

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYKOL OGI

Vol. 58 nr. 11 2021

ISTDP:

**Mangelfull teori**

*Meninger*

---

**ETTER  
KATASTROFEN**

*Aktuelt*

---

**Når barnet  
observeres**

*Etikkpanelet*

---

**Partnervold i  
flere parforhold**

*Oppsummert*



# PSY KOL OGI

Vol. 58 **nr. 11** 2021

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams,

katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

**Redaksjonssjef og nettredektør** Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

**Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen,

gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

**Teknisk redaktør** Christian von Schack,

christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

**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,

tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Joar Øveraas Halvorsen, Cathrine Idsøe,

Pia Beate Pedersen og Martin Bystad

Denne utgaven ble godkjent til trykk 22.10.2021

**Omslagsillustrasjon** Åshild Irgens

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



# Problemet med enkle forklaringer

**Fem mennesker mistet livet i Kongsberg**, og årsaken knyttes til psykisk sykdom. Politidirektoratet melder om at de registrerer en økning i grov vold, som kan knyttes til faktisk eller mistanke om alvorlig psykisk sykdom. Politidirektoratet argumenterer med at ny tvangslov, som trådte i kraft i 2017, har medført at mennesker som trenger behandling, ikke har fått hjelp og knytter dette til en økning i grove voldshandlinger. Endringen som omtales, gikk ut på at det er kun når en person mangler samtykkekompetanse, at man kan se bort fra kravet om at all helsehjelp skal gis på et frivillig grunnlag. Helsedirektoratet melder at det ikke har blitt noen reduksjon i bruk av tvang etter at denne nye loven kom.

**Jeg spør meg om ikke** Politidirektoratet gjør seg skyldig i en altfor rask slutning om en sammenheng mellom tvangsvedtak og potensialet for å forhindre uutholdelige hendelser. Er det mulig å forutsi hvilken ensom og sint ung mann med interesse for våpen som vil begå ugjerninger? Forholder det seg slik at mennesker som oppfyller kriteriene for en alvorlig psykisk lidelse, utfører alvorlig vold oftere enn befolkningen totalt? Dersom økning i bruk av tvang vil redusere vold, følger det at gjerningspersonene må ha oppfylt kriteriene satt for tvangsvedtak, også før den nye loven trådte i kraft. Hva vet vi om dette?

**På Ytring.no på NRK understreker** overlege Erlend Strand Gardsjord (Gardsjord, 18.10.21) i kronikken «En ubehagelig sannhet» at det er svært viktig at det som skjedde i Kongsberg, blir grundig evaluert. Vi trenger å lære så mye som mulig om hvordan slike hendelser kan unngås. Gardsjord poengterer samtidig at «Å forutse og hindre slike sjeldne hendelser er vanskelig, og kommer sannsynligvis med en betydelig kostnad.» Han mener at en nullvisjon ikke er realistisk. Det er et modig utsagn ved en uutholdelig hendelse som den i Kongsberg. Vi må gjøre alt som er mulig, for at det ikke skjer igjen.

**Men problemet med enkle forklaringer** er at det bidrar til å forsterke et stigma. Kanskje på helt feilaktig grunnlag. ✖



**Katharine Cecilia Williams**

Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no



Problemet med enkle forklaringer er at det bidrar til å forsterke et stigma

# 920



ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS

## KRISER I KOMMUNEN

I løpet av halvannet år opplevde Vågan kommune i Lofoten en serie med kriser som presset det psykososiale støtteapparatet til bristepunktet. Etter hyttebrannen i januar krever lokalpolitikere og ansatte systemendringer.

*Aktuelt*

# 940



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK / NTB

## SMERTENS OMKOSTNINGER

For barn som gjentatte ganger opplever uutholdelig øreverk i utviklingsfaser der man etablerer tilknytning, kan smerte i verste fall tenkes å få negative utviklingsmessige og helsemessige konsekvenser.

*Fagessay*



FOTO: KENNETH JONASSON / EXPRESSEN / SCANPIX

## EKSISTENSIELL NOVEMBER

I romanen *Sent i november* synliggjør den finske forfatteren Tove Jansson de eksistensielle grunnvilkår i tilværelsen. Psykologspesialist Espen Håland har lest romanen og karakterene i et psykoanalytisk perspektiv. *Lengsel* er stikkordet.

*Bokessay*

# Innhold

- 917 **Problemet med enkle forklaringer**  
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 920 **Etter katastrofen**  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 928 **Del 2: Psykoanalyse i voksenpsykiatrisk poliklinikk**  
Fagessay | Linda Sandbæk
- 934 **Bruk av barnemanual for traumefokusert kognitiv terapi for voksen pasient med kompleks PTSD**  
Fra praksis | Silje Elisabeth Hasmo Eilertsen & Camilla Jansen
- 940 **Mellomøretennelse - en mulig faktor i utviklingstraumer?**  
Fagessay | Nils Eide-Midtsand
- 948 **PANDAS: behov for nasjonale retningslinjer**  
Oversiktsartikkel | Matilla Færevåg Berger, Ånen Aarli & Silja Torvik Griffiths
- 958 **Legger vi til rette for at barnet selv kan bestemme om det skal observeres?**  
Etikkpanelet | Maria Løvvik Norheim
- 961 **Risiko for flere voldelige parforhold**  
Oppsummert | Elisabeth Christie Ørke
- 964 **MENINGER**  
Kronikk: Etterlysning: Et tryggere psykisk helsevern | Svein A. Alfarnes (s. 966)  
Debatt: PPT (s. 964), Ledelse (s. 970), Fagformidling (s. 971), ISTDP (s. 972 & 974), ELTE (s. 979), Medisinfri behandling (s. 982)
- 984 **INNTRYKK**  
Anmeldelse: Velskrevet og praksisnært om kvinner med ADHD (s. 984)  
Bokessay: Alle vil hjem, men vil de tilbake? | Espen Håland (s. 986)
- 994 **Annonser**
- 1001 **Stillingsannonser**



**SORGEN** Fem personer mistet livet i hyttebrann på Risøyhamn natt til lørdag 16. januar 2021. Her er det lagt ned blomster og lys ved Svolveer skole. Foto: Aldem Media / NTB

# Etter katastrofen

Et «naturskadefond» for psykiske kriser. Etter hyttebrannen i januar krever både fagfolk og folkevalgte i Vågan kommune systemendringer.

- **TIPÅ** seks lørdag morgen ringte politiet.

Ordfører Frank Johnsen (SP) lener seg bakover og trekker pusten før han repeterer hva som skjedde de første timene etter at tragedien var et faktum natt til lørdag 16. januar 2021. Fire barn og én kvinne og mor mistet livet i hyttebrannen som skaket en hel nasjon. Han som varslet, løp barbeint flere kilometer gjennom natten før han fikk kontakt med folk. Hytta lå på Andøya i Vesterålen. Alle ofrene var bosatt i Vågan.

– Hele kommunen ble berørt. Vi er fortsatt sterkt preget. Behandlingsapparatet har vært presset til bristepunktet, forteller han.

## STOR BELASTNING

Vi møter ham sammen med varaordfører Lena Amalie Hamnes (AP) på rådhuset i kommunesenteret i Svolvær. Det er en drøy time til de skal lede formannskapsmøtet. Det skal foregå på ordførerens kontor, samme stedet der kommunens psykososiale kriseteam samlet seg den dystre januarmorgen. Kort tid etter at alarmer hadde gått, var alt som kunne krype og gå av tilgjengelig helsepersonell, på beina: fastleger, kommunepsykologer og sykepleiere. I tillegg prestetjenesten, kommunens ledere og administrasjon, folk fra frivillige organisasjoner og kommunikasjonspersonell, til sammen oppimot 40 personer.

– Vi gjorde det vi kunne, forteller Hamnes og Johnsen.

Kommunehelsetjenesten slet allerede tungt under presset fra pandemien. Hyttebrannen kom på toppen. Flere av de ansatte kjente påørende og ofrene personlig.

– Belastningene på hjelperne blir ikke mindre av at avstanden er så liten til dem som er rammet. Mange av hjelperne gråt åpenlyst, forteller de.

At fire av de omkomne var barn, og at de døde på en såpass voldsom måte, gjorde ikke alvorret mindre.

## TELEFON FRA ERNA

Mandag etter ulykken ringte daværende statsminister Erna Solberg. Hun ville uttrykke sin medfølelse på vegne av Regjeringen.

– Vi snakket litt om hva vi trengte hjelp til, og at hjelpebehovet kunne strekke seg over tid. Hun sa at vi ikke måtte være redde for å be om hjelp til det vi trengte, forteller Johnsen. »

## TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

## Vågan kommune

- Ligger på Austvågøy i Lofoten med Svolvær som eneste by.
- I underkant av 10 000 innbyggere.
- Tre faste kommunepsykologstillinger, to tilsatt på familieenheten, én på voksen. I tillegg én psykolog på prosjekt som følge av hyttebrannen i januar.
- Alle tjenester for barn er organisert under familieenheten, som har over 30 ansatte.
- Lofoten og Vesterålen distriktpsikiatriske senter (Nordlands-sykehuset HF) har egen avdeling i Svolvær.

- Ingen kommuner på vår størrelse kan være forberedt på de langsiktige konsekvensene av psykiske kriser med et omfang som dette

*Frank Johnsen, ordfører,  
Lena Amalie Hamnes, varaordfører*

Statsministeren ble tatt på ordet. Kommunen søkte Statsforvalteren i Nordland om et tilskudd på 6,5 millioner kroner. I første omgang ble det utbetalt 170 000 kroner i krisemidler fra Statsforvalteren. Etter å ha påklaget vedtaket ble beløpet høynet til 600 000.

- Det var ikke akkurat det vi hadde sett for oss etter å ha snakket med statsministeren, sier Johnsen og Hamnes.

#### **TUNG PLIKT, STRAM ØKONOMI**

Alle kommuner har plikt til å etablere systemer for psykososial beredskap og oppfølging etter små og store kriser. Det fremgår av kommunehelsesloven paragraf 3-2. 3. d. I 2017 ble plikten forsterket gjennom en presisering i lovteksten. Bakgrunnen var blant annet dyrekjøpte erfaringer etter 22. juli-katastrofen. Både 22. juli-kommisjonen og Helsedirektoratet konkluderte med at den psykososiale oppfølgingen av de 22.-juli-rammede i hjemkommunene varierte for mye og kunne være vilkårlig. Kommunenes plikt til psykososial oppfølging ble derfor skjerpet. Året før ga Helsedirektoratet ut *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Den gir en oversikt både over det rettslige og det faglige grunnlaget for kommunal kriseberedskap og psykososial oppfølging og beskriver hvordan det organiseres.

- Hvor godt var dere rigget til å møte kriser som krever langvarig psykososial oppfølging som i dette tilfellet?

- Ingen kommuner på vår størrelse kan være forberedt på de langsiktige konsekvensene av psykiske kriser med et omfang som dette. Kommuneøkonomien er for stram, og katastrofene rammer helt tilfeldig.





– *I hvor stor grad kunne situasjonen ha vært avhjulpet gjennom interkommunalt samarbeid, for eksempel ved å låne fagfolk fra nabo-kommunene?*

– Vi har god dialog og samarbeid med nabokommunen. Utfordringen er at de har mer enn nok med sitt daglige arbeid. Om de skal trø til her, må de utsette noe i egen kommune, sier ordfører Johnsen.

Nå etterlyser de to lokalpolitikere en ordning med lett tilgjengelige statlige midler når store kriser rammer lokalsamfunnet.

– Penger til å reparere materielle skader etter katastrofer sitter som regel ikke så langt inne. Vi trenger også et eget fond for å avhjelpe psykiske kriser som strekker seg over tid, og som belaster oppvekstarenaer, primærhelsetjenesten og det øvrige hjelpeapparatet langt utover det som er normalt. Et nasjonalt mentalt «naturskadefond» om du vil, sier Johnsen og Hamnes.

### «ET SLAG I ANSIKTET»

Uttrykket kommer kjapt fra leppene til kommunepsykolog Lene Sommerseth Hansen når vi spør hvordan hun oppfattet responsen på søknaden til Statsforvalteren. Da kommuneoverlegen måtte melde pass på grunn av pandemibelastningen, var det hun som nestleder i kriseteamet som måtte lede arbeidet. Etter en så omfattende krise hadde hun imidlertid forventet en langt rausere holdning fra sentrale myndigheter.

– Etter telefonen fra Erna følte vi oss litt holdt for narr, sier hun.

Hun forteller at mesteparten av ressursene har gått med til å følge opp pårørende, elever og lærere ved de fire avdøde barnas skoler og til å kartlegge forbindelseslinjene mellom brannofrene og personer i nærmiljøet.

– Når barn dør, er det gjerne flere nære berørte enn når voksne dør. Ulykken påvirker hele lokalsamfunnet; fra de nærmeste pårørende til klassekamerater, arbeidskollegaer, naboer, og fritidsarenaer. Dette var det viktig å skaffe seg oversikt over for å finne ut hvem vi skulle sette inn tiltak overfor, sier hun.

Hun sier at det ordinære arbeidet i de enkelte tjenestene i kommunen fort lider når så mye ressurser går med til å håndtere en ekstraordinær situasjon over så lang tid.

– Ved en ulykke med slike dimensjoner settes hele tjenesteapparatet på strekk. Når så mye ressurser blir bundet opp i arbeid som følge av ulykken, risikerer andre å måtte vente på hjelp. Totalbelastningen kan skape folkehelseproblemer på lengre sikt fordi risikoen er stor for at det er ting hjelpeapparatet ikke klarer å fange opp, sier Sommerseth Hansen.

### EN SERIE MED ULYKKER

Hyttebrannen føyde seg inn i en rekke av ulykksalige hendelser over kort tid i Vågan. I august 2019 omkom tre personer da bilen de øvelseskjørte i, havnet utenfor fergekaia i Svolvær sentrum. To måneder i forveien druknet en trettenåring på badetur med venner. Syv uker etter hyttebrannen døde en 10.-klassing av akutt sykdom på samme skole og samme trinn som et av barna i brannen. I alle tilfellene var barn og unge sterkt involvert.

– Mange skoleelever som vi i dag har kontakt med, har opplevd at nettverket deres har vært rammet flere ganger, sier Sommerseth Hansen. »

## Sier nei til «naturskadefond»

– **DET ER** Ikke behov for å bygge opp et eget «naturskadefond» for psykiske kriser.

Det skrev statssekretær Maria Jahrmann Bjerke i Helse- og omsorgsdepartementet i en e-post til redaksjonen rett før regjeringsskiftet i midten av oktober.

Før det hadde Psykologtidsskriftet kontakt med statsminister Erna Solberg med spørsmål om hva kommuner kan forvente av ekstra ressurser når de står i omfattende kriser. Vi spurte også Solberg om hun kan ha bidratt til falske forhåpninger om mer omfattende hjelp da hun tok kontakt med ordfører Frank Johnsen for å kondolere. Statsministerens kontor sendte oss videre til Helse- og omsorgsdepartementet, og Jahrmann Bjerke svarte slik:

«Dersom en kommune har ekstraordinære utgifter knyttet til en konkret hendelse som brannen på Andøya i Vågan har kommunen mulighet til å søke Statsforvalteren om midler. Det betyr at det er midler i systemet som kan ivareta ekstraordinære behov i kommunene. Det burde derfor ikke være behov for å bygge opp et eget naturskadefond.»

Statsforvalter i Nordland Tom Cato Karlsen opplyser at tildeling av skjønnsmidler vurderes individuelt fra sak til sak. I Vågans sak var ikke bare den spesielle hyttebrannen alene utslagsgivende, men også at kommunen over relativt kort tid opplevde flere dødsfall blant ungdommer fra det samme skolemiljøet, påpeker han i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Karlsen skriver også at noen av tiltakene som Vågan skisserte, ikke var innenfor kriteriene som legges til grunn for tildeling.

– Vi hadde søknader for til sammen ca. 270 millioner kroner, mens potten totalt sett var på 32,4 millioner kroner, påpeker han og føyer til at Vågan ved behov har mulighet til å søke om fremtidige skjønnsmidler.

– Hvorvidt fremtidige søknader om midler blir tildelt, vil avhenge av skjønnsmidlenes størrelse, og hvorvidt de når opp i søknadsprosessen, skriver han.



- Det er ikke nødvendigvis eksterne eksperter på krisehåndtering det er mest behov for

*Lene Sommerseth Hansen, kommunepsykolog*

## DRG

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et system for å gruppere pasienter i spesialisthelsetjenesten etter diagnose, kjønn og alder etc. DRG brukes som grunnlag for å måle sykehusets aktivitet, noe som igjen er utslagsgivende for finansiering av sykehusene.

*Kilde: Helsedirektoratet.*

Hun påpeker at det i små lokalsamfunn gjerne oppstår en rekke krysskoblinger. Samme person kan samtidig være onkel, lærer og fotballtrener for en av de avdøde.

- Innbyggerne påvirkes dermed på flere måter.

### HJELP TIL DET «ORDINÆRE» ARBEIDET

- Dere søkte om 6,5 millioner kroner. Hva ville dere ha brukt pengene til om dere hadde fått dem?

- Det er ikke nødvendigvis eksterne eksperter på krisehåndtering det er mest behov for. Forskningen viser at etterarbeidet etter slike kriser best utøves av noen som kjenner kommunen og den konteksten folk er en del av, og det gjør vi som allerede jobber her. Utfordringen er at vi ikke har nok ressurser til de ordinære tjenestene når vi bindes opp i krisearbeidet. Vi trenger å rekruttere folk til å få det daglige arbeidet i kommunen til å gå rundt, sier hun.

Med krisemidlene ønsket Vågan å styrke tjenester som psykiatrisk sykepleier, kommunepsykolog, ungdomslos og PPT, og følge opp hjelperne som hadde vært under sterkt arbeidspress over tid.

- Hvordan skulle dere ha fått tak i folk? Det er godt dokumentert hvor vanskelig det er å rekruttere helsepersonell til små og mellomstore kommuner i distriktene?

- Selv har vi klart å rekruttere en kommunepsykolog i engasjementsstilling. Hun hjelper og avlaster oss i det løpende arbeidet som kommunens psykiske helsetjenester har ansvar for. Foreløpig er hun på engasjement til mai 2022. Vi trenger å få dekket utgifter til denne typen engasjementer når behovet strekker seg over tid, sier Sommerseth Hansen.

Hun forteller om evalueringen som kommunen gjennomførte blant dem som har fått hjelp etter ulykken. Særlig ett funn er entydig: frykt for at oppfølgingstilbudet skal opphøre for tidlig.

- Vi skal fortsette å hjelpe. Men omfanget av ulykker som dette fordrer at hjelpen er mye sterkere forankret i nasjonale forpliktelser og rettigheter enn i dag. Det psykososiale oppfølgingsarbeidet bør ha egne standarder for kvalitet og være en del av tilsynsmyndighetens ansvarsområde

### - HELSESYKEPLEIERE ER NØKKELPERSONELL

Kommunalsjef for oppvekst i Vågan Veslemøy Drangevåg legger vekt på at barn og unge har vært rammet særlig hardt av dødsulykkene som har hjemsøkt kommunen de siste 20 månedene. Dette var noe kommunen påpekte da de søkte staten om ekstra skjønnsmidler etter hyttebrannen. Etaten Drangevåg leder, har blant annet ansvar for skolehelsetjenesten. Hun sier helsesykepleiere er en nøkkelressurs, men at de er blant helsepersonellgruppene som er vanskeligst å rekruttere på landsbasis.

- Kunne dere ikke ha omdisponert noen helsesykepleiere; flyttet dem til skoler der behovet for oppfølging av elever etter ulykken har vært ekstra stort?

- Spørsmålet må ses i sammenheng med at Vågan er en forholdsvis liten kommune. Mange har nære relasjoner til dem som er rammet av ulykken. Når vi har omdisponert, rammes de skolene som får redusert sitt nærvær av helsesykepleier. Vi ser at elever på de skolene som ikke har fått tilstrekkelig tilbud om samtale med helsesykepleier, får utfordringer, sier hun.



FOTO: KENN LØKKEGAARD

De fire barna som mistet livet i brannen, var elever i sjuende og tiende klasse ved Henningsvær skole og femte og tiende klasse ved Svolvær skole.

#### **HVA MED SPESIALISTHELSETJENESTEN?**

Hva kan så spesialisthelsetjenesten stille opp med i situasjoner som dette? Avdelingsleder ved Lofoten og Vesterålen distriktpsikiatriske senter Desirée Høgmo opplyser at de interne systemene ved DPS-et på ulykkestidspunktet i liten grad fanger opp katastrofer av den typen hyttebrannen representerer. Hun sier at spesialisthelsetjenestens oppgave tradisjonelt vil være å ta seg av de som er direkte skadet i ulykker; de som trenger sykehus-hjelp og deres pårørende.

– I dette tilfellet var de fleste døde, og det kom få skadde inn i sykehus slik at vårt interne planverk ikke ble utløst. Likevel ble vi tidlig alarmert. Våre interne planer er nå endret, slik at vi som skal jobbe psykososialt ved alvorlige hendelser, automatisk blir aktivert tidlig, også ved hendelser der det er få skadde og mange omkomne, sier hun til Psykologtidsskriftet.

Høgmo sier at DPS-et bistod kommunen i arbeidet med pårørende og etterlatte etter ulykken, men at spesialisthelsetjenesten ikke har noen rolle i det langsiktige arbeidet med psykososial oppfølging etter at akuttfasen er over.

– Vi baserer oss på henvisninger fra lege eller psykolog til utredning for mulige diagnostiserbare tilstander, eksempelvis en sorg som beveger »

– Prioriteringsveilederen kunne med fordel gitt rom for noe lengre psykososialt oppfølgingsarbeid fra spesialisthelsetjenesten

*Desirée Høgmo,  
avdelingsleder ved Lofoten og Vesterålen DPS*



- Vi trenger et nasjonalt apparat som gjør at vi bedre kan håndtere de store krisene

*Jan Håkon Juul, kommuneoverlege*

.....  
 Psykologtidsskriftet hadde som intensjon å lage reportasje også om det psykososiale oppfølgingsarbeidet i Gjerdrum, men kommunen fant ikke anledning til å snakke med oss.

seg over i en mer kronisk tilstand. Innenfor rammen av dagens prioriteringsveileder er det ikke vår oppgave å drive psykososialt oppfølgingsarbeid, sier hun.

- Burde det ha vært det i en situasjon som dette?

- Prioriteringsveilederen kunne med fordel gitt rom for noe lengre psykososialt oppfølgingsarbeid fra spesialisthelsetjenesten ved katastrofer av denne art, uten at en skal overta det kommunale ansvaret. Det er viktig med en avgrensning, slik at normale sorgreaksjoner ikke blir ansett som sykdom, mens det som har beveget seg over i en mer kronisk tilstand, får nødvendig behandling. I dette tilfellet gikk vi ut over veilederen og ga oppfølging lenger enn vi er pålagt.

#### UTVIDET ROLLE

I kafeen i adkomsthallen til familieenheten i Vågan kommune treffer vi kommuneoverlege Jan Håkon Juul. Etter trekvart år med arbeidsdager på i gjennomsnitt 15–16 timer på grunn av pandemien ga han beskjed om at han hadde lite å bidra med da brannulykken var et faktum 16. januar. Han overlot derfor roret til kommunepsykolog Lene Sommerse Hansen. Kommuneoverlegen har klare oppfatninger av at det må systemendringer til for at ikke lokalsamfunnet skal knekke ryggen i møte med kriser av det omfanget Vågan har vært utsatt for.

Juul er krystallklar på at spesialisthelsetjenesten bør få en utvidet rolle i situasjoner som den kommunen har vært i.

- Spesialisthelsetjenesten har lite å stille opp med. Hjelp derfra er jo basert på at pasienten har en diagnostiserbar lidelse. Psykososial oppfølging for å forebygge senskader av traumatiske hendelser er en annen type arbeid og gir ikke DRG-poeng, påpeker han.

- Hva kan gjøres med det?

- Vi trenger en forskrift i spesialisthelsetjenesteloven som gjør at spesialisthelsetjenesten ved behov kan bistå med oppfølging av de etterlatte og pårørende over tid. Men da må man bygge opp tjenester som er robust nok til å ta toppene, sier han til Psykologtidsskriftet.

#### - ULNE LØFTER

Juul mener at krisehåndteringen i Vågan ikke ble enklere av at det fra nasjonalt politisk hold ble gitt løfter som ikke ble innfridd.

- Vi trenger et nasjonalt apparat som gjør at vi bedre kan håndtere de store krisene. De færreste kommuner på under 40 000 innbyggere kan ha et volum på hjelpetjenestene som gjør at man over tid kan avse noen til å gjøre noe annet, sier han.

- Når nasjonale politikere går offentlig ut og sier at vi skal få det vi trenger, skaper det selvsagt forventninger hos pårørende og andre etterlatte. Når de opplever at de likevel ikke får det de trenger, er det vår «skyld». Det gjør det ikke enklere å stå i dette, sier han.

Han får støtte av prost Kristine Sandmæl. Hun er nærmeste overordnede til alle prestene i Lofoten og er fast medlem av kommunens krise-team. Prestetjenesten har vært aktivt involvert i det psykososiale oppfølgingsarbeidet. Vi spør Sandmæl om hvilket budskap hun har til sentrale beslutningstakere trekvart år etter den tragiske ulykken på Andøya.

- Ikke kom med løfter i kampens hete som ikke kan holdes, eller som er så ulne at de kan misforstås. Når ulykker inntreffer, stiller selvsagt alle opp med det de har å bidra med. Det skjer uten noen form for ekstra kompensasjon. Skuffelsen over brutte løfter hjelper ikke på motivasjonen, sier hun. »

## - Kriser bør håndteres lokalt

- **KUNNSKAPEN OM** krisepsykologi må først og fremst bygges opp i kommunene, mener psykologiprofessor og forsker Tine Jensen.

Hun mener det er lite som tilsier at det er en god idé å «fly inn» spesialister utenfra.

- Hjelpenes lokalkunnskap er en viktig del av det psykososiale oppfølgingsarbeidet, og da må kunnskapen om krisehåndtering og psykososial støtte bygges opp lokalt, sier hun.

### LITE SKREDDERSØM

Det fins likevel situasjoner der ekstern hjelp kan være nødvendig. Selv er Jensen og kolleger ved Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) sammen med RVTS-øst aktuelle som rådgivere for Gjerdrum etter leirskredet i romjulen 2020.

- Gjerdrum ulykken er omfattende. Svært mange er berørt samtidig på et avgrenset område. Noen av hjelperne var selv direkte rammet. Mye av infrastrukturen var ødelagt. I tillegg var de belastet av pandemien. I denne situasjonen fikk NKVTS i oppdrag fra Helsedirektoratet i å bistå med å foreslå en psykososial oppfølgingsplan og gi råd i oppfølging av planen, forteller hun.

- *Hvor godt er norske kommuner rigget for å kunne ta psykososialt oppfølgingsansvar når ulykken inntreffer?*

- Det varierer. Ingen kommune kan være rigget for det som Gjerdrum opplevde. Men det har skjedd mye god kunnskapsutvikling etter tsunamien i Det indiske hav i 2004.

Tine Jensen sier at ingen katastrofer er like og påpeker at det dermed er umulig med skreddersyddde løsninger. Desto viktigere mener hun det er å ha nasjonale systemer som er fleksible nok til å imøtekomme kommunenes behov i hvert enkelt tilfelle. Hun mener systemene må være rause nok til at de ikke bremser fremdriften i det psykososiale oppfølgingsarbeidet, fordi oppfølgingen bør komme i gang så raskt som mulig.

- Hvis det bevilges penger bare i små porsjoner, slik at kommunene hele tiden må be om mer, kan det forsinke arbeidet. Et nasjonalt fond kan derfor være en god idé, sier Jensen.

- *Bør spesialisthelsetjenesten få en mer sentral rolle enn de har i dag når ulykken er ute?*

- Det vil kunne være etisk problematisk hvis vi innfører en generell regel om at folk utsatt



**OPPFØLGING** Tine Jensen mener det bør bygges et eget katastroferegister som systematiserer erfaringene fra katastrofer i Norge. Foto: Nora Skjerdingsstad

for katastrofer automatisk rykket fram i køen til spesialistbehandling. Særlig siden studier viser at risikoen for å utvikle psykisk lidelser etter en katastrofe er lavere enn for en 17-år gammel jente som er blitt voldtatt. Hun bør også kanskje prioriteres, sier Jensen.

- Men inntakssystemene kan kanskje være litt mere fleksible så de som trenger akutthjelp etter en katastrofe får det.

Psykologiprofessoren sier at det per i dag fins lite norsk tallmateriale som sier noe om behovet for traumefokuserte intervensjoner etter katastrofer. Å overføre internasjonale beregninger til norske forhold mener hun kan være problematisk.

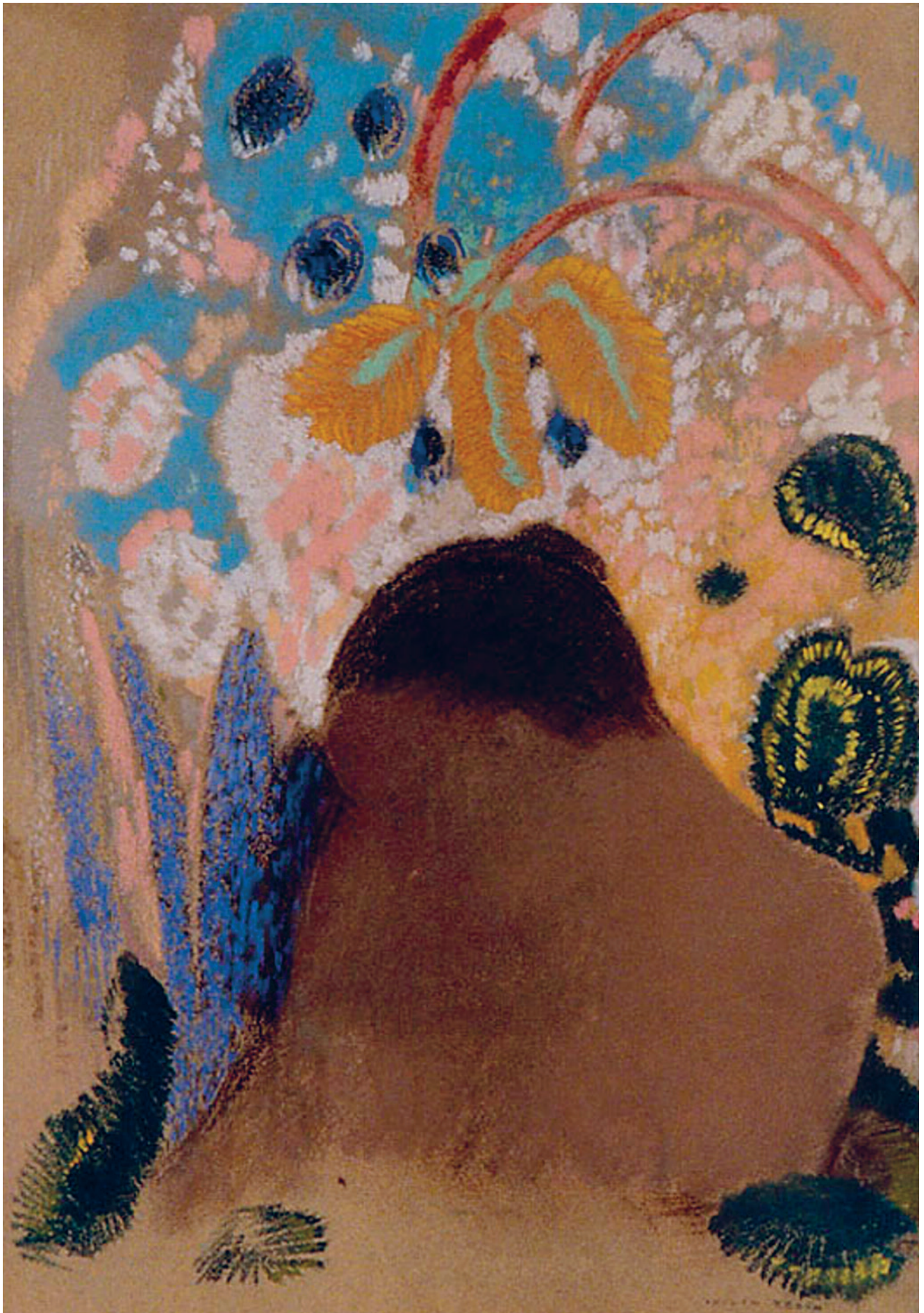
### KATASTROFEREGISTER

- Hvis hvert tredje offer for orkanen Katrina som rammet sydøstkysten av USA i 2005, utvikler PTSD, er ikke det et tall som automatisk kan brukes som kunnskapsgrunnlag i Norge. Risikofaktorene vil være svært forskjellige: Hvor mange av de ulykkesrammede var hjemløse eller arbeidsløse? Hva slags forsikringsordninger hadde de, hvor stor er tillitten til at det offentlige stiller opp, osv. Disse forholdene påvirker utsiktene for å utvikle PTSD, sier Jensen

Etter råd fra NKVTS tok den proaktive oppfølgingen i Gjerdrum utgangspunkt i de som ble evakuerte, cirka 1600 personer. Etter screening ser det ut til at omtrent fem til ti prosent av de som ble kartlagt hadde behov for traumefokuserte intervensjoner. Etter terroren på Utøya der de fleste berørte var ungdommer som hadde blitt eksponert for forferdelige vitneopplevelser, var det omtrent 2/3 som ble henvist til spesialisthelsetjenesten.

Jensen mener det bør bygges opp et eget norsk katastroferegister som systematiserer erfaringer fra katastrofer i Norge, og som kan tas i bruk for å planlegge riktig bruk av ressurser og intervensjoner ved fremtidige katastrofer.

- Vi trenger langtidsdata som tar utgangspunkt i norske forhold. Ellers risikerer vi å overestimere risikoen for sykkelighet her i Norge, og det er ingen tjent med, sier hun. ✕



**RELASJONER** Et fellestrekk ved ulike former for psykoanalytisk terapi er at terapeuten tilbyr en relasjon for å hjelpe pasienten til å skille mellom egne og andres følelser og å lese egen og andres mentale tilstand mer nøyaktig. Maleri: Odilon Redon / Art Institute Chicago

## DEL 2:

# Psykoanalyse i voksenpsykiatrisk poliklinikk

Hvordan kan psykoanalytisk behandlingsmetode være til nytte i arbeidet med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse? Bevissthet om overføring og terapeutisk holdning kan fremme kontakt med og kontroll over følelser, og motvirke alliansebrudd.

**MIN ERFARING ER** at psykoanalytisk teori og behandlingsmetode kan ha spesielt stor verdi for å forstå og kunne intervenere i møte med de vansker vi typisk ser hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF). Dette essayet bygger på det som ble publisert i forrige utgave av dette tidsskriftet, hvor jeg løftet frem bidrag fra psykoanalytisk teori som jeg opplever har vært nyttig for å forstå denne pasientgruppens strev. Vi så hvordan symptomer på EUPF kan forstås som uttrykk for tilknytningsatferd, manglende differensiering av selv og objektrepresentasjoner, og som forsøk på å bli kvitt uutholdelige følelser. Jeg beskrev hvordan pendling mellom nærhet og avstand i relasjoner, mellom idealisering og devaluering, kunne forstås som uttrykk for manglende objektkonstans. I det følgende vil jeg se nærmere på hvordan elementer fra psykoanalytisk behandlingsmetode kan være nyttig i arbeidet med EUPF.

## ENDRINGSSKAPENDE RELASJON

Et fellestrekk ved ulike former for psykoanalytisk terapi er at terapeuten tilbyr en relasjon for

å hjelpe pasienten til å skille mellom egne og andres følelser og å lese egen og andres mentale tilstand mer nøyaktig. En fokuserer mer på hva som skjer her og nå, enn på hva som skjedde før. Et mål er å oppnå kontakt med den enkelte underliggende behov og motsetningsfylte følelser ved at disse blir aktivert i møte med terapeuten. Pasienten trenger ikke være redd for egne behov og følelser, og behøver da heller ikke å handle dem ut når han gradvis tør å oppleve dem i relasjonen til terapeuten, og forstår deres opprinnelse i tidligere relasjoner. Innsikt anses som en viktig kurativ faktor i psykoanalytisk terapi. Det dreier seg ikke bare om intellektuell innsikt – det kurative aspektet ved innsikt oppnås gjennom affektive opplevelser som endrer måten å oppfatte seg selv og andre på (Gullestad & Killingmo, 2013).

Våre tidlige erfaringer påvirker hvilke forventninger vi får til andre mennesker, og måten vi søker kontakt med andre på. Innenfor psykoanalytisk teori kalles dette relasjonsscenario. Relasjonsscenario kan defineres som «(...) relasjonen mellom en selvrepresentasjon og en objektrepresentasjon som har et relativt stabilt

## TEKST

Linda Sandbæk, psykologspesialist ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus

## KONTAKT

[linda.sandbaek@gmail.com](mailto:linda.sandbaek@gmail.com)



mønster, og som kan identifiseres i ulike situasjoner» (Gullestad & Killingmo, 2013, s. 136–137). Når pasienten ubevisst gjentar slike scenarioer i relasjonen til terapeuten, kalles dette overføring. Motoverføring refererer til terapeutens følelsesmessige reaksjoner på ubevisst kommunikasjon fra pasienten. Tidligere ble motoverføring betraktet som et hinder for behandlingen ved at terapeuten ubevisst la egne, ubearbejdede følelser over på pasienten. I dag har motoverføring også status som klinisk instrument. I egne følelser finnes et potensial til å forstå hvordan det er å være den andre. Arbeid i overføring forutsetter at terapeuten både har emosjonell kjennskap til og rasjonell oversikt over egne psykologiske temaer. Det å skille ut hvem som «eier» følelsene, er en utfordring. Veiledning, refleksjon sammen med kollegaer og egenbehandling anses som sentralt.

