se på endringer i henholdsvis post-traumatisk stress og psykososiale vansker fra

før til etter behandling (symptomnivå T1 og T3), for PTSD-gruppen og kompleks PTSD-gruppen, gjorde vi en variansanalyse med to grupper og repeterte målinger (mixed model ANOVA). For å undersøke hvorvidt det var nedgang i symptomene knyttet til diagnosen CPTSD (selvorganiseringsvansker), utførte vi t-tester for avhengig utvalg med skårer fra T1 (før behandling) og T3 (etter behandling). Dette gjorde vi for hvert av de fire spørsmålene knyttet til dette aspektet i CATS. For å undersøke om det var forskjeller eller likheter som kjennetegnet de to gruppene (PTSD og kompleks PTSD) når det gjaldt alder, antall opplevde traumer og antall interpersonlige traumer, gjennomførte vi flere t-tester for uavhengig utvalg. Vi undersøkte fordelingen av kjønn mellom gruppene med Fisher exact test (Field, 2013). Partial eta squared og Hedges g ble brukt som mål på effektstørrelser.

Manglende data

Det var generelt lite manglende data i data-materialet. Det var mellom 1,3 % og 3,8 % manglende data i de ulike CATS-spørsmålene ved inntak (T1). Det var kun én av deltakerne som ikke kunne avkretses som potensiell kandidat for CPTSD-gruppen, fordi de resterende spørsmålene som omhandler komplekse symptomer, ble besvart over terskelnivå (2 eller 3). De resterende deltakerne ville tilhørt PTSD-gruppen uavhengig av dette. Vi benyttet «half rule», slik at dersom halvparten eller flere av spørsmålene på CATS var besvart, fikk de en gjennomsnittlig totalskåre (gjennomsnittlig skåre av besvarte spørsmål i CATS ble multiplisert med antall spørsmål (20)) (Fairclough, 2010). Ingen deltakere ble ekskludert på bakgrunn av dette. Det ble ikke gjort noe flere tiltak for å håndtere manglende data i materialet, da det ble vurdert til å være på et akseptabelt nivå.

For psykososial fungering var det ved inntak (T1) 7,5 % til 13,8 % manglende data. Fire deltakere hadde ikke besvart noen av disse spørsmålene. Grunnet manglende besvarelser kunne det ikke regnes ut totalskår for 14 deltakere ved inntak (T1). 13 av disse var fra PTSD-gruppen og én fra kompleks PTSD-gruppen. Grad av manglende data ved avsluttet behandling (T3) var mellom 21,3 % og 27,5 %. Totalskåre kunne da ikke regnes ut for 29 av deltakerne, 24 fra PTSD-gruppen og fem fra

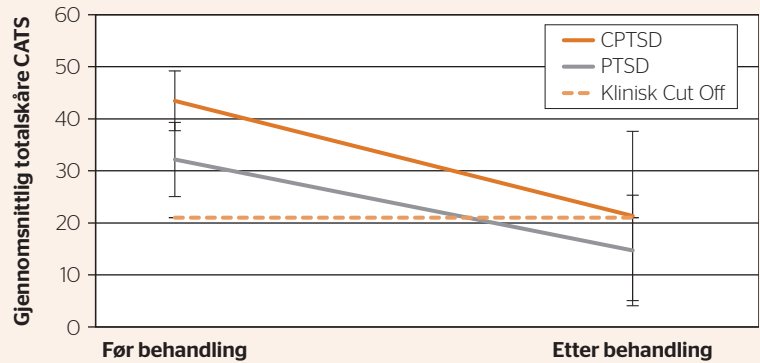
kompleks PTSD-gruppen. Analysene på psykososial fungering ble dermed gjort basert på 33 barn i PTSD-gruppen og 13 barn i CPTSD-gruppen.

RESULTATER

En variansanalyse (mixed model ANOVA) med to grupper (CPTSD, PTSD) og repeterte målinger (før vs. etter behandling) viste en signifikant bedring i posttraumatiske stresssymptomer over tid, $F(1,78) = 155,34, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,67, 95\%$ konfidensintervall (KI) [0,54 til 0,74] (tabell 2 og figur 1). Variansanalysen viste også en hovedeffekt av gruppe, der de med CPTSD hadde høyere nivå av symptomer både før og etter behandling $F(1,78) = 19,93, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,20, 95\%$ KI [0,07 til 0,35]. Det var ingen signifikant interaksjon mellom gruppe (PTSD, CPTSD) og tid (før vs. etter behandling), $F(1,78) = 2,13, p = 0,15, \eta_p^2 = 0,03, 95\%$ KI [0,00 til 0,13]. Bedring over tid var dermed ikke forskjellig for de to gruppene.

CPTSD-gruppen viste også etter endt behandling en signifikant bedring (med stor effektstørrelse) i alle de tre domene som omhandler selvorganiseringsvansker (tabell 3). Basert på en opptelling lagde vi en oversikt over hvilke diagnoser barna oppfylte etter endt behandling, sammenlignet med ved oppstart (tabell 4). Resultatene viste at flertallet hadde endret seg til under terskel for diagnose ved behandlingsslutt. To av barna i PTSD-gruppen kvalifiserte derimot for CPTSD etter endt behandling. Seks av barna i CPTSD-gruppen rapporterte ikke selvorganiseringsvansker etter endt behandling, men oppfylte kriteriene for PTSD.

For å undersøke endring i psykososial fungering så vi på totalskåren fra de psykososiale spørsmålene på CATS (se tabell 5 og figur 2). En variansanalyse med to grupper (CPTSD, PTSD) og repeterte målinger (mixed model ANOVA) viste en hovedeffekt av tid (før vs. etter behandling), $F(1,44) = 26,93, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,38, 95\%$ KI [0,16, 0,54]. Det var en signifikant bedring, med mindre psykososiale vansker etter endt behandling for begge grupper. Variansanalysen viste også en hovedeffekt av gruppe, der de med CPTSD hadde høyere nivå av psykososiale vansker både før og etter behandling $F(1,44) = 11,95, p = 0,001, \eta_p^2 = 0,21, 95\%$ KI [0,04 til 0,40]. Det var ingen signifikant interaksjon mellom gruppe (PTSD, CPTSD) og tid (før vs. etter behandling),



FIGUR 1 Gjennomsnittlig totalskåre og standardavvik på CATS for gruppene CPTSD og PTSD før og etter behandling

Tabell 2. Gjennomsnittlig totalskåre og standardavvik (SD) på CATS for gruppene CPTSD og PTSD før og etter behandling.

	n	Før behandling M (SD)	Etter behandling M (SD)
CPTSD	20	43,45 (5,74)	21,33 (16,27)
PTSD	60	32,18 (7,13)	14,70 (10,63)

Tabell 3. Gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD) for selvorganiseringsvansker før og etter behandling for CPTSD-gruppen (n=20). Gjennomsnitt er sammenliknet på tvers av gruppene med t-tester med frihetsgrader (t,(df)). Hegdes G er oppgitt som mål på effektstørrelse.

	n	Før behandling M (SD)	Etter behandling M (SD)	t (df)	p	g (95 % KI)
Selvfølelse 1 (negativt selv)	20	2,85 (0,37)	1,50 (1,24)	4,48 (19)	< 0,001	1,45 (0,74 – 2,14)
Selvfølelse 2 (skyld)	20	2,80 (0,41)	0,95 (1,04)	7,35 (19)	< 0,001	2,29 (1,48 – 3,09)
Affektregulering (vonde følelser)	20	2,80 (0,41)	1,25 (1,20)	5,88 (19)	< 0,001	1,70 (0,96 – 2,41)
Interpersonlig (nærhet til andre)	20	2,65 (0,49)	1,25 (1,25)	4,92 (19)	< 0,001	1,44 (0,73 – 2,13)

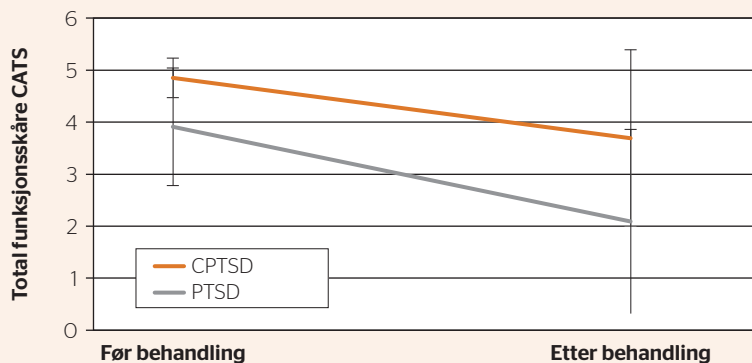
»

Tabell 4. Diagnoseendring for gruppene PTSD og CPTSD fra før til etter endt behandling.

Behandlingsgruppe (antall)	Diagnoseutfall		
	Under terskel	PTSD	CPTSD
PTSD (60)	80 %	17 %	3 %
CPTSD (20)	55 %	30 %	15 %

Tabell 5. Gjennomsnittlig totalskåre og standardavvik (SD) på psykososiale vansker (CATS) for begge grupper før og etter behandling.

	n	Før behandling M (SD)	Etter behandling M (SD)
CPTSD	13	4,85 (0,38)	3,69 (1,70)
PTSD	33	3,91 (1,13)	2,09 (1,77)



FIGUR 2 Gjennomsnittlig totalskåre og standardavvik på psykososiale vansker (CATS) for begge grupper før og etter behandling.

$F(1,44) = 1,35, p = 0,25, \eta_p^2 = 0,03, 95\% \text{ KI } [0,00 \text{ til } 0,18]$. Bedring over tid var dermed ikke forskjellig for de to gruppene.

For å undersøke om det var forskjell i alder mellom gruppene brukte vi t-test for uavhengig utvalg. Resultatene viste at CPTSD-gruppen var signifikant eldre, $t(76) = -2,10, p = 0,039, g = -0,54, 95\% \text{ KI } [-1,05 \text{ til } -0,02]$. Fishers exact-test viser ingen signifikant forskjell ($p < 0,05$) i kjønnsfordeling i de to gruppene. Det var dog 81 % jenter i vårt totale utvalg. Det var ingen signifikante forskjeller i antall rapporterte traumatiserende hendelser mellom barna med PTSD ($M = 4,23, SD = 2,18$) og med CPTSD ($M = 5,20, SD = 2,38$); $t(78) = -1,68, p = 0,097, g = -0,43, 95\% \text{ KI } [-0,94 \text{ til } 0,08]$. Relasjonelle traumeerfaringer var sterkt representert i begge grupper, PTSD ($M = 3,12, SD = 1,88$) og CPTSD ($M = 4,05, SD = 2,09$), men vi fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene; $t(78) = -1,87, p = 0,065, g = -0,48, 95\% \text{ KI } [-1,00 \text{ til } 0,03]$.

DISKUSJON OG IMPLIKASJONER

Hovedformålet med studien var å utvide kunnskapen om CPTSD hos barn og ungdom samt undersøke om barn med mulig CPTSD opplever reduserte plager etter å ha mottatt TF-CBT-behandling. Som forventet rapporterte barna med CPTSD et betydelig større symptomtrykk og dårligere psykososial fungering både før og etter endt TF-CBT-behandling. Vi fant likevel en signifikant nedgang i klassiske traumesymptomer for begge grupper. Disse funnene antyder at TF-CBT kan bidra til å redusere posttraumatiske stresssymptomer også hos personer som strever med selvorganiseringsvansker. Barna i CPTSD-gruppen viste også en signifikant bedring i grad av selvorganiseringsvansker, med store effektstørrelser på alle tre domener (selvfølelse, affektregulering, interpersonlig fungering). Resultatene er i tråd med studien til Sachser og medarbeidere (2017a).

TF-CBT var opprinnelig utviklet for barn med seksuelle overgrepserfaringer og er en bredspektret behandling rettet mot stress, følelser, tanker, atferd og sosiale ferdigheter (Cohen et al., 2018). Det kan tenkes at arbeidet med flere av de ulike komponentene bidrar til reduksjon i selvorganiseringsvansker. I det terapeutiske arbeidet inngår eksempelvis målet om å hjelpe barnet til å gjenkjenne, differensiere og uttrykke følelser, noe som er en

viktig forutsetning for å kunne regulere følelser. Nedgang i affektregulerings- og interpersonlige vansker kan også muligens fremmes av arbeid med å endre kognitive misoppfatninger, samt hjelpe barnet å mestre tanker og situasjoner som tidligere har vært en kilde til unngåelse. Studier har for eksempel vist at endringer i uhensiktsmessige tanker bidrar til redusert posttraumatisk stress og symptomer på depresjon (Jensen, Holt, Ormhaug, Fjerme stad & Wentzel-Larsen, 2018; Knutsen, Czajkowski & Ormhaug, 2018). Det arbeides også spesifikt med interpersonlige vansker i komponenten sosiale ferdigheter samt i det kontinuerlige foreldrearbeidet. De kognitive komponentene og psykoedukasjon kan også hjelpe barnet med å identifisere og endre uhensiktsmessige tanker om seg selv og andre, og dermed bedre selvfølelse og sosial samhandling. Endringen kan fremme utvikling av en mer sunn forståelse av traumene og sine reaksjoner, og dermed motarbeide en negativ selvforståelse (Kliethermes, Drewry & Wamser-Nanney, 2017).

I dette utvalget var CPTSD-gruppen signifikant eldre enn PTSD-gruppen. En mulig forklaring er at selvorganiseringsvansker utvikles over tid. Noen symptomer, som vansker med å regulere affekter, kan også vurderes som innenfor normalområdet for yngre barn og defineres først som et problem i ungdomsalder. Det kan også tenkes at det å bli utsatt for traumatiserende hendelser rammer særlig ungdommers selvfølelse siden ungdomsalderen er en spesielt viktig periode for utviklingen av identitet, relasjoner til andre og selvstendighet. En tredje forklaring kan være at de eldre barna har hatt mer tid til å oppleve flere og mer langvarige traumatiserende hendelser, noe som er en risikofaktor for symptomkompleksitet (Brewin et al., 2017). Vi vet imidlertid ikke hvor gamle barna var da traumehendelsene fant sted, så videre studier trengs for å underbygge dette.

Vi fant ikke signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt kjønn, antall eller type traumeeksponering. De fleste av de med PTSD og CPTSD hadde opplevd interpersonlige traumer. Dette gir støtte til de nye ICD-11-kriteriene, der interpersonlige traumer ikke er et avgjørende kriterium for å kunne stille en CPTSD-diagnose. Vi kan dog ikke utelukke at et større utvalg ville gitt signifikante resultater.

Styrker og begrensninger

Traumesymptomer avtar vanligvis over tid, selv uten behandling, og med utformingen i denne studien kan vi ikke fastslå i hvilken grad nedgangen i symptomer som rapporteres for de to gruppene, skyldes TF-CBT-behandlingen eller er en effekt av tid.

En av studiens styrker er at den er basert på et klinisk utvalg med barn fra flere BUP-er, fra ulike steder i landet. En begrensning er imidlertid at vi ikke kan fastslå i hvilken grad utvalget er representativt for det som er en vanlig forekommende BUP-populasjon av traumatiserte barn som opplever betydelige posttraumatiske stresssymptomer. Det er også en svakhet at vi ikke har mer demografiske data. Vi vet heller ikke hvor mange timer behandling som ble gitt. Siden utvalget omhandler de som gjennomførte behandlingen, vet vi ikke hvor mange det var som avbrøt behandlingen, hvem som av ulike grunner ikke ble tilbudt behandling, eller hvem som takket nei til TF-CBT. En annen begrensning i denne undersøkelsen er utvalgsstørrelsen, og at utvalget i CPTSD-gruppen er betydelig mindre enn i PTSD-gruppen, da et mindre utvalg øker sannsynligheten for type-II feil. Det var generelt lite manglende data i data-materialet, men for funksjonsspørsmålene i CATS var det en større mangel. Dette tror vi kommer av at disse spørsmålene er på et eget ark, og at de derfor ble glemt stilt.

CPTSD er en ny diagnose, og det er en vesentlig begrensning ved studien at vi ikke har validerte instrumenter til å måle selvorganiseringsvansker. Vi har operasjonalisert selvorganiseringsvansker ved hjelp av spørsmål fra et validert DSM-5-instrument (CATS). I et internasjonalt prosjekt som er under arbeid, har vi funnet at det skal veldig få endringer til i CATS for at det skal dekke hele CPTSD-komplekset. Vi mener derfor at vi med rimelig sikkerhet kan si at vi har fanget opp vesentlige aspekter ved CPTSD i denne studien. Arbeid med å utvikle CATS til å fange opp hele spektret av PTSD og CPTSD har startet, og fremtidige studier vil kunne si om våre funn er replikerbare.

KONKLUSJON

Studien indikerer at TF-CBT kan være hjelpsomt for barn med symptomer på CPTSD, og føre til betydelig reduksjon i både posttraumatisk stress og selvorganiseringsvansker, det vil si vansker med affektregulering, negativt selvilde og interpersonlige problemer. Barn og ungdommer med CPTSD hadde imidlertid flere symptomer både ved behandlingsstart og behandlingslutt enn de med PTSD. Fremtidige studier trengs for å forstå hvilke ytterligere tilpasninger som trengs for å gi disse barna optimal behandling. Resultatene må ses i lys av at målene på CPTSD i denne studien er satt sammen av enkeltspørsmål fra et PTSD-validert instrument som ikke er validert for å måle ICD-11-definert CPTSD. Selv om de fleste barna i denne studien var eksponert for interpersonlige traumer, bør behandlere være oppmerksomme på at traumeeksponering ikke predikerte hvem som utviklet komplekse traumeresponser, og at barn som opplever enkeltstående hendelser, også kan utvikle CPTSD. Dette støtter opp om ICD-11 beslutningen om ikke å inkludere traumeeksponering som kriterium for CPTSD, men heller anse det som risikofaktor. Dette gir mening fordi, som flere har påpekt (Brewin et al., 2017), man behandler ikke traumeerfaringer, men virkningen av dem. ✘

REFERANSELISTE

- Alicis, E., Zalta, A.K., Wesel, F., Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G.E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington D.C.: American Psychiatric Pub.
- Brewin, C. (2013). «I Wouldn't Start from Here» – An Alternative Perspective on PTSD From the *ICD-11*: Comment on Friedman. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 557–559. <https://doi.org/10.1002/jts.21843>
- Brewin, C.R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R., ... Reed, G.M. (2017). A review of the current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Cloitre, M. (2015). The «one size fits all» approach to trauma treatment: Should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27344. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C.R., Bryant, R.A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. (Overs. Ingvill Christina Goveia). Oslo: Universitetsforlaget. (Originalutgaven utgitt i 2017).
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528–541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Deblinger, E., Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Murray, L.A., & Epstein, C. (2008). *TF-CBT Fidelity Checklist*. Unpublished instrument. UMDNJ-SOM CARES Institute, Stratford, NJ.
- De Jongh, A., Resick, P.A., Zoellner, L.A., van Minnen, A., Lee, C.W., Monson, C.M., ... Bicanic, I.A (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5), 359–369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Dorsey, S., McLaughlin, K.A., Kerns, S.E., Harrison, J.P., Lambert, H.K., Briggs, E.C., ... & Amaya-Jackson, L. (2016). Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(3), 303–330. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309>
- Fagermoen, E.M., Østensjø, T., Skagemo, C.U., Moen, G.M., & Husebø, G.K. (2017). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(10), 978–989. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/frapraksis/2017/10/traumefokusert-kognitiv-atferdsterapi-og-komplekse-traumer>
- Fairclough, D.L. (2010). *Design and analysis of quality of life studies in clinical trials*. Boca Raton: Chapman and Hall/CRC.
- Fidell, L.S., & Tabachnick, B.G. (2003). Preparatory data analysis. I I.B. Weiner, J.A. Schinka & W.A. Velicer (red.), *Handbook of psychology (Vol.2)* (s. 115–142). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0205>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4. utg). London: Sage publications.
- Ford, J.D., Elhai, J.D., Ruggiero, K.J., & Frueh, B.C. (2009). Refining posttraumatic stress disorder diagnosis: Evaluation of symptom criteria with the National Survey of Adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(5), 748–755. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04692>
- Friedman, M. (2013). Finalizing PTSD in *DSM-5*: Getting Here From There and Where to Go Next. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548–546. <https://doi.org/10.1002/jts.21840>
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 11.0 update (10a ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson. Hentet fra <http://wps.ablongman.com/wps/media/objects/385/394732/george4answers.pdf>
- Gerson, R., & Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.018>
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic violence to political terrorism*. New York: The Guilford Press
- Hoaglin, D.C., Iglewicz, B., & Tukey, J.W. (1986). Performance of some resistant rules for outlier labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 81(396), 991–999. Hentet fra <http://amstat.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1986.10478363#Wdz8mmi0M2w>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., ... & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(6), 727–736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Guidelines Committee (2018). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Children and Adolescents*. Hentet fra [http://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-\(Child_Adol\)_FNL.pdf.aspx](http://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Child_Adol)_FNL.pdf.aspx)
- Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L.C., ... Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Jensen, T.K., Holt, T., & Ormhaug, S.M. (2017). A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(8), 1587–1597. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0270-0>

- Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Fjermestad, K.W., & Wentzel-Larsen, T. (2018). Change in post-traumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth – A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology, 65*(2), 166–177. <https://doi.org/10.1037/cou0000258>
- Kilpatrick, D. (2014). The DSM-5 Got PTSD Right: Comment on Friedman (2013). *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 563–566. <https://doi.org/10.1002/jts.21844>
- Kliethermes, M.D., Drewry, K., & Wamser-Nanney, R. (2017). The diagnostic spectrum of trauma-related disorders in children and adolescents. I.M.A. Landolt, M. Cloitre & U. 58 Schnyder (red.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (s. 167–186). Switzerland: Springer International Publishing.
- Knutsen, M.L., Czajkowski, N.O., & Ormhaug, S.M. (2018). Changes in post-traumatic stress symptoms, cognitions, and depression during treatment of traumatized youth. *Behaviour research and therapy, 111*, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.010>
- Landy, M.J.H., Wagner, A.C., Brown-Bowers, A., & Monson, C.M. (2015). Examining the evidence for complex posttraumatic stress disorder as a clinical diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 24*(3), 215–236. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1002649>
- Løvgren, M., Stefansen, K., Smette, I., & Mossige, S. (2017). Barn og unges utsatthet for fysisk vold fra foreldre. Endringer i mild og grov vold fra 2007 til 2015. *Tidsskriftet Norges Barnevern, 94*(02), 110–124. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2017-02-04>
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L.M., ... & Somasundaram, D.J. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of general psychiatry, 69*(11), 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer* (Rapport 1/15). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/vold_voldtekt_i_oppveksten1.pdf
- NKVTS (2018). *Øringe kartleggingsverktøy*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/tf-cbt/til-deltakerne-av-tf-cbt-implementeringsprosjektet/kartlegging/ovrige-kartleggingsverktoy/>
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H.U., Trautmann, S., & Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 266*(4), 317–328. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0639-4>
- Resick, P., Bovin, M., Calloway, A., Dick, A., King, M., Mitchell, K., Wolf, E.J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017a). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to traumafocused cognitive behavioral therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(2), 160–168. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12640>
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T.K., Jungbluth, N., Risch, E., ... & Goldbeck, L. (2017b). International development and psychometric properties of the child and adolescent trauma screen (CATS). *Journal of Affective Disorders, 210*, 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>
- Silverman, W.K., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B.J., Kolko, D.J., Putnam, F.W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 156–183. <https://doi.org/10.1080/15374410701818293>
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B.R. (2013). Empirical Support for the Definition of a Complex Trauma Event in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 26*(6), 671–678. <https://doi.org/10.1002/jts.21857>
- WHO (2018) International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh Revision.
- Wolf, E.J., Miller, M.W., Kilpatrick, D., Resnick, H.S., Badour, C.L., Marx, B.P., ... & Friedman, M.J. (2015). ICD-11 complex PTSD in US national and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychological Science, 3*(2), 215–229. <https://doi.org/10.1177/2167702614545480>

”

Klinikere må
være klar over
farene for både
feildiagnostisering
og feilbehandling

EVIDENSBASERT PRAKSIS

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 504-513 FAGFELLEVDERT

RAGNHILD HOLM LØWGREN, BUP Oslo Nord & KATRINE LIEN EVENSEN, Kongsberg BUP
KONTAKT katelt@vestreviken.no

ADHD OG TRAUMER

- Sammenhenger og utfordringer i klinisk praksis med barn

Sammenhengene mellom ADHD og traumereaksjoner er både komplekse og gjensidige, og offentlige retningslinjer gir få konkrete anbefalinger. Enn så lenge er det derfor den enkelte klinikers kunnskap om tilstandene som sikrer god utredning og behandling.

