

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 60 nr. 04 2023

**Psykiske
diagnoser
blant unge**

*Bråten et al.
Originalartikkel*

**SELV-
BESTEMMELSENS
PRIS**

Aktuelt

**Hva er ikke
en psykolog**

Kronikk

**De unges
nødvendige
løsrivelse**

Bokessay

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Medlemskap (ordinært og for studenter) inkluderer abonnement på Tidsskrift for Norsk psykologforening som utkommer den første i hver måned. **Opplag 10 800 ISSN 0332-6470**

Besøksadresse Grev Wedels plass 4 **Postadresse** Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Kronikk/debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

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

Markedsansvarlig Unni Sandland, tidsskrift@psykologtidsskriftet.no, tlf. 23 10 31 33

Frist for bestilling av annonser 17.04, 15.05, 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.03.2023

Omslagsillustrasjon Johan Nord Form Bøk Oslo AS **Trykk** Aksell AS

Siden 1973 har Tidsskrift for Norsk psykologforening vært en viktig plattform for norsk psykologi. Vårt mål er å være en aktuell og faglig kvalitetssikret ressurs spesifikt rettet inn mot psykologers behov for informasjon, til deres praktiske profesjonsutøvelse og behov for oppdatering. Vi henvender oss også til andre som søker kunnskaper om psykologi, inkludert brukergrupper, politikere og journalister/media. Psykologtidsskriftet ønsker å stimulere til forskning og fagutvikling og er et godkjent nivå-1-tidsskrift. I tillegg til vitenskapelige artikler finner du fagessay, reportasjer, bokanmeldelser, kronikker og debattinnlegg. Tidsskriftet skal speile psykologifagets innhold, utøvelse og plass i samfunnet.

Les formålsparagrafen på www.psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, **Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen, **Journalist og debattredaktør** Per Halvorsen, **Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, **Teknisk redaktør** Christian von Schack, **Redaktører** Heidi Wittrup Djup, Patrick Michael Palmelund Faaland, Daniel Gunstveit, Ida Sund Morken, **Markedsansvarlig** Unni Sandland, **Visuelt ansvarlig/desk** Nora Skjerdingsstad

Redaksjonsråd

Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen, Marianne Berg Halvorsen, Joar Øveraas Halvorsen, Ute Gabriel, Solveig H.H. Kjus, June Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus Moe Thompson, Helene Amundsen Nissen-Lie, Pia Beate Pedersen, Elisabeth Schanche, Erik Stånicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Med mindre annet er angitt i artikkelen, har Tidsskrift for Norsk psykologforening copyright på alt innhold.

Alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1. juni 2022, publiseres under åpen tilgang (Open access) med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Bilder, illustrasjoner og figurer omfattes av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/figurteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

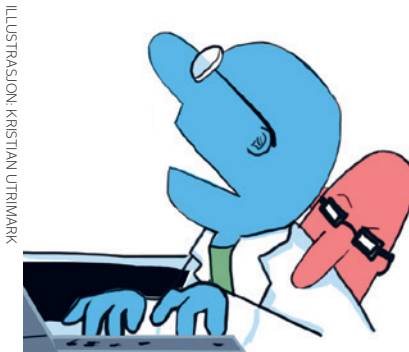
Tidsskrift for Norsk psykologforening redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og medieansvarsloven. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter som ikke nødvendigvis samsvarer med redaktørens eller Norsk psykologforenings offisielle synspunkter. Tidsskrift for Norsk psykologforening følger retningslinjene fra Vancouver-gruppen (International Committee of Medical Journal Editors), og er medlem av Fagpressen, Norsk Redaktørforening og Norsk tidsskriftforening.





ILLUSTRASJON: YOKUNEN / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX

Eksposering med responsprevensjon har sine begrensninger i behandling av OCD. Fra praksis. Side 227.



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

Publiserende psykologer må navigere i utfordrende etiske farvann. Etikkpanelet. Side 238.



MALERI: EGON SCHIELE (1912)

Relasjon, kropp og kunst i psykoterapi gir nye synsvinkler på spiseforstyrrelser. Bokanmeldelse. Side 262.

Innhold

- 202 Selvbestemmelsens pris**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 208 Økt bruk av psykiske diagnoser for unge**
Originalartikkel | Bråten et al.
- 216 Betydningen av personlighetstrekk ved langvarige hode- og ansiktssmerter**
Oversiktsartikkel | Holsvik et al.
- 227 Når eksponeringsterapi for OCD ikke hjelper**
Fra praksis | Gilad Beck
- 232 Metaforer som redskap i psykoterapi**
Fagessay | Evensen et al.
- 238 Psykolog og forsker: dilemmaer i kø**
Etikkpanelet | Bjørn Rishovd Rund
- 242 MENINGER**
Kronikk: Hva er ikke en psykolog | Ingvill Maria Daatland Hekne (s. 247)
Debatt: Biopsykososial modell (s. 242), PPT (s. 249), Kjønnsinkongruens (s. 250 & 252), Digitalisering (s. 255) & Fellesprogrammet (s. 256)
- 258 Hvordan har du det, nyutdannede psykolog?**
Nye stemmer | Raymond B. Stangenes
- 260 INNTRYKK**
Anmeldelser: En reise i overflaten (s. 260), Med kunsten som linse (s. 262)
Bokessay: Ungdommens løsrivelse – betydningen av alt vi ikke ser | Per Are Løkke (s. 264)
- 271 Minneord: Gieve Selvamaler Wadsworth Rød (1980-2022)**
- 274 Annonser**
- 279 Stillingsannonser**