Høgland (2014) har i en RCT-studie sammenlignet psykoterapi med og uten overføringstolkninger. De fant effekt av psykoterapi generelt, men ingen signifikant forskjell mellom behandlingsmetodene. Ved nærmere undersøkelse av ulike subgrupper i utvalget fant de at overføringstolkninger var spesielt nyttige for kvinnelige pasienter med vanskelige interpersonlige forhold og mer alvorlig personlighetspatologi.

#### TYPISKE MOTOVERFØRINGER VED EUPF

Både gjennom egen praksis og veiledning av andre har jeg lagt merke til noen typiske motoverføringer i arbeidet med EUPF: Terapeuten kan få følelsen av å være en spesielt god terapeut, særlig i innledningen av terapien. Det kan være utfordrende å ikke la seg rive med, både av pasientens tendens til idealisering og den påfølgende skuffelsen og opplevelsen av mislykket dersom du senere blir devaluert. Det kan også være utfordrende å stille seg tilgjengelig for den sterke avhengigheten som disse pasientene ofte føler til terapeuten. En annen vanlig motoverføringsreaksjon kan være at terapeuten føler seg presset til å gjøre noe mer med det som for pasienten oppleves som utålelige følelser der og da. Du føler deg kanskje utilstrekkelig og tilbyr langt mer enn du ville tilbudt andre (for eksempel avslutter ikke timer til avtalt tid, gir ut privat telefonnummer eller søker til døgninnleggelse uten at det faglig lar seg forsvare basert på psykisk tilstand og behandlingsbehov). Ikke sjelden har jeg sett at pasienten med EUPF har et

team av engasjerte og frustrerte hjelpere rundt seg. Alle opplever at de ikke strekker til, og noen opplever at de andre hjelperne ikke gjør en god nok jobb. Følelsen av utilstrekkelighet kan også handles ut mer indirekte. For eksempel kan terapeuten berolige og bekrefte på områder hvor pasienten føler skyld og skam, men hvor dette blir den typiske bjørnetjenesten, da det frarøver pasienten muligheten til å kjenne på egne følelser og bruke dem som rettesnor for valg og handlinger. I arbeidet med EUPF vil det være nyttig å opparbeide en kapasitet til å registrere følelser som oppstår i deg uten å umiddelbart handle på disse. For eksempel kan du få følelsen av at pasienten ikke får tilstrekkelig oppfølging fra førstelinjetjenesten, som kan være sant, men opplevelsen kan også være et resultat av motoverføring fra forrige time, da pasienten formidlet stor grad av håpløshet. Du venter med å foreslå ytterligere behandlingstiltak til du har undersøkt nærmere hva som allerede er etablert.

Jeg vil i det følgende illustrere psykoanalytisk behandlingsmetode i praksis gjennom en klinisk vignett. Pasienten gikk i 20 timers behandling hos meg i voksenpsykiatrisk poliklinikk. Demografiske fakta og problemkompleks er delvis konstruert for å bevare anonymitet.

#### DET KNIRKENDE HJULET

Hun var opprinnelig fra Frankrike, men hadde arbeidet og bodd i ulike deler av verden gjennom voksenlivet. Hun nærmet seg femti, hadde ingen barn, men en rekke korte og noen lengre kjæresteforhold bak seg. Som ung beskrev hun seg selv som en kreativ og rastløs sjel med stor arbeidskapasitet. Hun hadde en periode gjort karriere innenfor reklamebransjen. Dessverre havnet hun ofte i konflikter og situasjoner som gjorde at hun mistet jobber og ikke evnet å slutføre prosjekter. På henvisningstidspunktet arbeidet hun som lærer. Konflikter på jobben hadde eskalert, og behandlingen var dels pålagt henne fra ledelsen. Hun viste seg ved nærmere kartlegging å ha problemer med å akseptere autoriteter, ble lett fornærmet og hadde høye forventninger til hvordan kollegaer og mennesker for øvrig burde se henne som person og forstå hennes behov. Med sin intelligente og krasse sarkasme gikk hun ikke av veien for å sette på plass så vel andre ansatte som sine overordnede. «Det knirkende hjulet» var hennes egen betegnelse på en nærmest tvangsmes-



sig tendens til å si ifra. Hun opplevde det som sin plikt og følte at hun var alene om å «se verden som den var».

Ved utredning med MINI nevropsykiatrisk intervju fremkom moderat depresjon pågående og tidligere, samt overforbruk av alkohol. Ved utredning med SCID II (strukturert klinisk intervju for personlighetsforstyrrelser) oppfylte hun kriterier for EUPF og utviste også to subterskeltrekk fra narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Hun hadde vært i behandling hos et titalls terapeuter gjennom årene uten å oppleve særlig bedring. Da vi kikket nærmere på hva som utspilte seg, viste det seg at hun forlot behandlingen når hun opplevde at terapeuten ikke forsto. Umiddelbart tenkte hun at terapeuten ikke var god nok, og mistet alt håp om å få hjelp.

I første time på poliklinikken ble hun opprørt over at andre pasienter småsnakket sammen på venteværelset. Hun sa ifra både i ekspedisjonen, til de andre pasientene og til meg. Da hun ikke nådde frem i å forby skravlingen, bestemte hun seg for å vente utenfor poliklinikken, der det ikke fantes et egnet sted å sitte. Sekretæren som arbeidet ved poliklinikken, var opprørt etter møtet med pasienten denne dagen. Ikke så rart, for i tillegg til den elaborerte klagen fikk hun personlig kritikk for sin måte å være på. Pasienten hadde en tendens til å såre mennesker. Ofte satte hun andre i forlegenhet ved å avsløre det hun trodde var deres sanne intensjoner, eller på en subtil måte peke på deres tilkortkommenheter. Terapeutene sine og meg inkludert hadde hun til gode å behandle på denne måten, vi ble plassert på pidestall inntil vi som beskrevet ovenfor trådte feil og hun forkastet oss. I så måte var det nok heldig for vår prosess at terapien dels var påtvunget henne utenfra. Hun greide å stå gjennom de tjue timene, selv da idealiseringen slo sprekker og jeg viste meg som, med hennes ord, «langt fra perfekt».

I løpet av behandlingen knyttet pasienten noen av sine problemer opp til opplevelser i barndommen. Selv om barndomshjemmet fra utsiden virket normalt og ordentlig, ble det på innsiden av hjemmets vegger beskrevet et totalt kaos. Det var ingen regler for hvordan man skulle oppføre seg, ingen faste måltider eller innetider. Pasientens mor kom stadig med trusler om å ta sitt eget liv. Moren kunne slå og kjeftes dersom pasienten gråt eller var engstelig. Hun kunne ikke huske å ha blitt trøstet eller beroliget som barn, men fortalte at hun med vilje falt og skadet seg på skolen fordi hun synes det var så godt med den oppmerksomheten hun fikk fra læreren som satte på plaster og trøstet. Faren jobbet lange dager og drakk tett de få timene han var hjemme. Fra ung alder fungerte pasienten som fars sjelesørger, hun lyttet til hans problemer på jobb og i forholdet til moren. Hennes mor og tre søstre ble devaluert av far, som åpent erklærte at hun var hans favorittatter. Pasienten kom til å forstå hvordan farens idealisering ikke bare hadde isolert henne fra søstrene i barndommen, men også bidratt til et mønster av opplevd distanse til andre mennesker senere, «en følelse av å være bedre enn». I terapien kom hun i kontakt med noe av sin underliggende skam og angst. Bak hennes kalde og noen ganger direkte slemme atferd overfor andre viste det seg en intens lengsel etter tilhørighet og etter at andre skulle se på henne som en god og akseptabel person.

### TERAPEUTISK HOLDNING

Den terapeutiske holdning er ansett som sentral i psykoanalytisk terapi. Når terapeuten skal prøve å forstå pasientens beveggrunner, er den faktiske atferd og uttrykk (form) like viktig som selve innholdet i det som blir



I egne følelser finnes et potensial til å forstå hvordan det er å være den andre





Du føler deg kanskje  
utilstrekkelig og tilbyr  
langt mer enn du ville  
tilbudt andre

sagt. Den terapeutiske holdning kan ifølge Gullestad og Killingmo (2013) sammenfattes i tre grunn dimensjoner. Den første, *stabilitet*, innebærer at terapeuten er forutsigbar og til å stole på. En forutsetning for at pasienten skal kunne bearbeide egne følelsesmessige reaksjoner, er at terapeuten ikke reagerer og alternerer i takt med de følelsesmessige svingningene i pasienten. Stabilitet handler om hvordan terapeuten presenterer seg selv (klær, holdning, måte å ønske velkommen på, virker rolig og avslappet). Stabilitet blir også formidlet gjennom rammene for terapien (timene starter og slutter på samme tid, terapeuten er klar og tydelig angående betaling og hvor mange timer som tilbys). Først og fremst blir stabilitet formidlet gjennom terapeutens emosjonelle tilstedeværelse. Terapeuten handler ikke ut og blir ikke med på de følelsesmessige svingningene i pasienten, men er logisk, klartenkt og stadig følelsesmessig tilgjengelig.

De to andre grunn dimensjonene i psykoanalytisk holdning kan beskrives som *omsluttethet* og *atskilthet* (Gullestad & Killingmo, 2013). Begge peker mot samspillskvaliteter som kan fremme utviklingsmessige prosesser mot en sunn kombinasjon av tilknytning og utforskning. Som vi så nærmere på i forrige essay, er begge disse behovene grunnleggende for menneskelig utvikling. *Omsluttethet* refererer til lengselen etter kontakt og symbiose. Terapeutens kapasitet til å romme, «containing» (Bion, 1984), er et sentralt aspekt ved denne dimensjonen. Intervensjonene vil være validerende, rettet mot å bekrefte og speile erfaringer og følelser. *Atskilthet* representerer behovet for separasjon og uavhengighet i menneskelig utvikling, en holdning hvor terapeuten oppfordrer pasienten til å løsrive seg, utforske sine beveggrunner og handle. Intervensjonene her vil være mer tolkende og konfronterende. Å være sensitiv for hvor pasienten er i overføringen (Killingmo, 1989), kan gi informasjon om hvor en bør plassere seg i forhold til de to sistnevnte dimensjonene.

Det terapeutiske arbeidet med EUPF preges av disse pasientenes intrapsykiske og interpersonlige ustabilitet. Frafall i terapi opptrer hyppigere hos EUPF (Hersen & Turner, 2012). Gjennom overføringsarbeid kan til løp til alliansebrudd utforskes og bearbeides her og nå i den terapeutiske relasjonen. På denne måten muliggjøres også emosjonelt korrigerende erfaringer som kan endre og utvikle forstyrrede internaliserte bilder av selvet og den andre.

Når det gjelder vår pasient, var hun frustrert fordi jeg ikke hadde gjort noe for å forby skravlingen på venteværelset. Idealiseringen av terapeuten var på gyngende grunn. Innledningsvis var hennes sinne utelukkende rettet mot de andre utenfor terapirommet (pasientene, sekretæren, ledelsen ved voksenpsykiatrisk avdeling), men etter hvert uttrykte hun tydeligere sin misnøye over at jeg «heller ikke stilte opp for henne»:

Pasient (P): Det er så grelt lys her på kontoret ditt, men du har vel ikke tenkt å si noe om det heller ...

Terapeut (T): Du føler deg frustrert og skuffet over meg.

P: Jeg hadde forventet at du som en høyt utdannet norsk kvinne våget å være tydeligere. Norge er et demokrati, kvinners posisjon er sterkere her enn noe annet sted i verden, men når en pasient sier ifra, blir hun altså avspist med det samme. Det er umulig å konsentrere seg på grunn av den evinnelige skravlingen (lang utdyping).

T: (Avbryter pasienten.) Det virker på meg som om du har vanskelig for å akseptere at enkelte ting er utenfor din kontroll. Verken du eller jeg kan forby mennesker å snakke sammen på venteværelset. Jeg får tanker om

den rollen du påtok deg i familien som barn, var det ikke det knirkende hjulet du kalte deg selv (pasienten nikker). På jobben har du også beskrevet hvordan du føler deg frustrert og alene når utfordringer oppstår. Ikke så rart at du kjenner det sånn, så alene som du var den gangen. Kan dette være et slags mønster som preger deg også her i terapi?

Senere i samme time inntar pasienten igjen det som oppfattes som en mer idealiserende og underdanig rolle overfor meg:

P: Jeg forstår ikke hvordan du greier å være så rolig og avslappet bestandig.  
T: Jeg tenker på at du i løpet av timen i dag har uttrykt både negative og positive følelser overfor meg. Det virker ikke å være enkelt for deg ... Dette er kanskje vanskelig i forhold til andre mennesker i livet ditt også?

P: Jeg har bare sluttet i terapi, jeg, når terapeuten sier noe dumt eller ikke forstår (oppfattes av terapeuten som en subtil trussel).

T: Ja, da er det sannelig en bragd at du fremdeles er her (begge humrer). Jeg er glad for at du deler følelsene dine med meg. Dersom du kunne akseptere både gode og dårlige sider hos andre, tror jeg det også ville bli lettere for deg å akseptere deg selv. Her i terapien kan vi jobbe med dette.

Her ser vi at terapeuten typisk vil bekrefte pasientens følelser (frustrasjon, forvirring) her og nå. Jeg undrer meg over at det samme mønsteret gjentar seg i tidligere og nåværende relasjoner, samt overfor terapeuten (overføringstolkning). Utdraget illustrerer også hvordan terapeuten kan representere både *omslutthet* og *atskilthet* på ulike tidspunkt i dialogen. Når pasienten sier «jeg forstår ikke hvordan du greier å være så rolig og avslappet», tolker jeg dette som hennes behov for å reparere forholdet og få bekreftet at «vi fremdeles er ok»: med andre ord behovet for *omslutthet*. Denne siste intervensjonen er også rettet mot å kommunisere håp. *Atskilthet* er representert i dialogen ved at jeg som terapeut er åpent uenig med pasienten. Jeg avbryter hennes utlegninger om skravlingen på venteværelset og sier hva jeg tror dette egentlig handler om. Terapeuten er også modell for mestring av følelser ved å ikke handle på dem (for eksempel ved å finne et annet rom hvor belysningen var bedre), samtidig som hun vier pasientens følelser interesse og aksept.

Ofte kan overføringen være mer subtil. Du får følelsen av at pasienten ikke er fornøyd uten at dette kommuniseres direkte. Kanskje har pasienten uteblitt fra timer eller kommer stadig for sent. Utfordringen for terapeuten er å legge merke til når eventuelle vansker i overføringen er til hinder for det videre terapeutiske arbeidet, både fordi det kan bekrefte mer selvhevdende deler av pasientens personlighet (utvikling mot uavhengighet), og fordi det er viktig å arbeide gjennom en negativ overføring for å bevare arbeidsalliansen.

### OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER

Jeg har i to påfølgende essay løftet frem bidrag fra psykoanalytisk teori og behandlingsmetode som jeg har funnet spesielt nyttig i arbeidet med EUPF. Slik jeg ser det, behøver ikke en symptomorientert behandling utelukke vekt på underliggende struktur og dynamikk. Pasienter med EUPF får oftere symptomlidelser enn normalpopulasjonen (Hersen & Turner, 2012). Langt fra alle er motivert for et arbeid over lengre tid, slik en mer omfattende strukturendrende behandling som for eksempel psykoanalyse innebærer. I poliklinikk ser vi ofte at disse pasientene opp-

søker behandling i livskriser eller overganger, perioder de på grunn av grunnlidelsen er mer sårbare for å reagere på med mangelfull mestring og økende symptomer. Psykoanalytisk teori kan øke terapeutens forståelse av disse pasientenes strev, og derav vår evne til å tilby meningsfull psykoedukasjon og validerende tilbakemeldinger. Elementer fra psykoanalytisk behandlingsmetode som overføringsbevissthet, samt en terapeutisk holdning og intervensjoner rettet mot å fremme utviklingsmessige behov for tilknytning og utforskning, kan være nyttig. Dette kan fremme kontakt med og kontroll over følelser, samt motvirke alliansebrudd og frafall i terapi. En behandlingstilnærming informert av psykoanalytisk teori og metode kan gjøre det lettere for denne pasientgruppen både å akseptere og å få utbytte av mer mestringsorienterte tilnærminger. ✕

---

### REFERANSER:

- Bion, W. R. (1984). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hersen, M. & Turner, S. M. (2012). *Adult psychopathology and diagnosis*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Høglend, P. (2014). Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1056–1066. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14010121>
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503–518.

## Bruk av barnemanual for traumefokusert kognitiv terapi for voksen pasient med kompleks PTSD

For voksne med kompleks PTSD kan det være vanskelig å formidle tanker og følelser i kognitiv terapi for PTSD. I denne kasuistikken ble en kvinne i 30-årene ved Haugaland DPS behandlet med barnemanual for PTSD og resultatene var gode.

**TEKST** Silje Elisabeth Hasmo Eilertsen<sup>1</sup> og Camilla Jansen<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Haugaland DPS, Helse Fonna

**KONTAKT**  
 oeie@helse-fonna.no

**EN AV DE** anbefalte behandlingene for voksne og barn med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er traumespesifikk kognitiv atferds-terapi (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Det å bearbeide traumeopplevelser er en av de viktigste intervensjonene i behandlingsmanualene for både voksne og barn, men barnemanualen legger mer vekt på innledende ferdighetstrening før bearbeidingsfasen, og implementering av ferdigheter i dagliglivet *i etterkant* (Medical University of South Carolina, 2017). I møte med en voksen pasient («Tone») med komplekse traumer vurderte terapeuten at pasienten hadde behov for grunnleggende verktøy for emosjonsregulering, kognitiv bearbeiding og emosjonell kommunikasjon før en kunne starte å bearbeide traumatiske minner, og terapeuten valgte å teste ut barnemanualen. Tone ga tilbakemelding om at terapien var svært nyttig, og at hun har hatt langvarig effekt av tiltakene. Noe av det viktigste for henne var trygghet og kjemi i møte med behandleren, konkrete verktøy hun kunne bruke for å mestre hverdagen, og god nok tid i behandling til å jobbe seg gjennom ulike pro-

blemstillinger knyttet til arbeid, familie og relasjoner.

I denne artikkelen ønsker vi å belyse hvordan vi kan gi et bedre og mer sammensatt behandlingstilbud til pasienter med omfattende traumehistorikk og komplekse traumesymptomer. I tillegg vil vi diskutere hvordan en kan jobbe for å tilpasse en barnemanual til arbeid med voksne pasienter. Artikkelen er et samarbeidsprosjekt, hvor psykologistudent Jansen har intervjuet Tone om hennes opplevelse av terapien, mens Eilertsen har skrevet om behandlingen.

### TONE - AKTUELL PROBLEMSTILLING VED OPPSTART

«Det var helt jævlig, men nødvendig.» Slik beskriver Tone hvordan det var å jobbe seg gjennom sine verste barndomsminner. Tone er en kvinne i 30-årene. Hennes virkelige navn er et annet, men vi har valgt å anonymisere henne av hensyn til familien hennes. Hun har hatt en utfordrende og tøff barndom, som var preget av fysisk, psykisk og seksuell vold fra omsorgspersoner. Tone flyttet mye i oppvek-

.....  
 Merknad. «Tone» har gitt samtykke til å publisere denne artikkelen, og har lest og godkjent innholdet.

sten og hadde få trygge voksne rundt seg. Over en periode på nærmere tre år fikk Tone behandling på DPS av psykolog (Eilertsen).

Da Tone ble henvist fra fastlege til DPS, presenterte hun plager i form av flashbacks, mareritt, fysisk ubehag og engstelse relatert til traumer og overgrep i barndommen. Hun opplevde at symptomene ble verre etter at hun selv fikk barn, og syntes det var vanskelig med grensetting overfor partneren. Tone forteller at hun var så psykisk nedkjørt at hun de siste to ukene før hun ble henvist, lå store deler av døgnet i sengen og gråt. Hun gikk på dette tidspunktet på arbeidsavklaringspenger fra NAV, fungerte dårlig i hverdagen og slet med suicidale tanker.

Tone snakker varmt om psykologen som tok imot henne da hun var på sitt dårligste. Hun forteller at åpenhet, fleksibilitet og en ikke-dømmende atmosfære var noe av det viktigste for henne, fordi det gjorde at hun klarte å slappe av. «Ingenting du sier i dette rommet, er dumt» var noe av det første hun fikk beskjed om, og dette fikk henne til å føle seg trygg i situasjonen.

#### DIAGNOSE

Utredningen strakk seg over fire timer. Diagnostisk vurdering ble gjennomført ved bruk av MINI Plus, standardiserte kartleggingsskjema (PHQ-9, GAD-7 og Bergen Insomnia Scale og samtaler med Tone om hennes vansker. Tone fikk diagnosen PTSD (posttraumatisk stresslidelse). Dersom en på dette tidspunktet hadde benyttet ICD-11 for diagnostisering, ville nok Tone ha tilfredsstilt kriteriene for en kompleks PTSD, ettersom hun, i tillegg til de klassiske PTSD-symptomene som flashbacks og mareritt, presenterte vansker med emosjonsregulering, en rekke nedsettende tanker om seg selv, sterk skyldfølelse og skam samt vansker i relasjon med nære andre. Da Tone ble informert om diagnosen, fortalte hun at brikkene falt på plass. Hun hadde i lang tid trodd at hun var «gal», eller at det var noe feil med henne, og uttrykker at hun ble lettet da hun forsto at lidelsen hennes hadde et navn, og at hun ikke var alene om å ha det slik.

#### VURDERINGER OG BEHANDLINGSPLAN

Behandlingsmetoden vi valgte i terapiforløpet med Tone, var traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Dette er en behandlingsmanual som er utviklet for å behandle barn. Etter-

som terapeuten som behandlet henne kom rett fra praksis i barnefeltet til DPS, var hun vant til å benytte barnemanualen for TF-CBT fra Medical University of South Carolina (for mer informasjon, se Medical University of South Carolina, 2017).

I begynnelsen av forløpet fremsto Tone med svært høyt lidelsestrykk og hadde samtidig store vansker med emosjonsregulering og i relasjon med nære andre. I klassisk kognitiv terapi for voksne med PTSD (CT-PTSD) er det vanlig at terapeuten går rett på sak og begynner raskt med bearbeidingen av de traumatiske minnene til pasienten (OXCADAT, u.å.). Tone hadde i begynnelsen av terapiforløpet ikke noe særlig kunnskap om PTSD og traumer. Hun hadde lite språk for egne følelser, store vansker med å slappe av og regulere seg selv samt dårlig innsikt i sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Ettersom Tone strevde med emosjonsregulering, relasjoner og sterke negative følelser, valgte behandleren å bruke barnemanualen, som vektlegger psykoedukasjon. Pasienten ble introdusert for avspenningsteknikker, teknikker for emosjonsregulering og kognitiv mestring før de begynte på bearbeidingsfasen. TF-CBT er svært lik CT-PTSD foruten denne rekkefølgen i intervensjoner, men CT-PTSD-manualen gir mer fleksibilitet med hensyn til hvilken intervensjon en skal bruke når.

Terapeuten vurderte at en av de store fordelene med å velge TF-CBT var den gitte rekkefølgen på modulene. Fra første time kan en formidle til pasienten hva som kommer til å skje fra time til time. For pasienter som er vant med mye uforutsigbarhet og utrygghet i livet, kan en tydelig ramme gi trygghet. Pasienten får også noen behandlingstimer på seg til å bli godt kjent med terapeuten før en begynner med bearbeidingen, som er den mest krevende delen av behandlingen for de fleste pasienter. »



**For pasienter som er vant med mye uforutsigbarhet og utrygghet i livet, kan en tydelig ramme gi trygghet**



## Vi argumenterer for at bruk av TF-CBT kan være en hensiktsmessig måte å jobbe med voksne pasienter med komplekse traumerfaringer på

En mulig ulempe med denne tilnærmingen kan være at man indirekte forteller pasienten at bearbeiding er «farlig», og at vi derfor må utsette dette til pasienten er «klar for det». Terapeuten var derfor nøye med å fortelle Tone at det å snakke om traumerfaringer ikke er farlig, og åpnet også for tematisering av egne erfaringer tidlig i forløpet.

Tone selv forteller at hun satte pris på forutsigbarheten i TF-CBT. Hun sier at hun gjennom terapien ble godt informert om hva som var agendaen for neste time, samt hva både hensikten og formålet var med de ulike hjemmeoppgavene. Tone har tatt vare på viktige dokumenter fra timene i en perm. Dette setter hun i dag stor pris på, særlig ettersom hun i begynnelsen av terapien var så langt nede at hun ikke klarte å få med seg alt som skjedde i timene.

### INTERVENSJON

I TF-CBT bruker man PRACTICE-modellen, som er moduler som benyttes i behandlingen av PTSD. PRACTICE er et engelsk akronym for psykoedukasjon (Psychoeducation), avspenning (Relaxation), emosjonsregulering (Affect Identification & Regulation), kognitiv mestring (Cognitive Coping), prosessering av traumenarrativ (Trauma Narration and Processing), mestring i dagliglivet (In Vivo Mastery), felles timer med pårørende (Conjoint sessions), samt å sikre videre trygghet og utvikling (Enhancing Safety and Future Development).

### Psykoedukasjon

Under psykoedukasjonsmodulen drøftet vi forskjellige temaer som er typiske for voksne med kompleks PTSD, inkludert hva fysisk, psykisk, verbal og seksuell vold er og vanlige reaksjoner. Tone fikk også en introduksjon til

behandling og typiske behandlingsresultater, og vi snakket om selvivaretagelse og trygghet. Her ble barnemanualen tilpasset ved å ta inn elementer som er mer typisk for voksne med PTSD, for eksempel nåværende seksualitet og samliv. Tone fremsto svært lettet etter denne timen, og optimistisk med tanke på videre behandling.

### Avspenning

I avspenningsmodulen benyttet vi blant annet grounding-øvelser og progressiv avspenning. I stedet for de lekne øvelsene i barnemanualen hentet vi øvelser fra voksne avspenningsmanualer. Tone forteller at dette er noen av verktøyene som hun bruker mest i dag, selv om hun til å begynne med syntes det var «litt teit». Det å kunne ta frem ulike verktøy i stressende situasjoner og ha evnen til å takle dem er noe hun trekker frem som uvurderlig.

### Emosjonsregulering

Under affektmodulen gikk vi gjennom grunnfølelsene sinne, glede, tristhet, frykt, avsky, skyld og skam, og Tone ble introdusert for SUDS-skala (subjective units of discomfort). Denne modulen la vi ganske tett opptil den originale beskrivelsen i TF-CBT-manualen, ettersom Tone hadde et begrenset språk for egne følelser.

### Kognitiv mestring

I den kognitive modulen gikk vi gjennom grunnleggende prinsipper fra kognitiv terapi, som sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd, tankefeller og korrigerende av negative automatiske tanker. Også her ble modulen tilpasset den voksne pasienten ved å legge inn elementer fra *Håndbok i kognitiv terapi* (Berge & Repål, 2015). Tone selv trekker frem det å kunne forholde seg til realitetene og «sortere tanker og følelser i rett skuff» som noe av det viktigste hun lærte i terapien. Hun sier i etterkant av terapien at dette ga henne en stor boost i selvtilliten som gjør at hun nå klarer å dele sin kunnskap med andre, både på hjemmebane og i sitt frivillige arbeid.

### Prosessering av traumenarrativ

Under den narrative bearbeidingsfasen benyttet vi tidslinje samt visuell og kognitiv bearbeiding av traumeminner. Her ble tilpasningen av behandlingen til den voksne pasienten

**Tabell 1**

Tones resultater før behandling, rett etter behandling med TF-CBT og ved avslutning.

| Skjema                | Skår ved oppstart | Skår etter seks måneders behandling | Skår ved avslutning, ca. tre år etter oppstart |
|-----------------------|-------------------|-------------------------------------|--|
| PHQ-9                 | 13                | 5                                   | 2  |
| GAD-7                 | 16                | 6                                   | 4  |
| Bergen Insomnia Scale | 30                | 6                                   | 6  |

Merknad. PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9. GAD-7 = General Anxiety Disorder-7.

hentet fra Stenmark (2015). Dette er fasen Tone selv omtaler som «helt jævlig, men nødvendig». Tone beskriver tidslinjen som en viktig prosess, der hun fikk utløp for sine tanker og følelser rundt hendelser i barndommen, og ble klar over hvordan disse påvirker henne i dag. Det ble jobbet mye med å korrigere kognitive antagelser om henne selv, som igjen ble knyttet til traumeminnene. Tone forteller at hun er «en visuell tenker», og det viste seg at det var særlig nyttig å jobbe med visuell bearbeiding.

Selve behandlingen med TF-CBT strakk seg over en periode på seks måneder. Behandlingen i denne perioden besto av 13 timer på kontoret og to telefonkonsultasjoner. De første sju behandlingstimer ble brukt til den innledende delen (PRAC). Deretter fulgte fire dobbelttimer med narrativ bearbeiding. Disse timene ble ikke gjennomført direkte etter hverandre, men avbrutt av et par timer med kognitiv atferdsterapi for aktuelle problemstillinger som dukket opp i Tones hverdag. Deretter gikk terapien gradvis over til modulene «mestring i dagliglivet» og «trygghet og utvikling». Til slutt fikk Tone en lavfrekvent oppfølging på DPS. Ved å bruke rammeverket i kognitiv atferdsterapi jobbet hun her med andre relevante problemstillinger, som relasjonelle utfordringer, sitt forhold til mat og kropp, forebygging av tilbakefall samt det å komme tilbake i arbeidslivet.

### BEHANDLINGSEFFEKT

Ved slutten av terapiforløpet formidlet Tone at hun var svært fornøyd med behandlingen, og at hun hadde lært mye av den. Terapeuten vurderte også at Tone hadde betydelig utbytte av behandlingen. Ved avslutning ble diagnosen PTSD vurdert å være i remisjon.

### TONES REFLEKSJONER ETTER AVSLUTTET BEHANDLING

Tone har et ønske om å formidle til oss fagpersoner at det er svært viktig å ta seg god tid med pasienter og tilrettelegge for lengre forløp når dette er hensiktsmessig. Selv hadde Tone et forløp som strakk seg over tre år. Hun forteller at hun noen ganger ble utålmodig, men at det å ha hjelpen lett tilgjengelig under de første nedturene har vært essensielt, og hun føler at hun i dag er bedre rustet for fremtiden. I tillegg til tid ønsker Tone å trekke frem hvor viktig relasjonen mellom pasient og behandler er. Hun erfarte selv at når det er «full klaff» mellom pasient og terapeut, har det mye å si for fremgangen i behandlingen (og vice versa – når effekten er god, blir også relasjonen bedre).

Tone forteller at noe av det hun likte best med TF-CBT, var at hun måtte jobbe aktivt selv, både i timene og med hjemmeoppgaver. Hun har tidligere gått i terapi hvor hun følte at hun bare har blitt snakket til og ikke med. Hun sier at hun i tidligere terapiforløp opplevde timen som hjelpsom der og da, men at effekten forsvant når hun gikk ut døren. I TF-CBT ble hun presentert for konkrete verktøy som hun kunne bruke mellom timene, og også etter terapiforløpet. Tone har hatt noen nedturer etter avsluttet behandling, men hun har lært å overkomme nedturene ved å ta i bruk det hun har lært. Hun tror at hun aldri kommer til å ende der hun var før hun begynte i behandling. I dag jobber Tone hundre prosent i en fast stilling. Hun har utdanning innen helsefag og har lært hvor viktig det er å ta vare på seg selv i arbeid med andre mennesker. Hun forteller at hun på sikt drømmer om å ta en videreutdanning innen administrasjon og ledelse. Tone ser optimistisk på

fremtiden og sier hun har «blitt sin egen terapeut» – et uttalt mål innenfor kognitiv terapi.

### DISKUSJON OG ETISKE VURDERINGER

Denne kasespresentasjonen viser hvordan en kan bruke barnmanualen TF-CBT i møte med voksne pasienter med kompleks PTSD. Foreløpig forskning på voksne med PTSD har vært gjort på tilnærminger hvor man setter raskt i gang med narrativ bearbeiding (for eksempel CT-PTSD). I TF-CBT, derimot, bruker man omtrent fire behandlingstimer på å gå gjennom PRAC-elementene som beskrevet over, før man starter med bearbeidingen. Dette kan være en fordel for pasienter med kompleks PTSD, da disse pasientene gjerne har alvorlige negative relasjonelle erfaringer som gjør det utfordrende å stole på terapeuten. De fire innledende sesjonene gjør at pasienten får bli godt kjent med terapeuten. Terapeuten får normalisert pasientens erfaringer og tilbyr pasienten konkrete mestringsverktøy for emosjonsregulering før de går i gang med bearbeidingen. Imidlertid er det som nevnt viktig å ikke formidle til pasienten at det er «farlig» å gå inn i traumeerfaringene, på samme måte som at det ikke er anbefalt å vente for lenge med eksponeringsoppgaver for pasienter med andre angstlidelser. Dette kan sende signaler til pasienten om at det er skummelt å snakke om traumene, og kan i verste fall virke mot sin hensikt. Vi anbefaler derfor at terapeuter tenker gjennom hvordan innholdet formidles til pasienten, slik at pasienten får en nyansert fremstilling av rasjonalitet for tiltakene.

Vi argumenterer for at bruk av TF-CBT kan være en hensiktsmessig måte å jobbe med voksne pasienter med komplekse traumeerfaringer på. Det gjenstår å få god forskning på hvorvidt effekten kan generaliseres til andre pasienter og behandlingsformater (for eksempel gruppe vs. individuell behandling). I den daglige kliniske praksisen er det ofte en utfordring å kombinere behandlingsmanualer med erfaringen som klinikerne har og pasientens preferanser. Det må være en balanse mellom skreddersøm til pasienten og behandlingsmanualene dersom en skal sikre at det som tilbys, fortsatt er evidensbasert behandling. Behandlingsmetoden CT-PTSD legger opp til et ganske fleksibelt forløp (OXCADAT, 2021). I Tones behandling ble det benyttet kjente prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, selv om rekkefølgen

på elementene er hentet fra barnmanualen. Vi argumenterer derfor for at behandlingen som ble gitt, er innenfor rammen av evidensbasert behandling. En skal dog alltid være oppmerksom på mulige fallgruver når man velger å tilby behandling til andre pasientgrupper enn det manualen er utviklet for. For eksempel kan innhold i barnmanualer fremstå som barnslig eller irrelevant for voksne pasienter, og motsatt; innholdet i voksenmanualer kan fremstå som vanskelig å forstå for barn og unge. En bør også være observant ved eventuell manglende effekt av behandlingen. I Tones tilfelle vurderte vi at fordelene ved å utruste pasienten med verktøy for å mestre tanker og følelser med høy sannsynlighet ville veie opp for disse eventuelle ulempene. Terapeuten spurte også Tone i hver time hvordan hun hadde hatt det siden forrige samtale, for å fange opp eventuell forverring underveis.

Formelt sett kunne behandlingen vært avsluttet etter de første seks månedene. Likevel valgte vi å fortsette behandlingen med lavfrekvent oppfølging i ytterligere to år, der Tone jobbet med relasjoner til egne barn og nær familie og med det å gå tilbake i arbeid. Dette er i tråd med satsingsområdet arbeid og utdanning til Norsk psykologforening fra Landsmøtet 2019. (Norsk psykologforening, 2019). Vi argumenterer for at lengden på behandlingen bidro til suksessen, ettersom Tone fikk gjort et grundig arbeid som la grunnlaget for videre fungering i livet. Ett år senere har Tone fortsatt ikke hatt tilbakefall. Med dagens press på tid og kapasitet i DPS-ene er det viktig å spørre seg hvor langvarig oppfølgingen bør være for pasienter med komplekse tilstander. Vi argumenterer for at det er behov for mer



**En skal dog alltid være oppmerksom på mulige fallgruver når man velger å tilby behandling til andre pasientgrupper enn det manualen er utviklet for**



forskning på behandlingens lengde, i tråd med en nylig omfattende artikkel om spesialisthelsetjenesten. Der blir det pekt på at pasienter med komplekse tilstander ikke alltid får tilstrekkelig behandling før sakene avsluttes (Grisvold et al., 2021).

Avslutningsvis ønsker vi å understreke hvor viktig det er at det finnes god og oppdatert kompetanse på traumebehandling i DPS-ene. Behandling med kognitiv atferdsterapi for

PTSD har god støtte i forskning og er i tråd med aktuelle retningslinjer for behandling av PTSD (National Institute for Health and Care Excellence, 2018; Watkins et al., 2018). Vi heier på implementeringen av evidensbasert behandling for PTSD som pågår i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (u.å.), og håper vi i fremtiden også får se nye forskningsprosjekter på behandling av kompleks PTSD i Norge. ✖

## REFERANSER

- Berge, T. & Repål, A. (2015). Introduksjon til kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (red), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 19–38). Gyldendal Akademisk.
- Grisvold, S. E., Røe, O. D. & Wyller, T. B. (2021). Er vi på vei mot et SENDELØST, HJERTELØST og TODELT HELSEVESEN? *Samfunn & økonomi*. Hentet fra <http://www.samfunnogokonomi.no/2021/03/er-vi-pa-vei-mot-et-sengelost-hjertelost-og-todelt-helsevesen/> 02.04.21
- Medical University of South Carolina. (2017). *TF-CBT Web*. Hentet fra <https://tfcbt2.musc.edu/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder NICE guideline* [NG116]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å.). *Implementering av kunnskapsbasert traumebehandlingstilbud til voksne (ITV)*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/kunnskapsbasert-traumebehandling/>
- Norsk psykologforening. (2019). *Nytt hovedsatsningsområde*. Landsmøtet 2019. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/nytt-hovedsatsningsomraade>
- OXCADAT. (u.å.). *PTSD Training Manual*. Hentet fra <https://oxcadatresources.com/manual/>
- Stenmark, H. (2015). Posttraumatisk stressforstyrrelse. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 17–185). Gyldendal Akademisk.
- Watkins, L. E., Sprang, K. R. & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, 258. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00258>

## Mellomørebetennelse – en mulig faktor i utviklingstraumer?

Mellomørebetennelse i tidlig barndom fører i våre dager sjelden til alvorlige fysiske komplikasjoner. Likevel kan gjentatte betennelser i sårbare faser for tilknytning og psykososial utvikling tenkes å forringe kvaliteten på det tidlige samspillet og i sjeldne tilfeller også bidra inn i et utviklingstraumatiserende forløp.