Hyperkinetiske forstyrrelser utgjør den største diagnosekategorien i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2018). Vi vet også at svært mange barn opplever potensielt traumatiserende hendelser som vold, overgrep og omsorgssvikt uten at dette nevnes i henvisninger til BUP (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012). Mye tyder på at vi møter langt flere av barna som har slike opplevelser, enn vi greier å fange opp (Ormhaug et al., 2012). Forskning viser at barn med ADHD kan ha symptomer som ligner på traumereaksjoner, og at ADHD og traumelidelser ofte opptrer sammen (Daud & Rydelius, 2009; Ford & Connor, 2009). »

ABSTRACT***ADHD and trauma***

Similarities and challenges in clinical practice with children

ADHD is the most common diagnosis in child and adolescent mental health services. Traumatic experiences are common in childhood but rarely mentioned in referrals. In this unsystematic literature review we examine the relationships between ADHD and childhood trauma. Research shows similar symptoms in children with ADHD and traumatised children, including attention deficits, poor executive functioning, affective dysregulation and behavioural problems. ADHD and trauma also often co-occur. ADHD may increase the risk of exposure to traumatising events or of developing posttraumatic symptoms. Trauma may also serve as a risk factor for the development of ADHD, possibly due to the impact of early stress on brain development. Overlapping symptoms may lead to errors in diagnosis and inadequate treatment. There is a lack of national guidelines concerning differential diagnosis and treatment of comorbid conditions. We discuss implications for evaluation and treatment.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), posttraumatic stress disorder (PTSD), trauma, traumatised children, dysregulation, executive function, comorbidity

”

Det ser ut til at mishandling i veldig tidlig barndom har særlig stor sammenheng med utvikling av ADHD-lignende atferdsvansker, mens mishandling senere i barndommen i større grad henger sammen med utvikling av depresjon

Også i Norge er det funnet klart forhøyet forekomst av belastende livshendelser hos barn med klinisk grad av ADHD-symptomer (Reigstad & Kvernmo, 2015). Som klinikere i BUP stiller vi oss spørsmålet: Greier vi i tilstrekkelig grad å fange opp og skille mellom ADHD og traumelidelser og gi riktig utredning og behandling? I denne artikkelen¹ søker vi å belyse forholdet mellom ADHD og traumereaksjoner hos barn og vil drøfte implikasjoner av dette for utredning og behandling i BUP. Av omfangshensyn har vi begrenset oss til kun å se på sammenhenger mellom ADHD og traumereaksjoner og har verken belyst tredjevariabler eller redegjort for andre psykiske lidelser som ofte inngår i differensialdiagnostiske vurderinger.

METODE

Artikkelen bygger på en usystematisk litteraturgjennomgang gjennomført i hovedsak i perioden 2014–2016 og supplert med oppdatert litteratur i 2018. Vi har i stor grad benyttet databasene Ovid og PsycINFO, men også fått god hjelp fra bibliotekstjenesten ved Vestre Viken HF i vårt litteratursøk. Våre søk tok utgangspunkt i sentrale begreper knyttet til ADHD og traumer: ADHD, ADD, PTSD, complex PTSD, trauma, developmental trauma, adverse life experience, dysregulation, executive function, risk factor og comorbidity. I tillegg til direkte søk valgte vi også ut supplerende artikler basert på referanselistene til særlig relevante artikler. Til sammen gikk vi gjennom anslagsvis 300 artikler, som utgjør kunnskapsbasen for denne artikkelen.

TRAUMER OG ADHD

Symptomlighet som grunnlag for feildiagnostisering

En gjennomgang av symptomer på ADHD og traumelidelser viser stor grad av overlapp. Oppmerksomhetsvansker og dårlig eksekutiv fungering er sentrale vansker hos barn med ADHD (Biederman et al., 2004; Dovis, Van der Oord, Wiers & Prins, 2013; Helsedirektoratet, 2014), men vi finner lignende vansker også hos traumatiserte barn, som kan være preget av oppmerksomhetssvikt, hukommelsvansker, impulsivitet og svekket evne til risiko- og konsekvensvurdering (Mannes, Nordanger & Braarud, 2011; van der Kolk, 2002).

Tilsvarende finner vi beskrivelser av affektiv dysregulering både blant barn med ADHD (Harty, Miller, Newcorn, & Halperin, 2009; Shaw, Stringaris, Nigg, & Leibenluft, 2014; Sobanski et al., 2010; Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010) og blant barn med traumelidelser (Cook et al., 2005; Nordanger & Braarud, 2014). I beskrivelser av traumatiserte barn finner vi at mange har atferdsmønstre som kan forstås som forsøk på å håndtere overveldende affektive og fysiologiske reaksjoner. Dette kan være *underkontrollert atferd* som utagering, rusbruk, opposisjonell eller seksualisert atferd, eller *overkontrollert atferd* som rigide rutiner (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2002). Atferdsvansker er også svært hyppig forekommende blant barn med ADHD, gjerne beskrevet som opposisjonell atferd og sinneutbrudd eller mer alvorlige atferdsvansker, rusbruk inkludert (Biederman et al., 2008; Harpin, 2005; Helsedirektoratet, 2014; Shaw et al., 2014). Flere forskere har pekt på likheten i symptombildene mellom ADHD og traumelidelser (Daud & Rydelius, 2009; Turley & Obrzut, 2012; Weinstein, Staffelbach & Biaggio, 2000). Som klinikere i BUP må

.....

1. Dette bidraget er en videreutvikling av vår spesialistoppgave fra 2016.

vi være oppmerksomme på denne symptomligheten og den risikoen dette medfører, der vi kan komme til å feiltolke symptomer på en lidelse som uttrykk for den andre lidelsen, eller kun fange opp én lidelse der begge er til stede. Dette gjør at vi risikerer å feilbehandle barna vi møter i klinikken.

ADHD og traumer: Risikofaktorer for hverandre

I tillegg til stor grad av symptomlighet tyder mye forskningslitteratur på at ADHD, potensielt traumatiserende hendelser og traumereaksjoner ofte opptrer sammen (Briscoe-Smith & Hinshaw, 2006; Ford & Connor, 2009; Kessler et al., 2006; Rucklidge, Brown, Crawford & Kaplan, 2006). Litteraturen indikerer en sammenheng mellom traumer og ADHD, men gir ikke noe klart svar på hvordan vi best kan forstå denne sammenhengen. En mulig forklaring er at barn med ADHD kan ha forhøyet risiko for å bli utsatt for traumatiserende hendelser og/eller for å utvikle traumereaksjoner. Det kan være flere grunner til dette. For eksempel kan det tenkes at kjernesymptomer ved ADHD i seg selv øker risikoen for å havne i potensielt traumatiserende situasjoner. Ertan, Özcan og Pepele (2012) viser til studier som dokumenterer at hyperaktivitet, uoppmerksomhet og impulsivitet i seg selv kan øke sannsynligheten for å bli utsatt for ulykker. De fant også selv forhøyet forekomst av ADHD-symptomer blant barn som kom på sykehus på grunn av skader der de selv hadde spilt en aktiv rolle i ulykken. I tillegg til ulykker kan vi tenke oss at barn med ADHD lettere havner i andre risikosituasjoner på grunn av impulsivitet, svekket risikovurderingsevne eller utfordrende atferd. Ford og kollegaer (2000) fant forhøyet forekomst av fysisk og seksuelt misbruk blant barn med komorbid ADHD og opposisjonell atferdsforstyrrelse. De fant også at det blant barn med bare ADHD var høyere forekomst av slike livsbelastninger enn blant barn med tilpasningsforstyrrelser, som utgjorde kontrollgruppen i studien. Det er mulig at barnas egne vansker bidrar til risikoen for slike erfaringer, men det er også viktig å ta høyde for omstendighetene barn med ADHD vokser opp under. For eksempel har Reigstad og Kvernmo (2015) dokumentert at barn med ADHD oftere har foreldre med psykiske vansker eller rusproblemer. Slike oppvekstvilkår vil i seg selv øke risikoen for vold og overgrep.

I tillegg til en forhøyet risiko for å bli utsatt for krenkelsers fant Ford og kollegaer (2000) at dersom barn med ADHD ble traumatisert, utviklet de gjerne mer alvorlige traumesymptomer. Adler, Kunz, Chua, Rotrosen og Resnick (2004) fant høyere forekomst av selvrappert ADHD i barndommen blant krigsveteraner med PTSD enn blant veteraner med panikk lidelse. Forskerne mener ADHD kan være en sårbarhetsfaktor som øker sannsynligheten for å utvikle PTSD ved eksponering for potensielt traumatiserende hendelser. I tråd med dette fant Biederman og kollegaer (2013) høyere forekomst av PTSD hos ungdommer med ADHD enn hos ungdommer uten ADHD, og at ADHD som oftest var til stede tidligere enn PTSD. Forskerne mener dette peker på ADHD som risikofaktor for senere utvikling av PTSD. Dette støttes både av en studie som viste at behandling av ADHD-symptomer med sentralstimulerende medikasjon reduserte sannsynligheten for senere utvikling av PTSD og andre angstlidelser (Biederman, Monuteaux, Spencer, Wilens & Faraone, 2009), og av en nyere studie der ADHD i barndommen var en uavhengig, signifikant risikofaktor for PTSD ti år senere (Biederman et al., 2014).

Hva kan så være årsakene til at barn med ADHD har økt risiko for mer alvorlige traumesymptomer etter traumeerfaringer? Kanskje aspekter ved ADHD, slik som problemer med oppmerksomhet, informasjonsprosessering og eksekutiv fungering, påvirker barnas evne til å bearbeide opplevelsene sine og dermed hvilke symptomer de utvikler. Videre vet vi at barn med ADHD ofte har dårligere sosiale ferdigheter enn andre barn (Harpin, 2005; Klimkeit et al., 2006), og at de oftere vokser opp under dårligere sosiale forhold med foreldre som strever på mange områder (Reigstad & Kvernmo, 2015; Richards, 2013). Disse faktorene kan igjen ha stor betydning for hva slags sosial og emosjonell støtte de får i forbindelse med traumehendelser og bearbeiding av disse.

Richards (2013) argumenterer for at påvirkningen også kan gå fra traumer til ADHD-symptomer, og mener det er for lite fokus på psykososiale faktorerens betydning for utvikling av ADHD. Richards hevder at forskjeller i bestemte hjerneområder mellom barn med og uten ADHD ofte trekkes frem som støtte for å forstå ADHD som en biologisk betinget tilstand, mens man sjelden undersøker om disse

»

forskjellene i hjernen kan ha blitt forårsaket eller forverret av miljømessige faktorer. Hjernen er i enorm utvikling i barndommen og er designet for å bli påvirket av erfaring. Spesifikke områder er i visse perioder særlig sensitive for påvirkning. Dermed kan belastende omstendigheter og stress få mye mer omfattende og langvarige konsekvenser når de inntrer i barndommen enn i voksen alder, ettersom de kan medføre varig påvirkning av hjernens struktur og fungering.

Teicher, Andersen, Polcari, Anderson og Navalta (2002) foreslår en «kaskademodell» for å forklare hvordan stress i barndommen aktiverer og sensitiviserer stressresponssystemer (bl.a. HPA-aksen og amygdala). Forskerne beskriver hvordan eksponering for stresshormoner under hjerneutviklingen påvirker blant annet myelinisering, nevralf morfologi, nevrogenese og synaptogenese. Dette får vedvarende funksjonelle konsekvenser, slik som begrenset utvikling av venstre hjernehalvdel, redusert integrasjon av hemisfærene på grunn av svekket myelinisering av hjernebjelken (*corpus callosum*), økt irritabilitet i limbiske systemer (inkludert amygdala) og redusert funksjonell aktivitet i lillehjernens vermis, som er viktig for å modifisere stressresponser. Det kan være at prefrontal korteks stimuleres til uvanlig tidlig utvikling (som kanskje gjenspeiles i bråmodne, «parentifiserte» barn), men stress kan også hemme utviklingen av denne hjernedelen slik at den aldri når en fullt modnet voksen fungering. Også hippocampus kan påvirkes uheldig av tidlig stress, med påvirkning av hukommelse og evne til inhibisjon. Påvirkning av hjernebjelken, amygdala, hippocampus, lillehjernens vermis og prefrontal korteks kan gi nevropsykiatriske utslag som kan øke risikoen for blant annet PTSD, depresjon og rusbruk, mener de samme forskerne.

Avvik i flere av disse hjerneområdene er også funnet hos barn med ADHD. Richards (2013) viser til en rekke studier som dokumenterer at barn med ADHD kan ha redusert hjernevolum i blant annet frontale, temporale og parietale kortikale områder, hjernebjelken og lillehjernen. Teicher og kollegaer (2002) viser til de samme hjerneområdene og beskriver hvordan det kan være sammenhenger mellom for eksempel redusert størrelse på hjernebjelken og økt impulsivitet. Disse forskerne hevder at tidlig mishandling kan forårsake hjerneorganiske endringer, som kan føre til samme type symptomer som ved ADHD. Videre argumenterer de for at forståelsen av sensitive perioder i hjerneutviklingen kan forklare hvorfor traumeerfaringer i ulik alder kan medføre ulike konsekvenser. For eksempel ser det ut til at mishandling i veldig tidlig barndom har særlig stor sammenheng med utvikling av ADHD-lignende atferdsvansker, mens mishandling senere i barndommen i større grad henger sammen med utvikling av depresjon (Glod & Teicher, 1996).

IMPLIKASJONER FOR UTREDNING OG DIAGNOSTISERING

I BUP er det vanlig å begynne med generell utredning av barnets utviklingshistorie, symptomer og funksjonsnivå. På bakgrunn av dette kan vi få mistanke om spesifikke tilstander og utrede med mer spissede verktøy. Både for ADHD og traumer hos barn finnes det offentlige retningslinjer med anbefalinger for utredning (Dyb, 2011; Helsedirektoratet, 2014; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2005). Ingen av disse retningslinjene forholder seg spesifikt til symptomlighet eller komorbiditet mellom ADHD og traumer.

Som klinikere i BUP må vi imidlertid utføre utredningen på en måte som gjør differensialdiagnostiske overveielser mulig. En implikasjon

av de mange og kompliserte sammenhengene mellom ADHD og traumer er derfor at det ved mistanke om at en av tilstandene foreligger, samtidig bør screenes for den andre tilstanden. Skjemaer fra «The Achenbach System of Empirically Based Assessment» (ASEBA) brukes ofte som en del av grunnutredningen ved norske BUP-er (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2010). Vi mener at disse skjemaene i stor grad ivaretar behovet for screening for ADHD-symptomer hos barn som er henvist av andre grunner enn mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse. Utredning med ASEBA-skjemaene muliggjør informasjonsinnhenting fra både hjem og skole, og inkluderer både en syndromorientert subskala for oppmerksomhetsvansker og en DSM-orientert subskala for ADHD-symptomer. Når det gjelder traumescreening mener vi imidlertid at ASEBA ikke er tilstrekkelig. Selvrappertversjonen av ASEBA er kun for ungdommer over 11 år, så for yngre barn er det kun foreldrenes vurderinger som gjelder. Det inngår ingen spørsmål om traumehendelser i noen av ASEBA-skjemaene. Subskalaen for posttraumatiske stressplager finnes ikke i førskoleversjonen av skjemaene (for barn under 6 år), og denne skalaen ser heller ut til å gjenspeile generell psykopatologi/dysfunksjon enn PTSD (Ayer et al., 2009). Et godt alternativ kan være «Development and Well-Being Assessment» (DAWBA)-skjemaer, da disse inkluderer spørsmål om både ADHD-symptomer, en rekke traumehendelser og typiske traumesymptomer (Brøndbo & Martinsen, 2013). Også her er selvrappertversjonen kun tilgjengelig for barn fra 11 år og oppover, mens foreldre kan besvare DAWBA for barn helt ned til toårsalderen.

Det er viktig å spørre om traumer som del av anamnesen. En grundig anamnese er et uvurderlig verktøy i enhver utredning, og kan være særlig nyttig som ledd i en differensialdiagnostisk vurdering, for eksempel når man skal forsøke å avgjøre hva som best kan forklare et barns uro og oppmerksomhetsvansker. Det er derfor viktig å spørre foreldre om barnet har vært utsatt for traumehendelser, samtidig som vi må huske at foreldre ikke vet alt om hva barnet deres har opplevd, og at de heller ikke nødvendigvis rapporterer alt de vet, som for eksempel vold de selv har utøvd. Det kan derfor være nyttig å bruke utredningsverktøy der man kartlegger barnet og foreldrene hver for seg.

For eksempel har det diagnostiske intervjuet Kiddie-SADS en egen del om posttraumatisk stresslidelse. I klinisk praksis ser vi imidlertid at Kiddie-SADS ikke brukes i alle utredningsaker, og når det brukes, er det gjerne kun deler av intervjuet som benyttes. Videre ser vi at klinikere av og til velger å gjennomføre intervjuet kun med foreldrene eller med foreldre og barn sammen. Da mister man muligheten for en selvstendig vurdering av barnet.

Ved mange BUP-er har man de siste årene innført rutiner for traumescreening som del av implementeringen av traumefokustert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i spesialisthelsetjenesten (Fagermoen, Østensjø, Skagemo, Moen & Husebø, 2017). Alle pasienter over 6 år og deres pårørende skal her intervjues med skjemaene «Kartlegging av traumeerfaringer og symptomer» i barne- (KATES-B) og foreldreversjon (KATES-F) i løpet av de første tre konsultasjonene ved BUP. Barna intervjues uten at foreldrene er til stede. Slik systematisk screening øker sannsynligheten for at klinikere fanger opp traumeerfaringer hos pasienter (Ormhaug et al., 2012). Vi mener screening med KATES er et viktig steg i riktig retning, men det er ingen fullgod løsning. For det første er KATES-B beregnet for barn over 6 år (mens KATES-F kan brukes fra 3 år), og er dermed ikke tilpasset de yngste barna i BUP, som gjerne utsettes for andre typer traumehendelser enn eldre barn, og som kan vise et annet symptombylde (De Young, Kenardy, & Cobham, 2011). I tillegg er symptomdelen av KATES basert på DSM-5-kriteriene for PTSD (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2016), og er dermed kanskje ikke egnet til å fange opp symptomer på komplekse traumetilstander.

På systemnivå anser vi det som uheldig at det er variasjon mellom BUP-er i traumescreening-praksis. Ikke alle BUP-er deltar i TF-CBT-prosjektet – per utgangen av 2017 hadde omtrent halvparten av Norges BUP-er deltatt, så KATES brukes ikke overalt. Deltakelse i dette prosjektet er heller ingen garanti for at alle behandlere gjennomfører kartleggingen. Barn og foreldre forteller heller ikke alltid om traumehendelser første gang de blir spurt (Ormhaug et al., 2012). Vår anbefaling er derfor at klinikere rutinemessig gjentar kartlegging hvis de ikke får utslag på innledende screening. Vi mener at alle klinikere som arbeider med barn må sikre god nok screening for traumehendelser og -symptomer,

uavhengig av om deres arbeidssted har det som rutine, og at det også må gjelde de yngste barna. Så lenge det ikke finnes fullgode skjemaer og rutiner for dette, stilles det svært høye krav til den enkelte klinikers kunnskap og bevissthet om dette feltet.

Komorbiditet og differensialdiagnostikk

Med tanke på komorbiditet og symptomlikhet må vi alt i utredningsfasen være klar over faren for å feiltolke symptomer. Weinstein og kollegaer (2000) foreslår at klinikerer forsøker å få klarhet i hva de forskjellige symptomene er uttrykk for, ved inngående utspørring av barnet om dets tanker og følelser, så vel som en kartlegging av situasjonsfaktorer knyttet til hvert symptom. Ford og Connor (2009) påpeker betydningen av å få klarhet i når barnet ble utsatt for potensielt traumatiserende hendelser, og når symptomer oppsto eller ble forverret. Å systematisere informasjonen langs en tidslinje gjør det lettere for klinikerer å vurdere om symptomer

- 1) var til stede før barnet ble utsatt for en potensielt traumatiserende hendelse (tyder på ADHD) eller kun i etterkant (tyder på PTSD),
- 2) opptrer på tvers av situasjoner og er til stede mesteparten av tiden (tyder på ADHD), eller om de opptrer i episoder og varierer i alvorlighetsgrad og hyppighet (tyder på PTSD),
- 3) innebærer unngåelse av mennesker, steder, aktiviteter eller samtaletema som kan være forbundet med potensielt traumatiserende opplevelser (tyder på PTSD),
- 4) ser ut til å være drevet av angst / emosjonelt ubehag (tyder på PTSD) eller av impulsivitet og rastløshet som ikke er emosjonelt betinget (tyder på ADHD).

(Ford & Connor, 2009).

Å følge disse anbefalingene kan være utfordrende, og i noen tilfeller lar det seg ikke gjøre. For eksempel kan det være umulig å få fullstendig oversikt over alle de emosjonelt ladede situasjonene som kan være en del av en kompleks traumetilstand, og som kan fungere som triggerer eller føre til unngåelse. Mange barn (spesielt de yngste) kan ha vansker med verbalt å

»

formidle sine indre tilstander, særlig hvis de blir bedt om å rapportere hvordan de tenkte eller følte i en situasjon som ligger tilbake i tid. Det er heller ikke slik at voksne rundt barnet nødvendigvis har innblikk i barnets indre verden. Vi har også mange pasienter som lever under barnevernets omsorg, der det kan være vanskelig å få tak i informanter som kan gi opplysninger fra tiden før omsorgsovertakelsen. Imidlertid anser vi det som svært viktig å forsøke å plassere symptomer i kontekst og vie oppmerksomhet til de aspektene ved symptombildet som kan bidra til å skille mellom de enkelte tilstandene. På dette viset sørger vi for at vi ikke bare registrerer hvorvidt symptomer er til stede eller ikke, men at vi også prøver å forstå hva de er uttrykk for. En slik bevissthet gjennom utredningen kan bidra til mer presis diagnostisering.

