

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSYKOLOGI

Vol.57 nr.08 2020

Nullvisjon for selvmord

NÅ-intervjuet

SØVNLØSE NETTER

Vitenskapelige artikler

Mot en bedre barnelov?

Fagessay

Fargelegger psykologi

Reportasje

ÅRETS TIDSSKRIFT
2020
NORSK TIDSSKRIFTFORENING

PSY KOL OGI

Vol. 57 **nr. 08** 2020

Konstituert sjefredaktør Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

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

Vibeke Ottesen, vibeke@psykologtidsskriftet.no, tlf. 48 17 68 21

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

Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,

tlf. 911 78 096 (I permisjon),

Journalister Per Halvorsen, per@psykologtidsskriftet.no, tlf. 918 67 706,

Øystein Helmikstøl, oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

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

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og ruskliniken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.07.2020

Omslagsillustrasjon Kristian Utrimark

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



Innhold

- 552 **Vil ha nullvisjon for selvmord**
NÅ: Inger Klippen | Per Halvorsen
- 554 **Mener livsmestring i skolen duker for nye nederlag**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 560 **Trygge familieband - også etter skilsmisse**
Fagessay | Eivind Meland
- 566 **Predikerer alkoholbruk insomni? - En oversiktsartikkel**
Vitenskapelig artikkel | Hanne Martine Dahlberg & Ida Grindahl
- 574 **Stå opp - Gruppebehandling for insomni**
Vitenskapelig artikkel | Iver Strandheim et al.
- 588 **Bak ei lukka dør**
Fri assosiasjon | Arnstein Søvik
- 591 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Skam revidert | Zemir Popovac (s. 592)
Debatt: Samtidige vansker (s. 597), Sakkyndighet (s. 599),
Psykoedukasjon (s. 601)
- 603 **INNTRYKK**
Reportasje: Når hånden snakker | Nora Skjerdingsstad &
Ida holth (s. 604)
Bokanmeldelser: Lettfattelig om ris og ros (s. 610), Kvasse diagnose -
veik kur (s. 612), «I had to take Donald down» (s. 618)
- 622 **Annonser**
- 628 **Stillingsannonser**

554

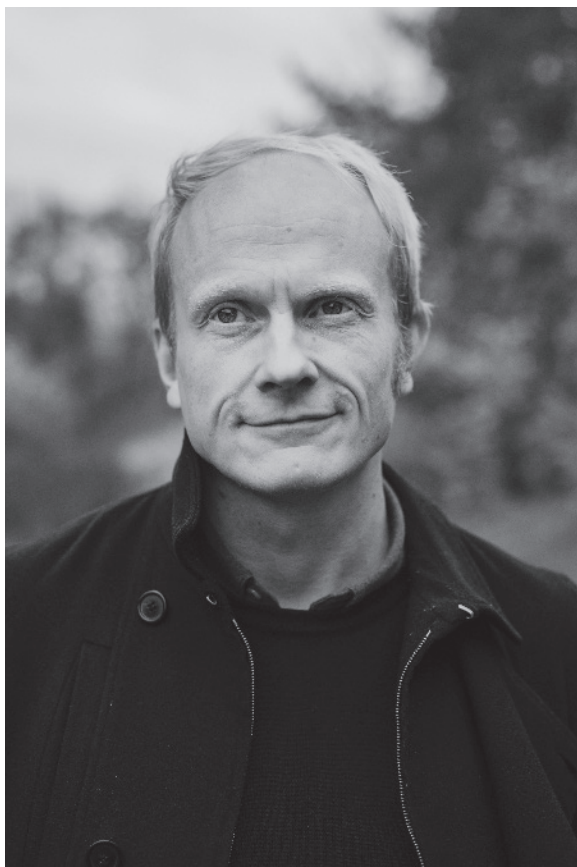


FOTO: FARTEN RUDJORD

SYKELIG ANSVAR

Livsmestringsfaget i skolen bidrar til å individualisere elevenes ansvar for sitt eget livsprosjekt, sier psykologiprofessor Ole Jacob Madsen.

Aktuelt

560



ILLUSTRASJON: CECILIE MAURUD BARSTAD

BARNETS BESTE

Barn av skilte foreldre ønsker å få omsorg og kjærlighet fra begge foreldre. Hvordan kan man sikre dette når lov om barn og foreldre skal revideres?

Fagessay

566 / 574



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

INSOMNI UNDER LUPEN

Den utbredte søvnlidelsen insomni undersøkes i to vitenskapelige artikler. Er det slik at alkohol forårsaker insomni? Og fungerer gruppebehandling for lidelsen?

Vitenskapelig artikkel

604



FOTO: TOMMY ELLINGSEN

PSYKOLOGISK TEGNING

Hvordan tegner man psykologi? Vi har snakket med tre av våre illustratører for å finne svaret.

Reportasje



FORSKNING – Når vi skal gjøre noe nytt, skal det være forskningsbasert, uttaler Inger Klippen.

NÅ INGER KLIPPEN

Vil ha nullvisjon for selvmord

Statssekretær Inger Klippen tror ikke en nullvisjon vil skape urealistiske forventninger til psykisk helsevern.

TEKST Per Halvorsen **FOTO** Nora Skjerdingsstad

– **Regjeringen og ditt eget parti Høyre lanserte allerede før sommerferien en nullvisjon for det selvmordsforebyggende arbeidet. Hvorfor?**

– Nullvisjon for selvmord er en verdi. Det er et politisk budskap om at vi ikke har noen å miste. Et signal om at alle liv er verdifulle. En overordnet tanke om at vi som samfunn må gi rom for alle mennesker.

– **Hvor realistisk er det å redusere selvmord til null innenfor rammen av et humanistisk samfunn, der individets rett til selvbestemmelse også er en sentral verdi?**

– Vi snakker om to forskjellige ting. Politisk skal vi vise at det er plass til alle mennesker i samfunnet vårt. Jeg har selv lang erfaring fra psykiatrien. Jeg vet at det også i fremtiden vil være personer med stort lidelsestrykk og alvorlige sykdommer som kommer til å ta livet av seg uten at det har skjedd feil eller har vært svikt i behandling eller oppfølging. Tanken om en nullvisjon er altså ikke ment for å henge ut helsetjenesten eller enkeltpersoner som jobber som behandlere. Vi gjør ikke dette for å ramme inn det kliniske arbeidet på en måte som er antiterapeutisk.

– **Man kan altså ha en politisk nullvisjon for selvmord uten man har det i klinikken. Kan du utdype hvordan det går an å trekke opp dette skillet?**

– Dette handler om hva slags samfunn vi ønsker oss. Jeg har ingen tro på at medisinen og psykologien skal kunne redusere dødeligheten til null alene. Hvis målet er å hindre ethvert selvmord, vil vi måtte sette i gang tiltak som strider med prinsipper for god behandling og den helsepolitiske målsettingen om mindre bruk av tvang; tiltak som er så inngripende at de ikke er i tråd med menneskerettighetene. Vi skal altså fortsatt gjøre de tingene som vi vet er terapeutiske.

– **Er du ikke redd for at «folk flest» ikke vil skjønne det skillet du forsøker å trekke opp, og at nullvisjonen vil slå inn i klinikkene i form av urealistiske forventninger – for eksempel fra pårørende – om at ethvert selvmord er et uttrykk for at helsevesenet har sviktet?**

– Noen psykiske lidelser er så alvorlige at du kan dø av det. Det gjelder fortsatt, og det vet både

behandlere og pårørende. Jeg har tillit til at de ser forskjellene mellom en overordnet politisk målsetting og det som er mulig å få til i klinikken. Vi vil fortsatt oppleve at folk med psykiske helseplager tar livet sitt.

– Er du likevel enig i at det kan være en pedagogisk utfordring å formidle det skillet du trekker opp?

– Nei, ikke i det hele tatt. Alle som er i kontakt med andre, bør tenke over hvor viktig det er å være inkluderende slik at folk ønsker å fortsette livet sitt. Det er noe helt annet enn å gjøre en klinisk vurdering når du har fått en alvorlig syk person inn på klinikken. Jeg har jobbet med selvmordskartlegging og selvmordsforebygging i 20 år, og jeg ser ikke konflikten mellom nullvisjon og det å akseptere at alvorlig psykisk sykdom også kan være dødelig.

– Den konflikten ser nok flere av dine fagfeller i psykisk helsevern?

– Jeg vet det, og det er helt i orden.

– Hvor kunnskapsbasert vil du si at en nullvisjon er?

– En nullvisjon er ikke kunnskapsbasert. En nullvisjon for selvmord er en verdi og et veivalg. Det er et politisk budskap om at vi ikke har noen å miste. Et signal om at alle liv er verdifulle. Vi har ikke telt på hvordan vi kan stoppe alle selvmord, for det tror vi ikke at vi kan.

– I Sverige har de lenge hatt en nullvisjon for selvmord. Der har det blitt mer tvang?

– Det har jeg ikke oversikt over. I Norge er målet å redusere bruk av unødig tvang.

– Langt fra alle selvmord begås av mennesker som har kontakt med psykisk helsevern. Hva kan gjøres for å forebygge selvmord på mer generell basis?

– Vi vet det virker forebyggende å begrense tilgangen til selvmordsmetoder. Dette kan for eksempel være å sikre høye broer, slik at det blir vanskelig å hoppe fra dem. Her kan vi sette inn tiltak for å forebygge impulsive selvmord. Det er også viktig å senke terskelen for å søke hjelp. Det kan blant annet gjelde mennesker som opplever en livskrise, eksempelvis på grunn av samlivsbrudd eller arbeidsledighet. Vi skal se nærmere på bestemte grupper. Det er flere menn som begår selvmord, og det er voksne menn.

Hvorfor NÅ?

- Regjeringen har lansert en nullvisjon for selvmord og legger nå siste hånd på Handlingsplanen for forebygging av selvmord, som legges fram i september.
- Statssekretær Inger Klippen i Helse- og omsorgsdepartementet mener det ikke er noen motsetning mellom målet om å hindre ethvert selvmord og godt terapeutisk arbeid i klinikkene.
- I 2018 døde 674 mennesker av selvmord i Norge – det høyeste antallet siden perioden 1988–1991 (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging).

Kanskje er jenter flinkere til å signalisere til verden at de har utfordringer. Jo eldre mannen er, jo mer tabubelagt er det å snakke om selvmord. Vi må få inn tidlig at det å snakke om vanskelige følelser ikke er tabu. Det mener jeg det nye livsmestringsfaget i skolen kan bidra til.

– Hvordan tror du koronakrisen vil slå ut på selvmordsstatistikken?

– Det er høyst usikkert, fordi det er så mange motstridende faktorer som vil påvirke utfallet. Rett etter 12. mars satt vi hjemme hver for oss. Likevel oppstod det for mange en opplevelse av fellesskap. De som hadde kjent på ensomhet fra før, var plutselig ikke så ulike alle andre lenger. De var inkludert i gjengen. I månedene vi har bak oss, har vi utviklet digitale møteplasser som jeg tenker har gjort det enklere for dem som ikke har hatt så lett for å håndtere fysiske møter. Dette er beskyttelsesfaktorer. Økt arbeidsledighet trekker i motsatt retning. Summen av dette kjenner vi først når vi får selvmordstallene for 2020.

– Hvorfor velger dere å ta ut kapitlet om selvskading av handlingsplanen for forebygging av selvmord når det er så godt dokumentert at det er en nær sammenheng mellom selvskading og selvmord?

– Selvskading starter oftest i alderen 12 til 15 år. Det er en av grunnene til at Helsedirektoratet anbefalte at selvskading skulle være et eget satsingsområde i Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse. Dette er et råd vi har lyttet til. Samtidig forekommer selvskading hos voksne, både kvinner og menn. Det er overlapp mellom tiltak for å forebygge selvmord og selvskading, og selvskading er en risikofaktor for selvmord. Selvskading vil derfor bli berørt flere steder i planen.

– I hvilken grad vil du si at fag- og forskningsmiljøene har vært godt involvert i arbeidet med den nye handlingsplanen?

– Dette arbeidet er godt faglig forankret. Det har vært et av de tydelige målene med handlingsplanen. Når vi skal gjøre noe nytt, skal det være forskningsbasert. Vi skal gjøre de tingene som vi vet hjelper, men også avdekke kunnskaps hull. Selvmord er komplekst, og vi må hele tiden bruke kunnskapen vi har, lære av det som gjøres, og utvikle ny kunnskap. Dette må skje både i samarbeid med fag- og forskningsmiljøene og med brukerorganisasjonene. ✘

AKTUELT

Livsmestring i skolen



INDIVIDUALISERING Livsmestringsfaget er et skritt bort fra den kollektivistiske tankegangen skolen tradisjonelt har vært fundert på, mener Ole Jacob Madsen. Foto: Nora Skjerdingsstad

Mener livsmestring i skolen duker for nye nederlag

Psykologiprofessor Ole Jacob Madsen mener «livsmestring i skolen» i verste fall kan bli en spore til nye nederlag for elever som sliter fra før.

TEKST Per Halvorsen

TO KORTE UKER før den tverrfaglige tematikken folkehelse og livsmestring får premiere i skolen, blottstiller Madsen sine bekymringer for faget som er blitt heiet fram, også av Norsk psykologforening. I boka *Livsmestring på timeplanen – Rett medisin for elevene?* spør han blant annet om de mulige konsekvensene av faget er godt nok gjennomtenkt.

At temaet nå får en såpass sentral plass i skolen, ser han på som et uttrykk for at samfunnet i stadig større grad gir oppmerksomhet til psykiske helseplager blant ungdom og etablerer en årsakssammenheng mellom økte psykiske helseplager og manglende mestring.

ANSVAR FOR EGEN PSYKE

– Løsningen, slik det nye læreplanverket tilsynelatende legger opp til, blir å tilby barn og unge verktøy for å håndtere dagliglivet bedre. Utfordringen er at det følger en stor grad av individuelt ansvar med på lasset. Med dette opplegget bidrar skolen til å individualisere elevenes ansvar for sitt eget livsprosjekt. Det er et skritt bort fra den kollektivistiske tankegangen skolen tradisjonelt har vært fundert på, mener Madsen.

– *Hva er problemet med at unge mennesker lærer å ta ansvar for eget liv ved å lære mer om seg selv; hva de tenker og føler, og hvordan de virker på andre?*

– Det er to veier til endring når ungdom rapporterer om eksempelvis økt stress i skolehverdagen, slik det fremgår av Ungdata-undersøkelsen: Man kan endre kravene i situasjonen eller utstyre individet med ressurser til i større grad å kunne mestre den. Det er det siste man har valgt å gjøre her. Det gir grunn til bekymring fordi det ikke gjør noe med selve grunnproblemet, det som skaper stresset; fokuset på prestasjoner i skolen, fritt skolevalg, karakterbasert opptak, osv. I stedet blir man påført ansvar for sin egen psyke, sier han.

KONTRAPRODUKTIVT

Om livsmestring vil påføre elevene små og store seire, mener Madsen også risikoen er til stede for å påføre dem små og store nederlag. Eksempelvis mener han det kan virke direkte kontraproduktivt for folk som har dårlig selvfølelse, å få beskjed om å tenke positivt, en av øvelsene som allerede har vært utprøvd i ulike undervisningsprogrammer på skoler som allerede har gjort livsmestring til en del av undervisningen. »

Psykisk helse i skolen

- Fra og med 2020/21 inngår folkehelse og livsmestring som tverrfaglig tematikk i de nye læreplanene som skal gjelde for grunnskolen og videregående opplæring. Ifølge Utdanningsdirektoratets nettsider er noe av formålet å «... gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og (...) muligheter til å ta ansvarlige livsvalg». I tematikken inngår blant annet det å kunne håndtere tanker, følelser og mellommenneskelige relasjoner.
- Norsk psykologforening har vært en pådriver for undervisning i psykisk helse i skolen. I oppropet «Boken som mangler»* som foreningen tok initiativ til i 2015, het det blant annet at: «God psykisk helse er den viktigste byggesteinen for et godt liv. (...) ... grunnlaget for god selvfølelse, omsorgsevne og opplevelsen av livsmestring.» Psykologforeningen mente derfor at temaet må få plass i undervisningen i alle landets skoler. Bak oppropet stod også Rådet for psykisk helse, Mental Helse Ungdom, Elevorganisasjonen, Norsk lektorlag og Norsk psykiatrisk forening.

* <https://www.psykologforeningen.no/politikk/forebygging-for-barn-og-unge/krever-psykologi-i-skolen>

– Jeg synes det tyder på svake tradisjoner i psykologstanden for kritisk tenkning

Ole Jacob Madsen

- Med dette opplegget bidrar skolen til å individualisere elevenes ansvar for sitt eget livsprosjekt

Ole Jacob Madsen



LIDER MEST Hvem er livsmestringsfaget til for, spør Ole Jacob Madsen: De som lider mest, er jo ikke «generasjon prestasjon». Det er de som kommer fra familier preget av utenforskap og lav sosioøkonomisk status. Foto: Fartein Rudjord

- Hvis elevene får beskjed om bare å tenke positive tanker, og så merker at de negative tankene likevel siger på, kan elever med dårlig selvfølelse ende opp med å føle seg verre enn de var i utgangspunktet. Det blir et nytt nederlag, en opplevelse av at «jeg fikk jo ikke til dette her engang», sier han.

Madsen problematiserer det han oppfatter som det nye tverrfaglige emnets sterke fokus på psykisk helse, og mener det er en risiko for å legge til rette for at elevene i større grad enn før vil bli mer sykdomsbevisste og oppleve seg selv som syke selv om de ikke er det.

- Det er en dobbelthet knyttet til mange psykologiske begreper. «Angst» kan referere til den fysiologiske opplevelsen av panikk; eksempelvis at

hjertet slår forttere når du er redd. Men «angst» er også et meningsbegrep som du kan putte dine personlige tolkninger inn i. Og noen ganger blander vi dette sammen, og vi utvider bruken av sykdomsbegreper til deler av livet der de ikke hører hjemme, mener han.

POLITIKKENS ABDISERING

– *Hvorfor tror du dette prosjektet har fått såpass bredt politisk gjennomslag?*

– Det har dannet seg en kollektiv oppfatning om at ungdom sliter mer enn før, og at vi må gjøre noe. Nå får vi en totalpakke som alle kan stille seg bak, som ikke koster så mye, og som gjør at vi ikke ser på de større driverne i samfunnsutviklingen. Vi presenterer individuelle løsninger på sammensatte samfunnsproblemer, og psykologene stiller villig opp fordi de er glad for å bli spurt. Ikke nødvendigvis fordi de vil tjene penger, men fordi de er oppriktig begeistret for faget sitt.

Madsen sier han oppfatter folkehelse og livsmestring i skolen som en kompensasjon for politikken abdisering og en manglende samfunnspsykologisk forståelse for at livsbetingelser influerer på psyken.

– Jeg er usikker på om det å innføre livsmestring på timeplanen er fornuftig bruk av skolens tid og ressurser.

KLASSEDIMENSJON

Psykologiprofessoren mener livsmestringsprosjektet har en tydelig klassesdimensjon.

– Å mestre sitt eget liv forutsetter en betydelig egeninnsats, og som kjent har folk ulike forutsetninger for egeninnsats. Hvem er det til for, spør han retorisk: de ressurssterke som ikke trenger det så mye. De som lider mest, er jo ikke «generasjon prestasjon». Det er de som kommer fra familier preget av utenforskap og lav sosioøkonomisk status. Det er neppe disse elvene som kommer til å profitere mest på dette faget.

– *Hva kunne ha vært alternativ bruk av ressursene?*

– Det vil eksempelvis være å bruke mer tid på lærerne. Bygge opp deres kompetanse i relasjonsbygging og klasseledelse, utvikle lærere som makter å tenne en gnist hos elevene. Skolens tradisjonelle oppgave har vært å få eleven til å koble seg på verden og få lov til å utvikle seg til å være noe som går utover dem selv. Enten det er intellektuelle ferdigheter, kunst, håndverk eller liknende. Med livsmestringsfaget opplever jeg at det er det motsatte elevene blir bedt om å gjøre: å vende fokuset innover mot seg selv.

Madsen mener undervisningen i livsmestring ikke er godt nok gjennomtenkt. Han mener heller ikke Psykologforeningen, som en av pådriverne for mer psykologi i skolen gjennom politiske kampanjer som «Boken som mangler» fra 2015*, har overskuet de potensielle konsekvensene.

– Holdningen synes å være at hvis bare politikerne blir mer lydhøre overfor psykologisk forskning, løsninger og teknikker, vil barn og unge bli bedre ivaretatt. I bunnen ligger det en grunnleggende godhetstankgang, og da fremstår det heller ikke som etisk problematisk. Da er det jo om å gjøre å få de psykologiske løsningene mest mulig igjennom. Jeg synes det tyder på svake tradisjoner i psykologstanden for kritisk tenkning, sier Madsen. ❌ >>



ELEVENES STEMME De unge sier selv at de liker å lære om psykisk helse, tanker og følelser i skolen. Det bør vi lytte til, mener Anne Thorild Klomsten. Foto: Elin Iversen

– Individuelle mestringsstrategier er svært viktige beskyttelsesfaktorer for psykisk helse

Anne Thorild Klomsten

Psykisk helseplager fortsatt å øke

De lærte seg teknikker for å minske stresset, men undervisningsopplegget UPS forhindret ikke en økning i psykisk uhelse blant ungdomsskoleelevene.

25 UKERS UNDERVISNING i psykisk helse blant niendeklassinger i Trondheim resulterte ikke i signifikante endringer, verken når det gjaldt skoletrivsel, vennskap, sosial støtte eller selvfølelse. Det viser en evaluering av det trondheimsbaserte programmet «Utdanning i psykisk helse», UPS, fra 2018.

Ansvarlig for evalueringen, førsteamanuensis i pedagogisk psykologi ved NTNU, Anne Thorild Klomsten, forteller at elevene skåret høyere på psykiske plager etter undervisningen i psykisk helse. Blant guttene var økningen signifikant.

– Tyder ikke dette på at undervisning i psykisk helse gir elevene tilgang til et sykdomsspråk som vil gjøre det enklere å oppfatte seg selv som syk?

– Vi kan ikke utelukke at undervisningen bidrar til at elevene i større grad enn før begynner å «se» etter tegn på depresjon hos seg selv. En alternativ tolkning er at et skoleår med UPS ikke har klart å forhindre den gradvise økningen i psykiske plager som skjer i denne aldersgruppen, fordi andre påvirkningsfaktorer enn de som dekkes av undervisningen, også spiller inn, sier Klomsten.

Klomsten mener undervisningen kan skape et rom der det går an å snakke om at ungdomslivet går opp og ned, og at ikke minst gutter får et begrepsapparat for å uttrykke om de har det vanskelig. Hun mener mye av suksessen til folkehelse og livsmestring i skolen vil være avhengig av hvordan undervisningen legges opp.

81 prosent av elevene svarte at de likte å snakke om tematikken. Elevene oppga at de hadde lært hva de kan gjøre for å minske stress, hvordan de kan snu negative tanker, og hvor de kan gå for å få hjelp hvis de trenger hjelp for å takle vanskelige følelser.

– At elever tar grep for at ting i eget liv skal bli bedre, er et betydningsfullt funn. Individuelle mestringsstrategier er svært viktige beskyttelsesfaktorer for psykisk helse, mener Klomsten. ❧ »



NYTTIG Psykologspesialist Anne-Kristin Imenes mener skolen må unngå undervisning som fokuserer på sykeliggjøring av vanlige vansker. Foto: Nora Skjerdingstad

- Livsmestring ikke nytt i skolen

- Kritikken mot livsmestringsundervisning som noe nytt, mener jeg er misforstått. Temaet er ikke nytt.

DET MENER ANNE-KRISTIN IMENES, psykologspesialist og prosjektleder for folkehelseprosjektet Robust Ungdom i Askim ungdomsskole. Hun viser til at norsk skole siden Grundtvig har hatt som mål å utdanne hele mennesker.

- Det nye er at temaet tydeliggjøres; at folkehelse og livsmestring ikke kan velges bort. Det hører hjemme i alle fag der det er naturlig, skriver hun i en e-post til Psykologtidsskriftet.

- *I hvor stor grad tror du temaet kan bidra til at elevene blir mer sykdomsbevisste og kjenner på plager de egentlig ikke har?*

- Skolen må unngå undervisning som fokuserer på sykeliggjøring av vanlige vansker. Læreplanen er tydelig på at undervisningen skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse.

- *Hva sier du til kritikken om at livsmestring på timeplanen innebærer en individualisering av samfunnsskapt problemer; eksempelvis at eleven får opplæring i stressmestring framfor å endre sider ved skolen som skaper stress?*

- Vi må ha to tanker i hodet samtidig, både lære folk å takle stress bedre og finne løsninger på samfunnsnivå. Negativt psykisk stress kan for eksempel oppstå på grunn av dårlig råd. Vi må våge å snakke om sosial ulikhet og hvordan det oppleves, så man ikke kjenner seg så alene. Å ha dårlig råd mener jeg er et tema som hører med når vi skal snakke med barn og unge om stress. Samtidig har vi alle nytte av å øve på egen stresshåndtering. Lærere bør for eksempel lære hvordan de kan regulere egne stressreaksjoner for å unngå å stresse elevene unødige.

- *Hva må til for at livsmestringsfaget skal anses for å være vellykket?*

- Når man kommer dit at alle elevene kan stå i ring og holde hverandre i hendene uten at det er flaut, når de klarer å snakke om det som er vanskelig, når de lærer kunsten å reparere når de krenker andre. Når de vet hvordan de kan gi støtte i motgang og anerkjenne seg selv og andre, skjer det noe fint som elevene merker at er nyttig.

Psykologforeningens president, Håkon Kongsrud Skard, mener undervisning i livsmestring kan bidra til normalisering av følelser og reaksjoner. Men han understreker at utbyttet avhenger av hvordan undervisningen gjennomføres.

- Hvis livsmestring formidles og forvaltes på en måte som medfører større fokus på symptomer og individualisering av problemer som egentlig handler om ytre livsvilkår og påkjenninger, kan det være u hensiktsmessig. Livsmestring på læreplanen fritar heller ikke skolen fra å se på hvordan den øvrige skolesituasjonen påvirker barns psykiske helse, skriver han i en e-post til Psykologtidsskriftet. ✘



Trygge familieband - også etter skilsmisse

Forskningen viser at mest mulig gjensidig foreldrekontakt er til det beste for barnet. Det bør norsk lovgivning gjenspeile.

BEKYMNINGEN FOR BARNs helse og velferd etter skilsmisse er velbegrunnet på tvers av motsetninger om delt omsorg og lik omsorgstid fra foreldre. Vi foreslår endringer i rettspraksis som kan trygge dem som mener vi må begrense omsorg fra skadelige foreldre, samtidig som vi sikrer barn rett til gjensidig omsorg fra «gode nok» foreldre. Barn ønsker at foreldre skal holde sammen. Barn som har foreldre som skiller seg, ønsker å få omsorg og kjærlighet fra begge foreldre. Hvordan kan vi sikre en lovgivning som gjør dette mulig? Når de aller fleste er enige om at barna våre vet sitt eget beste, hvorfor er det så vanskelig å enes?

Lov om barn og foreldre skal revideres snart. Etter vår oppfatning er det særlig barnelovens § 36, 2. ledd som er problematisk, fordi den begrenser domstolens mulighet til å velge delt bosted (gjensidig bestemmelsesrett over egne barn) og likeverdig botid.

Den forrige revisjonen ble stortingsbehandlet i 2017, og en slik reformiver er sannsynligvis uttrykk for at politikere og andre erkjenner at lovgivningen ikke fungerer optimalt. Det er intet særnorsk fenomen. Internasjonalt erkjenner mange at lovgivningen er dysfunksjonell

og utsetter barn for skadelige oppvekstvilkår (Marcus, 2017a; Munby, 2020).

Når vi ikke kan enes, skyldes det sannsynligvis at vi har forskjellige perspektiver og virkelighetsoppfatninger. Det ene perspektivet, som forfatterne selv identifiserer seg med, er opptatt av at et stort antall barn avskjæres fra kontakt med «en god nok» forelder og dennes familie, som det ikke får ha regelmessig kontakt med. Vi henviser til at den ene foreldrepart eller fosterforeldre kan utøve emosjonell kontroll over barnet i en slik grad at det blir fiendtlig innstilt både til en forelder og til forelderens familie og nettverk. Vi er opptatt av at dette utsetter barn for helsemessige og sosiale belastninger i en slik grad at det er et voksende folkehelseproblem.

Det andre perspektivet er opptatt av at vi som samfunn har plikt til å beskytte barn mot en forelder eller begge foreldre som utøver vold, overgrep eller på andre måter skader barna sine. Det innebærer et ønske om at familielovgivningen må utformes slik at barn beskyttes mot overgrep. Også dette gir helsemessige og sosiale belastninger som representerer et voksende folkehelseproblem. Når begge perspektiver er

TEKST Eivind Meland, professor emeritus, institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen eivind.meland@uib.no, Dag Furuholmen, psykiater

ILLUSTRASJON
Cecilie Maurud
Barstad



berettigede, er det viktig å finne løsninger som er tilfredsstillende for begge. Hvordan kan vi få til dette?

STRAFFE- OG BARNEVERNSLOVGIVNING

Foreldre som etter skilsmisse melder bekymring for at felles barn er utsatt for vold og misbruk, må få ansvarlig og rask behandling av politi og/eller barnevernsmyndighet. Slik myndighetsutøvelse må gjøres kompetent til å undersøke og avklare alle former for vold mot barn, også utilbørlig emosjonell kontroll og foreldreatferd som har som konsekvens at barn blir avskåret fra kontakt med en forelder som er omsorgskompetent. Foreldre som har alvorlige sikkerhetsbekymringer for sine barn, må tas på alvor, men må også stå strafferettslig til ansvar for falske anklager og selvtækt. Slike saker har ingenting med familie- og barnelovgivningen å gjøre. De krever rask og kompetent avgjørelse etter barneverns- og straffelovgivningen. Å utsette barn for sendrektig sivilrettslig saksbehandling representerer stort skadepotensial for barn, uavhengig av om bekymringene er saklig begrunnet eller ikke.

LOV OM BARN OG FORELDRE

Når slik bekymring er avklart uten at det er funnet saklig grunn til å begrense barnets rett til den ene eller begge foreldres omsorg, vil Lov om barn og foreldre kunne være relevant å bruke. I de fleste tilfeller er foreldre i stand til å finne fram til omsorgsordninger som de begge finner tilfredsstillende med barnets beste for øye. Familierådgivning kan være aktuelt, og slik tjeneste må evne å fremme barnets beste ved å anerkjenne at begge foreldre er viktige for barns utvikling og vekst.

Uenighet om omsorg og bosted vil selvsagt være til stede i noen grad. Rettslig behandling av slik uenighet må vi forsøke å unngå fordi det ikke finnes gode rettslige løsninger på relasjonskonflikter. Men det fordrer at loven formuleres slik at «barnets beste» er definert eksplisitt, og at familieretten ikke kan brukes til å begrense den ene forelderens omsorg. Vi vil gjennom forskningsmessig dokumentasjon vise at en rettsnorm om mest mulig gjensidig foreldrekontakt er til det beste for barnet. Forutsetningen er at begge foreldrene har akseptable omsorgsevner, og at det ikke foreligger brudd på straffeloven eller grunnlag for tvang etter barnevernsloven.

Uenigheten om tolkningen av forskningslitteraturen bunner oftest i at vi ikke er sikre på om grad av foreldrekontakt er et resultat av bakenforliggende årsaker, og ikke en årsaksfaktor i seg selv som begunstiger barns helse og utvikling. På dette feltet kommer vi aldri til å få evidens fra kontrollerte studier der vi har trukket lodd om omfanget av foreldrekontakt. Vi må tolke epidemiologiske og kvasiexperimentelle studier med kritiske blikk. Vi kan gruppere slike studier, og vurdere evidensen basert på de forskjellige validitetsbegrensningene slike studier har.

KORRELASJONSEVIDENS

Skilsmisse fører til at far-barn-forholdet forringes. Paul Amato, professor ved Pennsylvania State University, fant at 35 % av skilsmissebarn har redusert fortrolighet med sine fedre, også når det ble kontrollert for et stort antall faktorer som var til stede før skilsmissen var et faktum. Som unge hadde de med redusert farsrelasjon i større grad problemer med emosjonell og atferdsmessig regulering og med prestasjoner og tilpasning til skolen (Amato, 2003). Dette stemmer også overens med norske studier (Meland, Breidablik, & Thuen, 2019; Reiter, Hjørleifsson, Breidablik, & Meland, 2013).