### TEKST

Nils Eide-Midtsand

### KONTAKT

nils.eide-midtsand

@sshf.no

**F**ormålet med dette essayet er å legge fram og drøfte hvordan gjentatt ørebetennelse kan spille inn i et forløp med utviklingstraumer hos barn. Siden 1991 har jeg som spesialpsykolog i BUP hatt særansvar for utvikling av behandlingstilnæringer for utagerende, rasende og sinte gutter, som ofte har underliggende utviklingstraumer.

Et gjennomgående trekk ved guttenes livshistorie, er at forekomsten av gjentatte akutte mellomørebetennelser i løpet av de første par leveårene virker betydelig høyere enn forekomsten i barnebefolkningen generelt. Man regner med at cirka 70 % av alle toåringer har hatt én episode med akutt ørebetennelse per år, og at 5–10 % av disse igjen har hatt fire eller flere episoder i løpet av ett år – de såkalte «ørebarne» (Kværner & Mair, 1997). Blant 37 utviklings-traumatiserte gutter i alderen seks til fjorten år, som jeg var i kontakt med fra midten av nittitallet og fram til i dag, fant jeg at over halvparten var «ørebarne» ifølge dette kriteriet.

Jeg begynte følgelig å fundere på om det kunne være en sammenheng mellom gjentatte

ørebetennelser og utviklingstraumer. Man kan tenke seg at kvaliteten på foreldreomsorgen har medvirket til eller til og med har utløst øreproblemer, spesielt i tilfeller der omsorgssvikten innbefatter dårlig hygiene og mangelfull oppfølging av barnet eller mistro til helsevesenet, noe som gjør at man venter for lenge med å ta barnet til lege. Videre kan man også spekulere i om gjentatt ørebetennelse kan ha bidratt til, eller i enkelte tilfeller har vært en utløsende faktor for, utvikling av asynkrone samspill mellom barn og omsorgspersoner. Det er det siste perspektivet jeg vil forfølge i dette essayet, altså tanken om at gjentatte ørebetennelser kan bidra i utvikling av asynkrone samspill mellom barn og deres omsorgspersoner.

### FELLES VANSKER

Det har i flere tiår vært forsket på psykososiale følgetilstander av mellomørebetennelser (Hogan et al., 2014). Noen studier viser at «ørebarne» i liten grad avviker fra normalbefolkningen (Roberts et al., 2004; Williams & Jacobs, 2009), mens andre rapporterer om forbigående

eller mer langvarige forstyrrelser av tale- og leseferdigheter, språkutvikling, konsentrasjon og oppmerksomhet (Belussi et al., 2005). I en tidlig studie fant Hagerman og Falkerstein (1987) en klar sammenheng mellom økende grad av hyperaktiv atferd i skolealder og økt antall ørebetennelser i tidlig barndom. Adesman og medarbeidere (1990) observerte en lignende sammenheng mellom ørebetennelser og ADHD-symptomer. Andre rapporterer om høyere forekomst av antisosial og nevrotisk atferd (Bennett et al., 2001), regelbrytende atferd, ulykkelighet og tristhet (Timmerman et al., 2007), skyhet og sosial tilbaketrekning (Creps & Vernon-Feagans, 2000) og vanskelige følelser (Brouwer et al., 2005).

Flere av vanskene som preger barn med gjentatt ørebetennelse, finner vi også igjen hos utviklingstraumatiserte barn. Imidlertid kjenner jeg ikke til litteratur som beskriver en eksplisitt sammenkobling mellom gjentatte ørebetennelser og utviklingstraumer. I det følgende vil jeg foreslå og trekke fram noen viktige elementer ved mellomørebetennelse som jeg tenker kan spille inn i et utviklingstraumatiserende forløp.

### NEDSATT LYDHØRHEIT FOR SOSIALE SIGNALER

Mellomørebetennelse er den vanligste årsaken til konduktivt hørselstap hos barn, det vil si at overføring av lyd fra det ytre øret til sneglehuset er blokkert (Chando et al., 2016). Hørselstapet er vanligvis mildt til moderat, og kan opptre under og mellom episodene med ørebetennelse, og vedvare fra noen dager til noen måneder (Roberts et al., 2004). Vedvarende hørselstap har blitt ansett som den viktigste årsaken til at enkelte «ørebarn» utvikler psykososiale problemer. Problemer med å skille ut tale fra bakgrunnsstøy har vist seg å vedvare hos enkelte «ørebarn», selv etter at hørselen, målt i en lydisolert setting, har blitt erklært normal igjen (Berry et al., 2018; Roberts et al., 2004). Forskning på mellomøret utført av Stephen Porges og medarbeidere (2013, 2014; Heilman et al., 2007) kan bidra til å belyse hvorfor «ørebarn» utvikler psykososiale problemer, og hvordan funksjonssvikt i mellomøret kan tenkes å bidra til relasjonell traumatisering.

Ifølge Porges og Lewis (2010) er øret innstilt på å fange opp lyden av menneskestemmer. Spenningen i trommehinnen reguleres av to små mellomøremuskler som er styrt av hjernenerve V og VII. De to hjernenervene regulerer volum og frekvens på lydene som slipper inn til det indre øret. Hjernenervene *reduserer* volumet på lyder over og under menneskestemmens frekvensområde, slik at sensitiviteten for lyd innen menneskestemmens frekvensområde maksimeres. Øret blir automatisk innstilt på å fange opp hva andre sier. Bortfiltreringen av bakgrunnsstøy skjer via stramming av trommehinnen, og utløses i situasjoner der vi føler oss trygge (Porges & Lewis, 2010). I utrygge situasjoner, når vi er i autonom stressmodus, reduseres spenningen i trommehinnen og mer bakgrunnsstøy slipper igjennom. Da blir vi mindre lydhøre for andres stemme og mindre sosialt tilgjengelige.

De to hjernenervene som innerverer og styrer mellomøremuskulaturen har også andre funksjoner, og de inngår i et større nervenettverk som Porges (2001) kaller *det sosiale engasjementsystemet*. Dette nettverket involverer fem hjernenerver som styrer tygging og svelging, spontan mimikk, regulering av stemmebånd, hode- og øyebevegelser og ikke minst puls og åndedrett gjennom den tiende hjernenerven vagus. Det sosiale engasjementsystemet fungerer som en integrert helhet, slik at tilstanden i de ulike delene av nettverket påvirker systemet som helhet. For



Problemer med å skille ut tale fra bakgrunnsstøy har vist seg å vedvare hos enkelte «ørebarn»





Selv moderate smertetilstander tidlig i livet kan resultere i langvarige psykiske og kroppslige følgetilstander

eksempel vil ukontrollert pulsøkning over et visst nivå innstille resten av systemet til å reagere som om vi befant oss i en utrygg situasjon. På samme vis kan man tenke seg at et mellomøre som *ikke* klarer å filtrere bort bakgrunnsstøy, vil signalisere til systemet at det foreligger fare, og dermed hensette oss i ulike grader av fysiologisk stress.

Gjentatte mellomørebetennelser tidlig i livet kan dermed ha bidratt til at enkelte barn i en sårbar fase har hatt lavere terskel for å havne i stressmodus enn barn flest, *samtidig* med en redusert mottagelighet for vokal stimulering som var ment å skulle hjelpe dem til å slappe av og føle seg trygge. Det betyr at mellomøreproblemene kan ha gjort det vanskeligere for omsorgspersonene å nå igjennom med sin reguleringsstøtte i situasjoner der barnet trengte det som mest. Dette kan ha opptrådt både i den akutte betennelsesfasen og i tidsperiodene mellom de gjentatte episodene av ørebetennelser. Mellomørebetennelsene vil slik sett ha kunne bidratt til manglende reguleringsstøtte over tid, noe som er et sentralt trekk i utviklingstraumatisering.

#### SMERTE I FORBINDELSE MED GJENTATT ØREBETENNELSE

Når puss og væske presser mot trommehinnen, kan det lede til intens øreverk. Min forståelse er at fagfeltet har interessert seg lite for smerte som en mulig faktor i utvikling av psykososiale følgetilstander etter ørebetennelser. Dette til tross for at jeg i klinisk praksis har erfart at foreldre er svært opptatt av dette aspektet ved ørebetennelse. Omsorgspersoner jeg har hatt kontakt med, beskriver utrøstelig gråt og skriking som kan vare i timevis. De forteller om småbarn som prøver å dempe smertene ved å dunke hodet i vegg, eller som kaster seg så kraftig fra side til side at barnesengen flytter seg bortover gulvet. Og de beskriver småbarn som «gir opp» og blir liggende apatiske, utilgjengelige for kontakt.

Jeg mener at smerte ved gjentatt ørebetennelse kan ha betydning for den psykososiale utviklingen til disse barna. Det er vist at selv moderate smertetilstander tidlig i livet, som ved omskjæring eller gjentatte sprøytestikk, kan resultere i langvarige og av til kroniske psykiske og kroppslige følgetilstander (Fitzgerald & Beggs, 2001; Grunau, 2013; Loizzo et al., 2009; Schwaller & Fitzgerald, 2014). Ikke bare kan smertekretsløpene i hjernen bli forstyrret og feilinnstille smerteterskelen slik at vi enten overreagerer eller blir «ufølsomme» for smerte, men også immunforsvar, produksjon av vekst-hormoner, stresshåndtering (HPA-aksen) og nevrogenesen i hippocampus (læring og hukommelse) kan påvirkes negativt, ifølge disse studiene.

I tillegg kan smerte blokkere for tidlig erfaring av gode sanseopplevelser (Prescott, 1996). Nevropsykologen James Prescott (1996; Prescott et al., u.å.) har i flere tiår understreket betydningen av gode sanseopplevelser tidlig i livet. Han postulerer at behagelige sanseintrykk danner grunnlaget for framvekst av nervenetverk som integrerer hjernen til en velfungerende helhet, og som samtidig utgjør «limet» som knytter oss sammen med andre. Smerte blokkerer denne integreringen, slik at både hjernen og tilknytningen til andre mennesker blir mer sårbar og fragmentert. Dette gjør det vanskeligere å oppleve tillit, intimitet og hengivenhet. Behag knytter oss sammen, smerte splitter oss opp.

Barnas smerteuttrykk kan utgjøre en kraftig demper på foreldrenes livskvalitet og er ofte den viktigste grunnen til at de oppsøker lege (Hansen et al., 2015). Utrøstelig gråt og skriking oppgis å være en stor emosjonell påkjenning, spesielt av foreldrene til barn som er for unge til å fortelle hvor de har vondt, og hvor sterke smertene er (Meherali et al., 2019; van

Uum et al., 2019). Frykt, stress og angst framheves som utbredte foreldrereaksjoner, i likhet med depressive tanker og følelser som hjelpe-løshet og skyld (Chando et al., 2016). Foreldre oppgir at de bebreider seg selv for ikke å ha klart å lindre barnets smerte, for ikke å ha fanget opp hva som var i veien, for ikke å ha søkt hjelp tidlig nok, eller for å ha blitt irriterte eller sinte fordi de feiltolket sutring og klaging som negativitet (Barber et al., 2014; Chando et al., 2016).

### BEHANDLINGSPROSEDYRER

Sammen med påkjenninger som hørselstap, øreverk og stress i familien møter en del av barna med gjentatt ørebetennelse utfordringer knyttet til selve behandlingen av sykdommen. Informasjon fra den medisinske journalen for guttene i mitt kliniske materiale tyder på at guttene ofte befant seg i stressmodus under de medisinske prosedyrene, enten i sympatisk kamp/flukt-modus eller i parasympatisk kollaps – en stresstilstand som setter inn når man opplever å være i ekstrem nød. Journalnotatene anmerker stadig at barna hylte i protest og prøvde å stikke av eller slå seg fri fra foreldre og helsepersonell som holdt dem fast.

I litteraturen synes det å være en økende erkjennelse av at medisinsk behandling kan resultere i posttraumatiske tilstander (Hall & Hall, 2016). Trond Diseth (2006) har beskrevet en rekke psykososiale følgetilstander utover i livet hos personer som har gjennomgått gjentatte smertefulle inngrep tidlig i barndommen, og trekker særlig fram en overrepresentasjon av dissosiative symptomer. Selv om «ørebarneas» påkjenninger kan synes bagatellmessige i forhold til gruppen Diseth (2006) beskriver, er det ikke umulig at den medisinske behandlingen, sammen med andre faktorer, kan ha bevirket lignende symptomer hos noen av dem. Smerter og lidelse er subjektive størrelser, og barnas egen opplevelse kan skille seg dramatisk fra objektive vurderinger av hvor store påkjenninger de utsettes for.

En annen mulig iatrogen faktor som kan ha bidratt til negativ utvikling hos enkelte «ørebarne», er tidlig eksponering for bredspektret antibiotikabehandling. Mellomørebetennelser er den vanligste årsaken til forskrivning av antibiotika til små barn, og foreskrives hyppigst de tre første leveårene (Størdal et al., 2017). De tidligste leveårene er en spesielt sårbar fase for antibiotikabehandling fordi det er da tar-

mens mikrobiom blir etablert (Jašarević et al., 2015). Selv om forskningen på dette feltet er i startgropen, bygges det langsomt opp kunnskap om hvor viktig en mangfoldig og balansert bakterieflora er for normal utvikling og god helse (Blaser, 2014). Mikrobiomet ser ut til å ha en positiv innvirkning på psykisk fungering og stresshåndtering både hos dyr og mennesker (Mayer, 2016). Tarmbakteriearter later for eksempel til å spille en rolle i programmeringen av immunforsvar og HPA-akse tidlig i livet, noe som får betydning for individets reaktivitet i stressende situasjoner gjennom livsløpet (Malan-Muller et al., 2018). Andre mikrobiotika produserer nevrotransmittere som stimulerer vagusnerven, og beforder dermed helse, avslapning og restituering (Breit et al., 2018). Andre studier har vist at bredspektret antibiotikabehandling tidlig i livet forstyrrer den naturlige bakteriefloraen, noe som antas å få en rekke uheldige konsekvenser videre utover i livsløpet (Johnson & Versalovic, 2012; Vangay et al., 2015). Jeg tenker, i lys av de foreløpige resultatene i dette voksende forskningsområdet, at gjentatt antibiotikabehandling i de tidlige leveårene kan bidra til svakere stressregulering hos enkelte «ørebarne». Dette spennende forskningsfeltet vil forhåpentlig i fremtiden gi nye innsikter når det gjelder generell forståelse av den reduserte evnen til å håndtere smerte og stress som utviklingstraumatiserte barn har.

### SAMSPILL OG TILKNYTNING

Som beskrevet over er både nedsatt lydhørhet for sosiale signaler, smerte og aspekter ved behandling av ørebetennelse momenter som kan bidra i utviklingen av asynkron samspill mellom barn og deres omsorgspersoner. I det videre vil jeg løfte fram hvordan spesielt barnets smerteuttrykk og reduserte evne til å ta imot beroligende reguleringsstøtte kan tenkes å påvirke tilknytningsprosessen mellom barn og foreldre.

Når spedbarnet opplever smerte og ubehag, har det en iboende «forventning» om at omgivelsene skal lindre dette. Begrepet *erfaringsforventet plastisitet* (Greenough & Black, 1992) henspiller blant annet på genetisk forventede former for samspill som normal hjerneutvikling er avhengig av, slik som god hudkontakt, øyekontakt og andre elementer i det synkron tidlige samspillet. Barnet, og *hjernen*, så å si «forventer» å bli tilbudt disse elementene for å utvikle seg optimalt. Omsorgsfulle foreldre på



sin side har iboende forventninger til seg selv om å lindre ubehag og smerte når barnet deres lider. Gjentatte smertetilstander som foreldrene ikke har mulighet for å lindre, innebærer et brudd med forventningene hos begge parter, noe man kan forestille seg vil kunne påvirke tidlige samspill og de tilknytningsmønstrene som er under utvikling. McCallum og McKim (1999) fant at tilbakevendende episoder med akutt mellomørebetennelse påvirker tilknytningsprosessen negativt, først og fremst gjennom å øke mødrenes opplevelse av at barnet deres oppfører seg på en krevende og negativ måte. Søvnløse netter kombinert med bekymringer for barnets helse og eget jobbfravær, irritasjon rettet mot barnet og i neste omgang skyldfølelser for dette kan alt sammen tenkes å påvirke kvaliteten på samspillene under og mellom episodene med akutte ørebetennelser.

Det er rimelig å tenke at uhåndterlige smertetilstander i tidlig barndom påvirker tilknytningen mellom barn og foreldre. Foreldrenes forhold til egen smerte påvirker også opplevelsen av smerteuttrykk hos barnet. Dersom omsorgspersonens smerte-forhold preges av katastrofe-tenkning og overdreven engstelse, vil dette virke inn på oppfatningen av barnas smerte. Reaksjonene blir da primært orientert mot å dempe eget ubehag (Goubert et al., 2008). Stress-systemene aktiveres hos begge parter, og man får en forsterkende tilbakekobling, der stress og ubehag øker hos både barn og foreldre (Ratnamohan & Kozłowska, 2017). En slik prosess gjør det vanskelig å utvikle trygge tilknytningsmønstre. Imidlertid kan det også dreie seg om en type forsterkende tilbakekoblingsmekanisme der selve tilknytningsmønsteret virker tilbake på smerteopplevelse og smerteuttrykk. Walsh og medarbeidere (2008) undersøkte for eksempel hvordan femåringer med forskjellig tilknytningsstil reagerte på akutt smerte (gjentatte vaksinasjoner) og hverdagslig smerte (skrubbsår o.l.). De fant at barn med en desorganisert eller kontrollerende tilknytningsstil reagerte kraftigere, viste mer sinne og var vanskeligere å roe ned under og etter begge former for smerte.

I de fleste tilfeller vil nok eventuelle samspillsforstyrrelser som en følge av gjentatte smertefulle ørebetennelser oppveies av god omsorg mellom sykdomsepisodene. Selv om det ikke er direkte overførbart til mennesker, kjenner man fra dyrestudier at smerte i starten

av livet kan medføre varige endringer i stresshåndterings-systemene hos rotter, men at god morsomsorg i form av store doser med slikking og pelsstell forhindrer at endringene blir kroniske (Grunau, 2013). Som ved annen traumatisering er det viktig at omsorgspersonen til et barn med gjentatte ørebetennelser selv ikke havner i stressmodus, men bevarer roen tilstrekkelig til å kunne inntone seg på barnet og gi den omsorgen barnet behøver. Hos foreldre med god nok generell omsorgskompetanse kan det likevel tenkes at det av og til blir etablert uheldige samspillmønstre. Opplevelsen av å se barnet sitt lide kan ha vært så uutholdelig for enkelte foreldre at de selv har havnet i autonom stressmodus, noe vi vet forringer kvaliteten på den omsorgen som gis. Dette later til å være tilfellet med 5 av de 21 «øreguttene» i mitt kliniske materiale. I motsetning til flertallet som var fosterhjemsplassert, bodde de fortsatt sammen med sine biologiske mødre. Mødrenes omsorgsevne ble vurdert til å være god nok, noe som blant annet viste seg ved trygt tilknyttede søsken. De fem «øreguttene», derimot, viste alle tegn på uorganisert tilknytning, et mønster man ser hos 80 % av utviklingstraumatiserte barn, men sjeldnere i befolkningen ellers. Guttene vekslet mellom klenging og avhengighet av moren på den ene siden og verbal og fysisk aggresjon mot henne på den andre.

Med årene utviklet guttene omfattende atferdsmessige og sosiale problemer preget av stort kontrollbehov, høy krenkbarhet, sinne og reguleringsvansker. Mødrene på sin side var preget av selvbebreidelse og skyldfølelse, som ble kompensert gjennom overbeskyttelse og større ettergivenhet enn overfor guttenes søsken. Mistilliten til hjelpeapparatet var stor; mødrene hadde erfart at det ensidig ble fokusert på dem som dårlige mødre framfor på guttene og problemene de forårsaket i og utenfor familien. Mistilliten til oss avtok etter hvert som oppmerksomheten ble flyttet bort fra deres tilkortkommenhet eller sønnes ufordragelighet og over på de langvarige emosjonelle og fysiske påkjenningene mor og barn *sammen* hadde gjennomlevd da guttene var små.

Jeg tenker at i disse fem tilfellene så kan mellomørebetennelsene med de tilhørende konsekvenser, som nedsatt sosial tilgjengelighet, lavere stressterskel og smerte, forstås som en *utløsende* faktor i utviklingen av uheldige samspill og tilknytningsmønstre. Uten fore-

komsten av de gjentatte ørebetennelsene kan man tenke seg at omsorgsoppgaven hadde vært mindre krevende, og at foreldrene sannsynligvis kunne unngått å havne i stressmodus, og at guttene dermed kunne utviklet seg normalt. For de øvrige seksten fosterhjemsplasserte guttene kan ørebetennelsene forstås som en forsterkende faktor i en omsorgssituasjon som allerede var for dårlig. Barna ble fosterhjemsplassert i løpet av førskole- eller barneskolealder på grunn av omsorgssvikt, mishandling og overgrep i foreldrehjemmet. Henvisningspapirer, sakkyndighetsrapporter og guttenes medisinske journal etterlater et inntrykk av at det her dreier seg om biologiske foreldre med en *ekstrem* lav terskel for å havne i stressmodus – for å reagere med raseri, frykt, panikk eller dissosiering. Dette betyr ikke at disse foreldrene har vært uberørt av barnets smerte og ubehag. Tvert imot kan det hende at noen av dem har blitt *for sterkt* berørt. De kan ha reagert på samme måte som spedbarn gjør før de har utviklet evnen til empati; altså de har blitt smittet av den andres affektive uttrykk og har opplevd den andres ubehag som sitt eget. Empatisk innlevelse i andre er forbundet med nedgang i puls og med prososiale handlinger. Å bli smittet av andres ubehag, derimot, blokkerer for prososiale handlinger og ledsages av pulsøkning og andre fysiologiske indikasjoner på stress (LaFreniere, 2013). Omsorgspersoner som ikke klarer å skille andres affekter fra sine egne, vil lett bli overveldet av barnets sterke affektuttrykk og være ute av stand til å inntone seg og skjøtte barnets behov. I stressmodus er det da lett å reagere med sinne, aggresjon eller vold (kampmodus), med å vende ryggen til det hele og overlate barnet til seg selv med sin smerte (fluktmodus) eller med å bli handlingslammet og eventuelt fjerne seg fra situasjonen gjennom dissosiering.

#### Å SE BAKENFOR SAMSPILLSPROBLEMENE

Min kliniske erfaring tilsier at smertetilstander går igjen i den tidlige sykdomshistorien til utviklingstraumatiserte gutter, og ofte er det relatert til smerter i mellomøret. I dette essayet har jeg trukket fram noen faktorer ved residiverende mellomørebetennelse som jeg mener kan ha bidratt til utvikling av relasjonelle traumer i starten av livet. Jeg har spesielt framhevet mulige vansker med å filtrere bort bakgrunnsstøy og en nedsatt tilgjengelighet for vokal reguleringsstøtte, og har trukket fram *subjektiv smerte* som en lite utforsket størrelse i faglitteraturen om mellomørebetennelse. Jeg frykter at helsepersonell kan ha vurdert smerten i forbindelse med mellomørebetennelse som helsemessig ubetydelig, ettersom betennelsene i de aller fleste tilfellene går relativt raskt over uten å medføre alvorlige langtidseffekter. For de barna som gjentatte ganger opplever uutholdelig øreverk i utviklingsfaser der man etablerer tilknytning, der stressrespons-systemer blir programmert og holdninger til en selv og verden omkring blir grunnlagt, kan smerte i verste fall tenkes å få negative utviklingsmessige og helsemessige konsekvenser.

Utviklingstraumer kan gi seg uttrykk i forskjellige affektive, kognitive og atferdsmessige problemer, slik som symptomer i ADHD-, tvangs- og autismespekteret. I klinisk utredning av slike sammensatte og ofte lite entydige tilstander kan det være nyttig å se bakenfor samspills-problemene som etter hvert har utviklet seg, og kartlegge somatiske helseproblemer og sykdom i barnets aller tidligste levemåneder. Jeg etterlyser at klinisk forskning gjør det samme, og imøteser studier på sammenhenger mellom gjentatt ørebetennelse tidlig i livet og utviklingstraumer. ✖ »



Når spedbarnet opplever smerte og ubehag har det en iboende «forventning» om at omgivelsene skal lindre

## REFERANSER

- Adesman, A. R., Altshuler, L. A., Lipkin, P. H. & Walco, G. A. (1990). Otitis media in children with learning disabilities and children with attention deficit disorder with hyperactivity. *Pediatrics*, *85*, 442–446.
- Barber, C., Ille, S., Vergison, A. & Coates, H. (2014). Acute otitis media in young children. What do parents say? *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *78*, 300–306. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2013.11.030>
- Belussi, L., Mandalà, M., Passali, F. M., Passali, G. C., Lauriello, M. & Passali, D. (2005). Quality of life and psychosocial development in children with otitis media with effusion. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, *25*, 359–364.
- Bennett, K. E., Haggard, M. P., Silva, P. A. & Stewart, I. A. (2001). Behaviour and developmental effects of otitis media with effusion into the teens. *Archives of Disease in Childhood*, *85*, 91–95. <https://doi.org/10.1136/adc.85.2.91>
- Berry, D., Vernon-Feagans, L., Mills-Koonce, W. R. & Blair, C. (2018). Otitis media and respiratory sinus arrhythmia across infancy and early childhood: Polyvagal process? *Developmental Psychology*, *54*, 1709–1722. <https://doi.org/10.1037/dev0000488>
- Blaser, M. (2014). *Missing microbes: How killing bacteria creates modern plagues*. Oneworld Publications.
- Breit, S., Kupferberg, A., Rogler, G. & Hasler, G. (2018). Vagus nerve as modulator of the brain–gut axis in psychiatric inflammatory disorders. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, artikkel 44. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00044>
- Brouwer, C. N. M., Rovers, M. M., Maille, A. R., Veenhoven, R. H., Grobbee, D. E., Sanders, E. A. M. & Schilder, A. G. M. (2005). The impact of recurrent acute otitis media on the quality of life of children and their caregivers. *Clinical Otolaryngology*, *30*, 258–265. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2273.2005.00995.x>
- Chando, S., Young, C., Craig, J. C., Gunasekera, H. & Tong, A. (2016). Parental views on otitis media: systematic review of qualitative studies. *European Journal of Pediatrics*, *175*, 1295–1305. <https://doi.org/10.1007/s00431-016-2779-6>
- Creps, C. L. & Vernon-Feagans, L. (2000). Infant daycare and otitis media: multiple influences on children's later development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *21*, 357–378. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(00\)00045-9](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(00)00045-9)
- Diseth, T. H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and Psychopathology*, *18*, 233–251. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060135>
- Fitzgerald, M. & Beggs, S. (2001). The neurobiology of pain: developmental aspects. *The Neuroscientist*, *7*, 246–257. <https://doi.org/10.1177/107385840100700309>
- Greenough, W. & Black, J. (1992). Induction of brain structure by experience: Substrate for cognitive development. I M. R. Gunnar & C. A. Nelson (red.), *Minnesota symposia on child psychology, Vol 24: Developmental behavioral neuroscience* (s. 155–200). Erlbaum.
- Goubert, L., Vervoort, T., Sullivan, M. J. L., Verhoveven, K. & Crombez, G. (2008). Parental emotional responses to their child's pain: The role of dispositional empathy and catastrophizing about their child's pain. *The Journal of Pain*, *9*, 272–279. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.11.006>
- Grunau, R. E. (2013). Long term effects of pain-related stress on neurodevelopment and pain perception of infants born very prematurely. *Cairn* <https://doi.org/10.4074/S0013754513001043>
- Hagerman, R. J. & Falkenstein, A. R. (1987). An association between recurrent otitis media in infancy and later hyperactivity. *Clinical Pediatrics*, *26*, 253–257. <https://doi.org/10.1177/000992288702600508>
- Hall, M. F. & Hall, S. E. (2016). *Managing the psychological impact of medical trauma*. Springer Publishing. <https://doi.org/10.1891/9780826128942>
- Hansen, M. P., Howlett, J., Del Mar, C. & Hoffmann T. C. (2015). Parent's beliefs and knowledge about the management of acute otitis media: a qualitative study. *BMC Family Practice*, *16*, artikkel 82. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0297-7>
- Heilman, K. J., Bal, E., Bazhenova, O. V. & Porges, S. W. (2007). Respiratory sinus arrhythmia and tympanic membrane compliance predict spontaneous eye gaze behaviors in young children: A pilot study. *Developmental Psychobiology*, *49*, 531–542. <https://doi.org/10.1002/dev.20237>
- Hogan, A., Phillip, R. L., Howard, D. & Yiengprugsawan, V. (2014). Psychosocial outcomes of children with ear infections and hearing problems: a longitudinal study. *BMC Pediatrics*. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-65>
- Jašarević, E., Rodgers, A. B. & Bale, T. L. (2015). A novel role for maternal stress and microbial transmission in early life programming and neurodevelopment. *Neurobiology of Stress*, *1*, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2014.10.005>
- Johnson, C. L. & Versalovic, J. (2012). The human microbiome and its potential importance to pediatrics. *Pediatrics*, *129*, 950–960. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2736>
- Kværner, K. J. & Mair, I. W. (1997). Akutt og residiverende otitis media. Prevensjon og behandling i lys av gjeldende kunnskap. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, *117*, 4096–4098.
- LaFreniere, P. (2013). Childrens' play as a context for managing physiological arousal and learning emotional regulation. *Psihologiske Teme*, *22*, 183–204.



- Loizzo, A., Loizzo, S. & Capasso, A. (2009). Neurobiology of pain in children: an overview. *The Open Biochemistry Journal*, 3, 18–25. <https://doi.org/10.2174/1874091X00903010018>
- Malan-Muller, S., Valles-Colomer, M., Raes, J., Lowry, C. A., Seedat, S. & Hemmings, S. M. J. (2018). The gut microbiome and mental health: Implications for anxiety and trauma-related disorders. *OMICS*, 22, 90–107. <https://doi.org/10.1089/omi.2017.0077>
- Mayer, E. (2016). *The mind-gut connection*. Harper.
- McCallum, M. S. & McKim, M. K. (1999). Recurrent otitis media and attachment security: A path model. *Early Education and Development*, 10, 517–534. <https://doi.org/10.1207/s15566935eedi0046>
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123–146. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(01)00162-3)
- Porges, S. W., Bazhenova, O. V., Bal, E., Carlson, N., Sorokin, Y., Heilman, K. J., Cook, E. H. & Lewis, G. F. (2014). Reducing Auditory Hypersensitivities in autistic spectrum disorder: Preliminary findings evaluating the listening project protocol. *Frontiers in Pediatrics*, 2: artikkel 80. <https://doi.org/10.3389/fped.2014.00080>
- Porges, S. W. & Lewis, G. F. (2010). The polyvagal hypothesis: common mechanisms mediating autonomic regulation, vocalizations and listening. I S. M. Brudzynski (red.), *Handbook of Mammalian Vocalization* (Bd. 19, s. 255–264). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374593-4.00025-5>
- Porges, S. W., MacCallaio, M., Stanfill, S. D., McCue, K., Lewis, G. F., Harden, E. R., Handelman, M., Denver, J., Bazhenova, O. V. & Heilman, K. J. (2013). Respiratory sinus arrhythmia and auditory processing in autism: Modifiable deficits of an integrated social engagement system? *International Journal of Psychophysiology*, 88, 261–270. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2012.11.009>
- Prescott, J. W. (1996). The origins of human love and violence. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 10, 143–188.
- Prescott, J. W., Pearce, J. C. & Mendizza, M. (u.å.). *Pleasure bonds: The «glue» that attaches and bonds human relationships*. Hentet 24. mai 2012 fra [www.tfuture.org](http://www.tfuture.org)
- Ratnamohan, L. & Kozłowska, K. (2017). When things get complicated: At-risk attachment in children and adolescents with chronic pain. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22, 588–602. <https://doi.org/10.1177/1359104517692850>
- Roberts, J. E., Hunter L., Gravel, J., Rosenfeld, R., Berman, S., Haggard, M., Hall, J., Lannon, C., Moore, D., Vernon-Feagans, L. & Wallace I. (2004). Otitis media, hearing loss and language learning: controversies and current research. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 110–122. <https://doi.org/10.1097/00004703-200404000-00007>
- Schwaller, F. & Fitzgerald, M. (2014). The consequences of pain in early life: injury-induced plasticity in developing pain pathways. *European Journal of Neuroscience*, 39, 344–352. <https://doi.org/10.1111/ejn.12414>
- Størdal, K., Mårild, K. & Blix, H. S. (2017). Bruk av antibiotika hos barn i perioden 2005–16. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0272>
- Timmerman, A. A., Meesters, C. M. G., Anteuinis, L. J. C. & Chenault, M. N. (2007). The level of psychosocial adaptation in young schoolchildren with otitis media. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71, 1843–1848. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2007.08.006>
- Uum, R. T. van, Venekamp, R. P., Schilder, A. G. M., Damoiseaux, R. A. M. J. & Anthierens, S. (2019). Pain management in acute otitis media: a qualitative study of parents' views and expectations. *Family Practice*, 20, artikkel18. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0908-9>
- Vangay, P., Ward, T., Gerber, J. S. & Knights, D. (2015). Antibiotics, pediatric dysbiosis, and disease. *Cell Host & Microbe*, 17, 553–564. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2015.04.006>
- Walsh, T. M., McGrath, P. J. & Symons, D. K. (2008). Attachment dimensions and young children's response to pain. *Pain Research and Management*, 13, 33–40. <https://doi.org/10.1155/2008/235329>
- Williams, C. J. & Jacobs, A. M. (2009). The impact of otitis media on cognitive and educational outcomes. *The Medical Journal of Australia*, 191, 69–72. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02931.x>

**OVERSIKTSARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2021 VOL. 58 NR. 11 S. 948-957 DOI: <https://doi.org/10.52734/5Tfiz496>

# PANDAS: behov for nasjonale retningslinjer

Matilla Færevåg Berger<sup>1</sup>, Ånen Aarli<sup>2</sup> og Silja Torvik Griffiths<sup>2</sup>

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Hypotesen om pediatrik autoimmun nevropsykiatrisk forstyrrelse forbundet med streptokokkinfeksjon (PANDAS) ble introdusert i 1998 som akutt oppståtte tics og/eller symptomer på tvangslidelse utløst av en streptokokkinfeksjon. Tilstanden ligger i skillet mellom somatikk og psykiatri. Fagmiljøene er splittet når det gjelder aksept både for diagnosen og eventuell behandling. Pasientene møtes av forskjellige spesialiteter, og tilnærmingen avhenger av kjennskap til og aksept for den eventuelle diagnosen, samt valg mellom flere ikke-evidensbaserte behandlinger. Artikkelen er en oversikt over tilgjengelig litteratur om behandling av PANDAS.

**Metode:** Artikkelen bygger på et litteratursøk i PubMed og Cochrane Library utført i perioden 01.06.2019 til 17.07.2021.

**Resultat:** Fjorten oversiktsartikler ble inkludert. Foreslått behandling omfatter psykiatrisk behandling, antibiotika, tonsillektomi og immunmodulerende behandling. Behandlingsanbefalingene er i stor grad basert på case-rapporter og ikke-kontrollerte studier.

**Konklusjon:** Det finnes få studier av god kvalitet om behandling av PANDAS, og ingen evidensbasert behandling. Det er behov for tverrfaglig samarbeid og nasjonale retningslinjer for hvordan man skal møte disse barna.

**Nøkkelord:** PANDAS, post-infeksiøs autoimmunitet, nevropsykiatri, tverrfaglighet

<sup>1</sup> Medisinsk Fakultet, Universitetet i Bergen  
<sup>2</sup> Barne- og ungdomsklinikken, seksjon for barnenevrologi og habilitering, Haukeland universitetssykehus

**KONTAKT**

matillamberger@gmail.com

**MERKNAD**

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

**FAGFELLEVDERT**

Pediatrik autoimmun nevropsykiatrisk forstyrrelse forbundet med streptokokkinfeksjon (PANDAS) beskrives som akutt (1–2 dager) debuterende symptomer på tvangslidelse og/eller tics etter en forutgående infeksjon med gruppe A streptokokker (GAS) (Swedo et al., 1998). Mens tvangslidelse er definert som tilbakvendende, uønskede tvangstanker og/eller tvangshandlinger, er tics ufrivillige, plutselige muskelbevegelser eller lyder vanligvis forutgått av en uimotståelig trang til å utføre bevegelsen eller lage lyden (Hirschtritt et al., 2017; Knight et al., 2012). PANDAS er en kontroversiell diagnose og er ikke en diagnose i DSM-5, ICD 10 eller primærhelsetjenestens diagnosesystem, ICPC 2. Det diskuteres blant annet hvorvidt PANDAS er en isolert tilstand av autoimmun årsak som er relevant å skille fra pediatrik tvangslidelse og tics, samt hvilken behandling som skal tilbys (Pichichero, 2019). Det mangler i dag adekvat dokumentasjon for å trekke konklusjoner, som fører til utfordringer for både pasienter, pårørende og helsepersonell.

### Historie

PANDAS ble først beskrevet i 1998 der man blant pasienter med tvangslidelse observerte en undergruppe som skilte seg ut med akutt debut, alvorlige symptomer, hyppig psykiatrisk komorbiditet og en tilsynelatende tidsmessig sammenheng med GAS-infeksjoner.

I lys av dette foreslo Swedo et al. (1998) følgende arbeidskriterier for den kliniske diagnosen PANDAS (Swedo et al., 1998):

- Tilstedeværelse av tics og/eller tvangslidelse med kriteriene fra DSM-III eller DSM-IV oppfylte
- Prepubertal debut
- Akutt debut og/eller forverring med et episodisk sykdomsforløp
- Tidsmessig relasjon mellom GAS-infeksjon og debut og/eller forverring
- Nevrologiske avvik som tics-forstyrrelse, koreiforme bevegelsesforstyrrelser eller motorisk hyperaktivitet under forverring

Angitte psykiatriske tilleggsdiagnoser hos pasienter som oppfyller de foreslåtte PANDAS-kriteriene inkluderer angst, ADHD og depresjon. Spisevegring, søvnforstyrrelser, irritabilitet, aggresjon, opposisjonell atferd, vannlatingsproblemer og reduserte skoleprestasjoner rapporteres som hyppige tilleggsvisninger (Sorensen et al., 2018; Swedo et al., 1998; Williams & Swedo, 2015).