IMPLIKASJONER FOR BEHANDLING

Uavhengig av hvorvidt vi konkluderer med at et barn fyller kriteriene for ADHD, PTSD, en kompleks traumelidelse, eller at det har både ADHD og traumereaksjoner, vil målet med behandlingen være det samme: Sørge for at barnet, foreldrene og omgivelsene får kunnskap om vanskene, redusere symptomene, bidra til bedre fungering og hindre utvikling av tilleggs-vansker. Samtidig *har* diagnose stor betydning for behandlingsvalg. Ved ADHD vil det i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet (2014) ofte iverksettes tiltak som foreldretreningsprogrammer, sosial ferdighetstrening, kognitiv atferdsterapi, tilrettelegging i skolen og medikasjon (oftest med sentralstimulerende midler). Ved traumelidelser anbefales det å gå ut fra en trefasemodell, der man jobber med stabilisering, bearbeiding og integrering/rehabilitering (Anstorp & Benum, 2014). Utforskning og bearbeiding av både traumehendelsen og barnets reaksjoner kan også være sentrale elementer ved traumebehandling. Medikasjon er sjelden brukt ved behandling av traumer hos barn, og i de tilfellene der det er aktuelt med medikamenter, vil det være snakk om andre medikamenter enn ved ADHD.

Manglende behandling og feilbehandling

Hvis vi har feil oppfatning av barnets vansker, og unnlater å sette inn riktige tiltak, er det fare for at symptomene vedvarer eller forverres. Dette kan gi behov for mer langvarig eller krevende behandling senere. Barnet kan også bli sårbart for utvikling av andre vansker. Hvis det er slik at ADHD øker risikoen for å utvikle PTSD er det viktig at vi behandler ADHD, både fordi barnet trenger hjelp med ADHD-symptomene, og fordi vi slik reduserer sannsynligheten for senere utvikling av PTSD (Biederman et al., 2013).

Feil vurdering kan også gi feil behandling. Dersom vi misoppfatter traumereaksjoner som uttrykk for ADHD, kan barnet utsettes for unødvendig medikamentell behandling med medfølgende bivirkninger og til og med mulig forverring av traumelidelsen, i form av økt agitasjon, irritabilitet og gråtabilitet (Turley & Obrzut, 2012). Klinikere må derfor være klar over farene for både feildiagnostisering og feilbehandling. Et åpenbart varsel signal er når tiltak ikke gir ventet effekt eller det oppstår uønskede konsekvenser. Da bør vi ikke bare revurdere behandlingsplanen, men kanskje også revurdere diagnosen.

Behandling ved komorbiditet

Ved komorbiditet må vi ta hensyn til dette i behandlingsplanlegging, selv om vi får lite hjelp til dette fra de ulike offentlige retningslinjene.

I NICE (2005) sin retningslinje for behandling av PTSD er det én anbefaling som vi anser som høyst relevant ved komorbid ADHD og traumereaksjoner: I de tilfellene der det vurderes at selvmordsrisikoen er høy, bør behandleren først fokusere på å håndtere dette. Selvmordsrisikoen kan øke dersom en ungdom har både traumereaksjoner og ADHD med tilhørende impulsivitet og lav frustrasjonstoleranse (Daviss & Diler, 2014). Behandlerne som skal behandle pasienter med både ADHD og traumetilstander bør derfor være særlig oppmerksomme på selvmordstanker, selvmordsplaner og selvmordsatferd. Når retningslinjene ellers er mangelfulle når det kommer til anbefalinger for pasienter med komorbid ADHD og PTSD, gjenspeiler dette også mangelen på forskningsbasert kunnskap om hva som vil utgjøre optimal behandling for disse pasientene. Ford og Connor (2009) argumenterer for at det er nødvendig med individualisert behandlingsplanlegging for hver enkelt pasient så lenge det ikke foreligger validerte intervensjoner for pasienter med komorbid ADHD og PTSD. Vi tenker at dette gjerne kan gjøres i form av kasusformulering.

I utformingen av en individualisert behandlingsplan for et barn med komorbid ADHD og traumereaksjoner må vi gjøre en vurdering av om det er mest hensiktsmessig med en lidelsesspesifikk tilnærming, eller om det er mer nyttig å rette behandlingen mot problemområder som kan være felles for de to lidelsene. Dersom vi kommer frem til at barnet vil ha best nytte av en lidelsesspesifikk tilnærming, må vi vurdere om behandlingen skal foregå parallelt, eller om det er behov for å behandle en av tilstandene før den andre. I så fall må det vurderes om det er pasientens ADHD eller traumetilstand som skal behandles først. Ford og Connor (2009) påpeker at god behandling av ADHD kan forbedre deltakelse i og utfallet av traumebehandling. Dette skjer ved at bedret impuls kontroll og reduserte vansker med oppmerksomheten kan bidra til at pasienten lettere lærer seg angstmestringsteknikker, og slik får bedre utbytte av behandlingskomponenter som retter seg mot bearbeiding av traumatiske minner. Tilsvarende hevder de at traumebehandling som gir bedre emosjonsregulering og angstmestring kan gjøre pasienten bedre i stand til å regulere aktivitetsnivå, oppmerksomhet og impulsivitet. Ofte vil det være hensiktsmessig å begynne med tiltak rettet mot

den tilstanden som er mest forstyrrende for barnets fungering eller står i veien for at barnet nyttiggjør seg andre tiltak.

I noen tilfeller kan det være mer hensiktsmessig med en tilnærming der behandlingen rettes mot felles underliggende faktorer eller problemområder, i stedet for å fokusere på tilstandene hver for seg. Harrington og kollegaer (2012) argumenterer for at når ADHD og PTSD opptrer sammen, har pasienten ofte vansker med å regulere aktiveringsnivå, og beskriver et spekter med hyperaktivitet og hyperaktivering i den ene enden og hypoaktivering og følelsesmessig nummenhet i den andre enden. De anbefaler videre forskning på kognitive og emosjonelle prosesser eller problemområder som er felles for lidelsene, for eksempel vansker med følelsesregulering og eksekutiv fungering. Dette kan danne et utgangspunkt for utviklingen av en integrert behandlingstilnærming der man setter inn tiltak som er rettet mot vansker som er felles for ADHD og PTSD.

Det er flere måter vi kan legge opp et behandlingsløp på der tiltak er rettet mot problematikk som går på tvers av lidelsene. Et eksempel er å ta utgangspunkt i toleransevinduet, en forståelsesmodell som er velkjent i traumepsykologien (se f.eks. Nordanger & Braarud, 2014). Toleransevinduet viser til det spennet av aktivering som er optimalt for individets fungering – et sted mellom over- og underaktivering. Det som kommer til syne som et bredt spekter av symptomer og uhensiktsmessig atferd, gjenspeiler at barnet er utenfor sitt toleransevindu og trenger hjelp til å regulere seg inn igjen. Siden reguleringsvansker er en fellesnevner for ADHD og traumereaksjoner, vil toleransevinduet kunne være en nyttig modell å anvende ikke bare for traumatiserte barn, men også for barn med komorbid ADHD og traumereaksjoner. Samtidig vil det i mange tilfeller være behov for å inkludere tiltak som rettes mot de problemene som er særegne for hver lidelse. For eksempel vil det for mange traumatiserte barn være nødvendig med spesifikk bearbeiding av traumene, eksempelvis gjennom utarbeidingen av et traumenarrativ. Vi tenker at dette viser hvor avgjørende det er at klinikere gjennom grundig utredning får en god forståelse av barnets problematikk og behov, slik at det er mulig å utforme en skreddersydd behandlingsplan som kan avhjelpe både ADHD- og traumesymptomer på en hensiktsmessig måte.

KONKLUSJON

Vår usystematiske gjennomgang av forskningslitteraturen på feltet viser kompliserte sammenhenger mellom ADHD og traumereaksjoner, i form av gjensidig påvirkning mellom lidelsene så vel som symptomlighet og høy grad av komorbiditet. Dette medfører utfordringer for klinikere som skal utrede og behandle barn og unge i spesialisthelsetjenesten. Offentlige retningslinjer gir lite støtte til klinikeren som skal gjøre differensialdiagnostiske vurderinger mellom ADHD og PTSD/traumereaksjoner. Retningslinjene gir heller ikke konkrete anbefalinger når det gjelder komorbiditet. Forskningslitteraturen gir rett nok noen anbefalinger, men ingen fullgode løsninger på hvordan forholde seg til differensialdiagnostiske og behandlingsmessige utfordringer. Slik situasjonen er i dag, er det etter vår vurdering særdeles viktig at den enkelte kliniker i BUP besitter god kunnskap om forholdene mellom ADHD og traumereaksjoner, og at man er seg bevisst den medfølgende risikoen for å gjøre feilvurderinger. Inntil offentlige retningslinjer og rutiner blir tydeligere på dette området, er den enkelte klinikers kunnskap og bevissthet avgjørende for å sikre god utredning og behandling.

”

Vi mener at alle klinikere som arbeider med barn må sikre god nok screening for traumehendelser og -symptomer, uavhengig av om deres arbeidssted har dette som rutine

REFERANSER

- Adler, L.A., Kunz, M., Chua, H.C., Rotrosen, J., & Resnick, S.G. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adult patients with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? *Journal of Attention Disorders*, 8(1), 11–16. doi:10.1177/108705470400800102
- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling? I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 19–38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ayer, L., Althoff, R., Ivanova, M., Rettew, D., Waxler, E., Sulman, J. & Hudziak, J. (2009). Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD) and CBCL Posttraumatic Stress Problems (CBCL-PTSP) scales are measures of a single dysregulatory syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 1291–1300. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02089.x
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero, F., . . . Faraone, S.V. (2004). Impact of Executive Function Deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Academic Outcomes in Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 757–766. doi:10.1037/0022-006X.72.5.757
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Spencer, T., Wilens, T.E. & Faraone, S.V. (2009). Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics*, 124(1), 71.
- Biederman, J., Petty, C., Spencer, T.J., Woodworth, K.Y., Bhide, P., Zhu, J. & Faraone, S.V. (2014). Is ADHD a risk for posttraumatic stress disorder (PTSD)? Results from a large longitudinal study of referred children with and without ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 15(1), 49–55. doi:10.3109/15622975.2012.756585
- Biederman, J., Petty, C.R., Spencer, T.J., Woodworth, K.Y., Bhide, P., Zhu, J. & Faraone, S.V. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 78–87. doi:10.1111/acps.12011
- Biederman, J., Petty, C.R., Wilens, T.E., Fraire, M.G., Purcell, C.A., Mick, E., . . . Faraone, S.V. (2008). Familial Risk Analyses of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 107–115. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07030419
- Briscoe-Smith, A.M. & Hinshaw, S.P. (2006). Linkages Between Child Abuse and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Girls: Behavioral and Social Correlates. *Child Abuse & Neglect*, 30(11), 1239–1255. doi:10.1016/j.chiabu.2006.04.008
- Brøndbo, P.H. & Martinussen, M. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Development and Well-Being Assessment (DAWBA). *PsykTestBarn*, 2(5).
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398.
- Daud, A. & Rydelius, P.-A. (2009). Comorbidity/overlapping between ADHD and PTSD in relation to IQ among children of traumatized/non-traumatized parents. *Journal of Attention Disorders*, 13(2), 188–196. doi:10.1177/1087054708326271
- Daviss, W.B. & Diler, R.S. (2014). Suicidal behaviors in adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(8), 680–690. doi:10.1177/1087054712451127
- De Young, A.C., Kenardy, J.A. & Cobham, V.E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14. doi:10.1007/s10567-011-0094-3
- Dovis, S., Van der Oord, S., Wiers, R. & Prins, P. (2013). What part of working memory is not working in ADHD? Short-term memory, the central executive and effects of reinforcement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 901–917. doi:10.1007/s10802-013-9729-9
- Dyb, G. (2011). Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) hos barn og ungdom. Hentet fra <http://legeforenningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Nyheter/Den-nye-veilederen-er-endelig-klar/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-43-posttraumatisk-stressforstyrrelse-ptsd-hos-barn-og-ungdom/>
- Ertan, C., Özcan, Ö.Ö., & Pepele, M.S. (2012). Paediatric trauma patients and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Correlation and significance. *Emergency Medicine Journal*, 29, 911–914. doi:10.1136/emmermed-2011-200298
- Fagermoen, E.M., Østensjø, T., Skagemo, C.U., Moen, G.M. & Husebø, G.K. (2017). Traumefokuset kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(10), 978–989
- Ford, J.D. & Connor, D.F. (2009). ADHD and Posttraumatic Stress Disorder. *Current Attention Disorder Reports*, 1, 60–66.
- Ford, J.D., Racusin, R., Ellis, C.G., Daviss, W.B., Reiser, J., Fleischer, A. & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Child Maltreatment*, 5(3), 205–217. doi:10.1177/1077559500005003001
- Glod, C.A. & Teicher, M.H. (1996). Relationship between early abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and activity levels in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1384–1393.
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(suppl 1), i2. doi:10.1136/adsc.2004.059006
- Harrington, K.M., Miller, M.W., Wolf, E.J., Reardon, A.F., Ryabchenko, K.A. & Ofrat, S. (2012). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder comorbidity in a sample of veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 679–690. doi:10.1016/j.compsych.2011.12.001
- Harty, S.C., Miller, C.J., Newcorn, J.H. & Halperin, J.M. (2009). Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: Aggression, anger, and hostility. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(1), 85–97. doi:10.1007/s10578-008-0110-0
- Helsedirektoratet (2014). *ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse – nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. Rett diagnose – individuell behandling*. Oslo.

- Helsedirektoratet (2018). *Bruk av tjenester i psykisk helsevern for barn og unge – utvikling og variasjon 2013–2017*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/2018-09%20Bruk%20av%20tjenester%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%20-%20utvikling%20og%20variasjon%202013-2017.pdf>.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., . . . Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723.
- Klimkeit, E., Graham, C., Lee, P., Morling, M., Russo, D. & Tonge, B. (2006). Children should be seen and heard: Self-report of feelings and behaviors in primary-school-age children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 181–191. doi:10.1177/1087054706289926
- Mannes, H.L., Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2011). Evolving trends in the field of trauma: Developmental and neurobiological contributions to the understanding of complex trauma. *Today's children are tomorrow's parents*, 30, 5–16.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2016). Kartlegging av traumer og PTSD hos barn og unge: Veiledning til gjennomføring av KATE og CATS. Hentet fra https://www.nkvt.no/content/uploads/2016/02/Veiledning-til-gjennomforing-C3%B8ring-av-KATECATS_gen.-2016.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence (2005). Post-Traumatic Stress Disorder: Management. Clinical guideline (CG26). Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
- Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7). doi:10.13140/2.1.4060.7361
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2010). Veileder i BUP. 3. utgave. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/>
- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Hukkelberg, S.S., Holt, T. & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3).
- Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2015). ADHD – eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(4).
- Richards, L.M.-E. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(4), 483–503. doi:10.1177/1359104512458228
- Rucklidge, J.J., Brown, D.L., Crawford, S. & Kaplan, B.J. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(4), 631–641. doi:10.1177/1087054705283892
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. & Leibenluft, E. (2014). Emotional dysregulation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13070966
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B., . . . Faraone, S.V. (2010). Emotional lability in children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 915–923. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x
- Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M. & Navalta, C.P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 397–426.
- Turley, M.R. & Obrzut, J.E. (2012). Neuropsychological effects of Posttraumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 166–182. doi:10.1177/0829573512440420
- van der Kolk, B.A. (2002). Assessment and treatment of Complex PTSD. I R. Yehuda (red.), *Treating trauma survivors with PTSD* (s. 127–156). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wehmeier, P.M., Schacht, A. & Barkley, R.A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209–217. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.09.009
- Weinstein, D., Staffebach, D. & Biaggio, M. (2000). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 359–378.

Vil gjøre deg proff på tvers

TEKST: Per Halvorsen

Som den første utdanningsinstitusjonen i landet gjør Universitetet i Bergen (UiB) tverrfaglig praksis obligatorisk for alle som tar medisin- og helsefag.

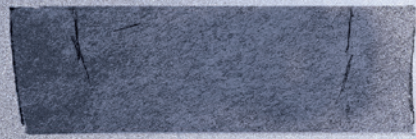
Om du er psykologstudent ved UiB må du øve deg på å samarbeide med eksempelvis tannpleiere, vernepleiere, musikkterapeuter og medisinerne. Og det skal skje ute i det virkelige arbeidslivet; i barnehager, på sykehjem og på sosialkontor.

Gjennom Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS) har UiB etablert et 20-timers kurs i tverrfaglighet: Fem og fem studenter

fra ulike utdanninger går sammen i grupper og utarbeider en plan med tiltak som kan forbedre livskvaliteten til en nærmere bestemt brukergruppe som studentene har utredet på forhånd.

Dekan Bente Wold ved UiB sier til *Psykologtidsskriftet* at TVEPS spiller den tverrfaglige virkeligheten studentene møter i yrkeslivet når de er ferdigutdannet.

- Virkeligheten er tverrfaglig. Nå har vi en gyllen mulighet til å lære morgendagens helsearbeidere å jobbe sammen og få det beste ut av hverandre til beste for pasientene, sier hun.



REDUSERT TVANG:

Når lovgivning gir praksisendring

Den samme populasjonen som ble antatt å ha behov for tvungen behandling bare måneder tidligere, har nå frivillig kontakt med behandlingstilbudet. Det er oppsiktsvekkende.

DA PSYKISK HELSEVERNLOVEN (1999) ble endret høsten 2017, fikk pasienter med alvorlig sinnslidelse mulighet til å nekte behandling gitt at de vurderes å ha samtykkekompetanse. Flere har uttrykt bekymring over pasientenes økte selvbestemmelsesrett, som samtidig medfører at behandlere får redusert sitt mandat til å iverksette tvangsbehandling. Så langt er det ikke publisert litteratur som forteller noe om hvilke følger endringer i behandlingsforløpene har fått for pasienter som tidligere ble behandlet med tvang, i etterkant av lovendringene. For å få mer kunnskap om dette har forfatteren av dette bidraget gått gjennom journalene til de pasientene som var underlagt tvangsbehandling uten døgn (TUD) i 2017 på Lovisenberg DPS. Vi fant at 80 prosent av tvangsvedtakene ble avsluttet av behandler, og at *alle* pasientene som tidligere ble tvangsbehandlet, var i frivillig behandling sommeren 2018. I løpet av

denne ettårsperioden fant vi at antall pasienter som ble behandlet på tvang, ble redusert med 35–50 prosent. Denne nedgangen regnes som unik og vesentlig. I det videre skal jeg utdype noen av de grepene vi gjorde, og beskrive noen av de følgene de virker å ha fått.¹

SELVBESTEMMELSE OG TVANG

Et grunnleggende prinsipp i all helsehjelp er at den skal gis på frivillig grunnlag. Selvbestemmelsesretten tilsier at man har rett til å ta imot behandling, men også at man har en tilsvarende rett til å nekte å motta behandling. I psykisk helsevern har man tradisjonelt skilt mellom personer som subjektivt opplever plager og *vil* motta hjelp, og personer som omgivelsene mener har plager, og som *skal* motta

.....

1. Teksten er en omarbeidet spesialistoppgave.

ANDERS JACOB,

seksjonsleder ved Blakstad Sykehus og psykologspesialist ved psykiatrisk legevakt, Storgata i Oslo

KONTAKT

anders@jacob.no

ILLUSTRASJON

Siri Dokken



Helsetilbudet til Lovisenberg DPS

- Lovisenberg DPS har et bredt psykisk helsetilbud til sine pasienter.
- Her finner vi allmennpsykiatriske poliklinikker, et spesialisert ambulanseteam for samtidig rus og psykiatri samt stasjonære og oppsøkende akutteam og rehabiliteringsteam.
- Lovisenberg har også tre oppsøkende fleksible behandlingsteam (FACT-team). Alle enhetene i Lovisenberg DPS forvalter TUD.

Fokus på kvalitet og fagutvikling

- Klinikken for psykisk helsevern ved Lovisenberg Sykehus har hatt et omfattende fokus på kvalitetsheving og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern de siste årene (f.eks. Veland & Jacob, 2014; Veland & Jacob, 2016; Moldal, 2016; Bruaset, Sundby & Midgaard, 2017).
- En sammenligning av tall på TUD med andre storby-DPS-er kan avklare om det finnes forskjeller i både reduksjon av tvangsbruk, innleggelsesrater og pasientretensjon, og videre om dette fagarbeidet kan ha hatt en smitteeffekt mellom seksjonene.
- Vår undersøkelse er korrelasjonell av design, og spekulasjoner om mulige årsaker må tolkes med forsiktighet.
- Det foreligger foreløpig ingen tilgjengelig statistikk som muliggjør en sammenligning med andre storby-DPS-er.

hjelp. Helsehjelpen som skal gis, varierer med hva samtiden anser som den beste faglige praksisen, tilgjengelige ressurser og rådende politiske føringer.

Tvang er regulert i psykisk helsevernloven og har vært gjenstand for flere endringer siden den trådte i kraft i 2001. Denne loven gir blant annet hjemmel for helsepersonell til å anvende tvang ved mistanke om alvorlig sinnslidelse, samtidig som et av hovedformålene med regelverket er å forebygge og begrense bruken av tvang i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper. Tvang i psykisk helsevern er en stor inngripen i enkeltmenneskers autonomi og selvbestemmelsesrett, og kan blant annet innebære tvangsinnleggelse på sykehus, bruk av tvangsmidler (som kortvarig isolasjon, belter) og medisinerings med psykofarmaka mot pasientens eget ønske.

NYE LOVENDRINGER

En viktig grunn til endringene som ble gjort i psykisk helsevernloven i 2017, var at bruken av tvang ikke var gått tilbake de siste årene; dette til tross for at tidligere lovendringer og intervensjoner hadde tvangsnedgang som hovedmål. Videre så man at det var store geografiske variasjoner i hvordan både tvangsbehandling og tvangsmidler ble anvendt på landsbasis.

En sentral endring i loven var at behandlere som vurderer om pasienter bør tvangsinnlegges eller få tvangsbehandling med legemidler, ble pålagt å vurdere dette opp mot pasientens *samtykkekompetanse*. Å ha samtykkekompetanse betyr at man er en person over 16 år som både har innsikt i og kan vurdere konsekvensene av valgene om å motta eller avslå tilbud om psykisk helsehjelp. Denne kompetansen skal ses i lys av den helsehjelpen som skal gis, og den skal vurderes fortløpende. Retten til selvbestemmelse kan kun settes til side dersom behandler antar at det er nærliggende fare for pasientens eller andres liv og helse, som følge av pasientens psykiske tilstand.

Flere har innvendt at dersom pasienter avslutter en antatt virksom behandling i form av medisinerings, kan dette gi alvorlig forverring av en psykisk lidelse og muligens medføre lengre sykehusinnleggelse eller få andre alvorlige følger som selvpåført skade eller skade på andre. Så langt har det ikke vært gjennomført



Lovendringen ser ut til å ha ført til en endret holdning blant behandlere om når det er absolutt nødvendig med tvangsbruk

konsekvensutredninger eller lokale testgrupper for å kartlegge hvordan økt selvbestemmelsesrett kan påvirke pasientene og behandlingsapparatet. Samtidig har utviklingen gått i retning av at behandling i større grad foregår poliklinisk og/eller ambulant, fremfor innleggelse på sykehus eller annen institusjon. De fleste sykehus i psykisk helsevern har redusert antall sengeplasser i tråd med denne utviklingen, og står dermed dårligere rustet enn tidligere til å ta imot flere innleggelser dersom lovendringen skulle gi flere alvorlig forverrede ubehandlede tilstander.

TVANG PÅ LANDSBASIS

I dag finnes det ingen komplett oversikt over hvor mange pasienter som behandles med tvang i psykisk helsevern, og det er store mangler i rapporteringen fra enkeltinstitusjoner til Norsk pasientregister (Bremnes et al., 2016; Tvangsforsk, 2017; Helsedirektoratet, 2018). Både VG, NRK og Aftenposten har avslørt at det er store sprik i tallene som forteller om omfanget av den reelle tvangsbruken, og som helseforetakene har rapportert til Helsedirektoratet de siste årene. Helsedirektoratet (Bremnes et al., 2016) rapporterte at Lovisenberg Sykehus var på landstoppen i bruk av TUD i 2014, rett nok sammen med Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Helse Bergen HF. Som følge av blant annet dette startet Lovisenberg Sykehus i denne perioden et omfattende arbeid med kvalitetssikring og reduksjon av tvangsbruk.