Epidemiologen Bradford Hills kriterier for årsakssammenhenger omfatter tidssekvens: at utfallsmålene er registrert etter at årsaksfaktoren (skilsmissen) er et faktum. Et annet viktig kriterium er dose-respons-sammenheng. Amato og medarbeideres metaanalyse fra 1999 viste at fedres omsorgskompetanse var viktigere enn omfanget av samværet (Amato & Gilbreth, 1999). Registreringen av samværsomfang var imidlertid gjort på måter som ikke ga noe valid uttrykk for samværestid. Senere metaanalyser som registrerer samværsomfang mer valid, finner at det er en dose-respons-sammenheng mellom omsorgsomfang og barns psykiske og sosiale tilpasningsevner (Baude, Pearson, & Drapeau, 2016).

Fabricius og medarbeidere har studert dose-respons-sammenhenger i flere barne- og ungdomspopulasjoner. Det er opplevelsen av å føle seg trygg på at de betyr noe for henholdsvis mor og far, som er et viktig element i opplevelsen av trygg tilknytning. Det er en opplevelse som krever omsorgstid, at man gjør hverdagslige gjøremål sammen. Fabricius og medarbeidere finner en tydelig lineær sammenheng mel-

lom omsorgstid med far (opptil 50 %) og tryggheten i tilknytningen til far senere i ung voksen alder (Fabricius, Sokol, Diaz, & Braver, 2012). Tilknytningstryggheten med mor øker også med økende omsorgstid med far opptil et visst nivå, men avtar ikke når fars samværstid når 50 %. Omsorg fra mor og far er ikke et nullsumspill.

BETYDNINGEN AV KONFLIKTER

Familierettspleien i Norge preges av forestillingen om at lik botid hos begge foreldre krever lav konflikt og et godt samarbeidsklima mellom foreldre. Paragraf 36 i Lov om barn og foreldre hjemler at retten skal bestemme fast bosted hos den ene forelderen der det er konflikt om bostedet. Begrunnelsen er at begrenset botid og samværsstatus for den andre forelderen kan virke konfliktdependende og beskytte barnet. Det er lite forskningsmessig belegg for at så er tilfelle. Tvert om tyder en norsk studie på at konfliktene mellom foreldre øker (Rød, Ekeland, & Thuen, 2008). Den anerkjente tilknytningspsykologen Michael Lamb hevder også at rettsprosedyrer som tar sikte på å «vinne kampen om omsorgstid», utsetter barna for skade ved at det er foreldrenes behov som settes i høysetet og ikke barnets beste (Lamb, 2016). I en metaanalyse, der det ble kontrollert for grad av konflikt mellom foreldrene, fant Linda Nielsen at det bare var i ekstremt konfliktfylte tilfeller at den gunstige sammenhengen mellom likeverdig botid og barns helse og velferd ikke kunne bekrefte (Nielsen, 2018).

Fabricius og medarbeidere har reanalysert data om hvordan grad av gjensidig botid og konflikt mellom foreldrene påvirker barns psykiske helse. De finner at det er opplevelsen av utrygghet på grunn av tilknytningstap med foreldre som bestemmer hvordan barn påvirkes av konfliktene. Med lite botid hos den ene forelderen øker den emosjonelle utryggheten opp til et visst nivå av botid. De som har høy konflikt og lik botid med begge foreldre, skiller seg ikke fra dem med lav konflikt og lik botid (Fabricius, 2020).

EVIDENS FRA KVASIEKSPERIMENTELLE STUDIER

Vi kan se på rettslige avgjørelser om delt bosted som en form for kvasiekperimentelle studier. Selvsagt kan man hevde at rettsavgjørelser også kan selekere gode foreldre til delt bosted, men intervjustudier viser at foreldre ikke opplever at retten selekterer basert på saklige kriterier. I en treårs oppfølgingsstudie fra Arizona og Michigan, der en kontrollerte for 20 faktorer før samlivsbrudd (med signifikante effekter på utfallsmålene), ble 26 familier med rettslig pålagt delt bosted (shared custody) sammenliknet med 52 familier med pålagt bosted hos mor.

Grad av konflikt modererte ikke effekten av bostedsform på noen av utfallsmålene. Bortsett fra større misnøye med delt bosted fra mødre var det positive effekter av delt bosted, spesielt på fedres involvering med barna, mødres etablering av nye partnerforhold og barnas kontroll med utagerende og impulsiv atferd (Gunnøe & Braver, 2001).

At det er en sannsynlig kausal sammenheng mellom gjensidig botid og barns helse og velferd, bekrefte også av studier der «intervensjonen» har bestått i at en av foreldrene har flyttet langt fra den andre forelderen. Også her finner man den samme skadelige effekten av redusert kontaktid med forelderen som barnet ikke har fast bosted hos. Skaden er like stor om det er forelderen med bostedsretten som flytter, som om det er samværsforelderen som flytter (Fabricius, 2020). Også dette indikerer at



Skilsmisse fører til at far-barn-forholdet forringes





Vi mener at forskningen tydelig viser at det er behov for endring av lovgivningen

det er samværsbegrensningene og ikke barnets vansker med å tilpasse seg nytt bosted som er årsak til tap av helse og velbefinnende.

SOSIOKULTURELLE ENDRINGER

En voksende del av befolkningen i USA og Canada uttrykker at delt bosted bør være den foretrukne omsorgsordning for barn fra skilsmisshjem (Fabricius, 2020). Det er heller ingen i fagmiljøene i Norge som bestrider at avtalefriheten i Lov om barn og foreldre resulterer i at en voksende del av skilte foreldre velger delt bosted på frivillig basis etter skilsmisse (Andenæs, Kjøs, & Tjersland, 2017). På tross av dette kan det anslås at i en gjennomsnittsmåned er det flere titusen barn som ikke ser sin far, tilsvarende mellom 12 og 21 % av skilte fedre i Norge. Lyngstad og medarbeidere viste også i denne studien at det var tydelige sosiale skiller mellom foreldre som har og foreldre som ikke har kontakt med sine barn (Lyngstad, Kitterød, Lidén, & Wiik, 2015). Den manglende fedrekontakten for barna representerer et folkehelseproblem, også fordi det utdyper de sosiale helseforskjellene.

I moderne samfunn der kvinner har høy deltagelse i arbeidslivet og på andre arenaer av samfunnslivet, og der mannsrollen er endret til helt naturlig å omfatte daglige omsorgsoppgaver, bør barne- og familielovgivningen ha som utgangspunkt likeverdighet og gjensidighet mellom foreldrene, også når de ikke lever sammen. Det er bakgrunnen for at stater i USA som for eksempel Arizona og Kentucky har innført delt bosted som rettsnorm i sine familielover. Land både i Europa, som for eksempel Belgia, og Canada har tilsvarende lover. Erfaringene med slike rettsregler er gode og anerkjennes som forbedringer av ulike partsinteresser i rettssystemet i Arizona (Fabricius, Aaron, Akins, Assini, & McElroy, 2018).

NYTT PERSPEKTIV I BARNEJUSSEN

Den Israelske barnerettsjuristen Phillip Marcus har i to omfattende artikler i det kjente tidsskriftet *Journal of Child Custody* drøftet hvordan barneretten trenger et paradigmeskifte (Marcus, 2017a, 2017b). Han fremmer påstanden at «rett blir til urett» hvis vårt fokus er på foreldres *rettigheter*, og vi ikke evner å forstå barns interesser i et gjensidighetsperspektiv der det er foreldres *forpliktelser* til omsorg som er grunnlag for rettsforståelsen. Forpliktelsen til omsorg omfatter også kravet til begge om å samarbeide gjennom dialog til barnets beste. Uttrykk som «bostedsforelder», «hovedomsorg» og «samværsrett» bør fjernes fra lovgivningen, hevder han, fordi slike uttrykk stimulerer til en nærsynt kamp der foreldre slåss innbyrdes og taper av synet at de begge først og fremst har forpliktelser overfor felles barn.

Lovgivningen må i stedet stimulere foreldre etter samlivsbrudd til å bli enige om en plan for hvordan de begge kan ivareta barnas behov for kjærlighet, respekt, oppdragelse, utdanning, lek og fritidsaktiviteter. I slike planer skal ikke foreldre være like, men likeberettigede. På samme måte som i intakte familier skal slike planer respektere foreldres ulikheter og ulike bidrag til det som skal være hovedfokus: barnets beste.

Deler av det norske fagmiljøet har til for nylig hevdet at forskning ikke viser at delt bosted og lik samværstid er best for barna, og at forskning ikke viser at det fører til mindre konflikt (Andenæs et al., 2017). De finner støtte i en systematisk oversikt fra Folkehelseinstituttet (Blaasvær, Nøkleby, & Berg, 2017). Oversikten baserer seg imidlertid på et svært selektert materiale, og begrunnelsene for å velge bort 56 av 61 relevante artikler er inkonsistent. Vi vil aldri få forskning som sikrer oss fullsten-

dig mot seleksjonsskjevheter og forvekslings-effekter. Den forskningen som foreligger, har imidlertid så langt det er råd tatt slike alternative fortolkninger på alvor, kontrollert for dem og gjort studier som tester for om sammenhengen mellom bostedstid og barns helse og velbefinnende beror på alternative årsaks-sammenhenger.

Vi mener at forskningen tydelig viser at det er behov for endring av lovgivningen. Annet ledd i § 36 i barneloven bør gi retten mulighet til først å vurdere delt bosted som omsorgsalternativ der det er konflikt om omsorgen. Den nåværende loven begrenser domstolen fra denne muligheten og representerer derfor en trussel mot barnets beste. ✕

REFERANSER

- Amato, P.R. (2003). Reconciling divergent perspectives: Judith Wallerstein, quantitative family research, and children of divorce. *Family Relations*, 52(4), 332–339. doi:DOI 10.1111/j.1741-3729.2003.00332.x
- Amato, P.R., & Gilbreth, J.G. (1999). Nonresident fathers and children's well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 61(3), 557–573. doi:DOI 10.2307/353560
- Andenæs, A., Kjøs, P., & Tjersland, O.A. (2017). Delt bosted – hva sier forskningen? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(3), 276–283.
- Baude, A., Pearson, J., & Drapeau, S. (2016). Children's adjustment in joint physical custody versus sole custody: A meta-analytic review. *Journal of Divorce and Remarriage*, 57 338–360.
- Blaasvær, N., Nøkleby, H., & Berg, R.C. (2017). Hva er konsekvensene av delt bosted for barn? En systematisk oversikt. Folkehelseinstituttet. *Forskningsoversikt 09.2017. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-864-4*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2017/hva-er-konsekvensene-av-delt-bosted-for-barn-en-systematisk-oversikt/>
- Fabricius, W.V. (2020). Equal Parenting Time: The Case for a Legal Presumption. I J.G. Dwyer (red.), *The Oxford handbook of children and the law* (pp. 453–476). New York NY: Oxford University Press.
- Fabricius, W.V., Aaron, M., Akins, F.R., Assini, J.J., & McElroy, T. (2018). What happens when there is presumptive 50/50 parenting time? An evaluation of Arizona's new child custody statute. *Journal of Divorce and Remarriage*, 59, 414–428.
- Fabricius, W.V., Sokol, K.R., Diaz, P., & Braver, S.L. (2012). Parenting time, parent conflict, parent-child relationships, and children's physical health. I K. Kuehnlé & L. Drozd (red.), *Parenting Plan Evaluations: Applied Research for the Family Court* (s. 188–213). New York, NY: Oxford University Press.
- Gunnoe, M.L., & Braver, S.L. (2001). The effects of joint legal custody on mothers, fathers, and children controlling for factors that predispose a sole maternal versus joint legal award. *Law Hum Behav*, 25(1), 25–43. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11276859>
- Lamb, M.E. (2016). Critical analysis of parenting plans and children's wellbeing. I L. Drozd, M. Saini, & N. Olesen (red.), *Parenting plan evaluations. Applied research for the family court* (s. 170–204). New York NY: Oxford University Press.
- Lyngstad, J., Kitterød, R.H., Lidén, H., & Wiik, K.A. (2015). *Hvilke fedre har lite eller ingen kontakt med barna når foreldrene bor hver for seg?* Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/hvilke-fedre-har-lite-eller-ingen-kontakt-med-barna-nar-foreldrene-bor-hver-for-seg>
- Marcus, P. (2017a). Parental responsibilities: Reformulating the paradigm for parent-child relationships Part 1: What is wrong with the ways in which we deal with the children of separated parents and how to put them right. *Journal of Child Custody*, 14(2–3), 83–105. doi:10.1080/15379418.2017.1369920
- Marcus, P. (2017b). Parental responsibilities: Reformulating the paradigm for parent-child relationships Part 2: Who has responsibilities to children and what are these responsibilities? *Journal of Child Custody*, 14(2–3), 106–133. doi:10.1080/15379418.2017.1370407
- Meland, E., Bredablik, H.J., & Thuen, F. (2019). Divorce and conversational difficulties with parents: Impact on adolescent health and self-esteem. *Scand J Public Health*. doi: 10.1177/1403494819888044
- Munby, S.J. (2020). Hentet fra <http://www.transparencyproject.org.uk/the-crisis-in-private-law-by-sir-james-munby/>
- Nielsen, L. (2018). Joint versus sole physical custody: Outcomes for children independent of family income or parental conflict. *Journal of Child Custody: Research, Issues, and Practices*, 15(1), 35–54. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15379418.2017.1422414>
- Reiter, S.F., Hjørleifsson, S., Bredablik, H.J., & Meland, E. (2013). Impact of divorce and loss of parental contact on health complaints among adolescents. *J Public Health (Oxf)*, 35(2), 278–285. doi:10.1093/pubmed/fds101
- Rød, P.A., Ekeland, T.J., & Thuen, F. (2008). Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: Problemforståelse og følelsesmessige reaksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(5), 555–562.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 566-573 FAGFELLEVDERT

HANNE MARTINE DAHLBERG, Voksenpsykiatrisk poliklinikk Silsand, Universitetssykehuset Nord-Norge hf,
og IDA GRINDAHL, psykologtjenesten, Harstad kommune
KONTAKT hannedahlberg@hotmail.com

PREDIKERER ALKOHOLBRUK INSOMNI?

– En oversiktsartikkel

I faglitteraturen råder oppfatningen at alkoholbruk forårsaker insomni. Men hvor godt er det empiriske belegget for dette?

Insomni regnes som den vanligste søvnlidelsen (Singareddy et al., 2012). Symptom på lidelsen er problemer med innsovning, å holde seg sovende, og/eller tidlig oppvåkning (Stein & Friedmann, 2005). På grunnlag av undersøkelser fra flere land er det estimert at utbredelsen av insomni blant den voksne delen av befolkningen er på mellom 10 og 15 prosent (Bjørvatn, 2017). Negative følger av insomni er, blant annet, nedsatt sosial og yrkesmessig fungering, psykiske plager, økt behov for helsetjenester og høyere risiko for ulykker (Singareddy et al., 2012). På grunn av den høye utbredelsen og de negative konsekvensene av lidelsen er det viktig å identifisere risikofaktorer for insomni.

Et stort antall studier har undersøkt sammenhengen mellom generelt alkoholbruk og alkoholmisbruk (misbruk definert som inntak av 3–5 dl ren alkohol per dag eller gjennomsnittlig alkoholinntaksdager 18 av 30) og insomni (Brower, 2001; Hartwell, Bujarski, Glasner-Edwards & Ray, 2015; Johnson & Breslau, 2001; Pieters, Burk, Var der Vorst, Dahl, Wiers & Engels, 2015). Studiene finner en klar sammenheng, der økt frekvens (antall dager med alkoholkonsum) og økt inntak (større mengder alkohol) er positivt assosiert med forekomst av insomni. Studier som har undersøkt mulige årsaksforhold, har for det meste fokusert på hvorvidt insomni predikerer alkoholbruk. Denne sammenhengen er blitt bekreftet i flere studier (Bootzin & Stevens, 2005; Brower, 2001; Taylor, Lichstein & Durrence, 2003; Wong, Brower, Fitzgerald & Zucker, 2004). På den annen side er det få longitudinelle studier som har undersøkt om alkoholbruk predikerer insomni i den generelle befolkningen. I faglitteraturen råder det likevel en oppfatning om at det finnes et slikt årsaksforhold (Bootzin & Stevens, 2005; Wallen et al., 2014).

Enkelte studier hevder at generell alkoholbruk fører til insomni. For eksempel har det blitt vist at alkohol har negativ påvirkning på søvnvarig-

ABSTRACT

Does alcohol consumption predict insomnia?

– An overview

Background: Several studies indicate an association between alcohol consumption and insomnia. There is however no clear consensus in the scholarly literature with regards to the causal effect alcohol consumption might have on insomnia.

Method: We performed a systematic literature review to examine whether general alcohol consumption predicts insomnia in non-clinical populations. We searched PsycINFO and PubMed for longitudinal studies with at least two measurements of alcohol consumption and insomnia symptoms.

Results: The search identified six studies that met our inclusion criteria. Two studies found a significant relationship, where alcohol consumption predicted the development of insomnia. The remaining studies found no significant relationship.

Conclusion: The review identified a limited number of empirical studies that do not allow for a firm conclusion on a directional relationship between alcohol consumption and insomnia. Although the findings indicate that alcohol consumption may not predict insomnia, further studies are needed.

Keywords: alcohol consumption, insomnia, systematic literature review

»

het og søvnkvalitet (Dijk, Brunner, Aeschbach, Tobler og Borbély, 1992; Pasch, Latimer, Cance, Moe & Lytle, 2012; Roehrs, Yoon & Roth, 1991; Stein & Friedmann, 2006; Thakkar, Sharma & Sahota, 2015). Videre er det funnet at alkoholavhengighet predikerer insomni (Hasler, Martin, Wood, Rosario & Clark, 2014; Singareddy et al., 2012; Zhabenko, Krentzman, Robinson & Brower, 2013), og at reduksjon i alkoholinntak hos alkoholavhengige fører til reduksjon av insomnisymptomer (Brower, Krentzman & Robinson, 2011; Wallen et al., 2014; Zhabenko et al., 2013). Alkoholbruk kan også gi en rekke andre konsekvenser, som lever- og hjertesykdom, redusert fertilitet, kognitiv og motorisk svekkelse, økt risiko for å bli utsatt for vold og overgrep, og økt grad av mellommenneskelige konflikter (Nolen-Hoeksema, 2004). Det er mulig at disse konsekvensene i seg selv øker risikoen for insomni. Imidlertid har disse studiene ofte et retrospektivt eller krysseksjonelt design (Singareddy et al., 2012) og er derfor uegnet til å konkludere om årsakssammenhenger.

Formålet med denne studien var å undersøke om den empiriske litteraturen støtter antagelsen om at alkoholbruk predikerer insomni i den generelle befolkningen. For å undersøke dette utførte vi en systematisk litteraturgjennomgang av longitudinelle studier på feltet. Hypotesen vår var at alkoholbruk positivt predikerer insomni.

METODE

Vi gjennomførte systematiske søk i databasene PsycINFO og PubMed. Søkeresultatene viste studier fra 1806 til 2018, og alle søkene var begrenset til menneskelige subjekter og til engelskspråklige publikasjoner.

Studieseleksjon, inklusjons- og eksklusjonskriterier

Våre inklusjonskriterier ble bestemt 1. mai 2018, etter at søket var gjennomført og alle publikasjonene var lest og vurdert. Inklusjonskriteriene og begrunnelser for dem var som følger:

1. Vi inkluderte studier som hadde *longitudinelt eller prospektivt design*, og der
2. *alkoholbruk var behandlet som uavhengig variabel, og insomni som avhengig variabel*. Dette fordi studiens formål var å undersøke om alkoholbruk predikerer insomni over tid, og longitudinelle undersøkelser ville gi indi-

kasjoner på om deltakernes alkoholbruk ved ett tidspunkt økte risikoen for insomni på et senere tidspunkt.

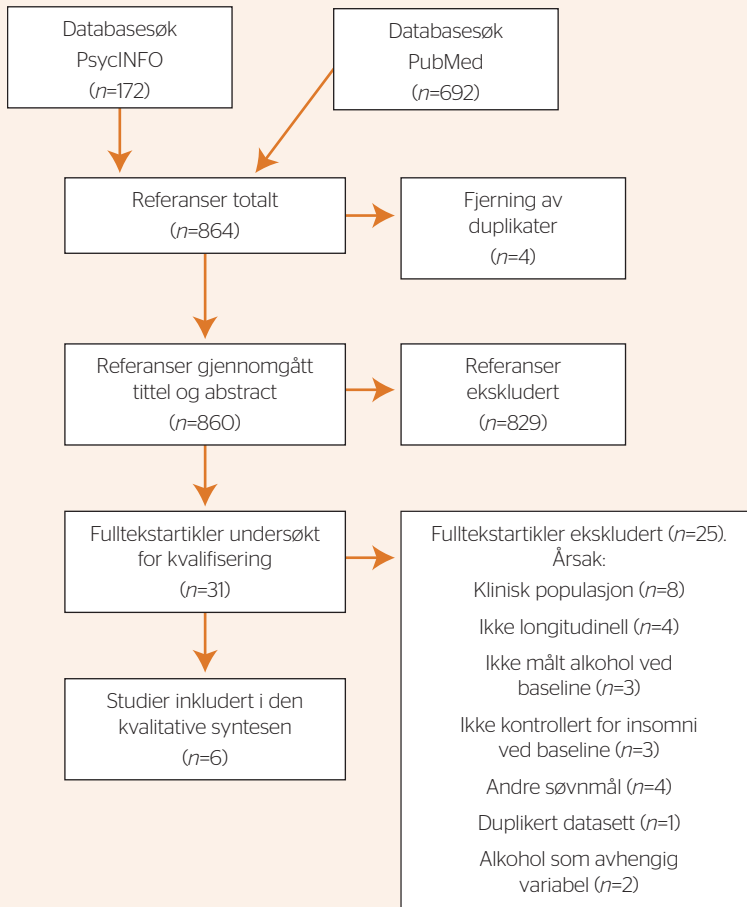
3. Vi inkluderte studier der alkoholbruk og insomni var målt ved minst to målinger (baseline og follow-up), og at insomni var kontrollert for ved baseline. Vi satte kriteriet for å sikre at studiene undersøkte et retningsforhold, og at resultatene ikke ble påvirket av deltakere som hadde insomni i utgangspunktet. Dersom studiene kontrollerte for insomni ved å ha lagt det inn som kovariat i analysen, eller ved at deltakere med insomni ved baseline var ekskludert fra videre analyse, anså vi studien som kvalifisert.
4. Vi inkluderte studier som *brukte standardiserte mål på insomni, eksempelvis diagnostiske symptomer eller kriterier*, for å sikre at studiene hadde tilsvarende mål på insomni. Vi inkluderte kun studier som hadde kartlagt om deltakerne opplevde ett eller flere symptomer på insomni i samsvar med diagnostiske kriterier.
5. Vi inkluderte studier der *deltakernes alkoholinntak var innenfor normalområdet for populasjonen*. Dette kriteriet satte vi for å undersøke om generelt og ikke-problematisk alkoholkonsum kunne predikere insomni i den generelle befolkningen. Vi satte ingen kriterier for hvor lang tid deltakerne måtte være fulgt opp i studiene, alder på deltakerne eller mengde alkoholinntak (gitt at inntaket var innenfor normalområdet eller ikke definert som et alkoholproblem).

Vi avgjorde eksklusjonskriteriene 7. mai 2018, etter å ha gjennomført søket og vurdert alle publikasjonene opp mot inklusjonskriteriene. Eksklusjonskriteriene og begrunnelser for dem var som følger:

1. Vi ekskluderte studier som *undersøkte forholdet mellom alkoholbruk og insomni i kliniske populasjoner*, ettersom vi ønsket å undersøke relasjonen mellom generelt alkoholkonsum og insomni. Vi ekskluderte eventuelle funn i kliniske populasjoner, da vi anså at eksempelvis alkoholavhengige ville gi utfordringer med å utelukke andre faktorer involvert i utvikling av insomni. Som nevnt innledningsvis er overdrevent alkoholinntak assosiert med negative konsekvenser, slik at å inkludere deltakere med alkoholproblemer ville gi usikkerhet rundt hvorvidt insomni var knyttet til faktisk alkoholinntak eller andre faktorer som psykiske eller somatiske plager.
2. Vi ekskluderte studier som *ikke brukte standardiserte mål på insomni*. Dette var eksempelvis studier som målte endringer i søvnmønster og søvnarkitektur, søvnvarighet eller søvnkvalitet, uten å spesifikt knytte symptomene opp mot diagnostiske kriterier for insomni.
3. Vi ekskluderte publikasjoner der *resultater fra det samme datasettet er rapportert i en tidligere publikasjon*. Dette for å unngå at resultater fra samme datasett ble rapportert som to ulike resultater, ettersom noen av studiene undersøkte samme relasjon basert på samme datasett og utvalg.

Litteratursøk

Vi gjennomførte søk i PsycINFO 24. april 2018, og brukte søkeordene *Alcohol drinking patterns* (eksplovert), *Alcohol abuse* (eksplovert), *Alcohol intoxication*, *Social drinking*, *Alcoholism* (eksplovert), *Binge drinking* eller *Underage drinking*, kombinert med *Insomnia*, *Sleep disorders* eller *Sleep deprivation*. Søket ga 172 treff. Etter gjennomgang av tittel og



FIGUR 1 Flyttdiagram for fasene i det systematiske litteratursøket.

abstract gjensto 12 relevante studier, men ingen oppfylte våre inklusjonskriterier og ble derfor ekskludert for videre analyse.

Søk i PubMed 30. april 2018, med søkeordene *Alcohol*, *Alcoholism* eller *Alcohol consumption*, kombinert med *Insomnia* og *Longitudinal*, ga 64 treff. Etter gjennomgang av tittel og abstract gjensto ni relevante studier. Av de gjenværende studiene oppfylte tre våre kriterier og ble inkludert videre i undersøkelsen. Vi gjorde nye søk i PubMed 1. april 2018, og inkluderte nøkkelordene *Alcohol* kombinert med *Insomnia* og *Prospective*. Søket ga 104 treff, hvorav én artikkel oppfylte inklusjonskriteriene etter fjerning av duplikater fra tidligere søk. Søkeordene *Alcohol* kombinert med *Sleep problems* og *Longitudinal* ga 84 treff, hvorav vi lagret seks studier på bakgrunn av tittel og abstract. To av studiene oppfylte våre inklusjonskriterier og ble tatt med i analysen. Søkeordene *Alcohol* kombinert med *Sleep* og

Longitudinal ga 282 treff, hvorav vi lagret syv studier ut fra tittel og abstract. Ingen av studiene oppfylte våre inklusjonskriterier. Søkeordene *Alcohol* kombinert med *Sleep disorders* og *Longitudinal* ga 158 treff. Ingen av studiene oppfylte våre inklusjonskriterier.

Totalt ble seks av 692 treff lagret fra søkene i PubMed, og er de studiene som inngår i litteraturgjennomgangen. Ingen studier fra PsycINFO ble lagret. Figur 1 viser de enkelte fasene i søket og av hvilke årsaker studier ble ekskludert.

RESULTATER

Alkohol som prediktor for insomni

To studier fant at alkoholbruk predikerte insomni (Miller, Koffel, Kramer, Erbes, Arbisi & Polusny, 2018; Pieters et al., 2015). Miller og kollegaer (2018) fant at et høyere alkoholinntak økte risikoen for insomni i et utvalg av hjemmeværende partnere av soldater i utenlands- >>



Ingen av studiene som fant at alkoholbruk predikerte insomni, kontrollerte for tilleggsfaktorer som grad av stress, bekymring og ensomhet hos deltakerne

tjeneste. Forfatterne gjennomførte fire målinger, der effekten av alkoholbruk på insomni ble observert allerede ved tidspunkt to, det vil si seks til ni måneder etter måling av baseline.

Pieters og kollegaer (2015) fant at høyere alkoholbruk predikerte mindre søvnproblemer over tid. Forfatterne gjennomførte to målinger med cirka ett års mellomrom, slik at effekten på insomni ble observert etter omtrent ett år. Studien undersøkte forholdet mellom søvnproblemer, alkoholbruk de siste fire ukene og internaliserende og eksternaliserende vansker hos unge mellom 11 og 16 år. Studien justerte for variabler som pubertet, kjønn, alder og utdanning, og kontrollerte alle baselinenivåer av de avhengige variablene (insomni og alkoholinntak).

Alkohol som ikke-signifikant prediktor for insomni

Fire studier fant ingen sammenheng mellom alkoholbruk og endringer i, eller utvikling av insomni over tid (Goodhines et al., 2017; Singareddy et al., 2012; Tavernier & Willoughby, 2015; Zunhammer et al., 2014). Singareddy og kollegaer (2012) inkluderte voksne fra den generelle befolkningen i utvalget, mens de tre resterende studiene hadde et studentutvalg.

Goodhines og kollegaer (2017) undersøkte frekvens av selvmedisinering for søvn og selvmedisineringens sammenheng med utvikling av insomnisymptomer. Selvmedisinering var operasjonalisert som bruk av alkohol, marijuana og reseptfrie legemidler. Forfatterne kontrollerte for kjønn, alder og symptomer på angst og depresjon, samt baselinenivåer av insomni. Forfatterne gjennomførte to målinger med 68 dagers mellomrom, og fant ingen sammenheng mellom alkoholbruk ved tidspunkt én og insomni ved tidspunkt to.

Singareddy og kollegaer (2012) undersøkte sammenhengen mellom sigarettøyking, antall alkoholenheter per dag, koffeininntak, psykiatriske lidelser (depresjon og alkoholavhengighet), medisinske lidelser, personlighet, polysomnografi (mål av hjerneaktivitet ved søvn) og insomni. De målte samtlige faktorer ved baseline og ved oppfølging syv og et halvt år senere, og fant ingen sammenheng mellom alkoholbruk og insomni fra tidspunkt én til to.

Tavernier og Willoughby (2015) undersøkte sammenhengen mellom søvnproblemer, sosiale bånd og emosjonsregulering. De målte alkoholfrekvens og alkoholemengde for å undersøke hvorvidt det påvirket utvikling av søvnproblemer. De kontrollerte for alder, kjønn, foreldrenes utdanning, søvnvarighet, og søvn i helger versus ukedager. Forfatterne gjennomførte tre målinger med ett års mellomrom etter måling av baseline, og fant ingen sammenheng mellom alkoholbruk og insomni over treårsperioden.

Zunhammer og kollegaer (2014) undersøkte endringer i søvnkvalitet hos studenter under eksamensstress, og hvordan alkoholkonsum, nikotin og koffein påvirket dette forholdet. De målte søvnkvalitet, insomnisymptomer, mengde inntatt alkohol, nikotin og koffein, helsestatus og grad av stress ved tre tidspunkt rundt en eksamensperiode (før, under og etter). Det var minimum en måned mellom hver måling, det vil si at det gikk minimum to måneder fra måling av baseline til tredje måling. De fant ingen sammenheng mellom alkoholbruk og insomni ved noen av tidspunktene.

DISKUSJON

Denne systematiske litteraturgjennomgangen hadde som formål å undersøke hvorvidt alkoholbruk i den generelle befolkningen predike-

TABELL 1 Studier som undersøker om alkoholbruk predikerer insomni i normalbefolkningen.