Selvbestemmelsens pris

Flere pasienter som forfaller. Mer tvang. Men også grundigere kliniske vurderinger. I psykisk helsevern er det blandete erfaringer med samtykkebestemmelsen.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

ILLUSTRASJON

Johan Nord

- **ANTALL LIGGEDØGN** har økt for de som er innlagt på tvang. Loven har ikke virket etter hensikten.

Slik oppsummerer psykologspesialist Wenche ten Velden og avdelingsoverlege Melissa A. Weibell erfaringene mer enn fem år etter endringene i psykisk helsevernloven. Ved avdelingen for akutt- og intensivpsykiatri ved Stavanger universitetssjukehus har de observert en merkbar forandring blant psyko-sepasientene de har til utredning og behandling etter 1. september 2017. Fra denne datoen gjelder kravet om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. I juni leverer et regjeringsoppnevnt ekspertutvalg en evalueringsrapport om reformen.

ØKT LIGGETID

ten Velden og Weibell peker på statistikken på skjermen foran seg. Den viser utviklingen i et opptaksområde som omfatter over 350 000 innbyggere. Grafene angir en tydelig økning i reinnleggelse i gruppen innen schizofrenispekteret. Det samme gjelder affektive lidelser. For alle diagnoser er det 30 prosent flere reinnleggelse enn før. Og når du først legges inn, er liggetiden lenger.

- Når de blir gjeninnlagt, ligger psyko-sepasientene nesten dobbelt så lenge som tidligere, opplyser Weibell, som har ansvar for statistikken.

- *Hvorfor det?*

- Det kan se ut som om vi kommer senere inn med behandling. Pasientene forfaller og må blir sykere før de får hjelp.

De to klinikerne mener utfordringen med lovbestemmelsen blir ekstra tydelig i arbeidet med pasienter på tvang uten døgnopphold (TUD).

- TUD-pasientene kommer og får medisinene sine. Så gjenvinner de samtykkekompetanse fordi medisinene faktisk virker, og slutter å ta medisinene. Dermed vil runddansen med reinnleggelse ofte være i gang, sier de.

FN-KRITIKK

Til grunn for det nye lovkravet lå et tydelig menneskerettighetsperspektiv. Terskelen for å røre ved grunnleggende borgerrettigheter som retten til selvbestemmelse – også når det gjelder alvorlig psykiske syke – skulle gjøres høyere. I tillegg kom et uttalt ønske om å dreie oppmerksomheten i klinikken fra diagnose til funksjonsnivå. Siden begynnelsen av årtusenskiftet hadde Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om tvangsreduksjon i spesialisthelsetjenesten gjennom sine årlige oppdragsbrev til helseforetakene. Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsett funksjonsevne (CRPD) fra 2006 bidro til økt oppmerksomhet om problemstillingen. FNs spesialrapportør hadde kritisert den norske tvangspraksisen. Likevel har det vært vanskelig å snu tvangstallene. Samtykkebestemmelsen var det nye grepet til daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie. Men tvangspilene peker fortsatt oppover. Det framgår av Samdatas statistikk fra oktober 2022: Fra 2018-2021 økte behandling uten samtykke fra 46 til 74 pasienter per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre. Det er en vekst på 62 prosent.



Vi forflytter oss til noen spredte paviljonger på et jorde i Lurudveien ikke langt fra Skedsmokorset. Vi er på Spesialpsykiatrisk avdeling på Ahus. Der jobber psykologspesialistene Ivar Elvik og Tiril Østefjells på en sengepost med elleve plasser for psykosepasienter. De fleste er innlagt på tvang. De to psykologspesialistene har til sammen 25 års erfaring fra psykosefeltet.

NYE TANKER I KLINIKKEN

De bekrefter et stykke på vei beskrivelsen fra Stavanger-regionen: Hyppigere utskrivninger, pasienter som slutter med medisiner og returnerer i langt dårligere forfatning enn da de skrev seg ut etter å ha blitt erklært samtykkekompetente. Samtidig har lovendringen også gitt tenkningen ny retning og skjerpet vurderingene av pasientens tilstand. Av hva vedkommende faktisk forstår av kommunikasjonen som inngår i behandlingen.