Som del av dette arbeidet ønsket vi å undersøke forløpene hos pasientene som fikk avsluttet poliklinisk tvangsbehandling ved Lovisenberg DPS på to ulike tidspunkt (oktober 2017 og mai 2018), for slik å undersøke forløps- og behandlingsstatus som følge

av økt autonomi etter lovendringene i psykisk helsevernloven.

FREM GANGSMÅTE OG RESULTATER

For å finne antall pasienter på TUD og hvilken seksjon de tilhørte, ble det hentet ut informasjon om behandlingsstatus fra pasientenes journal, fra de pasientene som hadde vært underlagt tvangsbehandling i 2017. Antall pasienter underlagt TUD ble talt opp måned for måned. Pasientene som ikke lenger var underlagt TUD i perioden fra januar til oktober 2017, ble undersøkt nærmere ved manuell gjennomgang av journal, slik at vi fikk avklart hvem som avvirket tvangsbruken, om pasienten hadde vært innlagt på sykehus, og om pasienten fortsatt var i behandling. Disse pasientene ble undersøkt på ny i mai 2018 for innen-gruppe-sammenligning. Pasienter som var overført til eksterne institusjoner eller registrert som avdød, ble ekskludert. Det er ikke registrert hvorvidt det var samtykkekriterium eller farekriterium som var blitt anvendt for etablering eller videreføring av TUD. Denne registreringen gjøres verken lokalt eller nasjonalt per dags dato.

I januar 2017 var det registrert 104 pasienter underlagt TUD på Lovisenberg DPS, mens antallet var falt til 53 i desember samme år; en nedgang på nesten 50 prosent. Syv pasienter ble ekskludert fra analysen i henhold til kriteriene beskrevet over, og man satt igjen med 44 pasienter underlagt TUD. Når man sammenlignet samme pasientgruppe i mai 2018 med januar 2017, fant vi en nedgang på 36 prosent i antall pasienter underlagt TUD. Tallene fra oktober 2017 fortalte at rundt 80 prosent av vedtakene var opphevet av behandler og ikke av kontrollkommisjonen. Rundt 90 prosent av pasientene hadde ikke registrert psykiatrisk innleggelse i Lovisenberg-systemet i denne perioden. Ved sammenligning av samme utvalg i mai 2018 var 77 prosent fremdeles uten kjent psykiatrisk innleggelse.

I oktober 2017 var 96 prosent av pasientene som var tatt av TUD, registrert i aktiv pågående behandling. I mai 2018 fant vi at *alle* pasienter som var tatt av TUD i perioden januar til oktober 2017, fortsatt var i en aktiv og frivillig behandlingskontakt på Lovisenberg DPS.

Vi har også forsøkt å hente ut en komplett historisk statistikk de siste årene, slik at vi kan sammenligne tallene på TUD på tvers av våre



tilbud. Slike undersøkelser vanskeliggjøres av omorganiseringer, og så langt har det ikke teknisk latt seg løse å hente ut slike tall. Muntlige rapporter fra ledergruppen forteller imidlertid at tallet på pasienter på TUD har ligget på 100–130 hvert av de siste årene. En relativ nedgang på 35–50 prosent på ett år fremstår derfor som vesentlig, selv om vi foreløpig ikke vet om endringene er stabile.

HVA KAN REDUKSJONEN SKYLDES?

En mulig årsak til nedgangen i TUD er lovendringene i 2017 som ga økt selvbestemmelserett til å nekte behandling. Lovendringen ser ut til å ha ført til en endret holdning blant behandlere om når det er absolutt nødvendig med tvangsbruk, men også til at man har videreutviklet og gjør mer bruk av ambulante tilbud som møter pasienten der de oppholder seg, og et godt samarbeid med førstelinjetjenester, som ofte kjenner pasientene godt fra mer stabile faser.

Lovisenberg DPS har videre tilgang til en rekke andre tilbud, som lokalt akutteam, Sosial ambulant akuttjeneste på Oslo kommunale legevakt og Psykiatrisk legevakt. Sistnevnte har de siste ti årene arbeidet systematisk med faglig kvalitetsheving og reduksjon av unødvendig tvangsbruk, og har redusert antall tvangsinnleggelse med over 50 prosent (Ness, Steen, Reichelt & Walby, 2016). Vi deler behandlingsfilosofi med alle de nevnte instansene, og disse sentrale samarbeidspartnerne supplerer tilbudet ved vår DPS utover ordinær kapasitet og arbeidstid, og antas å ha bidratt til nedgangen i TUD-pasienter.

Rundt 80 prosent av vedtakene om avsluttet TUD ble gjennomført av behandler selv, ikke av Kontrollkommisjonen. Kanskje er dette et uttrykk for en holdningsendring blant behandlere for hvordan tvangsbehandling skal forvaltes. Ser vi på tvangsinnleggelse, finner vi at 7 prosent av TUD-pasientene var registrert med en eller flere innleggelse i oktober 2017. Dette tallet var steget til 23 prosent i mai 2018, en relativ økning på 233 prosent. Vi mangler gode tall for å bedømme om dette er en høy eller lav innleggelsesrate for denne pasientpopulasjonen. Men kanskje er det mer ressurskrevende å behandle dårlige pasienter frivillig utenfor institusjon; spesielt ettersom man ikke har økt de polikliniske ressursene for å håndtere pasientgruppen som tidligere



Når pasienter som tidligere har vært tvangsbehandlet, fremdeles er i aktiv poliklinisk behandling, tilsier dette at tvang ikke alltid er nødvendig

var underlagt tvangsbehandling. Antagelig vil mer ressurser til poliklinikkene bidra til at de bedre kan håndtere økt symptomtrykk hos pasientene, som når tilgjengelig helsepersonell hjelper pasientene med å finne alternativer til tvangsinnleggelse.

FORTSATT BEHOV FOR TVANG?

I oktober 2017 var 96 prosent av pasientene som var underlagt TUD på Lovisenberg DPS, i aktiv behandling. I mai 2018 fant vi at alle pasientene som ble tatt av TUD i løpet av 2017, var i aktiv og frivillig behandling. Det er altså ikke pasientgruppen som var tatt av TUD fra januar 2017 til oktober 2017, som utgjør stigningen i pasienter på TUD i 2018, men nytilførsel av pasienter.

Det er oppsiktsvekkende at den samme populasjonen som ble antatt å ha behov for tvungen behandling bare måneder tidligere, nå har frivillig kontakt med behandlingstilbudet. Hva slags behandling pasientene faktisk mottar, er ikke undersøkt og er noe man bør se nærmere på. Kanskje har det en positiv funksjon å tvinge pasienter til å etablere en medikamentell og psykoterapeutisk behandling i en avgrenset periode etter utskrivelse fra sykehus, som man så senere står fritt til å velge bort når situasjonen er mer stabil. Flere pasienter har hatt mange negative relasjonelle erfaringer, og et ønske om å avslutte videre poliklinisk behandling vil da i større grad være et informert valg fremfor lært unngåelsesatferd med påfølgende negativ forsterkning.

Det er viktig å presisere at selv om tallene ser lovende ut, er dette en foreløpig status. Hvordan pasientforløpene med økt autonomi utvikler seg på gruppenivå i fremtiden, krever ytterligere statistiske data på lokalt og nasjonalt nivå. En hypotese som bør vektlegges i

OM SPALTEN FRA PRAKSIS

Fra praksisbidrag gir nye perspektiver på psykologers virke og viser frem kompleksiteten i arbeidet. Artiklene er ikke fagfelleverderte.

Ønsker du å skrive et fra praksisbidrag? Send til fagbidrag@psykologtidsskriftet.no

fremtidige undersøkelser, er om økt autonomi fører til mer langvarige og alvorligere innleggelser, og eventuelle konsekvenser dette har for både pasienter, pårørende og behandlingsapparatet.

VEIEN VIDERE

Hensikten med lovendringene i psykisk helsevernloven var å redusere bruken av tvang. Så langt ser det ut til å være en tydelig sammenheng mellom endringer i psykisk helsevernloven og en nedgang i tvangsbruken på Lovisenberg DPS, om enn kombinert med andre faktorer, som fagutvikling, holdningsendringer, samarbeidspartnere og pragmatisk pasienttilnærming. Det foreligger ikke sammenlignbare tall som muliggjør komparative studier med andre DPS-er i Norge. Det bør være et prioritert område fra helsemyndighetenes side å få på plass et nasjonalt register der man kan sammenligne landsdekkende statistikk på tvangsbruk. Hvert helseforetak bør stå ansvarlig for kvaliteten på egne data i innrapportering av tvangsbruk.

Når pasienter som tidligere har vært tvangsbehandlet, fremdeles er i aktiv poliklinisk behandling, tilsier dette at tvang ikke alltid er nødvendig. Det er imidlertid for tidlig å si noe om langtidskonsekvensen av økt autonomi for pasienter med alvorlig sinnslidelse, noe som bør følges tett opp i videre studier. Flere sykehus melder om økt tilstrømming av behandlingstrengende pasienter, og for få ressurser til å gi dem adekvat behandling. Det er ikke gitt økonomisk tilskudd til behandlingsapparatet i kjølvannet av endringene i psykisk helsevernloven. Helsevesenet har trolig også en vei å gå når det kommer til å selge inn sitt tilbud om hva som finnes av ulike typer psykisk helsehjelp, og å presentere reelle alternativer for behandling som kan imøtekomme den enkelte pasients behov i rimelig grad uten å bruke tvang. Gårdagens «best practice» er å regne som et alvorlig regelbrudd i det nye lovverket, og behandlingssystemet er tvunget til å tilpasse seg nye pasientrettigheter uten ny tilførsel av midler. Hvordan denne utviklingen vil bli i årene som kommer, er i alles interesse å følge tett. ✕

REFERANSER

- Lov om psykisk helsevern (1999). <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html>. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Bremnes, R., Pedersen, P.B., Hellevik, V., Urfjell, B., Solberg, A., Engeset Vedvik M.A., Gaarder, M., Lilleeng, S., Nystadnes, T. & Kindseth, K. (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2014*. Helsedirektoratet.
- Bruaset, G.T., Sundby, K., & Midgaard, K. (2017). Vellykket satsing på kognitiv miljøterapi. *Sykepleien*, 105, doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64279
- Helsedirektoratet (2018). Kontrollkomisjonen i psykisk helsevern. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/kontrollkomisjonen-i-psykisk-helsevern>
- Moldal, E. (2016). Simulering demper uro og gir mindre tvangsbruk. *Sykepleien*, 104(1), 46-48. doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56183
- Ness, E., Steen, O., Reichelt, J.G. & Walby, F.A. (2016). Reduksjon av tvangsinnleggelse fra legevakt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(8), 624-631
- Tvangsforsk (2017). *Nøkkeltall tvang*. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin. [Hentet 2017-19-10] Hentet fra: http://www.tvangsforskning.no/noekkeltall_tvang
- Veland, M. & Jacob, A. (2014). Jobber for mindre tvang. *Sykepleien*, 102(9), 50-51. doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0102
- Veland, M. & Jacob, A. (2016). Bruker mindre tvang. *Sykepleien*, 104(4), 54-57. doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.57137

Se også aktuelt-saken om Tvangslovutvalgets forslag til nytt lovverk om tvang på side 489.

Moralens tidsdimensjon

Vi hever våre moralske standarder når vi skuer fremover: Gårdagens synder tilgis lettere enn det vi kan komme til å gjøre i morgen.

HALLGEIR SJÅSTAD,
psykolog og forsker
i FAIR Insight Team
(SNF/NHH)

KONTAKT
hallgeir.sjastad@snf.no

Blir det verre å snike på bussen om du venter til i morgen? En ny studie viser at folk påtar seg større ansvar for egne handlinger i fremtiden enn de gjør for identiske handlinger i fortiden. Kanskje det er noe i ordtaket om at det er enklere å få tilgivelse enn tillatelse – også når vi vurderer oss selv?

TIDSAVHENGIG MORAL

Moral handler om hva som er rett og galt, hvem som er ansvarlig, og hva konsekvensene bør bli. Sunn fornuft tilsier at moralske prinsipper ikke endrer seg fra en dag til den neste: Det som var galt i går, vil fortsatt være galt i morgen. Ja, det finnes en rekke normative teorier om hvordan mennesker *bør* handle på tvers av tid og sted – i filosofien, politikken og religionen. Men er det så sikkert at vanlige folk er like konsistente? Med lange historiske røtter er dette et sentralt spørsmål som det forskes mye på i moderne sosialpsykologi. Her er ikke målsettingen å mene noe om hva folk *bør* gjøre, men å studere så åpent som mulig hvordan folk tenker og føler, og hva de faktisk gjør.

I samarbeid med Roy Baumeister publiserte jeg nylig en vitenskapelig artikkel på nettopp denne problemstillingen (Sjåstad & Baumeis-

ter, 2019), basert på en serie eksperimenter fra Norge og USA. Med utgangspunkt i et totalt utvalg på over 900 personer ble deltagerne først presentert for ulike eksempler på antatt dårlige gjerninger (snytte litt på skatten, melde inn ugyldig sykefravær, drikke én enhet for mye alkohol før bilkjøring) og gode gjerninger (gi blod, donere penger til en god sak, gi venner og familie en hjelpende hånd). Det som gjorde dette til et kontrollert eksperiment, var at halvparten av deltagerne ble tilfeldig valgt ut til å se for seg at de utførte disse handlingene for et år siden, mens den andre halvparten ble bedt om å se for seg at de kom til å utføre nøyaktig samme handling om et år fra nå. På denne måten var ulikt tidsperspektiv eneste systematiske forskjell mellom de to gruppene. Deltagerne ble så bedt om å vurdere hvorvidt de burde bli holdt ansvarlig for de aktuelle handlingene, på standardiserte svarskalaer fra 0 til 10. Den overordnede hensikten var å undersøke om moralske vurderinger er konsistente på tvers av ulike tidsperspektiv, eller om fremtiden tillegges større vekt.

Stikk i strid med idéen om tidskonsistent moral viste resultatene at deltagerne påtok seg et betraktelig større ansvar for egne valg i fremtiden. De som vurderte et fremtidig scenario, syntes at de fortjente mer ros og beløn-



ning for gode handlinger, men også mer skyld og straff for negative handlinger. De som vurderte tilsvarende handlinger i et tilbakeskuende perspektiv, responderte ved å nedtone eget ansvar – både for gode og dårlige valg. En oppfølgingsanalyse viste at deltagerne også rapporterte sterkere emosjonelle reaksjoner når de tenkte fremover (både for positive og negative handlinger), og at de trodde at deres fremtidige valg ville få større betydning for det personlige omdømmet deres. Dette mønsteret fant vi på tvers av to forskjellige språk i to land: Norge og USA.

Samlet sett tyder dette på at vi vurderer samme handling annerledes når tidsperspektivet endrer seg fra fortid til fremtid: Moralske dyder fremstår som *enda bedre*, og moralske ugjerninger fremstår som *enda verre*. Sagt med andre ord, så hever vi de moralske standardene våre når vi tenker fremover.

MORALENS SOSIALE FUNKSJON

Hvordan kan man så forklare disse resultatene? Fra et sosialpsykologisk perspektiv er moralens viktigste funksjon å tøyte enkeltindividets ego-

isme til fordel for gruppen og «stammesamfunnet» – som i det lange løp er en nødvendighet også for enkeltindividet. Individuelt sett er ikke mennesket spesielt imponerende i evolusjonært perspektiv, men som del av samarbeidsbaserte sosial-kulturelle enheter står vi plutselig øverst i næringskjeden. Moralens sosiale funksjon er særlig uttalt i krysskulturelle leve-regler (Curry, Mullins & Whitehouse, 2019), som vektlegger betydningen av å beskytte barn og familie fra fare, gjengjeldelse av hjelp og tjenester, belønning av lojalitet og store bidrag til «inn-gruppen», og straff av de som jukser eller snylter på andre. Til tross for alt som er forskjellig i verden, finnes det stor enighet på tvers av land og kulturer om at dette anses som ønskelig atferd. Samtidig har ulike studier (Martin, Rigoni & Vohs, 2017) vist at moralen vår er spesielt sensitiv for beslutninger som kan endres. Hvis noen har gjort noe galt når de tilsynelatende *kunne* handlet annerledes, er veien kort til å konkludere med at de også *burde* handlet annerledes. Kanskje derfor er også de fleste av oss mer villig til å belønne hardt arbeid enn flaks og rene tilfældigheter.

TID OG MORAL

Hallgeir Sjøstad fant at personer som vurderte et fremtidig moralsk scenario, syntes at de fortjente mer ros og belønning for gode handlinger, men også mer skyld og straff for negative handlinger. De som vurderte tilsvarende handlinger i et tilbakeskuende perspektiv, nedtonet eget ansvar for både gode og dårlige valg. Foto: Pat Meise / Plainpicture / Scanpix





Vår moralske sans blir skjerpet idet vi skifter fokus fra fortid til fremtid – for fremtiden kan vi tross alt gjøre noe med

Det nye med våre eksperimenter er at vi har dokumentert hvordan forskjeller i tidsperspektiv kan gi opphav til en lignende effekt: Fortiden har allerede skjedd og kan ikke endres direkte, men fremtiden er fortsatt åpen for påvirkning. Som konsekvens har vi sannsynligvis lettere for å tilgi både oss selv og hverandre for hva vi gjorde i går, enn for det vi kan komme til å gjøre i morgen. For den som vil styrke moralske forpliktelser til generøsitet og samarbeid, bør dermed tidshorisonten flyttes fra fortid til fremtid – for der kan alt skje.

LANGSIKTIG GENERØSITET

I en nylig studie (Sjåstad, 2019) tok jeg dette perspektivet et steg videre. På tvers av en serie eksperimenter som inkluderte en pre-registrert replisering i storskala, ble deltagerne bedt om å fokusere enten på fremtiden eller nåtiden før de tok ulike valg i spesifikke scenarier. Beslutningene handlet om hvor mye penger av en total sum på 1000 kroner de var villig til å dele med en anonym tredjepart, hvor mye de ønsket å gi til en god sak, og hvorvidt de var villig til å jobbe som frivillig som telefonselger for en dag. Resultatene viste at i alle disse valgene var de som fokuserte på fremtiden, betraktelig mer generøse enn de som fokuserte på nåtiden: De var villig til å dele mer penger med andre, og var mer interessert i å støtte en god sak både i form av penger og egen tid. I tråd med hypotesen var denne effekten drevet av en samtidig økning i ønsket om å ivareta et positivt omdømme. Dette betyr at de som tenkte fremover, ble mer oppmerksomme på de sosiale konsekvensene av valgene, og derfor ble de også mer gavmilde.

Jeg vil gjerne understreke at disse studiene ikke på langt nær tilsier at strategisk langsiktighet er den eneste forklaringen på menneskets ekstraordinære villighet til å dele. Poenget er heller at langsiktighet er ett av flere motiver som *kan* dra oss i pro-sosial retning, og motsatt, at kortsiktighet *kan* gjøre oss mer egoistiske. En annen del av forklaringen, som tar oss tilbake til første del av denne teksten, er at vår moralske sans også blir skjerpet idet vi skifter fokus fra fortid til fremtid – for fremtiden kan vi tross alt gjøre noe med. ✕

LITTERATUR

- Curry, O.S., Mullins, D.A., & Whitehouse, H. (2019). Is it good to cooperate? Testing the theory of morality-as-cooperation across 60 societies. *Current Anthropology*, 60(1), doi.org/10.1086/701478
- Martin, N.D., Rigoni, D., & Vohs, K.D. (2017). Free will beliefs predict attitudes toward unethical behavior and criminal punishment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114 (28), 7325–7330 doi.org/10.1073/pnas.1702119114
- Sjåstad, H. & Baumeister, R.F. (2019). Moral self-judgment is stronger for future than past actions. *Motivation and Emotion*. doi.org/10.1007/s11031-019-09768-8
- Sjåstad, H. (2019) Short-sighted greed? Focusing on the future promotes reputation-based generosity. *Judgment and Decision Making*, 14(2), 199–2013.

Meninger



FOTO: SKYSEKER/FILCKROOM



Må traumatiserte barn skånes fra å møte sine foreldre?

Hovedinnlegg, side 524.

Farlig myte

«Hvis noen virkelig vil ta livet sitt, så klarer de det!» er et ødeleggende utsagn som vi må slutte å spre, tro på og handle etter, mener Erik D. Hansen.

Debatt, side 528.

Send innlegg til 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.



Hill Thompson 19

Samvær for traumatiserte barn

Kan møter mellom traumatiserte barn og deres foreldre bidra til reparasjon av barnet, eller er det noe barnet må skånes for?

MAN KAN ANBEFALE at barn møter egne foreldre i en behandlingskontakt, selv om foreldrene er de som har påført traumene. Dette er imidlertid ikke det samme som å anbefale at barn og foreldre skal møtes innenfor lovens rammer for samvær.

RETT TIL FAMILIELIV

I oktober 2017 avsa Høyesterett dom i «Jakob-saken»¹. «Jakob» var seks uker da han ved minst to anledninger ble påført til sammen 19 ribbensbrudd av en av foreldrene. Høyesteretts vedtak om at foreldrene skulle ha rett til ett samvær i året av én times varighet, vakte en rekke sterke reaksjoner fra engasjerte fagfolk med større eller mindre innsikt i den konkrete saken. Reaksjonene kom til uttrykk i utsagn av typen «Skal et barn som fortsatt er preget av traumer som foreldrenes (manglende)

omsorg har påført dem, pålegges samvær med de samme foreldrene?» og «Samvær vil retraumatisere barnet med store konsekvenser på kort og lang sikt». Stemmene som ga uttrykk for at kontakt mellom barn og foreldre i visse situasjonen kunne være reparerende, møtte motbør.

Risiko for retraumatisering ved samvær er aktuelt å vurdere i mange av sakene der barnevernet har overtatt omsorgen. I Jakob-saken la Høyesterett til grunn at barnets sårbarhet var et særlig forhold som det måtte tas hensyn til når samvær mellom ham og foreldrene skulle fastsettes. Samtidig viste Høyesterett til foreldrenes og barnets rett til respekt for sitt familieliv, en rett som er beskyttet etter Grunnlovens §102 og Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 8. For barnets del må det også ses hen til FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen) artikkel 16 og artikkel 9 nr. 3 om et barns rett til familieliv etter at det offentlige har overtatt omsorgen. Kort

EVA STEINBAKK,
psykologspesialist,
privatpraktiserende

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

SAMVÆRSRETT

.....

1. HR-2017-2015-A, sak nr. 2017/614





Når psykologer tar steget inn i rettssalen, må vi derfor være bevisst på å skille mellom begrepene samvær og behandlingskontakt

sagt: Fylkesnemnda og domstol må forholde seg til at norsk lov sier at foreldre og barn har rett til et familieliv, også i tilfeller der foreldrene har påført barna skader.

SKADE ELLER REPARASJON?

Sakkyndighetsrollen står i spennet mellom psykologisk forskning og kunnskap om barnets beste, og de lover om samvær mellom barn og foreldre som domstolen må og skal forholde seg til.