Oppmerksomheten rundt PANDAS har økt de siste årene. I 2019 viste NRK Brennpunkt-dokumentaren

«Mitt monster» (Ansari, 2019), som forteller om tre barn som ble angitt å oppfylle PANDAS-kriteriene (Swedo et al., 1998). Foreldrene forteller om frustrasjon over manglende hjelpetilbud og frykt for å ikke bli forstått i møte med helsevesenet. Dokumentaren belyser usikkerheten i Norge forbundet med tilstanden og påpeker viktigheten av et tverrfaglig samarbeid for å kunne utvikle retningslinjer for utredning og behandling.

Swedo et al. (2012) merket seg noen begrensninger ved de foreslåtte kriteriene for PANDAS-diagnosen, blant annet at forutgående GAS-infeksjon ikke alltid kunne fastslås. Det ble tidlig foreslått at andre bakterier og virus kunne gi tilsvarende symptomer. Forskningen fokuserte imidlertid på GAS grunnet sammenhengen med Sydenhams korea, en kjent potensiell sekvele av GAS-infeksjon, som hypotesen om PANDAS er utsprunget fra. Legene videreutviklet senere akronymet til PANS (pediatric acute neuropsychiatric syndrome) med nye foreslåtte arbeidskriterier som inkluderte akutt debuterende nevropsykiatriske tilstander uavhengig av etiologi og alder ved debut (Swedo, 2012). Forskning har tidligere hatt størst fokus på PANDAS, men siden 2012 har fokuset på PANS og andre foreslåtte årsaker vært økende. GAS-infeksjon er vanlig i barneårene, og vi har valgt å fokusere på PANDAS og GAS som årsak siden deres relevans for utvikling av tics og tvangslidelse vil være av størst verdi i den kliniske hverdagen.

### Autoimmunitet

Sydenhams korea, den nevrologiske manifestasjonen av revmatisk feber, er en kjent potensiell følge-tilstand etter GAS-infeksjon, og omfatter ufrivillige bevegelser, emosjonell labilitet, hypotoni og nevropsykiatriske symptomer (Kirvan et al., 2003; Kumar & Tandon, 2013; Marques-Dias et al., 1997). Patogenesen til Sydenhams korea er fortsatt ukjent, men en teori er post-infeksiøs autoimmunitet i form av molekylær likhet, i dette tilfellet at en GAS-infeksjon utløser produksjon av antistoffer som kryssreagerer med vertens antigener (Kirvan et al., 2006; Kumar & Tandon, 2013). Sydenhams korea og PANDAS er to ulike diagnoser men med flere likhetstrekk, inkludert nevropsykiatriske symptomer og samme foreslåtte etiologi. I tillegg har flere studier vist økte verdier av enkelte anti-neuronale antistoffer hos pasienter med Sydenhams korea og PANDAS (Chiarello et al., 2017), som kan tyde på lik patogenese (Kirvan et al., 2006). En teori er at antistoffer fra pasienter som oppfyller PANDAS-kriteriene, kan gi endret dopamintransmisjon og dermed endret bevegelsesmønster og oppførsel (Chiarello et al., 2017). Samtidig har økte verdier av anti-

stoff mot basalganglier også blitt observert hos pasienter med tvangslidelse der PANDAS-kriteriene ikke er oppfylt, uten at en kausal sammenheng mellom anti-stoffverdier og tvangslidelse er blitt bekreftet. Det er publisert flere case-rapporter (Elia et al., 2005; Giedd et al., 1996; Latimer et al., 2015) vedrørende immunmodulerende behandling av PANDAS-pasienter som støtter hypotesen om postinfeksiøs autoimmunitet, men forskningen er mangelfull (Perlmutter et al., 1999; Sigra et al., 2018; Williams et al., 2016). Å administrere immunmodulerende behandling til pasienter uten en påvist autoimmun komponent reiser viktige etiske og medisinske spørsmål.

### Situasjonen i Norge

Det foreligger ikke statistikk over hvor mange personer i Norge som oppfyller de foreslåtte PANDAS-kriteriene. På bakgrunn av uenighet rundt patogenese og effekt av ulike behandlinger er det utfordrende å utarbeide veiledere, og det finnes ikke nasjonale retningslinjer for behandling av PANDAS i Norge i dag. Mangel på retningslinjer innebærer usikkerhet for pasienter og helsepersonell (Ansari, 2019). Ikke alle henvises til barneleger eller barne- og ungdomspsy-

kiatrien. Samarbeid rundt tilnærmingen til disse pasientene er derfor sårt tiltrengt. Rikshospitalet samarbeider nå med andre nordiske land og Storbritannia for å etablere felles retningslinjer. En oversikt over tilgjengelig litteratur om behandling av PANDAS, som er formålet med denne artikkelen, er viktig for utarbeiding og, ikke minst, implementering av slike retningslinjer.

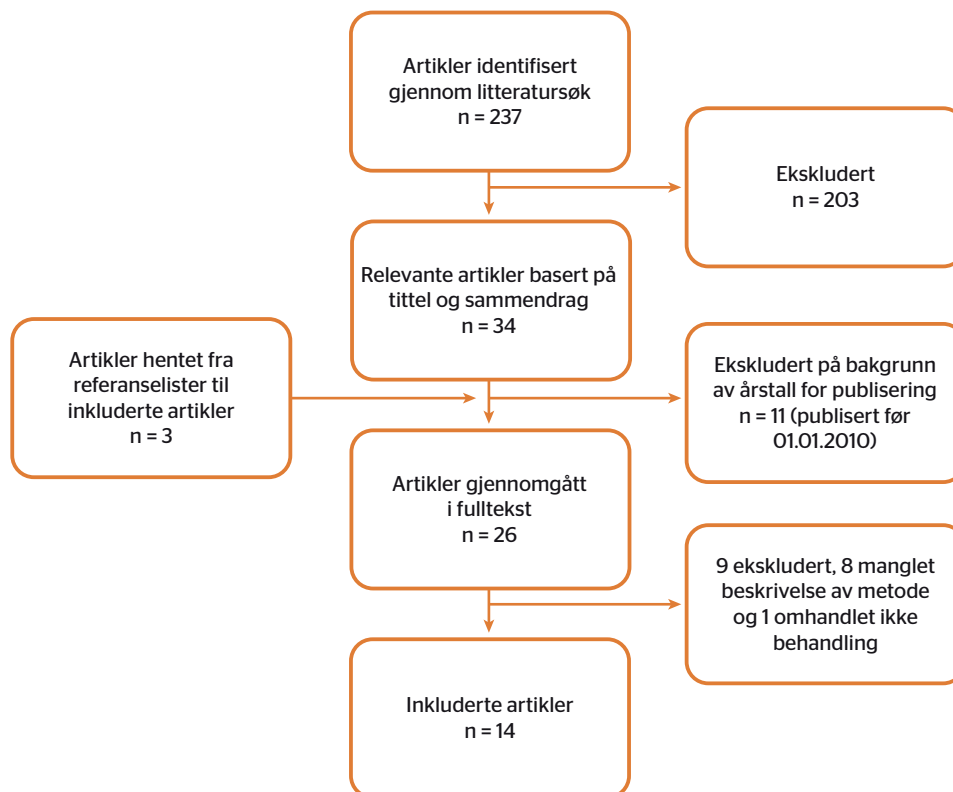
### Metode

Artikkelen bygger på litteratursøk i PubMed og Cochrane Library utført 01.06.2019, 31.01.2020 og 17.07.21. Følgende søkestrenger ble brukt i alle søkene:

- PANDAS AND PANS AND treatment AND review (17 treff i PubMed)
- PANDAS AND treatment AND review (150 treff i PubMed)
- PANDAS AND systematic review (40 treff i PubMed)
- paediatric autoimmune neuropsychiatric AND treatment (26 treff i Cochrane Library)
- PANDAS AND immune modulating therapy (4 treff i PubMed)

**Figur 1**

Oversikt over litteratursøk og seleksjonsprosess



Titler og sammendrag ble gjennomgått av to av forfatterne (Berger M., Griffiths S.). Oversiktsartikler som omhandlet PANDAS-behandling skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk og publisert etter 31.12.2009 ble inkludert. Tre artikler (Cooperstock et al., 2017; Frankovich et al., 2017; Thienemann et al., 2017) ble identifisert ut fra referanselisten til en av artiklene funnet i søket (Swedo et al., 2017), og erstattet en oppsummeringsartikkel av disse tre. 26 artikler ble gjennomgått i fulltekst. Videre ble ni artikler ekskludert; én omtalte ikke anbefalt PANDAS-behandling mens åtte manglet beskrivelse av metode.

## Resultater

Fjorten oversiktsartikler ble inkludert. De inkluderte artiklene omhandlet flere behandlingsmuligheter: psykiatrisk behandling med psykoterapi, psykoedukasjon og psykofarmaka, antibiotika, tonsillektomi (kirurgisk fjerning av mandlene), ikke-steroider anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), kortikosteroider, intravenøs immunoglobulin (IVIG), terapeutisk plasmaferese (TPE) og andre immunmodulerende midler. Appendiks A viser en oversikt over artikler, metode og konklusjon.

### Psykiatrisk behandling

Syv av de inkluderte oversiktsartiklene undersøkte kognitiv terapi som behandling til PANDAS-pasienter (Chiarello et al., 2017; Dop et al., 2021; Esposito et al., 2014; Farhood et al., 2016; Murphy et al., 2010; Sigra et al., 2018; Thienemann et al., 2017). Fem av dem undersøkte også psykofarmaka (Chiarello et al., 2017; Dop et al., 2021; Esposito et al., 2014; Murphy et al., 2010; Sigra et al., 2018; Thienemann et al., 2017). Flere av artiklene konkluderte ikke vedrørende disse behandlingene (Chiarello et al., 2017; Dop et al., 2021; Sigra et al., 2018), men henvisning til barnepsykiater ble likevel anbefalt som første steg i én av dem (Chiarello et al., 2017). I en artikkel ble kognitiv terapi i tillegg til psykoedukasjon og familieopplæring anbefalt som førstevalg i behandlingen, mens SSRI ble anbefalt til pasienter med alvorlige, varige symptomer (Esposito et al., 2014). Den ene oversikten konkluderte med at standard, evidensbasert behandling for tvangslidelse, tics og Tourettes syndrom, inkludert psykoterapi, SSRI og psykoedukasjon, også anbefales som PANDAS-behandling (Murphy et al., 2010). Det trekkes også frem at psykoterapi muligens har effekt og har lav risikoprofil (Farhood et al., 2016). Avslutningsvis tok også en av artiklene til orde for at psykiatrisk behandling, inkludert psykoterapi og psykofarmaka, bør iverksettes så snart diagnosen er stilt

(Thienemann et al., 2017). De syv artiklene identifiserte totalt to pilotstudier av kognitiv terapi samt flere case-rapporter av behandling med kognitiv terapi og/eller psykofarmaka. Øvrig kunnskapsgrunnlag bestod av en spørreundersøkelse av 698 PANS-pasienter og referanser om behandling av pasienter med tics og tvangslidelse som ikke oppfylte eller ikke ble utredet med tanke på PANDAS.

### Antibiotika

Ni av fjorten inkluderte artikler undersøkte antibiotikabehandling (Burchi & Pallanti, 2018; Chiarello et al., 2017; Cooperstock et al., 2017; Dop et al., 2021; Esposito et al., 2014; Farhood et al., 2016; Johnson et al., 2021; Murphy et al., 2010; Sigra et al., 2018). Seks av artiklene konkluderte ikke vedrørende behandlingen (Burchi & Pallanti, 2018; Chiarello et al., 2017; Dop et al., 2021; Farhood et al., 2016; Murphy et al., 2010; Sigra et al., 2018) og fire av dem understreket samtidig behovet for mer forskning før behandlingen eventuelt kan anbefales (Burchi & Pallanti, 2018; Dop et al., 2021; Farhood et al., 2016; Murphy et al., 2010). En oversikt anbefalte antibiotikakur til alle nydiagnostiserte pasienter som oppfyller PANDAS-kriteriene og langvarig forebyggende antibiotika, til tross for at det mangler støtte til slik behandling, til pasienter med alvorlige og tilbakevendende symptomer (Cooperstock et al., 2017). Antibiotika ble anbefalt dersom det foreligger bevis på GAS-infeksjon og samtidig akutt forverring av tics og/eller tvangslidelse av en artikkel (Esposito et al., 2014), mens en annen konkluderte med at mens kjente bivirkninger er sannsynlige er effekten usikker (Johnson et al., 2021).

De ni oversiktsartiklene identifiserte totalt syv studier av antibiotikabehandling av PANDAS-pasienter, hvorav kun to var randomiserte, kontrollerte studier. I tillegg ble én case-serie og én case-rapport identifisert. Øvrig kunnskapsgrunnlag var ikke referanser som undersøkte den aktuelle behandlingen for PANDAS-pasienter.

### Tonsillektomi

Tonsillektomi ved PANDAS ble beskrevet i totalt seks av de inkluderte artiklene (Chiarello et al., 2017; Cooperstock et al., 2017; Farhood et al., 2016; Rajgor et al., 2018; Sigra et al., 2018; Windfuhr, 2016). To oversiktsartikler basert på samme litteratur (3 case-serier og 6 kasuistikker) hadde tilnærmet lik konklusjon om at tonsillektomi ikke kunne anbefales som standardbehandling for PANDAS grunnet motstridende resultater (Rajgor et al., 2018; Windfuhr, 2016). Øvrige oversikter anbefalte heller ikke tonsillektomi som behandling mot PANDAS (Chiarello et al., 2017; Cooperstock et al.,

2017; Farhood et al., 2016; Sigra et al., 2018). Referansene identifiserte til sammen åtte case-rapporter og fire case-serier. En av oversiktsartiklene (Farhood et al., 2016) trakk frem en retrospektiv observasjonsstudie av kliniske karakteristikk blant barn med tics og/eller tvangslidelse som registrerte høyere forekomst av tonsillektomi blant dem som oppfylte PANDAS-kriteriene sammenlignet med dem som ikke oppfylte kriteriene.

### Immunmodulerende behandling

Til sammen hadde ni av de inkluderte artiklene undersøkt behandling med intravenøs immunoglobulin (IVIG) og terapeutisk plasmaferese (TPE) (Chiarello et al., 2017; Dop et al., 2021; Esposito et al., 2014; Farhood et al., 2016; Frankovich et al., 2017; Johnson et al., 2021; Murphy et al., 2010; Sigra et al., 2018; Vitaliti et al., 2015). Kunnskapsgrunnlaget bestod av to randomiserte, kontrollerte studier – den éne av IVIG- og TPE-behandling og den andre av bare IVIG – i tillegg til en rekke case-studier, case-rapporter, en spørreundersøkelse av 698 pasienter samt studier gjort på andre nevropsykiatriske og autoimmune tilstander. De to randomiserte studiene ga motstridende resultater, men til tross for dette anbefalte noen å vurdere immunmodulerende behandling til mer alvorlige tilfeller av PANDAS (Farhood et al., 2016; Frankovich et al., 2017). Andre oversikter konkluderte med at det ikke er vitenskapelig støtte til denne typen behandling basert på nåværende litteratur (Johnson et al., 2021; Murphy et al., 2010; Sigra et al., 2018; Vitaliti et al., 2015). En artikkel tok til orde for bruk av immunmodulerende behandling bare i forbindelse med forskning (Esposito et al., 2014), mens en annen ikke trakk noe konklusjon (Dop et al., 2021). En oversiktsartikkel konkluderte med at IVIG ville vært nyttig mot PANDAS dersom det gis innen få uker etter symptomdebut, men anbefalte likevel at SSRI og antibiotika forsøkes først (Chiarello et al., 2017).

Fire og seks artikler undersøkte henholdsvis behandling med NSAIDs (Chiarello et al., 2017; Frankovich et al., 2017; Johnson et al., 2021; Sigra et al., 2018) og kortikosteroider (Chiarello et al., 2017; Dop et al., 2021; Frankovich et al., 2017; Johnson et al., 2021; Murphy et al., 2010; Sigra et al., 2018). To av artiklene tok til orde for at NSAIDs muligens kan forkorte sykdomsepisoder (Frankovich et al., 2017; Sigra et al., 2018), to konkluderte med at man ikke kan anbefale slik behandling basert på tilgjengelig litteratur (Johnson et al., 2021; Sigra et al., 2018) og en trakk ingen konklusjon (Chiarello et al., 2017). En av artiklene anbefalte kortikosteroider (Frankovich et al., 2017).

En retrospektiv studie av NSAIDs til PANDAS-pasienter og to tverrsnittstudier – den ene om kortikosteroider og den andre om NSAIDs til PANS- og PAN-

DAS-pasienter – ble identifisert. I tillegg ble det vist til overnevnte spørreundersøkelse, en rekke case-serier og case-rapporter om PANDAS-pasienter, samt studier på andre nevropsykiatriske og autoimmune tilstander som Sydenhams korea og autoimmun encefalitt.

### Diskusjon

Foreslåtte behandlingsmuligheter for PANDAS omfatter psykiatrisk behandling, antibiotika, antiinflammatoriske midler (NSAIDs, prednisolon), tonsillektomi, intravenøs immunoglobulin og terapeutisk plasmaferese. Våre resultater viser at ingen behandling er evidensbasert med hensyn til PANDAS, men at ulike anbefalinger er basert hovedsakelig på case-rapporter og klinisk erfaring. KAT, psykoedukasjon og psykofarmaka er evidensbasert behandling for tvangslidelse og kan være den mest aktuelle for PANDAS-pasienter da kliniske kjennetegn ligner pediatrisk tvangslidelse (Boileau, 2011; Swedo et al., 1998).

De mest omfattende artiklene vedrørende PANDAS-behandling var retningslinjene fra 2017 (Cooperstock et al., 2017; Frankovich et al., 2017; Thienemann et al., 2017). Forfatterne fremstod mer positive til intervensjon med antibiotika og immunmodulerende behandling sammenlignet med forfatterne av de andre inkluderte artiklene. De foreslåtte retningslinjene beskriver en praktisk tilnærming til pasienter med mistenkt PANS/PANDAS, og forfatternes konklusjoner og anbefalinger bygger hovedsakelig på egne kliniske erfaringer. De to eneste studiene gjennomført på IVIG-behandling ga motstridende resultater. Likevel anbefalte klinikerne denne behandlingen til PANDAS-pasienter (Frankovich et al., 2017). Vi merket oss at medlemmene av PANS Research Consortium (PRC), en gruppe pediatere ved Stanford Medicine og forfatterne bak retningslinjene, var hoved- eller medforfattere på mye av forskningen det ble referert til i retningslinjene (Cooperstock et al., 2017; Frankovich et al., 2017; Thienemann et al., 2017). Øvrige inkluderte artikler viser også til mye av den samme forskningen (Burchi & Pallanti, 2018; Chiarello et al., 2017; Esposito et al., 2014; Farhood et al., 2016; Rajgor et al., 2018; Sigra et al., 2018; Swedo et al., 2017; Vitaliti et al., 2015; Windfuhr, 2016). Førsteforfatterne på fem av de inkluderte artiklene er medlemmer av PRC. Dette er problematisk med tanke på bias og kan potensielt føre til begrenset progresjon innenfor feltet.

Resultatene viste at det finnes få kontrollerte studier som er gjort på behandling av PANDAS. Publiserte data er stort sett case-rapporter og studier av lav kvalitet, til tross for at PANDAS-akronymet ble presentert for over 20 år siden. Det er i dag anerkjent at det innen pasientgruppen med tics og tvangslidelse

finnes en undergruppe med rask debut og episodisk forløp, men en sammenheng med GAS-infeksjon er fremdeles kontroversiell (Pichichero, 2019; Sorensen et al., 2018; Williams & Swedo, 2015), og det er ikke vist klar evidens for spesifikk behandling.

Grunnet motstridende funn i studier og variasjon mellom konklusjonene i de vurderte artiklene, er det vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Ut fra klinisk praksis vet vi at det i Norge er flere pasienter som ender opp uten diagnose eller med andre diagnoser og dermed ikke får den riktige behandlingen og forståelsen for sine vansker. Det skyldes nok både manglende kjennskap til tilstanden blant kollegaer, men også usikkerhet rundt hvordan man skal behandle og følge opp disse pasientene. Dette viser viktigheten av nasjonale retningslinjer. Foreslått behandling spenner over flere fagfelt, og viser et klart behov for samarbeid på tvers av profesjoner for å hjelpe en pasientgruppe med til dels store vansker og dramatisk inngripen i hverdagslivet. ✕

Pediatrik autoimmun nevropsykiatrisk tilstand forbundet med streptokokkinfeksjon er en foreslått, omdiskutert diagnose som er beskrevet som akutt innsettende tvangslidelse og/eller tics assosiert med infeksjoner av streptokokkbakterier, ofte med betydelig psykiatrisk og somatisk komorbiditet.

Det finnes i dag ingen evidensbasert behandling for pediatrik autoimmun nevropsykiatrisk tilstand forbundet med streptokokkinfeksjon.

Standard, evidensbasert behandling for pediatrik tvangslidelse (kognitiv terapi, psykoedukasjon og eventuelt psykofarmaka) kan være riktig behandling til pasienter med mistenkt pediatrik autoimmun nevropsykiatrisk tilstand forbundet med streptokokkinfeksjon.

## Referanser

- Boileau, B. (2011). A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*, 13(4), 401–411. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263388/pdf/DialoguesClinNeurosci-13-401.pdf>
- Burchi, E., & Pallanti, S. (2018). Antibiotics for PANDAS? Limited Evidence: Review and Putative Mechanisms of Action. *Prim Care Companion CNS Disord*, 20(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.17r02232>
- Chiarello, F., Spitoni, S., Hollander, E., Matucci Cerinic, M., & Pallanti, S. (2017). An expert opinion on PANDAS/PANS: highlights and controversies. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 21(2), 91–98. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1285941>
- Cooperstock, M. S., Swedo, S. E., Pasternack, M. S., Murphy, T. K., & for the, P. P. C. (2017). Clinical Management of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome: Part III—Treatment and Prevention of Infections. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 27(7), 594–606. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0151>
- Dop, D., Marcu, I. R., Padureanu, R., Niculescu, C. E., & Padureanu, V. (2021). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (Review). *Exp Ther Med*, 21(1), 94. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.9526>
- Elia, J., Dell, M. L., Friedman, D. F., Zimmerman, R. A., Balamuth, N., Ahmed, A. A., & Pati, S. (2005). PANDAS With Catatonia: A Case Report. Therapeutic Response to Lorazepam and Plasmapheresis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1145–1150. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/01.chi.0000179056.54419.5e>
- Esposito, S., Bianchini, S., Baggi, E., Fattizzo, M., & Rigante, D. (2014). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: an overview. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 33(12), 2105–2109. <https://doi.org/10.1007/s10096-014-2185-9>
- Farhood, Z., Ong, A. A., & Discolo, C. M. (2016). PANDAS: A systematic review of treatment options. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 89, 149–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.08.008>
- Frankovich, J., Swedo, S., Murphy, T., Dale, R. C., Agalliu, D., Williams, K., Daines, M., Hornig, M., Chugani, H., Sanger, T., Muscal, E., Pasternack, M., Cooperstock, M., Gans, H., Zhang, Y., Cunningham, M., Bernstein, G., Bromberg, R., Willett, T., ... Consortium, P. P. (2017). Clinical Management of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome: Part II—Use of Immunomodulatory Therapies. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 27(7), 574–593. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0148>
- Giedd, J. N., Rapoport, J. L., Leonard, H. L., Richter, D., & Swedo, S. E. (1996). Case Study: Acute Basal Ganglia Enlargement and Obsessive-Compulsive Symptoms in an Adolescent Boy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 913–915. [https://doi.org/10.1097/00004583-199607000-00017](https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00004583-199607000-00017)
- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*, 317(13), 1358–1367. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.2200>
- Johnson, M., Ehlers, S., Fernell, E., Hajjari, P., Wartenberg, C., & Wallerstedt, S. M. (2021). Anti-inflammatory, antibacterial and immunomodulatory treatment in children with symptoms corresponding to the research condition PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome): A systematic review. *PLoS One*, 16(7), e0253844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253844>
- Kirvan, C. A., Swedo, S. E., Heuser, J. S., & Cunningham, M. W. (2003). Mimicry and autoantibody-mediated neuronal cell signaling in Sydenham chorea. *Nat Med*, 9(7), 914–920. <https://doi.org/10.1038/nm892>

- Kirvan, C. A., Swedo, S. E., Kurahara, D., & Cunningham, M. W. (2006). Streptococcal mimicry and antibody-mediated cell signaling in the pathogenesis of Sydenham's chorea. *Autoimmunity*, 39(1), 21–29. <https://doi.org/10.1080/08916930500484757>
- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N., & Pringsheim, T. (2012). Prevalence of Tic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77–90. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002>
- Kumar, R. K., & Tandon, R. (2013). Rheumatic fever & rheumatic heart disease: the last 50 years. *The Indian journal of medical research*, 137(4), 643–658. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23703332>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724245/>
- Latimer, M. E., L'Etoile, N., Seidlitz, J., & Swedo, S. E. (2015). Therapeutic plasma apheresis as a treatment for 35 severely ill children and adolescents with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 25(1), 70–75. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0080>
- Marques-Dias, M. J., Mercadante, M. T., Tucker, D., & Lombroso, P. (1997). Sydenham's chorea. *Psychiatr Clin North Am*, 20(4), 809–820. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70346-4](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70346-4)
- Murphy, T. K., Kurlan, R., & Leckman, J. (2010). The immunobiology of Tourette's disorder, pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcus, and related disorders: a way forward. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 20(4), 317–331. <https://doi.org/10.1089/cap.2010.0043>
- Perlmutter, S. J., Leitman, S. F., Garvey, M. A., Hamburger, S., Feldman, E., Leonard, H. L., & Swedo, S. E. (1999). Therapeutic plasma exchange and intravenous immunoglobulin for obsessive-compulsive disorder and tic disorders in childhood. *Lancet*, 354(9185), 1153–1158. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(98\)12297-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(98)12297-3)
- Pichichero, M. (2019). PANDAS: Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococci. In S. Kaplan, Nordli, D. (Ed.), *UpToDate*. [https://www.uptodate.com/contents/pandas-pediatric-autoimmune-neuropsychiatric-disorder-associated-with-group-a-streptococci?search=pandaspediatric-autoimmune-neuropsychiatric-disorder-associated-with-group-a-streptococci&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pandas-pediatric-autoimmune-neuropsychiatric-disorder-associated-with-group-a-streptococci?search=pandaspediatric-autoimmune-neuropsychiatric-disorder-associated-with-group-a-streptococci&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1)
- Rajgor, A. D., Hakim, N. A., Ali, S., & Darr, A. (2018). Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Group A Beta-Haemolytic Streptococcal Infection: An Indication for Tonsillectomy? A Review of the Literature. *Int J Otolaryngol*, 2018, 2681304. <https://doi.org/10.1155/2018/2681304>
- Ansari, A. (regissør) (2019). Mitt monster [TV-dokumentar]. I E. H. Røeggen (produksjonsleder), *Brennpunkt*. NRK. <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt/2019/MDDP11000219/avspiller>
- Sigra, S., Hesselmark, E., & Bejerot, S. (2018). Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*, 86, 51–65. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.01.001>
- Sorensen, C. B., Skov, L., Lundby, L., Grejsen, J., Aaslet, L., & Debes, N. M. (2018). [PANDAS and PANS in children and adolescents are still controversial diagnoses]. *Ugeskr Laeger*, 180(48).
- Swedo, S. (2012). From Research Subgroup to Clinical Syndrome: Modifying the PANDAS Criteria to Describe PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome). *Pediatrics & Therapeutics*, 02. <https://doi.org/10.4172/2161-0665.1000113>
- Swedo, S. E., Frankovich, J., & Murphy, T. K. (2017). Overview of Treatment of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 27(7), 562–565. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0042>
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Garvey, M., Mittleman, B., Allen, A. J., Perlmutter, S., Lougee, L., Dow, S., Zamkoff, J., & Dubbert, B. K. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry*, 155(2), 264–271. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.264>
- Thienemann, M., Murphy, T., Leckman, J., Shaw, R., Williams, K., Kappahn, C., Frankovich, J., Geller, D., Bernstein, G., Chang, K., Elia, J., & Swedo, S. (2017). Clinical Management of Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome: Part I-Psychiatric and Behavioral Interventions. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 27(7), 566–573. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0145>
- Vitaliti, G., Tabatabaie, O., Matin, N., Ledda, C., Pavone, P., Lubrano, R., Serra, A., Di Mauro, P., Cocuzza, S., & Falsaperla, R. (2015). The usefulness of immunotherapy in pediatric neurodegenerative disorders: A systematic review of literature data. *Hum Vaccin Immunother*, 11(12), 2749–2763. <https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1061161>
- Williams, K. A., & Swedo, S. E. (2015). Post-infectious autoimmune disorders: Sydenham's chorea, PANDAS and beyond. *Brain Res*, 1617, 144–154. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2014.09.071>
- Williams, K. A., Swedo, S. E., Farmer, C. A., Grantz, H., Grant, P. J., D'Souza, P., Hommer, R., Katsovich, L., King, R. A., & Leckman, J. F. (2016). Randomized, Controlled Trial of Intravenous Immunoglobulin for Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(10), 860–867.e862. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.017>
- Windfuhr, J. P. (2016). Tonsillectomy remains a questionable option for pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 15, Doc07. <https://doi.org/10.3205/cto000134>



**Appendiks A**

Oversikt over inkluderte studiers design, tema, metode og konklusjon

| Førsteforfatter                                  | Studiedesign            | Tema   | Metode  | Konklusjon   |
|--|-------------------------|--|---|--|
| Burchi E. (2018) (Burchi & Pallanti, 2018)       | Oversikts-artikkel      | Antibiotika mot PANDAS/PANS.   | Systematisk litteratursøk i PubMed for engelske artikler fra januar 1994 til juli 2017. RCT-er, case-rapporter og observasjonsstudier ble inkludert.  | Antibiotikas effekt mot PANDAS/PANS er muligens knyttet til immunmodulerende og nevroprotektiv effekt i tillegg til antibiotisk virkning. Stor heterogenitet mellom studiene gjør det vanskelig å trekke konklusjoner. Man fant en tendens til at en undergruppe av tvangslidelse hadde effekt av antibiotika, men det trengs mer forskning før en kan anbefale antibiotikabehandling for PANDAS.  |
| Chiarello F. (2017) (Chiarello et al., 2017)     | Oversikts-artikkel      | Patofysiologi, diagnostikk og behandling av PANDAS/PANS.                         | Litteratursøk i PubMed etter artikler om PANDAS/PANS fra 1994 til 2015.   | Ved mistanke om PANDAS/PANS bør det utføres tverrfaglig utredning med tanke på infeksjøs, metabolsk, autoimmun og/eller inflammatorisk patofysiologi. Barnet bør først henvises til en barnepsykiater.   |
| Cooperstock M. (2017) (Cooperstock et al., 2017) | Retningslinjer/oversikt | Behandling og forebygging av infeksjoner ved PANS.                               | Basert på klinisk erfaring fra medlemmer av PANS Research Consortium og tilgjengelig empirisk litteratur.   | Antibiotikakur anbefales til alle pasienter med oppfylte PANS-kriterier, uavhengig om det påvises en infeksjon i assosiasjon til symptomene. Langtidsbehandling med profylaktisk antibiotika anbefales til pasienter med alvorlig PANDAS og gjentakende eksaserbasjoner med forverring av nevropsykiatriske symptomer. I tillegg anbefales det at barnet følger barnevaksinasjonsprogrammet, får årlig influensavaksine og at D-vitaminverdier monitoreres. (Adeno) tonsillektomi er ikke anbefalt.  |
| Dop D. (2021) (Dop et al., 2021)                 | Oversikts-artikkel      | Patogenesen bak, diagnostikk og behandling av samt prognose ved PANDAS.          | Litteratursøk i PubMed og Scopus-databasen etter litteratur fra 1996 til 2020. Ikke engelsk-språklige artikler og litteratur som omfattet redaktørbrev, kommentarer, presentasjoner og som var bak betalingsmur ble ekskludert. | Det er nødvendig med et større og mer definert kunnskapsgrunnlag før behandlingsprotokoller kan utarbeides for PANDAS.   |
| Esposito S. (2014) (Esposito et al., 2014)       | Oversikts-artikkel      | Patogenese, behandlingsmuligheter og fremtidige forskningsmuligheter ved PANDAS. | 9 studier om behandling om PANDAS ble inkludert.  | Førstevalg ved behandling av PANDAS bør være kognitiv terapi, psykoedukasjon og familieopplæring. Psykofarmaka kan forsøkes til pasienter med alvorlige, varige symptomer. Antibiotika anbefales bare dersom det foreligger bevis på GAS-infeksjon samtidig som pasienter har symptomer på infeksjon eller en akutt eksaserbasjon av tics og/eller tvangslidelse. Immunmodulerende behandling med terapeutisk plasmaferese (TPE) og intravenøs immunoglobulin (IVIG) anbefales bare i forbindelse med studier. Det trengs mer forskning før en kan utarbeide bestemte retningslinjer for behandling av PANDAS. |

|  |                          |  |  |  |
|--|--------------------------|--|--|--|
| Farhood, Z. (2016) (Farhood et al., 2016)      | Systematisk oversikt     | Behandlingsalternativer ved PANDAS.  | Systematisk litteratursøk i PubMed, EMBASE og Scopus etter artikler om behandling av PANDAS-pasienter med antibiotika, tonsillektomi, IVIG, psyko-farmaka og psykoterapi.  | Valg av behandling av PANDAS/PANS er utfordrende da det finnes få publikasjoner og forskningen som er publisert er begrenset av faktorer som små populasjoner, samtidig behandling med flere modaliteter og retrospektivt studiedesign. Det er ikke bevis for effekt av adenotonsillektomi mot PANDAS. Antibiotika kan muligens forbedre nevropsykiatriske symptomer ved å forebygge eller behandle infeksjoner, men det finnes lite evidens for denne typen behandling. IVIG er vist å være effektivt hos noen pasienter, men har høy risikoprofil og burde forbeholdes de mest alvorlige tilfellene. Psykoterapi er muligens effektivt mot PANDAS-symptomer og har lav risikoprofil.   |
| Frankovich F. (2017) (Frankovich et al., 2017) | Retningslinjer/ oversikt | Immunmodulerende behandling av PANS.   | Basert på klinisk erfaring fra medlemmer av PANS Research Consortium og tilgjengelig empirisk litteratur på immunmodulerende behandling.   | Tidlig intervensjon er viktig for et bedre utfall og kortere behandlingsvarighet. <i>Mild PANS/PANDAS</i> : Kognitiv atferdsterapi og ekspektans mht. farmakologisk behandling. NSAIDs-behandling per oralt eller en kort per oral prednisolonkur dersom >2 ukers symptomvarighet. <i>Moderat til alvorlig PANS/PANDAS</i> : Psykiatrisk støttebehandling. Per oral eller i.v. kortikosteroider. Eventuelt IVIG, dette er førstevalget til de fleste av forfatterne. <i>Ekstrem/livstruende PANS/PANDAS</i> : Psykiatrisk støttebehandling og langvarig behandling med kortikosteroider. TPE er førstevalg dersom pasienten har livstruende klinikk, eventuelt kombinert med IVIG, høydose kortikosteroider i.v. og/eller rituximab. |
| Johnson M. (Johnson et al., 2021)              | Systematisk oversikt     | Anti-inflammatorisk, antibakteriell og immunmodulerende behandling hos barn med PANS-symptomer | Systematiske litteratursøk ble utført i PubMed, Embase, the Cochrane Library, CINAHL, PsycInfo og HTA. Inklusjonskriterier var pasienter < 18 år, intervensjon- og ingen-intervensjonsgruppe, samt helserelatert livskvalitet, funksjonsnivå, symptomendring og bivirkninger som utfall. | Anti-inflammatorisk, antibakteriell og immunmodulerende behandling gir usikker gevinst og, med større sannsynlighet, utilsiktede bivirkninger hos PANS-pasienter.  |
| Murphy TK. (2010) (Murphy et al., 2010)        | Oversiktsartikkel        | Immunobiologi, klinikk og behandlingsmuligheter ved PANDAS, Tourettes og tvangslidelse.        | Litteratursøk i PsycINFO og MedLine. Artikler ble også inkludert fra referanselister i artikler og annet materiale om PANDAS, tvangslidelse og Tourettes syndrom.  | Standard, evidensbasert behandling for tvangslidelse, tics og Tourettes syndrom, slik som kognitiv terapi, SSRI og psykoedukasjon, er anbefalt behandling for PANDAS. Det trengs mer forskning før en kan anbefale antibiotika og immunmodulerende behandling mot PANDAS.  |
| Rajgor, A. (2018) (Rajgor et al., 2018)        | Oversiktsartikkel        | Tonsillektomi mot PANDAS.  | Litteratursøk i MEDLINE.   | 1 av 3 case-serier viste betydelig reduksjon av symptomer etter tonsillektomi. 2 av 3 viste ingen bedring. På grunn av varierende resultater i ulike studier er tonsillektomi ikke anbefalt som standard behandling, men kan vurderes hos PANDAS-pasienter som ikke responderer på antibiotika.  |

|  |                               |  |   |  |
|--|-------------------------------|--|---|--|
| Sigra S. (2018) (Sigra et al., 2018)           | Systematisk oversikt          | Behandling av PANDAS/PANS/PITAND.                                | Litteratursøk i PubMed, Scopus og Cochrane Library for artikler om behandling av pasienter med PANDAS, PITAND og PANS. Både analytiske studier og case-studier ble inkludert, totalt 77 artikler. 11 analytiske studier (529 pasienter), 1 studie basert på en spørreundersøkelse (698 pasienter) og 65 case-studier (240 pasienter). | Ingen klar evidens for behandling med antibiotika, immunmodulerende midler, tonsillektomi, kognitiv atferdsterapi, SSRI eller nevroleptika. NSAIDs har muligens en forkortende effekt på eksaserbasjoner. Manglende evidens er muligens ikke fordi behandlingene ikke virker, men på grunn av manglende systematisk forskning.   |
| Thienemann M. (2017) (Thienemann et al., 2017) | Retningslinjer/ oversikt      | Psykiatrisk behandling mot PANS.                                 | Basert på klinisk erfaring fra medlemmer av PANS Research Consortium og gjennomgang av litteratur på atferds-, psykoterapeutisk og psykofarmakologisk terapi mot PANDAS/PANS.   | Psykiatrisk behandling bør iverksettes så snart diagnosen PANDAS/PANS er stilt, er viktig for å dempe symptomer og kan gjøre pasientene mer mottakelige for øvrig behandling rettet mot underliggende årsak til PANDAS/PANS. Behandlingen innebærer psykoedukasjon, psykofarmaka og psykoterapi sentrert rundt atferd og familie- og skolesituasjon. Nøyaktig utredning og diagnostikk er viktig for å individualisere behandlingen. |
| Vitaliti G. (2015) (Vitaliti et al., 2015)     | Systematisk oversiktsartikkel | Bruk av immunterapi i pediatriiske nevrodegenerative tilstander. | Litteratursøk i MEDLINE, Scopus, Cochrane Library og Google Scholar. Totalt 32 studier ble inkludert, 1 av disse omhandlet behandling av PANDAS med IVIG og plasmaferese.   | Det ble bare funnet én studie som undersøkte effekt av TPE mot PANDAS sammenlignet med IVIG og placebo. Studien viste at TPE var mer effektivt mot PANDAS enn IVIG og placebo. Det trengs mer forskning før det kan gis anbefalinger vedrørende slik behandling. En studie som undersøkte effekten av TPE hos pasienter med tvangslidelse som ikke var assosiert med PANDAS, viste ikke effekt av behandlingen.                      |
| Windfuhr, J. (2016) (Windfuhr, 2016)           | Oversiktsartikkel             | Tonsillektomi mot PANDAS.  | Litteratursøk i PubMed avgrenset til publikasjoner fra 01.01.1995 til 31.06.2015. Artikler uten pasienter ble ikke inkludert.   | 4 av 8 kasuistikker viste fullstendig bedring av klinikken. 1 av 3 case-serier viste det samme, mens de to andre case-seriene viste ingen klinisk bedring blant noen av pasientene. På grunn av betydelig post-operativ sykkelighet og lite støtte i tilgjengelig litteratur, anbefales tonsillektomi bare i forbindelse med kontrollerte studier.   |

*Merknad.* PANDAS: pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections; PANS: pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome; RCT: randomized controlled study; GAS: gruppe A-streptokokker; NSAID: ikke-steroide antiinflammatoriske midler; PITAND: pediatric infection-triggered autoimmune neuropsychiatric disorders.