Forfatter, år, land	Utvalg	Antall målinger/ tid mellom målingene	Mål på insomni	Mål på alkohol-inntak	Hovedfunn
Goodhines et al. (2017) USA	Studenter. $N = 157$, 32 % menn, $M_{\text{alder}} = 19$	To målinger med 68 dagers mellomrom	Insomnia Severity Index, 7 items. Målt ved T1 og T2.	Alkoholfrekvens de siste to månedene: Fra 0 = ingen ganger de siste to månedene, til 8 = hver dag. Målt ved T1 og T2.	Ikke-signifikante funn
Miller et al. (2018) USA	Hjemmeværende partnere av soldater med tjeneste i Irak/ Kuwait. $N = 686$, 2 % menn, $M_{\text{alder}} = 31$	Fire målinger. T1 = 2–5 måneder før partner dro, T2 og T3 = 4 og 8 måneder etter partner dro, T4 = 2–3 måneder etter partner returnerte.	To søvnrelaterte items fra Patient Health Questionnaire Depression Scale og ett item fra Post-traumatic Stress Disorder Checklist for civilians. Målt ved T1-T4.	Alcohol use Disorders Identification Test: Farlige og skadelige mønstre av alkoholkonsum de siste 12 månedene. Målt ved T1 og T2.	OR = 1,14, 95 % CI [1,03, 1,26], $p < ,05$
Pieters et al. (2015) Nederland	Skoleungdommer. $N = 555$, 47,75 % menn, $M_{\text{alder}} = 13,96$	To målinger med ca. ett års mellomrom	To subskalaer fra The Adolescent Sleep-Wake Scale (ASWS) og én subskala fra The Adolescent Sleep Hygiene Scale. Målt ved T1 og T2.	Alkoholfrekvens de siste fire ukene, fra 1 = ikke drukket de siste fire ukene til 6 = drukket alkohol hver dag de siste fire ukene. Målt ved T1 og T2.	$\beta = -0,13$, $p < ,01$
Singareddy et al. (2012) USA	Tilfeldig utvalg voksne. $N = 1246$, 52,4 % menn, $M_{\text{alder}} = 49$	To målinger med 7,5 års mellomrom	En natt i søvnlaboratorium og spørreskjema bestående av 53 spørsmål (20 spørsmål var søvnrelaterte, 33 spørsmål omhandlet generell helse). Målt ved T1 og T2.	Alkoholkonsum: Antall alkoholenheter per dag. Målt ved T1 og T2.	Ikke-signifikante funn
Tavernier & Willoughby (2015) Canada	Førsteårsstudenter. $N = 942$, 28,5 % menn, $M_{\text{alder}} = 19,01$	Tre målinger med ett års mellomrom	Tilpasset versjon av Insomnia Severity Index. Målt ved T1-T3.	Alkoholfrekvens: «Hvor ofte drikker du?» Fra 1 = aldri til 8 = hver dag. Alkoholmengde: «Når du drikker, hvor mange drinker drikker du?» Fra 1 = mindre enn 1, til 6 = over 10. Målt ved T1-T3.	Ikke-signifikante funn
Zunhammer et al. (2014) Tyskland	Studenter. $N = 142$, 50 % menn, $M_{\text{alder}} = \text{ukjent}$	Tre målinger med ca. en måneds mellomrom	Internett-versjon av German PSQI og The Regensburg Insomnia Scale (RIS). Målt ved T1-T3.	Antall alkoholenheter konsumert den siste uken (ml). Målt ved T1-T3.	Ikke-signifikante funn

Note. OR = odds ratio; N = utvalg; M_{alder} = gjennomsnittsalder.



Dette viser at å omtale alkoholbruk som risikofaktor for insomni bør unngås inntil videre

rer insomni. Av de seks studiene som oppfylte inklusjonskriteriene, rapportere flertallet ingen prospektive sammenhenger mellom alkoholbruk og insomni i den generelle befolkningen. Kun to studier fant at alkoholbruk predikerte insomni (Miller et al., 2018; Pieters et al., 2015), hvorav én av disse, i tråd med vår hypotese, fant at høyere alkoholinntak predikerte insomni. Vi antar at faktorer som mengde alkoholkonsum, utvalg og tilleggsvariabler kan ha bidratt til variasjoner i resultatene.

I studien til Miller og kollegaer (2018) predikerte høyere alkoholbruk høyere grad av insomni over tid. Forfatterne av studien regnet deltakerne som et ikke-klinisk utvalg, men undersøkte likevel grad av farlig og skadelig alkoholkonsum. Til sammenlikning undersøkte de andre studiene generelt alkoholkonsum. Det er mulig at kategorien «høyt alkoholkonsum» i Miller og kollegaers (2018) studie er nærmere inntaksmengden blant personer med alkoholproblemer enn i normalpopulasjoner. Dette kan ha hatt betydning for resultatene, da studier viser at alkoholkonsum på høyde med kliniske nivåer er en prediktor for insomni (Singareddy et al., 2012; Zhabenko et al., 2013). Studien hadde i tillegg en mer spesifikk og begrenset populasjon enn de andre studiene (hjemmeværende partnere av soldater i utenlandstjeneste), og utvalget var nesten utelukkende kvinner. Dette vanskeliggjør generalisering av funnene til den øvrige befolkningen.

Den andre studien som fant at alkoholbruk predikerte insomni, fant at høyere alkoholbruk predikerte lavere forekomst av insomnisymptomer (Pieters et al., 2015). Studiens unge utvalg og mengde alkoholkonsum kan ha påvirket resultatene. Gjennomsnittsalderen i utvalget var omtrent 14 år, og gjennomsnittlig alkoholinntak var fra null til tre episoder med alkoholinntak de fire siste uker. Dette indikerer at forbruket i gruppen var lavt, og vi antar at det som tilsvarte et «høyt alkoholforbruk» i studien blir ansett som et relativt lavt forbruk i voksenpopulasjoner. Dette vanskeliggjør generalisering til den øvrige befolkningen.

Ingen av studiene som fant at alkoholbruk predikerte insomni, kontrollerte for tilleggsfaktorer som grad av stress, bekymring og ensomhet hos deltakerne. Til sammenlikning kontrollerte studiene som *ikke* fant noen sammenheng, for faktorer som angst og depresjon,

stress, mental og fysisk helse, sosiale bånd og emosjonsregulering (Goodhines et al., 2017; Singareddy et al., 2012; Tavernier & Willoughby, 2015; Zunhammer et al., 2014). Det er grunn for å anta at disse faktorene har betydning for utvikling av insomni, og det er mulig at resultatene til Miller og kollegaer (2018) og Pieters og kollegaer (2015) er påvirket av at de ikke kontrollerte for dette.

Til tross for at flere faktorer kan ha bidratt til ulike funn, anser vi studiene som inngår i oversiktsartikkelen, som sammenliknbare, med tanke på å svare på hvorvidt det er et godt empirisk belegg for å hevde at alkoholbruk predikerer insomni. Studiene har brukt relativt like mål på alkoholbruk og insomni, der alle har undersøkt alkoholfrekvens og/eller mengde den siste tiden og brukt kliniske standarder for insomnisymptomer. Ulikheter ved utvalgene i studiene og hvilke tilleggsvariabler som ble undersøkt, skaper imidlertid usikkerhet når det gjelder funnenes generaliserbarhet. Eksempelvis har halvparten av studiene en betydelig overvekt av kvinner (Goodhines et al., 2017; Miller et al., 2018; Tavernier & Willoughby, 2015), og deltakernes gjennomsnittsalder varierer fra 14 år (Pieters et al., 2015) til 49 år (Singareddy et al., 2012).

Resultatene av denne litteraturgjennomgangen indikerer likevel at alkoholbruk ikke predikerer utvikling av insomni i den generelle befolkningen, i motsetning til kliniske populasjoner med alkoholavhengighet (Hasler et al., 2014; Singareddy et al., 2012; Zhabenko et al., 2013). Tross noe kontrainuitivt, tyder funnene på at det kan være andre faktorer enn alkoholbruken i seg selv som påvirker utviklingen av insomni hos alkoholavhengige. Det kan også være mengden alkohol som utgjør forskjellen på om noen utvikler insomni eller ikke, i den kliniske versus generelle befolkningen. Funnene viser likevel at fremtidige studier som undersøker forholdet mellom alkoholbruk, alkoholavhengighet og insomni, bør kontrollere for flere variabler, som for eksempel psykisk og fysisk helse.

KONKLUSJON

Litteraturgjennomgangen identifiserte få studier som ikke hadde sammenfallende funn, hvilket vanskeliggjør å trekke en klar konklusjon på forskningsspørsmålet vårt. Det foreligger likevel indikasjoner på at alkoholbruk

ikke predikerer insomni, da de fleste studiene ikke fant noen sammenheng. Dette viser at å omtale alkoholbruk som risikofaktor for insomni bør unngås inntil videre. Det fremkommer videre at forskningen på alkoholbruk som prediktor for insomni er mangelfull, og at

fremtidig forskning bør prioritere longitudinelle studier, som undersøker forholdet på standardiserte måter. ✕

Kreditering: Vi takker Kamilla Rognmo ved Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø, for veiledning av semesteroppgaven som denne artikkelen bunner ut fra.

REFERANSER

- Bjorvatn, B. (2017). *Søvnløshet – insomni*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/sovnproblemer/sovnloshet-insomni>
- Bootzin, R.R., & Stevens, S.J. (2005). Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clinical Psychology Review, 25*(5), 629–644. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.007>
- Brower, K.J. (2001). Alcohol's effects on sleep in alcoholics. *Alcohol, Research Health, 25*, 110–125.
- Brower, K.J., Krentzman, A., & Robinson, E.A.R. (2011). Persistent insomnia, abstinence, and moderate drinking in alcohol-dependent individuals. *The American Journal on Addictions, 20*(5), 435–440. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00152.x>
- Dijk, D.J., Brunner, D. P., Aeschbach, D., Tobler, I., & Borbély, A.A. (1992). The effects of ethanol on human sleep EEG power spectra differ from those of benzodiazepiner receptor agonists. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 7*(3), 225–232.
- Goodhines, P.A., Gellis, L.A., Kim, J., Fucito, L.M., & Park, A. (2017). Self-medication for sleep in college students: Concurrent and prospective associations with sleep and alcohol behavior. *Behavioral Sleep Medicine, 27*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/15402002.2017.1357119>
- Hartwell, E.E., Bujarski, S., Glasner-Edwards, S., & Ray, L.A. (2015). The association of alcohol severity and sleep quality in problem drinkers. *Alcohol, 50*(5), 536–541. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aggv046>
- Hasler, B.P., Martin, C.S., Wood, D.S., Rosario, B., & Clark, D.B. (2014). A longitudinal study of insomnia and other sleep complaints in adolescents with and without alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 38*(8), 2225–2233. <https://doi.org/10.1111/acer.12474>
- Johnson, E.O., & Breslau, N. (2001). Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence, 64*(1), 1–7. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(00\)00222-2](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(00)00222-2)
- Miller, K.E., Koffel, E., Kramer, M.D., Erbes, C.R., Arbsi, P.A., & Polusny, M.A. (2018). At-home partner sleep functioning over the course of military deployment. *Journal of Family Psychology, 32*(1), 114–122. <https://doi.org/10.1037/fam0000262>
- Pasch, K.E., Latimer, L.A., Cance, J.D., Moe, S.G., & Lytle, L.A. (2012). Longitudinal bi-directional relationships between sleep and youth substance abuse. *Journal of Youth and Adolescence, 41*(9), 1184–1196. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9784-5>
- Pieters, S., Burk, W.J., Var der Vorst, H., Dahl, R.E., Wiers, R.W., & Engels, R.C.M.E. (2015). Prospective relationships between sleep problems and substance abuse, internalizing and externalizing problems. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(2), 379–388. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0213-9>
- Roehrs, T., & Roth T. (2001). Sleep, sleepiness, sleep disorders and alcohol use and abuse. *Sleep Medicine Reviews, 5*, 287–297. <https://doi.org/10.1053/smr.2001.0162>
- Roehrs, T., Yoon, J., & Roth, T. (1991). Nocturnal and next-day effects of ethanol and basal level of sleepiness. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 6*(4), 307–311. <https://doi.org/10.1002/hup.470060407>
- Singareddy, R., Vgontaz, A.N., Mendoza, J.F., Liao, D., Calhoun, S., Shaffer, M.L., & Bixler, E.O. (2012). Risk factors for incident chronic insomnia: A general population prospective study. *Sleep Medicine, 13*(4), 346–353. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.10.033>
- Stein, M.D., & Friedmann, P.D. (2005). Disturbed sleep and its relationships to alcohol use. *Substance Abuse, 26*(1), 1–13.
- Tavernier, R., & Willoughby, T. (2015). A longitudinal examination of the bidirectional association between sleep problems and social ties at university: The mediation role of emotion regulation. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(2), 317–330. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0107-x>
- Taylor, D.J., Lichstein, K.L., & Durrence, H.H. (2003). Insomnia as a health risk factor. *Behavioral Sleep Medicine, 1*(4), 227–247. https://doi.org/10.1207/S15402010BSM0104_5
- Thakkar, M.M., Sharma, R., & Sahota, P. (2015). Alcohol disrupts sleep homeostasis. *Alcohol, 49*(4), 299–310. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.07.019>
- Wallen, G.R., Brooks, A.T., Whiting, B., Clark, R., Krumlauf, M.C., Yang, L., & Ramchandani, V.A. (2014). The prevalence of sleep disturbance in alcoholics admitted for treatment. *Family & Community Health, 37*(4), 288–297. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000040>
- Wong, M.M., Brower, K.J., Fitzgerald, H.E., & Zucker, R.A. (2004). Sleep problems in early childhood and early onset of alcohol and other drug use in adolescence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 28*(4), 578–587. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000121651.75952.395>
- Zhabenko, O., Krentzman, A.R., Robinson, E.A.R., & Brower, K.J. (2013). A longitudinal study of drinking and depression as predictors of insomnia in alcohol-dependent individuals. *Substance Use & Misuse, 48*(7), 495–505. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.781182>
- Zunhammer, M., Eichhammer, P., & Busch, V. (2014). Sleep quality during exam stress: The role of alcohol, caffeine and nicotine. *Plos one, 9*(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109490>

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 574-587 FAGFELLEVDERT

IVER STRANDHEIM, psykologspesialist, Norges Fotballforbund, **PAUL ANDREAS AASEN**, psykolog, Oslo kommune, **BØRGE SIVERTSEN**, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet; professor II ved Institutt for psykisk helse, NTNU; forsker II ved Avdeling for forskning og innovasjon, Helse Fonna, **RAGNHILD BANG NES**, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet; førsteamanuensis II ved PROMENTA, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo (UiO), **TRUDE BACKER MORTENSEN**, klinisk ernæringsfysiolog, Nordre Follo kommune, **SIRI MATHIASSEN**, frisklivsveileder, Nordre Follo kommune, **EMILIE FØYEN WITH**, frisklivsveileder, Nordre Follo kommune
KONTAKT iver@staaopp.no

STÅ OPP

- Gruppebehandling for insomni

Gruppebehandling for insomni kan være en god måte å møte etterspørselen av søvnbehandling i kommunen. Denne studien validerer effekten av det gruppebaserte behandlingsprogrammet Stå opp for insomni.

Insomni er vanlig. Mellom 8 og 15 prosent av den norske befolkningen oppfyller kriteriene for kronisk insomni (Pallesen, Sivertsen, Nordhus & Bjorvatn, 2014; Uhlig, Sand, Ødegård & Hagen, 2014). Insomni er dermed en av våre mest utbredte og undervurderte folkehelseutfordringer (Major et al., 2011), med store samfunnsøkonomiske og helsemessige følger for befolkningen (Daley, Morin, LeBlanc, Grégoire & Savard, 2009). Insomni er forbundet med økt risiko for å utvikle angstlidelser og depresjon (Baglioni et al., 2011; Chang, Ford, Mead, Cooper-Patrick & Klag, 1997; Neckelmann, Mykletun & Dahl, 2007), nedsatt stressmestring, redusert livskvalitet og sterkt forhøyet risiko for sykemelding og uføretrygd (Léger et al., 2012; Morin, Rodrigue & Ivers, 2003; Sivertsen

ABSTRACT

Get Up: A group-based treatment for insomnia

Context and objective: Insomnia is highly prevalent in the Norwegian adult population. Effective non-pharmacological treatment exists but is not available to the large majority of those suffering from insomnia. The aim of this study was to evaluate the effect of *Get Up*, a group-based intervention for insomnia based on cognitive behavioural therapy (CBT-I) and developed for easy implementation in community health care services in Norway.

Design and setting: A randomized controlled trial study was conducted in Oppegård, Norway. Participants were randomly assigned to an active treatment condition (CBT-I) or to a wait list control condition, with participants in the latter condition receiving treatment after 5 months. The primary outcome measure was the Insomnia Severity Index (ISI), while secondary outcome measures included the PHQ-9 and GAD-7 instruments, measuring symptoms of depression and anxiety, respectively.

Main outcome measures and results: The intention-to-treat mixed-model repeated-measures analysis revealed that the treatment group had better short-term outcomes as measured by ISI compared to the control group.

Significantly reduced insomnia symptoms were observed in the treatment group ($n = 16$) compared to the wait list controls ($n = 17$), Cohen's $d_{\text{between}} = 3,53$. At five months follow up, participants in the treatment group had maintained their low ISI scores. Similar trends were also observed for symptoms of anxiety and depression.

Conclusions: The findings suggest that the community-based intervention *Get Up* may be a useful intervention for short and long-term management of insomnia, leading to substantial improvements of both insomnia severity and daytime emotional functioning. Limitations concerning the sample size means that care should be taken when generalizing the findings to the whole population.

Keywords: insomnia, group therapy, sleep restriction therapy, CBT-I, Get Up, ISI

INTERESSEKONFLIKTER Første- og andreforfatter har utviklet behandlingsmetoden og -materiellet, og tilbyr opplæring i Stå Opp-metoden til andre fagutøvere.

»



Insomni er dermed en av våre mest utbredte og undervurderte folkehelseutfordringer

et al., 2006). Flere rapporter fra Folkehelseinstituttet de senere årene har understreket viktigheten av å utvikle og teste programmer for å forebygge søvnproblemer som et sentralt grep for å bedre den psykiske helsen i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Behandlingsformer

I Norge kan vi hovedsakelig dele inn de tilgjengelige behandlingstilbudene for insomni i tre grupper. Disse inkluderer i) medikamentell behandling (hypnotika) hos fastlegen, ii) søvnkurs (psykoedukasjon) i regi av frisklivssentraler og iii) kognitiv atferdsterapi for insomni (CBT-I). Det er stor variasjon både innenfor og mellom de enkelte tilbudene både med tanke på hvordan behandlingen gjennomføres, og hvilken behandling som tilbys.

Hypnotika. En stor andel av dem som går til fastlegen med sine søvnvansker, får utskrevet sovemedisiner, også kalt hypnotika (Bjorvatn, Meland, Flo & Mildestvedt, 2017). Hypnotika regnes som en effektiv behandling for akutt søvnløshet (Buscemi et al., 2007), men anbefales ikke som behandling for kronisk insomni på grunn av risiko for bivirkninger, toleranseutvikling og misbruksfare (National Institutes of Health, 2009).

Sov Godt-kurs. Et annet tiltak for insomni og søvnvansker er Helsedirektoratets *Sov Godt*-kurs, som tilbys ved mange frisklivssentraler i norske kommuner. Dette er et rent psykoedukativt kurs over fire samlinger. Kurset inneholder undervisning om søvn, søvnvansker og ulike holdninger til søvn og informerer om prinsippene bak stimuluskontroll og søvnrestriksjon (Helsedirektoratet, 2016). Det finnes imidlertid ingen evaluering av dette kurset, og studier har funnet at psykoedukasjon i seg selv har liten effekt på insomni hvis den ikke kombineres med atferdsintervensjoner (Morin et al., 2006; Taylor, Schmidt-Nowara, Jessop & Ahearn, 2010).

CBT-I. Den behandlingsformen som derimot har vist seg å både være effektiv og som er det foretrukne behandlingsoalternativet for kronisk insomni, er kognitiv atferdsterapi for insomni (CBT-I) (van Straten et al., 2018; Qaseem et al., 2016). CBT-I er en multi-komponent-behandling med innslag av psykoedukasjon om søvn, søvnhygieniske råd, avslapningsteknikker, kognitive teknikker og atferdsintervensjonene stimuluskontroll og søvnrestriksjon (Lichstein, Vander Wal & Dillon, 2012).

Det finnes ulike tilbydere av CBT-I-behandling i Norge, som Rask psykisk helsehjelp (RPH), internettbaserte behandlingsprogrammer og både private og offentlige søvnsentre. RPH er kommunale lavterskeltilbud som skal gi rask og effektiv hjelp for angst, depresjon og søvnvansker. Per mars 2019 hadde 55 kommuner og bydeler fått tilskudd til opprettelse av dette lavterskeltilbudet. Terapeutene i RPH mottar opplæring i CBT-I. En studie av Smith, Alves og Knapstad (2016) basert på data fra de tolv første kommunene som implementerte RPH, viste at 40,8 % av de som kontaktet RPH, rapporterte søvnproblemer. Ved avslutning av behandling oppga 44,5 % av disse at de ikke lenger hadde søvnproblemer, med noe variasjon mellom de enkelte kommunene.

De siste årene har det også blitt forsket på CBT-I-behandling ved hjelp av internett, blant annet internettverktøyet Sleep Healthy Using the Internet (SHUTi). En norsk studie av SHUTi har vist gode resultater for deltakere som gjennomførte behandlingen, men man fant også at 38 % falt fra i løpet av behandlingen (Hagatun et al., 2017). I tillegg til RPH og inter-

nettbaserte program finnes det noen få søvnlivlinjker i offentlig og privat regi som tilbyr CBT-I. Det samlede tilbudet på CBT-I i Norge er likevel ikke tilpasset den høye forekomsten av insomni. Det betyr at mange ikke har tilgang på den behandlingsformen med best evidens.

Formålet med studien

Formålet med denne studien er å presentere og undersøke effekt av en *gruppebasert* behandlingsmetode for insomni i norske kommuner. CBT-I som gruppebehandling er anerkjent som like effektivt som individualbehandling (McCrae, Dautovich & Dzierzewski, 2010; Verbeek, Konings, Aldenkamp, Declerck & Klip, 2006). Oss bekjent har det ikke vært gjennomført effektstudier av gruppebehandling med CBT-I i Norge. Vi ønsket derfor å utvikle og teste en enkel CBT-I-modell som gruppebehandling i kommunehelsetjenesten. Vi kalte denne *Stå Opp*, siden det fokuseres særlig på atferdskomponentene søvnrestriksjon og stimuluskontroll. Valget om å fokusere mer på søvnrestriksjon og stimuluskontroll er basert på forskningen til Fernando III, Arroll og Falloon (2013), Blom og kolleger (2015) og Fallon og kolleger (2015), som har vist at et forenklet søvnbehandlingsopplegg med søvnrestriksjon gir gode resultater for pasienter med insomni. Problemstillingen i denne studien var om deltakelse i søvnbehandlingsgruppen *Stå Opp* var mer effektivt for insomnisymptomer enn det å stå på venteliste. I tillegg ønsket vi å undersøke om behandlingen var assosiert med bedring av deltakernes psykiske helse, i form av reduksjon av symptomer på angst og depresjon slik blant andre Hagatun og kolleger (2018), Manber og kolleger (2008) og Manber og kolleger (2011) tidligere har vist.

METODE

Rekruttering

Deltakerne ble rekruttert fra kommunene Oppedgård og Ski i mars og april 2017. Det ble delt ut informasjonsmateriell om studien i begge kommunene. I tillegg ble det formidlet informasjon på kommunenes nettsider og i lokalavisen. Interesserte deltakere tok kontakt via telefon ($n = 61$), og 47 møtte til forsamtale. For å inkluderes i selve studien måtte man: 1) være 18 år eller eldre, 2) være innbygger i Ski eller Oppedgård kommune, 3) ha en skåre ≥ 15 på spørreskjemaet *Insomnia Severity Index* og 4) være motivert for behandling. Eksklusjonskriterier

var bipolar lidelse, epilepsi, alvorlig depressiv episode, psykoselidelse, alvorlig personlighetsforstyrrelse, døgnrytmeforstyrrelse og andre søvnsykdommer der CBT-I er kontraindisert (søvnapné, narkolepsi, parasomnier og Restless Legs Syndrome). Dette ble kartlagt og vurdert i forsamlingen av psykolog med direkte spørsmål om symptomer på disse lidelsene.

Utvalg

Av de 61 som ble invitert til forsamlingen, var det 28 (46 %) som ikke ble inkludert i studien, enten fordi de ikke møtte opp til forsamlingen ($n = 14$), uttrykte at de ikke var motiverte for behandling etter å ha fått skissert behandlingsforløpet ($n = 5$), ikke kunne delta på grunn av praktiske forhold ($n = 2$), hadde alvorlig psykisk lidelse ($n = 4$), hadde kommunikasjonsvansker som gjorde gruppebehandling vanskelig ($n = 2$), eller hadde en døgnrytmeforstyrrelse som krevde annen type behandling ($n = 1$). Pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene, og som ønsket å delta i studien ($n = 33$), signerte et samtykkeskjema og ble randomisert til en intervensjonsgruppe ($n = 16$) eller en venteliste/kontrollgruppe ($n = 17$). Det endelige utvalget besto av 28 kvinner og 5 menn. Én deltaker i intervensjonsgruppen avbrøt behandlingen etter første gruppesamling på grunn av praktiske forhold.

Deltakerne ble randomisert før forsamlingen på bakgrunn av når de meldte sin interesse for studien/behandlingen. Denne listen ble laget fortløpende, slik at nummer 1 på listen meldte sin interesse først, og nummer 61 henvendte seg sist. Deltakere med oddetall ble tilbudt behandling i mai-juni 2017, mens deltakere med partall fikk tilbud om å stå på venteliste frem til behandlingsstart i september samme år.

Deltakerne i intervensjonsgruppen fylte ut spørreskjemaene i etterkant av gruppesamling 2, 3, 5 og 7, heretter kalt T2, T3, T4 og T5 (se figur 1). Deltakerne som sto på venteliste, fylte ut spørreskjema ved måletidspunkt T2 og T5, før de fikk behandling høsten 2017. De fylte da ut spørreskjemaene etter gruppesamling 1, 3, 5 og 7 (som var ved avsluttet behandling), heretter kalt T6, T7, T8, T9. Deltakerne i intervensjonsgruppen fylte også ut spørreskjema ved T6 og T9 (to og fem måneder etter avsluttet behandling).

Intervensjon

Stå Opp er en gruppebasert behandling basert på CBT-I utviklet i Oppedgård kommune, og er »

nærmere beskrevet i *Behandlingsmanual for Stå Opp* (Aasen & Strandheim, 2019). *Stå Opp* innebærer sju samlinger på 90 minutter over ni uker (se tabell 1). Det var åtte deltakere i hver gruppe. Disse gjennomførte søvnrestriksjon og stimuluskontroll etter å ha mottatt enkel psykoedukasjon om søvn. Deltakerne fylte ut ei søvndagbok. Søvndagboka brukes til å kartlegge den subjektive opplevelsen av søvnkvalitet og søvnlengde. Den er i tillegg grunnlaget for å regne ut søvneffektiviteten, som refererer til hvor stor andel av tiden tilbrakt i senga deltakeren sover. Søvnrestriksjonen gjennomføres med utgangspunkt i gjennomsnittlig rapportert søvnlengde i søvndagboka. I tillegg benyttes søvneffektivitet som grunnlag for å fremskynde eller utsette leggetidspunkt underveis i behandlingen. Det var totalt fire behandlere. Disse inkluderte en klinisk ernæringsfysiolog og en fysioterapeut ansatt ved Frisklivssentralen, en kommunepsykolog (Oppegård kommune) og en psykologstudent (UiO). Kommunepsykologen deltok i alle gruppene og sørget for at behandlingen i alle gruppene lå tett opp mot behandlingsmanualen.

Stå Opp legger vekt på de atferdsterapeutiske elementene i CBT-I, og da særlig søvnrestriksjon. Behandlingen har mindre fokus på søvnhygiene enn ordinær CBT-I-behandling og inneholder ikke avslapningstrening og kognitive teknikker. Ved de første gruppesamlingene benyttes elementer fra Moti-

verende intervju dersom deltakere er usikre på om de er i stand å gjennomføre behandlingen (Rollnick & Miller, 1995). Det er spesielt ansvarliggjøring og å rulle med motstanden som benyttes i møte med deltakeres ambivalens. Å rulle med motstanden innebærer å understreke deltakerens valg, kontroll og autonomi. Deltakernes feilaktige antakelser rundt søvn utforskes gjennom samtaler i gruppa. Når deltakerne opplever bedret søvnkvalitet som følge av atferdsendringen, endres ofte også tidligere feilantakelser de har hatt rundt søvn. Denne endringen blir igjen forsterket ved at erfaringene deles og diskuteres i gruppa.

Instrumenter

Primærmål. Insomnia Severity Index (ISI) er et mye brukt spørreskjema som kartlegger alvorlighetsgraden av pasientens søvnplager. ISI har vist seg å være et valid mål på insomni (Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers, 2011). ISI består av 7 ledd som ber pasienten rangere sine plager ved hjelp av fem svaralternativer fra 0 («ingen plager») til 4 («veldig store plager»). Alvorlighetsgrad av insomni grupperes på bakgrunn av sumskåren (0–28), der 0–7 indikerer «Ingen klinisk signifikant insomni», 8–14 «Subterskel insomni», 15–21 «Klinisk insomni (moderat)» og 22–28 «Klinisk insomni (alvorlig)». En sumskåre på 15 eller mer ble benyttet som inklusjonskriterium for deltakelse i vår studie. ISI har vist seg å være sensitiv for end-

TABELL 1. Oversikt over innholdet i de ulike gruppesamlingene i Stå Opp

Behandlingsuke	Samling	Innhold
	Forsamtale	Presentasjon av behandlingen. Kartlegging av søvnvansker, motivasjon, eventuelle kontraindikasjoner og avklaring av om deltakeren skal delta. Motiverende intervju.
1	1. samling	Psykoedukasjon om søvn og søvnvansker. Opplæring i utfylling av søvndagbok.
2	2. samling	Presentere søvnrestriksjon og stimuluskontroll. Regne ut søvnvindu basert på søvnregistrering i søvndagbok. Starte søvnrestriksjon og stimuluskontroll.
3	3. samling	Gjennomgang av spørsmål fra forrige samling. Deling av erfaringer fra første uke med søvnrestriksjon. Utrekning av neste ukes søvnvindu. Psykoedukasjon rundt døgnrytme og døgnrytmeforstyrrelser.
4–5	4. og 5. samling	Deling av erfaringer fra andre uke med søvnrestriksjon. Utrekning av neste ukes søvnvindu.
6	6. samling	Utrekning av neste ukes søvnvindu. Psykoedukasjon rundt hvordan deltakerne vet at de ikke bør utvide søvnvinduet ytterligere. Oppsummering av endrede tanker rundt søvn.
7–8	Pause fra samlinger	Følger behandlingsregimet på egen hånd.
9	7. samling	Tilstandsrapport, tilbakefallsplan og evaluering.

ring, og er dermed egnet for å måle bedring både under og i etterkant av behandling. Morin og kolleger klassifiserte i sin studie fra 2011 en reduksjon i ISI-skåre på 4,65 som «mild bedring», 8,36 som «moderat bedring» og 9,89 som «markant bedring» (Morin et al., 2011).

Sekundærmål. Symptomer på angst og depresjon ble målt med spørreskjemaene GAD-7 (the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale) og PHQ-9 (Patient Health Questionnaire Mood Scale), som begge har vist seg å være valide og godt utprøvde instrumenter for å kartlegge psykisk helse (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Löwe et al., 2008; Martin, Rief, Klaiberg & Braehler, 2006; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006). GAD-7 består av 7 ledd med svaralternativer fra 0 til 3 som gir en total sumskåre på 0–21. En sumskåre på 10 eller høyere indikerer et klinisk nivå av generalisert angst (Löwe et al., 2008). PHQ-9 består av 9 ledd som måler hyppigheten av ulike depresjonssymptomer i løpet av de siste to ukene (skåres fra 0 til 3). Sumskåren går fra 0 til 27, og en skåre på 9 eller mer gir indikasjon på klinisk depresjon (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010, Manea, Gilbody, & McMillan, 2012). Ettersom PHQ-9 inneholder to ledd som spør om søvn og tretthet, konstruerte vi en versjon av PHQ-9 som utelot disse to leddene. Dette ble gjort for å se om søvnbehandlingen også har effekt på andre aspekter ved depresjon.

Den interne konsistensen på spørreskjemaene ble beregnet ved hjelp av Cronbachs alfa, og var før behandling og ved fullført behandling på henholdsvis .54 og .95 (ISI), .77 og .91 (GAD-7), og .66 og .90 (PHQ-9).

For å vurdere den kliniske effekten av behandlingen tok vi utgangspunkt i det Morin og kolleger (2009) definerer som at deltakerne responderer på behandling (responders) og oppnår remisjon (remitters). De som responderer på behandling, er deltakerne som oppnår en reduksjon i sumskåren på ISI på mer enn 7 poeng sammenlignet med baseline. Remisjon betegner en sumskåre på ISI som er mindre enn 8 etter behandling (ingen klinisk signifikant insomni). Deltakere med manglende data fikk videreført sin status fra forrige observasjon, og dermed ble deltakere som kun hadde data ved oppstart, men som falt fra under behandlingen, definert som ikke-responderende eller ikke oppnådd remisjon ved alle målepunkter.