Som sakkyndig psykolog utreder jeg ofte saker der samvær skal fastsettes mellom traumatiserte barn og foreldre som har påført barna traumer. *Barnevernet argumenterer* med at barnet ikke bør ha samvær med sine foreldre fordi samvær innebærer traumepåminnere som destabiliserer barnets fungering og bringer det utenfor «toleransevinduet». De viser da gjerne til reaksjoner hos barnet både i forkant og etterkant av et samvær, reaksjoner som at det tisser på seg, får søvnvansker, har tilbakvendende mareritt, viser ubehag, tyr til repeterende ritualer, har konsentrasjonsvansker og økt kroppslig uro både hjemme og på skolen, alt reaksjoner som over tid skader barnets utvikling.

Fra foreldrenes side argumenteres det ofte med at gode samvær kan virke reparerende på barnets tidligere ervervede traumer. Samvær kan bidra til at barnet får mulighet til å møte foreldrene i en trygg situasjon. Ved at barnet får møte sine foreldre unngår man at barnet utvikler unngåelsesatferd, noe som på lengre sikt kan øke barnets angst. Dersom barnet tilhører en minoritet, argumenteres det i tillegg med viktigheten av at barnet beholder kontakt med sin biologiske familie av hensyn til opphavskulturen.

Psykologer (enten de er rettsoppnevnte sakkyndige eller behandlere fra BUP, DPS m.m.) føres som vitner for å opplyse saken for domstolen. Uavhengig av hvilken rolle psykologen har, koker spørsmålet de skal besvare, ofte ned til: Er det barnets beste å ha samvær med foreldrene?

Dessverre preges diskusjonen ofte av at premissene for spørsmålet ikke er godt nok definert for den som skal svare på det. Det juridiske begrepet *samvær* brukes ofte synonymt med *foreldrekontakt i psykologisk behandling* uten at dette blir tydeliggjort for retten. Man risikerer derfor at to psykologer, som i utgangspunktet er faglig enige, gir forskjellige svar når de står i vitneboksen. Den ene psykologen tar utgangspunkt i det juridiske begrepet samvær, og den andre besvarer spørsmålet med utgangspunkt i behandling av traumer.

PSYKOLOGISK BEHANDLING AV TRAUMER

Det er ikke faglig omstridt at traumer hos barn kan behandles, og det er utviklet flere effektive behandlingsteknikker spesifikt rettet mot behandling av traumer hos barn.² Men: Behandling av barn med posttraumatisk stress forutsetter at barnets omsorgsbetingelser er endret fra utrygt til trygt. Det krever også at akkurat dette barnets historie kartlegges nøye av en faglig kompetent behandler.

Det å snakke om eller møte foreldrene kan vekke svært sterke reaksjoner hos barnet. Når barnet eksponeres for traumepåminnere, må det

.....
2. Tine Jensen gir for eksempel en kortfattet gjennomgang av dokumentert traumebehandling av barn på psykologisk.no/2019/01/nye-anbefalinger-for-behandling-av-traumerelaterede-lidelser.

i etterkant få hjelp til å forstå sammenhengen mellom egen historikk og de fysiologiske reaksjonene tidligere erfaringer fortsatt utløser.

Ser vi på traumebehandling for barn (f.eks. traumefokusert kognitiv atferdsterapi, TF-CBT), ser vi at behandlingen gis individuelt, og den gis av behandlere som har fått opplæring i den spesifikke metoden, i tillegg til at det legges særlig vekt på å utvikle og opprettholde en god terapeutisk allianse mellom barn og behandler.

Et behandlingsforløp kan lære både barnet, fosterforeldre og biologiske foreldre nye ferdigheter som kan hjelpe dem til å redusere barnets stressreaksjoner i møtet med traumepåminnere og bearbeide barnets tanker og følelser knyttet til traumehendelsen. Behandlingen kan også hjelpe barnet, fosterforeldrene og biologiske foreldre med å forholde seg til tanker og følelser som vil komme i framtiden i forbindelse med eksempelvis samvær.

I et kontrollert behandlingsløp som skissert over, kan biologiske foreldre få hjelp til hvordan de kan møte barnet på best mulig måte. Dette behøver i første omgang ikke skje ved et direkte møte, men kan skje indirekte ved brev og/eller videopptak der foreldre får hjelp til å formulere sitt budskap slik at barnet trygges.

Forutsigbare og strukturerte betingelser omkring kontakt/dialog mellom foreldre og barn er spesielt viktig i saker der et impulsivt utsagn eller handling kan få store konsekvenser.

Undertegnede mener det generelt er faglig forsvarlig å eksponere et barn for den/det som forårsaket traumet, dersom det skjer som ledd i et *individuell* tilrettelagt opplegg som er faglig forankret, og som overvåkes og evalueres av fagpersoner med nødvendig kompetanse underveis. Men det å anbefale at et barn som er påført traumer, kan møte sine foreldre i en behandlingskontakt, er *ikke* det samme som å anbefale at barn og foreldre skal møtes innenfor de rammer som samvær etter loven gir.

Det er nemlig flere prinsipielle forskjeller på psykologisk behandling og samvær.

SAMVÆR ETTER LOVEN

Det samværet domstolen fastsetter, skal barnevernet gjennomføre. Dersom domstolen bestemmer at det skal være tilsyn under samværet, utnevner barnevernet en tilsynsfører. Barnevernet kan på eget initiativ øke samvær mellom barn og foreldre. Dersom det imidlertid

er behov for reduksjon av samvær, har barnevernet ikke anledning til å forkorte eller redusere samværet. Barnevernet må da be fylkesnemnda om en fornyet behandling av spørsmålet.

Barn som skal vokse opp i fosterhjem, har vanligvis en times samvær med sine foreldre 3–6 ganger pr. år. Et samværsomfang på 3–6 ganger i året er tilstrekkelig for at et barn skal få kjennskap til sine biologiske foreldre, men et slikt samvær er ikke tilstrekkelig, verken i omfang eller fleksibilitet, til at det er mulig å drive traumebehandling som involverer biologiske foreldre (herunder eksponeringsterapi) på traumeutsatte barn. Tilsynspersonell i regi av familievernkontor eller barnevern har heller ikke den nødvendige opplæring eller faglige kompetanse som kreves for å gjennomføre psykologisk behandling av traumatiserte barn.

Dersom man under samvær velger å eksponere et traumeutsatt barn for en forelder som har påført barnet traume, er risikoen svært stor for at forelderen vil fungere som en traumepåminner som øker barnets angst, uten at det gir særlig positive helsegevinster for barnet. Snarere tvert imot kan slik eksponering utenfor behandlingssammenheng sette barnets utvikling tilbake og destabilisere en begynnende stabilisering i barnets fungering. Dette gjelder spesielt for de yngre barna, som ikke har språk eller kognitive forutsetninger til å forstå rammene for samvær.

I en rekke saker vil det derfor ikke være forsvarlig eller til barnets beste å fastsette samvær.

KONTAKT, IKKE SAMVÆR

Som nevnt over, er det en prinsipiell forskjell på «juridisk samvær» og «behandlingskontakt» mellom et barn og barnets foreldre. Borgarting lagmannsrett avsa nylig en spennende dom³ der retten konkluderte med at samvær fastsatt av domstolen, og innenfor de rammer barnevernloven ga, innebar en reell og aktuell risiko for retraumatisering. Lagmannsretten kom derfor til at det forelå en klar risiko for retraumatisering, som i den konkrete saken utgjorde spesielle og sterke grunner til å nekte samvær. At det ikke skulle være samvær etter barnevernloven, var ifølge lagmannsretten likevel ikke til hinder for at barnevernet kunne fastsette møter mellom barn og foreldre i en terapeutisk sammenheng. Lagmannsretten anså det som viktig at barnevernet planla og igangsatte en terapeutisk behandling av barnet som også tok sikte på en hensiktsmessig reintroduksjon av barnets biologiske foreldre. Retten la til grunn at et slikt møte ikke kunne besluttes på en bestemt dato, men måtte skje på den måten den ansvarlige behandler fant forsvarlig og hensiktsmessig.

Jeg mener denne dommen favner de problemstillinger som ble reist i Jacob-saken, på en ryddig og nyansert måte. Kontakt mellom barn som har vært utsatte for traumer, og deres foreldre er ikke nødvendigvis et spørsmål om enten/eller, det kan være både og.

Når psykologer tar steget inn i rettssalen, må vi derfor være bevisst på å skille mellom begrepene samvær og behandlingskontakt. Dersom man anbefaler behandlingskontakt, må retten få forklart hva en slik prosess krever av tid og kompetanse, slik at behandling av traumer der foreldrene inngår, ikke forveksles med samvær. ✕

.....

3. Saken er anket til høyesterett og derfor ikke rettskraftig i skrivende stund.



ERIK D. HANSEN,
psykolog, Trondheim

SELMORD

Farlig myte

Utsagn som stadig gjentas, har lett for å bli trodd – også av godt utdannede fagpersoner.

ETTER ET PAR år i feltet har jeg lagt merke til forhold som uroer meg ved måten vi i psykisk helsevern ofte møter pasienter på. Det virker som mange av oss lager uskrevne regler, som er feil. Det er særlig én slik «myte» jeg vil å ta frem, i håp om å skape faglig debatt og et mer nyansert syn hos oss behandlere:

«HVIS NOEN VIRKELIG VIL TA LIVET SITT, SÅ KLARER DE DET!»

De siste årene har jeg sett dette utsagnet i flere ulike kontekster. Jeg tør påstå at det er like ødeleggende hver gang – enten det blir sagt i media, på fagkonferanser eller til studenter, kolleger, pasienter og/eller pårørende.

Implisitt kommuniserer vi da at det meste som finnes av selvmordsproblematikk der ute, egentlig ikke er reelt. Andre fagfolk nikker kanskje gjenkjennende og ser for seg unge jenter som stadig tropper opp på legevakta med blodige armer og magen full av Paracet og Ibux. De vil jo ikke dø; de vil bare at noen skal forstå at de har det vondt, og gi dem litt omsorg.

Slik legger vi lista for hvordan vi tolker *andre* som tropper opp på legevakta med intoks og selvsykdom – selv om de forteller at

de gjorde det med genuin intensjon om å ta livet sitt. Vi fagfolk støtter oss nemlig på hverandre, ikke minst i vanskelige situasjoner som innebærer ansvar for andres liv og helse. Vi må jo leve med konsekvensene av de valgene vi gjør på pasientens vegne.

Selv har jeg aldri hatt problemer med hvem som har skylden ved selvmord. Det er individets valg. Derfor har jeg heller ikke behov for å si – til meg selv eller høyt så andre kan høre det – at «de som virkelig vil ta livet sitt, klarer det», eller vise til «pasientens autonomi» som forsvar for hvorfor jeg velger å ikke intervensere. Om pasient og/eller pårørende ber om hjelp, og jeg velger å avvise, må jeg våge å stå for min vurdering. Selv om den er feil.

Å gjøre gal vurdering er smertefullt. Jeg ville plages lenge. Men jeg kan ikke utøve mitt yrke på en måte som skyver ansvaret over på pasienten når det er jeg som sitter med nøkkelen til hvem som får hjelp, og hvem som må klare seg selv.

Det fins «falske selvmordstrusler» der ute, som noen kaller det. Men myten om at «de som virkelig vil ta livet sitt, vil klare det», har fått for mye plass. Det preger måten vi møter pasientene våre på. Men den er ikke sann.

Jeg har samtalt med mange som har gjennomført mislykkede selvmordsforsøk. Noen fikk varige skader; andre kom fra det med skrekken. Men denne skrekken kan være svært ødeleggende for videre fungering, særlig hvis personen har lite støtte ellers. Det er kanskje lettere å anerkjenne at noen får PTSD etter en bilulykke, enn når de selv forårsaket at de nesten mistet livet. Men hva er enklest å gå videre med? Biler kan man holde seg unna, men når en selv blir «overfallsmann», har man så å si et iboende problem.

MISVISENDE MERKELAPPER

Det er ikke enkelt å ta livet sitt. Noen kan gjøre genuine forsøk som for dem som har mer erfaring, vil oppfattes som puslete. Men forsøket kan være like skremmende for den det gjelder, som hvis vedkommende var blitt reddet i siste liten under mer dramatiske omstendigheter.

«Hun ville nok ikke egentlig dø, det er bare selvskading», har jeg hørt ofte. Kolleger nikker og tilføyer at vi ikke må gjøre noe som lar henne tro at slik atferd gir belønning. Det høres faglig ut. Problemet er bare at de aldri spurte pasienten. Vi er fullt klar over at vi ikke kan lese andres tanker. Men vi har gjentatt myten så mange ganger at vi tror på den.

Ved å patologisere pasienten overser vi hva problemet handler om. Isteden blir pasienten mer traumatisert – av oss – og løsbare problemer blir kroniske.

LIVETS MEST ALVORLIGE VALG

Selvmondsproblematikk er ikke et spørsmål om «enten/eller», slik mange fagfolk fremstiller det i egne fagdiskurser og til media. Å avslutte livet er en av de virkelig store beslutninger et menneske står overfor. Vi vil forstå pasientene så mye bedre – og tilby en tilsvarende bedre hjelp – om vi klarer å se dette i lys av andre store livsbeslutninger:

Skal jeg selge huset? Skal jeg avbryte studiet? Skal jeg si opp stillingen? Skal jeg gifte meg med ham/henne? Skal jeg ta abort?

Vi står overfor mange valg, ofte i vonde omstendigheter. Men vi er alle påvirkelige til å endre mening! Da jeg var student, ble en av mine venner deprimert og ville avbryte studiet. Jeg oppmuntret ham til å fortsette. Min støtte hjalp ham til å holde ut de neste årene. Han har nå fast jobb og er glad han ikke sluttet.

Å avslutte livet er langt mer alvorlig enn å avslutte et studium. Mitt poeng er at vi må forstå at mennesker av ulike grunner kan kjempe en tilsvarende kamp når livet blir for tøft. De kan vingle og vakle – og de kan ombestemme seg.

Våre uskrevne regler – eller myter – gjør at vi lett stempler en kjempende pasient som oppmerksomhetssyk og umoden. I virkeligheten er de inne i sitt livs største kamp. De trenger støtte til å velge riktig, ikke arrogante kommentarer og avvissning.

Hadde jeg sagt til min deprimerte venn at han bare var oppmerksomhetssyk, ville han nok sluttet på studiet. Hva tror vi skjer når vi gjør det samme med suicidale pasienter?

Å avslutte livet er en stor beslutning, trolig den største et menneske står overfor. Mange som har overlevd selvmordsforsøk ved hopp fra Golden Gate Bridge i San Francisco, har sagt at de angret, og at angeren kom allerede i svevet. Vi må slutte å spre myter, tro på dem og handle etter dem. Målet bør ikke være å døyve vår egen samvittighet med at «hun bare selvskader». Spør heller hvorfor livet er så vanskelig at det ikke lenger kan leves. Lytt til svaret. Og så vet du hva dere skal jobbe med videre. ✘



Myten om at «de som virkelig vil ta livet sitt, vil klare det», har fått for mye plass. Det preger måten vi møter pasientene våre på

DEBATT PÅ NETT:

Mer enn seg selv nok?

Psykologforeningen må vende tilbake til temaet «Profesjon i endring», ikke minst med tanke på hvilket forhold de skal ha til masterne i psykologi. For det er i stor grad masterne som forvalter de ikke-kliniske delene av psykologifaget. Les mer på Psykologtidsskriftet.no



ME-pasienter må ta ansvar

Nøkkelen til å bli frisk av ME ligger nettopp i å ta ansvar for egen atferd.

NINA ANDRESEN,
psykolog og frisk av ME

**KRONISK
UTMATTelses-
SYNDROM**

ME-PASIENT Kristine Ruud Berdal mener i juniutgaven av Psykologtidsskriftet at det er «farlig» å koble aktivitetstilpassing til å kunne bli bedre eller frisk av ME. Hun er ikke enig i at ME-pasienter «opprettholder egen sykdom, og at nøkkelen til et friskt liv ligger i egen atferd».

I mitt debattinnlegg i april 2018 siterte jeg Berdal på at alle hun kjenner med ME, «jevnlign pusher seg over sine grenser og gjør seg dårligere på denne måten». Hvis ME-pasienter blir sykere av aktivitetsnivået sitt, må de lære seg å sette grenser og velge bort aktiviteter som straffer seg. Aktivitetstilpassing er kanskje ikke tilstrekkelig for å bli frisk, men er en forutsetning. «Anstrengelsesutløst utmattelse» (PEM) virker opprettholdende på CFS/ME (Helsedirektoratet, 2014), på samme måte som et beinbrudd ikke vil gro hvis du til stadighet trækker opp bruddet.

Aktivitetstilpassing er å ta biomedisinske funn på alvor, som at ME-pasienter har unor-

malt høye nivåer av melkesyre etter fysisk anstrengelse (Lien et al., 2019). En ME-syk psykolog og tidligere proffsyklist fortalte i programmet «Ekko» på NRK radio (6. juni 2019) at hun brukte laktatmålinger (melkesyre) for å regulere eget aktivitetsnivå og ble gradvis bedre. I en norsk studie der ME-syke fikk opplæring i aktivitetstilpassing, var over halvparten tilbake i jobb etter 6,5 år (Nyland et al., 2014). Recovery Norge formidler flere titalls pasienthistorier som, i motsetning til det Berdal hevder, viser at nøkkelen til å bli frisk av ME nettopp ligger i å ta ansvar for egen atferd.

CFS/ME har et komplekst symptombilde som trenger en multifaktoriell tilnærming. Der aktivitetstilpassing ikke alltid strekker til, viser kunnskapsbasert praksis til en rekke komplementære og virksomme tilnærminger. Egen sykdomsforståelse kan begrense hva man ønsker å prøve. ✕

KILDER

Nasjonal veileder for CFS/ME (Helsedirektoratet, 2014)
Lien K., Johansen B., Veierød M.B., Haslestad AS., Bøhn SK, Melsom M.N., Kardel K.R., Iversen P.O. (2019). *Abnormal blood lactate accumulation during repeated exercise testing in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome*. *Physiological Rep.* 2019 Jun;7(11):e14138.

Nyland M., Næss H., Birkeland J.S., Nyland H. (2014). *Longitudinal follow-up of employment status in patients with chronic fatigue syndrome after mononucleosis*. *BMJ Open* 2014;4:e005798; DOI:10.1136/bmjopen-2014-005798
www.recoverynorge.org



KJØNN OG BEHANDLING Rettigheter for transpersoner må ikke oppnås på bekostning av feil behandling av den voksende gruppen unge med uklart psykisk problematikk, skriver Marit Rønstad og Avi Ring. Bildet er fra en demonstrasjon for likeverd for transpersoner i Washington DC i 2013. Foto: Ted Eytan / Wikimedia commons

Høy risiko for feilbehandling

Mange studier forteller at 60–90 prosent av barn vokser av seg kjønnsinkongruens i løpet av puberteten

PSYKOLOGSPESIALIST Silje-Håvard Bolstad (2019) gir en god sammenfatning og forklaring av Verdens helseorganisasjons (WHO) nye klassifisering av sykdommer (ICD-11). Diagnose og behandling av kjønnsinkongruens (kjønnsdysfori, transseksualisme) er nå løftet ut av seksjonen for psykiske lidelser og er blitt en del av «conditions related to sexual health» (seksjon 17). Bolstad støtter denne endringen og skriver at de nye retningslinjene også innebærer endringer i diagnose og behandling i Norge. Som forsker ved Universitetet i Agder (UiA) er Bolstad i selskap med ekteparet Pirelli Benestad/

Almås. De utgjør en forskningsgruppe som i mange år har engasjert seg for økt toleranse og rettigheter for transpersoner. Men tross gode motiver og humanitære målsettinger må man sette spørsmålstegn ved gruppens upresise uttalelser i media. Som når Benestad 5. september 2018 i NRK-programmet «Torp» uttaler at psykiske problemer – etter kjønnskorrigerings – «faller som epler fra trærne om høsten». Internasjonalt er det konsensus for at dette ikke er tilfellet (Arver, 2018; Simonsen et al., 2016). Arver sier rett ut at kjønnskorrigerings ikke minsker psykiske lidelser.



MARIT RØNSTAD og
AVI RING,
Genid Skandinavia

**KJØNNS-
INKONGRUENS**





Behandling av unge med kjønnsinkongruens kan ikke likestilles med behandling av voksne

På samme måte tar Benestad og kolleger (2018) feil når de hevder at den største risikoen for suicid er *før* kjønnskorrigerende, da det i dag er enighet om at risiko for suicid ikke minsker etter kjønnskorrigerende tiltak (Dhejne et al., 2011; Adams, Hitomi & Moody, 2017). Benestad og kolleger skriver videre at de som reagerer mot de kontroversielle behandlingene av transpersoner, er kristne konservative grupper eller opportunistiske politikere. Men tvert om er det overvekt av nære slektninger til barn med kjønnsdysfori og «detransitioners» som reagerer på uvitenskapelige og eksperimentelle behandlinger av transpersoner, spesielt på barn. Her finnes ingen politisk, ideologisk eller religiøs tilknytning. Vi tilhører selv et slikt nettverk (GENID-Skandinavia), og andre slik nettverk er Kelsey Coalition, Parents of ROGD kids og Transgender Trend.

Behandlingstilnærmingen Bolstad og kolleger fremmer overfor barn og ungdom, samsvarer ikke med strenge internasjonale guidelines, drøfter ikke risikoene som nylig er knyttet til slik behandling, og feilfremstiller pårørendes velbegrunnede bekymringer.

FLERE PROBLEMATISKE PUNKTER

Behandling av unge med kjønnsinkongruens, spesielt prepubertalt, kan ikke likestilles med behandling av voksne. Benestad og kollegene ønsker å desentralisere behandlingen og tilby barn og unge kjønnsbekreftende behandling, men uten å legge til grunn de strenge retningslinjene som for eksempel Endocrinological Society legger til grunn (Hembree et al., 2017). Endocrinological Society er tydelige på behovet for at utredninger gjøres av ekspert-team med kompetanse fra psykisk helsevern og lang erfaring med diagnostisering. Først etter en slik utredning kan man eventuelt begynne bekreftende behandling av transseksualisme/kjønnsinkongruens hos barn og unge. Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo og gruppen ved UiA mener likevel at de kan behandle uten å inneha den nødvendige ekspertisen fra psykisk helsevern. Dette er problematisk. For det er velkjent at 60–75 % av dagens unge med kjønnsinkongruens har sammenfallende psykiske lidelser – lidelser som ikke forsvinner ved kjønnskorrigerende behandling (Kaltiala-Heino et al., 2015). Tid og grundig utredning er nødvendige kriterier for at kjønnsbekreftende behandling skal være bærekraftig.

OPPSIKTSVEKKENDE PARADOKS

Det er bemerkelsesverdig at diagnosen kjønnsinkongruens i WHO's nye direktiv ikke klassifiseres som en sykdom, men et ubehag, som skal utløse rett til behandling i det norske helsevesen. Det ville hjulpet oss om Bolstad tok seg tid til å problematisere og forklare hvordan diagnosen kjønnsinkongruens, basert på en persons opplevde ubehag ved sin medfødte kropp og kjønn, ikke skal betraktes som en psykisk lidelse. Paradokset gir etter vår mening et skinn av ideologiske motiv uten forankring i etablert medisinsk vitenskap.

VOKSER DET AV SEG

Mange studier forteller at 60–90 % av barn vokser av seg kjønnsinkongruens i løpet av puberteten (Cantor, 2017; GIDS, 2019). For disse barna er det også kjent at bruk av pubertetsblokkere for å «vente og se» konserverer kjønnsdysfori hos 100 % av barna. Risikoen for feilbehandling av barn er dermed så stor at bekreftende behandlinger, eller bruk av pubertetsblokkere, fremstår som både uetisk og uforsvarlig.