I hvert nummer drøfter representanter fra Fagetisk råd (FER) i Norsk psykologforening en fagetisk problemstilling. Du kan sende fagetiske spørsmål til [etikkk@psykologtidsskriftet.no](mailto:etikkk@psykologtidsskriftet.no).



FOTO: STIAN SØRHEIM ESPEVOLL

**MARIA LØVVIK NORHEIM** er leder for Fagetisk råd i Norsk psykologforening og spesialist i barne- og ungdomspsykologi.

## Legger vi til rette for at barnet selv kan bestemme om det skal observeres?

**Når du kommer** på jobben mandag morgen, er det et nytt fjes blant jentene rundt kaffemaskinen. Personen henger med deg og kollegene dine på personalmøtet senere på dagen, i lunsjen og blir med deg og sjefen i et møte med en vanskelig pasient. Du stusser jo litt – hvem er egentlig denne nye? Han presenterer seg med fornavn og forklarer at han jobber med arbeidsmiljø og tilrettelegging. Nå skal han være med deg og kollegene dine for å se hvordan dere har det. Han og sjefen din kjenner hverandre fra før, han virker som en hyggelig type. Arbeidsmiljøet er jo heller ikke det beste – sikkert bra at noen kommer inn og ser det utenfra. Men uka etter kalles du inn til et møte. Ved siden av sjefen sitter typen fra forrige uke. Sammen forklarer de at det de så forrige uke, gjør dem bekymret: Det virker heller ikke som om du bidrar særlig positivt til arbeidsmiljøet. Møtet med pasienten gikk ikke særlig bra – kanskje trenger du litt mer hjelp til slike oppgaver fremover? Eller bør du heller ha andre ansvarsområder?

**Om vi som** voksne opplevde en slik situasjon, ville vi sannsynligvis reagert og tatt til motmæle. Vi ville ha presisert at vi må gi samtykke til å bli observert og vurdert, problematisert bestillingen som lå til grunn, og ikke minst påpekt at konklusjonene ble basert på et tynt grunnlag. At sjefen din før observasjonen – uten at du visste det – hadde gitt fra seg informasjon om deg for å supplere kunnskapsgrunnlaget, ville nok ikke gjort deg mildere stemt.

**Men observasjon av barn** – for eksempel i skolen – kan ofte skje uten at barna vet om at det er dem det gjelder. Lærere eller foreldre har tatt initiativ til utredninger og vurderinger. De har samtykket til observasjonen. Barnet er kanskje ikke engang klar over at en utredning har startet eller hvorfor.

**Det var en** student som presenterte vignetten over som en fagetisk problemstilling i veiledning. Vi hadde diskutert ulik praksis knyttet til observasjon. På poliklinikken var fast praksis at vi skulle ha truffet barnet før vi observerte. Samtidig var etablert praksis andre steder vi hadde erfaring med, at man ikke måtte ha truffet barnet først.

**Da jeg noen** år tidligere som nyutdannet psykolog jobbet i PP-tjenesten, kjente jeg et visst ubehag når jeg ble spurt om å observere barn jeg ikke hadde truffet før. Men over tid ble dette normalisert – og jeg reagerte ikke like mye



lenger. Ofte var det jo veldig praktisk å kunne stikke innom en klasse samtidig som jeg var på skolen i et møte. Lærerne ønsket gjerne at jeg skulle ha sett klassen eller en elev før jeg veiledet lærerne, men jeg hadde ikke noen andre avtaler med barnet.

**Et argument for** å observere barn uten deres spesifikke samtykke er at om barnet vet at det observeres, så vil det oppføre seg annerledes. Dette var en tilbakemelding jeg også kunne få etter å ha vært inne i en klasse. Eleven, eller til og med hele klassen, hadde jo oppført seg helt annerledes enn de pleide! Lærerne kunne være nokså fortvilet. Her hadde de fortalt om vanskelige arbeids- og læringsforhold, men idet jeg kom inn i klassen, var de rene prakteksemplarer. Var det psykolog-magi på gang? Selvfølgelig ikke. At en ukjent, voksen fremmed i et lite klasserom kan påvirke hvordan barna oppfører seg, er forståelig. Det ville heller ikke være overraskende om læreren – som også ble sett

på av en annen fagperson – i løpet av timen ble mer bevisst på egen atferd og oppførte seg litt annerledes.

**Det første ubehaget** jeg hadde kjent, var at barnet ikke visste hvem jeg var, eller hva jeg gjorde der. Mine observasjoner kunne ha stor påvirkning på barnet, og likevel var det ikke gitt muligheten til å selv ta et valg om å delta eller ikke. Selv om et samtykke var gitt av foreldrene, var mitt fagetiske dilemma at jeg ikke la godt nok til rette for barnets egen selvbestemmelse. De fagetiske prinsippene viser ikke til et konkret skille i alder for når vi skal sørge for samtykke og selvbestemmelse. Jeg følte at jeg ikke utviste respekt for barnets egne rettigheter.

**Det slo meg** at når jeg tidligere hadde jobbet med voksne som beskrev mye strev i egen oppvekst, så var de ofte usikre på om noen hadde forsøkt å hjelpe dem som barn. Journalen viste tiltak fra PPT, barnevern og andre, »

”

Det første ubehaget jeg hadde kjent, var at barnet ikke visste hvem jeg var, eller hva jeg gjorde der



Skulle jeg bruke en metode som etter mitt syn kunne ha begrenset verdi, fordi det samlet sett kunne gi barnet bedre hjelp?

men den som nå var voksen, visste ikke om det. Fortellingen om egen oppvekst ble: «Ingen så meg eller forsøkte å hjelpe.» Samtykkene var sikkert formelt i orden, men barnet hadde ikke fått muligheten til å fortelle sin versjon eller fått informasjon om det som var på gang. Min praksis kunne bidra til samme forvirring. Ivaretok jeg da barnets grunnleggende rettigheter, verdighet og integritet? Kunne måten jeg løste dilemmaet rundt observasjon på, på lengre sikt være til skade? Ubehaget mitt vokste.

**Det neste ubehaget** var knyttet til metoden. Jeg opplevde at andre rundt meg hadde stor tiltro til metoden «klasseromsobservasjon», og et behov for at jeg skulle «se på barnet.» De sa at hvis jeg, som psykolog, bare observerte, så ville jeg skjønne hva utfordringene var, og hva som skulle gjøres. Selv opplevde jeg ofte at observasjonen ikke ga meg så mye nytt. Én observasjon, som til og med kanskje var påvirket av at jeg var der, var et tynt vurderingsgrunnlag sammenlignet med det skolen hadde sett og lært om barnet over flere år. Samtidig så jeg at observasjonen kunne være en inngangsbillett til å komme i posisjon for å veilede en lærer, eller at mine vurderinger fikk mer tyngde – jeg hadde jo sett «hvordan det var». Skulle jeg bruke en metode som etter mitt syn kunne ha begrenset verdi, fordi det samlet sett kunne gi barnet bedre hjelp? Ville tiltroen til verdien av min observasjon fortsatt være der dersom jeg insisterte på at jeg ville treffe og få samtykke fra barnet først? Ville det i så fall kunne påvirke kvaliteten på hjelpen til barnet? Har *det* større verdi enn barnets rett til selvbestemmelse?

**Gjennom studentens blikk** ble jeg minnet om dette første ubehaget. Og jeg innså at jeg hadde latt rammebetingelser og andres forventninger styre meg mot en praksis jeg egentlig ikke sto inne for. Selv om jeg til å begynne med hadde kjent ubehag, hadde jeg gått videre med en løsning på dilemmaet som jeg egentlig oppfattet som fagetisk problematisk. Perspektivet studenten brakte på bane, gjorde at jeg bestemte meg for å legge mest vekt på opplevelsen barnet kunne ha av selvbestemmelse. Jeg erfarte at i samtaler med barnet før observasjonen kom det frem nyttig informasjon om deres opplevelser i klasserom og friminutt. Jeg opplevde at observasjonene ble bedre og mer nyttige – for både meg, læreren og barnet. Når vi oppfordres til å se på egen praksis med andres øyne, kan vi finne nye måter å håndtere fagetiske dilemma vi står overfor på, bli tryggere i de valgene vi tar, og bedre til å håndtere konsekvenser av valget. Studenter i veiledning, eller nye kolleger på arbeidsplassen, stiller gjerne spørsmål ved måten ting gjøres på. Takk og lov for det. ✕



**SÅRBARHET** Er det noen kvinner som har en ekstra sårbarhet for å havne i *flere* voldelige parforhold? Foto: Katty Elizarova / Shutterstock / NTB

# Risiko for flere voldelige parforhold

Å være utsatt for partnervold i flere parforhold kan relateres til følelsesmessig mishandling i oppveksten og engstelig tilknytningsatferd som voksen.

**ET FERSKT PH.D.-PROSJEKT** avdekker tidligere ukjente risikofaktorer for å være utsatt for partnervold i flere parforhold. Samlet sett indikerer resultatene at følelsesmessig mishandling i oppveksten og engstelig tilknytningsatferd som voksen har betydning. Her følger en oppsummering av de tre publiserte artiklene fra prosjektet (Ørke et al., 2018; Ørke et al., 2020; Ørke et al., 2021).

I løpet av livet har en av fem norske kvinner vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep fra partner (Thoresen & Hjemdal, 2014). Noen voldsutsatte blir også utsatt for partnervold i *nye* forhold. Er det noen kvinner som har en ekstra sårbarhet for å havne i *flere* voldelige parforhold? Forskning på risikoen for å bli utsatt for gjentatt intim partnervold (IPV) har i liten grad skilt mellom gjentatt IPV

**TEKST** Elisabeth Christie Ørke, Klinikkene for psykisk helse, Stavanger universitetssjukehus

**KONTAKT** elisabeth.christie.ørke@sus.no



## Hovedfunn

- I *Risk for revictimization of intimate partner violence by multiple partners: A systematic review* (Ørke et al., 2018). Syv studier antydnet at kvinner som var utsatt for vold i flere parforhold, hadde økt risiko for barndomspåkjenninger, rus-/alkoholbruk, partnervoldserfaringer og tilknytningsproblematikk.
- II a *IPV characteristics, childhood violence, and adversities as risk factors for being victimized in multiple IPV relationships* (Ørke et al., 2020). Sammenlignet med kvinner som var utsatt for vold i ett forhold, hadde kvinner utsatt for vold i flere parforhold økt risiko for mer følelsesmessig mishandling i oppveksten, kortere utdannelse og norsk opprinnelse.
- II b *Attachment Characteristics Among Women Victimized in No, One, and Multiple IPV Relationships: A Case-Control Study* (Ørke et al., 2021). Sammenlignet med kvinner som var utsatt for vold i ett forhold, hadde kvinner utsatt for vold i flere parforhold økt risiko for mer engstelig tilknytningsatferd, uføretrygd, kortere parforhold, norsk opprinnelse og interaksjon mellom følelsesmessig mishandling i oppveksten og mer engstelig tilknytningsadferd.

i samme forhold og IPV i gjentatte, altså flere ulike, parforhold. Forskningsfeltet er derfor uklart. Vi vet for lite om den sårbare gruppen personer som blir utsatt for IPV i flere ulike parforhold, noe som kan ha ført til at denne gruppen ikke har fått optimal og adekvat støtte i hjelpeapparatet.

### VEIEN FREM

Prosjektet ble initiert med en systematisk litteraturstudie. Vi gjennomgikk forskning som sammenlignet kvinner som *enten* var utsatt for IPV i ett *eller* i flere parforhold (Ørke et al., 2018) (Tekstboks, Design og metoder, I). Resultatene indikerte at kvinner som hadde vært utsatt i *flere* IPV-forhold, hadde høyere risiko for barndomspåkjenninger, rus-/alkoholbruk, partnervoldserfaringer og tilknytningsproblematikk (Tekstboks, Hovedfunn, I). I neste steg av prosjektet ble tema fra litteraturgjennomgangen grundigere utforsket i en kase-kontrollstudie. Studien sammenlignet først kvinner utsatt i IPV-forhold generelt med kvinner uten noen IPV-forhold. Der det var signifikante gruppeforskjeller ble kvinner utsatt i ett IPV-forhold sammenlignet med kvinner utsatt i flere IPV-forhold spesielt (Ørke et al., 2020; Ørke et al., 2021) (Tekstboks, Design og metoder, II). Tema som ble undersøkt, var oppveksterfaringer som fysisk og psykisk vold hjemme, omsorgssvikt og følelsesmessig mishandling, seksuelle krenkelser og mobbing, i tillegg til utøvelse av og utsatthet for partnervold, engstelig og unnnvikende tilknytningsatferd i etterkant av siste parforhold og sosiodemografiske og kontekstuelle faktorer. Dette er det første forskningsprosjektet om risikofaktorer for gjentatte IPV-forhold som har integrerte og samtidige analyser av alle disse forholdene.

### FØLELSMESSIG MISHANDLING OG ENGSTELIG TILKNYTNING

Kase-kontrollstudien avdekket både individrelaterte risikofaktorer for å være utsatt for IPV generelt og risikofaktorer for å være utsatt for flere IPV-forhold spesielt. Sammenlignet med kvinner utsatt i ett IPV-forhold rapporterte kvinner med flere IPV-forhold om mer følelsesmessig mishandling hjemme i oppveksten (Ørke et al., 2020) og mer engstelig tilknytningsatferd i etterkant av siste voldelige parforhold (Ørke et al., 2021) (Tekstboks, Hovedfunn, II a og b). Disse to faktorene virket inn på hverandre og økte risikoen for å være utsatt i flere IPV-forhold. Det å være utsatt i flere IPV-forhold var dessuten knyttet til kortere utdannelse, uføretrygd, kortere parforhold og å være etnisk norsk. Fysisk og psykisk vold hjemme i oppveksten, derimot, hadde uvesentlig betydning for å være utsatt i flere IPV-forhold. Kvinnenes egen vold mot partner økte heller ikke risikoen for flere IPV-forhold (Ørke et al., 2020).

### IMPLIKASJONER AV FUNNENE

Våre funn har betydning for forebygging av fremtidige IPV-forhold og for en differensiering av behandlingstilbudet til voldsutsatte kvinner. Blant tidligere voldsutsatte, single kvinner kan en screening som inkluderer følelsesmessig mishandling i oppveksten og tilknytningsatferd avdekke risiko for fremtidige IPV-forhold. Engstelig og unnnvikende tilknytningsatferd kan undersøkes med spørreskjemaet Experiences in Close Relationships (ECR) (Brennan et al., 1998), som finnes tilgjengelig på norsk. Hvorvidt hun har kortere utdannelse og uføretrygd bør også kartlegges,



ettersom dette kan øke risikoen. I det kliniske møtet med single kvinner som har disse risikofaktorene, er partnervalg noe som bør løftes spesielt frem. Terapien kan fokusere på samspillet mellom vonde oppveksterfaringer, engstelig tilknytningsatferd og samspill i nære relasjoner. Terapeuten kan tematisere hvordan frykt for avvisning og behov for anerkjennelse kan gjøre seg gjeldende både i etableringen, fungeringen og avslutningen av parforholdet. ✖

## Design og metoder

- I Systematisk litteraturgjennomgang (Ørke et al., 2018). Inklusjonskriterier: Fagfellevurderte engelsk- eller skandinaviskspråklige empiriske studier som sammenligner kvinner utsatt for vold i ett eller flere parforhold
- II Kasus-kontrollstudie av hjelpesøkende kvinner ( $N = 154$ ) som var utsatt for vold i et nylig forhold ( $n = 55$ ), i et nylig og minst ett tidligere forhold ( $n = 51$ ), eller ikke utsatt for vold i parforhold ( $n = 48$ )
- Deltagere ble rekruttert fra familievernkontorer, Alternativ til Vold, politi og krisesentre
- Strukturert intervju med spørreskjema
- Statistisk primæranalyse: stegvis multivariat logistisk regresjonsanalyse

## REFERANSER

- Brennan, K., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment. I J. A. Simpson & W. S. Rholes (red.), *Attachment theory and close relationships* (s. 46–76). The Guilford Press.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (red.). (2014). *Vold og voldtekt i Norge: en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Ørke, E. C., Bjørkly, S., Dufort, M. & Vatnar, S. K. B. (2021). Attachment Characteristics Among Women Victimized in No, One, and Multiple IPV Relationships: A Case-Control Study. *Violence Against Women*. <https://doi.org/10.1177/1077801220981157>
- Ørke, E. C., Bjørkly, S. & Vatnar, S. K. B. (2020). IPV characteristics, childhood violence, and adversities as risk factors for being victimized in multiple IPV relationships. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260520933037>
- Ørke, E. C., Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2018). Risk for revictimization of intimate partner violence by multiple partners: A systematic review. *Journal of Family Violence*, 33(5), 325–339. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-9952-9>



## DEBATT

# Ny opplæringslov bør lovfeste krav om psykologer i PPT

Ny opplæringslov bør gi den pedagogisk-psykologiske tjenesten (PPT) et tydeligere psykososialt mandat og innføre krav om at det skal være psykologer i tjenesten.



**TEKST** Geir Pettersen, psykologspesialist

## PPT

**DE SISTE TIÅRENE** har psykologer gradvis blitt færre i den pedagogisk-psykologiske tjenesten. Noen steder har tjenesten utviklet seg bort fra å jobbe med elever og barnehagebarns psykososiale miljø. I stedet har snevre spesialpedagogiske problemstillinger og sakkyndige vurderinger fått dominere. Forslag til ny opplæringslov, som nå er til høring, er en ypperlig mulighet til å påpeke viktigheten av å snu denne trenden. Men hvorfor bør vi gjøre det?

### FOLKEHELSEPERSPEKTIVET

Folkehelseperspektivet peker på at helse ikke er noe som skapes i helsetjenestene. I stedet bygges helsen opp – eller brytes ned – der folk lever livet sitt: i skoler, barnehager, familier og på fritidsarenaene. Hvis vi skal styrke folkehelsen, blir dermed disse arenaene de viktigste å intervensere på. I ny opplæringslov bør PPT få et tydeligere mandat til å ivareta psykisk folkehelse. Dette kan knyttes til livsmestring som tverrfaglig tema på skolen. Der PPT har klart å opprettholde en bredere arbeidsprofil, er det også PPT som har best kompetanse på psykososiale utfordringer som eksempelvis mobbing og utfordringer knyttet til skolenærvær. PPT er på mange måter i en «gullposisjon» overfor skoler og barnehager som folkehelsearenaer (Markovic & Flaaten, 2017).

### MOBBING

Det er om lag 80 000 (13,3 prosent) av elevene i grunnskolen som er involvert i mobbing, hvis man inkluderer både de som mobber, og de som mobbes (Olweus & Breivik, 2015). Det er selvsagt først og fremst skolen som sammen med hjemmet skal jobbe med å løse disse utfordringene. Men det er slett ikke alltid enkelt. Noen ganger trenger skoler og hjem bistand utenfra. I mange kommuner er PPT den mest naturlige instansen å henvende seg til, selv om andre – for eksempel skoleeier – også har et klart definert ansvar i noen sammenhenger. PPT med sin tverrfaglige sammensetning og lange erfaring med utfordringer i skjæringspunktet skole-hjem er den mest naturlige samarbeidspartneren i kommuner der det ikke er opprettet et eget team («Beredskapsteam mot mobbing» e.l.) som jobber med dette. Ny opplæringslov bør tydeliggjøre PPTs rolle i arbeidet mot mobbing i skoler og barnehager, i samarbeid med skoler og barnehager.

### SKOLEFRAVÆR

I løpet av pandemien har det kommet rapporter fra hele landet om at elever i stigende grad strever med å møte opp på skolen. Det finnes ingen autoritative tall på hvor mange elever som strever med dette nå, men norske tall fra før pandemien antyder at 3,6 prosent av barn i Norge har



**KORONASTENGTE SKOLER** I løpet av pandemien har det kommet rapporter fra hele landet om at elever i stigende grad strever med å møte opp på skolen, skriver artikkelforfatteren. Her står klasserommene på Bygdøy skole tomme under nedstengningen. Foto: Fredrik Varfjell / NTB

tegn på skolevegring (som nok er en litt utdatert betegnelse på noe av fraværet) og har fare for å utvikle skolevegring. Det vil si omtrent ett barn i hver klasse (Havik, 2018). Men disse anslagene er lave sammenlignet med andre, og uansett vil vurderingen av forekomst også henge sammen med hvilken eksakt definisjon av problematisk skolefravær man velger. Det vi vet sikkert, er at problemet er omfattende og har økt i omfang. Mange steder er det PPT som har hjulpet skole, hjem og elever med denne typen utfordringer i mange tiår. Ny opplæringslov bør tydeliggjøre PPTs rolle i arbeidet med skolefraværproblematikk.

### PÅ VEI MOT EN P-TJENESTE?

Den Pedagogisk-psykologiske tjenesten, PP-tjenesten eller PPT, står på to søyler: den pedagogiske og den psykologiske. I tjenesten jobber tradisjonelt både psykologer og pedagoger, selv om det også er innslag av andre yrkesgrupper. Det at tjenesten tradisjonelt har vært tverrfaglig, har vært ansett som en stor styrke for tjenesten. Mange steder ser vi dessverre at denne tverrfagligheten vannes ut. Det blir færre og færre psykologer i tjenesten, og noen steder er det kun pedagoger. Selv om pedagoger er fine folk, så er det uansett en svekkelse av tverrfagligheten i tjenesten og av den samlede kompetansen når psykologene forsvinner ut. En styrket tverrfaglighet gir et klart bedre tilbud til kommunens barn og unge. Psykologer i PPT vil også lettere enn andre kunne se sammenhenger mellom læring og helse. Psykologer har henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten og kan, både av den grunn og på bakgrunn av fagkompetanse, bistå med samarbeidet med spesialisthelsetjenesten på en annen måte enn det pedagoger ofte kan. PPT har et dobbelt mandat: Det skal både jobbes med individer

og med system. Psykologers kunnskap om organisasjonspsykologi er spesielt nyttig i saker der man jobber med hele sosiale systemer. Tverrfagligheten i PPT og de to søylene bør nå rehabiliteres. Ny opplæringslov bør derfor stille krav om psykologkompetanse i PPT.

Det henstilles til Psykologforeningen om å inkludere forslag om et tydeligere psykososialt mandat for PPT og å stille krav om psykologkompetanse i tjenesten i sitt høringssvar til ny opplæringslov. ✕

### REFERANSER:

- Havik, T. (2018). *Skolefravær – å forstå og håndtere skolefravær og skolevegring*. Gyldendal Akademisk.
- Markovic, A. & Flaaten, C.B. (2017). Psykologiens hemmelige tjeneste. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(12), 1191–1193.
- Olweus, D., & Breivik, K. (2015). Mobbing i skolen – grunnleggende fakta og tiltak med Olweus-programmet. I K.-I. Klepp & L.E. Aarø (red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Gyldendal Akademisk.



All Thromen  
2021

# Etterlysning: Et tryggere psykisk helsevern

Ansatte i psykisk helsevern bør likestille ivaretagelse av sikkerhet med behandling. Begge deler er like viktig.



**I ARBEIDSMILJØLOVEN** står det at alle ansatte har rett til et trygt arbeidsmiljø. Vi vet at det er mange ansatte i NAV som gruer seg til å gå på jobb, fordi det skjer så mange episoder med trusler og vold, og de stoler ikke helt på sikkerhetsrutinene og systemtiltakene. I psykisk helsevern får alle ansatte generell undervisning om sammenhengen mellom psykisk uhelse, rus og voldsrisiko, samt innføring i klinisk bruk av screening sjekkliste V-RISK-10. Det arbeides systematisk med forebyggende tiltak. Sikkerhetsrutinene er slått opp på veggen.

Det er kun ansatte ved sikkerhetsavdelingene og de akuttpsykiatriske avdelingene som lærer hvordan de skal mestre en voldelig hendelse uten å komme til skade. Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri tilbyr kurset MAP til alle ansatte i psykisk helsevern, der man lærer å vurdere risiko og strategier for å håndtere dem.

## OPPLÆRING I FYSISK KONFLIKTHÅNDTERING

Alle ansatte i psykisk helsevern, også de som arbeider ved poliklinikkene, burde få opplæring i fysisk konflikthåndtering eller terapeutisk mestring av vold og om effektive de-eskaleringsteknikker. Det ville bli et bevis på at arbeidsgiver prioriterer sikkerheten like sterkt som behandlingen. De som arbeider i merkanthetstillinger, er ofte de som først legger merke til ustabile og truende pasienter, og bør også få spesialopplæring i sikkerhet. Dessuten må det tenkes mye mer på den fysiske utformingen av behandler- og møterommene: Låsbrøyter må fjernes, farlige gjenstander må fjernes,

behandlerrommene bør ha to dører med tanke på fluktbehov ved utagering.

Vi som arbeider i psykisk helsevern, er vant til å tenke at behandling er det viktigste. Vi ønsker at pasienten skal respondere på behandling og oppleve mindre angst eller depresjon, og kanskje få sove bedre og fungere bedre i hverdagen. Sikkerhet kommer i annen rekke. Det er trolig bare sikkerhetsavdelingene som prioriterer annerledes. Det forklarer sannsynligvis hvorfor de fleste hendelsene på disse avdelingene ikke får svært alvorlige konsekvenser i form av alvorlige skader og drap: Personalet lærer å forebygge trusler og vold, blant annet ved hjelp av de-eskaleringsteknikker (jf. safe-wards-modellen). De kan raskt håndtere en situasjon som innebærer at pasientens stemmevolum stiger og vedkommende oppfører seg truende, slik at det ikke ender med fysisk utagering.

## FOREKOMSTEN AV TRUSLER OG VOLD

- Ved Akershus universitetssykehus registreres det mellom 400 og 1000 trussel- og voldsepisoder i året ved de somatiske og psykiatriske avdelingene. Det er grunn til å anta at forekomsten er omtrent den samme ved de andre store sykehusene i hovedstaden, og i de store byene i Norge.
- Ved Nordlandssykehuset ble det i 2015 registrert 179 hendelser med vold og trusler. I 2019 økte forekomsten med hele 92 prosent, til 343 hendelser. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (Tromsø) skjedde det 403 hendelser med trusler og vold i 2019 (Dagens Medisin, 2020).

**TEKST** Svein A. Alfarnes, psykologspesialist, DPS Groruddalen, Ahus

**ILLUSTRASJON** Hilde Thomsen

**SIKKERHET I PSYKISK HELSEVERN**





... ansatte slutter fordi de frykter for sin egen sikkerhet og helse

- Akuttpsykiatrisk avdeling Ullevål registrerte 250 prosent økning av voldshendelsene fra 2015 til 2020. Den samme trenden har vært registrert ved Ahus og Østmarka.
- Ved Sykehuset Østfold Kalnes ble det registrert 1560 episoder med avvik vold, trusler og utagering i 2020. Det var registrert totalt 4 800 avvik de siste tre årene (NRK, 2021).

#### ALVORLIGE KONSEKVENSER

En alvorlig konsekvens av økt forekomst av trusler og vold i behandlingsmiljøene i psykisk helsevern, er at ansatte slutter fordi de frykter for sin egen sikkerhet og helse. Lederne vet ikke hva de skal gjøre. For det samme skjer år etter år, uten at utageringene blir færre og sikkerheten for de ansatte bedre.

En annen konsekvens er at behandlerne begynner å føle seg redde på jobben, og at de kan «ta med seg jobben hjem» ved å tenke på usikkerheten de opplever. En slik utrygghet kan også forplante seg videre til familielivet, og noen vil kanskje ta ut frustrasjonen på sin partner eller barn. En frykktkultur på jobben bør unngås. Derfor er det viktig med kurs for alle ansatte om sikkerhetstenkning, bruk av alarm, sikkerhetsrutiner, voldsrisikovurderinger og -håndtering.

#### HVORFOR HAR DET SKJEDD EN ØKNING?

Det finnes ikke noen entydig forklaring på hvorfor forekomsten av trusler og vold mot ansatte i psykisk helsevern øker. Har det noe med samfunnsutviklingen å gjøre? Med at flere har falt ut av arbeidslivet og blitt fattige? Har det skjedd en økning av konsum av alkohol og narkotika? Har det med lover og regler å gjøre? Eller har det med systemet og de fysiske utformingene av rommene der kommunikasjonen mellom ansatte og klient skjer, å gjøre?

Har det å gjøre med hvordan den ansatte møter klienten sin: med respekt og aksept eller med avvisning, kommunikasjonsproblemer og grensesetting?

Mange voldsepisoder vet vi har sammenheng med kommunikasjonsproblemer eller grensesetting: avslag på beroligende medisin, eller avslag på søknad om økonomisk støtte, eller beskjed om at behandlingen avsluttes snart.

#### HVORDAN FOREBYGGE OG REDUSERE FOREKOMSTEN AV TRUSLER OG VOLD?

Nylig skjedde det et nytt knivdrap hos NAV, åtte år etter at en mannlig klient knivdrepte sin saksbehandler ved NAV Grorud etter å ha fått avslag på en økonomisk søknad. En kollega er skadet og får behandling på sykehus. De ansatte i NAV mener at sikkerheten kan økes med flere ansatte på jobb, at det må flere ressurser til. Det har også skjedd systemforandringer siden tragedien i 2013: Det er laget forandringer på kontorene, slik at det er mulig å flykte ut en alternativ dør. Det er mulig for ansatte å være flere kolleger når man skal møte en potensielt aggressiv klient. Det er sikkerhetspersonell som følger godt med underveis i møtene.

NAV arbeider systematisk med å forebygge og følge opp trusler og vold mot ansatte. NAV praktiserer også nulltoleranse for trusler og vold. Ved alvorlige hendelser kan klienten utestenges fra fysisk oppmøte ved NAV-kontoret eller bli anmeldt.

NAV har, til tross for de alvorlige episodene, registrert en gradvis reduksjon av forekomsten av trusler og vold. De fleste trusselhendelsene kommer fra telefon. Uønskede hendelser i samtalerom har ligget stabilt på omtrent 11 % siden 2016, og i 2019 på 10 % (NAV-rapport, 2020).

### VEIEN VIDERE

Selv om behandler oppleves som «hjelper» og «støtte» av klienten eller pasienten, er det ikke til å unngå at det i framtiden vil skje nye uønskede hendelser med verbale og fysiske trusler og fysisk vold mot ansatte. Vi som til daglig tenker på vår egen og andres sikkerhet på arbeidsplassen, og som gjør systematiske voldsrisikovurderinger, ønsker at både behandling og sikkerhet skal likestilles. Vi bør se litt mer på hvordan NAV gjennom mange år har arbeidet med å øke sikkerheten til alle ansatte. Til tross for at det skjer 2000 til 3 000 utageringsepisoder ved NAV-kontorene hvert år, er det svært sjelden at vi hører om alvorlige konsekvenser eller drap av ansatte. Store virksomheter bør satse på egen sikkerhetsavdeling, litt som en HR-avdeling, som skal bli best på sitt fagområde. Vi i psykisk helsevern må også arbeide systematisk med å bedre sikkerheten til de ansatte, og registrere faktiske aggresjonsepisoder. Alle ansatte må tenke sikkerhet. Først da vil arbeidsmiljøet og kulturen bli påvirket i positiv retning. Uansett, forebyggende tiltak er det viktigste for å redusere forekomsten av trusler og vold mot ansatte. ✕

### REFERANSER:

Arbeids- og velferdsdirektoratet, HR-avdelingen (2020). Vold og trusler mot ansatte i NAV 2019.

Helsedirektoratet (2017). Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter, rapport IS2618.

Tolfsen, C.B., Johansen, E. (21. mars 2021). Første gang «Marion» ble slått, var slaget så hardt at kroppen ble slengt bakover. nrk.no. <https://www.nrk.no/osloogviken/xl/en-ny-dag-truer-1.15225216>

Tømmerbakke, S.G. (11. mai 2020). En dobling av vold og trusler mot ansatte. Dagens medisin, <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/05/11/en-dobling-av-vold-og-trusler-mot-ansatte-i-klinikken/>



Selv om behandler oppleves som «hjelper» og «støtte» av klienten eller pasienten, er det ikke til å unngå at det i framtiden vil skje nye uønskede hendelser med verbale og fysiske trusler og fysisk vold mot ansatte

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

### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

### HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg 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.

# Eventyr i ledelse

Eventyret inneholder moral for den enkelte – men også for samfunnet. Et eventyr kan være lærer og guide.



**TEKST** Paul Moxnes, psykologspesialist, professor i organisasjonspsykologi, gjesteforsker ved Psykologisk institutt, UiO.

## LEDELSE

**OM FORHOLDENE** ligger til rette for det, kan bruk av eventyr og metaforer fra eventyrenes fantasiverden være fruktbare i forbindelse med situasjonsanalyser, skriver tidligere adm. sykehusdirektør Morten Skjørshammer i TNP nr. 10 – i et tilsvar på min artikkel i TNP nr. 9 *Ledelse er også å fantasere*. Men han savner nærmere anvisninger fra meg om hvordan dette «hvordan disse kan omsettes praktisk ledelse».

I 25+ år har ledere bedt meg om oppskrifter eller «verktøy». Stort sett har jeg stivnakket stått imot. Min pedagogikk har vært: Ikke gi råd, aldri fortelle ledere hva de konkret skal gjøre. Det er det opp til dem selv å finne ut av. Så prøver jeg å sette opp rammebetingelser som stimulerer til det. I undervisningen har mitt «verktøy» vært eventyret – et potensielt kraftig innslag for å kommunisere moral og menneskelige verdier (Moxnes, 2006). Verdier er utmerkede fyrlykter for ledere. Jeg er ganske sikker på at Skjørshammer, med sin livslange tilknytning til en verdibasert høyskole og arbeidsplass, er enig med meg i det.

Eventyret inneholder moral for den enkelte – men også for samfunnet. Et eventyr kan være

lærer og guide. Et eventyr og dets aforismer er godt egnet for den som søker etter sosiale lov-messigheter og livsprinsipper. Et eventyr kan også være utgangspunktet for løsningen av et jobbproblem. Eventyret om Ebenezer Scrooge hjalp meg en gang til å strukturere et helt undervisningsopplegg. Både adm.dir. ved Ullevål universitetssykehus og leder ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ville bruke eventyr som virkemiddel i det multikulturelle integrasjonsarbeidet deres institusjoner sto overfor (Moxnes, 2019, s. 183–186).

Eventyret er ingen snarvei til suksess. Pedagogiske mirakelløsninger og utdanningsmessige snarveier finnes ikke i virkelighetens verden, selv om både enkeltpersoner og organisasjoner får tilbud av slik karakter, ikke minst av psykologer på LinkedIn, dessverre. Læring skapes gjennom hardt og vedvarende arbeid. Lederes bruk av eventyr er ikke noe unntak i så måte.

Vet du ikke hvilket eventyr du skal lese? Ok, da skal jeg gi et råd: Google *Hva kan jeg lære av eventyr?* Du vil garantert bli klokere. ✕

## LITTERATUR

Moxnes, P. (2019). *Samspill og Ledelse. Erfaringer med lederutvikling*. Fagbokforlaget. <https://www.fagbokforlaget.no/Samspill-og-ledelse/19788245016680>

Moxnes, P. (2006). Learning group psychology, leadership and anxiety coping by use of fairy tales as an educational guide. *Nordic Psychology*, 58(1), 5–21. <https://www.dropbox.com/s/4qekllbyf2scygz/2006%20Learning%20group%20psychology2.pdf?dl=0>



# Er begrepene uforståelige, er faget det også

Når jeg som har studert psykologifaget i fem år, synes det er vanskelig, virker det rimelig å tro at folk flest synes det er enda vanskeligere.