Statistiske analyser

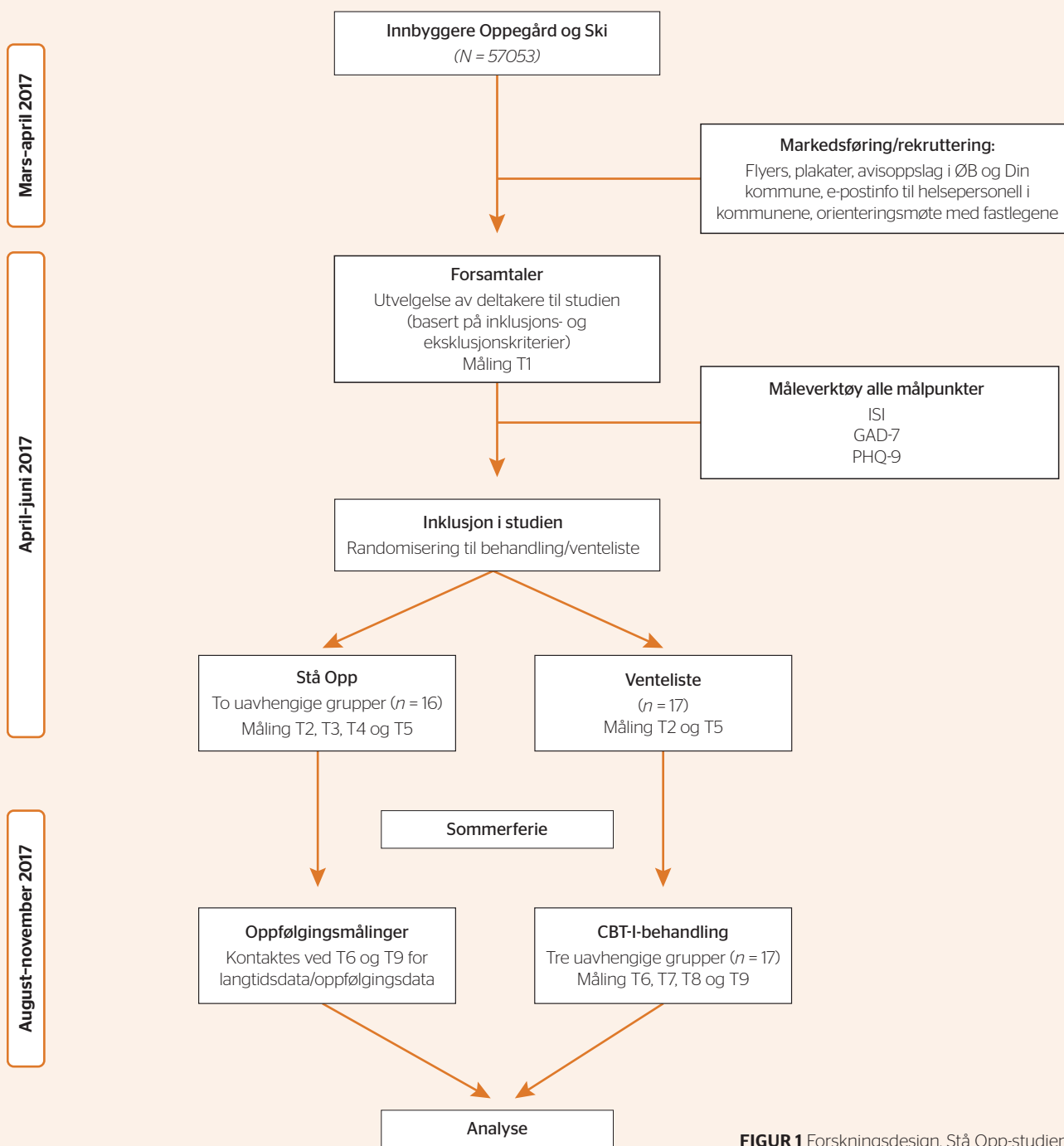
Analysene ble gjennomført ved hjelp av IBM© SPSS Statistics, versjon 25. Det ble først gjennomført t-tester som viste effekt av intervensjonen. Mauchly's Test of Sphericity viste at antakelsen om sfærisitet var brutt, og antakelsene som ligger til grunn for lineære analyser, ble møtt. Vi analyserte derfor dataene ved hjelp av *linear mixed model for repeated-measures*-analyser (LMM). Alle de 33 deltakerne som startet i behandling, ble inkludert i analysene – også deltakeren som falt fra etter én gruppesamling. Manglende verdier i datasettet ble estimert ved hjelp av *restricted maximum likelihood* (REML).

Studien er en randomisert kontrollert studie med pre- og post-målinger, i tillegg til en måling etter fem måneder.

Sumskårene på ISI, GAD-7 og PHQ-9 ble brukt som avhengige variabler, og gruppe (intervensjon/kontroll) og måletidspunkt som uavhengige variabler. LMM ble gjennomført med en ustrukturert kovariansstruktur (UN). I analysen av mellomgruppeeffekter ble tid (fem tidspunkter for begge grupper) og gruppe (intervensjon/kontroll) inkludert i modellen »



Stå Opp legger vekt på de atferdsterapeutiske elementene i CBT-I, og da særlig søvnrestriksjon



FIGUR 1 Forskningsdesign, Stå Opp-studien

TABELL 2 Demografisk informasjon om deltakerne i Stå Opp-gruppene

Karakteristikk	Stå Opp (n = 16)	Kontrollgruppe (n = 17)	Totalt (n = 33)
Alder, gjennomsnitt (SD)*	51,3 (12,4)	52,6 (4,84)	53,2 (8,46)
Kjønn	Kvinner, prosent (n)	87,5 (14)	84,8 (28)
	Menn, prosent (n)	12,5 (2)	15,2 (5)

Merknaad. * For alder er det kun informasjon om 20 deltakere.

sammen med et interaksjonsledd (tid x gruppe). For å undersøke om kontrollgruppen hadde effekt av behandling, ble det i tillegg gjennomført LMM-analyser, der vi undersøkte om det var en effekt av behandling også for denne gruppen.

For å gjennomføre en Pearsons kji kvadrat-test definerte vi de to betingelsene *insomni* og *ikke-insomni*. Ikke-insomni ble definert som å være under klinisk kuttskåre på utfallsmålet ISI (sumskåre ISI < 15). Det ble i tillegg kjørt en analyse der *remisjon* tilsvarte en sumskåre på ISI < 8, som i ISI kategoriseres som *ingen klinisk signifikant insomni*.

Effektstørrelsene med konfidensintervaller ble beregnet som Cohens d , som beskrevet i Coe (2002), for både innengruppe- og mellomgruppeeffekter. Utregningene ble gjort med *Effect Size Calculator* (Centre For Evaluation and Monitoring at Durham University, 2006). I denne artikkelen benevnes effekter mellom intervensjons- og kontrollgruppen som Cohens d_{between} . Der vi sammenligner skårer ved to ulike måletidspunkter innenfor samme gruppe, benevnes dette som Cohens d_{within} . Effektstørrelser i Cohens d klassifiseres som liten (0,2), moderat (0,5) og stor (0,8).

Meta-analyser av CBT-I har rapportert effektstørrelser for totalskåre på ISI som Cohens d over 0,9 (Okajima, Komada & Inoue, 2011; van Straten et al., 2018). Kontrollgrupper basert på ventelister har trolig liten effekt (Morin et al., 2006; Taylor, Schmidt-Nowara, Jessop & Ahearn, 2010). Med utgangspunkt i en forventet mellom-gruppe-effektstørrelse på ISI på 1,0 vil det være tilstrekkelig med 17 pasienter i hver gruppe, gitt en statistisk styrke på 0,80, alfa-verdi på 0,05 (to-halet test).

Etikk

Studien er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning, Sør-Øst (2017/462), og utfallsmål er forhåndsregistrert hos <https://clinicaltrials.gov/> (NCT03177967). Deltakerne signerte samtykkeerklæring og kunne fritt trekke seg, uten å oppgi grunn, når som helst i studien. Ferdig utfylte spørreskjemaer og kodenøkkel med personinformasjon ble lagret separat.

RESULTATER

Utvalget besto av 33 deltakere (28 kvinner og 5 menn) med gjennomsnittsalder på 53,2 år ved inklusjon i studien. Det var ingen signifikante forskjeller ($p > 0,05$) mellom intervensjons- og kontrollgruppen i alder, kjønn eller på noen av måleinstrumentene (ISI, PHQ-9, GAD-7) ved T1. Kjønn- og aldersfordeling er presentert i tabell 2.

Behandlingseffekt for insomni

I intervensjonsgruppen var det en signifikant reduksjon ($p < 0,001$) i skårene på ISI fra forsamtale (T1) til endt behandling (T5) basert på LMM-analysen av innengruppeeffekten. Det var en gjennomsnittlig reduksjon i ISI-skåre for denne gruppen på 16,02 (se tabell 3). Mellomgruppeeffekten ble estimert til Cohens $d_{\text{between}} = 3,53$. Det var her en signifikant interaksjonseffekt av gruppe \times tid ($p < 0,001$) fra T1 til T5 (LMM-analyse). Dette tyder på at intervensjonen har hatt effekt på insomnisymptomene.

Figur 2 viser sumskårene på ISI for intervensjons- og kontrollgruppen over tid. Måletidspunkt T1 er ved forsamtale. T2 er etter én ukes behandling, og T5 er ved avslutning av behandling for intervensjonsgruppen. T6 er ved oppstart av behandling for ventelistegruppen og er samtidig to



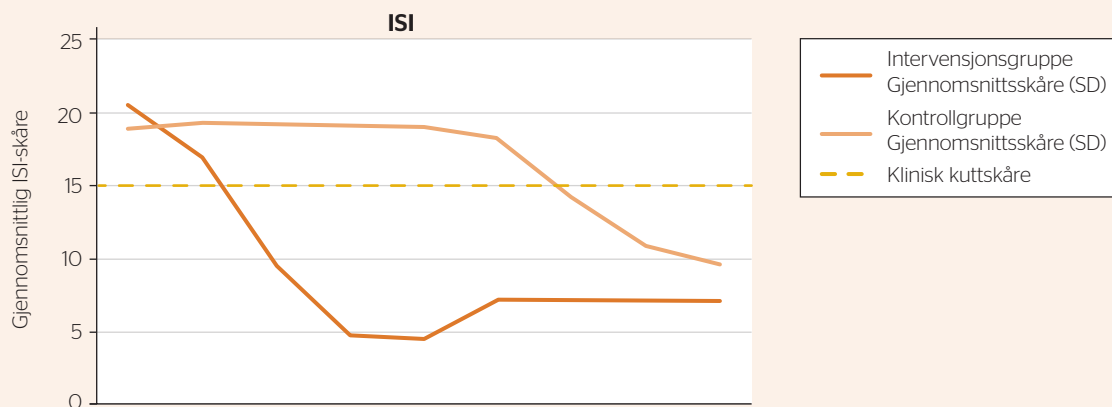
Resultatene tyder på at intervensjonen har god effekt på insomni

»

TABELL 3 Endring i ISI-, GAD-7- og PHQ-9-skårer for intervensjons- og kontrollgruppen (signifikanstesting er basert på Linear mixed model).

Intervensjonsgruppe				
Utfallsmål og tid	SD _{pooled/pre}	N	Gjennomsnitt (95% CI)	d _{within}
Insomnia Severity Index (ISI)				
Tidspunkt 1	4,11	16	20,50 (18,76–22,24)	
Tidspunkt 5		14	4,48 (2,24–6,73)	5,04 ^a
Tidspunkt 9		13	7,04 (3,82–10,27)	-0,83 ^b
GAD-7				
Tidspunkt 1	3,99	16	9,31 (7,02–11,60)	
Tidspunkt 5		14	2,88 (0,73–5,04)	1,53
Tidspunkt 9		13	4,04 (1,76–6,32)	-0,29
PHQ-9				
Tidspunkt 1	4,87	16	9,56 (7,41–11,72)	
Tidspunkt 5		14	3,32 (0,69–5,95)	1,58
Tidspunkt 9		13	3,90 (1,36–6,44)	-0,15

^a Cohens d effektstørrelse mellom T1 og T5; ^b Cohens d effektstørrelse mellom T5 og T9



Måletidspunkt	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9
Intervensjonsgruppe Gjennomsnittsskåre (SD)	20,50 (3,40)	16,97 (3,52)	9,22 (3,92)	4,99 (3,69)	4,48 (4,10)	7,17 (4,48)			7,04 (5,69)
Kontrollgruppe Gjennomsnittsskåre (SD)	18,89 (3,36)	19,34 (3,55)			19,03 (4,12)	18,23 (4,40)	14,24 (4,83)	10,88 (5,09)	9,65 (5,77)

FIGUR 2 Gjennomsnitt (SD) av summerte ISI-skårer ved alle målinger for både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen mottok behandling fra måletidspunkt T1-T5, kontrollgruppen fra måletidspunkt T6-T9.

TABELL 4 Gjennomsnitt i ISI-skårer for intervensjons- og kontrollgruppen

Gruppe	Måletidspunkt	Gjennomsnitt	N	Standardavvik	95% Konfidensintervall	
					Minimum	Maksimum
Intervensjonsgruppe	T1	20,50	16	3,40	18,76	22,24
	T2	16,97	15	3,52	15,12	18,83
	T5	4,48	14	4,10	2,24	6,73
	T6	7,17	15	4,48	4,81	9,54
	T9	7,04	13	5,69	3,82	10,27
Kontrollgruppe	T1	18,89	16	3,36	17,18	20,60
	T2	19,34	17	3,55	17,58	21,10
	T5	19,03	16	4,12	16,92	21,14
	T6	18,23	16	4,40	15,99	20,48
	T9	9,65	16	5,77	6,69	12,60

Venteliste			Tid x gruppeeffekt		
N	Gjennomsnitt (95% CI)	d_{within}	F	P-verdi	d_{between}
16	18,89 (17,18–20,60)				
16	19,03 (16,92–21,14)	-0,04 ^a	26,13	< 0,001	3,53
16	9,65 (6,69–12,60)	2,80 ^b			
16	8,47 (6,23–10,70)				
16	9,34 (7,23–11,39)	-0,20	12,86	< 0,001	1,60
16	4,77 (2,63–6,90)	1,04			
16	11,22 (9,11–13,32)				
16	12,59 (10,09–15,09)	-0,33	10,44	< 0,001	1,89
16	6,50 (4,12–8,89)	1,47			

TABELL 5 Andel deltakere som responderer på behandlingen, og som oppnår remisjon, inkludert ved 5 måneders oppfølging for intervensjonsgruppen

Gruppe	Måletidspunkt	Antall/total (%)
Responderer på behandling	Etter behandling	25/33 (75,8)
	Etter 5 måneders oppfølging	12/16 (75,0)
Oppnår remisjon	Etter behandling	19/33 (57,6)
	Etter 5 måneders oppfølging	7/16 (43,8)

Merknad. Responderer på behandling = endring på ISI > 7. Remisjon = ISI < 8. Manglende data er erstattet etter prinsippet om å videreføre forrige observasjon.

måneders oppfølging for intervensjonsgruppen. Måletidspunkt T9 er ved avslutning av behandling for ventelistegruppen. Dette tilsvarer også fem måneders oppfølging for intervensjonsgruppen. Som vi ser av figuren, er det en nedgang i insomnisymptomer under gruppebehandling hos deltakerne i intervensjonsgruppen, mens kontrollgruppen har et stabilt symptomnivå fram til oppstart av behandling ved T6. Etter endt behandling for gruppen som sto på venteliste, ser vi ved en LMM innengruppeanalyse en signifikant reduksjon ($p < 0,001$) i insomniplager (ISI) fra forsamtale (T1) til endt behandling (T9; se tabell 3).

I tråd med figur 2 var det en signifikant reduksjon i insomnisymptomer i intervensjonsgruppen fra T2–T4 ($p < 0,001$). Økningen i symptomer i intervensjonsgruppen mellom T5 og T6 er også statistisk signifikant ($p < 0,01$). For kontrollgruppen er det kun en signifikant reduksjon i symptomer ($p < 0,001$) etter oppstart av behandling, mellom T6 og T7, og mellom T7 og T8 ($p < 0,01$).

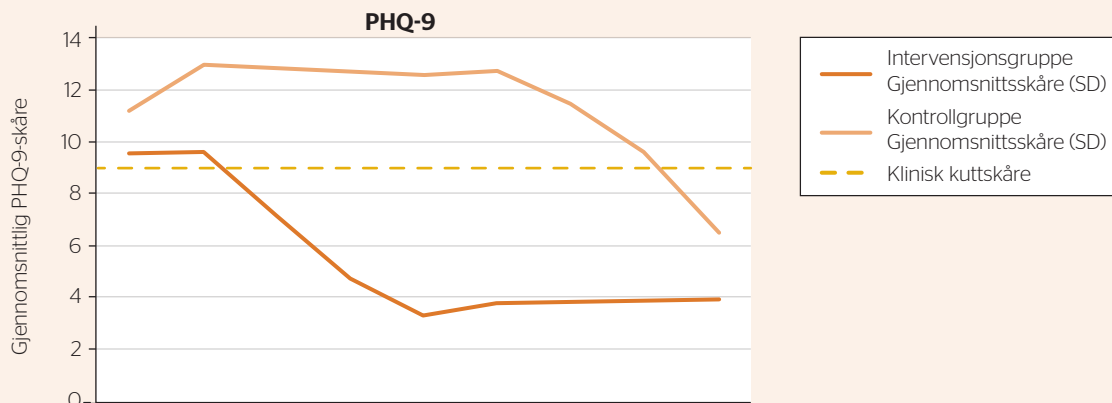
Etter endt behandling er gjennomsnittsskåren for hver av gruppene under den kliniske kuttskåren (sumskåre ISI < 15). For utvalget som helhet observerte vi en gjennomsnittlig reduksjon i ISI-skåre > 9,89, som klassifiseres som markant i henhold til Morin og kolleger (2011).

Pearsons kji-kvadrat-test viste en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene ved måletidspunkt T5, både ved en kuttskåre på 15 ($\chi^2 = 25,9$, $df = 1$, $p < 0,001$) og ved en kuttskåre på 8 ($\chi^2 = 19,2$, $df = 1$, $p < 0,001$).

Behandlingseffekt for angst- og depresjonssymptomer

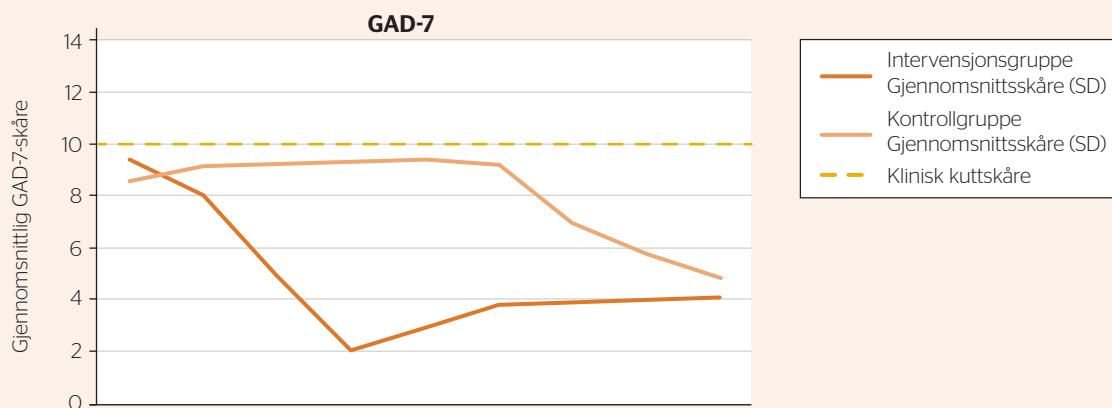
I tillegg til reduksjon i symptomer på insomni så vi også en reduksjon i selvrapporterte angst- og depresjonssymptomer. Da vi sammenlignet intervensjonsgruppen med kontrollgruppen ved hjelp av LMM-analyser, var det en signifikant interaksjonseffekt av gruppe × tid ($p < 0,001$) fra T1 til T5 på både GAD-7 og PHQ-9, med en mellomgruppeeffekt for GAD-7 på

»



Måletidspunkt	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9
Intervensjonsgruppe Gjennomsnittsskåre (SD)	9,56 (4,22)	9,62 (5,18)	7,16 (4,29)	4,73 (4,60)	3,32 (4,83)	3,79 (5,07)			3,90 (4,49)
Kontrollgruppe Gjennomsnittsskåre (SD)	11,22 (4,13)	13,00 (5,30)			12,59 (4,90)	12,75 (5,02)	11,47 (6,26)	9,65 (5,49)	6,50 (4,65)

FIGUR 3 Gjennomsnittlige PHQ-9-skårer (SD) ved alle målinger for både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen mottar behandling fra måletidspunkt T1-T5, kontrollgruppen fra måletidspunkt T6-T9. Klinisk kuttskåre på 9 er markert.



Måletidspunkt	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9
Intervensjonsgruppe Gjennomsnittsskåre (SD)	9,31 (4,48)	7,98 (4,39)	4,86 (3,39)	2,01 (3,32)	2,88 (3,95)	3,79 (4,45)			4,04 (4,01)
Kontrollgruppe Gjennomsnittsskåre (SD)	8,47 (4,38)	9,06 (4,50)			9,33 (4,02)	9,13 (4,44)	6,88 (4,30)	5,71 (4,44)	4,76 (4,16)

FIGUR 4 Gjennomsnittlige GAD-7-skårer (SD) ved alle målinger for både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen mottar behandling fra måletidspunkt T1-T5, kontrollgruppen fra måletidspunkt T6-T9. Klinisk kuttskåre på 10 er markert.

Cohens $d_{\text{between}} = 1,60$, og $d_{\text{between}} = 1,89$ for PHQ-9. Dette tyder på at intervensjonen har effekt på både angst- og depresjonssymptomer.

Figur 3 viser sumskårene på PHQ-9 for intervensjons- og kontrollgruppen over tid. Som vi ser av figuren, er det en nedgang i depresjonssymptomer under gruppebehandlingen hos deltakerne i intervensjonsgruppen, mens kontrollgruppen har et stabilt nivå fra T2 og fram til oppstart av behandling ved T6.

Figur 4 viser sumskårene på GAD-7 for intervensjons- og kontrollgruppen over tid. Som vi ser av figuren, er det en nedgang i angstsymptomer under gruppebehandlingen hos deltakerne i intervensjonsgruppen, mens kontrollgruppen har et stabilt nivå på symptomene fram til deres oppstart av behandling ved T6. Ved oppstart hadde begge gruppene i gjennomsnitt nivåer på GAD-7 under klinisk kuttskåre (sumskåre < 10), og reduksjonen må tolkes med dette i tankene.

DISKUSJON

Formålet med denne studien var å presentere og evaluere effekt av søvnintervensjonen *Stå Opp*, en CBT-I-basert gruppeintervensjon for insomni. Resultatene tyder på at intervensjonen har god effekt på insomni og assosierte angst- og depresjonssymptomer. Vi observerte en signifikant nedgang i ISI-skåre for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, og mellomgruppeeffekten var stor. Dette er i tråd med van Straten og kollegers (2018) metaanalyse, som rapporterer store mellomgruppeeffekter av behandling for insomni. Vi fant også en stor innengruppeeffekt av behandlingen for insomni, og dette er i tråd med resultatene fra forskning på CBT-I både som gruppe- og individuell behandling utført av Blom et al. (2015) og Davidson et al. (2017). Blom og kolleger fokuserte i likhet med *Stå Opp* på stimuluskontroll og søvnrestriksjon i CBT-I-behandlingen. Den svenske studien er i så måte en studie som kan sammenlignes med vår, også i form av relativt like inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette tyder på at også *Stå Opp* er en effektiv metode for å behandle insomni.

Klinisk relevans

Insomni er et betydelig folkehelseproblem med store konsekvenser for både enkeltmen-

nesker og for samfunnet som helhet. Denne studien viser at *Stå Opp*-grupper som behandlingsform kan ha en betydelig behandlingseffekt. Ettersom behandlingsopplegget i hovedsak fokuserer på atferdskomponentene i CBT-I, kreves relativt lite ressurser og forkunnskap for å sette i gang søvnbehandlingsgrupper etter *Stå Opp*-metoden. På tross av dette viser vår studie at effektstørrelsene ikke står tilbake for resultatene fra forskning på mer omfattende gruppebasert CBT-I-behandling (Davidson et al., 2017; Koffel, Koffel & Gehrman, 2015). Samlet sett fremstår dette som gode argumenter for å tilby en forenklet søvnbehandlingsmodell i gruppeformat i norske kommuner.

Mange frisklivsansatte har allerede god kunnskap om de virksomme elementene i søvnbehandling gjennom Sov Godt-opplæringen. Det er derfor trolig en nyttig plattform for å videreutvikle tilbudet i frisklivssentralene til et behandlingsopplegg i tråd med *Stå Opp*-metodikken. Terapeuter i Rask psykisk helsehjelp har fått en innføring i CBT-I-behandling gjennom utdanning levert av Norsk forening for kognitiv terapi, og skal kunne tilby denne behandlingen. Basert på våre resultater og kunnskapen om hvor krevende det er å implementere nye behandlingsprogrammer (Joyce og Showers, 2002), tror vi at opplæring i en forenklet, men effektiv gruppebehandling som *Stå Opp* vil kunne bedre både tilgjengeligheten og effekten av søvnbehandling som gis i RPH-kommuner. Vi har utarbeidet en behandlingsmanual, deltakerhefter og annet undervisningsmaterieell som kan distribueres til kommuner som ønsker å prøve behandlingsopplegget.

Begrensninger og videre forskning

Studien vår har relativt få deltakere, og det er derfor behov for replikasjon i et større utvalg. Som følge av praktiske forhold var det heller ikke mulig å få til langtidsoppfølging for kontrollgruppen, noe som er en svakhet ved studien. Deltakerne benyttet søvndagbok i behandlingen, men vi har ikke sett på søvnlengde som et eget utfallsmål. Dette ville gjort det lettere å sammenligne våre resultater med andre behandlingsstudier på insomni.

I utgangspunktet ønsket vi også å sammenligne *Stå Opp* med standard kommunal oppfølging (Sov Godt), men dessverre lyktes vi ikke med å rekruttere nok deltakere til sistnevnte betingelse. Fremtidig forskning bør sikte mot å benytte aktive kontrollgrupper når effekten av ulike CBT-I intervensjoner skal evalueres. Design som også muliggjør å undersøke en potensiell forebyggende effekt med tanke på angst- og depresjonsplager, er likeledes ønskelig. Fremtidige studier bør også sammenligne *Stå Opp*-behandling med andre former for søvnbehandling. *Stå Opp*-tilnærmingen er noe mer ressurskrevende enn både *Sov Godt*-kurset og internettbaserte tilnærminger og bør følgelig gi større effekt for å prioriteres i kommunehelsetjenesten. Dette kan være tilfellet. Det er også relevant å se våre resultater i lys av en «stepped care»-tankegang, som mange kommuner benytter i sine psykiske helsetjenester. Fremtidig forskning bør forsøke å undersøke om *Stå Opp* kan være et kostnadseffektivt «første trappetrinn» i omsorgstrappen når man søker hjelp for insomni, fremfor oppfølging hos fastlege, individualterapeut i RPH eller gjennom Sov Godt-kurs. Vi mener vår studie peker i retning av at det kan være tilfellet. Andre viktige områder for utforskning er hvem *Stå Opp* ikke fungerer for, hvem som foretrekker andre behandlingsformer, og hvordan vi kan bygge opp et likeverdig behandlingstilbud

for hele populasjonen med insomni, med de behandlingsformene som eksisterer.

KONKLUSJON

Denne studien validerer effekten av *Stå Opp* for insomni, og viser også god effekt på depresjons- og angstsymptomer. Til tross for enkelte metodiske svakheter gir resultatene grunn til

optimisme med tanke på gjennomføring av gruppebasert insomni-behandling med *Stå Opp* i kommunehelsetjenesten. Behandlingsmodellen bygger på kjente søvnbehandlingsprinsipper, tilpasset for enkel implementering i kommunehelsetjenesten, slik at man kan møte etterspørselen av søvnbehandling på en effektiv måte. ✘

REFERANSER

- Aasen, P.A., & Strandheim, I. (2019). *Behandlingsmanual for Stå Opp: Søvnbehandling utviklet i Oppegård kommune*. Oppegård: U.f.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalter, K., Nissen, C., Voderholzer, U., . . . Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, *135*(1), 10–19. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.011
- Blom, K., Tarkian Tillgren, H., Wiklund, T., Danlycke, E., Forssén, M., Söderström, A., . . . Kaldo, V. (2015). Internet-vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: A randomized controlled non-inferiority trial. *Behaviour Research and Therapy*, *70*, 47–55. doi: 10.1016/j.brat.2015.05.002
- Bjorvatn, B., Meland, E., Flo, E., & Mildestvedt, T. (2017). High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Family Practice*, *34*(1), 20–24. doi: 10.1093/fampra/cmwl07
- Buscemi, N., Vandermeer, B., Friesen, C., Bialy, L., Tubman, M., Ospina, M., . . . Witmans, M. (2007). The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: A meta-analysis of RCTs. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(9), 1335–1350. doi: 10.1007/s11606-007-0251-z
- Chang, P.P., Ford, D.E., Mead, L.A., Cooper-Patrick, L., & Klag, M.J. (1997). Insomnia in young men and subsequent depression: The Johns Hopkins precursors study. *American Journal of Epidemiology*, *146*(2), 105–114. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a009241
- Coe, R. (2002). *It's the effect size, stupid: What effect size is and why it is important*. Paper presentert ved Annual Conference of the British Educational Research Association, University of Exeter, England.
- Daley, M., Morin, C.M., LeBlanc, M., Grégoire, J.-P., & Savard, J. (2009). The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*, *32*(1), 55–64. doi: 10.1016/s1073-5437(10)79480-8
- Davidson, J.R., Dawson, S., & Krsmanovic, A. (2017). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in a primary care setting. *Behavioral Sleep Medicine*, 1–13. doi: 10.1080/15402002.2017.1318753
- Falloon, K., Elley, C.R., Fernando, A., Lee, C.A., Arrol, B. (2015). Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, *65* (637), e508–e515. doi: 10.3399/bjgp15X686137
- Fernando III, A., Arroll, B., & Falloon, K. (2013). A double-blind randomised controlled study of a brief intervention of bedtime restriction for adult patients with primary insomnia. *Journal of Primary Health Care*, *5*(1), 5–10. doi: 10.1071/HCI3005
- Hagatun, S., Vedaa, Ø., Nordgreen, T., Smith, O.R.F., Pallesen, S., Havik, O.E., . . . Sivertsen, B. (2017). The short-term efficacy of an unguided internet-based cognitive-behavioral therapy for insomnia: A randomized controlled trial with a six-month nonrandomized follow-up. *Behavioral Sleep Medicine*, 1–23. doi: 10.1080/15402002.2017.1301941
- Hagatun, S., Vedaa, Ø., Harvey, A.G., Nordgreen, T., Smith, O., Pallesen, S., . . . Sivertsen, B. (2018). Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia and comorbid symptoms. *Internet Interventions*, *12*, 11–15. doi:10.1016/j.invent.2018.02.003
- Helsedirektoratet. (2016). *Sov godt: Mal for søvnkurs for deg som jobber på frisklivssentralen [elektronisk versjon]* Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sov-godt-mal-for-sovnkurs-for-deg-som-jobber-pa-frisklivssentralen>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn*. (Meld. St. nr. 19 2018–2019). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Joyce, B.R., & Showers, B. (2002). Student achievement through staff development (3rd ed.). Alexandria, VA: Association for Supervision & Curriculum Development (ASCD)

- Koffel, E.A., Koffel, J.B., & Gehrman, P.R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep medicine reviews*, 19, 6–16. doi: 10.1016/j.smrv.2014.05.001
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W., Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
- Léger, D., Morin, C.M., Uchiyama, M., Hakimi, Z., Cure, S., & Walsh, J.K. (2012). Chronic insomnia, quality-of-life, and utility scores: Comparison with good sleepers in a cross-sectional international survey. *Sleep Medicine*, 13(1), 43–51. doi: 10.1016/j.sleep.2011.03.020
- Lichstein, K.L., Vander Wal, G.S., & Dillon, H.R. (2012). Insomnia III: Therapeutic approaches. I.C.M. Morin & C.A. Espie (red.), *The Oxford handbook of sleep and sleep disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P.Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274. doi: 10.1097/MLR.0b013e318160d093
- Major, E., Dalgard, O., Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. (2011). *Bedre føre var ... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (2011: 1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Lastet ned fra <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/den-08.02.2018>.
- Manber, R., Bernert, R.A., Suh, S., Nowakowski, S., Siebern, A.T., & Ong, J. C. (2011). CBT for insomnia in patients with high and low depressive symptom severity: adherence and clinical outcomes. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(6), 645–652. doi: 10.5664/jcs.m.1472
- Manber, R., Edinger, J.D., Gress, J.L., Pedro-Salcedo, M.G.S., Kuo, T.F., & Kalista, T. (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31(4), 489–495. doi: 10.1093/sleep/31.4.489
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 184(3), E191–E196. doi: 10.1503/cmaj.110829
- Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2006). Validity of the brief patient health questionnaire mood scale (PHQ-9) in the general population. *General hospital psychiatry*, 28(1), 71–77. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2005.07.003
- McCrae, C.S., Dautovich, N.D., & Dzierzewski, J.M. (2010). Short-term and group treatment approaches [elektronisk versjon]. I M.J. Sateia, D.J. Buysse & M.J. Sateia (red.), *Insomnia: diagnosis and treatment* (s. 310–341). London: Informa Healthcare.
- Morin, C.M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The insomnia severity index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601–608. doi: 10.1093/sleep/34.5.601
- Morin, C.M., Bootzin, R.R., Buysse, D.J., Edinger, J.D., Espie, C.A., & Lichstein, K.L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep*, 29(11), 1398–1414. doi: 10.1093/sleep/29.11.1398
- Morin, C.M., Rodrigue, S., & Ivers, H. (2003). Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 259–267. doi: 10.1097/01.PSY.0000030391.09558.A3
- Morin, C.M., Vallières, A., Guay, B., Ivers, H., Savard, J., Mérette, C., . . . Baillargeon, L. (2009). Cognitive Behavioral Therapy, Singly and Combined With Medication, for Persistent Insomnia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 301(19), ss. 2005–2015. doi:10.1001/jama.2009.682
- National Institutes of Health. (2009). NIH State-of-the-science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Focus*, 7(4), 538–546. doi:10.1176/foc.7.4.foc538
- Neckelmann, D., Mykletun, A., & Dahl, A.A. (2007). Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*, 30(7), 873–880. doi: 10.1093/sleep/30.7.873
- Okajima, I., Komada, Y., & Inoue, Y. (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms*, 9(1), 24–34. doi: 10.1111/j.1479-8425.2010.00481.x
- Pallesen, S., Sivertsen, B., Nordhus, I.H., & Bjorvatn, B. (2014). A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Medicine*, 15(2), 173–179. doi: 10.1016/j.sleep.2013.10.009
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, M., Cooke, M., & Denberg, T.D. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American college of physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165(2), 125–133. doi: 10.7326/M15-2175
- Rollnick, S., & Miller, W. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334. doi:10.1017/S135246580001643X
- Sivertsen, B., Øverland, S., Neckelmann, D., Glozier, N., Krokstad, S., Pallesen, S., . . . Mykletun, A. (2006). The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 163(11), 1018–1024. doi: 10.1093/aje/kwj145
- Smith, O.R., Alves, D.E. & Knapstad, M. (2016). *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
- Taylor, D.J., Schmidt-Nowara, W., Jessop, C.A., & Ahearn, J. (2010). Sleep restriction therapy and hypnotic withdrawal versus sleep hygiene education in hypnotic using patients with insomnia. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6(2), 169–175.
- Uhlig, B.L., Sand, T., Ødegård, S.S., & Hagen, K. (2014). Prevalence and associated factors of DSM-V insomnia in Norway: the Nord-Trøndelag health study (HUNT 3). *Sleep Medicine*, 15(6), 708–713. doi: 10.1016/j.sleep.2014.01.018
- van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleibor, A., Cuijpers, P., Morin, C.M., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 3–16. doi: 10.1016/j.smrv.2017.02.001
- Verbeek, I.H., Konings, G.M., Aldenkamp, A.P., Declerck, A.C., & Klip, E.C. (2006). Cognitive behavioral treatment in clinically referred chronic insomniacs: Group versus individual treatment. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(3), 135–151. doi: 10.1207/s15402010bsm0403_1

FRI ASSOSIASJON

Bak ei lukka dør

Når døra knepp igjen, blir kontoret mitt til eit laboratorium.