✘ DEBATT PÅ NETT:

Steve Bannon i psykologenes nabolag

Hva er relevant og interessant å skrive om for psykologer? Er strategisk ledelse, økonomisk politikk og arbeiderklassens kår innafor? Hva med høyrepopulisme? Ytringsfrihet og scenenekt? Går påstått sinte unge menn i psykoterapi hos kliniske psykologer? Les mer på Psykologtidsskriftet.no

I Storbritannia forlot nylig fem leger National Health Service (NHS) på grunn av de etiske problemene ved behandlingsformer de mener er eksperimentelle og uforsvarlige (Dyer, 2019). I Sverige har Statens Medicinska Etiska Råd av liknende årsaker oppfordret Socialstyrelsen (Helsedirektoratet) til å utrede alternative, medisinfrie behandlinger for barn og unge.

I løpet av de siste 10 årene har vi sett en økning av psykiske lidelser blant unge: anoreksi, depresjon, angst og selvskading. Parallelt ser vi en kraftig økning av kjønnsdysfori hos unge jenter. Årsaken til denne alarmerende utviklingen vet vi ikke. Vi oppfatter det som at ideologisk motiverte grupper nå bruker ICD-

11s nye retningslinjer til å eliminere behovet for tverrfaglig psykiatrisk utredning, og som et alibi for å desentralisere og delegere utredningen til fastleger, helsesøstre eller små grupper uten nødvendig klinisk erfaring i å diagnostisere psykiske lidelser.

Vi mener at den hippokratiske eden «gjør ingen skade» må gå foran entusiasmen enkelte forskergrupper viser for desentralisering og bekreftende behandling som et lavterskeltilbud.

Rettigheter for transpersoner og økt toleranse i samfunnet må ikke oppnås på bekostning av feil behandling av den stadig voksende gruppen unge med uklart psykisk problematikk. ✕

LITTERATUR

- Adams, N., Hitomi, M. & Moody, C. (2017). Varied Reports of Adult Transgender Suicidality: Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature. *Transgender Health*, 2:60–75.
- Arver, S. (2018, 11. oktober). Svensk överläkare: Liten risk för sjukdomar vid könskorrigering. *Världen idag*. Hentet fra <https://www.varldenidag.se/nyheter/svensk-overlakare-liten-risk-for-sjukdomar-vid-konskorrigering/reprjhlteq9xmKncqVHxVCDxle9kA/>
- Benestad, E.E.P., Almås, E., Bolstad, S.-H., & Karlsen, T.-I. (2018, 20. november). Født i «feil kropp» i feil land: Ny undersøkelse om kjønnsinkongruens i Norge gir alarmerende resultater. *Aftenposten*. Hentet fra https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/A2nJOr/Fodt-i-feil-kropp-i-feil-land-Ny-undersokelse-om-kjonninkongruens-i-Norge-gir-alarmerende-resultater--Pirelli-Benestad_-Almas_-Bolstad-og-Karlsen
- Bolstad, S.-H. (2019, 18. februar). ICD-11: Helse til alle kjønn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2019/02/helse-til-alle-kjonn>.
- Cantor, J. (2016, 11. januar). Do trans- kids stay trans when they grow up? *Sexology Today*. http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow_99.html Lastet ned april 2019.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Långström, N. & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS One*, 6:e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Dyer, C. (2019, 8. April). End the transgender 'unregulated live experiment on children' say whistleblowing workers who have quit clinic treating patients as young as THREE. *Mail online*. Hentet fra <https://www.dailymail.co.uk/news/article-6897269/Workers-transgender-clinic-quit-concerns-unregulated-live-experiments-children.html>.
- GIDS (Gender Identity Development Service, National Health Service) (2019). Does a child's gender remain the same after a certain age or might it change as they get older? Hentet fra <http://gids.nhs.uk/continuing-and-not-continuing-studies>
- Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L., Hannema, S.E., Meyer, W.J., Murad, M.H., Rosenthal, S.M., Safer, J.D., Tangpricha, V., T'Sjoen, G.G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*.102:3869–3903.
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työljärvi M. & Lindberg N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, April 9:9:9. doi: 10.1186/s13034-015-0042-y. eCollection 2015.
- Simonsen, R.K., Giralardi, A., Kristensen, E. & Hald, G.M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70:241–7.
- Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L., Hannema, S.E., Meyer, W.J., Murad, M.H., Rosenthal, S.M., Safer, J.D., Tangpricha, V., T'Sjoen, G.G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*.102:3869–3903.

Styrk morgendagens spesialister

Rovdrift i spesialisthelsetjenesten truer psykologers posisjon i helsevesenet. Psykologforeningen må styrke de nyutdannede slik at de klarer å stå i mot økt press i tjenestene.



HENRIK WANG-IVERSEN,
CONNIE DAVIK,
SIDSEL FJELLTUN,
JØRGEN EDVIN WESTGREN.

- Yngre psykologers utvalg

**PSYKISK
HELSEVERN**

FLERTALLET AV PSYKOLOGER starter sin yrkeskarriere i psykisk helsevern. Yngre psykologers utvalg er bekymret for hvilke konsekvenser det økende gapet mellom krav og ressurser i spesialisthelsetjenesten har for våre nyutdannede kollegaer.

Nyutdannede psykologer er særlig utsatt for de til dels umulige kravene som stilles til ansatte i psykisk helsevern. Flere av våre kollegaer, herunder presidentkandidat Håkon Skard og Psykologforeningens foretakstiltsvalgte, har rettet sterk kritikk mot helseforetakene. Fra ulike vinkler tegner det seg samme bilde: målsettingen om å gi behandling til flest mulig pasienter for lavest mulig kostnader går på bekostning av helsetjenestens faglige kvalitet. Tilbakemeldingene fra yngre psykologer peker på følgende forhold som høyst problematiske ved dagens spesialisthelsetjeneste:

- Stadig økende drifts- og systemkrav til behandlere, blant annet om implementering av pakkeforløp, uten at nye ressurser følger med.
- Mangel på og hurtig utskifting av spesialister i psykisk helsevern.
- I de store byene ser vi økt bruk av midlertidige stillinger på 6–12 måneder for nyutdannede psykologer.

For nyutdannede psykologer innebærer dette større arbeidsbelastning, for mye ansvar, utsettelse av spesialisering og oppstykket veiledning, som alle går utover faglig utvikling. Under slike arbeidsbetingelser frykter vi at mange psykolo-

ger står i fare for å bli utbrent. Dette har åpenbare konsekvenser for pasientene.

ROVDRIFT PÅ NYUTDANNEDE

Rådville og overarbeidede psykologer blir ofte møtt med en anmodning om å prioritere og være pragmatisk i sine, ofte komplekse og alvorlige, pasientsaker. Behandleren blir stående alene, uten ressurser til å finne en faglig god løsning. Konsekvensene: Saker avsluttes for tidlig, pasienter tilbys timer for sjelden, og behandlere bruker for lite tid på å forberede seg. Som nyutdannet kan det da være vanskelig å skille egne ferdigheter som psykolog fra hvilke forutsetninger man får fra arbeidsgiver til å drive effektiv behandling. Når mediasaker om selvmord i psykisk helsevern blir møtt fra politisk hold med økte innskjerpinger og kontrollrutiner, blir det desto lettere å legge ansvaret på seg selv når rammene ikke holder og pasienten blir dårligere, eller i verste fall begår selvmord.

Spesialistflukten fra psykisk helsevern er et faktum, både sentralt og i distriktet. Psykologspesialister står fritt til å velge – og de velger seg bort, ofte til det private, der rom for autonomi og virksom behandling er større. Dette forverrer situasjonen ytterligere for de nyutdannede – nå med enda færre muligheter til intern veiledning og med færre erfarne kollegaer som kan være et faglig korrektiv til en økonomifokusert ledelse. På mindre DPS-er i distriktene er fagmiljøene ofte så marginale at det fører til problemer med rekruttering og stabilisering av selv nyutdannede psykologer. Lederen i Studentpolitisk utvalg uttalte i et intervju

Debattert

Tvangsbegrensninger

Diagnosenøytralt - Ved å gå bort fra diagnosene snur vi problemstillingen når det gjelder tvang på hodet. Vi vrir forhåpentligvis tankesettet til behandlingspersonalet over mot å ta utgangspunkt i den enkeltes hjelpebehov.

Utvalgsleder Bjørn Henning Østenstad til Psykologtidsskriftet.no 18. juni

Dissens - Jeg mener at hele forslaget bygger på et galt premiss: manglende beslutningskompetanse. Utvalget burde heller tatt utgangspunkt i hvordan vi kan legge til rette for at flest mulig får utnytte sin beslutningskompetanse.

Jens Petter Gitlesen, ett av Tvangslovutvalgets medlemmer som tok dissens, til Fontene 18. juni

Likhet? Bra med egen tvangslov for folk med nedsatt funksjonsevne? Neppe i tråd med CRPD¹, som forutsetter likhet for loven og funksjonsnøytralt lovverk.

Sigrun Tømmerås på Twitter 18. juni

Effekt senkning Tvangsmedisinering i psykisk helsevern har den siste tiden vært et hett tema i det offentlige ordskiftet. (...) det foreslås også en særlig regel der kravet til dokumentasjon på effekt må senkes ved første gangs bruk. (...) Det er en god logikk i tenkningen til utvalget som egentlig senker kravet ved førstegangs bruk fordi det er nærmest umulig å vite hvilken effekt den enkelte vil ha.

Anne Hafstad kommenterer i Dagens medisin 18. juni

Kjør debatt Utredningen er et alvorlig varsko om pasienters mangel på rettssikkerhet i dagens regime, noe regjeringen ser ut til å ville gjøre noe med. Det at pasienters situasjon og tilstand er så ulike og mangefasettert, gjør likevel det praktiske lovarbeidet, og selve utførelsen, særdeles krevende. Utredningen fortjener derfor en grundig debatt, i den brede offentligheten såvel som i faglige kretser.

Dagbladet på lederplass 19. juni

Tvangskontroll Utvalget mener at tvang brukes for ofte og foreslår en felles ordning for overprøving og kontroll som skal ivaretas av en ny kontrollinstans underlagt Fylkesmannen. Jeg mener dette er et grep som kan være med å øke kvaliteten på tjenestene dramatisk.

Tove Gundersen debatterer i Dagens Medisin 19. juni

Bra navn - Vi stiller oss svært positive til navnet; Tvangsbegrensningsloven, fordi ordet begrensning er positivt ladet sett i forhold til bruken av tvang.

Jill Arild til mentalhelse.no 19. juni

.....

1 CRPD er FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

i Psykologtidsskriftets nettoutgave nylig at profesjonsstudenter gruer seg til å jobbe i offentlig psykisk helsevern. Resultatet kan på lengre sikt bli at det i spesialisthelsetjenesten i distriktet verken jobber spesialister eller psykologer.

I universitetsbyene ser vi en utstrakt bruk av midlertidige stillinger. En fersk psykolog i midlertidig stilling har begrenset tyngde når hen forsøker å si fra om at høy arbeidsmengde går på bekostning av faglig forsvarlighet. Nyutdannede risikerer å bli brukt for alt de er verdt når produksjonen skal opp. Dersom du ikke liker arbeidet, vil noen andre overta og akseptere det. Når styringsideologien er New Public Management, kan jo bare arbeidsgivere ansette en ny psykolog når ditt vikariat – og din entusiasme – tar slutt.

Denne utviklingen i psykisk helsevern truer den posisjonen Norsk psykologforening over tid har opparbeidet for psykologer i norsk helsevesen. Dagens nyutdannede er morgendagens spesialister – om de kommer så langt. En satsning fra foreningen på spesialister in spe er derfor nødvendig. Skal psykisk helsevern svare til Norges helseutfordringer, må vi skape attraktive arbeidsplasser med godt arbeidsmiljø og høy faglig standard, ikke et helsevesen der det forventes at gapet mellom krav og budsjett skal plastres over av rovdrift på nyutdannede.

Skal pasienter ha behandlere med tid og rammer til å gi faglig forsvarlig behandling, må vi sikre det fra første dag i første jobb. Vi har ikke råd til å vente. ❌



Psykologisk utilgjengelig

Psykisk helsetjenester kan ikke være kun for de med gaaavstand til klinikken.

HÅKON K. SKARD,

psykologspesialist
og kandidat til
presidentvervet og

ØYVIND

SANDESETER,

psykologspesialist,
BUP Hedmark,
poliklinikk Tynset,
Sykehuset
Innlandet HF

PSYKISK HELSEVERN

SELV OM DEBATTEN mellom de politiske partiene kan gi et annet inntrykk, hersker det i praksis tverrpolitisk enighet om målene for norsk distriktspolitikk. Skiftende regjeringer har måttet tåle kritikk for sentraliserende tiltak og en kontinuerlig tendens til at befolkningen flytter fra periferien til bynære områder, samtidig som de overordnet sett har forsøkt å legge til rette for at det fremdeles skal være mulig å bo, arbeide og leve gode liv i distriktene. Hensyn til verdiskaping, naturforvaltning, livskvalitet, kultur og tradisjon vektlegges i ulik grad av de politiske partiene som begrunnelse for den aktive distriktspolitikken. Vektleggingen av virkemidler varierer tilsvarende, men i sum synes de store partiene å være enige om å bevare levende distrikter med et likeverdig offentlig tilbud i hele landet.

Hvordan lykkes så politikerne med dette målet innenfor psykologenes virkeområde? Vi vet at tilbudet innenfor psykisk helse er dårligere i distriktene. Tallene er 10 år gamle, men det er liten grunn til å tro at forskjellen på 479 innbyggere per psykolog i Oslo og 1982 innbyggere per psykolog i Oppland har minsket vesentlig (Psykologtidsskriftet, nr. 9, 2009, side 899–900). Samtidig som tilgangen på psykologer gjennom det offentlige helsevesen er betydelig dårligere i distriktene, er gjerne tilgangen på privatpraktiserende psykologer så godt som ikke-eksisterende – for den som måtte ha økonomi til å gjøre slike prioriteringer.

MANGLER KOMMUNEPSYKOLOGER

Psykologforeningen har som uttalt mål å jobbe mot sosiale forskjeller. Når det eksis-

terer et slikt gap i tilbud basert på hvor du er bosatt, er ikke det akseptabelt. Foreningen bør aktivt jobbe for å bedre psykisk helsetilbudet i distriktene. I så måte er det viktig å følge opp satsingen på kommunepsykologer. Selv om kravet om psykologkompetanse i kommunene fra og med 2020 er nedfelt i lov, så er det i distriktene at små kommuner med små budsjetter vil ha størst problemer både med å rekruttere og å lønne psykologer. Per 2018 var det fortsatt 47 prosent av kommunene som stod uten psykologkompetanse (Sintef, 01–11–2018). Kommunene må ta sin del av ansvaret ved å se på egen rekrutteringspraksis, etablere attraktive fagmiljøer, vurdere samarbeidsmodeller med nabokommuner, og generelt prioritere kravet om kommunepsykolog høyere. Men det er en kjensgjerning at mange kommuner uansett vil streve med å oppfylle kravet. Vi frykter at kommuner som strever med rekruttering av psykologer, kan spekulere i at lovkravet ikke vil bli sanksjonert, og derfor vil komme til å la stillingene stå ubesatt også etter at loven er trådt i kraft. Faren er at tilbudet om kommunepsykolog blir minst på de stedene der behovet er størst. Det må legges trykk på myndighetene om å videreføre satsingen på kommunepsykologer gjennom tilskudd eller skjerping av lovkravet også etter at prosjektmidlene løper ut i 2020, samtidig som manglende oppfyllelse av lovkravet må få tydelige konsekvenser.

STORE FORSKJELLER

Likevel kan det ikke forventes at kommunene skal løse alt, selv om andelen med kommune-

psykolog øker. Det er helheten i tjenestene og at det faktisk er hjelp å få, som teller for befolkningen. Derfor er det viktig å hegne om og styrke spesialisthelsetjenesten nær pasientene, slik at pasienter med komplekse behov kan få et tilbud uten uoverkommelig reisevei. Dette var den opprinnelige intensjonen med opprettelsen av DPS, men synes langt på vei å være glemt. Poliklinikker og døgnenheter i distriktene trues av nedlegging og sammenslåing med sentralt beliggende enheter, og dagens finansierungsordning gjør ambulansetjenester i praksis umulig å få til i områder med store avstander. For en del kan e-terapi være til like god hjelp som fysiske konsultasjoner, derfor bør man snarlig etablere slike tilbud for pasienter i alle helseforetak, ikke bare i enkelte bynære foretak, som i dag. Men vi kommer ikke unna at en stor andel pasienter fortsatt vil ha behov for tverrfaglig utredning og behandling, som kun kan tilbys ved en konvensjonell poliklinikk eller døgnenhet.

På tross av politikernes uttrykte intensjoner om det motsatte ser vi fortsatt betydelige forskjeller i tilgangen til psykologhjelp mellom bynære områder og distriktene. Sentralisering og distriktspolitikk er en kompleks dynamikk med mange motstridende hensyn. Vi kan ha en politisk debatt om hvordan landet bør se ut fremover, vi kan være uenige om prioriteringer, ha interessekonflikter, men vi kan ikke godta at folkets helsetilbud blir uthulet – et godt helsetilbud er en menneskerett. ✕

Fra «hoffreporter» til journalist

DU KJENNER HAM som nettedaktør i Psykologforeningen. Men etter godt over 10 år er han ikke lenger en viktig brikke i foreningens kommunikasjonsstrategi. Nå er han Psykologtidsskriftets nye journalist.

Personen Per Halvorsen er rett nok den samme. Men nå i en journalistrolle knyttet til pressens samfunnsmandat og de retter og plikter det medfører. Der Psykologforeningens kommunikasjonsavdeling har foreningens interesser og mål som sitt viktigste anliggende, skal du som journalist nettopp ikke la deg styre av andres interesser, men avkle makten, grave og konfrontere. At Halvorsen er utdannet journalist, betyr at han er godt kjent med hva hans nye rolle innebærer, og hvordan den er knyttet til Vær varsom-plakaten og Redaktørplakaten.

Psykologforeningen og Psykologtidsskriftet har hatt et avklart forhold i overgangen: Først etter 15. juni har Halvorsen vært del av redaksjonens daglige drift og deltatt på våre redaksjonsmøter. Før den tid representerte han Psykologforeningen.

Samtidig er det ikke til å stikke under en stol at han kommer fra en stilling som nettedaktør hos Psykologforeningen, og at det derfor vil være saker det ikke er naturlig at Halvorsen dekker i den første fasen han jobber her. Dette er samtidig en vurdering som gjøres jevnlig i redaksjonen: Har personene som dekker saken, den nødvendige distansen? I enkelte samtaler med kilder kan det nok også oppstå forvirring i begynnelsen: Snakker de med en representant for foreningen eller en journalist? Da er det journalistens og redaksjonens oppgave å rydde opp, avklare og tydeliggjøre premisene for samtalen.

Som sjefredaktør er jeg sikker på at vi har ansatt en journalist som vil ivareta Psykologtidsskriftets troverdighet og integritet. Det lover godt for våre lesere.

Bjørnar Olsen, sjefredaktør, Psykologtidsskriftet



Det er journalistens og redaksjonens oppgave å rydde opp, avklare og tydeliggjøre premisene for samtalen

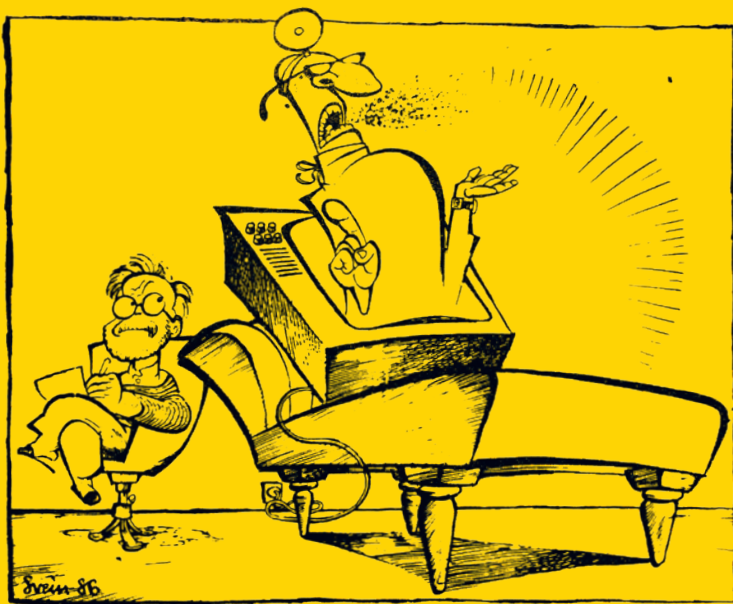
Fra arkivet: 1986

Medias makt og psykologer på gjerdet

- For NRK faller det naturlig å innkalle en *psykiater* til samtale om ulike samlivsformer. («Senfredag» 14.2.).
- *Naturmedisinere* må lære legene medmenneskelighet, skriver Arbeiderbladet 17. februar.
- Eller hva med «Jeg-spalten» i A-magasinet? To *medisinere* får sjalte og valte med leserens psyke.

Vi er vant til dette. Bare sjelden opplever vi psykologisk argumentasjon i mediene, selv innen vårt eget fagområde. Psykologen glimrer med sitt fravær, er rett og slett ikke med på laget når debatten blomstrer. Psykologer har foreløpig ikke fått tak i denne nær sagt livsviktige inngangsbillett til det informasjonsoppkomme som mediene representerer. Aviser, radio og fjernsyn beskriver verden – vi sitter på gjerldet.

ILLUSTRASJON SVEIN NYHUS



Og det er en ubehagelig og en uverdigg plassering. For pressens makt er stor, dens innflytelse enorm.

En bok på 200 sider er ufarlig, men avisenes stemme gir gjenlyd, sa Napoleon. Han skjønte allerede dengang det psykologer har vanskelig for å forstå og ta konsekvensen av. Husk at Ronald Reagan vant to amerikanske presidentvalg på grunn av sine evner foran fjernsynskameraene. Vi kommer ikke utenom: Innpass i mediene er innpass i folks bevissthet. Det mediene formilder er liksom allemannseie. (– Kampen om sydpolen er ikke vunnet før avisene får nyheten, sa Roald Amundsen.)

For oss som en tilbaketrukket faggruppe, betyr dette at våre erfaringer er ukjente for folk flest. Innadventhet har gitt oss en diffus profil både hos journalister og mannen på gata. Psykologiske resonanser tillegges sjelden noen særlig vekt i offentlig debatt, til tross for fagets verdifulle og mangefoldige innhold. Til det har psykologer en altfor beskjeden plass i rampelyset, og vi må ta mye av skylden for dette på egen kappe. For psykologer har muligheter til å nå fram i media. Vi burde igrunnen følt det som en plikt å presentere psykologisk tankegodt i debatter som utvidede TV-tilbud, reklame, helsevesen, barneoppdragelse etc. Psykologer har et ansvar for å spre sin viten, og vi har faktisk mulig for å bedre dialogen med presse og kringkasting.

Norske journaliserte er interessert i å gi publikum best mulig sakkunnskap og stadig nye innfallsvinkler i sine reportasjer. Men journalister er ikke allvitere, og kjenner som regler ikke til kilder med psykologi-bakgrunn, sier lederen for Norsk journalistlag, Anne Skatvedt. Hun tror absolutt de fleste journalister er interessert i et bedre samarbeid med psykologer, såfremt disse tør mene noe, tør å stå frem.

– Men dere må være flinke til å presentere *hva* psykologer kan, konkretisere tema-områder der lesere, seere og lyttere vil ha glede og nytte av deres kunnskap. Et annet og viktig poeng er at journalistene på en enkel og rask måte må kunne få tak i dere, forteller Skatvedt.