**JEG ER BÅDE** takknemlig for og enig i mye av det som trekkes frem i de to tilsvarene (Næss, 2021; Raabu, 2021) som kom i kjølvannet av teksten jeg skrev (Huth, 2021) om akademisk tåkeprat i aprilutgaven av tidsskriftet. Takk til forfatterne for å ha nyansert bildet. I det følgende kommer noen tanker rundt det forfatterne tar opp.

Når Næss synes det er problematisk å skille mellom god og dårlig fagformidling, blir jeg fristet til å formulere spørsmålet på en annen måte. Det er vanskelig å lage et objektivt skille mellom hva som er god og dårlig formidling. Spørsmålet bør heller være hva som er forståelig, og hva som er uforståelig formidling. Hva avsenderen måtte definere som forståelig, er egentlig ikke så relevant. Det er leseren av boken som avgjør.

Jeg er videre enig i innvendingen om at det er vanskelig for en foreleser å forsikre seg om at tilhørerne forstår. Det betyr allikevel ikke at man ikke bør forsøke. Noen forelesere stopper for eksempel opp og oppfordrer til diskusjon. Andre tar i bruk Kahoot, som hvis det ikke kun brukes i underholdningsøyemed, kan bidra til å gi foreleserne en tilbakemelding på om tilhørerne har fått med seg essensen av det de har prøvd å si. Andre igjen har benyttet seg av evalueringsskjemaer i slutten av en forelesning. Dette sikrer ikke at alle forstår alt, men det bringer oss muligens nærmere en felles forståelse.

Studentene har, som Raabu poengterer, også et eget ansvar. Jeg er som Raabu ikke i tvil om at den gemene hop og kanskje spesielt studenter vil dra god nytte av å tilegne seg nye ord og begreper. Studenter skal ikke forskånes for

et vanskelig språk. Poenget mitt var ikke at jeg synes fagbegrepene er vanskelige, poenget mitt var at når nettopp jeg, som har studert faget i fem år, synes det er vanskelig, virker det rimelig å tro at folk flest synes det er enda vanskeligere. I siste rekke kan det tenkes at det mye omtalte gapet mellom forskning/akademia og klinikk gjøres mindre hvis vi oss imellom også benytter et enklere språk. Et av budskapene med min tekst er i så måte at vi studenter trenger gode rollemodeller når det kommer til å oversette fagspråket til et mer tilgjengelig språk. Ved at vi snakker mer forståelig oss imellom, kan vi komme i fare for å snakke forståelig overfor andre mennesker også. For hvis «begrepene er faget» (Raabu, 2021), og begrepene kun er forståelige for den indre krets, og ikke alltid det engang, er ikke da egentlig også faget vårt uforståelig? ✕



**TEKST** Håkon Huth, psykologistudent, 11. semester ved profesjonsstudiet i Oslo

## FAGFORMIDLING

### DEBATT OM FAGFORMIDLING

#### Tidligere innlegg:

**Nr. 06 - 2021** Akademisk tåkeprat (Håkon Huth)

**Nr. 05 - 2021** Hva er god fagformidling? (Aiste Gvildyte Næss)

**28. mai 2021** *På nett*: Begrepene er faget (Marit Råbu)



Studenter skal ikke forskånes for et vanskelig språk

# Spisskompetanse, ikke omnipotens

ISTDP er mer et språk enn en metode for meg. Et språk som fører meg til det ubevisste, og som hele tiden er til stede i den terapeutiske samtalen.



**TEKST** Annette Wolf El-Agroudi, psykologspesialist ved Borgestadklinikken

## ISTDP

**SOM FYSIOTERAPEUT HAR** jeg lært mange metoder som håndterer kroppens skavanker og sykdommer. Som psykolog kan jeg mange metoder for å nå inn til en persons kognitive bevissthet.

Jeg har ennå ikke møtt et menneske som har lært seg noe nytt, har endret seg, uten å ha måttet gå gjennom mange faser av fortvilelse og anstrengelse. Det krever en viss utholdenhet å gjennomføre varig endring hos seg selv.

## SOM Å GÅ TIL TANNLEGEN

Akkurat nå er min hverdag rammet inn av regler og struktur gitt av pakkeforløp og KvaRus-registreringer. Jeg har i tillegg jobbet systematisk med pasientfeedback i over 10 år. For meg har disse rammene gitt det kompasset jeg trenger for å holde den røde tråden i behandlingen for pasienter i spesialisthelsetjenesten. Disse rammene gir meg trygghet og visshet om at pasientens stemme er med i behandlingen; at pasienten kan si sin mening. Men, og det vet pasienten, hvis vi vil endre noe i livet, oppnå bedre livskvalitet, ja, da må det gjøres en egen innsats, og det kan gjøre vondt.

Noen gang tenker jeg at å gå til psykolog er som å gå til tannlegen: Vi liker det ikke, men trenger iblant en undersøkelse av tannsettet. Det kan være smertefullt å trekke en tann. På samme måte kan det gjøre vondt i relasjoner og i kommunikasjon med andre. Vi får voldsomme reaksjoner inni oss; angst og depresjonsfølelser. Da bør vi røre ved det vonde som sitter i oss og forstyrrer oss i mellommenneske-

lig kommunikasjon. Da trenger vi en behandler som nettopp presser litt på. Som terapeut er det blant annet min oppgave å gi pasienten håp. Vi gjør det harde arbeidet sammen, pakket inn i følelsesmessig ømhet, i rammene og strukturen som vi har i spesialisthelsetjenesten.

## FAGLIG FRIKSJON

For å bli god må vi lære av eksperter og ha god tid. Jeg tolker engasjementet til en ISTDP-terapeut ikke som «omnipotens», slik jeg oppfatter at Ingeborg Lishaugen gjør i sin kronikk i septemberutgaven, men som «spisskompetanse». Spisskompetanse på å lese kropp og en forståelse for betydningen av følelser, angst og forsvaret.

Vil jeg bli god i noe, vil jeg kunne beherske et nytt språk, må jeg øve! Gjenta og bli «nerd», og litt «rar». Mine kolleger på poliklinikken smiler når jeg med begeistring forteller om ny ISTDP-kunnskap, fersk ervervet fra kurs og veiledning. Vi får gode og konfronterende samtaler ut av det. Vi liker denne faglige friksjonen, fordi mitt engasjement i ISTDP kan provosere og dermed engasjere kolleger. Vi opplever at dette er gøy.

Jeg er på vei, kan det ikke perfekt, men har jo tre år på meg for å bli god på ISTDP. Opplevelsen av å ha med ydmyke veiledere å gjøre, som formidler ISTDP som spesifikk metode samtidig som respekten for pasientens valg tas hensyn til, kjennes godt.

Ingeborg Lishaugen trekker frem at vi mister «å ikke vite-modusen» når vi bruker en metode. Jeg opplever at det kan bli svært skremmende

for pasienten når terapeuten stiller seg overfor konkrete problemstillinger med en «uten å vite-modus». Pasienten kommer ofte forvirret og overveldet til den første behandlingstimen. De har ofte behov for informasjon om rammene i en behandlingssetting. Min erfaring er at jeg godt kan gå inn i en «ikke vite-modus» for at pasienten sammen med meg klarer å utforske hvordan vedkommende har det inni seg. Men først når behandlingsplanen er laget, rammene for behandling er tydeliggjort, og jeg spør etter pasientens feedback på slutten av timen. Jeg opplever at ISTDP gir veldig gode muligheter for nettopp å gi pasienten plass til fri utforsking av indre reaksjoner, som angst, følelser og forsvar.

### DET UNIVERSELLE KORSETTET

Jeg forstår mer og mer nytteverdien både av pakkeforløp og store registreringsportaler, som KvaRus er et eksempel på i rusbehandling. Jeg oppfatter det som det universelle korsettet til behandling i Norge. Fordi behandling skal være kortest mulig, og føre til måloppnåelse og høy pasienttilfredshet. Dessuten skal pasientene få en viss likebehandling for like lidelser. Vi lager en standardprosedyre som hjelper behandleren til å holde den røde tråden i alle behandlingsforløp.

Hvis vi virkelig vil at pasienten skal nå målet sitt i behandlingen, må vi «presse på», vi må lede og holde den røde tråden med mål og terapeutisk arbeidsallianse høyt. Da passer ISTDP som en eksponerende psykodynamisk metode godt inn på lik linje med andre konfronterende metoder (som EMDR og EFT og CBT).

Min erfaring på poliklinikken er at terapeuter har vansker med å presse pasienten, være modig og utfordre pasienten. Unngåelse og motstand og andre forsvarsmekanismer er vanlige hinder for en løsningsorientert terapeut. Da griper ISTDP-språket godt inn, siden det appellerer sterkt til disse underbevisste forsvarsmekanismene, som ofte torpederer den bevisste alliansen i behandlingen.

### MINDRE DUALISME

I min lille veiledningsgruppe i ISTDP-utdanningen har vi utvekslet erfaringer med bruken av ISTDP. Vi er fascinert av det kroppslige fokuset og hvordan metoden tydeliggjør hvordan kropp og hode henger sammen. Slik sett oppfattes ISTDP som et bidrag til å minske den dualistiske tankegangen som preger både somatikk og psykiatri.

Mine pasienter rapporterer i Session rating scale (feedback etter hver behandlingstime i PCOMS – Partners for Change Outcome Management System, B. Duncan) om at de liker «at terapeuten er på»: «Jeg får lov å kjenne på så mange følelser ved det du gjør.» «Jeg blir roligere og får det ut.» «Jeg liker det ikke, men det er bra at du presser på, ellers får jeg det ikke bedre, du utfordrer meg.» Og: «Jeg vil ha mer av dette her, fordi det hjelper, og jeg blir roligere.»

Det er bra med feedback etter timene og mellom timene. Men enda bedre er feedback etter hver intervensjon. Dette gjør ISTDP-metoden så spesiell. Jeg anerkjenner Ingeborg Lishaugens personlige smerte slik hun uttrykker den, men mener kritikken hennes bygger på sviktende grunnlag.

Det er jo slik som Jon Fredrickson kommenterer denne debatten: «*We can live out omnipotent fantasy by misusing any theory. That is not a reflection on the theory but the person who uses it. It's like when we see an accident. We usually don't blame the car, but the nut behind the wheel.*» ❌



Jeg tolker ikke engasjementet til en ISTDP-terapeut som «omnipotens» [...], men som «spisskompetanse»



Faksimile av oktoberutgaven

### DEBATT OM ISTDP

#### Tidligere innlegg:

- Nr. 10 - 2021** Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy – Methods, Evidence, Indications and Limitations (Allan Abbass)
- Nr. 09 - 2021** Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut (Ingeborg S. Lishaugen)
- Nr. 08 - 2021** Faren ved tolkende intervensjoner (Heidi Gjerde)
- Nr. 07 - 2021** Bekymringsmelding om ISTDP mottatt (Filip Myhre)
- Nr. 06 - 2021** Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding (Camilla Bärthel Flaaten)



**PRIMÆR REAKSJON** Det vil være en drøy påstand å si at angsten aktiveres av konfliktfylte følelser som spedbarnet har overfor mor. Denne angsten er isteden en primær reaksjon på atskillelse, skriver artikkelforfatteren. Foto: Fortepan / Wikimedia Commons

**ISTDP:**

## Behov for en mer fullstendig angstteori

Hva om kritikken mot ISTDP ikke handler om manglende terapeutferdigheter eller svak modelletterlevelse hos den enkelte terapeut, men om mangler ved angstteorien som selve terapimodellen bygger på?

**TEKST** Zemir Popovac, psykologspesialist, Favne Psykologbistand

**ISTDP**

**I OKTOBERUTGAVEN** av Psykologtidsskriftet skriver Allan Abbass at ubevisst angst alltid er et resultat av konfliktfylte følelser som pasienten har overfor sine tilknytningspersoner. Denne angsten aktiverer automatiske forsvarsmekanismer som sørger for å holde de konfliktfylte følelsene unna pasientens bevissthet. Følelsene dyttes unna, og til gjengjeld sitter pasienten igjen med ulike symptomer. Dette er essensen

i teorien som ISTDP bygger på (Abbass, 2021; Davanloo, 1977; Malan, 2010). For en del pasienter er nettopp dette kjernen i deres psykiske lidelser, og mange får god hjelp gjennom ISTDP-behandling (Abbass et al., 2009; Frederickson et al., 2018; Solbakken & Abbass, 2015).

Alle kjenner seg likevel ikke helt igjen i denne angstteorien. Ikke nødvendigvis på grunn av sin motstand eller på grunn av manglende ferdighe-

ter hos den enkelte terapeut, men fordi angstteorien i seg selv er mangelfull. Følelser kan oppleves som truende og trigge angst, men ikke all angst er et uttrykk for ubevisste konfliktfylte følelser overfor tilknytningspersoner.

### I BEGYNNELSEN VAR VI ETT

Når et spedbarn blir atskilt fra sin mor, vil vi etter hvert se at atskillelsen vekker angst. Barnet blir kroppslig urolig, pulsen går opp, stresshormoner skylles ut, og vi kan måle endringer i barnets galvaniske hudrespons (Thompson et al., 2019). Dette er en angst som er synlig lenge før den klas-siske separasjonsangsten begynner å vise seg rundt seks til ni måneders alder. For babyer og spedbarn som ennå ikke har utviklet en indre representasjon og opplevelse av mor som et eget individ, atskilt fra babyen og ansvarlig for babyens behov, vil det være en drøy påstand å si at angsten aktiveres av konfliktfylte følelser som spedbarnet har overfor mor. Denne angsten er isteden en primær reaksjon på atskillelse.

Perspektivet på angst som primær reaksjon på atskillelse og ikke nødvendigvis som et resultat av spedbarnets følelser overfor mor, undergraver ikke angstteorien som ISTDP bygger på, men snarere komplementerer den. Dette vil jeg komme tilbake til.

### FORSVAR MOT ATSKILLELSE

Spedbarnet beskytter seg mot den smertefulle atskillelsen. Barnets gråt og kroppslige tegn på uro er medfødte mekanismer som signaliserer barnets behov for kontakt, og som takket være mors sensitivitet bidrar til å minske og motvirker den smertefulle atskillelsen (Nelson, 1998).

Barnets forsvar mot atskillelse utvikles gradvis. Fra å «kalle på» mor med gråt og andre kroppslige tegn på uro for å ha henne fysisk til stede, oppdager barnet substitutter som midlertidig kan fylle tomrommet. Tommelen og smukken som babyen sutter på, er ikke der som et forsvar mot konfliktfylte følelser, men er der fordi mors bryst ikke er tilgjengelig (Fairbairn, 1952). Med tommelen eller smukken er en ny relasjon etablert, en som demper opplevelsen av atskillelse.

Den videre psykologiske utviklingen går i retning fra det sanselige til det mer symbolske. Kontakt og relasjon er ikke lenger noe som bare må oppleves som noe kroppslig, men blir også noe som barnet etter hvert kan ha fantasier og forestillinger om. Overgangsobjektet, det spesielle pleddet, dokka eller kluten som barnet utvikler et følelsesmessig forhold til, er nettopp et tegn på overgang fra det fysiske til det symbolske (Winnicott, 1971). Lukten og mykheten (det sanselige) er sammenvevd med objektets symbolske og spesielle betydning som bare eksisterer i barnets indre. Med overgangsobjektet til stede, tåles atskillelse fra tilknytningspersoner lettere. Dette ser vi utallige eksempler på i typiske bruddsituasjoner, som for eksempel ved leveringer i barnehagen eller ved leggetid.

Utvikling av objektkonstans og internalisering av kjærlige erfaringer med andre mennesker befolker gradvis barnets indre verden og fungerer også som buffer mot opplevelser av tap og atskillelse: «Mor eksisterer selv om hun er ute av syne. Hun er glad i meg. Jeg blir hentet i barnehagen.» Opplevelsen av mors<sup>1</sup> pålitelighet gjør at barnet kan stole på sine erfaringer (Kohut, 1971; Winnicott, 1971).

.....

1. «Mor» er terminologi hentet fra Winnicott (1971) og Kohut (1971), siden det refereres til dem, og står for barnets signifikante omsorgspersoner (deriblant både mor og far).



Perspektivet på angst som primær reaksjon på atskillelse undergraver ikke angstteorien som ISTDP bygger på





Angstteorien som ISTDP opererer innenfor, har en blind flekk fordi teorien utelukkende ser på den indre følelsemessige konflikten som opphavet til den ubevisste angsten

Kapasiteten til å tåle atskillelse øker etter som vi utvikler oss, men vi blir aldri helt immune mot denne angsten.

Vi er relasjonelt avhengige vesener. Vi utvikler oss ikke i retning av total selvtilstrekkelighet, men fra umoden til moden avhengighet. Kontakt, tilknytning og tilhørighet er grunnpillarer for selvets eksistens. Vi trenger hverandre, og denne avhengigheten gjør oss sårbare livet ut. Ingen kontakt er 100 % pålitelig – om ikke annet så vil døden skille oss ad. Men vi er likevel overlatt til hverandre. Brudd, avvisning, tap og utenforskap er konstante trusler mot våre grunnleggende relasjonsbehov – pilarene som holder selvet oppe. Når relasjonsbehovene trues, kommer angsten som et naturlig uttrykk for vår sårbarhet. Når vi kjenner angst ved tanken på at kjæresten vil gjøre det slutt, så trigges ikke nødvendigvis denne angsten av ubevisst raseri mot kjæresten, men snarere av redselen for å bli forlatt. Hvilken relevans har nå alt dette for angstteorien som ISTDP bygger på?

### TO KASUISTIKKER

Martin er en voksen mann i 40-årene som vokste opp med enslig mor etter at far gikk bort da Martin var åtte år gammel. Livet ble snudd på hodet da far døde. Mor ble deprimert, innesluttet og holdt på å miste jobben. Familien hadde lite nettverk, og Martin, som enebarn, begynte å hjelpe til mer med husarbeid. Etter hvert ble han også med mor til noen av hennes vaskejobber på ettermiddagene og kveldene. Mye av livet handlet om å hjelpe mor med å få endene til å møtes. Fotballen, som han hadde rukket å bli glad i mens far fortsatt levde, ble satt til side. Martin vokste opp til å bli en svært hjelpsom og oppofrende mann, men med svært mye angst og ingen klare tanker om hva han selv ønsket eller trengte i livet. Han var nå gift og hadde en sønn, men følte seg ulykkelig. Det eneste som ga «mening», var å være til hjelp for sine nærmeste. Han søkte hjelp for panikkangst og den konstante følelsen av å være ulykkelig.

I samtalene kommer Martin inn på sorgen etter far. Han evner etter hvert å føle med seg selv og anerkjenne seg selv for den lille gutten han var, og fortsatt innerst inne er, som trenger og savner sin far. Han kommer også i kontakt med frustrasjon over alt som livet kunne ha blitt, men som det ikke ble, og en frustrasjon rettet mot mor: «*Skulle ønske at vi hadde mer hjelp, det var bare mor og meg ... skulle ønske at hun kunne skjermet meg mer, latt meg fortsette med fotballen ...*» Idet han sier dette, kommer panikken. Å ta seg selv på alvor og samtidig kjenne frustrasjon og sinne overfor mor aktiverer angst. Etter flere slike samtaler og sekvenser der Martin stadig bedre evner å romme sine smertefulle følelser overfor mor og far, får han også stadig bedre grep om hva han selv trengte da, og ikke minst hva han selv ønsker nå. En dag kommer han til samtale og forteller at han har bestemt seg for å søke seg inn på en videreutdanning! Men til tross for dette er panikkangsten fortsatt der.

I en av samtalene der Martin på nytt forteller om fars død og mors akutte depresjon, kommer vi inn på hvordan det ville vært om også mor ble borte. Tanken utløser panikk som fort fyller hele rommet! Martin holder seg i stolen og hyperventilerer før han brister i gråt. «*Jeg kunne ikke ... jeg måtte ikke miste henne ... Herregud ... det ville vært helt ... Jeg måtte jo hjelpe ... redde henne ... redde meg selv ...*»

Plutselig, en annen forsoning trer frem i Martin, en ny opplevelse og aksept først og fremst av seg selv, sin egen sårbarhet og avhengighet av mor, uten skam, uten angst og uten anklager mot mor. Kun en kjærlighet for henne og for det lille barnet han selv var. Og han lyktes

med prosjektet: Han reddet jo seg selv! Selv om mestringen holdt på å bli skjebnesvanger, begynte han nå å føle noe nytt. Han var på sett og vis tilbake i kontakt med en større del av seg selv. Ikke bare i kontakt med de ulike følelsene overfor mor og far, men også i kontakt med en varmere selvmedfølelse og større aksept for sin egen sårbarhet – og det følte godt.

### SANNA

Sanna er en 16 år gammel jente som bor i et fosterhjem på grunn av foreldrenes rusproblemer. Sanna har temperament, sagt på en folkelig måte. Hun fyrer av og lar deg få høre, men overfor sine foreldre er hun svært beskyttende. Etter å ha fått høre fra mor og far at de mest sannsynlig ikke kan være sammen med henne i den planlagte delen av påskeferien fordi foreldrene har kranglet, ender Sanna opp med å ta en overdose med Paracetamol og må kjøres til sykehus. Dagen etter, mens hun fortsatt er innlagt, ringer hun til sin far og forteller at hun er på sykehuset, og at hun hadde «tatt overdose med piller». Far hører på, men like etterpå sier han: «Jeg må legge på for jeg må i et møte.»

Da Sanna forteller om dette i samtalen, tilføyer hun at det er bra at far søker jobber og går på møter. Det er ikke noe synlig sinne eller skuffelse i henne over at far ikke viste mer omsorg og interesse for hvordan hun har det. Terapeuten kjenner sinnet på vegne av henne og rommer det. Uten å legge press på «Hva føler du overfor far når han legger på?», velger terapeuten å kommentere Sannas behov for å beskytte far (og hennes tilknytning til ham): «Du er veldig glad i ham.» Ja, sier hun. «Han er viktig for deg, det forstår jeg.» Ja, sier hun igjen, denne gangen med enda mykere stemme (som om noen følelser er på vei opp). «Jeg skjønner at det er et savn der.» Hun begynner å gråte.

I en ISTDP-fortolkningsramme ville man sagt at Sannas gråt skyller bort sinnet hennes, og at gråten er en del av hennes forsvar mot raseri overfor far. Dette trenger ikke å være feil. Men i et tilknytningsperspektiv vil man si at Sannas gråt også er uttrykk for savn etter kontakt, et uttrykk for et grunnleggende tilknytningsbehov som her anerkjennes både med terapeutens empatiske kommentarer og av Sanna selv. Det viktigste er likevel kanskje ikke det som sies og anerkjennes, men at det faktisk utspilles en kontakt mellom terapeuten og Sanna: Han ser henne slik som hun skulle

ønske at far så henne. Det er i dette tause, det som erfares i relasjonen til terapeuten, kall det gjerne i den korrigerende emosjonelle erfaringen, at mye av den terapeutiske kraften ligger.

Når lille Martin mister far, og på et vis også sin mor, og når Sanna får beskjed om at foreldrene ikke kommer til påskebesøk, er det ikke nødvendigvis konfliktfylte følelser overfor foreldrene som aktiverer angst i dem. Det er som om gulvet åpner seg, og i øyeblikket mister de fotfestet! Pilarene som opprettholder selvet, er truet. Kontakten og tilknytningen. Panikken slår inn. «Kanskje de ser meg hvis jeg skader meg selv og på den måten viser hvor vanskelig jeg har det?» kunne underteksten bak Sannas overdose være. Eller: «Uten mor ingen meg!», som Martin kan ha følt på. Angsten er her en primær og umiddelbar reaksjon på den truede atskillelsen, på tapet av kontakt – et tap som etterlater barnet i et tomrom verre enn noe annet. «Nameless dread», som Bion ville kalt det (Bion, 1959).

### RELASJONSBEHOV SOM KOMPASS

Følelser kan oppleves som trusler mot tilknytningsrelasjoner og kan aktivere angst. Det er dette som er hovedpremisset – og det eneste premisset – i angstteorien som ISTDP bygger på. Dette reduserer all ubevisst angst til å handle om konfliktpatologi (Gullestad & Kilingo, 2005; Kohut, 1971). Denne patologien er reell, men er ikke den eneste kilden til ubevisst angst og psykiske plager. Den oppstår når spedbarnet har begynt å utvikle kapasitet til en mer differensiert opplevelse av mor som en egen person utenfor barnets bevissthet og kontroll (Winnicott, 1971; Kernberg, 1992).

I en tidlig, presymbolsk utviklingsfase vil relasjonen i større grad preges av det sanselege: rytmisk versus urytmisk samspill, lyder og berøring, og med større og mindre sekvenser av kontakt og atskillelse (Stern, 1985). Barn i så ung alder har ingen velutviklet kognisjon til å kunne huske slike samspill, men kroppen husker (Sletvold, 2005). Forstyrrelser i samspill, fravær av mor, og andre former for smertefull atskillelse aktiverer angst og introduserer oss for vår sårbarhet og vår avhengighet av hverandre. Vi erfarer tidlig at vi ikke kan ta kontakten for gitt. Dette lagres i kroppen som kroppslige sensasjoner og hjemsoeker oss som angst når nye brudd og nye tap truer senere i livet.



Den indre kompetansen til å takle denne angsten avhenger av at vi etter hvert har internalisert nok av gode erfaringer der vi har blitt bekreftet, holdt og rommet, og der våre omsorgspersoner har lyktes i å hjelpe oss med å knytte mening til våre opplevelser. Er det mangel på disse internaliserte erfaringene, snakker vi ikke lenger om konfliktpatologi, men om mangelpatologi (Gullestad & Killingmo, 2005; Kohut, 1971). Det som mangler, må bygges ut. Kanskje det var nettopp dette som skjedde i terapiene til Martin og Sanna?

Det paradoksale er at ovennevnte eksempler fra terapi ikke nødvendigvis er i strid med ISTDP. Gjennom fortolkningsrammen til ISTDP vil man si at terapeuten i disse to kasuistikkene jobber sensitivt med to pasienter som er fragile, der bekreftelsen og stabiliseringen som terapeuten bidrar med, roer ned angsten som tidligere har hindret tenkning og refleksjon, og der nå mening og selvmedfølelse i større grad kan skapes. Spørsmålet er om denne siden av ISTDP er underkommunisert – og kanskje underpraktisert – nettopp fordi angstteorien som modellen bygger på, utelukkende handler om konfliktpatologi.

### BLINDSONE I TEORI

Som alle gode psykoterapimodeller er også ISTDP en responsstyrt terapi. Terapeuten bestemmer sine intervensjoner ut fra pasientens respons. Tåler pasienten presset? Åpner pasienten seg mer, eller lukker han seg nå? Hvilken type angst er det som aktiveres? Vurderinger som dette påvirker terapeuten valg av intervensjoner. Men ISTDP er også en teoristyrt behandlingsmodell. Det er ikke nødvendigvis noe kritikkverdige i dette. Vi trenger gode teorier som hjelper oss med å samle observasjoner i en meningsfull fortolkningsramme med hypoteser som er etterprøvbare, og som hjelper oss med å navigere i den komplekse virkeligheten. Teorien vil alltid være et forsøk på å begripe virkeligheten, og må aldri forveksles med virkeligheten selv. En slik selvundersøkende praksis er viktig for alle terapiteorier, og ikke bare for ISTDP. Når en teori blir overlegen den ytre virkelighet, ser vi ikke annet enn våre egne prosjeksjoner. Hvis en teori rommer en mangel, noe alle teorier strengt tatt gjør, og den mangelen forblir uoppdaget i terapeutenes blindsoner, vil man risikere å ikke se pasientens virkelighet fordi terapeuten egen står i veien. Blindsoner i teorien skaper også blindsoner i terapien.

Angstteorien som ISTDP opererer innenfor, har en blind flekk fordi teorien utelukkende ser på den indre følelsesmessige konflikten som opphavet til den ubevisste angsten. Kanskje teorien bør utvides til i enda større grad å omfavne angst som primærreaksjon på atskillelse og ikke bare som et resultat av ubevisste konfliktfylte følelser. I terapiutøvelsen vil dette kunne øke terapeutenes bevissthet om hvor viktig det er å validere pasientens tilknytningsbehov, anerkjenne vår avhengighet av hverandre, og knytte mening til sårbarheten som ligger i dette. ✕

---

### REFERANSER

- Abbass, A. (2021). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Methods, Evidence, Indications and Limitations. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(10), 874–879.
- Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., & Tarzwell, R. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre–post intervention study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(6), 529–534.
- Bion, W.R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 5–6.
- Davanloo, H. (1977). *Short-term dynamic psychotherapy*. Jason Aronson.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *An Object-Relations Theory of the Personality*. Basic Books.
- Frederickson, J., DenDooven, B., Abbass, A., Solbakken, O.A., & Rousmaniere, T. (2018). Pilot study: An inpatient drug rehabilitation program based on intensive short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Addictive Disorders*, 37, 195–201.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. Chicago University Press.
- Malan, D.H. (2010). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. 2. utgave. Hodder Education.
- Nelson, J.K. (1998). The Meaning of Crying Based on Attachment Theory. *Clinical Social Work Journal*, 26, 9–22.
- Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42 (6), 497–504.
- Solbakken, O.A., & Abbass, A. (2015). Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of Affect. Disord.*, 181, 67–77.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of The Infant*. Routledge.
- Thompson, S.F., Kiff, C.J., & McLaughlin K.A. (2019). The Neurobiology of Stress and Adversity in Infancy. I C.H. Zeanah (red.). *Handbook of Infant Mental Health*. 4.utgave. The Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.





**PROFESJONSUTDANNELSE** Den norske profesjonsutdannelsen er kostbar, men den er også kostnadseffektiv, fordi den er tilpasset den rollen norske psykologer har, skriver artikkelforfatteren. Her fra Psykologisk institutt i Oslo. Foto: Nora Skjerdingsstad

# Hva er så spesielt med norske psykologer?

En psykolog er ikke en psykolog uavhengig av helsevesenet i landet hun virker i.

**MED HØYESTERETTS AVVISNING** av ELTE-studentenes anke er saken avsluttet i norsk rett. Sakens kjerne var om masterstudiet ved ELTE utdanner til samme yrke som det norske profesjonsstudiet gjør. EFTAs overvåkingsorgan ESA har ennå ikke bestemt seg for om det vil stevne den norske staten for EFTA-domstolen for traktatbrudd.

Staten laget en kompletterende utdanning som engangstilbud til 190 ELTE-studenter, for perioden 2019–2022, som kvalifiserte til autorisasjon som psykolog. De aller fleste takket ja til tilbudet. Psykologforeningen har nå fått mange av disse som fullverdige medlemmer og anerkjente kolleger.

Prosessen har vært krevende for alle parter og særlig for studentene selv med mange år i

usikkerhet. Spørsmålet er hvordan vi havnet i denne situasjonen.

## FEIL PREMISS

Opptakskravet til det norske profesjonsstudiet er svært høyt. I 2018 var det rundt 6000 søkere til cirka 330 studieplasser på de fire aktuelle norske universitetene. Dette skaper selvsagt et marked for alternative løsninger. Også *legitime* løsninger, og noen av dem vil trolig kunne tilby et utdannelsesløp som ligger nær det norske profesjonsstudiet, for eksempel de britiske kliniske studieretningene av 6–7 års varighet, med krav om praksis.

Dommeren i Borgarting fremførte omtrent følgende resonnement under rettsforhandlingene: «Er ikke behovet for psykologiske tjenes-»



**TEKST** Ole Tunold, generalsekretær i Norsk psykologforening

ELTE

ter det samme i alle land? Får ikke befolkningen de samme psykologiske tjenestene i alle (europeiske) land? Hva kan da være grunnen til at alle andre land organiserer utdannelsen etter Bologna-modellen, mens Norge mener at psykologer bare kan utdannes med integrert praksis (Boulder-modellen)?»

Dette resonnementet er rimelig hvis man har som grunnleggende premiss at en psykolog er en psykolog, uavhengig av det helsevesenet hun virker i. Det premisset vil nok befolkningen generelt finne rimelig. Men er det riktig?

### FORMIDABEL VARIASJON

Leger, sykepleiere og flere helseprofesjoner får automatisk godkjenning innenfor EØS-området fordi utdannelsesløpene og profesjonene er ganske like på tvers av landegrensene. Psykologer er ikke blant disse helseprofesjonene, selv om det er en utbredt oppfatning at tittelen 'psykolog' beskriver en homogen og relativt entydig profesjon i europeiske land. Men slik er det ikke. EU gjennomførte i 2013–2016 en storstilt gjensidig evaluering av regulerte profesjoner. Formålet var å skape nye arbeidsplasser og økonomisk vekst gjennom deregulering i arbeidsmarkedet og dermed økt mobilitet for profesjonene.

Evalueringen avdekket en formidabel variasjon både når det gjaldt reguleringer, utdannelsesstruktur (fra 3 til 11 år) og psykologers virkeområde. Evalueringen gikk i liten grad inn på spørsmålet om de enkelte lands reguleringer henger sammen med organisering av helsevesenet og psykologenes rolle. Dessverre. For da ville man funnet forklaringen på de store variasjonene. Ta noen eksempler:

- I Tyskland er ikke psykologprofesjonen lovregulert. Det er derimot psykoterapeuter.
- I Storbritannia er det hele ni regulerte psykologtitler (to kliniske).
- I Luxemburg anses det som unødvendig å regulere psykologer «siden kundene selv kan treffe velinformerte valg».
- I Romania er det mange psykologer, de fleste av dem har tre års utdanning.

### UTREDE, DIAGNOSTISERE OG BEHANDLE

At en nyutdannet psykolog på selvstendig grunnlag har myndighet til å utrede, diagnostisere, henvise og behandle pasienter, finner man sjelden i andre land enn Norge. Men man

finner heller ikke i andre land en utdannelsesstruktur som så klart er rettet mot en rolle som selvstendig behandler fra første dag. Og det er nettopp profesjonsstudiet, med integrert praksis og ferdighetstrening, som setter psykologen i stand til å utøve sin selvstendige rolle. Eksempelet fra Luxemburg er spesielt illustrativt. Det er ingen grunn til å anta at det offentlige helsevesenet der er innrettet som en butikk der man kjøper helsetjenester. Det er mer nærliggende å anta at psykologen ikke har noen sentral rolle i det offentlige psykisk helse-tilbudet.

Kvalitetsreformen med Bologna-modellen førte til en større uniformering av høyere utdanning i Europa. Lik gradsstruktur skulle bidra til økt mobilitet. I denne prosessen forsvant mange profesjonsutdannelse der erfaringslæring var et helt sentralt element. De fleste bachelor-/masterutdannelse i psykologi i Europa er overveiende teoretiske, basert ikke på egne, men andres erfaringer. Det gjør at praksis og ferdighetstrening må foregå etter oppnådd grad. Slik sett tar det lengre tid å forberede psykologene på selvstendig profesjonsutøvelse, i den grad det er formålet i de forskjellige landene.

Det er ikke snakk om gode eller dårlige utdannelse, men utdannelse som er rettet mot forskjellige profesjonsroller. Det er krevende å få en utdanning med et annet formål til å passe til den profesjonsrollen norske psykologer har. Den norske profesjonsutdanningen er kostbar, men den er også kostnadseffektiv, fordi den er tilpasset den rollen norske psykologer har.

### SYNET PÅ MENTAL HELSE

Er en psykolog en psykolog – uavhengig av den kontekst hun virker i? Om profesjonen er sammenlignbar over landegrensene, avhenger blant annet av organisering av helsetjenestene (*første- og andrelinje, sengeposter og poliklinikk, utbredelse av omsorgsboliger, etc.*). Det avhenger også av samfunnets syn på mental helse, sammensetningen, antallet og rollene til helsepersonell, blant annet.

I sitt forord til *Mapping and Understanding Exclusion in Europe* (2017) skriver Dainius Puras, FNs spesialrapportør for helse, dette om helsetjenestene i Europa: «*Min erfaring som barnepsykiater og menneskerettighetsforkjemper i Sentral- og Øst-Europa, har vist meg at til tross for mange anstrengelser og god praksis, baserer Europa seg fortsatt på utdatert praksis som institusjonalisering og overdreven medisiner. Denne rapporten er et bevis på at mye må endres. Det viser også at institusjonalisering, lenge tenkt som et sentral- og østeuropeisk spørsmål, fortsetter i mange vesteuropeiske land med uforminset styrke*» (min oversettelse).

Norsk politikk på psykisk helse skiller seg på flere områder fra andre land. Opptappingsplanen for psykisk helse på begynnelsen av 2000-tallet hadde blant annet som formål kultur- og holdningsendring i tjenesteapparatet, med vekt på brukerperspektiv og mestring. Videre å oppnå holdningsendringer i befolkningen slik at personer med psykiske lidelser ikke skulle bli stigmatisert, at de skulle få forståelsen av at de kan få hjelp, og at hjelpen nytter. Opptappingsplanen førte til omfattende nedbygging av store sentralinstitusjoner og samtidig en kraftig økning i etterspørsel etter psykologer i behandlerrollen. Loven om psykologer i kommunene fra 2017 er også et tydelig ønske om å benytte psykologer som en del av det offentlige tilbudet i primærhelsetjenesten.

## DOMINERT AV PSYKIATRIEN

EUs Compass for Action on Mental Health and Wellbeing (2013) uttalte: «Variations in professional resources availability showed also striking differences, with very large unexplained cross-country variations in number of psychiatrists and psychologists.»

At forskjellene oppleves som uforklarlige av EU, betyr ikke at de er uforklarlige. I ESAs 'Reasoned Opinion' til HOD i 2020 slås det fast at helsepersonell opererer under vidt forskjellige helsesystemer i EØS-området. Men til tross for dette mener ESA at *aktivitetene* må være sammenlignbare: «*On the other hand, the actual activities of health care professionals, typically based on methods and training recognised by international medicine, may still be »comparable« and therefore the professions may be »the same profession«.*» ESA oppfatter visst ikke psykologi som en selvstendig vitenskap og disiplin.