TEKST Arnstein Søvik,
psykologspesialist

Bak ei lukka dør på kontoret mitt sitt ein mann¹ og fortel om vanskane sine. Slikt skal ikkje skje bak denne døra. Dette er barne- og ungdomspsykiatrien, og det er mannens son som eigentleg er min tilviste pasient.

Døra inn hit er til forveksling lik ei heilt ordinær dør. Det er her fiksjonen byrjar. Døra er ein portal til ei verd av refleksjon og eksperiment. Den same døra bær også på ei lygn.

Nokon trur døra er der for å bevare teieplikta og verne om pasienten. Men i realiteten vert den lukka og halden stengt av terapeuten. Kva hadde skjedd om vi opna døra? Hadde vi vore komfortable med at kven som helst kunne sjå oss drive med helande prosessar gjennom språk og samvær? Vi vegrar oss nemleg. Altfor få nyttar seg av videoretteleing. Pasientane våre

.....

1. Den omtalte mannen er anonymisert og har samtykka til publisering.

seier som regel alltid ja til å bli filma. Terapeuten seier nei.

LABORATORIUM

Sonen sine vanskar hadde leda meg til foreldra. Forholdet mellom foreldra peika vidare til mannen. Når ein terapeut byrjar å spørje, veit ein aldri kvar ein endar.

«Eg trur eg er deprimert», seier han. Kona også seier det. «Dersom eg ikkje får hjelp, kjem ho til å gå frå meg.» Eg kjende at eg likte denne deprimerte faren. Det var noko autentisk og søkjande ved han. Eg gir han eit tilbod han ikkje kan seie nei til. «Du får tre timar her med meg.»

Når eg først har opna opp døra til kontoret mitt, kan eg kome med ei erkjenning. Eg har aldri vore komfortabel med å ha eit kontor. Romet er greitt nok, til og med døra. Det er sjølve ordet som øydelegger. Ordet *kontor* slektar på det latinske ordet *computare*, som tyder å telje saman. Vil eg at teljekunsten skal vera ein assosiasjon til mitt virke? I stillheit har



AVDUKING Som ein kunstnar som skal avdekke sitt hittils største og mest pretensjose maleri, vegrar eg meg no for avdukinga. Her frå utstillinga av France Christo sitt verk «Wrapped portrait of Jeanne-Claude, 1963» Foto: AP Photo/Thibault Camus

eg difor døypt dette romet til laboratoriet mitt. Ein stad eg kan utføre eksperiment. Det er tross alt eksperiment eg driv med når eg lukkar verkelegheita ute og opnar opp for ein verden av refleksjonar og kjensler.

Når vi forsøker å skape ein forskjell, gjer vi det med ei vissheit om at vi ikkje heilt sikkert kan vite resultatet. Dersom vi veit nøyaktig kva resultat handlingane våre vil få og vi kan gjenta dei gong på gong – då er det produksjon. Men terapi er ikkje produksjon.

Det er fem år sidan vi sist hadde sex, fortel denne mannen, noko nølende. Aldri før har han snakka om eigen seksualitet. Det er for vanskelig. Mannen går sjølv til behandling i vaksenpsykiatrien. Av ein eller annan grunn er det først no mannen innrømmer for seg sjølv at han ikkje klarar vere herre over eigen penis. Penis har same diagnose som språket, den sviktar når det trengst som mest.

Ingen kjenner denne røyndomen, sjølv ikkje kona. Ho lever i ein illusjon om at ho ikkje len-

ger er tiltrekkande nok for å skape den kjemiske reaksjonen. Ein kan sjølv sagt verte deprimert av mindre.

SIRKULERE HYPOTESAR

Vi kjem fram til følgande hypotese: Depresjonen er egentleg ein forkledd impotens. Impotensen kjem truleg frå usikkerheit og blir forsterka av mangelen på ord. Samtidig vert relasjonen sett på prøve, eller manglande kommunikasjon, som nokon kallar det. Mannen forsikra meg, kona vil, om han hadde fått det til. Medikamentell behandling vert omsnakka. Det er mitt forslag. Men vegen til dei små blå opplevast som eit nederlag i seg sjølv. Eg må gjere noko. Helst noko lurt som ingen har tenkt på før. Å gi denne mannen ei konkret oppgåve er kanskje nødvendig. Samtidig veit eg at eit slikt eksperiment kan få forskjellige følgjer.

T: Eg har ei oppgåve til deg. I dag er det fredag. Eg skal ikkje bestemme når dette skal skje »

”

Når ein terapeut byrjar å spørje, veit ein aldri kvar ein endar



Sendte eg verkeleg denne deprimerte og impotente mannen heim for å beføle kona si?

eller kvar i huset det skal skje. Det kan vere på vaskeromet, i garasjen, på stua eller inne på soveromet. Men i løpet av dei neste dagane, skal du snike deg inn på kona di. Du skal stryke hendene dine over kroppen hennar og fortelje henne kor tiltrekt du er av henne. Du skal bruke det du kan om kvinnekroppen og dine eigne hender til å beføle kona di. Du skal kjærteikne henne slik ho ynskjer at du skal, samtidig som du kviskrar i øyre hennar at no ynskjer du at ho skal nyte det du gjer med henne. Du skal ikkje ha samleie med henne. Trur du at kona di ville sett pris på det?

M: Ja. Det trur eg ho hadde likt.

T: Ok. Då tenker eg, basert på det du har fortalt meg om forholdet mellom dykk, at dette må verte neste steg.

Sjeldan har eg kjend på ein større ambivalens. Sendte eg verkeleg denne deprimerte og impotente mannen heim for å beføle kona si?

Ja, det var nettopp det eg gjorde. Det var det einaste eksperimentet som ikkje var prøvd.

Det går nokre veker til neste timen. Eg undrast om eg gjekk for langt. Mannen kjem tilbake. Som ein kunstnar som skal avdekke sitt hittils største og mest pretensiøse maleri, vegrar eg meg no for avdukinga. Kva tenker denne mannen om meg? Skamma er ikkje større enn nysgjerrigheita. Har eg lukkast? Er det perverst at eg vil kike inn på soveromet deira?

T: Husker du kva vi snakka om sist?

M: Ja, det husker eg godt.

T: Du gjer det. Kva tenker du om at eg var så direkte med deg? Gjekk eg for langt?

M: Nei, det tenker eg ikkje at du gjorde. Det var kanskje nødvendig.

T: Ok. Er dette noko vi bør bruke tid på i dag?

M: Ja, det tenker eg.

Han smiler forsiktig. Endeleg. Eg veit ikkje om det er speilnevron eller kva, men eg kjenner meg trygg. Han hadde bestemte seg for å gjennomføre oppgåva. Han ville det. Det gjekk ikkje den første dagen. Paret hadde ikkje vore intime med kvarandre på lenge, og det ulma i potensielle konflikhtar. Det gjekk ikkje andre dagen heller. Det kjendes kanskje litt betre, men ingen resultat. Kva med tredje dagen? Tja, noko skjedde. Eg vil ikkje vere ein kikkar meir enn nødvendig. Det kjem ei forteljing om intimitet. Rollene er reverserte. Det er kona som tek kontroll. Kva kommunikasjon som har skjedd mellom dei, vitas ikkje i detalj.

KVIFOR

Dei færraste ser kva vi terapeutar eigentleg driv med bak døra. Ideane og teoriane frå bokhylla vert tolka og elta rundt i ein dialog med pasienten. Til slutt vert nokre anekdotar hamra inn og foreviga i ein journal. Kanskje er det eg driv med, heilt identisk med det alle andre gjer – kanskje er det heilt motsett.

I siste timen spør eg mannen om han trur samtalan har hatt noko innverknad på sonen. Eg får servert faderlege refleksjonar om det emosjonelle klimaet og kva det betydde for sonen å oppleve, for første gong på lenge, at far og mor knisar til kvarandre. Utan at sonen skjønar kvifor. ✕

Meninger



Skammens sanne ansikt

«Det er ingenting godt ved skam», skriver psykologspesialist Zemir Popovac i en kronikk som tar et radikalt oppgjør med fagfolks positive oppfatninger av skammens funksjoner.

Les hovedinnlegget på side 592.

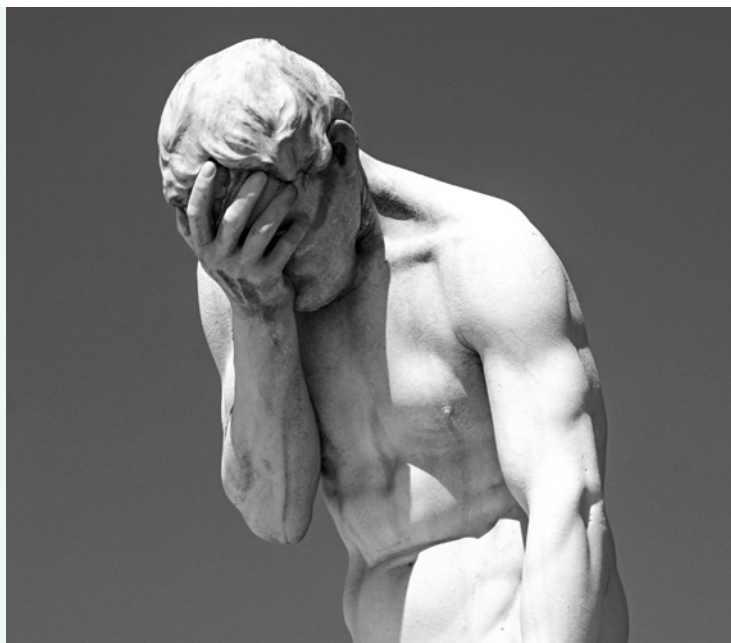


FOTO: RAINER_BI / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX

Mangel på enhetlig formalisert kompetanse i rettspsykologi svekker rettssikkerheten, mener psykologer.

Les innlegget på s. 599.

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. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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.

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.



Skam revidert

Så lenge vi tviholder på positive oppfatninger av skammens funksjoner, har vi et problematisk forhold til den.

VI HAR et problematisk forhold til skam. Med vi mener jeg oss fagfolk innenfor psykologi og psykisk helse. Det problematiske er at vi fortsatt hevder at det er noe positivt ved skam. At den holder oss «i skinnet». At den gjør at vi ikke trækker over sosiale grenser, ikke utsetter oss for sjenanse, og at den hindrer oss fra å bli utstøtt (Engelstad, 2018; Gullestad, 2020; Skårderud, 2001). Skammen tillegges en viktig signalfunksjon (Gullestad, 2020; Strömsten, 2017; Tomkins, 1962). Den varsler oss om at vi kanskje er i ferd med å gjøre noe som kan skape negative konsekvenser. Det sies også at det ligger en form for respekt i skammen, en respekt for andre og for oss selv (Skårderud, 2015). Skam forstås også som en følelse som inviterer til selvrefleksjon (Engelstad, 2018; Gullestad, 2020; Sartre, 1993). Kort fortalt, vi trenger skam, eller litt av den og dens gode sider. I det følgende vil jeg problematisere dette og tilbakevise at skam bringer med seg noe godt.

Å TA SKAMMEN FOR DET DEN ER

Det er ingenting godt ved skam. Ikke engang deler av den kan kalles god eller nyttig. Når jeg innleder mine foredrag om skam, starter jeg med å understreke at det ikke finnes noe positivt ved skam, og at det er problematisk at vi fortsetter å hevde at det er det. Reaksjonene jeg vanligvis får, er at folk protesterer: «Vi trenger skam, eller i hvert fall noe av den, i det minste i små doser.»

Hvorfor vi tenker om skam som noe delvis positivt, vil jeg komme tilbake til. Først vil jeg undersøke nærmere hva skam er. Ikke ved hjelp av litteratur og hva andre har sagt om skam, men fenomenologisk, ved hjelp av empatisk innlevelse og introspeksjon. Vi bør starte med å kjenne etter hvordan skam oppleves, og hva den gjør med oss på innsiden.

SKAMMENS ESSENS

Skam er *meg som mister verdi*, selvet som mister selvkjærlighet. Det er meg det er noe galt med, det er meg som er uelskelig. Skam er kollaps i selvmedfølelsen og tap av kontakt med gode indre objekter.

Selvmedfølelse og opplevelsen av eget menneskeverd er det som holder selvet oppe. Med skam er selvet i fritt fall: «Jeg har lyst til å synke ned i et hull.» Vi snakker om verdiløshet og tilbaketrekning i fortjent ensomhet. Skam i sin ytterste konsekvens er selvtap, noe vi kan se i ulike former for depresjoner, selvskading og bak mange tilfeller av suicid. Skam fører til selvutslettelse. Det er dette som er skammens sanne ansikt.

ET OPPGJØR

Skam holder oss «i skinnet» og gjør at vi ikke fristes til å bli omnipotente, sies det. Skam hjelper oss til ikke å overskride sosiale grenser og utsette oss for utstøtning (Engelstad, 2018; »



TEKST Zemir Popovac, psykologspesialist, Favne Psykologbistand

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**SKAMMENS
FUNKSJON**

Gullestad, 2020; Skårderud, 2001). Men trenger vi å trues med tap av selvverd, eller å måtte kjenne på en verdiløshet, for å ivareta sosiale grenser? Svaret er nei.

Normer og sosiale grenser ivaretas, og brudd på dem kan repareres ved hjelp av omtanke for andre, empati, hensynsfullhet og evne til å erkjenne og romme skyld. Når vi sier eller gjør noe som sjenerer eller krenker andre, eller er grenseoverskridende i den aktuelle settingen, trenger vi ikke skam for å kunne reparere. Vi trenger ikke å kjenne at «jeg er verdiløs» for å kunne ivareta relasjoner til andre eller ta hensyn til andres følelser og behov. Vi kan fortsatt føle selvmedfølelse selv om vi har gjort noe som er upassende. «Jeg er god, har gode intensjoner, det er ikke noe galt med meg, men jeg sa noe som var upassende.» Skylden trenger ikke å true selvfølelsen. Istedenfor å «gå løs på meg selv» og unndra meg selv egenkjærlighet kan jeg heller bruke ressursene mine til å orientere meg utad og be om unnskyldning. Å reparere trenger ikke å inkludere tap av selvverd. Vi trenger dermed ikke skam for å orientere oss i det sosiale feltet.

DE SKAMLØSE = DE HENSYNSLØSE?

Skam er den siste skansen for selvregulering, en slags siste forsvarsmur for menneskenes anstendighet, kan man lese ut fra hva flere fagfolk skriver (Engelstad, 2018; Gullestad, 2020; Skårderud, 2001). Uten skam er man skamløs, og dermed risikerer man å bli hensynsløs. En som krenker. De skamløse mangler en viktig sperre som stopper dem fra å bli omnipotente, narsissistiske, ja, til og med vulgære. Men er det slik?

De hensynsløse, de som blir karakterisert som narsissister, og de med omnipotent forsvar, krenker ikke andre på grunn av mangel på skam. Det er snakk om manglende eller svekket kapasitet til empati, omtanke og medfølelse for andre, eller svake evner til å utstå sin sårbarhet, gi seg hen til andre og romme sin egen utilstrekkelighet. Motivene og mekanismene kan være mange. Det kan også hende at det nettopp er den ubevisste skammen som gjør at man ikke evner å romme hele seg, og at man projiserer sin (truende) tilkortkommenhet og mindreverd i andre (Morrison, 2011). Det vonde plasseres i andre. Det «narsissisten» trenger da, er ikke mer skam, men først og fremst å få økt sin selvmedfølelse, for så å kunne øke medfølelsen for andre. Vedkommende trenger å utvide kapasiteten til å romme sin egen utilstrekkelighet uten at denne truer selvet med verditap. Ser vi ikke dette, kan vi fort ønske at «narsissisten» burde skamme seg.

Når vi sier til andre «skam deg!», handler vi ut fra skammens sanne natur: Vi vet da godt at skam er en ødeleggende kraft som vi ønsker at andre skal kjenne på når vi vil at de skal lide. Dette er altså en aggressiv respons fra vår side. Med å ønske at de skal skamme seg, ønsker vi dem vondt. Vi mister den empatiske kontakten med de hensynsløse, som en form for konkordant identifikasjon (Racker, 1968): når de hensynsløse føler forakt overfor sine ofre og vi ender opp med å føle forakt overfor de hensynsløse. Vi svarer med samme mynt. Vi ønsker å indusere i dem det samme som de induserer i andre: lidelse.

Å få andre til å skamme seg er en måte å få dem til å lide på, det er å installere en indre lidelsesmekanisme i dem. Holde dem nede. Eller, sørge for at de holder seg selv nede. Disse eksemplene hjelper oss til ytterligere å bekrefte skammens sanne natur. Det er ingenting positivt ved den. Skam er en psykologisk voldshandling.

Som en forlengelse av denne refleksjonen er en konsekvens at vi heller ikke ønsker at våre barn skal skamme seg. Gir de uttrykk for skam, aktiverer det omsorg og omtanke i mange foreldre: «Du må ikke skamme deg gutten min.» Vi vil ikke at barna skal miste kontakt med sin selvmedfølelse og sitt selvverd. Men vi vil at de skal være empatiske, omtensomme og hensynsfulle individer. Vi vil at de skal være glad i seg selv, også når de feiler. Vi vil at de skal være gode på å reparere uten å trues av verdiløshet og selvtap. Vi vil skjerme dem for skam.

SKAM SOM VIKTIG SIGNALFUNKSJON?

Trenger vi skammen som en viktig signalfunksjon, slik Siri Gullestad mener i juniutgaven av *Psykologtidsskriftet*? Gullestad er ikke alene om å mene dette (Engelstad, 2018; Skårderud, 2001; Strömsten, 2017; Tomkins, 1962). Når vi tillegger skammen en så viktig funksjon, kan det handle mer om vår ukritiske tilknytning til skam enn om at skammen nødvendigvis er et viktig signal for grenseoverskridelser. Til dette har vi signalangst (Freud, 1936). Signalangst er noe annet enn skam. Det er den umiddelbare aktivering når noe uakseptabelt eller truende (intrapsykisk eller i det ytre) er aktualisert. Dette er en verdinøytral angstaktivering (sier ikke noe negativt om selvet) som varsler om at relasjoner til andre er satt under press, eller at truende følelser er i ferd med å bryte gjennom. De fleste kan kjenne dette igjen som en overraskende og øyeblikkelig endring i sin oppmerksomhet i form av «oi!» eller «hm!», eller at man plutselig kremter eller må tenke seg ekstra om før man snakker videre.

Dette er en umiddelbar angstaktivering som har en nødvendig signalfunksjon. Det er psykologisk viktig å evne å legge merke til denne aktiveringen og romme den uten å oppleve den som tap av selvverd. Skam som signal er en forlengelse av signalangsten som ikke rommes. Signalfunksjonen om noe grenseoverskridende eller truende er allerede ivaretatt av signalangsten. Vi trenger ikke skam til dette. Det vi trenger, er bedre kapasitet til å legge merke til vår egen signalangst og til å romme den uten å konvertere den til skam.

VÅR ANGST FOR Å GI SLIPP PÅ SKAMMEN

Det er som om vi har et egosyntont forhold til deler av skammen, eller et ambivalent forhold til den. Uansett hvilket begrep vi bruker, så lenge vi tviholder på positive oppfatninger av skammens funksjoner, har vi et problematisk forhold til den. Skam forvolder smerte, og det er dens essens. Vi trenger å være veldig tydelige med dette overfor alle og særlig overfor de som kommer til oss for å søke hjelp. Vi må også være klar over at terapeutens ambivalente forhold til skam, der man tviholder på at det kan være noe godt ved den, også kan hemme pasientens oppgjør med egen skam, for eksempel ved at man ubevisst møter pasientens skamløshet med sitt eget forsvar.

Har man akseptert argumentasjonen i denne teksten, så kan den enkelte leser reflektere over hva som har ført til at vi ikke tør å gi slipp på disse positive oppfatningene av skam. La meg avslutningsvis åpne for noen korte refleksjoner knyttet til dette.

Utviklingspsykologisk dukker skammen opp som en konsekvens av manglende validering av barnets følelser og avvisning av barnets kjærlighet. For å redde relasjonen jekker barnet seg ned og internaliserer den andres blick (Ikonen & Rechart, 1993). Skammen blir følgelig en del av barnets internaliserte tilknytningshistorie, måten barnet har lært å erfare



Skam er en psykologisk voldshandling





Skam er nærmest som «et avfallsstoff»

seg selv på i situasjoner der omsorgspersonenes kapasitet til validering har sviktet. Skam er nærmest som «et avfallsstoff» etter manglende anerkjennelse av barnets vitalitet og kjærlige følelser, noe som bør avgiftes og ikke holdes på eller tillegges positive funksjoner. Men dette er lettere sagt enn gjort, nettopp på grunn av skammens sammenfletning med ens tilknytningsbehov. Et oppgjør med skammen er dermed også et oppgjør med ens egne tilknytnings-erfaringer. Å gi slipp på skammen kan aktivere en angst for avvisning. At man med sin vitalitet vil bli «for mye» for den andre. Dermed ambivalensen.

Vi må heller ikke glemme den større kulturelle konteksten og kulturens bidrag til vår forståelse av skam. Vår kulturarv er også godt internalisert i oss, kanskje mer enn vi liker å tro. Tradisjonelt sett har skam spilt en viktig rolle i forbindelse med kontroll av gruppens medlemmer og for ivaretagelse av normer, samhold og enighet i gruppen. Tett koblet til synd, gjennom den religiøse kulturarven, har skam vært brukt til internalisering av gudsfrykt. Man kunne skamme seg også når man var alene, for Gud så alt. Kropp, følelser, impulser og fantasier kunne lett føre til fristelser og vekke Guds vrede, og

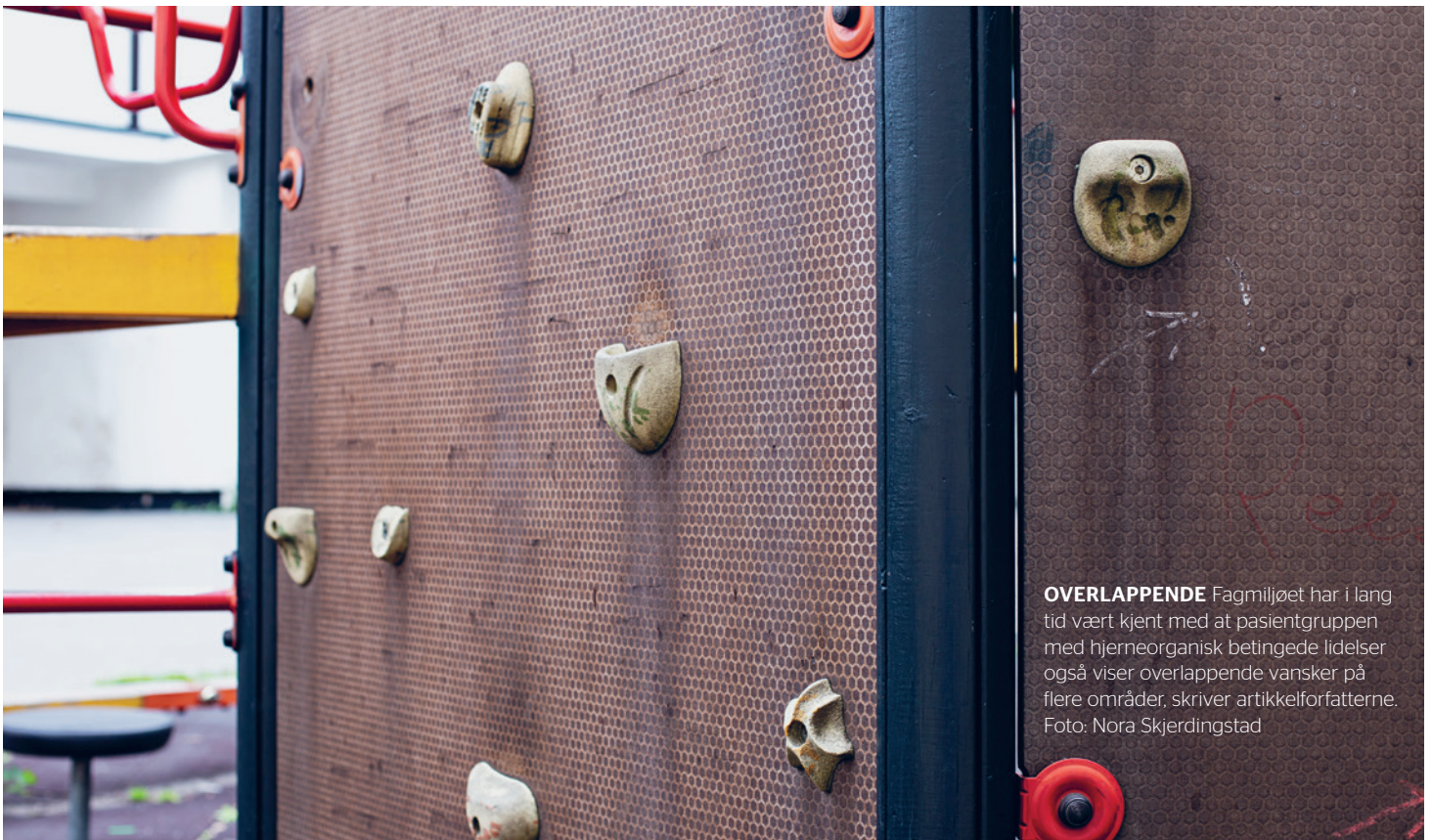
derfor måtte de holdes under kontroll, tuktes eller fornægtes. Skam kan fortsatt fremstå som et forsvar mot hovmod, og på den måten også dempe våre ambisjoner. I våre sekulære samfunn har vi «kvittet oss med Gud», men vi har ikke kvittet oss med forestillingen om at skammen hjelper oss til å holde oss på den smale sti. Når vi hører oss si: «Det kan være noe godt med skammen, og vi må ikke gi opp all skam», er det som et ekko fra de gamle predikantene.

ET STEG VIDERE

Som fagfolk bør vi ta et oppgjør med vår angst for å gi slipp på positive oppfatninger av skam, og vi må bringe forståelsen av skam et steg videre. Vi må avsløre skam for det den er: en kollaps i selvmedfølelsen og tap av kontakt med gode indre objekter. Med skam er selvet i fritt fall. Til det vi tror at vi trenger skam til, har vi isteden andre, mer benigne, psykologiske ressurser som signalangst, empati, medfølelse, omtanke for andre og evne til å romme skyld. Det er disse som hjelper oss til å oppføre oss og navigere i det sosiale landskapet, vi trenger ikke skam til det. Vi kan gjøre feil, og vi kan reparere, uten å måtte trues med tap av selvverd. ✕

REFERANSER

- Engelstad, I. (2018). Skammens ansikter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56 (9), 864-871.
- Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. London: Karnac Books.
- Gullestad, S. (2020). Blikket utenfra. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57 (6), 435-439.
- Ikonen, P. & Rechart, E. (1993). The Origin of Shame and its Vicissitudes. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 162 (2), 100-124.
- Morrison, A.P. (2011). The psychodynamics of shame. I A.P. Morrison, *Shame in the therapy hour*, s. 23-43. Washington DC: American Psychological Association.
- Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. New York: International Universities Press.
- Sartre, J.-P. (1993). *Væren og intet*. Utvalg ved Bernt Vestre. Oslo: Pax.
- Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 13, 1613-1617.
- Skårderud, F. (2015). Smartphone og den nye skammen. <https://www.youtube.com/watch?v=wTwm-2yL-ug> (hentet 24. juni 2020).
- Strömsten, L. (2017). Skam och psykisk ohälsa. *Tidningen Mind*. <https://mind.se/aktuellt/skam-och-psykisk-ohalsa/> (hentet 24. juni 2020).
- Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness. Vol. I: The positive affects*. New York: Springer.



OVERLAPPENDE Fagmiljøet har i lang tid vært kjent med at pasientgruppen med hjerneorganisk betingede lidelser også viser overlappende vansker på flere områder, skriver artikkelforfatterne. Foto: Nora Skjerdingsstad

Bør utredes av habiliteringstjenesten

Ansvaret for å kartlegge psykiske helsevansker hos barn og unge med fysiske og mentale funksjonsnedsettelse bør overføres til Habiliteringstjenesten for barn og unge.

HABU MØTER BARN og ungdommer med nevroutviklingsforstyrrelser som psykisk utviklingshemning og nevrologiske tilstander som cerebral parese. Pasientgruppen kjennetegnes av betydelig risiko for samtidig psykiske helsevansker. Det dreier seg oftest om vanlige vansker som angst, depresjon og atferdsvansker. Disse utfordringene blir ofte oversett i helsetjenesten. Konsekvensene vil ofte være nedsatt funksjon og livskvalitet for den berørte personen og familien. Vi vil med dette argumentere for at Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) bør ta ansvar for kartlegging også av psykiske helsevansker. Den kan gjøres som del av den ordinære utredningen.

SAMTIDIGE VANSKER OG HJELPEBEHOV

Fagmiljøet har i lang tid vært kjent med *samtidigproblematikken* for pasientgruppen. Samti-

digproblematikken innebærer at barn og unge med hjerneorganisk betingede tilstander, oftest fra tidlig alder, viser overlappende vansker på flere områder, som læring, aktivitet, atferd, humør og/eller søvn.

Likevel har psykisk helse vært viet mindre oppmerksomhet i tjenesten. Det er svært få psykologspesialister som jobber spesifikt med psykisk helse i HABU-er i Norge. Det er nærliggende å tenke at det skyldes organiseringen av tjenesten, som oftest ligger i somatikken atskilt fra psykisk helsevern for barn og unge (dvs. BUP). Dermed har HABU fokusert på utredning og tiltak innenfor områdene motorikk, språk/kommunikasjon, kognisjon (dvs. læreprofil) og alvorlige atferdsvansker. Det kan ende i ansvarsfraskrivelse, der man forventer at BUP skal

TEKST Marianne Halvorsen, psykologspesialist, ph.d., Habilitering for barn og unge (HABU) Tromsø, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Jørgen Sundby, psykologspesialist, universitetslektor, HABU UNN Tromsø og UiT Norges arktiske universitet, Institutt for psykologi.