Hansken er kastet, tør vi ta den opp?

Joar Vittersøs innlegg «Ikke med på laget. Om medias makt og psykologer som sitter på gjerdet». Illustrasjon Svein Nyhus. Publisert mai 1986.

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: FARTEN RUDJORD



Page-turner om aldring

Jeg synes det er godt gjort å skrive en page-turner om alderdommen, hvor plottet er som forventet, fra ille til verre, og utgangen er død, skriver vår anmelder. Hun har lest Sissel Grans (bildet) nye bok om det å eldes (s. 546).

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.

Ateistens pilegrimsreise

For å møte andre som famler i det eksistensielle dypet, våger forfatteren å bevege seg i sine egne dunkle tjern.



SONDRE RISHOLM LIVERØD, *Psykologens journal. Diagnose: Eksistensiell uro*, Cappelen Damm, 2018. 321 sider

ANMELDT AV

Lina Søreide Slåttå, psykolog, Follo akutteam ved Follo DPS, Akershus universitetssykehus

Boka *Psykologens journal* er først og fremst leseverdig fordi forfatteren åpent viser frem sin egen eksistensielle uro og sine egne mørke tjern. Jeg leser den som et lite stykke brobygging, der broene som gradvis blir til, ikke går *over* tjern, men opp *gjennom* dem, og strekker seg videre mot den eksistensielle uroen som finnes i ethvert menneske.

BEUNDRINGSVERDIG - OG UKLART

Boka, som utkom i 2018, er resultat av en ti år lang reise der utgangspunktet har vært forfatterens villighet til å møte sin egen eksistensielle angst og utfordre det han beskriver som den kjepphøye ateisten i seg.

Jeg bestemte meg for å utforske religiøse perspektiver på livet og tvinge den kjepphøye ateisten til å tenke seg om. På et personlig plan hadde jeg et ønske om å bli mer ydmyk overfor ideer som strider mot mine egne, og jeg håper jeg har forbedret meg på dette området. (side 11)

For å forankre prosjektet oppsøkte Liverød bibelgrupper, menighetsmøter og andre arenaer der de troende var i flertall, og der de store spørsmålene kunne diskuteres. Oppriktigheten

når forfatteren beskriver en tidvis lammende dødsangst, sin diffuse uro, samt sin arroganse i møte med troende mennesker, er kan hende bokas viktigste bidrag inn i faglitteraturen. Den bidrar til å nyansere «glansbildet» av en psykolog som selv står urokkelig støtt i møte med livets grunnvilkår, og som uten nevneverdige utfordringer evner å manøvrere i farvann preget av eksistensiell uro, gudstro og tvil hos den som søker hjelp. Kombinert med beslutningen om å gå helt konkret til verks for å møte egen angst og arroganse, står boka for meg som et beundringsverdig prosjekt.

Som ren leseropplevelse er psykologens journal tidvis springende, og formålet med flere av avsnittene står uklart for meg. Spørsmålet: Hvor vil du med dette? melder seg ofte underveis. I ettertid tenker jeg at dette kanskje, mer enn noe annet, er et uttrykk for det kaoset som kan oppstå når et menneske våger å sjonglere med dyptgripende eksistensielle spørsmål uten å vite hvorvidt og hvordan de kommer til å lande.

FRA OVERFLATE MOT DYBDE

Liverød har rett i sin antakelse om at en troende leser lett kan bli provosert av språket i store deler av boka. For meg handler dette ikke så mye om



«frekke» argumenter mot en gudstro som om fraværet av nyanser mellom posisjonene «den troende» og «ateisten psykologen,» som følger Freud, og forstår gudstro som fortregning av realiteten. Dette er en polarisering forfatteren forbereder leseren på. Posisjonene teisme og ateisme utgjør bokas dramaturgi. Likevel opplever jeg første del av boka som en tidvis trøtende veksling mellom to motpoler som på hver sin måte fremstår fattige i en slags overfladiskhet. Kanskje er forfatteren selv inne på det når han avslutningsvis plasserer den bokstavtro kristne og den «bokstavtro» ateist i samme bås. De bygger sitt livssyn på en konkret tolkning av de bibelske tekstene, der førstnevnte tar til seg ordene, og sistnevnte forkaster dem. Slik går de glipp av dybden i budskapet, og dermed også

det fellesmenneskelige og visdommen som ligger innbakt i slike urfortellinger.

Slik jeg leser boka, beveger den seg fra overflate mot økt dybde, noe Liverød beskriver som en nødvendig prosess i bokas avsluttende epikrise. Denne vandringen i boka gir assosiasjoner til den anerkjente, og for mange provoserende, professoren i religion og kultur, Marcus J. Borg (2011), som har utfordret det han beskriver som himmel–helvete-paradigmet i moderne kristen tenkning. Dette er nettopp en kritikk av «overflatetenkningen» eller bokstavtroskapen som fremmedgjør det kristne budskapet både i egne rekker og blant dem utenfor.

Borg hevder at betydningen av sentrale kristne begreper i dag står fjernt fra det opprinnelige. Opplysningstidens mantra om at noe

TIL TROENDE

I boka *Psykologens journal* følger vi psykologen Sondre Risholm Liverøds eksistensielle søken på meningshetsmøter og i bibelgrupper. Dette bildet er tatt i Leiknes, og er fra Erlends Berge fotoserie *Bedehusland*. Berge har reist Norge rundt for å dokumentere norsk bedehuskultur.





Utgangspunktet har vært forfatterens villighet til å møte sin egen eksistensielle angst og utfordre det han beskriver som den kjepphøye ateisten i seg

enten er sant eller ikke, bidro til at Bibelen måtte forstås som ufeilbarlig. Fra et metaforisk-historisk perspektiv søker Borg å gjenoppdage kristne begreper ut fra den historiske konteksten og det språket de ble skrevet i. Da handler ikke frelse først og fremst om en himmel etter døden, men om en jordisk frigjøring fra undertrykkelse og slaveri. Begrepene blir i større grad knyttet til livet her-og-nå, og hvordan vi velger å forholde oss til verden. Det nærmeste synonymet til *å tro*, slik det ble brukt i århundrene e.Kr., er ifølge Borg *ikke* å bekjenne seg til en rekke læresetninger, men *å elske*, forstått som et dypt engasjement i Gud og våre medskapninger.

Fra leserens perspektiv ville det vært oppklarende med en definisjon av den posisjonen Liverød kaller «den troende», fra starten av. Slik jeg leser boka, foregår diskusjonen mellom «den troende» og «ateisten» i rammen av et himmel–helvete-paradigme. Derimot beveger Liverød seg innenfor det mer historisk-metaforiske rammeverket når han mot slutten åpner opp for det fellesmenneskelige i bibelfortellingenes mange underliggende budskap, arketyperiske bilder og metaforer. De kan forstås som en viktig kilde til det forfatteren, med referanse til mytologen Joseph Campbell, kaller «universets sanger,» fortettet livserfaring som overleveres fra generasjon til generasjon som en del av vårt mentale navigeringssystem. I forlengelsen av dette beskriver Liverød Bibelen som en slags manual i aktiv kjærlighet.

ASPEKTER SOM IKKE KAN MÅLES

I sin gryende åpning mot de bibelske tekstene viser Liverød til at Jung, gjennom å studere mytologi og religion, kom frem til at det er et nødvendig prosjekt for ethvert menneske å våge å møte sine indre, mørke tjern. I sannheten ligger heling. Dette var også forfatterens utgangspunkt for prosjektet: «Som psykolog anbefaler jeg folk å møte sine problemer ansikt til ansikt, og i denne boken skal jeg gjøre det samme selv», skriver Liverød. At forfatteren gjenfinner denne terapeutiske innsikten i de bibelske tekstene, virker til å vekke hans begeistring, og entusiasmen smitter over på meg som leser. I forlengelsen av dette forteller forfatteren om en gjenoppdagelse.

Gjennom denne prosessen har jeg gjenoppdaget drømmen som et viktig verktøy. Drømmen kaster lys over de dunkle delene av vårt indre landskap hvor fornuften ikke når frem. Drøm, historier og mytologi formidler aspekter ved livet som ikke lar seg fange i en materialistisk, vitenskapelig eller rasjonell analyse. (side 312)

Jeg må smile når Liverød forteller om en foreleser som hevdet at terapi uten drømmer er som lunken champagne. Samtidig spør jeg meg om profesjonsutdanningen og norsk psykisk helsevern har nok rom for disse aspektene hos pasienten. Noen historier tar tid å fortelle, og de fleste historier kan vi ikke vite stort om på bakgrunn av det som kruser i overflaten. Vi må våge oss inn i villniset, drømmen, kunsten, og ned i de mørke tjernene, uten å vite hvor vi ender. Som et lite kamprop for verdien av dette motet, og da særlig hos terapeuten, er boka på sitt mest inspirerende.

FRA VENSTRE TIL HØYRE

På mange måter starter *Psykologens journal* opp som en diskusjon av løsevevede temaer og problemstillinger, og ender i en mer helhetlig aksept for det usikre, døden og muligheten for Gud. Forfatteren beskriver det som en beslutning om å «lytte på et annet nivå». Denne prosessen er spennende å følge i epikrisen, der Liverød trekker trådene sammen.

Mens jeg leste boka, kom jeg over et intervju med professor Ian McGilchrist (*Vårt Land*, 2019), psykiater, hjerneforsker og forfatteren av boka *The Master and His Emissary*. Intervjuet kastet nytt lys over den prosessen Liverød beskriver i sin journal. Kort fortalt deler McGilchrist de to hjernehalvdelene inn i ulike funksjoner som utfyller hverandre: Venstrehjernen er en mester i presisjon, i å skjære ting løs fra konteksten, og måle umiddelbar nytteverdi. Høyrehjernen forstår verden helhetlig, dypt og prøvende, og er av evolusjonen utvilsomt kronet til å regjere. Boka, som sammenfatter ikke mindre enn 2 500 forskningsartikler og boklige kilder som krysser alle faggrenser mellom nevrovitenskap og europeisk kunst- og kulturhistorie, munner ut i en dristig hypotese: Lar du venstre hjernehalvdel styre blikket, mister du synet for relasjonene dine, helheten og Gud. Da får du, ifølge McGilchrist, Vesten av i dag, med utbredte symptomer på at helheten har forsvunnet «for bare trær»; en overhengende økologisk krise, et klima i ulage, sosial fragmentering, økt apati og psykisk lidelse, en epidemi av ensomhet, der relasjoner ofres for produktivitet, og et fragmentert helsevesen.

Fra dette perspektivet er det spennende at Liverød ender et sted hvor åpningen mot relasjonene han lever i, drømmen, uoversiktlige mørke tjern og en gudstro, er større. De er alle områder i livet som krever at den prøvende og mer ydmyke høyrehjernen fortsatt får trumfe venstrehjernens detaljfokus, fragmentering, og mål om umiddelbar lykke og nytteverdi.

PÅ DYPT VANN

For flere år siden ble jeg spurt av Psykologtidsskriftet om å skrive en anmeldelse av Torill Danbolt og Grethe Nordhelles bok *Åndelighet – Mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis* (2012). *Psykologens journal* har tatt oppfordringen i denne boka på alvor – å bevege seg på egne dyp, for også å kunne møte andre som famler i det eksistensielle dypet. Sondre Risholm Liverød utfordrer mitt eget ståsted og blir et eksempel til etterfølgelse: Hvordan forholder jeg meg til de eksistensielle grunnvilkårene som rammer inn livet? Hvordan forstår jeg Gud og en gudstro? Hva betyr fri vilje og døden i mitt eget liv? Går broene gjennom mine egne mørke tjern, slik at de kan møte og romme eksistensiell uro hos dem jeg møter som psykolog?

Det eksistensielle løfter frem det fellesmenneskelige, og er kilder til uro som både rører seg i pasient og psykolog. Da blir motet hos sistnevnte, når det gjelder å prøve seg fram i det tvetydige, usikre og ubehagelige, helt avgjørende. Det slår meg at for å våge å svømme i mørke og uoversiktlige tjern, trengs en tillit til selve prosessen. Kanskje ligner den tilliten psykologen må ha til at det er noe usynlig som bærer i terapien, den tilliten som kan ligge i en gudstro? ✕

REFERANSER

- Borg, Marcus J. (2011). *Speaking Christian. Why Christian Words Have Lost Their Meaning and Power – And How They Can Be Restored*. New York: Harper Collins.
- Danbolt, T. & Nordhelle, G. (2012) *Åndelighet – Mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal.
- McGilchrist, Ian (2018). Hjernemysteriet. Intervju i *Vårt Land*, 09.05.2019.

Ikke glem barna

Jeg tenkte at «Her hos oss har vi barneperspektiv». Men boka var en vekker for meg.



ANNE KRISTINE BERGEM, *Når barn er pårørende*, Gyldendal forlag, 2018. 272 sider

ANMELDT AV

Lene Schou-Andreassen, spesialist i barne- og ungdomspsykologi og i familiepsykologi. Jobber på BUP Hinna, Stavanger

«**DET SKAL IKKE** være sånn at en åtteåring må passe på faren sin. Det er du som skal passe på meg, pappa. Er du klar over at jeg var skikkelig redd?» (Mia 9 år, s. 16).

Teksteksemplet trigger umiddelbart hjelpen i meg: «Nei, sånn skal det ikke være.»

Når er barn pårørende? Forfatteren definerer dette slik:

Barn er pårørende når en av foreldrene eller en annen nær omsorgsperson eller et søsken blir syk eller skadet, har en funksjonsnedsettelse eller et rusproblem. Barn er også pårørende eller etterlatte når en forelder eller søsken dør. Vi kaller også barn pårørende når en av foreldrene eller et søsken blir satt i fengsel (s. 18).

Vi vet ikke hvor mange barn i Norge som til enhver tid er pårørende, men som forfatteren påpeker, er det ingen tvil om at det er en betydelig andel.

Oppmerksomheten på barn som pårørende har også resultert i endringer i lovverket, spesielt med tanke på at forskjellige instanser nå har krav om å involvere barn som pårørende i større grad.

UTFORDRINGER

I første del av boka går forfatteren inn på hva som kan være utfordringer i en familie når noen blir syke, dør eller fengsles. Beskrivelsene viser på en god og grundig måte hvordan man ser for seg at det å være barn som pårørende kan påvirke utviklingspsykologiske mekanismer, tilknytning, samspill og mentalisering – og skape mer praktiske utfordringer for familien.

Noen ganger veksler forfatteren over på voksenperspektivet, der det synes relevant for å utdype kompleksiteten, men da også med den samme respektfulle og omsorgsfulle tilnærmingen. På et vis er det en bok der respekt kommer til syne i alle perspektivene som legges frem. Respekten for barnet som pårørende, respekten for foreldre som strever eller er syke, respekten for det å være medmennesker generelt, og for hjelpernes potensielle kraft.

KUNNSKAP GJØR GODT

Del to av boka er erfaringsbasert. Forfatteren tar i bruk eksempler fra klinisk praksis, der mennesker formidler sin historie ut ifra et barne- og pårørendeperspektiv. I etterkant av hver fortelling har forfatteren skrevet en *Refleksjon*, der hun oppsummerer historien som blir fortalt, og trekker frem eksempler på hvordan man som hjelpere kunne ha møtt akkurat dette barnet. Disse fortellingene får frem det såre og vonde mange barn har stått i som pårørende uten at noen voksne har klart å se dem og gi riktig hjelp. Det er som om man gleder seg til neste fortelling, selv om man vet at den vil bli vond lesning. Fordi det gjør godt å få kunnskap, det gjør godt å se hva man ikke bør gjøre, og det gjør godt å vite hva man kan gjøre i et fremtidsperspektiv, når man møter barn som pårørende på den måten de har krav på.

Bredden er stor i disse fortellingene. Fra barn som opplever drap i nær familie, til barn som opplever eksempelvis kreft, psykiske lidelser eller funksjonsnedsettelse. Refleksjonene i etterkant gir dybde og faglighet til tekstene.

Boka tematiserer mange perspektiver der barn er pårørende. Dette var noe forvirrende i den første delen, da jeg ikke helt klarte å slippe tanken om at barn som har foreldre i fengsel, er noe annet enn barn som mister mor i selvmord. Dette blir imidlertid mer tydelig i del 2 av boka. Forfatteren klarer da på en fantastisk god måte å holde fast ved barneperspektivet, og likhetstrekkene ved disse situasjonene for barn som pårørende med tanke på praktiske utfordringer og behovet for eksempelvis informasjon, trygghet.

Det synes som forfatterens viktigste ønske med boka er at vi hjelpere skal se og forstå barn som pårørende. Hvordan man kan åpne opp for temaet, forholde seg til barnet og nettverket rundt og tilrettelegge for disse barna, på deres premisser. Noen ganger vil man som hjelper komme borti etiske dilemmaer, eksempelvis foreldre som ikke ønsker at barna skal få informasjon om sykdom, eller foreldre som er uenige om hva barna skal delta i. Disse dilemmaene blir også diskutert og drøftet i teksten ut ifra faglige prinsipper og forskjellige lover.

ALLE ER UNIKE

Siste del av boka tar for seg hvordan vi kan hjelpe barn som pårørende. Her er det et kapittel som omhandler hva man kan gjøre dersom foreldre ikke ønsker at barnet eller familien skal få hjelp. Fokuset her er lagt på hvordan det kan være vanskelig for foreldre å involvere barna sine, hvordan det kan være vanskelig for barn å snakke om det som skjer i familien, og hva som kan ligge til grunn for at vi som hjelpere noen ganger ikke ønsker å snakke med barn om det som er vanskelig.

Boka har også et kapittel med konkrete råd til hvordan voksne i forskjellige hjelperroller (NAV, BUP, skole, venn eller nabo) kan støtte barn som pårørende.

Oppsummert har boka klart å formidle viktigheten av å se at alle barn som er pårørende, befinner seg i en unik situasjon. Det å være åpen, nysgjerrig og uredig i møtet med disse barna vil kunne være av avgjørende betydning for deres videre utvikling, livskvalitet, og trygghet. Noen ganger må man som hjelper kanskje også ta rundene i seg selv, og sjekke ut om det er noe i vår egen jobbhverdag eller egen historie som gjør det vanskelig å holde pårørendeperspektivet oppe. Hvordan tilrettelegges det for pårørendesamtaler generelt i forskjellige instanser? Finnes det flere muligheter enn man har tenkt?

EN VEKKER

Jeg jobber i en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, og tenkte at «her hos oss har vi jo et godt barneperspektiv». Likevel har boka vært en vekker for meg, og i mitt arbeid. Selv på et arbeidssted der barna allerede er i sentrum, synes det viktig å være ekstra oppmerksomme på at andre barn, for eksempel søsken, ikke nødvendigvis alltid får den informasjonen og oppmerksomheten de trenger. Her hos oss har man heldigvis de siste årene sett en økning i saker der flere søsken henvises, og at vi i større grad anbefaler at søsken henvises, da basert på at et barn har opplevd vansker ut ifra pårørendeperspektivet.

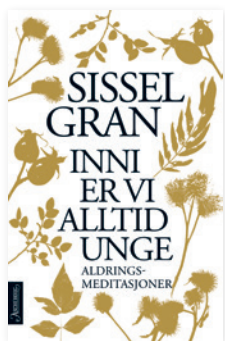
Fra jeg begynte å lese boka, har jeg tatt den i bruk ukentlig; med familier som plutselig opplever somatisk sykdom, i veiledning og i drøftinger i poliklinikken for øvrig. Denne boka har gitt meg gode grunner til å fortsatt jobbe ut ifra et familieperspektiv, men med et ekstra omsorgsfullt blikk på barn som pårørende. ❌



Denne boka har gitt meg gode grunner til å fortsatt jobbe ut ifra et familieperspektiv

Aldring til fredagspizzaen

Sissel Gran skriver om alderdommen med romslighet, empati og varme.



SISSEL GRAN.

Inni er vi alltid unge.
Aldringsmeditasjoner,
Aschehoug, 2019.
208 sider

FREDAG KVELD. Jeg sitter dypt hensunken i den siste boka til psykolog og forfatter Sissel Gran, *Inni er vi alltid unge*, med undertittel *Aldringsmeditasjoner*. Jeg legger boka fra meg og går inn i stua. Sissel Gran ser på meg, jeg registrerer henne tydelig i grønn bluse. Som om hun vil meg noe. Jeg stusser et sekund Er hun der også? Nei, det var visst ikke meg hun henvendte seg til, men Anne Lindmo på TV, på talkshow. Aldring som tema til fredagspizzaen og helgehygge? Litt overraskende, ofte er det mer feel good-historier som serveres der, noe vi blir passe rørt av etter en strevsom arbeidsuke. Samtidig virker det jo helt tilforlatelig når det er Sissel Gran som snakker. Alderdommen er kanskje ikke så farlig likevel. Dagen etter i handlekø på nærbutikken smiler hun blidt fra avisstivet. Jeg stopper meg selv idet jeg er i ferd med å nikke tilbake til henne og gjengjelde smilet.

I tidligere bøker har Sissel Gran skrevet om par, samlivsproblemer og brudd. Nå går hun videre på lista over de viktige og vanskelige temaene i livet. Alderdom, sorg og død. Også denne gang gjør hun det med romslighet, empati og varme.

FORANKRET I VÅR TID

Det som utmerker denne boka i floraen av bøker om alder som har kommet de siste årene, er at Sissel Gran evner å forankre aldringsprosessen så godt i vår tid. Jeg tror mange som leser boka, vil gjenkjenne de referansene hun viser til. Det

er lett å følge henne i teksten, fra irritasjon og skuffelse over at de første rynker viser seg, til egne og andres erfaringer med funksjonstap, sykdom og sorg.

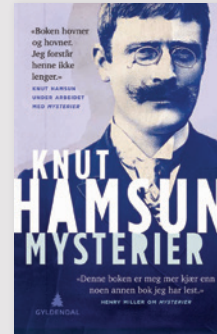
Hun er en stifinner, peker på hvilke avtrykk av alder hun ser i seg selv og rundt seg. Hun reflekterer, spør, men lar også andre komme til orde med sitt. Hun gir seg selv et stort omland. Allerede tidlig i boka venter Håkon Blekens siste kunstutstilling «Do not go gentle», kunstneren er jo som kjent 90 år og ser alderen på sin måte, både fandanivoldsk og lavmælt. Jeg betrakter et humoristisk selvportrett, Håkon Bleken om 50 år, og deretter bildene kunstneren malte av vennen Arne Nordheim, sammensunken på sykehjemmet. Hun trøster meg med sitat fra Rolling Stones' «Gimme Shelter» når det blir litt tøft, ja, hun er god til å trøste. Og kanskje er dette noe av hemmeligheten, det virker som om hun klarer å formidle en viss optimisme tross alt det grimme. Og hun bryter tankerekken før det blir for svart. Da bys jeg et oppløftende sitat. Jeg sendes ut på en overraskende sopptur, kanskje som ren distraksjon, men en tur som viser seg å by på ny innsikt om livsglede.

Gjennom kapitlene plukker hun fra bokhylla, tilbyr samtidslitteratur og fagstoff om alderdommen. Alt i passelige porsjoner, uten at det blir for mye. Uten at vi går for dypt, eller gjør det for vanskelig. Til og med en minnebok fra 1958 vises frem, med verset «Når du blir

ANMELDT AV

Psykologspesialist
Elisabeth Tuft Sand,
Seniorklinikken

KLASSIKEREN



Til dere som arbeider med pakkeforløp: Les *Mysterier*!