Den ungarske myndighetsrepresentanten uttalte under EFTA-domstolens høring at ungarske psykologer ikke selv diagnostiserer, men kan *foreslå* en diagnose for den ansvarlige *psykiater*. Dette vitner om at det offentlige psykisk helsetilbudet i mange land fortsatt er dominert av psykiatrien, og at psykologer spiller en langt mer tilbaketrukket rolle enn i Norge. Det betyr ikke nødvendigvis at befolkningen får dårligere helse-tilbud, men at profesjonsrollene er annerledes innrettet.

Norge tillater seg med den største selvfølgelighet å være best i verden på en rekke områder. Men når Psykologforeningen hevder at nyutdannede psykologer i Norge er gitt et annet ansvar enn sine europeiske kolleger, og at profesjonsrollene derfor er forskjellige, brukes betegnelser som narsissisme, grandiositet og laugsvirksomhet. Spørsmålet om hva som er så spesielt med norske psykologer, burde derfor *stilles* i stedet for å fremsette det som et retorisk poeng.

## STUDENTENE TRENGER FORUTSIGBARHET

Det er et problem for utenlandsstudenter at de ikke vet om de blir godkjent når de kommer tilbake til Norge. Ingen utdanning er i dag forhåndsgodkjent. Både EU-kommisjonen og EFTA-domstolen påpeker at Norge plikter å angi hva slags kompetanse som mangler når en søknad om autorisasjon blir avslått. Dette samsvarer med Psykologforeningens politikk. På bakgrunn av EØS-avtalen er det anledning til å kreve inntil tre års tilpasning på lisens før søkeren kan bli autorisert. Psykologforeningen mener at myndighetene i større grad må benytte denne adgangen. Det må stilles detaljerte krav som kompenserer for variasjoner i teori, kontrollert ferdighetstrening og veiledet praksis,

Det er viktig å huske at det er helsemyndighetene som avgjør hvilke kvalifikasjoner helsepersonell skal ha. Men Psykologforeningen kan ikke være likegyldig til hvilke kompetansekrav som stilles til profesjonen. ❌



At en nyutdannet psykolog på selvstendig grunnlag har myndighet til å utrede, diagnostisere, henvise og behandle pasienter, finner man sjelden i andre land enn Norge

# Hva medisinfrie tiltak er og ikke er

Debatten om medisinfri behandling burde først og fremst handle om hvordan vi kan forbedre psykososiale behandlingsmetoder og samtidig begrense feil- og overmedisinering.



**TEKST** Jan Ivar Røssberg, professor og overlege ved Universitetet i Oslo

## MEDISINFRI BEHANDLING

**DET ER EN** illustrerende historie Anders Wenneberg forteller om utviklingen av de «medisinfrie tiltakene» ved Akershus universitetssykehus (AHUS) i siste nummer av Psykologtidsskriftet (Wenneberg, 2021). Et tilbud som jeg også har vært så heldig å få besøke og se på nært hold. Ut fra beskrivelsen virker det som man på AHUS har skapt et godt og trygt terapeutisk miljø for pasientene som er innlagt. Ikke minst virker det som det gis tid og rom til å etablere en god relasjon mellom pasient og miljøpersonale. Dette er dessverre noe det er blitt vanskeligere og vanskeligere å oppnå i dagens psykiske helsevern på grunn av den drastiske reduksjonen av sengeplasser og den påfølgende kortere liggetiden. Følgelig blir fokuset på symptomdemping (medisiner – for rask utskrivelse) og ikke kanskje noe av det viktigste i psykisk helsevern – nemlig det å bygge en god og trygg relasjon.

### ER SENGEPOSTEN PÅ AHUS MEDISINFRI?

Innlegget til Wenneberg illustrerer godt poengene i min kronikk (Røssberg, 2021). Som påpekt av Wenneberg skrev jeg at ut fra min kjennskap til de «medisinfrie tiltakene» er det lite som tyder på at noen av dem driver uforsvarlig behandling. Dette bygger på den kjensgjerning at de i praksis ikke er medisinfrie og heller ikke tar imot personer med schizofrenilignende tilstander som er så plaget at de trenger sykehusinnleggelse. Det gjør de heller ikke på den medisinfrie sengeposten på AHUS. Der bruker hele 74 prosent av pasientene psykofarmaka, og under 15 prosent blir beskrevet å ha schizofrenilignende tilstander (Standal et. al., 2021).

Det virker dermed betimelig å spørre hvorfor dette kalles en medisinfri sengepost. Sammenligner jeg denne forskningen med egne

studier der vi har inkludert personer med alvorlige psykiske lidelser, er det langt færre i mine studier som bruker medisiner. På direkte spørsmål forteller pasientene dessuten at de verken er blitt overtalt eller tvunget til å ta medisinerne. Er da en mer riktig betegnelse på mine studier at de er medisinfrie? Neppe. Å definere en studie som «medisinfri» når den åpenbart ikke er det, fremstår som både uriktig og uheldig for meg, ja trolig også for Mike Slade (se nedenfor). Dette er også forskningsetisk problematisk, for hva samtykker studiedeltakerne egentlig til?

### HVA UNDERSØKER MAN PÅ AHUS?

På den «medisinfrie» sengeposten på AHUS har man bygget opp en psykososial behandlingstilnærming basert på *Illness Management and Recovery (IMR)*, *Feedbackinformerte tjenester* og *Affektbevissthetsmodellen*. Dette betegnes som IFA-modellen. IMR-tilnærmingen er kanskje den best undersøkte modellen av disse tre for personer med alvorlige psykiske lidelser (McGuire et. al. 2021). IMR-modellen er heller ikke en «medisinfri» behandlingsmodell. Et av hovedpoengene i denne modellen er nettopp fokuset på optimal medikamentell behandling. Følger behandlingspersonalet på AHUS også de syv aksjonspunktene til Helse Sør-Øst, som Wenneberg beskriver, er det all grunn til å anta at pasientene får optimal medikamentell behandling. Disse syv aksjonspunktene er viktige for å hindre feilmedisinering og overmedisinering og er tilnærmet lik beskrivelsen av optimal medikamentbehandling i nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer og nasjonale og internasjonale lærebøker.

AHUS har altså ingen medisinfri intervensjon. Det er mye mer nærliggende å undersøke om IFA-modellen er bra eller dårlig for pasien-

tene som er innlagt. Det skulle forundre meg mye om ikke pasientene som er innlagt der, vil gjøre det bedre enn de som er innlagt på en vanlig post.

### REVOLUSJONERENDE BEHANDLING?

Wenneberg refererer til en samtale med Mike Slade, der han forteller om AHUS-intervensjonen, og Slade svarer: «*If you can show that medication free treatment is equally good, it would be a revolution.*» Forsto Slade da at «*medication free treatment*» betydde at de fleste faktisk brukte medisiner? Og at de færreste i den undersøkte gruppen strevde med en psykoselidelse? Det er lite sannsynlig siden han sa at *det* ville være en revolusjon. Han forsto nok «*medication free treatment*» som de fleste av oss forstår det; nemlig en behandling uten bruk av medisiner.

Hadde intervensjonen vært medisinfri (ekte) og pasientene strevde med (akutte) psykoselidelser og var innleggelsestrengende, ville det vært annerledes. Hadde man da fått samme resultater, ville det vært revolusjonerende. Kommer det studier av høy kvalitet som viser at personer med akutte schizofrenilignende tilstander har like godt utbytte uten bruk av medisiner som med medisiner (på gruppenivå), skal jeg være den første som kjemper for psykosebehandling uten bruk av medisiner.

Det er vanskelig å se at intervensjonen på AHUS på noen som helst måte skal revolusjonere psykisk helsevern. Slik behandlingstilbudet er der nå, er det overhodet ingenting som kan sies å være revolusjonerende.

### BEGREPET MEDISINFRI

Å kalle en behandlingsintervensjon medisinfri (selv om den ikke er det) kjører debatten naturlig nok inn i et spor om enten å være for eller imot medisiner. Debatten burde heller handle om hvordan vi kan styrke/forbedre de psykososiale behandlingsmetodene i dagens psykiske helsevern og samtidig begrense feil- og overmedisinering. Det ville være en liten revolusjon i seg selv. ✖

### REFERANSER

- Wenneberg, A. (2021). Medisinfri behandling fra innsiden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(10), 870–873.
- Røssberg, J.I. (2021). En debatt om alt og ingenting. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 608–611.
- Standal K., Solbakken O.A., Rugkåsa J., Martinsen A.R., Halvorsen M.S., Abbass A., Heiervang, K.S. (2021). Why Service Users Choose Medication-Free Psychiatric Treatment: A Mixed-Method Study of User Accounts. *Patient Prefer Adherence*, 15, 1647–1660 <https://doi.org/10.2147/PPA.S308151>
- McGuire, A.B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K.T., & Salyers, M.P. (2014). Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(2), 171–179.



Det er vanskelig å se at intervensjonen på AHUS på noen som helst måte skal revolusjonere psykisk helsevern

### DEBATT OM MEDISINFRI BEHANDLING

#### Tidligere innlegg:

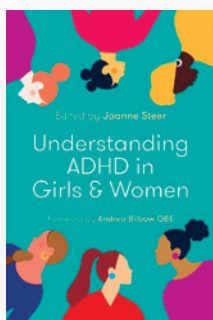
- Nr. 10 - 2021** Medisinfri behandling fra innsiden (Anders Wenneberg)
- Nr. 09 - 2021** Pasienterfaringer uten medisiner (anonym)
- Nr. 09 - 2021** Optimal behandling må bygge på tillit (Jan Ivar Røssberg)
- Nr. 08 - 2021** Kravet om medisinfri behandling er et brukeroppør (Anders Skuterud)
- Nr. 07 - 2021** En debatt om alt og ingenting (Jan Ivar Røssberg)
- Nr. 07 - 2021** Retten til medisinfri behandling (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)
- Nr. 06 - 2021** Forskning først, behandling etterpå (Jone Bjørnstad, Wenche ten Velden Hegelstad)
- Nr. 06 - 2021** Lar brukernes rettigheter komme i annen rekke (Mikael Julius Sømhovd, Aina Fraas-Johansen)



**ANMELDT:** BOK

## Velskrevet og praksisnært om kvinner med ADHD

Denne boka er en viktig påminner om at jenter og kvinner med ADHD bør oppdages tidligere.



**BOK** *Understanding ADHD in Girls and Women*

**FORFATTER**

Joanne Steer (red.)

**FORLAG** Jessica

Kingsley Publishers

**ÅR** 2021

**SIDER** 349

**ANMELDT AV**

Elisabeth Øverland, spesialist i klinisk pedagogikk ved Akershus universitetssykehus HF, BUP Follo

**DENNE BOKA HANDLER** i all hovedsak om at ADHD-relaterte vansker ofte viser seg på andre måter hos jenter og kvinner enn hos gutter og menn. Boka tar for seg viktige temaer innenfor utredning, hvordan søke og motta hjelp, og hva som er anbefalt og nyttig behandling. Målgruppen for boka er klinikere, pårørende og kvinner som selv har ADHD.

Dette er en bok det er lett å lese og lett å like. Jeg kjenner igjen redaktørens skrivestil fra introduksjonskapittelet i alle de påfølgende kapitlene, selv om dette er en antologi med mange forfattere. Boka er gjennomgående velskrevet. Alle kapittelforfatterne er fra Storbritannia, og de bruker eksempler fra klinikk som er gjenkjennbare. Brukerperspektivet er sterkt representert. Det er også et eget avsluttende kapittel der kvinner i ulike aldre forteller små anekdoter fra sitt liv med ADHD.

Redaktøren ser ut til å ha hatt et overordnet mål om en lett og personlig tone i alle kapitlene. Jeg likte godt at alle forfatterne er oppdatert om nåtidens kilder, og kommer med konkrete tips om nettressurser, YouTube-filmer, spillefilmer og bøker som handler om personer med ADHD. De henviser også til kjente personer med ADHD som er gode rollemodeller.

Kapitlene er bygget opp likt. Hvert kapittel har underoverskrifter med relativt korte passasjer, som oppsummeres med «key points». Av og til kommer det også tips om hva som er lurt å gjøre hvis man for eksempel vil henvisne barnet sitt for utredning, eller hvis man har et barn med ADHD som også strever med angst. Siden boka er skre-

vet både for foreldre og klinikere, kommer det også jevnlig tips til klinikere, for eksempel om hva som bør være med i en utredningsrapport.

Dette er ikke en bok som refererer til forskning i hvert avsnitt, men den er edruelig skrevet med referanser der det trengs.

### UNDERDIAGNOSTISERT BLANT JENTER

Alle kapittelforfatterne har fokus på at ADHD er underdiagnostisert blant jenter, og at jenter ofte har en annen presentasjon av sine vansker knyttet til ADHD, sammenlignet med gutter. Siden boka handler om jenter og kvinner, er temaer som kvinnelig hormonell syklus, tidlig graviditet, sex og kroppsbilde en naturlig del i flere av kapitlene. I det innledende kapittelet tematiserer redaktøren at boka kan være nyttig å lese også for de med kjønnsinkongruens og som identifiserer seg som en kvinne.

Det gjentas flere ganger at personer med ADHD har mange styrker, og at dette også bør fremheves i møtet med menneskene det gjelder: «*As a way of building young people's self-esteem and supporting them to see their hidden superpowers, this is a vital part of the assessment and diagnostic process*» (s. 47).

Boka har et eget kapittel om utredning av jenter og ett om utredning av kvinner. På samme måte er det også et eget jente- og kvinnekapittel når det gjelder behandling. Det er ikke så store forskjeller innad i disse kapitlene, og jeg undrer meg over hvorfor ikke disse kunne ha vært samlet i ett kapittel om utredning og ett om behandling. Kanskje har redak-

tøren ment at jenter og kvinner kjenner seg mer igjen hvis de er representert i hvert sitt kapittel?

Jeg undrer meg også over hvorfor evnekartlegging ikke nevnes i noen av kapitlene som en del av ADHD-utredningen, da dette er en viktig bestanddel av en ADHD-utredning, i alle fall i Norge.

Begge kapitlene om utredning gjør et poeng av at mange av kartleggingsskjemaene som brukes i utredning av ADHD, er basert på hvordan ADHD-symptomer arter seg hos gutter/menn. I stedet for tydelig fysisk hyperaktivitet er jenter/kvinner ofte mer pratsomme, fiklete og dagdrømmende. Utrederne oppfordres til å spørre mer spesifikt om denne type symptomer hos jenter/kvinner. Det påpekes i denne forbindelse at kartleggingsskjemaene som brukes for å vurdere effekt av medisin, ofte blir helt ubrukelige for jenter. Forfatterne oppfordrer til lage egne observasjonspunkter som er mer tilpasset hver enkelt pasient, for å kunne vurdere de ønskede målene for medisineringsen.

#### MASKERING AV VANSKER

ADHD-symptomer hos jenter blir ofte oppdaget sent, og foreldre og lærere er generelt gode til å tilrettelegge for at disse jentene skal klare seg best mulig i hverdagen. Dette kan maskere vanskene og gjøre dem vanskeligere å oppdage. Ofte blir symptomene plukket opp når jentene har begynt i samtalerapi for depresjon og/eller angst. I boka blir samtalerapeuter oppfordret til å være oppmerksomme på dette.

Kapittelet om skole er skrevet av Eva Akins, en jurist som deler sin personlige historie. Som ung droppet hun ut av skolen og kom inn i et belastende miljø. Mens hun var ung tenåringsmor uten noe fast sted å bo, klarte hun likevel å gjennomføre universitetsutdanning. Da hun selv fikk barn med ADHD, ble hennes juridiske kompetanse nyttig i kampen for sine barns rettigheter i skolen. Dette ble senere hennes spesialfelt. Hovedbudskapet i kapittelet om skole er at elever med ADHD har rett til tilpasset opplæring og/eller spesialundervisning, og at man som forelder må kjempe for å få det. Ellers er det litt mange referanser til britisk skole- og lovverk, noe som for meg kommer litt i veien for den gode leseopplevelsen av dette kapittelet.

Det er svært interessant å lese om forskjellene mellom hvordan bipolar lidelse diagnostiseres i USA, sammenlignet med Europa, Australia og Asia. Det finnes mye amerikansk litteratur

som beskriver barnehagebarn med ADHD og komorbid bipolar lidelse, noe som virker veldig fjernt fra vår hverdag i Norge – og tydeligvis også i Storbritannia. Dette blir tatt opp i flere av kapitlene. Alex Doig har skrevet kapittelet om komorbiditet hos jenter med ADHD. Han sier dette om differensialdiagnostisering av bipolar lidelse: «*Whatever the reasons, I would urge a lot of caution in the diagnosis unless there was a clear evidence of prolonged mood swings or psychosis; but I would say that, as a doctor trained in the UK.*» Sally Cubbin og Allyson Parry går mer inn i dette temaet i sitt kapittel om utredning av kvinner. De beskriver fenomenet «mood lability», som kan oppleves daglig av kvinner med ADHD, ofte med flere korte skifter av humør i løpet av en dag. Dette beskrives som en del av kvinners ADHD-symptomer, og er mye mer vanlig hos kvinner enn hos menn med ADHD. De skiller «mood lability» fra bipolar lidelse ved at førstnevnte kommer og går svært raskt, at det ofte trigges av en situasjon, og at det er slik personen alltid har vært. De samme forfatterne beskriver også konseptet «rejection sensitive dysphoria» hos kvinner med ADHD. Dette forstås som en emosjonell oversensitivitet for ertering, avvisning eller kritikk.

Boka har et eget kapittel om coaching av jenter med ADHD. I Storbritannia er coaching en del av det private hjelpeapparatet, i likhet med i Norge. Coaching er, så vidt jeg vet, ikke så utbredt i Norge, selv om det står nevnt i den Nasjonale faglige retningslinjen om utredning og behandling av ADHD (Helsedirektoratet.no). Det er en del likhetstrekk mellom coaching og psykoedukasjon, men coaching har et mer praktisk fokus og går inn i dagliglivets ferdigheter. Kapittelforfatteren Valerie Ivens er selv ADHD-coach. Hun gir gode beskrivelser av hvordan hun jobber med relasjonsbygging, og hun beskriver sin tilnærming som løsningsorientert. Hun beskriver hvordan hun legger til rette for at jenter skal utvikle kompenserende ferdigheter. Særlig gjelder dette å kunne kompensere for vansker knyttet til eksekutive funksjoner.

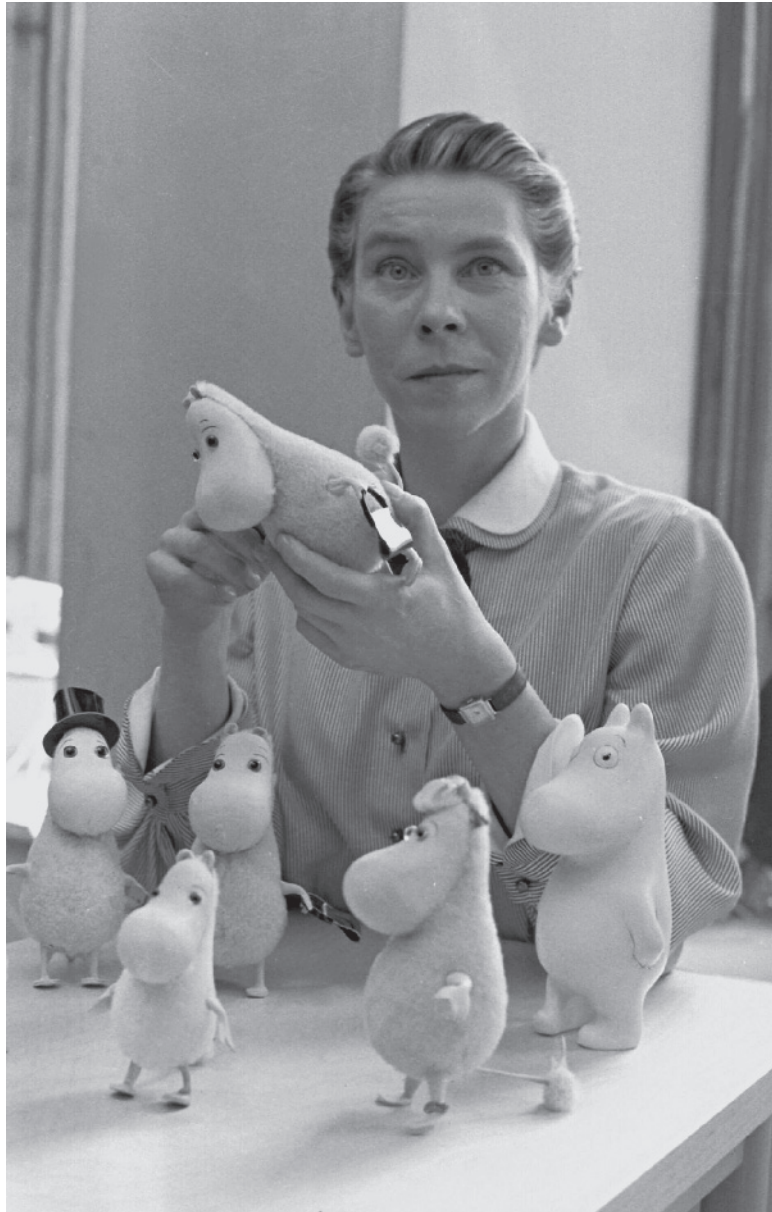
Boka vekker et engasjement i meg som leser, noe jeg tror flere vil kjenne seg igjen i. Boka er en viktig påminner om at jenter og kvinner med ADHD bør oppdages tidligere, at veien dit går gjennom kunnskap om hvordan ADHD kan gjenkjennes og forstås hos jenter og kvinner, og at dette ofte fremstår annerledes enn hos gutter og menn. ✘



Boka vekker et engasjement i meg som leser, noe jeg tror flere vil kjenne seg igjen i

**MUMMIMAMMA**

Den finske forfatteren Tove Jansson er mest kjent for sine bøker om Mummitrollet. *Sent i november* ble utgitt samme år som Janssons mor døde, noe som ifølge vår skribent preger romanen. Foto: Kenneth Jonasson / Expressen / Scanpix



## Alle vil hjem, men vil de tilbake?

Psykoanalytisk tenkning i møte med Tove Janssons *Sent i november*.

**TEKST** Espen Håland, psykologspesialist, medlem Institutt for psykoterapi



2020 var det 75 år siden Tove Jansson (1914–2001) ga ut den første boka om Mummitrollet. Har bøkene om Mummitrollet fremdeles aktualitet? For forfatteren Tove Jansson var Mummitrolluniverset en flukt fra vinterkrigens grusomheter og inn i barndommens trygghet (Karjalainen, 2014). Hun både skrev og malte sitt eget liv inn i Mummitrollets verden. *Sent i november* kom ut i 1970, samme år som Janssons mor døde. Morens død ligger mellom linjene og gir boka et preg av lengtende melankoli, etter noe som en gang var, men som aldri mer skal gjenoppstå.

I alt skrev Jansson 13 bøker om Mummitrollet, den første kom ut i 1945, den siste i 1981. I de første bøkene beskrives et trygt og barnlig fantasiunivers, mens senere bøker også har tematikk som retter seg mot voksne. Det er som om de senere bøkene er skrevet til barnet i den voksne og den voksne i barnet. Forfatteren lot det forbli åpent om hennes siste bøker om Mummidalen var ment for barn eller voksne (Westin, 2007). Senere bøker tar inn mer alvorlige temaer som tap, angst og forgjengelighet. Jeg vil ta utgangspunkt i Janssons siste store bok om Mummitrollet, *Sent i november* (1970/2008). Boka er tett på livet, herunder det eksistensielle, det ubevisste og det melankolske. Mange følelser trer fram, slik som lengsel, sorg, uro, angst, raseri og forgjengelighet.

### HANDLINGEN

Den ytre handlingen i *Sent i november* er tilsynelatende enkel: Vi følger Tofte, Hemulen, Snusmumrikken, Fillifjonka – og senere Onkelsulliken og Mymlen – på deres vei tilbake til Mummidalen. Samtidig er det, allerede fra begynnelsen, noe annet som foregår på et dypere plan. Tofte klarer ikke lenger drømme fram Mummimamma, Snusmumrikken finner ikke de siste tonene til sin sang, Hemulen kjenner en vag uro, Filifjonka opplever en eksistensiell rystelse, mens den gamle Onkelsulliken bestemmer seg for å besøke Mummidalen for å få avstand til en stadig økende glemsel og fremmedfølelse i eget liv. Mymlen skiller seg ut fra de andre ved at hun framstår som uberørt, nærmest avkoblet, og lukket inne i seg selv. Samtidig betrakter hun de andre med en kjølig distanse.

Alle vil de til Mummihuset, som representer et «hjem», et trygt tilfluktssted når livet blir vanskelig. Det er samtidig en appell til leseren her, det være seg barnet eller den voksne, om

å våge å kjenne seg igjen i det å være sårbar og da søke seg til noe trygt og «hjemlig».

Da de kommer fram, finner de Mummihuset tomt og forlatt, og boka gir aldri noe klart svar på om Mummifamilien kommer tilbake eller ikke. Det tomme Mummihuset vekker mørke og skjøre følelser som må håndteres, og de reisende må også forholde seg til hverandres annerledeshet og uro. Fortellingen er lagt til høsten, noe som forsterker opplevelsen av underliggende temaer knyttet til savn, forgjengelighet og død. Felles for alle karakterene er at de har en lengsel mot Mummidalen og det dalen representerer. I lengselens vesen ligger det et intenst savn etter noe som en ikke helt vet hva er. Det handler om å ta innover seg at noe mangler, at noe er ufullstendig i eget liv. Det å kunne dvele ved lengselen gir en inngang til dypere spørsmål om oss selv og den verden vi lever i. Vi får en mulighet til å komme i kontakt med livets skjørhet. Lengselen maner til undring og til å søke mot det som ikke har klare svar. I *Sent i november* er lengselen mangefasettert, den har både ubevisste, relasjonelle og eksistensielle lag.

### DET UBEVISSTE

Ifølge psykoanalytisk tenkning vil det å forstå lengselen innebære langsomhet og dveling. Det er fordi lengselen har dype ubevisste røtter. Gullestad og Killingmo (2005) viser til at «det ubevisste har status som en egen `provins` i psyken som samler i seg de mest primitive og arkaiske sidene ved menneskets sjelsliv» (s. 28). Her finner vi kimen til en grunnleggende lengsel som kan føres tilbake til de tidligste relasjonelle erfaringer mellom mor og barn. Den kommer til den bevisste overflaten stykkevis og delt. Noen ganger har vi tak i denne følelsen, andre ganger glipper den. Det er det dynamiske i vårt sjelsliv som gjør seg gjeldende. En psykisk barriere mellom det ubevisste og det førbevisste medvirker til dette. Det er spenninger som presser det ubevisste mot bevisstheten, mens det er krefter som virker motsatt og lar innholdet forbli ubevisst. I dette kraftfeltet finner vi kilden til vårt indre psykiske liv (Gullestad & Killingmo, 2005). *Sent i november* har blitt til i et slikt kraftfelt mellom det ubevisste og det bevisste, mellom drøm og virkelighet.

Freuds store oppdagelse var det ubevisste, som han særlig knyttet til drømmer. For karakteren Tofte, som på mange måter ligner forfat-



**BOK** *Sent i november*

**FORFATTER**

Tove Jansson

**FORLAG**

Cappelen Damm

**ÅR** 2020 [1970]

**SIDER** 146



teren (Karjalainen, 2014), står drømmen sentralt. I *Sent i november* blir drømmen en arena der lengselen kan utspille seg. Vi merker oss at når Tofte ikke lenger er i stand til å drømme, stopper noe opp for ham. Før dette hadde Tofte manet fram samme drøm hver kveld før han la seg. Drømmen handlet om den lykkelige Mummidalen og at Mummimamma stod der for å ta imot ham. Etter hvert klarer ikke Tofte å drømme, det er noe som forstyrrer idyllen:

«Plutselig strøk en grå tåke over landskapet, det ble visket ut, han så bare mørket bak sine lukkede øyne og hørte det lange høstregnet over presenningen. Homsen prøvde å komme tilbake, men han fikk det ikke til» (s. 15).

Det kan se ut som at drømmen, både den bevisste og den ubevisste, har en viktig funksjon for lengselen. Det er i drømmene at lengselen får innhold, form og et språk, og det er i drømmene at lengselen kan bearbeides. Når drømmen stopper opp, tørker lengselen inn, og for Toftes del blir det urovekkende. Han må tilbake til sin lengsels opprinnelse, nemlig Mummidalen, og nærmere bestemt Mummimamma.

### DET RELASJONELLE

Det er liten tvil om at Mummimamma er inspirert av Tove Janssons egen mor (Westin, 2007).

Jansson hadde et symbiotisk forhold til sin mor (Karjalainen, 2014). Det fortelles at hun og moren en gang snødde inne en hel uke. Hun skrev en novelle om dette som hun kalte *Snøen* (Jansson, 1968/2012):

Datteren fylles av ro og lykke, hun ser for seg at ingen kommer verken inn eller ut, og blir så glad at hun roper til moren «jeg elsker deg, jeg elsker deg», ler og kaster puter på moren og vil ikke at huset skal graves fram av snøen ... følelsen av absolutt trygghet – isolering – så man følte at ingen kan komme ut lenger, og ingen kan komme inn. Vi har gått i hi her mamma og jeg – vi er som bjørner med granbar i magen, og verden er blitt slengt vekk, den er død, den finnes ikke lenger (i Karjalainen, 2014, s. 23).

Dette kan tjene som et godt bilde på et symbiotisk forhold, der det bare er plass til to og ingen forstyrrende tredjepart (far, bror etc.).

Symbiose i psykoanalysen viser til spedbarnets sammensmeltning med mor den første

tiden etter fødselen. Det er en sterk sammenbindende kraft som må løses skånsomt opp for at ikke videre psykologisk utvikling skal stoppe opp (Winnicott, 1971). James Grotstein (2009) hevder at det alltid er et tilstedeværende og alltid-i-utvikling-spedbarn i vårt ubevisste. Det er rimelig å se dette i sammenheng med symbiosen. Grotstein mener den ubevisste representasjonen av spedbarnet fanger inn det mest sårbare og sensitive i oss selv.

Symbiosen krever kontinuerlig bearbeidelse livet ut, i vårt ubevisste. Den er preget av tvetydighet, i begynnelsen helt nødvendig for psykisk overlevelse, senere en potensiell begrensning for psykisk utfoldelse og etablering av nye relasjoner (Bleger, 2009). Rester av symbiosen lever i det ubevisste som en kraftfull lengsel som ofte, hvis ikke alltid, vekkes til live i senere kjærlighetsforhold eller mangel på sådan. Dette vil særlig gjelde hvis ikke symbiosen er blitt omdannet til en mer moden relasjon. Mangler i den tidligere mor-barn-relasjonen kan også i verste fall generere patologi.

Lengselen etter en mamma er i Janssons roman særlig gestaltet av Tofte. Hver kveld maner han fram den samme drømmen om Mummimammaen for så å falle trygt i søvn. På et psykisk plan aner vi at Tofte er symbiotisk knyttet til Mummimamma. Vi følger Toftes håndtering av Mummimammas fravær. Dette vekker sinne hos gutten, han føler seg sviktet og forlatt. Han begynner å lese en bok som omhandler rare skapninger med mørke krefter. Tofte projiserer sitt sinne inn i bokas rare skapninger, og han opplever, i sin fantasi og omnipotens, å kunne styre både lyn og torden som han straffer Mummimamma med. Toftes sinne har dype forgreininger til det ubevisste, og det forvirrer ham. Det er både rettet mot den ubevisste symbiotiske mor som har sviktet ham, og den som har hindret ham i å vokse mentalt – og som han samtidig lengter etter. Lengselen har ulike lag, der vi kan forstå den primitive lengselen etter gjenforening (symbiosen) som det dypeste laget. Over dette ligger mer modne lag av lengsel som søker mot trygt fellesskap, tilhørighet og noe større enn oss selv. En fellesnevner er lengselen etter å være representert i en annens sinn, og kunne hvile i dette.

### LENGSEL OG VEMOD

Høststemningen siger inn, det blir mørkere og kaldere i Mummidalen etter hvert som fortel-

lingen skrider fram. Parallelt er det som om alle gjestene går dypere inn i seg selv, i sin uro, ensomhet og savn. Kontakten mellom dem er preget av misforståelser og avstand. De enkelte karakterene er på god vei ut av drømmen om Mummihuset og inn i noe annet, der det er mer utrygt, usikkert og skjørt. Mummidalen er ikke lenger et sted å komme «hjem» til. Det uhjemlige og fraværet av Mummifamilien driver karakterene videre i egen og felles søken. Blikket vendes innover mot dypet og det ukjente. Karakterene fornemmer at noe betydningsfullt finnes her i det ukjente.

Den relasjonelle lengselen må ses i lys av at vårt sinn har en indre verden, som er mer eller mindre bevisst tilgjengelig for oss. Det er i denne verdenen vi finner indre objekter. Disse indre objektene er blitt til i møte med den ytre verden og de menneskene som finnes der. Erfaringene vi gjør med den ytre verden i kombinasjon med vår egen alltid pågående fantasi, farger og forvrenger våre indre objekter like mye som våre indre objekter farger og forvrenger vår opplevelse av verden (Stokkeland, 2011). Mummimamma representerer et idealisert indre objekt som karakterene speiler seg i for dypest sett å finne seg selv. Når Mummihuset i virkeligheten er tomt, kaster det en mørk skygge over det gode indre objektet hos mange av karakterene.

Huset som et hjem er ifølge religionshistorikeren Mircea Eliade et sted som skal imøtekomme vår lengsel etter trygghet, vern, beskyttelse og omsorg (Brunstad, 2003). Vi kan si at huset i Mummidalen dypest sett representerer en moderlig relasjon. Huset blir samtidig noe mer enn dette, det er et symbol på det sted hvor mening og sammenheng skapes. Eliade viser til at huset står i skjæringspunktet mellom det himmelske og det jordiske, mellom det profane og det hellige (Brunstad, 2003). Kanskje har Mummihuset forskjøvet sitt tyngdepunkt fra å være noe trygt og beskyttende til i hovedsak å være et sted der større mening og sammenheng kan skapes.

Karakterene er av ulike årsaker på leting etter fast grunn og nye begynnelser. I stedet blir de overlatt til seg selv og hverandre i den tomme uhjemlige Mummidalen. Da trer blygheten og sjenansen tydeligere fram hos Tofte, klossetheten og tilkortkommenheten hos Hemulen, inneluketheten hos Snusmumrikken, angsten hos Fillifjonka, den aldrende ensomheten hos Onkelsulliken og skamløsheten hos Mymlen. Dette gestalter samtidig sider ved oss lesere som er gjenkjennelige. Når disse karakterene kommer sammen oppstår det motstand, de må forholde seg til hverandres annerledeshet, og ensomheten forsterkes. Lengselen er nær knyttet til ensomhet. Selv skrev Jansson i et brev til en venn: «I hvor mange øyne har jeg ikke lest lengsel etter virkelig nærhet, virkelig kontakt ...» (i Karjalainen, 2014, s. 100). Karakterene opplever ikke en slik nær kontakt med hverandre. Det forsterker ensomheten. Samtidig er det som om flere av karakterene blir mer avkledd og sårbare. Vår relasjonelle avhengighet, som et eksistensielt grunnvilkår (Vetlesen & Stänicke, 1999), blir fremtredende her. I fraværet av Mummifamilien blir det tydelig at dette handler om karakterenes indre verden.

Det psykiske liv begynner med adskillelse av det som er godt, og det som er ondt (Klein, 1946). I begynnelsen er det for mye å ta inn at én og samme mor/far kan være den som er kjærlig og glad, og samtidig er den som svikter og skuffer. Klein kaller dette den paranoide-schizoide posisjon. Denne posisjonen, det primitive og barnlige i oss, kjennetegnes blant annet av omnipotens og idealisering, gode erfaringer blir idealisert og forstørret som et vern mot det vonde. Det kan være fristende å forbli her. »



Det er i drømmene at lengselen får innhold, form og et språk, og det er i drømmene at lengselen kan bearbeides

Hos Onkelsulliken ser vi en lengsel etter en som er lik ham selv. Det kommer tydelig fram i hans møte med sitt eget speilbilde. Onkelsulliken misforstår og tror det er en annen, nemlig Stamfaren. Han utforsker sitt forhold til Stamfaren og oppdager til sin fryd at Stamfaren ligner ham i alder, har samme stokk og samme fakter. Onkelsulliken vil gjerne bli bedre kjent med Stamfaren og inviterer ham til fest. Det er både en komedie og en tragedie som spiller seg ut her. Senere blir Onkelsulliken sint på sitt eget speilbilde (som han tror er Stamfaren) og kommer i skade for å knuse det. Onkelsulliken er imidlertid så fastlåst i sin oppfatning av virkeligheten at det ikke skjer noe. Han tror Stamfaren har valgt å gå i hi. Vi kan si at Onkelsulliken stopper opp i sin utvikling til forskjell fra Tofte og flere av de andre. Sammen med Mymlen er det Onkelsulliken som er minst i bevegelse. De synes å ha vanskelig for å lære av erfaring (Bion, 1962/1984)). De minner oss om hvor vanskelig det er å endre mening, og hvor langt vi går for å holde fast på det vi tror på, særlig i møte med store spørsmål som identitet, mening og eksistens.