SAMTIDIGE VANSKER





Vi erfarer at barna med dobbeltdiagnoser havner mellom to stoler

håndtere slike psykiske vansker, framfor selv å ha fokus og metoder til å ta dem på alvor.

Foresatte og søsken til funksjonshemmede barn beskriver i mange tilfeller de psykiske tilleggsvanskene som mest krevende i hverdagen. Mange opplever tilbudet fra helsetjenesten som stykkevis og delt. HABU møter gjerne barna og familien fra tidlig alder. I mange tilfeller også gjennom gjentatte kontroller i oppveksten. Vi mener derfor at HABU er i en unik posisjon til å kunne fange opp og utrede og behandle tilleggsvansker fra tidlig alder. Det kan gjøre at vansker kan forebygges og reduseres og bidra til økt trivsel og mestring for de berørte.

KARTLEGGING AV PSYKISKE VANSKER

Kunnskapen om samtidige vansker i målgruppen i HABU taler for at barna fra tidlig alder bør bli tilbudt en *helhetlig* kartlegging, der psykiske helsevansker systematisk utredes og behandles. Som en del av en forskningsstudie i Troms og Finnmark utvidet vi nylig ordinær kognitiv og adaptiv undersøkelse til å inkludere standardiserte mål på psykisk helse. Disse ble utfylt av foresatte, barnehage/skole og ungdom der det var mulig. Før vi startet studien, var noen ansatte bekymret for hvordan rutinemessig bruk av psykiske helsemål ville oppleves. Da forskningsstudien ble avsluttet, hadde 365 barn/foresatte deltatt, noe som ga en deltakerprosent på 70. Fagfolk har uttrykt stor nytte av en slik utvidet undersøkelse, og i dag inkluderer vi standardiserte mål på psykisk helse for samtlige barn som henvises til kognitiv og adaptiv utredning i HABU ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

OPPLÆRING OG SAMARBEID MED BUP

Diagnostisering av psykiske lidelser og atferdsvansker er en krevende oppgave. Fagpersoner må skille mellom symptomer som skyldes utviklingshemningen i seg selv, og psykisk tilleggslidelse. I veiledere fra Helse direktoratet er det angitt at psykisk helsevern for barn og unge har ansvaret for kartlegging og behandling av psykiske lidelser for barn og unge med inntil moderat utviklingshemning. HABU har på sin side ansvar for kartlegging og behandling av psykiske lidelser som inkluderer atferdsvansker for barn og unge med alvorlig og dyp utviklingshemning. Vår forskningsstudie viste at barn og unge med inntil moderat utviklingshemning utgjorde den pasientgruppen som hyppigst ble henvist til oss for kognitiv og adaptiv utredning. Mange i denne gruppen har også samtidige nevrologiske eller genetiske tilstander og i tillegg høy risiko for samtidige psykiske helsevansker som angst, depresjon og opposisjonell atferdsforstyrrelse.

Vi erfarer at barna med dobbeltdiagnoser havner mellom to stoler, der psykiske tilleggsvansker ikke identifiseres. Barna får derfor ikke tilstrekkelig hjelp i helsetjenesten. Ansvarsfordelingen mellom BUP og HABU blir vanskelig, der HABU eksempelvis får henvisninger i retur, og vi erfarer at BUP har mindre kompetanse på utviklingshemning og/eller nevrologiske tilstander. Vi mener derfor at bruk av standardiserte instrumenter i HABU som BUP kjenner til, kan være til hjelp i å formidle en felles forståelse av hjelpebehov. Samtidig mener vi at det er gode samfunnsøkonomiske argumenter for at HABU-er bør rustes opp til selv å kunne utrede psykiske vansker i målgruppen, og i etterkant av dette også tilby veiledning/behandling for disse vanskene. ✕



TIL RETTEN

Tilstrekkelig kunnskap i rettspsykologi er avgjørende for å mestre rettssakkyndige arbeidsoppgaver, skriver artikkelforfatterne. Foto: Nora Skjerdingsstad

Svekker rettssikkerheten

Mangel på utdanning og kompetanse i rettspsykologi svekker rettssikkerheten. Løsningen er felles undervisningsstandarder og samarbeid med aktører som statsadvokatembetene.

JØRGEN SUNDBY og Annika Melinder etterlyser i maiutgaven av Psykologtidsskriftet større plass til opplæring i rettspsykologi og sakkyndighetsarbeid, både i profesjonsutdanningen og videreutdanningen. De viser til at det ved Universitetet i Tromsø og NTNU gis tilbud om opplæring i rettspsykologi og sakkyndighetsarbeid, men at undervisningen er ulik ved de to lærestedene. De øvrige universitetene har ingen tilbud på dette fagfeltet.

Ved Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) støtter vi synspunktet. Tilstrekkelig kunnskap i rettspsykologi er avgjørende for å mestre rettssakkyndige arbeidsoppgaver. Det har flere ganger og fra ulikt hold blitt fremsatt ønske om en økt satsning på formalisert utdanning i rettspsykologi både i profesjonsutdanningen og i form av videreutdanning. Flere utvalg har pekt på

manglende rekruttering til fagfeltet. I tillegg har det gjentatte ganger blitt argumentert for en egen spesialitet innenfor klinisk rettsmedisin og rettspsykologi. I NOU 2014:10 konkluderte utvalget med å ikke anbefale dette, men holdt fast på at spisskompetanseutdanningen i rettspsykologi best ivaretas i form av kursvirksomhet. Dette gjøres i dag gjennom den såkalte ABC-modell. «A» viser til gjennomført profesjonsutdanning, «B» viser til spesiell kurs i strafferett og straffeprosess, og «C» til kurs som arrangeres i samarbeid med Den rettsmedisinske kommisjon og kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER).

IKKE OBLIGATORISK

I tillegg har det siden 2016 vært gjennomført en videreutdanning i fengselspsykiatri for

TEKST Svein Øverland, Hilde Dahl, Karl Henrik Melle, Emmanuel Revis, Kirsten Rasmussen, alle Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS)

SAKKYNDIGHET



leger og psykologer med arbeid i eller interesse for slikt arbeid. Profesjonsutdanningen, A-delen, inneholder ingen obligatorisk opplæring i sakkyndigarbeid, og B- og C-delen i denne modellen er ikke obligatoriske. Dette gir manglende standarder i utøvelsen av rettspsykologien, som en samordning av opplærings-tilbudet vil bøte på.

Når det gjelder opplæring i profesjonsutdanningen, viser instituttleder Ute Gabriel i juni-nummeret av tidsskriftet til at Institutt for psykologi ved NTNU lenge har gitt studentene et tilbud om undervisning i rettspsykologi med en avsluttende eksamen i temaet. Hos NTNU bygger undervisningen på et langvarig og godt samarbeid med det rettspsykologiske fagmiljøet i regionen, der deler av undervisningen gis av erfarne rettspsykologer, rettspsykiatere og representant ved Trøndelag statsadvokatembete. Sundby og Melinder etterlyser på vegne av fagutvalget for rettspsykologi og sakkyndighet (FURS) at det bør tilbys opplæring i rettspsykologi ved samtlige profesjonsutdanninger. De foreslår at de fire største universitetene oppnevner lokale representanter som kan utarbeide et felles forslag til kurs i rettspsykologi og sakkyndighet. NERS støtter et slikt initiativ. Mangel på enhetlig formalisert kompetanse i rettspsykologi bidrar til å svekke rettssikkerheten. Felles standarder og en samordning av pensum og undervisning vil bidra til økt rettslikhet gjennom at sakkyndige har lik opplæring uansett lærested.

SAMARBEID MED STATSADVOKATENE

I tillegg vil vi anbefale at man inkluderer statsadvokatembetene, Domstolsadministrasjonen og andre relevante instanser i planleggingen og utføringen av en felles opplæring. Erfaringer fra Trondheim viser at felles møter mellom ulike rettslige aktører øker styrken og kvaliteten i det rettspsykologiske fagmiljøet. Eksempel på dette er «Rettspsykiatrisk forum», der advokater, dommere og sakkyndige i strafferett møtes for felles forelesninger og diskusjoner, samt «Juss og Helse», som er et forum for advokater, dommere, sakkyndige, politi og andre innenfor barneloven og barnevernloven. En aktiv bruk av miljøene i utdanningen vil også kunne bidra til en nyrekrutering til feltet. ✕

Debattert

Selvmondsforebygging

Nullvisjon: Nordland fylkeskommune har vist vei med en nullvisjon for selvmord og som et av få fylker kan de vise til nedgang i antall som velger å avslutte livet. I fylket er det vedtatt en handlingsplan og iverksatt en rekke tiltak for økt åpenhet, kunnskap og kompetanse. (...) budskapet er tydelig: Vi har ingen å miste.

Ingvill Dalseg, fylkespolitiker Trøndelag til Opdalingen, 10. juli

Vær på vakt: Det er ikke usannsynlig at vi vil se en betydelig økning i selvmordstallene som følge av COVID-19. Men er det én ting pandemien har lært oss, så er det at situasjonen kan forandre seg raskt. Det er derfor viktig å ta høyde for dette, og at dersom det skulle komme en ny smittebølge så må også forebygging av psykiske helseplager og selvmord inngå som en del av beredskapen.

Anne Reneflot, avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet i VG, 19. juli

Dobling av selvmordssamtaler: Det som er synd er at man ikke alltid rekker å besvare alle henvendelser eller gi behandling til de som trenger det. Det er et etterslep fra før nedstengningen som vi som samfunn må rigge oss til. Det krever at vi minst må doble innsatsen og øke kapasiteten fremover på flere nivåer.

Tove Gundersen, generalsekretær i Rådet for Psykisk helse til VG, 17. juli

Statistikk: Legger vi til grunn gjennomsnittlig antall selvmord i Norge siste ti år, forutsetter at befolkningsgrunnlaget er konstant, og benytter finanskrisen som modell, kan vi vente en økning på mellom 22 og 63 selvmord blant menn fra før til etter Covid-19, avhengig av hvilke ledighetstall vi bruker og om vi bruker trenden eller siste tall for selvmord før krisen. Hvilke tall som gir best estimatet, vet ingen fordi vi ikke vet hvor lenge ledigheten må vare før den slår ut på selvmordsraten

Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi, i Dagbladet 4. juli

En grense for sparing: Men noe bekymrer meg. Det siste året har arbeidshverdagen endret seg fordi det stadig blir redusert i døgnplasser for å spare penger. Det finnes en grense for hvor mye penger vi kan spare og hvor effektiv vi kan være når vi skal tilby hjelp til dem som ber om det og være med på å oppfylle helseministerens nullvisjon for selvmord.

Camilla Angelsen Kvestad, overlege/psykiater, i Adresseavisen 3. juli

Skal vi virkelig være tilbakeholdne med psykoedukasjon?*

HOVEDBUDSKAPET i den vitenskapelige artikkelen «Psykoedukasjon for personer med nevrouviklingsforstyrrelser» i Psykologtidsskriftets juniutgave er at «klinikere bør være tilbakeholdne med å bruke psykoedukasjon for personer med nevrouviklingsforstyrrelser». Jeg holdt på å falle av stolen da jeg leste denne ingressen. Etter mange års klinisk praksis i BUP er det min entydige erfaring at psykoedukasjon er en svært viktig del av behandlingen. Og det samstemmer helt med norske og internasjonale anbefalinger. Helse- og omsorgsdepartementets retningslinjer for ADHD anbefaler entydig psykoedukasjon i behandlingen (pkt. 3.2.1. side 27).

NOU 2020:1 Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og Tourette etter-

lyser mer psykoedukasjon (side 78: Kunnskap og egenmestring). Peter Vermeulens bok *Jeg er noe helt spesielt!* gir et vell av konkrete tips om tilpasset psykoedukasjon ved Aspergers syndrom. Ferrin og kolleger (2016, s. 1–12) konkluderer med at «Psychoeducation needs to be considered as a valid and additional approach in ADHD», og denne studien er da også referanse til overnevnte Retningslinje fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Å være «tilbakeholden» betyr blant annet å være restriktiv, hindre, legge bånd på (Synonymordboka.no). Anbefalingen om å være tilbakeholden med hensyn til psykoedukasjon er for meg derfor helt uforståelig. ✕



TEKST Rune Andreas Lea, barne- og ungdomspsykiater, BUP Drammen

PSYKOEDUKASJON

.....

* Dette innlegget er tidligere publisert av forfatteren i kommentarfeltet på nett under den omtalte vitenskapelige artikkelen.

Ja, vi bør være tilbakeholdne med psykoedukasjon

AT VÅR LITTERATURGJENNOMGANG om psykoedukasjon for personer med nevrouviklingsforstyrrelser i Psykologtidsskriftets juniutgave kunne få en erfaren kliniker fra BUP til å nesten falle av stolen allerede ved lesing av ingressen, var overraskende. Vi ønsker å benytte anledningen til å oppklare en mulig misforståelse, og til å klargjøre et av hovedpoengene i artikkelen.

Misforståelsen vi vil oppklare, handler om at vi i litteraturgjennomgangen ikke inkluderte studier der psykoedukasjon var en del av et større behandlingsopplegg, eller der psykoedukasjon var familiebasert (slik som i studien av Ferrin et al., 2016). Vi gjennomgikk kun studier av psykoedukasjon for personer som selv har en nevrouviklingsforstyrrelse.

Poenget vi ønsker å klargjøre, handler om hvorfor vi bør være tilbakeholdne med psyko-

edukasjon. For det første viste litteraturgjennomgangen at det fantes én studie (av seks) som kunne vise til en nedgang i selvfølelsen hos voksne med ADHD etter psykoedukasjon. I tillegg har andre studier vist at høyere grad av selvbevissthet hos personer med autisme er assosiert med depresjon. Vi kan altså ikke utelukke at psykoedukasjon, i noen tilfeller og for noen personer, kan ha negative utfall. Litteraturgjennomgangen viste at effektene av psykoedukasjon var få og små når det gjaldt psykisk helse og livskvalitet. Vi mener det er betenkelig dersom klinikere velger å benytte tiltak med små og få effekter fremfor tiltak med bedre evidens. Spissformulert vil vi si at det er sløsing med samfunnets ressurser og klientenes tid. Vi ønsker flere studier av psykoedukasjon for personer med nevrouviklingsforstyrrelser velkommen. ✕



TEKST Jon A. Løkke, vernepleier med hovedfag i psykologi, Høgskolen i Østfold, Stian Orm, fagkonsulent ved Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser

PSYKOEDUKASJON

Fra arkivet: 2007

Hva er søvn?

En sovende person er avslappet, har øynene lukket og reagerer ikke på omverdenen. Disse velkjente fenomener beskriver typiske trekk ved søvnen, nemlig muskelavspenning og nedsatt reaksjon på omgivelsene.

Det som skiller en sovende person fra en bevisstløs person, er at en sovende person lar seg vekke dersom påvirkningene fra omgivelsene er sterke nok eller er annerledes enn de pleier. En bevisstløs person kan reagere på sterke sanseintrykk, men lar seg ikke vekke uansett hvor sterk påvirkningen er.

I gresk mytologi var Hypnos søvnens gud. Han svevet over jorden og øste søvn av sitt slummerhorn. I hans følge var Morfeus, som var drømmenes gud. Opp gjennom tidene har søvn vært oppfattet på mange andre måter. Teoriene har gjerne vært i tråd med det tidens vitenskap har vært opptatt av.

Da blodomløpet ble beskrevet på 1600-tallet, var hjerneanemi en populær søvnteori; etter et måltid fordelte blodet seg annerledes og gikk til mage og tarm, slik at det ble mindre blod til hjernen. Da individuelle nevroner ble beskrevet på 1800-tallet, ble det postulert at søvn intrådte fordi nervecellenes forgreninger trakk seg vekk fra hverandre, det ble ikke lenger noen forbindelser mellom dem, og nerveimpulsene kunne ikke passere. En mer avansert hypotese fra 1900-tallet er Pavlovs hypotese om søvn som en kortikal hemning.

Fra 1950–60-årene, da forskningen på neurotransmittere kom i gang for alvor, fikk vi serotonin-hypotesen, som enda ikke er helt uaktuell, om enn revidert. Ifølge Jouvets opprinnelige hypotese var det serotonerge nevroner i rafekjernen i hjernestammen som initierte søvn. Men da man begynte å registrere celleaktiviteten fra rafecellene, ble det klart at disse cellene er mest aktive i våken tilstand. Under søvn avtar aktiviteten, for helt å stoppe opp under REM-søvn (for referanser se Ursin, 2002). I dag ser mange på rafekjernen og serotonin som et område som bidrar til våkenhet (Saper, Scammell & Lu, 2005). Men

dette er antakelig for enkelt. Det er en rekke data som tyder på at serotonerge nevroner bidrar til dannelsen av søvnspindler i thalamus (Steriade, 2004).

Ifølge en annen av dagens hypoteser er opphopning av adenosin i den basale forhjernen bakgrunn for oppbygning av søvnbehov. Nyere forskning antyder at det er redusert ekspresjon av gener involvert i proteinsyntese under våkenhet, og øket ekspresjon under søvn av gener for biosyntese, blant annet av kolesterol, nødvendig for oppbygning av cellevegger (Pack, Zimmermann, Shockley & Mackiewicz, 2006).

Selv om det er mye vi enda ikke vet, vet vi at søvn er en kompleks prosess som styres både av oppbygget søvnbehov, av døgnrytmen, og av livsstil og adferd. Søvnvansker kan være forårsaket av en kombinasjon av fysiologiske og psykologiske funksjonsendringer og kan være et spørsmål om livsstil mer enn patologi. Derfor er basal kunnskap om søvnens fysiologi og om søvnregulering ikke bare nyttig, men nødvendig for den som skal behandle pasienter med søvnvansker. En del av behandlingen består i å gi adekvat informasjon og å korrigere folks ofte feilaktige oppfatninger om søvn.

Fra artikkelen «Søvn – en oversikt», skrevet av Reidun Ursin. Publisert i Psykologtidsskriftet i april 2007.

Selv om det er mye vi enda ikke vet, vet vi at søvn er en kompleks prosess som styres både av oppbygget søvnbehov, av døgnrytmen, og av livsstil og adferd

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: WIKIMEDIA



FOR MYE OG ALDRI NOK

Donald Trumps behov for anerkjennelse er umettelig, ifølge niesen. Når han skryter av seg selv, er det, på et ubevisst plan, sin far han prøver å imponere. Problemet er at behovet er bunnløst.

Les anmeldelsen av Too Much and Never Enough på side 618.

”

Boka er langt sterkere i sin diagnose og prognose av medikaliseringen enn i sine forslag til dens behandling.

Les anmeldelsen av Medikalisering av psykososiale problemer på side 616.

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til ida.holth@psykologtidsskriftet.no.

REPORTASJE KREATIVITET

Når hånden snakker

Hvordan setter man farge på psykologi?

TEKST Nora Skjerdingsstad & Ida Holth

FOTO Tommy Ellingsen & Nora Skjerdingsstad





Hvordan sette form og farge på ideer? Hvordan få en akademisk refleksjon til å springe ut fra papiret den står på, gjøre den levende og håndfast? Vi har bedt tre av Psykologtidsskriftets illustratører fortelle om hvordan det er å illustrere psykologiske tema.

Å skape noe nytt er å se mønstre og sammenhenger der andre ikke ser det. Det er å la orden stige opp av kaos. Denne tematikken behandles utførlig i forfatter og kulturhistoriker Hilde Østbys siste bok *Kreativitet* (2020). Boken er en populærvitenskapelig undersøkelse av kreativitetens psykologi. Mens vi går i illustratørenes kreative tråkk, vil vi samtidig prøve å forstå litt mer av hva det vil si å skape. Østby blir vår guide gjennom illustratørenes veier til et ferdig verk.

PRATETEGNER

Juni går mot slutten og det nærmer seg sommerferie. Vi sykler til Carl Berners plass i Oslo i varmen. Et massivt industribygg dukker opp. Gjemt her inne sitter illustratør Åshild Irgens. Irgens har illustrerte for tidskriftet fra 2014. Tunge temaer og lette pennestrøk kjennetegner motivene hennes.

Inne på kontoret hennes er det svalt og lyst. Rommet er fylt av små lekefigurer, illustrerte bøker, tegninger og fargerike blyanter, penner og pensler.

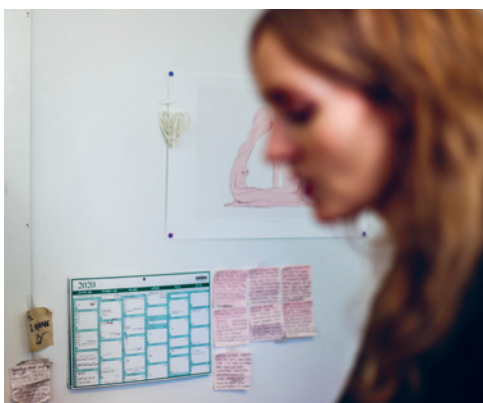
– Jeg tenker mer visuelt enn verbalt, og oversetter lett informasjon til bilder.

Sånn har det visst alltid vært. Helt siden hun var liten, har hun fortalt gjennom tegning, sier hun.

– Hvis jeg skulle fortelle noe hjemme, kom jeg med blokk og blyant og skulle tegne det jeg ville formidle. Jeg «pratetegnet», og gjør det nok mye fortsatt, sier hun og smiler.

For Irgens er det hånda som leder vei i den kreative prosessen. Hun sitter ikke og venter på at en verbalt formulert tanke skal dukke opp, men begynner tegneprosessen, og ideene dukker opp på papiret som bilder – eller visuelle tanker.

– Jeg tenker gjennom hånda. Ideene kommer fra min personlige symbolikk og min fordøyelse av saken jeg skal illustrere, og jeg bruker erfaringer jeg har fra før, fortsetter hun.



LEKENT LANDSKAP Kontoret til Åshild Irgens er fullt av små huskelapper, fargerike penner og pensler. Hun viser oss noen av utgavene hun har illustrert for Psykologtidsskriftet opp igjennom årene. Foto: Nora Skjerdingsstad

NYSGJERRIG BLIKK Illustratør Åshild Irgens har alltid hatt lett for å overføre informasjon til bilder. Foto: Nora Skjerdingsstad





Gjennom kroppen

Omslaget til januarutgaven til Psykologtidsskriftet i 2018 tok for seg den tentative diagnosen ortoreksi: å være sykkelig opptatt av sunnhet. Irgens forteller at hun skaffet seg ekstra tilleggsinformasjon om begrepet da hun skulle illustrere temaet. Illustrasjonen er farget i grøntoner, fordi hun hørte i en podcast at noen av de som hadde denne lidelsen kun spiste mat med bare én farge. Blenderen symboliserer uroen inne i kroppen – det er kaos og bevegelse, mens på utsiden er personen rolig og fattet, med en subtil glorie som omkranser hodet, forklarer hun. «Her har kroppen smeltet sammen med og blitt blenderen. Jeg spiller på det velkjente – *Du er hva du spiser*-begrepet, på en ny måte», sier hun. Blenderen blir samtidig et korsett, som binder og stenger kroppen inne, forteller Irgens videre. Mens glorien representerer det nesten gudommelige forholdet personer med denne diagnosen kan få til mat og trening. Forsiden fikk diplom i Visuelt kåring av fremragende visuell kommunikasjon i 2019 samt hederlig omtale under Fagpressens prisutdeling samme år.

Irgens mener illustratører har nytte av breddekunnskap i arbeidet. Hun sier hun selv er nysgjerrig på det meste og kan «litt» om mye.

– Jeg bruker min egen symbolikk og bildebase, ut ifra hva jeg har sett og opplevd, men selv om arbeidet går gjennom min kvern og måte å tenke på, må jeg ha i bakhodet hva som er forståelig for andre. Leseren og jeg må dele fortolkning av elementene i illustrasjonen for at det jeg vil kommunisere, skal bli forstått.

Når vi ber Østby forklare denne metoden, svarer hun følgende:

– De fleste ideer blir til gjennom det vi vet fra før. Det er ideer som sitter i kroppen, fordi du kan det. Når jeg skriver en bok, så er det bare å spenne opp en vev og så vever jeg på den, og får ideer underveis i veven; litt gult der, blir fint sammen med det grønne. Ideene kommer av at du jobber med materialet.

Talent er ikke avgjørende for å bli en kløpper på det man jobber med, fant Østby ut i boken sin. Talent er et frø, men hardt arbeid, retning og driv er helt avgjørende.

– At de [illustratørene] kan jobbe så bra med oppgaver fra dere, er fordi de har jobba hardt med å få et stort arsenal av virkemidler som de behersker til det fulle. Det gjør at de bare kan sette i gang, hente opp virkemidler fra fargeskrinet sitt, og løse oppgaven.

MÅ VÆRE EKTE

Vi spør Irgens:

– *Litt som med en erfaren terapeut som har lest masse teori og møtt mange klienter, som på den måten får et reservoar og en bredde å spille på?*

– Ja, jeg tenker at jeg jobber litt likt. Jeg må analysere saken, og hvis det er en artikkel om en person eller situasjon, så må jeg sette meg inn i hvordan den personen eller den situasjonen er. Jeg må «erfare» det jeg skal illustrere, og få god innsikt før jeg begynner å fortelle noe videre i et bilde. Hvis ikke blir det ikke *ekte*, sier Irgens.

Hun synes hun må oppleve og kjenne det hun skal formidle: Det må gå igjennom meg for å komme ut på en interessant måte eller vekke folks følelser. Det må berøre meg før jeg kan lage noe som berører andre. Jeg bruker meg selv, som et redskap.

Irgens har mange ganger tenkt at hun kanskje jobber litt som en psykolog:

– Jeg må finne det som kan treffe andres sinn. Hva er det som blir interessant, og hva er det som berører andre?

Kommunikasjon, med andre ord. I boken *Kreativitet* er det i fellesskapet Østby lander etter ferden gjennom forskningen og kampen med sin egen indre kritiker.

– Å lage noe er for å kommunisere med andre. Å lage noe er en vennskapelig handling, noe du *gjør* for fellesskapet. Hvis du skal lage noe som får betydning og resonans, må du kople deg på andre mennesker. Og for å kople meg på, merke at jeg treffer, må jeg være omgitt av en trygg mur som beskytter meg, sier hun.

STORMFULLE HØYDER

Inne hos Bendik Kaltenborn er liksom alt i bevegelse. Leiligheten er formet som en sirkel med balkong på begge sider. Bendik assosierer i lange setninger, hopper av og til opp fra stolen for å hente bøker og kaffe. Syv etasjer lenger ned bølger og brøler trafikken i Kirkeveien. Om den kreative prosessen sier Kaltenborn: «Det er ikke en lineær, klassisk

prosess.» Den viser seg å være preget av angst, selvkritikk, mye rese-arch og usikkerhet.

De fargesprakende tegningene til Kaltenborn preget Psykologtidsskriftet fra 2014 til 2016. Før Kaltenborn begynte å arbeide for Psykologtidsskriftet, hadde han jobbet mye med tegneserier og illustrasjoner av plateomslag og reklameplakater. Utfordringen som lå i å skulle illustrere dypt alvorlige psykologiske tema, var ny – og han likte den:

– Veien fra tull og tøys til alvor er ofte veldig kort. Det var utrolig deilig å bryne seg på, samtidig som det var skummelt, forteller han.

– Sånn som partnervold eller barn som misbruker andre barn seksuelt, som forsidestoff. Det er jo hårreisende vanskelig.

– *Hvordan vet du at du har en god idé? Hvordan kjenner du det?*

– Det hender at jeg får en sånn; «ja, nå er jeg inne på noe her!», og da blir jeg gira, men det er likevel mange kaldtvannsdusjer innvendig, fordi det er sånn: «Vent litt, trodde jeg bare at det var eureka, eller var det ikke en god idé i det hele tatt?», sier Kaltenborn.

– Det er mye usikkerhet, for man vet jo nesten aldri helt hvor man er på vei. Ofte tenker jeg: «Denne gangen går det ikke. Nå har jeg mista det. Nå får jeg det ikke til lenger.» Men som oftest klarer man å ro det inn på en eller annen måte, særlig når det nærmer seg deadline, da begynner ting å skje. Og det merker jeg virkelig, at det er først når det «brenner på dass» at ting begynner å skje.

Østby er opptatt av at vi jobber kreativt på svært uensartede måter. For noen er det angstfylte og selvkritiske grunnleggende i prosessen, for andre spiller det en mindre rolle. I boken tar hun for seg negativt og positivt stress, og kopler det til det sympatiske og parasympatiske nervesystemet.

– Det handler om fart og driv, men hvis det er en negativ type stress, kan det låse seg for folk. Det er en hårfin balanse, der du er litt stressa, men ikke går inn i en «fight or flight-mode», sier hun.

Vi spør Kaltenborn om angsten fungerer som motor eller brems.

– Motor, definitivt. Motor, fordi du kjenner at det er ikke noen vei utenom. Du vet at du ikke kan fucke opp, fordi det her skal på trykk nå. Du kan ikke gi opp.

En deadline er nyttig for den kreative prosessen, forteller han. Den tvinger ham til å sette i gang, og den vekker ubehag knyttet til det å prestere og levere.

– Jeg trenger kustus på ting, bli piska og holdt i ørene.

SOM TERAPI

Kaltenborn forteller oss om hvordan tegningen helt fra tidlig av har fungert som en form for terapi for ham. Innimellom drar han på hytta alene for å bearbeide egne ting gjennom tegning:

– Når jeg tegner ting for min egen del, er det svært terapeutisk, det føles veldig godt. Jeg kan tegne helt voldsomme greier, det blir ofte mye vold og skrekk og tull og mye rart, forteller Kaltenborn og viser oss noen av tegningene og akvarellene.

– Jeg kjenner at det er viktig for meg å få tegne, å få ting ut på en eller annen måte.

Han kan føle seg vel lenge etter at han har laget en slik akvarell, gjerne mange dager eller uker i etterkant. På samme måte, sier han, blir han i dårlig humør og selve meningen med tilværelsen forsvinner dersom han ikke har fått produsert noe på en stund.



BOK *Kreativitet*
FORFATTER Hilde Østby
FORLAG Cappelen
 Damm
ÅR 2020
SIDER 304

Alice i eventyrland

Boka til Hilde Østby vokste frem på en organisk måte. «Proessen var vanskelig fordi kreativitet er overalt, og jeg måtte følge mange rare impulser til steder jeg ikke trodde jeg skulle», forteller hun om tilblivelsen av boka. At hun nettopp hadde lest *Alice in Wonderland* i lesesirkelen sin, gjorde at Alice-figuren ble med som en rød tråd gjennom boka. «Vi er jo alle Alice nysgjerrige eventyrere.» Kreativitet er en bok om døden, om vennskap, om å ikke stresse. «Det var absolutt ikke dit jeg skulle. Jeg trodde jeg skulle finne noen triks, og at forskningen skulle være veldig klar», sier Østby om arbeidet med boka.



KREATIVT MANGFOLD

Forfatter Hilde Østby skriver om hvordan vi jobber kreativt på svært uensartede måter. Foto: Anna Julia Granberg



SNURRER RUNDT Vi møter Bendik Kaltenborn i leiligheten på Majorstua i Oslo. Leiligheten bugner av bøker, grønne planter, malerier og tegninger. Han er en samler, forteller han oss.
Foto: Nora Skjerdingstad

– Det er en slags tank som fylles opp når jeg gjør ting som jeg føler jeg får noe ut av, sier han.

Østby kommenterer dette slik:

– Det er klart man blir lykkelig når man er i kontakt med sin indre monolog og lager noe man selv synes er fint.

Når folk improviserer frem noe, fortsetter Østby, er hjernens eksekutivfunksjon og dagdrømmermodus (DMN) i et samspill.

– Og det er en nokså sjelden tilstand. Man vandrer rundt i tankene samtidig som man har en slags retning i det man gjør. Denne tilstanden kan også inntreffe når man mediterer.

Når hjernens dagdrømmermodus og eksekutivfunksjonen jobber sammen, korrelerer dette med god psykisk helse. Mens når disse ikke samhandler godt, er det assosiert med angst- og depresjonssystemer. Små aha-opplevelser gir dopaminstormer i hjernen.

– Og vi trenger nesten ikke noe forskning for å si det, du blir lykkelig av å finne masse små løsninger på et problem du har gitt deg selv, og som er dypt forankret i din retning i livet og hva du synes er viktig og ikke viktig, og hva du trenger å bearbeide og ikke bearbeide.