Knut Hamsun: *Mysterier*, 1892

gammel og ingen vil ha deg, så sett deg på taket og la kråka ta deg». I min minnebok fra 1965 har jeg også det verset. Ja, jeg er med i teksten, og foretar mine egne aldringsmeditasjoner.

Boka nærmest leste seg selv. Jeg synes det er godt gjort å skrive en page-turner om et slikt emne, alderdommen, hvor plottet er som forventet, fra ille til verre, og utgangen er, uten alternativer, død. Ingen leser tviler på hvor dette vil ende.

EN NABO I LIVET

Jeg vet at mange allerede har lest boka med glede, noen har også fulgt hennes kronikker i Morgenbladet. I min privatpraksis, der jeg bare har eldre klienter, sa en kvinne på 81: «Jeg ble så lettet da jeg leste om at også andre snakket til sine avdøde ektefeller. Jeg snakker med mannen min hver dag. Trodde jeg var gal. Jeg har lånt bort boka til svigerdatter. Hun sa hun skulle lese den.» Boken har allerede endret noe for noen.

Neste gang jeg ser Sissel Gran her hjemme eller på nærbutikken, vil jeg nok nikke og smile. Og hun dukker nok opp igjen, det er jeg sikker på, for mange vil høre hva hun mener. Jeg tror Sissel Gran er i ferd med å bli en slags god nabo i livet mitt. En som er der, ser, skjønner og kan formidle. Men ikke minst gi trøst ved å fremheve at mulighetene er der tross alt, selv om livet ikke er så greit. Det synes jeg er utmerket. ❌

«Det dukket opp en fremmed i byen, en viss Nagel.» Sommeren 2001 leste jeg *Mysterier*. Persongalleriet og stemningen i romanen fascinerte meg. Johan Nilsen Nagel, hans indre motsetninger og det lille glasset med blåsyre i vestelommen. Nagels storhet og hensynsløshet. Narrespillet han har med kystbyen. Selvmordet.

Nagel ville med sine suicidale impulser vært i målgruppen for psykisk helsevern. En forsommerveld så jeg han gå over plenen utenfor kontoret på Vinderen i Oslo. Eller var det forfatteren selv som kom tilbake til gjengrodde stier? Muligens var han på vei til oppmøte i et pakkeforløp. Han gikk utadtil selvsikkert i en skreddersydd dress. Han ble møtt av en behandler med systematikk og presisjon til gitte tidsfrister. Kanskje fikk han hjelp, og kanskje ble det med dette møtet. Jo mer presise vi forsøker å være innenfor en gitt tidsramme, desto høyere sannsynlighet for å bomme. Og ved de komplekse tilstandene, de som presenterer seg som noe annet enn det de er, er risikoen for å bomme størst. I et slikt landskap ser en ikke alltid giften i vestelommen. Det er mye bra med pakkeforløp, men jeg er usikker på om de ville reddet vår moderne Nagel.

En oppfordring til dere som arbeider med pakkeforløp: Les *Mysterier*! Skap en ramme som øker sannsynligheten for at vi fanger opp bredden i psykopatologi. Det er vanskelig å forstå seg rett på mennesker, hvem som er gal, og hvem som er klok. Gud hjelpe oss alle fra å bli gjennomskuet, som Hamsun selv uttalte. God lesning!

Jonas Paulsen, psykologspesialist og enhetsleder ved BUP Vest, Diakonhjemmet Sykehus, oppfordrer Hedda Ek Søgnen til å ta stafettpippen videre



Kurs for spesialister i voksen og barn/ungdom som ønsker vedtakskompetanse

Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

Kurset retter seg mot psykologspesialister som jobber med barn/unge eller voksne, og som skal fatte tvangsvedtak. Kurset egner seg også som vedlikehold for spesialister som fatter vedtak.

Kurset tilfredsstillende kravene til lovkunnskap hos den faglig ansvarlige for vedtak innen psykisk helsevern. Det vil være innlegg fra aktører med ulike perspektiv på psykisk helsefeltet. Økt vektlegging på brukermedvirkning og medbestemmelsesrett medfører en styrket bevissthet. Kurset gir en god innføring i de fire helselovene.

Aktuelle tema:

- Tvangens etikk
- Oversikt over grunnprinsippene i norsk helserett og helselovgivning
- Psykisk helsevernloven
- Psykologspesialistens rolle i forvaltning av Psykisk helsevernloven, ansvarlig for tvangsvedtak
- Erfaringer med behandling og tvang i psykisk helsevern
- Psykologspesialistens møte med Kontrollkommissjonen
- Endringer i Psykisk helsevernlov, erfaringer og praksis. Samtykkekompetanse
- Hvilken betydning har nevropsykologiske svekkelser for pasienters samtykke?

Kurset er godkjent som 16 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

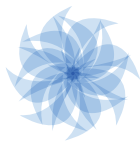
Sted og dato: Oslo, 14.-15. oktober 2019

Påmeldingsfrist: 9. september 2019

Medlemspris: kr 7 000

Kursnr.: 115-19

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



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

Kognitiv terapi er en dokumentert nyttig metode for behandling og veiledet selvhjelp, som anbefales av helsemyndighetene for en rekke psykiske lidelser.



”

Kunnskapen jeg har tilegnet meg gir meg et tydeligere kart å navigere etter i behandling, og jeg føler jeg har utviklet meg til en bedre terapeut.

• MARIANNE BERGE SKÅR · Psykologspesialist, Enhet spiseforstyrrelser, Helse Stavanger HF

Kognitiv terapi for leger og psykologer

Norsk Forening for Kognitiv Terapi tilbyr 2-årig videreutdanning godkjent av Psykologforeningen som fordypningsprogram til spesialiteten i psykoterapi, samt fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs.

OPPSTART: • Oslo 30. september 2019
• Trondheim 9. september 2019

MER INFORMASJON OG PÅMELDING:

kognitiv.no



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI

BILLINGSTAD. Vi ønsker oss en psykolog til en multidisiplinær klinikk, kanskje er det deg? Vi har ledige kontorer dagtid eller kveld. Du vil tilby private psykologtjenester og drive ditt eget ENK/AS, men leie av rom og profilering gjennom klinikkens nettsider, online booking og journalsystemer. Henv. post@helsebillingstad.no

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. august**, frist for å bestille annonse til august-utgaven er **18. juli**

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

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst

MST Lillestrøm har ledig stilling som

Psykolog/Psykologspesialist som leder/veileder

Psykolog/psykologspesialist til 100% stilling som leder/veileder i MST (Multisystemisk Terapi) i Lillestrøm. Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker.

Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. I region øst drives det totalt fem MST-team. Et team består av tre eller fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Veileder er tilgjengelig for terapeutene 24 timer i døgnet, 7 dager i uka.

Som leder av MST teamet vil du inngå i Bufetat region øst sin ledergruppe for tiltak som tilbyr behandling for ungdom med atferdsvansker.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



Kvinnherad kommune
Eining Barn og familie

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

Psykolog

100 % fast stilling

For meir utfyllande informasjon om stillinga,
gå inn på www.kvinnherad.kommune.no

Søknadsfrist: 12.08.19

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

engasjert for mennesket

Overlege og forsker

Ledig stilling som forsker/overlege ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Enhet for kunnskapsutvikling.

Kontaktperson: Enhetsleder Kari Agnes Myhre, tlf. 22 49 84 30.

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

Søknadsfrist: 1. september 2019. Diakonhjemmet Sykehus





Om Østfold fylkeskommune

Østfold fylkeskommunen ønsker et mangfold på arbeidsplassene som speiler befolkningen med hensyn til kjønn, alder, funksjonsevne og flerkulturell bakgrunn. Østfold fylkeskommune praktiserer prøvetid. Vi gjør oppmerksom på at navn til søkere til stilling i Østfold fylkeskommune kan bli offentliggjort selv om søkeren har bedt om å ikke bli oppført på søkerlisten jfr. offentlighetsloven § 25.

PP-tjenesten for videregående opplæring i Østfold fylkeskommune

PP-tjenesten er regionalisert med avdelinger i Fredrikstad, Moss og Askim. Tjenesten har 22 fagstillinger + leder og betjener 11 offentlige videregående skoler, ca 1.600 lærlinger, samt barn og unge som er plassert i institusjoner hvor fylkeskommunen har opplæringsansvaret. Tjenesten har kontorfellesskap og samarbeider med den fylkeskommunale Oppfølgingstjenesten.

PSYKOLOG

En av våre psykologer i PPT skal ut i permisjon denne høsten, og følgelig har vi ledig et vikariat i 100 % som vil strekke seg over 2 år. Stillingen er kontor plassert i Fredrikstad og skal dekke Nedre Glomma-regionen.

Vi søker fagpersoner som er motivert for å jobbe i en organisasjon i endring og utvikling. Videregående opplæring er i endring og PPTvgo er en sentral samarbeidspartner når det gjelder kvalitetsutvikling i grunnopplæringen. Vår virksomhet står overfor spennende prosesser når Østfold i sammen med Akershus og Buskerud skal etablere nye Viken fylkeskommune i 2020.

Kvalifikasjonskrav

Embetseksamen i psykologi, cand.psychol. Fagpersoner med annen relevant psykologfaglig bakgrunn på masternivå vil også bli vurdert. Vi ønsker søkere som har erfaring med ungdommer som befinner seg i målgruppen til PPT for videregående opplæring.

Vi vil vektlegge

Vi søker en psykolog eller en fagperson med psykologfaglig bakgrunn som jobber selvstendig og strukturert, og som har innovasjonskompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter. Det legges spesiell vekt på gode samarbeidsevner og vilje til å tenke alternativt og tverrfaglig. Den som ansettes må kunne bidra positivt i en omstilling av tjenesten med blant annet økt fokus på systemrettet arbeid. Personlig egnethet med tanke på ovennevnte tillegges stor vekt. Den som ansettes må bidra til opprettholdelse og utvikling av et godt arbeidsmiljø.

Prioritert fokus

- Samtaler/arbeid med enkeltelever og grupper
- Utredning og sakkyndighetsarbeid
- Veiledning av lærere og andre samarbeidspartnere
- Samarbeid med andre faginstanser (både på kommunalt nivå og med andre kompetanseenheter)
- Aktiv deltakelse i utviklingsarbeid innenfor videregående opplæring og fagopplæring
- Drive kursvirksomhet og kompetanseheving ut mot skolene
- Lede prosjektrettet arbeid

Vi kan tilby

- Varierte arbeidsoppgaver innen et spennende og utfordrende fagfelt
- Et tverrfaglig og godt samarbeidsmiljø
- Medarbeidere med høy faglig kompetanse
- Veiledning i henhold til gjeldene avtaler for ansatte i PPT
- Deltakelse i prosjektarbeid/samarbeid med andre aktører i fagfeltet
- Gode forsikrings- og pensjonsordninger
- Lønn etter avtale

Stillingene er kontor plassert i Fredrikstad (Nedre Glomma-regionen). Søkere må disponere bil og får godtgjøring etter statens satser. Tilsetting skjer i henhold til de til enhver tid gjeldende lover og regler som gjelder for tilsetting i Østfold fylkeskommune. Vitnemål og attester tas med til intervju.

Bruk vårt elektroniske søknadsskjema – ID 2585 på hjemmesiden <http://www.ostfoldfk.no/>

Søknadsfrist: 15. august 2019

Kontaktpersoner:

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til avd. leder for PPTvgo i region Nedre Glomma, Terje Nordhus, mobil 413 15 727 eller virksomhetsleder for PPT/OT Rita Magnussen Helvik, mobil 905 25 155.

PSY
KOL
OGI

Tidsskrift for Norsk psykologforening søker markeds- medarbeider

Tidsskrift for Norsk psykologforening søker medarbeider til markedsarbeid, både for å gi støtte og avlastning til vår markedsavdeling i det daglige virket, og for å vikariere i perioder med ferieavvikling og sykdom.

Arbeidstiden er fleksibel, samtidig som flere av oppgavene er knyttet til publiseringsdeadlines. Vi søker en person som trives med høyt arbeidstempo og tidspres knyttet til deadlines, og samtidig er strukturert, nøyaktig og selvgående. Opplæring vil bli gitt.

Arbeidsoppgavene består blant annet av: løssalg, abonnementsbestillinger, publisere nettannonser, annonsekorrektur, fakturering mm.

Søknadsfrist: 15. juli

Ved spørsmål, ta kontakt med Unni Sandland på tlf. 23 10 31 33. Søknad sendes tidsskrift@psykologtidsskriftet.no



Tidsskrift for Norsk psykologforening er psykologenes viktigste kanal for kurs- og stillingsannonser både på papir og nett, og utgjør Norges ledende fagbase innen psykologi. Tidsskriftet kommer i papirutgave tolv ganger i året, og har for tiden 10.000 i opplag.

www.psykologtidsskriftet.no

Kronstad distriktpsikiatriske senter (DPS) søker:

Psykologspesialist, Ambulant Akutteam

Kronstad DPS ønsker å styrkje spesialistkompetansen i Ambulant Akutteam (AAT). AAT er p.t. no bemanna med overlege, 2 psykologspesialist, 2 psykologar og seksjonsleiar/ psykiatrisk sjukepleiar. AAT har ansvar for alle akuttvurderingar og vurderingar med kort frist, og fullfører fleire oppfølgingsløp etter akuttvurdering. Ei av hovudmålsetjingane med oppfølging av AAT er å tilby god akuttbehandling og unngå unødig innlegging. AAT følgjer opp pasientar i avgrensa behandlingsforløp, i all hovudsak i kontora ved avdelinga.

Ønskjer du ein variert og spennande arbeidsdag, der du får anvendt fagkunnskapen din på mange ulike måtar? Då kan dette vere noko for deg!

Vi har ledig 100% fast stilling og søker no etter ein psykologspesialist.

Vil du bli vår nye kollega?

Ta Kontakt med Seksjonsleiar Gunnhild Karlsen Vatle eller Kst. klinikkdirektør Stig-Arthur Didriksen på telefon 55956000

Ref.nr. 4091021416 - **Søknadsfrist:** 10.07.2019



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

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT (HEMIT), Driftsenteret for logistikk og økonomi og Helseplattformen en del av Helse Midt-Norge RHF. Den samlede virksomheten omfatter ca 22 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 21,8 milliarder kroner.

Avtalehjemler i klinisk psykologi:

Fosen - 100%

Søknadsfrist: 9. august 2019

Oppdal - 100%

Søknadsfrist: 16. august 2019

Molde - 100%

Søknadsfrist: 16. august 2019

Trondheim - 100%

Søknadsfrist: 16. august 2019

Kontaktinfo: Rådgiver Karin Bostad, tlf. 412 14 382 eller rådgiver Arnt Egil Hasfjord, tlf 413 22 145.

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

frantz.no

HELSE ●●● MIDT-NORGE

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT (HEMIT), Driftsenteret for logistikk og økonomi og Helseplattformen en del av Helse Midt-Norge RHF. Den samlede virksomheten omfatter ca 22 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 21,8 milliarder kroner.

Trondheim

Avtalehjemmel i klinisk psykologi

Helse Midt-Norge RHF har ledig 100 % avtalehjemmel for spesialist i klinisk voksenpsykologi. Hjemmelen er besluttet lokalisert i gruppepraksis i Trondheim. Hjemmelen vil kreve et godt samarbeid med helseforetaket, og sammen skal det skapes balanse og stabilitet innen dette fagområdet i denne delen av regionen. Avtalespesialisten må være særskilt oppmerksom på utviklingen av IKT og integrasjon mot felles journalsystem. Avtalespesialisten må beherske norsk både muntlig og skriftlig. Avtalen forutsetter 37,5 timers ukentlig arbeidstid 44 uker pr. år, inkludert administrasjon av praksis.

Søknadsfrist: 15. august 2019

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

frantz.no

HELSE ●●● MIDT-NORGE



Bergen

Ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist ved Statens Barnehus Bergen Vest politidistrikt – Felles eining for førebygging

Barnehusteamet består av om lag 16 tilsette med ulike og utfyllende kompetanse. Barnehuset har eit regionalt ansvar i heile politidistriktet som strekkjer seg over fylkene Hordaland og Sogn og Fjordane. Statens Barnehus Bergen har ei underavdeling i Førde, og fysisk arbeidsstad blir både i Bergen og Førde. Fast arbeidstad er i Bergen.

Arbeidsoppgåver

- Ivareta og setje barnet i sentrum i alle faser av saka
- Tilrettelagte avhøyr, m.a. samarbeid før, under og etter avhøyr
- Kartlegging og traumekartlegging
- Terapi og behandling i tråd med Felles retningslinjer for Barnehusa
- Bidra med psykologfagleg kompetanse i teamet til kvalitetssikring av behandling og oppfølging
- Rettleie og gje råd til føresette og andre instansar
- Undervise og dele kompetanse internt og eksternt
- Tverrfagleg og tverretatleg samarbeid med relevante instansar i heile fylket
- Bidra til fagutvikling innan fagfeltet
- Andre oppgåver pålagt av overordna

Kvalifikasjonar

- Godkjend spesialitet i klinisk barne- og ungdomspsykologi eller andre relevante spesialitetar
- Relevant erfaring frå minst eit av følgjande fagfelt: psykisk helsevern for barn og unge, familievern, barnevern eller førebyggjande helsearbeid blant barn og unge
- Erfaring med målgruppa og kompetanse innan vald og seksuelle overgrep
- Vidareutdanning innan traumer og rettleiing er ein fordel
- Erfaring med oppfølging av traumeutsette barn er ein fordel

Vi tilbyr

Stillinga blir lønna som psykologspesialist SKO 1304 i spennet frå ltr. 76/kr 713 600 til ltr. 79/kr 754 900 brutto per år. Lønns plassering er avhengig av kompetanse.

For mer informasjon kontakt

seksjonsleiar Kristin Konglevoll Fjell, tlf. 458 76 296 / 55 55 69 00.

Spørsmål om elektronisk CV/søknad, seksjon for HR, tlf. 55 55 63 00.

For fullstendig utlysningstekst se www.nav.no eller www.politiet.no/Om oss/Jobb i politiet Ref.nr.: 201904458

Vi ber om elektronisk søknad innen 7. august.

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

SENTRALSTYRET**President****Tor Levin Hofgaard**

tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter**Rune Frøyland**

rfroey@online.no
450 30 522

Heidi Tessand

heidi.tessand@
psykologforeningen.no
916 67 804

Medlemmer**Aina Holmén**

aih@sivilombudsmannen.no
986 64 501

Kjetil Kaasin

kjetil.kaasin@sthf.no
35 00 57 00

Britt Randi Hjartnes**Schjødt**

bibihj@gmail.com
922 99 371

Ragnhild Klíngenberg Røed

ragnhildkstkoke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnild Lauveng

post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund

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

Studentrepresentanter**Sebastian Gulbrandsen**

sebastian.gulbrandsen@
gmail.com
926 93 702

Halvor Stavland

halvor_stavland@
hotmail.com
991 05 396

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**Vilde Hoff Lien**

vildehofflien@yahoo.no
418 06 187

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**

biraan@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 Lindøe**

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**

simonnaes@gmail.com
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 rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPECIALITETSRADET**Heidi Tessand**, leder,

e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

KVALITETSUTVALGET

Heidi Tessand, leder,
e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Per-Einar Binder, leder,
e-post per.binder@psykp.uib.
no, tlf. 995 00 313

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer

Eva Karin Løvaas,
leder, e-post eva.karin.
loevaas@bergenclinics.no,
tlf. 55 90 88 00

Eldrepsykologi

Lise Næss, leder,
e-post lisenæs@online.no,
tlf. 55 90 06 63

Psykoterapi

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@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

Ole André Solbakken,
leder, e-post o.a.solbakken@
psykologi.uio.no
tlf. 913 75 496

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

Kim Larsen, leder, e-post
kim.larsen@so-hf.no,
tlf. 69 32 62 24

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Sebastian Gulbrandsen,
UiB, leder, e-post sebastian.
gulbrandsen@gmail.com,
tlf. 926 93 702

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Roger Hagen, leder, e-post
roger.hagen@svt.ntnu.no,
tlf. 481 09 789

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

Nora Sveaass, leder, e-post
nora.sveaass@psykologi.uio.
no, tlf. 958 09 001

TESTPOLITISK UTVALG

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
Stine Vedvik, nettedaktør,
e-post stine.vedvik@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no

Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingsjef
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,
utdanningsjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Eva Danielsen,
nestleder, e-post eva@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, 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-

sitetsforskning 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

Bergensklinikkene

Lars Smith, Nasjonalt

kompetansenettverk for

sped- og småbarns psykiske

helse

Håkan Sundberg,

Universitetet i Bergen

Frode Svartdal,

Universitetet i Tromsø

Nora Sveaass, Psykologisk

institutt, Universitetet i Oslo

Stephen von Tetzchner,

Universitetet i Oslo

Odd Arne Tjersland,

Universitetet i Oslo

Bente Træen, Universitetet

i Oslo

Merete Øie, Sykehuset

Innlandet HF

Simon Øverland,

Universitetet i Bergen

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

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 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:
18.07, 19.08, 17.09, 17.10, 18.11

WAIS-IV – Administrasjon og tolkning

Målgruppe:

Psykologer som bruker eller ønsker å ta i bruk WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale). For å få fullt utbytte av kurset forutsettes kompetanse tilsvarende norsk cand. psychol. grad med grunnleggende kjennskap til statistikk knyttet til testbruk. Ved behov kan repetisjon av dette kombinert med å gjøre seg kjent med WAIS-IV være nyttig før en kommer på kurset. Psykologforeningens testkurs er forbeholdt psykologer.

Målsetting:

Gi grunnlag for selvstendig og faglig oppdatert bruk av WAIS-IV i klinisk psykologarbeid på tvers av ulike psykologroller og problemstillinger.

Innhold:

Dette er et kurs som tar for seg både administrasjon og tolkning av WAIS-IV. Det gis en presentasjon av Wechsler-testene generelt og WAIS-IV spesielt, samt de amerikanske og skandinaviske standardiseringsprosjektene. Endringer fra WAIS-III i oppbyggingen av testen gjennomgås, herunder nye og gamle deltester og indekser. Kurset vil innbefatte øvelser i administrering av de nye deltestene og tilbakemelding av resultatene, fokusering på unngåelse av typiske administreringsfeil, samt gjennomgang og øvelse på en trinnvis modell for tolkning av testresultatene med verktøy/metoder som går utover det som finnes i manual og skåringsprogram.

Ta med WAIS-IV kofferten hvis mulig. Deler av kurset vil bli casebasert og kursdeltagerne oppfordres til å ta med kasuistikker/testprotokoller.

Om kurslederne:

Arne Holen har vært norsk klinisk ekspert på det skandinaviske WAIS-IV prosjektet. Han er utdannet cand psychol fra UiB i 1998, spesialist i klinisk nevropsykologi og har tatt NPFs veilederutdanning. Han jobber som avtalespesialist i klinisk nevropsykologi i Oslo og er ansatt ved Avdeling for Rus og Avhengighet (ARA), Oslo Universitetssykehus i et PhD-prosjekt.

Håvard Sørli er utdannet cand psychol fra UiB i 1998 og er spesialist i klinisk nevropsykologi. Han er ansatt ved Avdeling for Akuttpsykiatri og Psykosebehandling på Reinsvoll i Sykehuset Innlandet. Sørli er ansatt som norsk klinisk ekspert på det skandinaviske WAIS/WMS-V prosjektet.

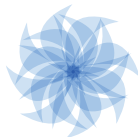
Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

Sted og dato: Oslo, 18.-19. september 2019

Avmeldingsfrist: 14. august 2019

Medlemspris: kr 7 000

Kursnr: 127-19



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