Klein er tydelig på at etableringen av et godt indre objekt er helt nødvendig for å kunne håndtere det vanskelige og vonde senere i livet (Spillius mfl., 2011). Hvis det gode objekt forblir idealisert, hindres mulighetene for videre mentalt arbeid og utvikling. For at denne utviklingen skal skje, er det avgjørende at barnet kan ta inn den sammensatte virkelighet av godt og vondt, og tillate seg å kjenne på raseriet, hatet og skuffelsen i relasjon til det gode objektet, samtidig som det gode objektet overlever (Brenman, 2006). For Klein (1935) er dette den depressive posisjon. Denne posisjonen, det voksne i oss, handler om forsoning og bearbeidelse av livets realiteter, det innebærer «voksesmerter». Det handler om å ta inn hele virkeligheten i all dens skjønnhet, godhet, heslighet og ondskap. At én og samme person kan være god og sviikefull på samme tid. Det å benevne det som en posisjon handler om å erkjenne at det ikke er en endelig mental måloppnåelse, men noe vi strekker oss mot. I *Sent i november* er det som om flere av karakterene kommer i bevegelse. De er på vei mot å ta inn mer av virkeligheten slik den faktisk er. Et sentralt omdreiningspunkt er fraværet av Mummimamma. Det ligger en uro der og «voksesmerter» hos nesten alle karakterene. Vil Mummidalens troll overleve som gode objekter?

Et modent godt objekt er et som svikter, men ikke for mye. Det er det Jansson forsøker å gjøre med Mummimamma. Gjennom å skrive historien om det tomme Mummihuset om høsten med melankolske undertoner, er det ikke lenger mulig for leserne å opprettholde den idealiserte og drømmeaktige forestillingen om Mummidalen. På den måten legger hun til rette for at leserne selv kan konfronteres, slik karakterene blir konfrontert, med sorg, sinne og lengsel. I dette mer melankolske landskapet handler det også om å gjenfinne det tapte gode objektet, et objekt som ikke trenger å bli idealisert, men som tross alt er forbundet med noe godt (Brenman, 2006). Dette har en slående parallell til både foreldreskap og psykoanalytisk psykoterapi. Det må være et godt, nærmest idealisert objekt der i begynnelsen, men for å bli voksen / avslutte terapien trengs det et modent objekt som trer fram med både gode og onde/sviikefulle sider.

Hos noen stopper det opp, de lukker seg for den relasjonelle virkelighetens skjørhet. Mymlen er i denne sammenheng gåtefull. Hun framstår som selvtilstrekkelig og uaffisert av det meste. Mest av alt ser Mymlen ut til å være innelukket i sin verden og tilfreds med det. Det er som om de

andre ikke er av interesse for henne med mindre de kan være hennes publikum. Har Jansson her skissert en harmonisk figur som er i takt med seg selv og sitt, eller mer en narsissistisk figur? Kanskje er det viktigste at Mymlen blir en skarp og sannferdig iakttaker av de andre, slik at de trer tydeligere fram. Hun minner oss om det utilgjengelige og lukkede vi alle har noe av. Det er en slående mangel på bevegelse hos Mymlen, hun er seg selv lik, og lar seg derfor ikke berøre av lengselen. Hennes kjølige distanse til verden rundt seg blir samtidig et bilde på en avkoblethet. Innerst inne aner vi at også Mymlen er ensom og lengter, men hun vil aldri innrømme det. Benekting er et primitivt, men effektivt, forsvar som vi alle benytter oss av i større eller mindre grad. Vi kan imidlertid ikke benekte de eksistensielle grunnvilkår ved tilværelsen.

#### DET EKSISTENSIELLE

I *Sent i november* ser vi en gradvis synliggjøring av de eksistensielle grunnvilkår i tilværelsen, blant annet den relasjonelle skjørheten, forgjengeligheten og melankolien. For Johannisson (2010) er melankolien knyttet til bortkommenhet, en følelse som ligger bak at flere av karakterene i romanen søker seg tilbake til Mummidalen. Melankolien kan sies å ha en motstridende lengsel i seg. På den ene siden en lengsel som åpner et mentalt tomrom der det er mulig å tenke og føle for seg selv. På den andre siden en lengsel mot det velkjente, friksjonsløse og symbiotiske for å slippe unna ubehaget. Flere av karakterene finner vi fanget i denne motstridende lengselen.

En nærlesning av *Sent i november* viser oss også at veien fra det hjemlige til det u-hjemlige er kort. Det som er hjemlig, har også det u-hjemlige i seg, det tomme Mummihuset blir et bilde på nettopp det. Mange vil hjem til det hjemlige, til det velkjente og trygge, det som alltid har vært. Få vil tilbake til det u-hjemlige, det som er forgjengelig, vemodig, og det som er i ferd med å bli mer ukjent. Vår kapitalistiske konsumkultur bygger opp under en forestilling om at det går an å kjøpe hjemfølelse, pusse opp et «hjem» til en total og endelig trygghet, hvor det u-hjemlige ikke finnes. I Mummikoppene, som er nesten overalt for tiden, er kanskje salgsmagien at de knyttes til noe hjemlig, trygt og godt, der det ikke skjer vonde ting. Det er med andre ord en idealisert versjon av en

hjemfølelse som ikke har rot i virkeligheten, en hjemfølelse som er tapt, som kanskje aldri har vært der, en rest fra barndommens rike.

For Jansson var Mummidalen lenge en drømmeaktig tilstand som vernet mot det eksistensielle. *Sent i november* rommer et dypt alvor som tar inn både det relasjonelle og eksistensielle. Den viser hvor viktig det kan være å dvele ved lengselen som en inngang til de dypere spørsmål om oss selv og den verden vi lever i. På den måten blir det mulig å komme i kontakt med livets skjørhet. Konkret ser en det i Filifjonkas og Hemulens forsiktige søken etter andre svar på det levde liv. Den eksistensielle lengselen er lavmælt og vanskelig å få kontakt med. Det er fort at vi, i vår travelhet og selvrealisering, dekker over den (Wikström, 2010). *Sent i november* hjelper oss å stoppe opp og å koble oss på denne lengselen.

#### LITTERATURENS BETYDNING

All litteratur må ha forbindelseslinjer til det virkelige liv for å ha aktualitet. Det har *Sent i november*. Fortellingen omhandler den tve-tydige og sammensatte lengselen, både dens ubevisste, relasjonelle og eksistensielle sider og den sorg, melankoli og uhygge som også følger med. Romanen inviterer oss til en reise fra fantasi til mer virkelighet, fra barn til voksen, fra det fullkomne til det mer ufullkomne. Historien kretser rundt grunntemaer som er allmenne. Den taler til vår tid særlig når det gjelder ensomhet og tomhet.

Det som ligger bak oss, kommer aldri igjen. *Sent i november* er et farvel til Mummidalen. Symbolsk sett er det et farvel til barndommens uskyld og et forsiktig velkommen til voksentilværelsens skjørhet. ✘

#### REFERANSER

- Bion, W. R. (1962/1984). *Learning from experience*. Karnac.
- Bleger, J. (2009). *Symbiosis and Ambiguity. A psychoanalytic study*. Routledge.
- Brenman, E. (2006). *Recovery of the Lost Good Object*. Routledge.
- Britton, R. (1998). *Belief and Imagination. Explorations in Psychoanalysis*. Routledge.
- Brunstad, P. O. (2003). *Seierens melankoli. Et kulturalanalytisk essay*. Gyldendal Akademisk.
- Grotstein, J. S. (2009). «... But at the same time and on another level» *Psychoanalytic Theory and Technique in the Kleinian/Bionian Mode*. Karnac.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psychoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget.
- Jansson, T. (1968/2012). *Billedhuggerens datter*. Heinesen forlag.
- Jansson, T. (1970/2008). *Sent i november*. Aschehoug.
- Johannisson, K. (2010). *Melankolske rom. Om angst, lede og sårbarhet gjennom tidene*. Cappelen Damm.
- Karjalainen, T. (2014). *Tove Jansson. Arbeide og elske*. Heinesen Forlag.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. I (1975) *Love, guilt and reparation and other works 1921 – 1945. The Writings of Melanie Klein*. Vol. I. Hogarth/Vintage.
- Klein, M. (1946). Notes on some Schizoid mechanisms. I (1975) *Envy and gratitude and other works 1946 – 1963. The writings of Melanie Klein vol III*. Hogarth/Vintage.
- Spillius, E. B., Milton, J. Garvey, P., Couve, C. & Steiner, D. (2011). *The New Dictionary of Kleinian Thought*. Routledge.
- Stokkeland, J. M. (2011). *Å gi og å ta imot. Donald Meltzers psykoanalytiske tenkning i tradisjonen fra Melanie Klein og Wilfred Bion*. Doktoravhandling, Universitetet i Tromsø.
- Vetlesen, A. J. & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Gyldendal.
- Westin, B. (2007) *Tove Jansson. Ord, bild, liv*. Schildts.
- Wikström, O. (2010). *Lengsel, eller Vemodet i finsk tango*. Genesis Forlag.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Routledge.

## 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 redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

## Vil en ny regjering bety nye løsninger?

*Etter stortingsvalget står vi med en ny regjering. Vil de klare å heve tilbudet innenfor psykisk helse i tråd med sine ambisjoner?*

FOTO: FARTEN RUDJORD



**TEKST** President  
Håkon Kongsrud  
Skard

I skrivende stund har den påtroppende regjeringen nettopp annonsert sin regjeringsplattform. Vi har gitt våre innspill til arbeidet, med ulike tiltak som vi mener vil styrke psykisk helse gjennom tjenester i kommunene, sykehusene og innenfor arbeid og utdanning.

Plattformen er ambisiøs når det kommer til psykisk helse, og basert på de visjoner og tiltak som presenteres, så virker denne regjeringen å ha tatt problembeskrivelsene innenfor tjenestene på alvor. Dette skal de ha all honnør for. En liten advarsel kan være på sin plass, da flere vil påpeke at avtroppende regjering også snakket varmt om psykisk helse. Likevel synes plattformen å inneholde mer av den problemforståelsen fagfolk presenterer, og – viktigst – det legges opp til medvirkning fra arbeidslivets parter i prosessene.

En sentral endring som regjeringen har fremmet, er behovet for en tillitsreform. Men hva vil denne innebære? Jeg tror det store flertallet av våre medlemmer vil kjenne seg igjen i beskrivelsen av at dagens krav til registrering, dokumentasjon og styring ikke fungerer godt. Dette er en virkelighet som mange andre i offentlig sektor også påpeker. Likevel er det vanskelig å se for seg at myndighetene skal legge opp til tjenester der den enkelte ansatte skal kunne avgjøre hva som er riktig bruk av tid og ressurser. Det er et naturlig behov for de folkevalgte å kunne vise velgerne at grepene de gjør, har den ønskede virkningen. Så hvordan løse motsetningen mellom å gi den enkelte ansatt mer tillit og samtidig opprettholde kontroll over at befolkningen får de tjenester de har krav på?

Det viktigste første skrittet er å sette i gang prosessen med å redusere mengden administrative prosedyrer og den byrden de medfører

for den enkelte fagperson. Jeg tror oppriktig at alle våre medlemmer ønsker å gi best mulig tjenester og i tillegg ser det gode i at tjenestene har etterprøvbarehet. Derfor er det ingen uenighet om målsettingen, men vi må bli enige om hvordan.

Medvirkning er helt sentralt for å kunne gi et godt bilde av situasjonen for de ansatte og felles utarbeidelse av gode løsninger, og det er betryggende at regjeringsplattformen anerkjenner dette. Cecilie Daae, konserndirektør i Helse Nord, erkjente problemstillingen på Helse dagen denne høsten da hun beskrev hvordan hun i Helsedirektoratet utformet retningslinjer og målesystemer og trodde at dette var til stor glede, men deretter i sin rolle som konserndirektør ser at de ikke fungerer og oppleves som mistillit. Løsningen er åpenbart at kvalitetsutvikling krever involvering og må starte fra bunnen og opp, og ikke tres ned over ansatte ovenfra og ned.

En tillitsreform vil ikke løse alle utfordringer. Vi har vært klare på at det trengs mer penger og flere fagfolk inn i tjenestene, og at det er områder i samfunnet der psykologisk fagkunnskap er mangelvare. Til tross for dette kommer vi ikke unna at en bedre organisering av våre helse- og velferdstjenester er helt nødvendig for å kunne møte fremtidens utfordringer.

Med andre ord er det spennende tider vi går i møte. En avsluttende og viktig betraktning: Vi står overfor potensielt fire år med en mindretallsregjering. Det gjør Stortinget til en viktig arena for utforming av politikk. Tro derfor ikke at regjeringsplattformen er siste ord i denne stortingsperioden for de beslutninger som skal fattes. Foreningens politiske arbeid vil behøves også overfor disse prosessene!

Sidene merket  
Medlemsnytt  
er produsert av  
Psykologforeningen  
og redaksjonelt  
uavhengig av  
Tidsskrift for Norsk  
psykologforening.

# Rettigheter som midlertidig ansatt og gravid

*Forhandlingsavdelingen får ofte henvendelser fra medlemmer som lurer på om de kan være diskriminert i arbeidslivet som følge av graviditet og påfølgende foreldrepermisjon.*

Likestillings- og diskrimineringsloven § 6 forbyr all direkte og indirekte forskjellsbehandling med bakgrunn i kjønn. Forskjellsbehandling grunnet graviditet, amming og bruk av permisjonsrettigheter rammes også av forbudet. Dette forbudet gjelder ved ansettelse i vikariatet / midlertidige stillinger.

Formålet med loven er blant annet å forhindre at arbeidstakere får svekket posisjon i arbeidslivet som følge av foreldrepermisjon/graviditet.

Med direkte forskjellsbehandling menes handlinger som stiller kvinner og menn ulikt fordi de er av forskjellig kjønn, eller setter en kvinne i en dårligere stilling enn hun ellers ville ha vært, på grunn av graviditet eller fødsel, eller setter en kvinne eller mann i en dårligere stilling enn vedkommende ellers ville ha vært, på grunn av uttak av permisjon som er forbeholdt det ene kjønn. Adgangen til å gjøre unntak fra forbudet mot direkte diskriminering er svært begrenset. Vernet mot graviditetsdiskriminering i arbeidslivet er tilnærmet absolutt.

Det betyr ikke at du har særskilt krav på å få et nytt vikariat eller midlertidig stilling, men du har rett til ikke å bli diskriminert. Dersom du mistenker at graviditet, foreldrepermisjon, amming osv. er årsaken til at du ikke får forlenget din ansettelse, kan du ta kontakt med forhandlingsavdelingen. Videre kan en arbeidssøker som mener seg forbigått i strid med loven, kreve at arbeidsgiver skriftlig gir opplysninger om den som ble ansatt. Arbeidsgiver skal da opplyse om utdanning, praksis og andre formelle kvalifikasjoner.

Ved vurderingen av om arbeidsgiveren har opptrådt i strid med loven når et ansettelsesforhold ikke blir forlenget, må det først vurderes hvorvidt arbeidsgiveren har lagt negativ vekt på graviditeten ved avgjørelsen. Hvis det er grunn til å tro at opplysningene om gravidi-

teten ble tillagt negativ vekt, går bevisbyrden over på arbeidsgiveren. Det betyr at arbeidsgiveren må sannsynliggjøre at det utelukkende var andre forhold som ble hensyntatt da avgjørelsen om for eksempel å ikke å videreføre vikariatet ble tatt.

Den gravides påstand alene er ikke nok til å konstatere at det er grunn til å tro at diskriminering har skjedd. Det er imidlertid ikke et krav om at påstanden må styrkes av andre bevismidler (f.eks. dokumenter eller vitner), så lenge sakens ytre omstendigheter underbygger påstanden om diskriminering. En slik omstendighet kan for eksempel være at den aktuelle psykologen har blitt møtt med utsagn fra arbeidsgiver som «*ikke bekymre deg, videreføring av stillingen din ordner seg*». Men når psykologen forteller at hun er gravid, så er det plutselig veldig vanskelig å si noe som helst om fremtidige arbeidsmuligheter på arbeidsplassen. Og senere viser det seg at den gravide psykologen faktisk ikke får videreført ansettelsesforholdet.

Det må foretas en konkret individuell vurdering i hver sak av hvorvidt arbeidsgiveren har lagt negativ vekt på graviditeten da arbeidsforholdet ikke ble videreført, og vi anbefaler at du tar kontakt med oss på forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no om du lurer på om du kan være diskriminert.

Det følger av loven at arbeidsgiver skal dekke det økonomiske tapet psykologen har som følge av den diskriminerende handlingen. For det første ville du vært sikret full lønn under foreldrepermisjonen uten begrensningen i 6G (grunnbeløpet i Folketrygden) inntil engasjementets utløp. Du ville også vært sikret fulle feriepenger av foreldrepengene. Dette følger av tariffavtalene for offentlig sektor, som du er omfattet av som medlem av Psykologforeningen. Mange private arbeidsgivere har også tilsvarende ordninger.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

## TEKST

Ellen Ekre Engh,  
spesialrådgiver/  
advokat

# SINNRIK

En podkast for og  
med psykologer

[gyldendal.no/sinnrik](http://gyldendal.no/sinnrik)



## Mindfulness MBSR kurs med psykologspesialister

Ønsker du å delta på 8 ukers forskningsbasert kurs og lære om stressmestring, øke livskvaliteten i hverdagen, utvikle egen mindfulness praksis og kunne bruke mindfulness i ditt fagområde?

**Kursstart 26. januar 2022**

Kurset er godkjent av NPF  
som 24 timers vedlikeholdskurs.



Håkon Ruud og Cathrine H. Sasson, psyk.spesialister og MBSR lærer

Les mer om kurset og kurslederne her:

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



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

### Grunnutdanning i EMDR

ved fysisk oppmøte eller digitalt  
Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Senior Trainer

The Art of EMDR m/ Roger Solomon  
Røros, 20.-23. september 2022  
Informasjon: [www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## Ledige lokaler for behandler sentralt på Smestad i Oslo

Ullern legesenter har et ledig stort kontor å leie ut til medisinsk behandler (lege, fysioterapeut, psykolog e.l.). Vi er et 3-legesenter i lyse, trivelige lokaler sentralt på Smestad. Det er venterom, felles spiserom og hyggelig kantine med terrasse i øverste etasje. Etter avtale vil det være mulighet for benyttelse av sekretær-tjeneste og laboratorium.

Det ledige kontoret er romslig (39 kvm) og lyst, med en hel vegg med vinduer. Det er god plass til det utstyr en behandler trenger.

Vi er lokalisert i samme bygg som Bydel Ullern, NAV, helsestasjon og hjemmetjeneste.

Øvrige leieforhold avtales ved avtalt møte.

Ved interesse for et møte kontakt Hedda Tschudi-Madsen på e-post [heddatschudimadsen@gmail.com](mailto:heddatschudimadsen@gmail.com) eller tlf. 900 96 722 etter kl. 16 og Lars Hektoen, e-post [lars.hektoen@gmail.com](mailto:lars.hektoen@gmail.com)

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

**facebook**



# Brukermedvirkning – kritiske perspektiver tar oss videre

I 1999 ble brukermedvirkningen lovfestet, og vi ønsker å stille spørsmål om begrepet har blitt så innarbeidet at det har mer preg av selvfølge enn utvikling. Kanskje er det på tide å se på dilemmaene og stille kritiske spørsmål til utfordringene? På hvilken måte kan brukeransettelser og medforskning legge til rette for en utvikling som er til beste for de individuelle brukerne? Hvordan kan kritikk av erfaringskompetansen praktiseres på best mulig måte? I denne boken ønsker vi å drøfte disse spørsmålene på en måte som åpner for en styrking av brukermedvirkningen.



Boken er en samling artikler hvor vi lar forskere og fagfolk drøfte ulike kritiske synspunkter. Vårt mål er å skape en konstruktiv debatt.

Kjøp boken på [erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no)

**399,-**



[erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no)

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse



## Valgfritt program i **Habiliteringspsykologi**

*Det valgfrie programmet i Habiliteringspsykologi er hovedsakelig rettet mot utredning og tiltaksarbeid overfor mennesker med utviklingshemming/autisme og ulike tilleggsvansker og andre som har habiliteringsbehov*

### **Målgruppe**

Psykologer som arbeider med barn, ungdom og voksne som har sammensatte vansker, herunder utviklingshemming/autisme og ulike tilleggsvansker (atferdsproblemer, psykisk lidelse, nevropsykiatriske tilstander). Programmet vil være relevant for alle psykologer som kommer i kontakt med pasienter med habiliteringsbehov, for eksempel som ansatt i habiliteringstjenestene, BUP, DPS, PPT, NAV, Statped og i kommunene.

Programmet er godkjent for psykologer som skal bli spesialister i enten habiliteringspsykologi, barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi, arbeidspsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

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

### **Målsetting**

Gjennom praksis, kurs og veiledning er det forventet at det valgfrie programmet skal gi psykologen kunnskaper og ferdigheter innenfor sentrale habiliteringspsykologiske temaer.

### **Kursledere**

Tonje Elgsås, Rita Nielsen Glad, Arvid Nikolai Kildahl og Jeffrey Lewis

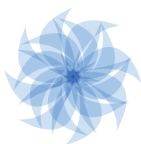
Sted og dato: Oslo, 27.-28. januar 2022 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 23. desember 2021

Medlemspris: kr 7400 per samling

Kursnr.: 171-21

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



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30



# Vineland-3™

I høst lanseres den nye versjonen av Vineland. Vineland-3 måler forskjellige domener innenfor adaptiv atferd og hjelper deg med effektivt å måle ulike funksjonsnedsettelse hos barn og unge. Den nye versjonen identifiserer sterke og svake sider med større presisjon og måler domener som stemmer overens med de primære adaptive ferdighetsområdene i diagnosen intellektuell funksjonsnedsettelse i DSM-5.

Les mer om Vineland-3 her:

[www.pearsonclinical.no/vineland3-info](http://www.pearsonclinical.no/vineland3-info)





# Hvordan skrive journal?

## Journalkurs for psykologer i psykisk helsearbeid

Tilsynsrapporter viser at psykologer kan bli bedre når det gjelder journalføring, og derfor arrangerer Norsk psykologforening et dagskurs i journalføring. Kurset er for alle psykologer i spesialisthelsetjenesten, kommunal helsetjeneste og privatpraktiserende psykologer. Målet med kurset er hvordan formulere, begrense og sikre forsvarlig journalføring innen psykisk helsearbeid etter gode faglige og juridiske prinsipper.

### På kurset:

- Generell innføring i lovverk og myndighetskrav
- Hva sier tilsynsrapportene om journalføringen?
- Hva slags mangler og feil utpeker seg?
- Workshops i journalføring for arbeidsfeltene psykisk helse for voksne og for barn og unge, som skal gi sjekklister og gode formuleringer tilpasset de ulike arbeidsfeltene

Kursets utbytte skal være at man vet hvordan man sikrer faglig forsvarlig journalføring.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 8 timer.

### Foredragsholdere:

- Christian Zimmermann, advokat i Norsk psykologforening
- Ingvild Aubert, adv. flm. /spesialrådgiver i Norsk psykologforening, tidligere Fylkesmannen i Oslo og Akershus
- Brit Helen Bjørheim Lye, spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi, enhetsleder AHUS, BUP Øvre Romerike
- Kirsti Sunde Hansen, psykologspesialist i voksenpsykologi og daglig leder i Favne Arbeids- og Organisasjonspsykologi
- Aina Fraas-Johansen, psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi, privatpraksis og spesialrådgiver i Norsk psykologforening

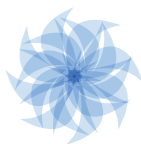
Sted og dato: Oslo, 3. februar 2022

Påmeldingsfrist: 23. desember 2021

Medlemspris: kr 3 700

Kursnr.: 118-22

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30

## Stipend – Psykologer i ledelse

Norsk psykologforening deler ut tre stipender til lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000. Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere psykologer i ledelse.

Stipend kan søkes for å dekke utgifter i forbindelse med lederutdanning/lederkvalifisering. Ett av stipendene kan gis til anvendt forskning / kunnskapsakkumulering om psykologer og ledelse.

Søkere må være medlem av Norsk psykologforening. Kvinner oppfordres til å søke.

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2022 en kort redegjørelse for hvordan pengene er benyttet.

Søknad sendes Norsk psykologforening v/ Tone S. Naglestad, p.b. 419 Sentrum, 0103 Oslo, e-post [tone.s.n@psykologforeningen.no](mailto:tone.s.n@psykologforeningen.no)

**Søknadsfrist 4. januar 2022.**



Norsk psykologforening, Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. desember**,  
frist for å bestille annonse i  
desemberutgaven er **18. november**

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



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

## Stempel med medlemslogo for psykologer

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

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 1075. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

For bestilling av stempel – send  
«Stempel med medlemslogo  
Norsk psykologforening»  
til [marit@strommes.no](mailto:marit@strommes.no)



# PSYKOL OGI

## MATERIELLFRISTER OG PRISER 2022

### SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 900.

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 26 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 990, samme format i farger kr 4 313.

### SMÅANNONSER:

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

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 800, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen).

**Få ekstra oppmerksomhet** til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 1 950 per uke eller 5 950 for inntil en måneds visning kan stillingen vises på forsiden [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillingsannonse.

**Bannerannonser** publiseres både på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) og toppbanner på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) og koster kr 15 900 per måneds visning.

#### ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

| Nettsidene |            | Visning på mobil |
|------------|------------|------------------|
| 220x170 px | 980x150 px | 320x120 px       |

Se informasjon om annonsering også på [www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer](http://www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer)

| Nr | Materiellfrist | Utgivelse |
|----|----------------|-----------|
| 1  | 16.12          | 03.01     |
| 2  | 19.01          | 01.02     |
| 3  | 16.02          | 01.03     |
| 4  | 21.03          | 01.04     |
| 5  | 19.04          | 02.05     |
| 6  | 19.05          | 01.06     |
| 7  | 20.06          | 01.07     |
| 8  | 18.07          | 01.08     |
| 9  | 19.08          | 01.09     |
| 10 | 19.09          | 03.10     |
| 11 | 19.10          | 01.11     |
| 12 | 18.11          | 01.12     |

#### PRISER : STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

| Format   | 4 farger | Sort   |
|----------|----------|--------|
| 1/1 side | 18 300   | 16 700 |
| 1/2 side | 14 300   | 12 700 |
| 1/4 side | 12 300   | 10 300 |

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

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

#### ANNONSEFORMATER

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

#### ABONNEMENT OG LØSSALG

| Institusjons-<br>abonnement | Privatabonnement<br>i Norge |
|-----------------------------|-----------------------------|
| kr 2 650                    | kr 1 495                    |

Portotillegg for utsendelse innen Norden og Europa kr 360, til verden for øvrig kr 520. Løssalg kr 185 + porto/eksp.gebyr

## ½ års vikariat i 100 % avtalehjemmel Helse Sør- Øst RHF lokalisert til Ryensvingen, Oslo

Ledig vikariat f.o.m. våren 2022. Praksisen er i etablert kontorfellesskap, inkludert psykologspesialister og psykiater. Alt praktisk for å drive praksis inngår.

For vikariatet kreves spesialitet i klinisk voksenpsykologi, psykoterapi, rus, familie. Unik mulighet til å prøve avtalehjemmel!

Kortfattet søknad med CV sendes: Grete Helene Haugene Ryensvingen 11, 0680 Oslo  
E-post: [gretehaugene@hotmail.com](mailto:gretehaugene@hotmail.com)

**Søknadsfrist: 15. november 2021**



Bufetat  
Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

**Vil du jobbe med samlivs- og relasjonsproblemer?**

### Psykologspesialist/ psykolog

Vi ved familievernkantoret i Øvre Romerike Glåmdal, søker en lagspiller som er med på å gjøre hverandre gode. Vi ønsker oss en engasjert medarbeider, som vil bidra til å utvikle et godt faglig og sosialt arbeidsmiljø.

Du får jobbe med terapi og rådgivning for familier, par og enkeltpersoner med samlivs- og relasjonsproblematikk.

**Søknadsfrist er 10. november 2021.**

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

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



Bufetat  
Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region midt

**Vil du være med og etablere et nytt MST-team i Nordmøre og Romsdal?**

### Vi søker MST-terapeuter

I Nordmøre og Romsdal starter Bufetat, region Midt-Norge opp et nytt MST-team i samarbeid med Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU). Vi ser etter deg med psykolog-bakgrunn, som vil gjøre en forskjell i ungdommer og familiers liv.

Du får være med og bygge opp et helt nytt team, og en ny tjeneste, med god støtte fra NUBU og Bufetat. I tillegg til å jobbe med familiene, er en viktig oppgave å etablere et godt og gjensidig samarbeid med eksterne aktører i området. Basen for teamet vil være i Molde.

**Har du spørsmål?** Ta kontakt med avdelingsdirektør Nils Harald Brattgjerd på e-post: [nilsharald.brattgjerd@bufetat.no](mailto:nilsharald.brattgjerd@bufetat.no) eller telefon 466 17 561, eller spesialrådgiver Anne Cathrine Bartvik på e-post [a.c.bartvik@nubu.no](mailto:a.c.bartvik@nubu.no), eller telefon 466 15 223.

**Søknadsfrist 15.11.2021.**

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

Bjørgvn DPS/ Psykose poliklinikk, Helse Bergen søker

## Psykolog/psykologspesialist

Bjørgvn distriktpsykiatriske senter (DPS) er ein del av Divisjon psykisk helsevern i Helse Bergen. Bjørgvn DPS er ein moderne og veldrive klinikk som gir psykiatriske spesialisthelsetenester til innbyggjarane i kommunane Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy. Samt bydelane Arna og Åsane i Bergen kommune. Samla har klinikken eit opptaksområde med 78 000 innbyggjarar over 18 år. Samla har klinikken eit opptaksområde med 78000 innbyggjarar over 18 år. Bjørgvn DPS har i 2021 eit budsjett på 149 millionar kroner, og 220 tilsette fordelt på 150 årsverk. Klinikken er lokalisert på Tertnes i Åsane og i Knarvik i Alver kommune. Døgntilbodet er lokalisert på Tertnes, mens polikliniske tenester blir gitt både i Knarvik og på Tertnes. Klinikken er delt i to fagområde psykose og allmennpsykiatri.

Bjørgvn DPS sine kjerneoppgaver er; Spesialisert utgreiing og differensiert behandling, opplæring av pasientar og pårørande, rettleiing til psykisk helsesteneste i kommunane og forskning, kvalitetsutvikling og utdanning av helsepersonell.

Klinikken har for tida 13 legespesialistar og 22 psykologspesialistar tilsett. Vi ønsker å styrkj spesialistkompetansen ytterlegare. Vi legg til rette for kompetanseheving og etterutdanning for spesialistar, og vi har fokus på forskning. Samarbeid med sjukehus, kommunar og brukarorganisasjonar er høgt prioritert.

Fagområde Psykose har følgjande seksjonar; Bjørgvn psykose poliklinikk, C3 døgnavdeling med 8 sengeplassar og C4 døgnavdeling med 7 sengeplassar.

Vi søker etter psykologspesialist/ psykolog i 100 % fast stilling til Bjørgvn psykose poliklinikk. Poliklinikken har for tida sju lege- og psykologspesialistar. I tillegg har vi LIS lege, sjuke- og vernepleiarar, sosionom, kunstterapeut, musikkterapeut, ergoterapeut og psykomotorisk fysioterapeut.

### Interessert?

**Kontakt:** Psykologspesialist/ fagleg ansvarleg Lisbeth Havro, Klinikkdirktør Fredrik Hiis Bergh eller Seksjonsleiar Wenny Bernes på telefon 55 95 70 00

**Referansenr.:** 4437897997 - **Søknadsfrist:** 12.11.2021



PSY  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

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

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

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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



**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

**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

**Jakob Støre-Valen**

984 23 805  
jakob@valen.cc

**Studentrepresentanter****Morten Bremnes**

478 38 693  
bremnesmorten@gmail.com

**Julie Bjerkvik**

938 93 002  
juliebjerkvik@gmail.com

**Varamedlem****Alf Martin Eriksen**

909 65 138  
alfmeriksen@gmail.com

**LOKALAVDELINGER****Akershus****Maria Nylund**

maria\_nylund@hotmail.com  
997 98 973

**Aust-Agder****Anniken Lucia Willumsen**

**Laake**  
annilaak@gmail.com  
462 98 210

**Buskerud****Henriette Alsaker**

henriette.alsaker@gmail.com  
997 22 725

**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****Birgitte Nørve Brunvoll**

birgitte.brunvoll@  
icloud.com  
911 25 104

**Nord-Trøndelag****Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com  
924 90 532

**Nordland****Miriam Ryssdal**

miriam.ryssdal@gmail.com  
926 53 473

**Oppland****Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com  
916 35 382

**Oslo****Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no  
917 12 983

**Rogaland****Marie Tonette Solhaug**

**Hansen**  
marietsh@yahoo.no  
977 34 812

**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****Anne Sofie Bentzen**

annesofie.bentzen@  
hotmail.com  
404 61 116

**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 Øvrebø, 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  
SPECIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR  
RETTPSYKOLOGI OG  
SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK  
UTVALG**

**Morten Bremnes**, UiB, leder,  
e-post bremnesmorten@  
gmail.com, tlf. 478 38 693

**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

**Ida Kvittingen**, nettredaktør,  
e-post ida.kvittingen@  
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**

**Kim Edgar Karlsen**,  
fagsjef, e-post kim@  
psykologforeningen.no  
**Lars Jørgen Berglund**,  
nestleder og spesialrådgiver  
e-post lars@  
psykologforeningen.no

**Utdanningsavdeling**

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

**NORSK  
PSYKOLOGFORENING**

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

For mer informasjon, se  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

# Er du psykologspesialist og klar for nye spennende utfordringer?

## Helse Stavanger HF

Hvis du svarer ja på spørsmålene over er du gjerne den vi leter etter! Vi styrker laget og er på utkikk etter deg som er engasjert og faglig sterk! Det er ledig en 100 prosent stilling som psykologspesialist/psykolog ved Ettervernspoliklinikken (EVP) – som er et satsingsområde ved Stavanger distriktpsikiatriske senter (DPS). Hit kommer pasienter med sammensatt og alvorlig psykisk lidelse, ofte med rusproblematikk. Enkelte av pasientene er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Her får du muligheten til å være med på å forme og bygge opp et viktig tilbud! Vi har startet opp forprosjekt for etablering av FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment). I tillegg har vi nylig startet IMR-grupper og fått tilknyttet jobbspesialister (IPS) fra NAV.

Utenom denne stillingen er det ansatt leder (psykologspesialist) og psykiatriske sykepleiere. Avdelingsoverlegen ved Stavanger DPS jobber 50 prosent klinisk i EVP. I tillegg er det utlyst en 100 prosent stilling som overlege/psykiater.

Sjekk ut [sus.no/takeover](https://www.sus.no/takeover) for å bli bedre kjent med oss! Vi disponerte SUS sin Instagram konto og la ut mye innhold både fra EVP/AAT og fra Stavanger DPS forøvrig.

Se også [sus.no/byen](https://www.sus.no/byen) for å se hva Stavanger-regionen har å by på!

**Attester, vitnemål og eventuell annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.**

**Søknadsfrist: 15.11.2021**

### Arbeidsoppgaver

- Behandlingsansvar for pasienter med sammensatt og alvorlig psykisk lidelse
- Samtaler med pasienter i akutt krise og vurdering av suicidalitet og psykose
- Samarbeide tett med interne og kommunale aktører for å etablere et godt tilbud til den enkelte pasient
- Dokumentasjon og registrering i Pakkeforløp
- Bidra til økt livskvalitet for den enkelte gjennom å forebygge tilbakefall og sikre adekvat behandling
- Jobbe målrettet og systematisk med riktig og redusert bruk av tvang
- Være med å bidra til å videreutvikle tjenestetilbudet
- Dynamiske arbeidsoppgaver – mulighet å jobbe sammen med Ambulant akutteam

### Kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon som psykolog med godkjent spesialistkompetanse innenfor klinisk voksenpsykologi
- Spesialister med annen godkjenning og psykologer som er i siste del av spesialiseringen kan også søke!
- Det forutsettes at søkeren har vedtakskompetanse og kvalitetssikrer bruken av tvungent psykisk helsevern. Hvis søker ikke har vedtakskompetanse vil det legges til rette for at dette kan opparbeides
- Erfaring med behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rus
- Erfaring med å følge opp pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold
- Gode norskkunnskaper er helt avgjørende for forsvarlig pasientbehandling. Søkere som har annet morsmål enn norsk, svensk eller dansk, og som ikke har fullført norskspråklig videregående skole, må minimum ha bestått Bergenstest eller annen norskttest på B2 nivå. Dokumentasjon må vedlegges søknaden. Ved ansettelse av allerede fast ansatt i foretaket, kan en unntaksvis, i særlige tilfeller, fravike kravet om bestått norskttest på B2 nivå

### Personlige egenskaper

- Motivasjon og interesse for fagfeltet. Liker å samarbeide med pasientgruppen
- Evne til å bidra positivt til et faglig og kollegjalt miljø
- Faglig oppdatert
- God faglig vurderingsevne og evne til å arbeide målrettet og strukturert
- Handlekraftig og ansvarsbevisst, fleksibel og løsningsorientert

### Vi tilbyr

- Et arbeidsmiljø som er preget av faglig styrke, humor og åpne kontordører
- Moderne og lyse lokaler sentralt i Stavanger
- Arbeidstid 08.00-15:30. Ingen helgearbeid/eller kveld
- Spennende fagmiljø – mulighet for å utvikle deg både faglig og personlig
- Mulighet for å jobbe med forskning
- Tillegg for vedtakskompetanse i henhold til gjeldende overenskomst
- Lønn i samsvar med gjeldende overenskomst
- SUS dekker flytte- eller pendlerutgifter etter avtale
- Gode pensjons- og forsikringsordninger
- Gode velferdsordninger som blant annet turgruppe og bedriftsidrettslag

### Mangfoldserklæring

Foretaksgruppen i Helse Vest ønsker å gjenspeile mangfoldet i befolkningen i vår rekruttering. Vi oppfordrer alle som er kvalifiserte til å søke ledige stillinger uansett kjønn, alder, funksjonshemming og flerkulturell bakgrunn. Det samme gjelder dersom man har hatt et lengre opphold fra arbeidslivet. Foretaksgruppen Helse Vest ønsker å legge til rette for et inkluderende rekruttering.

### Lenke til stillingen

[www.sus.no/jobb](https://www.sus.no/jobb)

### Kontaktinformasjon

Steinar Apeland, leder/fagleder/psykologspesialist, tlf. 51 51 45 00

Audhild Hønsi, psykologfaglig rådgiver, tlf. 51 51 45 00