– Og derfor er jeg er sikker på at Munch var lykkelig da han lagde Skrik. Og det er jeg *helt* sikker på, fordi det å lage noe sånt, det er å være i kontakt med sin egen retning, sånn som Bendik er.

KUNSTNERSJEL MED BONDEVETT

Illustratør Hilde Thomsen har flyttet hjem til gården på Fister i Ryfylke, sammen med fotografmannen Tommy Ellingsen og deres to barn. Thomsen illustrerer Psykologtidsskriftets hovedkronikk i hvert nummer. Hun jobber kun på papir. Det går i akvareller og utallige skisser, rot og masse ark. Å få kontakt via nettet viste seg å by på en rekke tekniske villfarelser, men omsider har vi Thomsens bilde og stemme på skjermen vår.

– Jeg er ikke så veldig glad i ting som foregår på skjerm, sier hun leende når vi endelig får kontakt.

Hvor kommer ideene fra? spør vi.

– Jeg er egentlig utdannet sosionom, jeg tror jeg henter mange ideer fra utdannelsen og fagfeltet. Jeg tror ikke tegningene mine hadde vært helt det samme uten.

Thomsen bruker også en del tid på å se gjennom massevis av stockfoto-bilder på nettet.

– Men er det noe du blir inspirert av?

– Det er vel inspirerende i seg selv at det finnes så lite bra visuelle ting på nettet, da får jeg lyst til å finne opp kruttet.

– Hvordan vet du at du har en god idé?

– Hm. Hvordan vet man det? Det er vel noe man bare vet, sier hun før hun forsvinner fra skjermen for å sjekke til toåringen som romsterrer i bakgrunnen.

– Du vet når du treffer, ja. Og det er ikke alltid det går like bra, men ...

– Og hender det at det stopper opp, og det ikke fungerer?

– Den eneste måten å komme på ideer er å faktisk bruke blyanten på papiret. Jeg kan ikke gå ut i skogen og drikke rødvin, og så kommer det en idé ...

Tanken om å bruke rus for å få ideer synes ny for Thomsen. Hun kjenner seg ikke igjen i myten om den melankolske og ustabile kunstnerlypen, og sier om seg selv:



Noe uventet

Om omslaget til artikkelen om partnervold i novemberutgaven i 2014 sier Kaltenborn: «Det var viktig å unngå klisjeer, prøve å få frem et tema på en litt ny måte.» Kaltenborn mener at kontrasten mellom vondt og fint ofte skaper en resonans i den som ser på, så lenge det ikke bikker over. Tveetydigheten er bygget inn i illustrasjonen, er det en blomst eller en blåveis, et slag eller en gave? «Det kan gjerne være fargesterkt og se ut som en barnebok, men så er det egentlig bekmørkt.» Kaltenborn forteller at han ville skape en reaksjon ved å bruke en karrierekvinne i illustrasjonen om partnervold, noe som bryter med hvordan man vanligvis tenker rundt temaet. Omslaget fikk den gjeveste prisen, gull, i Visuelts kåring av de beste redaksjonelle illustrasjonene i 2015.



– Jeg er nok en kunstner med bondevett.

Østby støtter Thomsens skepsis til den rødvindrikkende, nevraste-niske kunstnertypen. Hun sier:

– Hele ideen om det kreative geniet er bare tøys. Det er en vrangforestilling som har satt seg. Myten om det mannlige kunstnergeniet hadde kanskje en funksjon en gang. Alkohol er dårlig for hjernen. Rutiner er bra. Det kommunikative er viktigere enn å være ensom. Og arbeid er viktigere enn talent.

DEN KREATIVE BEGYNNELSEN

Thomsen beskriver oppveksten sin på gårdsbruk som betydningsfull for hvordan hun har blitt en kreativ, men også en praktisk person. Helt fra skolealder likte hun å dikte eventyr og fortellinger, selv om tekstene ofte kom tilbake med masse røde streker.

– Å skrive kunne jeg ikke så voldsomt godt, og jeg klarte heller ikke så godt å formidle det jeg ønsket å si med ord, så da har alltid tegning vært en plass der jeg kan formidle. Å si det jeg har på hjertet, forteller Thomsen.

I bygda hun vokste opp falt verken fotball eller bibelgruppe i smak. Man var nødt til å være kreativ, utdyper hun.

Det som fremmer kreativitet hos barn, mener Østby, er at barnet tilbys de verktøyene de trenger for å utforske verden, ikke at man gjennomorganiserer livet deres. Barn har aldri hatt så lite fritid som nå, sier hun.

– Vi må stole mer på barns hoder og evne til å utforske.

For Thomsen ble den begrensede stimuleringen på bygda til florende fantasi og kreativitet. Hun er takknemlig for at hun fikk fortsette å tegne inn i voksenlivet.

– Det var en slags flukt, og da er det jo fantastisk at jeg kunne ha det som jobb senere livet. Og så er det ingen fasit på tegning. ✕

Den sinte klumpen

I årets marsutgave av Psykologtidsskriftet skrev psykolog Per Are Løkke om at psykologer hadde glemt bort aggresjonen i forståelsen av jenter som selvskadere. På den tiden hadde Thomsen ei jente på fire år, som slet litt med sinne. Tegningen ble en måte å visualisere følelsen for henne på. «Saken handlet om sinne, og så tegnet jeg et hode og visualiserte sinne gjennom denne sinte klumpen», forteller Thomsen. «Åja!» sa datteren da. «Det er jo sinten!» For Hilde handler illustrasjoner for Psykologtidsskriftet mye om å fange en følelse.

KUNSTNERSJEL MED BONDEVETT Hilde Thomsen har vokst opp på en gård i Ryfylke. Nå holder hun vanligvis til i Stavanger, men flytter kontoret hjem til gården når sommeren nærmer seg. Foto: Tommy Ellingsen



Lettfattelig om ris og ros

Boken *Gi og motta tilbakemeldinger* gir en konkret innføring i hvordan vi kan bygge hverandre. Rent psykologfaglig representerer imidlertid ikke stoffet noe nytt.



BOK *Gi og motta tilbakemeldinger*

FORFATTER

Guro Øiestad

ÅR 2019

FORLAG Gyldendal

SIDER 200

BOKEN INNLEDES MED en beskrivelse av barnets umettelige glede av å gjemme seg. Gleden ligger i å bli funnet heller enn å være skjult. Når den voksne vil lete, får barnet bekreftet sin verdi, at det hører til og er elsket, skriver forfatteren i bokens første kapittel. Denne typen anerkjennelse er grunnleggende for menneskelig utvikling. Positiv respons er med på å dekke menneskets behov for tilknytning og mestring. Men tilbakemeldinger kan i alle livsfaser være vanskelig å gi og krevende å ta imot.

Boken favner vidt og beveger seg fra utviklingspsykologi til det voksne ansvaret for å varsle om kritikkverdige forhold i arbeidslivet. Kunsten å gi og motta tilbakemeldinger illustreres gjennom temaer som tilknytning, motivasjon, tillit og dialog. Den røde tråden er menneskets behov for å bli anerkjent og bekreftet. Et behov som preger oss på alle livets arenaer, gjennom hele livet.

ET STORT PROSJEKT

Psykolog Guro Øiestad har her gitt seg i kast med et stort prosjekt, som fører sammen minst tre tidligere titler fra hennes hånd: *Feedback* (2004), *Kritikk* (2006) og *Selvfølelsen* (2009). Boken er delt inn i ni kapitler, der de tre første kapitlene handler om feedback. Kapittel 4–8 er om kritikk, og siste kapittel handler om konflikthåndtering. Det som er nytt i denne boken, er fokuset på de gode tilbakemeldingene, både når formålet er å endre noe (kritikk), og når det er positiv feedback (ros). Det handler om hvordan vi bygger hver-

andre gjennom den sosiale kraften som ligger i tilbakemeldinger.

FOR STORT?

Boken er omfattende ved at vignetter og eksempler er hentet fra en rekke psykologfaglige domener, blant annet utviklingspsykologi, foreldretraining, parforhold, utdanning, lederutvikling, kollegiale relasjoner og vennskap. Øiestad beskriver at det samme grunnleggende behovet for anerkjennelse og den samme frykten for avvising gjelder i alle aldre og på alle livsarenaer.

Boken blir imidlertid mindre attraktiv av at den ikke har noen klar adressat. Øiestad beskriver godt hvordan de samme mellommenneskelige behovene og sårbarhetene kommer til uttrykk i de ulike relasjonene vi inngår i, men eksemplene treffer nok ikke alle lesere like godt. Som eksemplene på hvordan lederen kan bidra til å motivere staben. Denne svakheten er samtidig bokens styrke. *Å gi og motta tilbakemeldinger* er dekkende for så vel arbeidsliv som hverdagslivet hjemme.

YTTERPUNKTENE DIALOG OG DISKUSJON

Å bli sett og lyttet til er grunnmuren for gode fellesskap, skriver Øiestad. Hun kommer flere ganger tilbake til dette fellesskapet og dialogen mellom mennesker. I kapittel 5, Hvorfor kritikk er vanskelig, gir hun en god beskrivelse av forskjellen mellom diskusjon og dialog. Om dialog skriver hun på side 105: «I dialog er folk like opptatt av å lytte og forstå andres synspunkter som å fremme sine egne, dialogen motiveres av ønsket om å forstå og lære.» Øiestad viser til at

ANMELDT AV

Nina Dalen, spesialist i klinisk nevropsykologi.

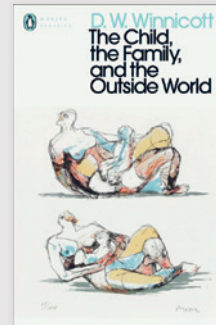
KLASSIKEREN



NY BOK Forfatter Guro Øiestad gir konkrete kjøre-regler både for å gi og motta kritikk. Foto: Gyldendal.

i samtaler der vi gir og mottar kritikk, dras vi nesten automatisk over i diskusjonen. Forfatteren gir konkrete kjøre-regler både for å gi og motta kritikk. Det er god lesning. Videre viser Øiestad at anerkjennende feedback er mer enn å få ros for prestasjoner: «Dypest sett dreier det seg om å bli lyttet til og tatt på alvor, og på den måten få sine erfaringer gyldiggjort.» Hun viser at nøkkelen ligger i evnen til å snakke, si ifra og være tydelig. Men like viktig er evnen til å lytte med vilje til å la seg påvirke.

Fra et psykologfaglig ståsted representerer ikke stoffet noe nytt, og det blir litt mange selv-følgeligheter. Men nå er jo ikke boken heller lansert som en lærebok i psykologi, men skrevet i et lettfattelig språk for alle som vil bli bedre på å gi og motta tilbakemeldinger, både ros og ris. Leseren får konkrete kjøre-regler for hvordan gi og motta tilbakemeldinger samt tips til øvelser. Det inspirerer, og boken kan anbefales. ❌



Winnicott nærmar seg med varme og audmjukskap

Donald Winnicott: *The Child, the Family, and the Outside World* (1964)

Som forfattar utmerker Winnicott seg ved å bevega seg i eit landskap mellom nytenkjande og avansert teori på den eine sida, og gjennom veldig observante og nære kliniske skildringar på den andre. Boka som eg vil framheva her, er *The Child, the Family and the Outside World*. Den har eg lese når eg sjølv var på veg til å bli far og i barselsperioden. Det er ei samling av tekster og føredrag som Winnicott heldt mellom anna på BBC radio med tittelen «The ordinary devoted mother and her baby», og sjølv om fokuset ligg på mødrer, er det også rom for fedrar her. Barnelegen og psykoanalytikaren gjer seg tankar om kvardagslege og stort sett ikkje-patologiske fenomen i familiar. Språket er dimed også kvardagsleg og lett tilgjengeleg for fagframande, men det står trygt plassert på eit fundament av psykoanalytisk tenking. Både påverknaden av Freud og Klein er synlege for den observante lesaren samt Winnicott sine eigne teoretiske bidrag til faget.

Han tek føre seg dyaden mellom mor og barn og konkrete aspekt i deira samspel, for å sjå på familien der far trer inn. Til slutt ser han på barnet i sosiale omgjevnadar som barnehage og skule. Vi fylgjer altså barnets utvikling frå dyade til triade til samfunn. Winnicott nærmar seg alminnelege menneskelege vanskar med enorm varme og audmjukskap, og det skapar gjenklang i lesaren. Eg har funne mykje glede og trøyst hjå Winnicott når eg sjølv tok mine fyrste steg som pappa.

Psykologspesialist Florian Johannes Richarts utfordrar psykologspesialist ved Kronstad DPS og kandidat ved Institutt for Psykoterapi Kjell Grønnevik til å ta stafettpinnen vidare.

Kvass diagnose – veik kur

Er det smart å gjøre sosiale fenomener til psykisk sykdom og løse dem med biokjemiske midler?



BOK *Medikalisering av psykososiale problemer*

REDAKTØRER

Arnulf Kolstad og
Ragnfrid Kogstad

ÅR 2019

FORLAG

Abstrakt forlag

SIDER 284

ANMELDT AV

Bjørn Hofmann,
professor i medisinsk
filosofi og etikk ved
Institutt for helse-
vitenskap ved NTNU
Gjøvik og Senter for
medisinsk etikk ved
Universitetet i Oslo

IKKE OM DU skal tro forfatterne av denne boka. Redaktørene har samlet et knippe kompetente forfattere som ut fra sine ulike faglige perspektiver leverer en kraftfull kritikk av det å gjøre samfunnsmessige og kulturelle utfordringer til individuelle problemer og løse dem med medikamenter. Dermed blir boka *Medikalisering av psykososiale problemer* både en systemkritikk, rasjonalitetskritikk og profesjonskritikk.

Redaktørene bruker medikaliseringsbegrepet for å beskrive «at problemer som primært er sosiale, relasjonelle, eller eksistensielle, behandles med medikamenter (psykofarmaka) som påvirker hjernens funksjon og struktur samt den biologiske kroppen som helhet, som om problemene eller lidelsene var biologiske eller medisinske» (s. 10). De skiller dermed tilsynelatende skarpt mellom det biologiske og det sosiale. Boka går grundig til verks i å belyse dette kategoriske mistaket fra et historisk, kunnskapsmessig, epidemiologisk, praktisk og personlig perspektiv.

SPENNENDE Å LESE

Boka er en ny og oppdatert versjon av *Psykologisering av sosiale problemer – medikalisering av psykiske lidelser* fra 2010. Den er rik på kløktige analyser. For eksempel: Det er ikke sikkert at noe hjelper, selv om det virker. Boka inneholder også en rekke relevante eksempler på medikalisering, patologisering og individuali-

sering, slik som at skyhet gjøres til sosial fobi. Eksempelene og de tidvis slagferdige utsagnene gjør den spennende å lese.

Selv om redaktørene har samlet tekster fra en rekke forfattere med forskjellig fagbakgrunn, støtter alle på ulikt vis grunntesen om at psykifagene er på ville veier fordi de overser årsakene til psykologiske plager, styrer terapien mot feil mål og bruker uegnede midler. Selv om temaet er likt, preges kapitlene av temmelig forskjelligartede stemmer. Samtidig er det en del gjentakelser. I stedet for å irritere seg over dette, kan man glede seg over at kapitlene kan leses uavhengig av hverandre. Selv synes jeg kapitlene til Tor-Johan Ekeland er blant de beste.

KRITIKKEN BOMMER

Boka er langt sterkere i sin diagnose og prognose av medikaliseringen enn i sine forslag til dens behandling. Viktige poenger svekkes også ved at forfatterne bruker karikerte fremstillinger og stråmenn, eksempelvis av evidensbasert medisin (EBM), sykdomsbegrepet og diagnose-systemene. Mange som baserer seg på EBM, vil ikke kjenne seg igjen i beskrivelsene, og derfor ikke føle seg truffet av kritikken. For at kritikken skal være virksom, må de som kritikken er rettet mot, forstå at den angår dem. Slik undergraves troverdigheten og kraften til den ellers spenstige og relevante kritikken av medikalisering og individualisering.



MEDIKALISERING Boka er langt sterkere i sin diagnose og prognose av medikaliseringen enn i sine forslag til dens behandling, skriver anmelder Bjørn Hofmann. Foto: Pitsanu Kraichana / Shutterstock / NTB scanpix

Selv om boka er oppgradert fra 2010, kunne mer av empirien vært oppdatert. Og selv om redaktørene har rett i at forskningen er dominert av amerikanske tall, kan en skandinavisk leser med uttalt forbedringsiver ønske seg mer lokal kunnskap og nærsynte analyser. Mange lesere vil også kunne savne et godt stikkordregister.

FOR ENSIDIG

Boka favner vidt, og det er kanskje urettferdig å forlange mer av redaktørene. Likevel kunne de hatt med mer om DSM-5 og endringene fra DSM-IV og derved belyst mange av poengene i boka. Dessuten er nærliggende og viktige tema, som overdiagnostikk, ikke drøftet. Mange lesere vil også savne en mer inngående analyse av andre sosiale fenomener som gjøres til helsefaglige anliggender, slik som kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Her har både redaktørene og forfatterne oversett en mulighet til å illustrere sitt poeng og bruke sin analyse på et aktuelt og reelt problem. En slik analyse kunne samtidig ha utfordret redaktørenes implisitte skille mellom biologiske og sosiale fenomener.

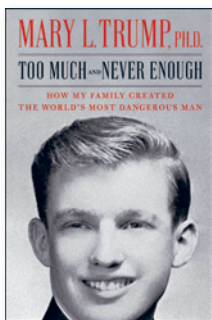
Samlet sett er dette en interessant og leseverdig bok med et klart budskap belyst fra mange perspektiver. Som debattbok fungerer den glimrende. Som fagbok er den for ensidig. Som pådriver for faglig og helsepolitisk endring er beskrivelsene trolig for karikerte til at aktørene kjenner seg igjen og føler seg truffet. ❌

”

Den er rik på
kløktige analyser

«I had to take Donald down»

Mary Trump mener at Donald Trump er farlig, ytterst inkompetent og i ferd med å ødelegge det amerikanske demokratiet. Vil hun lykkes med å advare det amerikanske folk før det kommende presidentvalget?



BOK *Too Much and Never Enough*

FORFATTER Mary L. Trump

ÅR 2020

FORLAG Simon & Schuster

SIDER 240

ANMELDT AV

Christian Schlüter,
psykologspesialist,
faglig leder
Akerselvpsykologene

DENNE BOKEN handler i høy grad om niesens troverdighet. Selv hevder hun at hun ikke lenger kan være stille, slik resten av hennes familie har valgt. Hun mener at et av problemene med hennes onkel nettopp er de som muliggjør ham.

Hun har også mer personlige grunner for å stå frem. Da hun var 16 år gammel, døde hennes far Fred jr. av et alkoholrelatert hjerteinfarkt. Han var den eldste av Trump-sønnene, og den som skulle ta over driften av imperiet. Han ville imidlertid forfølge en karriere som pilot og var dessuten en annen type enn resten av familien; vennlig, snill og generøs. For dette ble han omtalt som en skuffelse og en skam. Latterliggjøringen kom ikke bare fra hans far, men like mye fra hans yngre bror Donald. Boken levner ingen tvil om at hun bebreider dem begge for å ha ødelagt ham. Den dagen hennes far døde, gikk angivelig Donald på kino.

På samme måte som hennes far ble et offer for en tyrannisk far, mener hun at det amerikanske folk står i fare for å få det samme mørket tredd ned over seg av hennes onkel.

Mary Trump påstår videre at Donald fikk sin far, Fred sr., til å endre testamentet slik at hun og hennes bror ble avspist med smuler. Hun stevnet ham for retten, og det ble forhandlet frem et forlik. I 2018 fikk hun vite at summen på boet var høyere enn det Donald hadde forespeilet henne under forliket, og da lekket hun familiens klassifiserte forretningsdokumenter til New York Times. Avisen avdekket hvordan Trump-familien hadde drevet med omfattende

skattesvindler, og NYT fikk Pulitzerprisen for avsløringene.

MOTIVET KAN DISKUTERES

Mary Trump hevder at hun ikke har skrevet boken for penger eller hevn, men det kan diskuteres. Selv om tonen i boken er rett-frem og lite selvmedlidende, finnes det klare innslag av bitterhet. Begge motivene ville uansett vært forståelige. Hun mistet sin far, hun ble snytt for arven og ble aldri skikkelig inkludert i familien. Hvorfor skulle hun ikke hevne seg?

Det er også verdt å merke seg tidspunktet for lanseringen. Det finnes vel neppe et bedre tidspunkt for å ramme Donald (og selge mange bøker) enn rett før president-nominasjonen? Boken føk da også til toppen av de amerikanske bestselgerlistene. En slik detalj kan virke triviell, men er viktig da det står om hennes troverdighet. Hvorfor vente så lenge? Donald selv brukte ikke lang tid på å konkludere: Mary Trump er en grådig niese som farer med løgner. Det hindret ham likevel ikke i å forsøke å stoppe utgivelsen.

Niesens troverdighet blir satt på prøve når hun påstår at Donald fikk en venn til å ta adgangstesten for seg til høyere utdanning. Her påberoper hun seg «troverdige kilder», men vil ikke røpe hvilke. Joe Shapiro, som angivelig tok testen for ham, er død, og hans kone benekter hendelsen. Slike påstander og anekdotiske «bevis» blir derfor stående som noe som leseren vanskelig kan ta stilling til. Hun opererer med få åpne kilder, og som oftest er hun sin



KLINISK PSYKOLOG Donald Trump sin psykologniese har skrevet en bok om presidentens oppvekst. Foto: Zuma Press

egen kilde, eller refererer til kilder som står familien nær. Selv håper hun andre familiemedlemmer vil bryte tausheten og komme etter.

INGEN HVEM SOM HELST

Mary Trump er ingen hvem som helst. Hun har en master i engelsk litteratur og en master i psykologi. Hun er autorisert klinisk psykolog, og har i tillegg en PhD. Hun har også vært med på å skrive en bok om schizofreni, og er en av få i familien som har høyere utdanning, med unntak av Donalds eldste søster, som var dommer. Boken bærer klart preg av å være skrevet av en person som er i stand til å observere, tenke og formulere det hun har vært vitne til eller blitt fortalt.

Det som også kan trekke ned hennes troverdighet, er det faktum at hun har stått utenfor familien i over 20 år. Det er med andre ord mye hun ikke vet. Boken handler derfor like mye om hennes far og bestefar, familien og henne selv, som om Donald. Det er også tydelig at hun er ute etter å forsvare sin far, og det kan argumenteres for at hun leter etter svar som bekrefter hennes oppfatning av at han ble ofret. Hun har også offentlig stått frem som en svoren demokrat.

På meg fremstår Mary Trump likevel som troverdig. Hennes intensjon virker oppriktig, og boken bærer med seg en seriøsitet og et alvor. Det gjelder spesielt der hun skriver at Donald har fått holde på for lenge, og at han aldri har blitt skikkelig stilt til ansvar. Et annet forhold som styrker hennes troverdighet, er at hun har vært tett på familien og begivenhetene. Det gir boken et vitne-preg, selv om hun på viktige tidspunkt i historien som rulles opp, må ha vært svært ung. Språket er dessuten klart, nøkternt og klinisk informerende.

NARSISSISME?

Mary Trump er forsiktig med å sette en diagnose, men legger ikke skjul på at hun mener onkelen tilfredsstillende samtlige ni kriterier for narsissistisk personlighetsforstyrrelse. For å kunne konkludere måtte han ha underkastet seg en lang rekke psykologiske og nevropsykologiske tester, noe hun er sikker på at han aldri ville gått med på.



Mary Trump fremstår som troverdig. Hennes intensjon virker oppriktig, og boken bærer med seg en seriøsitet og et alvor





Selv synes jeg hun argumenterer godt for noe vi allerede vet, og en kan spørre seg om hvorfor vi trenger enda en bekreftelse

Boken er særdeles rik på eksempler som skulle tilsi en slik diagnose. Det kan for eksempel være hans grandiositet, der han uttaler at han er best, vet alt, har et fantastisk intellekt, er et stabilt geni, og så videre. Flere av disse utsagnene er så skamløse at en nesten ikke tror det en leser. Hun mener han jobber intenst for å opprettholde dette bildet (eller myten) om seg selv. Et av bokens viktigste formål er derfor å rive ned disse mytene. Det gjelder spesielt forestillingen om at han er «self-made», og at han har ekstraordinære kvalifikasjoner som forretningsmann.

Hun kommer også med en lang rekke eksempler på andre narsissistiske kriterier, som berettigelse, utnyttelse av andre, overfladisk sjarm, mangel på empati, devaluering, forakt, arroganse, skryt, konstant behov for beundring, anerkjennelse og positiv oppmerksomhet (ytre påfyll) samt vansker med å håndtere små krenkelser (narsissistisk raseri og hevsn). Hvis du lurer på hva «åpen narsissisme» er for noe, er det bare å slå opp på hvilken som helst side i denne boken.

Hun nevner også diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse. Det er etter min mening en interessant betraktning som er blitt borte i debatten. Her kommer hun med eksempler på hvordan han kronisk lyver, er blottet for samvittighet og ansvarlighet, ikke har respekt for andres eiendeler, rettigheter eller velferd, mangler empati, stadig gjør handlinger som gir grunnlag for arrest, ikke følger samfunnets normer (lager sine egne lover), mangler anger og er aggressiv, for å nevne noe. Hun lurer også på om Donald har lærevansker. Med det mener hun at han ser ut til å ha problemer med å ta inn (ny) informasjon, men også det at han ikke lærer av erfaring. Det kan minne om kriterier på antisosial personlighetsforstyrrelse, der straff og negative sanksjoner bare ser ut til å prelle av. Selv ble Donald sendt til et militærakademi allerede som 13-åring (pga. opposisjonell atferd), uten at det så ut til å endre noe.

Hun kommenterer også muligheten for at han er en malign narsissist. Med det menes en person som utover å ha en narsissistisk grunnstruktur, har paranoide, psykopatiske og sadistiske trekk.

Til slutt spekulerer hun på om han har avhengige trekk. Hun hevder han er ubesluttosom og trenger mye støtte (en lang rekke rådgivere) for å ta avgjørelser. Hun mener det skyldes at han er «ytterst inkompetent», usikker og hjelpeløs. I tillegg har han visstnok vansker med å være alene. Selv er jeg usikker på hvordan disse trekkene skal forstås.

At Donald Trump har en narsissistisk problematikk, er ikke nytt, og i hvilken grad og i hvilken kombinasjon kan oppleves som flisespikkeri. Selv synes jeg hun argumenterer godt for noe vi allerede vet, og en kan spørre seg om hvorfor vi trenger enda en bekreftelse.

For meg koker det ned til det følgende: Det er bra at det settes søkelys på våre ledes personlighet. Gjennom en stadig påminning om hvem vi har med å gjøre, blir det vanskeligere å unnskyld dem. Problemet med narsissistiske presidenter er at deres personlighet preger deres avgjørelser. Du ønsker kort og godt ikke en president som er selvopptatt og empatisvak, når landet ditt er i en krise. Mary Trump nevner Covid-19 og Black Lives Matter som to eksempler der Donalds personlighet får svært negative konsekvenser. Han splitter landet, slik han selv er splittet. Folk dør, og han bryr seg ikke.

EN TRAUMATISK BARNDOM

Niesen bruker mye plass på Donalds barndom. Her kommer hun etter min mening med flere interessante observasjoner. Hennes historie om Donald kan oppsummeres slik:

Hans far var sosiopat; en hard mann med lite varme og kjærlighet. Han oppdro barna, og spesielt sønnene, til å bli «killere». Han hadde en uttalt forakt for svakhet, og delte verden opp i sterke og svake, vinnere og tapere. Utover dette var barna uinteressante for ham, de var mer som brikker som skulle være til nytte. Hun mener Donald lærte mye av sin far (modell), endog slukte budskapet rått.

Niesen legger stor vekt på hva det må ha gjort med Donald å være vitne til hvordan hans åtte år eldre bror, som var Marys far, daglig ble rakk ned på. Niesen er overbevist om at den betingede kjærligheten Donald fikk demonstrert rett foran seg, formet hans personlighet. Hun tror Donald lærte seg hva som gjaldt, og deretter skapte seg om til det far ønsket. Det er tross alt bedre å ydmyke enn å bli ydmyket.

En interessant observasjon er at far ikke var særlig opptatt av å skape et samhold mellom søsknene, men snarere et konkurranseforhold. De ble derfor snytt for den støtten det kan være å ha et godt søskenforhold, og ble i stedet fiendtlig og mistroiske til hverandre.

Alt ved Donalds personlighet skyldes ikke et tøft miljø. Hun skriver at Donald allerede som barn var dominerende og nedlatende. Han mobbet sine søsken, og stjal fra dem. Han ville være best for enhver pris, og løy om han måtte. For disse egenskapene ble han fremlesket av sin far. Han ble den foretrukne. Følgelig fulgte det ingen straff for ondskap. Han fikk gjøre som han ville. Han lærte at samfunnets lover ikke gjaldt for ham, at arroganse var en styrke, godhet en svakhet og det å være snill umandig. Man kunne være stolt over å «komme seg unna», og ikke stå til ansvar. Det som en gang må ha eksistert av gode impulser i ham, mener niesen at hans far perverterte. Hun tror Donald løste barndommens utfordringer ved å bli en bedre (verre?) utgave av sin far.

Donalds mor beskrives som konservativ, sterkt religiøs og distansert. Etter en spontanabort (før Donald ble født) ble hun benskjør og sengeliggende. Hun var inn og ut av sykehus, søvnløs og brukte barna for å regulere sin egen selvfølelse. Niesen mener Donald i praksis var morløs. En viktig observasjon niesen har gjort seg, er hvor tidlig Donald mistet respekten for henne. Han underordnet seg ikke hennes autoritet, og så på henne med forakt. Niesen tror det skyldes at Donald følte at hun ikke forsvarte

ham da far ville sende ham vekk, men slik jeg leser det, starter devalueringen av henne lenge før det.

Niesen gjør et stort poeng av hvor forbudt det var i hjemmet å vise følelser som for eksempel tristhet. Det var svakt og ble straffet nådeløst. Var man trist, gikk man bare videre. Det var mye å være trist over i den familien, men det ble aldri snakket om. I stedet ble det introdusert det niesen kaller «toksisk positivitet». Det handler om at alt negativt skulle bort, og at alt var fint og flott.

Et siste poeng er hvordan Donald hele sitt liv har vært det niesen kaller «institusjonalisert». Han har vært beskyttet i alle sine «hus» og har ifølge niesen aldri levd i den virkelige verden, eller brynet seg mot virkeligheten. Alle hans problematiske sider og handlinger er blitt dekket over av hans far, og dermed har ikke hans lave personlighetsfungering blitt synlig.

Niesen oppsummerer Donalds barndom som fylt av deprivasjon, traumer og neglekt, og familien som «malign dysfunksjonell». Selv beskriver Donald oppveksten sin som fantastisk.

Etter å ha lest om hans barndom blir jeg minnet på hvor viktig det er å bruke tid på å forstå hvor folk kommer fra. Hvordan var din bestefar? Hva preget din bestemor? Hva var viktig i familien? Hvilke egenskaper ble fremlesket? Hvordan var forholdet til dine søsken? Om Trump-slekten skriver niesen: Det var fire generasjoner med sosiopater.

AMERIKANSK KULTUR?

Boken er interessant i den forstand at den også sier noe om amerikansk kultur, ikke minst amerikansk forretningskultur. Egenskaper som fremleskes, er så tett på de diagnostiske kriteriene for psykopati at det er skremmende. Det å være nådeløs og hensynsløs blir sett på som en god ting, og anstendighet og vennlighet som svakt. Penger, makt og suksess er det eneste som betyr noe, og har du ikke dette, er du *soft* eller en taper.

Denne innstillingen sådde grunnen for Trump-familiens velstand. De dyrket frem en filosofi der den mest ufine vant. At den amerikanske befolkning ikke lenger ser hva slags president de har valgt, eller ikke bryr seg, skyldes at de er en del av den samme kulturen. De som daglig muliggjør hans eksistens og berettigelse, bærer et stort ansvar, mener niesen.

Ikke alle i Trump-familien delte beundringen for Donalds egenskaper. Hans eldste søster mente han var en klovn, at han manglet prinsipper og kun gjorde ting for selv å se god ut. Niesen er klar i sin dom: Donald er overhodet ikke i stand til å lede Amerika, og burde trekke seg.

FOR MYE OG ALDRI NOK

Donalds behov for anerkjennelse er umettelig, ifølge niesen. Når han skryter av seg selv, er det, på et ubevisst plan, sin far han prøver å imponere. Problemet er at behovet er bunnløst. Det er som å helle vann i en bøtte uten bunn. Hun mener at egoet hans er så fragilt at det hele tiden må blåses opp. Dermed får han stadig problemer når han blir motsagt, gjør feil eller ikke vet best.

Boken er et karakterdrap på Donald Trump, som tidvis beskrives som en treåring. Kildene kommer fra hans nære familie, noe som tidligere knapt har skjedd i amerikansk politikk. På den måten er boken både pikant og interessant. Jeg er likevel i tvil om hun vil lykkes i å vekke den delen av befolkningen som hun mener trenger å vekkes. Reelle problemer som Donald Trumps politikk vil føre med seg, som arbeidsløshet, helseproblemer og rasisme, vil trolig engasjere dem mer enn enda en negativ beskrivelse av hans personlighet. ❌



Kurs for nytilsatte psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester

Innføringskurset vil gi kunnskap om kommunen som arbeidsplass for psykologer, om myndighetenes føringer, om viktige juridiske rammebetingelser og ulike måter å ta psykologers kompetanse i bruk på i kommunale tjenester. Kurset vil også gi innblikk i viktige nettverk og ressurser samt være en nettverksskapende arena i seg selv. Hovedinnretningen er knyttet til nytt lovkrav i Helse- og omsorgstjenesteloven om psykologkompetanse fra 2020. Det vil være rikelig tid til erfaringsutveksling og drøfting av problemstillinger i plenum.

Målgruppe

Psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester

Innhold

Hvordan kan intervensjoner rettet mot helbredelse øke pasientens lidelse? Hvordan kan noe som er designet for å hjelpe ende opp som skade? Og hvordan kan vi redusere negative effekter?

- Forskjellige typer negative effekter og definisjoner
- Forskning på negative effekter
- Mulige tiltak mot negative effekter
- Drøftelse i grupper om mulige systemiske tiltak i egen organisasjon
- Mulige tiltak i egen praksis og drøftelse av begrensninger i enkelttiltak

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 15 timer.

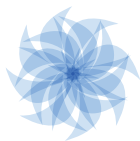
Sted og dato: Oslo, 26.-27. oktober 2020

Påmeldingsfrist: 21. september 2020

Medlemspris: kr 7 200

Kursnr.: 116-20

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

OSLO. Ledig kontor hos psykologspesialistene i Meltzersgate 9. Vi kan tilby flotte, sjarmerende lokaler med god atmosfære. Kontorfellesskapet består av 4 psykologspesialister, som utgjør en inkluderende og faglig engasjert gruppe med god bredde i faglige fordypninger. Utover eget kontor disponeres venterom, spiserom, kjøkken og toaletter. Pris kr 6 000 pr. mnd. (Inkludert strøm, nett). **Ta kontakt via epost; brautaset@psykologspesialistene.no**

EMDR MED BARN

Kurs i EMDR med barn:

Trinn I: 27. oktober 2020 i Oslo

Trinn II: 28. oktober 2020 i Oslo

For påmelding og informasjon se:
www.emdrkurs.no eller ta kontakt på e-post **ansavida@online.no**



**NIKUT & UNIVERSITETET
I SØRØST NORGE**

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge

Introduksjonskurs i Kunst og Uttrykksterapi (KUT)

Forkurs er obligatorisk om du ønsker å søke videreutdanningen i kunst og uttrykksmetoder i terapi.

Tema: KUT og avhengighet

Dato: 11.-13. september

Ledere: Eva Amundsen, psykologspesialist og KUT & Lena Kalland, sosionom og KUT

Tema: EXIT: Stressmestring i Corona tiden

Dato: 9.-11. oktober 2020

Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Gunnar Reinsborg, KUT

Tema: KUT og Kroppens smerte

Dato 3. – 4. desember

Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Margareta Warja, PhD, KUT

Sertifiseringskurs EXIT Leder. Våren 2021

Oppstart: 11. februar 2021

Søknadsfrist: 10. desember 2020

Gruppeleder utdanning 2020- 2022

Oppstart: 26. august 2020

Påmelding: Sendes til meli-m@online.no med kopi til gu-rein@online.no, miradans@gmail.com

For mer info: www.nikut.org



GYLDENDAL

Innføringskurs: SCID-5-KV

SCID-5-KV er et standardisert klinisk intervju som dekker alle de vanligste diagnosene i psykisk helsevern for voksne.

Tema som dekkes i kurset:

- Intervjuets oppbygging og struktur
- Trening i bruken av intervjuet
- Hvordan responser skal kodes i de ulike modulene
- Hvordan fastsette diagnoser
- Få erfaring i hvordan intervjuet skal gjennomføres

Ansvarlig kursholder: Aina Holmén, psykolog/ Ph.D.

Pris: 8.200,- SCID-5-KV protokoll og manual er inkludert i kursavgiften.

Sted: Gyldendalhuset, Sehestedsgate4, Oslo

Datoer:

Torsdag 17. og fredag 18. september 2020

Mandag 19. og tirsdag 20. oktober 2020

Torsdag 19. og fredag 20. november 2020

Nærmere informasjon og påmelding:

www.scid.no

Om fysisk oppmøte ikke er gjennomførbart vil kursene bli avholdt digitalt.

gyldendal.no/akademisk

**Følg Tidsskrift for Norsk
psykologforening på Facebook**



FPP-SEMINAR OG ÅRSMØTE 2020

(Forening for psykologer i privat praksis, med og uten driftstilskudd)
22.–24. oktober 2020, på Hotel Zander K, Bergen

«Metakognitiv terapi ved GAD, depresjon og PTSD» v/psykologspesialist dr.philos Hans M. Nordahl

Torsdag 22. oktober

12.00–13.00: Registrering og lunsj

13.00–13.05: Åpning ved leder i FPP Tone Sandbak

13.05–17.00: Metakognitiv terapi – introduksjon. Metakognitiv terapi ved GAD

17.15–18.30: Årsmøte i FPP

Fredag 23. oktober

09.00–12.00: Metakognitiv terapi ved depresjon

12.00–13.00: Lunsj

13.00–17.00: Metakognitiv terapi ved PTSD

19.30 Aperitiff

20.00 Festmiddag m/underholdning, 5080 Nyhetskanalen, kjent blant annet fra Satirikis på NRK, vil rapportere fra Festmiddagen, samt formidle aktuelle nyhetssaker.

Lørdag 24. oktober

09.00–12.30: Norsk psykologforening v/Forhandlingsavdelingen: Informasjon og nytt fra foreningen

12.30–13.30: Lunsj/Avslutning

Seminarret søkes godkjent som vedlikeholdsaktivitet for spesialitetene.

Seminaravgift kr 3 000,- (dette inkl. lunsj alle dager, kaffe og småmat i løpet av dagen, leie av lokale, m.m.). Både seminar og festmiddag er betydelig subsidiert og forbeholdt medlemmer av FPP. Også ikke-medlemmer kan delta, under forutsetning av at de melder seg inn i FPP før seminaret starter. (De det gjelder får e-post om dette). Medlemsavgift kr 300,- per år.

Deltakelse ved festmiddagen 23.10.20 koster kr 350,- og inkluderer aperitiff, middag og underholdning ved 5080 Nyhetskanalen. Påmelding skjer samtidig med påmelding til seminaret.

Hver enkelt ordner selv overnatting enten på Hotel Zander K eller Grand Hotel Terminus (hotellene ligger vegg i vegg), for å få vår avtalepris må du benytte bestillingskoden du får oppgitt ved påmelding.

Saker som ønskes behandlet på årsmøtet, og forslag til kandidater til valgene, må sendes styret innen 18. september, til post@psykologtonesandbak.no

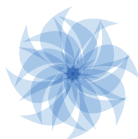
Sted og dato: 22.–24. oktober 2020, Hotel Zander K, Bergen

Påmeldingsfrist: 17. september 2020

Seminaravgift: kr 3 000,- (pluss medlemsavgift på kr 300,- for de som ikke er medlemmer fra før)

Kursnr.: 925-20

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

STIFTELSEN MENTALHYGIENISK RÅDGIVNINGSKONTOR
V/STYRELEDER OTTO STEENFELDT-FOSS UTLYSER
STIPEND FOR 2021

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

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

Søknadsskjema, personvernerklæring og informasjon hentes ut via denne linken: <http://medmenneskeioslo.com/legater/>

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

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport med vedlagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendet har blitt brukt til det formålet det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Dette må gjøres innen 30.04 året etter.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til overlege Otto Steinfeldt-Foss, tlf. 402 00 019, e-post otto.steenfeldt-foss@medisin.uio.no / psykiater Rune Johansen, tlf. 916 65 227, e-post ru-jo3@online.no eller til psykolog Anders Zachrisson, tlf. 947 91 550, e-post johnaz@online.no

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

Søknad med dokumentasjon sendes:

Mentalhygienisk Rådgivningskontor v/Oslo Røde Kors
Att: Senayt Kidane, Pb. 3 Grønland, 0133 Oslo

Søknadene kan også sendes pr. e-post til senayt.kidane@redcross.no eller ranham@online.no

SØKNADSRIST: 13. september 2020

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI OG NORSK PSYKOANALYTISK INSTITUTT utlyser i samarbeid
Obligatorisk program i spesialiteten i voksenpsykologi

Ekvivalerer med Norsk psykologforenings program

Programmet er bygget opp etter målbeskrivelsen for det obligatoriske programmet i spesialiteten i voksenpsykologi, revidert i 2018. Det vil være 6 kullsamlinger á to dager over halvannet – to år.

Oppstart i januar 2021. For kursdatoer se hjemmesidene: <https://www.psykoanalyse.no/> eller <https://instpsyk.no/>

Innhold i kursene vil omhandle: utredning og diagnostisering, behandling; affektive lidelser og angstlidelser, akutte tilstander og traumer, personlighetsforstyrrelser og komplekse tilstander, alvorlige psykiske lidelser og spesialistrollen.

Kursene er en blanding av obligatorisk lesing på forhånd, diskusjon av teori, praktiske eksempler og veiledningssekvenser som kursdeltakerne forbereder. Alle lærerne er erfarne psykodynamiske psykoterapeuter og psykoanalytikere.

Opptak forutsetter gjennomført fellesprogram, at man er i relevant praksis og har samtidighet i praksis, veiledning og kurs. Det stilles krav til et valgfritt program til denne spesialiteten. For øvrig viser vi til Psykologforeningens hjemmeside vedr. spesialistordningen.

Søknadsfristen er 01.10.2020.

Du søker via <https://instpsyk.no/>

Deltakerantall: maks 24, etter førstemann-til-mølla-prinsippet.

Kursavgift: Pris pr. samling kr 7300,- (tilsammen kr 43 800,-).

Påmelding er bindende og deltagelse på alle samlingene er obligatorisk.

Samlingene gjennomføres fysisk på henholdsvis Institutt for Psykoterapi Nydalen og Norsk psykoanalytisk institutt på Majorstua i Oslo. I tilfellet det blir innstramminger i bevegelsesfriheten grunnet Covid-19 blir samlingene gjennomført digitalt.



Negative effekter av psykoterapi

Psykologisk behandling og samtaleterapi er ment å redusere menneskelig lidelse. Når noen søker hjelp skal en profesjonell terapeut lytte til det som fortelles, tåle å høre det og gi råd eller forslag til hvordan tenke, føle eller handle annerledes. Det kan virke paradoksalt å påstå at slik psykologisk behandling, gjort i de beste intensjoner, skal ha negative effekter.

Målgruppe

Kliniske psykologer

Målsetting

- Kunnskap og bevisstgjøring av temaet negative effekter og refleksjon rundt mulige tiltak mot negative effekter
- Oppdatering om forskningen på området negative effekter og definisjoner fra området
- I tillegg vil de bevisstgjøres forskjellige typer mulige negative effekter som kan oppstå i vanlig praksis
- Bevisst og reflektert forståelse av både individualterapeutens og arbeidets systemer og hvordan disse kan bidra til å oppdage og håndtere negative effekter, samt hvilke begrensninger som ligger i enkelttiltak

Om kurslederne

Jørgen Akre Flor, psykolog i spesialisering til klinisk voksenpsykologi og arbeider ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo
Leif Edward Ottesen Kennair er psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi og professor i psykologi ved institutt for psykologi

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

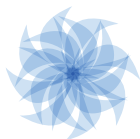
Sted og dato: Oslo, 17.-18. september 2020

Påmeldingsfrist: 13. august 2020

Medlemspris: kr 7 200

Kursnr.: 109-20

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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



Valgfritt program i

Allmennpsykologi – psykologisk behandlingsarbeid i kommunal kontekst

Målgruppe

Psykologer som arbeider i kommunen og i førstelinjetjenester. Utdanningen er også aktuell for psykologer som driver privatpraksis eller som ønsker å øke sin allmennpsykologiske kompetanse utenom spesialistutdanningen

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

Forventet læringsutbytte

Det valgfrie programmet i allmennpsykologi gir økt rolleforståelse for psykologen som behandler, samarbeidspartner og endringsagent i kommunal kontekst.

Psykologen skal etter programmet ha kompetanse mht.

- Forebygging og behandling av psykiske lidelser og rus
- Beherske metoder for å spre kunnskap og øke kompetanse – konsultasjon, veiledning, undervisning og formidling
- Håndtering av kriser og traumer i et kontekstuellt perspektiv
- Ressursorienterte intervensjoner

Kursleder

Heidi Wittrup Djup er spesialist i samfunns- og allmennpsykologi og daglig leder ved Klinikk for krisepsykologi i Bergen. Hun har arbeidserfaring innen barnesakkyndig arbeid, traumepsykologi, kriseberedskap og på flyktningefeltet. Hun er psykologforeningens representant i Standing Committee on Crisis, Disaster and Trauma Psychology, European Federation of Psychologists' Associations (EFPA). Hun er også medlem av Norsk psykologforenings menneskerettighetsutvalg (MRU).

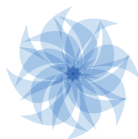
Sted og dato: Oslo, 15.-16. oktober 2020 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 10. september 2020

Medlemspris: kr 7 200 per samling

Kursnr.: 161-20

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



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

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

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Førde

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Førde er ledig omgåande.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

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

Avtalespesialisten skal ha eit nært og forpliktande fagleg samarbeid med Helse Førde ved Førde DPS om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventat at avtalespesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Førde ved Førde DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Førde også innrettast i tråd med utviklinga i faget og korleis behovet i befolkninga utviklar seg.

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

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2020

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 600, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
9	19.08	01.09
10	17.09	01.10
11	16.10	02.11
12	18.11	01.12

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 650	15 950
1/2 side	13 650	12 150
1/4 side	11 650	9 950

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

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



Velkommen til Fredrikstad, en av Norges mest attraktive byer. En liten time fra Oslo, der Glomma renner ut i havet, finner du Fredrikstad. Med våre 82.000 innbyggere er vi landets åttende største by. Fredrikstad er i sterk vekst. I tillegg til en urban bykjerne, har vi et spennende og variert omland og en vakker skjærgård. Byen er kjent for sitt rike kulturliv og sine historiske tradisjoner. Gamlebyen er Nord-Europas best bevarte festningsby. I Fredrikstad finner man trygge oppvekst- og levekår, et godt botilbud og et variert miljø- og teknologibasert næringsliv. Du når Oslo på en time og Gøteborg på vel to timer.

Fredrikstad kommune ønsker å være en arbeidsgiver hvor ulikheter og mangfold er en styrke. Kvalifiserte personer med innvandrerbakgrunn og/eller redusert funksjonsevne oppfordres til å søke. Kommunens verdier er Modig, Engasjert, Romslig og Kompetent.

MERK Fredrikstad - så andre MERKer det!

Psykolog 100 % fast stilling

Er du vår nye kollega i Tverrfaglig rehabiliteringsteam?

Mestring, habilitering og rehabilitering er en virksomhet organisert i etat Friskliv og mestring i Fredrikstad kommune. Virksomheten er lokalisert i Helsehuset i Fredrikstad og består av tre avdelinger; avd. Ergo- og fysioterapi barn og unge, avd. Ergo- og fysioterapi voksne og avd. Tverrfaglig rehabilitering. Psykologstillingen vil være knyttet til avdeling Tverrfaglig rehabilitering.

Tverrfaglig rehabiliteringsteam (TRT) tilbyr rehabilitering utenfor institusjon. Rehabiliteringen foregår i brukers hjem og nærmiljø. TRT består av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionom og sykepleier. Teamet har en helhetlig tilnærming, og tar utgangspunkt i brukers funksjonsnivå og ønske om endring, uavhengig av diagnoser. TRT skal gi tjenester som fremmer mestringsevne og understøtter brukers innsats for best mulig fysisk, psykisk, kognitiv og sosial funksjonsevne. Målet er størst mulig grad av selvstendighet og deltakelse ut fra brukers egne ønsker og forutsetninger. Teamet jobber etter en biopsykososial modell.

Hovedoppgaver

- Kartlegge og igangsette tiltak som stimulerer til mestring av egen hverdag
- Tilrettelegge for et individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud
- Bidra til aktivitet og deltakelse basert på brukers mål
- Bidra i gjennomføring av mestringstiltak på individ- og gruppenivå
- Delta i tverrfaglig samarbeid internt og eksternt, veiledning og gjensidig kompetanseutveksling
- Bidra til videreutvikling av tjenesten

Kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon som psykolog eller er psykolog på lisens
- Du har kompetanse fra endringsarbeid med mennesker med sammensatte helseutfordringer
- Du har bred erfaring og kompetanse innen kognitiv atferdsterapi eller samfunnspsykologi
- Du har erfaring med eller interesse for aktiv tilnærming i tråd med recovery/mestringsfilosofi
- Det kreves god skriftlig og muntlig fremstillingsevne

Vi ønsker en person med

- Du har et særlig engasjement for målgruppen og evne til å kunne vurdere og intervensere raskt
- Du har god relasjonskompetanse
- Du må like faglige refleksjoner i fellesskap med kollegaer
- Du har evne til å arbeide strukturert og selvstendig

- Du har gode samarbeidsevner og engasjement for teamarbeid
- Du har interesse for bruk av Feedback informed treatment (FIT) som tilbakemeldingsverktøy

Vi kan tilby

- Arbeid i en kommune som er i stadig utvikling knyttet opp mot endrede behov i samfunnet
- Et spennende arbeidsmiljø med tverrfaglig sammensetting og ulike tjenester under samme tak på Helsehuset i Fredrikstad
- Deltagelse i faglig fellesskap med andre psykologer i etaten og kommunen
- Gode pensjonsordninger i KLP

Lønnsopplysninger

Stillingen er direkteplassert i stillingskode 8470, rapporteringsbenevnelse psykolog med en årslønn i full stilling på kr 591 500.

Arbeidstakere tilsettes i Fredrikstad kommune etter gjeldende lover, avtaler og reglement, herunder pliktig medlemskap i KLP. Prøvetid på 6 mnd.

Søknad sendes

Seksjon for Helse og velferd benytter elektronisk søknadsprosess. Gå inn på www.fredrikstad.kommune.no under stillinger/kunngjøringer.

Har du problemer med den elektroniske søknadsprosessen, ta kontakt med førstekonsulent Cecilie Gül på tlf. 404 05 686.

Offentlighet

Opplysninger om søkeren kan bli offentliggjort selv om søkeren har bedt om å bli unntatt offentligheten. Søkere som har bedt om unntak fra offentligheten vil bli varslet dersom dette ikke kan imøtekommes. (jf. Offentlighetsloven § 25). Det vil gå frem av den offentlige søkerlisten hvor mange søkere det har vært og hvilket kjønn de har.

Søknadsfrist 17.08.2020

Utlyst dato 26.06.2020

Vår ref 7921

Kontaktpersoner

Ingvild Såheim, konst. avdelingsleder, tlf. 474 73 114, e-post insh@fredrikstad.kommune.no

Ingeborg Anette Mjelde, etatsjef, tlf. 941 59 640, e-post ingmje@fredrikstad.kommune.no

Talette Borsheim Halstensen, virksomhetsleder Mestring, habilitering- og rehabilitering, tlf. 908 35 520, e-post tabo@fredrikstad.kommune.no

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

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Stavanger-/Sandnesområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Stavanger-/Sandnesområdet er ledig frå januar/februar 2021.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

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

Avtalespesialisten skal ha eit nært og forpliktande fagleg samarbeid med Helse Stavanger ved Sandnes DPS om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventa at avtalespesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Stavanger ved Sandnes DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Stavanger også innrettast i tråd med utviklinga i faget og korleis behovet i befolkninga utviklar seg.

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

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



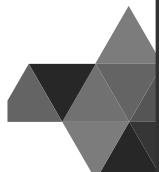
Seniorrådgiver til Statped sørøst, fagavdeling syn

Statped er opplæringssektorens spesialpedagogiske tjeneste for kommuner og fylkeskommuner.

Vi søker seniorrådgiver i 100 % stilling til team for barn 0–6 år med blindhet eller alvorlig synssvekkelse. Du har erfaring med å utrede barn og unge med funksjonsnedsettelse. Vi søker deg som er interessert i tidlig innsats og veiledning til foreldre, barnehagepersonale og pedagogisk-psykologisk tjeneste.

Se Statped.no/jobb

Kontakt avdelingsleder
Bente Elisabeth Kristiansen, 906 19 803



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonnene fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonnene som trykkes i Tidsskriftet finner du også på www.psykologtidsskriftet.no/ **Stillingsannonser**

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



Betanien sykehus AS har driftsavtale med Helse Vest RHF, og består av enhet psykisk helse (DPS og BUP) og enhet somatikk (laboratorie, dagkirurg og røntgen). Betanien sykehus har ca. 200 årsverk. Sykehuset er heleid av Stiftelsen Betanien Bergen, som er en selvstendig og selveiende stiftelse opprettet av Metodistkirken i Norge. Stiftelsen Betanien Bergen eier og driver i tillegg Betanien barnehage og Betanien rehabilitering og sykehjem. Samtlige virksomheter er lokalisert i Fyllingsdalen i Bergen.

PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG

– Betanien sykehus AS

Vi har ledig et 100 % årsvikariat med mulighet for forlenging i vår psykosepoliklinikk / FACT-team.

Betanien sykehus/Betanien DPS

DPS er organisert i 4 avdelinger: Avdeling allmennpsykiatri, Avdeling psykose, Psykosepoliklinikk/FACT-team og Voksenpsykiatrisk poliklinikk. Kjerneoppgavene våre er spesialisert utredning og differensiert behandling, akutt og krisetjenester, opplæring av pasienter og pårørende, veiledning til psykisk helsearbeid i kommunene, forskning og kvalitetsutvikling samt utdanning av helsepersonell.

Betanien psykosepoliklinikk/FACT-team

FACT står for flexible assertive community treatment. I tillegg til ambulant oppfølging driver FACT-teamet også diverse gruppetilbud som en-og flerfamiliegrupper, IMR (recoverygrupper), temagruppe, fysisk aktivitetsgrupper og hesteassistert terapi-gruppe. Avdelingen er tverrfaglig sammensatt med overleger, psykologer, psykiatriske sykepleiere, vernepleier, sosionom, erfaringskonsulenter, jobbspesialist, musikkterapeut og fysioterapeut. Vi har et tett samarbeid med andre avdelinger for å etablere relevante tilbud til våre pasienter.

Det polikliniske tilbudet i psykosepoliklinikken/FACT-teamet er hovedsakelig et spesialisert tilbud til:

- Personer over 18 år med alvorlig psykisk lidelse innen schizofrenispekteret, og som ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinært poliklinisk eller kommunalt tilbud i aktuell sykdomsfase. Behandling og oppfølging skal likevel skje i tett samarbeid med kommunalt tilbud der det er mulig.

Arbeidsoppgaver

- Hovedoppgavene er å kartlegge, vurdere, behandle og følge opp tilviste pasienter etter enhver tid gjeldende retningslinjer
- Helst kunne være vedtaksansvarlig for pasienter på tvungent psykisk helsevern
- Polikliniske samtaler og ambulant oppfølging av pasienter
- Gruppebehandling
- Tverrfaglig teamarbeid og samarbeid med eksterne instanser
- Veiledning til samarbeidsparter og avdelinger i kommunen
- Deltagelse i utviklingen av behandlingstilbudet i psykosepoliklinikken
- Medvirke til et godt arbeidsmiljø

Kvalifikasjoner

- Psykologspesialist / psykolog
- Klinisk erfaring med pasientgruppen
- Erfaring med å vurdere pasienter i forhold til Psykisk Helsevernloven
- Vilje og evne til å finne gode løsninger for pasienter og deres nettverk

Personlige egenskaper:

- Pasientorientert og engasjert
- Ansvarsbevisst og selvstendig
- Trives med å jobbe selvstendig og i tverrfaglig team
- Fleksibel og gode samarbeidsevner

Vi tilbyr

Gode pensjonsordninger i KLP og lønn etter avtale. Betanien sykehus har en aktiv personalpolitikk i forhold til helse, miljø og sikkerhet. Vi har blant annet avtale om bedriftshelsetjeneste, velferdstilbud som treningsstudio og hytte i Alvøen. Sykehuset har videreført IA avtalens ordninger. Det er gratis parkering på eiendommen. Vi forsøker å legge til rette for videreutvikling og økt kompetanse.

Attester og vitnemål tas med ved eventuelt intervju.

Kontaktperson: Avdelingsleder Kirsti Sætre, tlf. 55 50 74 25, e-post kirsti.setre@betaniensykehus.no

Søknadsfrist: 16. august 2020



Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med ca. 10 000 medlemmer. Psykologforeningen arbeider for å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap for å forbedre menneskers livsvilkår. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning.

Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne.

Sekretariatet har 46 medarbeidere og heltids president.

RÅDGIVER/SPECIALRÅDGIVER

Ønsker du å bidra til at psykologi får enda større plass i helsepolitikk og tjenesteutvikling?

Vi har ledig vikariat (fra d.d. til 01.07.21) for rådgiver/spesialrådgiver i Fagpolitisk avdeling. Det er mulighet for forlengelse.

Fagpolitisk avdeling arbeider med et bredt spekter av psykologfaglige spørsmål. Avdelingen består av fagsjef og seks rådgivere som har ansvar for ulike fagpolitiske områder. Avdelingens hovedoppgaver er å sikre et godt beslutningsgrunnlag for Psykologforeningens standpunkt og bistå politisk ledelse i påvirkningsarbeid. Hos oss får du anledning til å fordype deg i faget. Stillingen byr på spennende oppgaver i et stimulerende fagmiljø. Arbeidsoppgavene er:

- Utredning av faglige spørsmål
- Følge med i utviklingen på bestemte fagområder
- Bidra i utarbeidelse og formidling av fagpolitikk
- Samarbeid og dialog med medlemmer, samt medlemsservice

Noe reisevirksomhet må påregnes.

KOMPETANSE OG ERFARING

Erfaring og personlige egenskaper vil bli vektlagt.

Du må:

- være autorisert psykolog
- være en god formidler, både muntlig og skriftlig
- samarbeide godt
- ha gode analytiske evner
- kunne sette deg raskt inn i nye fagområder

Vi ønsker oss en kollega som har:

- arbeidet innenfor forskjellige tjenesteområder, gjerne med barn og unge
- erfaring med eller interesse for tjenesteutvikling

Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser og et godt arbeidsmiljø med høy faglig kompetanse. Vi holder til i trivelige lokaler i Kirkegata 2, sentralt i Oslo.

SØKNADSFRIST: 16. august.

Hvis du har spørsmål om stillingen, ta kontakt med fagsjef Åste Herheim, e-post aste@psykologforeningen.no, tlf. 909 52 871.

En kort søknad med CV sendes til samme e-postadresse eller til Åste Herheim, Norsk psykologforening, PB. 419 Sentrum, 0103 Oslo.



Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med ca. 10 000 medlemmer. Psykologforeningen arbeider for å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap for å forbedre menneskers livsvilkår. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning.

Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne.

Sekretariatet har 46 medarbeidere og heltids president.

For snarlig tiltredelse søker vi:

FAGSJEF

STILLINGEN

Fagsjefen er leder for fagpolitisk avdeling i Norsk psykologforening. Avdelingen har seks høyt kompetente medarbeidere med ansvar for et vidt spekter av psykologfaglige spørsmål.

Fagpolitisk avdeling skal blant annet være premissleverandør for fag- og tjenesteutvikling og bidra til at foreningen er synlig i samfunnsdebatten.

Fagsjefen har ansvar for å sikre et godt beslutningsgrunnlag for Psykologforeningens standpunkter, og at disse er forankret i faglige vurderinger.

KOMPETANSE

Fagsjefen har god oversikt, høy faglig kompetanse, forstår utviklingstrender i faget og i samfunnet, og kan formulere analyser og faglige problemforståelser som kan være samlende i et ofte fragmentert fagfelt.

Fagsjefen bistår politisk ledelse med formidlings- og påvirkningsarbeid. Mye av arbeidet består i tett kontakt med bruker-organisasjoner, direktorater, departementer og andre myndighetsorganer.

KRAV TIL SØKER

Søkere må være psykolog med spesialitet og/eller doktorgrad.

Søkere bør ha:

- erfaring fra forskjellige tjenestefelt
- erfaring med politisk påvirkningsarbeid
- erfaring med fag- og tjenesteutvikling samt kvalitetssikring
- ledererfaring
- gode samarbeids- og kommunikasjonsevner
- erfaring med prosessstyring
- god innsikt i prinsipper for kunnskapsbasert praksis

For øvrig legges det vekt på personlig egnethet og evne til å analysere og formidle komplekse problemstillinger.

Arbeidssted er Kirkegata 2, 0103 Oslo i trivelige lokaler. Stillingen byr på spennende og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø. Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser. Noe reisevirksomhet må påregnes.

NÆRMERE OPPLYSNINGER VED:

Marianne Kirknes Stenslet tlf. 918 98 530, Stine Jarmund tlf. 924 42 137, begge Assessit, generalsekretær Ole Tunold (ole@psykologforeningen.no) tlf. 23 10 31 30 eller fagsjef Åste Herheim (aste@psykologforeningen.no) tlf. 909 52 871.

https://assessit.recman.no/job.php?job_id=160230

Søknad med CV sendes snarest som e-post til mki@assessit.no, eventuelt til **Assessit ved Marianne Kirknes Stenslet, Nydalen Allè 37B, 0484 Oslo**



SØKNADSRIST: 16. august 2020

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Håkon Kongsrud Skard

23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Rune Frøyland

rfroey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng

913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer

Siri Næs

902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind

948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Lars Asle Einarsen

951 41 036
lars.asle.einarsen@gmail.com

Britt Randi Hjartnes

Schjødt

922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen

957 27 801
ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad

475 00 308
eldrid.robberstad@sola.kommune.no

Studentrepresentanter

Guro Holte Igesund

464 27 727
guroigesund@gmail.com

Viljar Møretro

910 03 670
viljar-96@hotmail.com

Varmedlemmer

Jakob Støre-Valen

984 23 805
jakob@valen.cc

Alf Martin Eriksen

909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

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

Dagmar Patricia Steffan

dagmar.patricia.steffan@finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark

Lene Engen Kleppe

leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland

Runa Kongsvik

runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal

Eva Røv Eidset

eva.eidset@helse-mr.no
916 10 080

Nord-Trøndelag

Julie Valen

psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland

Iris Anette Søderholm

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland

Iver Sørlie 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

Kjersti Sandnes

sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

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

Anne-Kristin Imenes

anne.kristin.imenes@gmail.com
907 55 410

Østfold

Øyvind Nordhus

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD

Maria Norheim, leder

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

Rune Raudeberg, leder,

e-post rune.raudeberg@gmail.com, tlf. 952 47 487

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. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune, tlf. 482 98 128

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Rune Frøyland, leder,

e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPECIALITETSRADET

Arnhild Lauveng,

e-post post@arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Geir Skauli, leder, e-post
geir.skauli@skien.kommune.
no, tlf. 907 90 513

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

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinoevaas@
gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@
aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

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

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@
gmail.com, tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, e-post
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

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

Guro Holte Igesund, NTNU,
leder, e-post guroigesund@
gmail.com, tlf. 462 27 727

KLIMAUTVALGET

Tommy Sotkajærvi, leder,
e-post sotkarjaervi@gmail.
com, tlf. 984 18 586

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

Reidar Hjermann, leder,
e-post rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Espen Falch-Nicolaisen,
fung. leder, e-post
espennicolaisen@outlook.
com, tlf. 950 60 605

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Ane Johnsen Lien, leder,
e-post ane.lien@lyse.net,
tlf. 414 02 259

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, nettredaktør,
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,
forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Åste Herheim,
fagsjef, e-post aste@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis
Kjersti Arefjord,
Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen,
Universitetet i Oslo
Henning Bang,
Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder,
Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge,
Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet
i Oslo
William Brochs-Haukedal,
Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski,
Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i
Bergen
Guðrun Dieserud, Nasjonalt
folkehelseinstitutt
Fanny Duckert,
Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for
krisepsykologi

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

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

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, 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:
19.08, 17.09, 16.10, 18.11