– At pasienten har denne forståelsen er en forutsetning for et godt behandlingsresultat, sier Elvik.

Han forteller om fire pasienter han hadde ansvar for da endringen trådte i kraft i 2017. For to av dem var ikke lenger kriteriene for tvang oppfylt. Den ene pakket sakene sine og forsvant. Den andre ville fortsette behandlingen på frivillig grunnlag. Elvik mener eksemplene gir et godt bilde av konsekvensene av lovreformen.

– Førstnevnte gikk høyst sannsynlig glipp av behandling han kunne hatt nytte av. For sistnevnte viste det seg etter en ny vurdering at vilkårene for tvang ikke var til stede, og vi kunne fortsette på frivillig basis, forteller han.

De to klinikerne erkjenner dilemmaene: Når tvangen oppheves og pasientene skriver seg ut, inntreffer ofte forverringen enten umiddelbart eller i løpet av et par uker. Og hvis det ikke er noen selvmordsrisiko eller voldsrisiko og farekriteriet i loven dermed ikke slår inn, faller pasienten ut av behandlingssystemet.

– Det er en sørgmodig jobb å redde stumpene, sier Tiril Østefjells og fortsetter: Satt på spissen kan vi si at i Norge er helsehjelpen organisert slik at hvis du bruker lang nok tid på å kjøre deg selv i grava, er det ok. Bruker du kort tid, er det *ikke* ok.

HØY PRIS

Likevel ønsker ikke de to Ahus-ansatte å få tilbake det gamle behandlingssystemet.

– Beslutningsgrunnlaget er blitt rikere. Tvangen er blitt mer formalisert, og klageret- »



REINNLEGGELSER Ved Stavanger Universitetssjukehus har de registrert en tydelig økning i reinnleggelse i gruppen innen schizofrenispekteret, dokumenterer avdelingsoverlege Melissa A. Weibell og psykologspesialist Wenche ten Velden.

Samtykkebestemmelsen

Fra 1. september 2017 kan pasienter som har samtykkekompetanse, nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, kan velge å avslutte behandlingen. Denne retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og konsekvensene er at pasienten igjen blir så dårlig at vilkårene for etablering av tvang oppfylles på nytt.

Kilder: Psykisk helsevernloven med kommentarer, helsedirektoratet.no

Utviklingen ved Stavanger universitetssjukehus

- Mer skjerming i akuttinntak, stabilt nivå på kjemiske tvangsmidler
- Økning i isolasjon og kjemiske tvangsmidler på affektiv sengepost
- Økning i reinnleggelse generelt, som ikke forklares av flere innleggelse totalt
- Pasienter som kommer på §3-3 ligger lenger enn før

Kilde: Analyseavdelingen i Helse Stavanger

Tvangen økte

Fra 2018 til 2021 økte omfanget av pasienter under tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold. I 2021 hadde over 60 prosent av pasientene minst ett vedtak om behandling uten eget samtykke mot om lag 40 prosent i 2018. Andelen økte i alle helseregioner. Region Vest hadde den laveste andel pasienter uten eget samtykke begge år.

Kilde: Samdata - Behandling uten samtykke under tvungent psykisk helsevern, Helsedirektoratet, november 2022



NY RETNING

Samtykkebestemmelsen har skjerpet vurderingene av hva pasienten faktisk forstår av kommunikasjonen som inngår i behandlingen, mener psykologspesialistene Ivar Elvik og Tiril Østfjells.

ten styrket. Rettssikkerheten er blitt bedre, mener Elvik.

– *Prisen er at flere forkommer?*

– Ja, menneskerettigheter har sin pris. Men det har også en pris å frata folk autonomien. I større grad enn før reflekterer vi over hvor mye pasienten egentlig forstår av sin helsetilstand, også de som er her frivillig. Det er blitt mer realistisk å etablere en reell samarbeidsplattform med pasienten. De må jo forstå hvorfor de er her for å kunne bli bedre, sier han.

Da lovendringen ble satt ut i praksis, økte tvangstallene for noen grupper. Én årsak var at pasienter som var frivillig innlagt, men ikke forstod hva de trengte hjelp til, måtte over på tvangsvedtak. De to klinikerne forteller om pasienter som kunne ha vrangforestillinger om at de egentlig var på sengeposten for å bli beskyttet fordi noen var ute etter å ta dem.

– Hvis du ikke forstår hvorfor du trenger hjelp, mangler du samtykkekompetanse. Da må det fattes vedtak om tvang. Selv om du gjerne vil ha hjelp, forklarer Østfjells.

De to har et ønske til lovgiverne om å justere tvangsparagrafen for å gjøre kravet om manglende samtykkekompetanse mindre strengt. De viser til lovkommentaren som fastslår at om det er tvil, skal pasienten anses som samtykkekompetent.

– Formuleringen burde ha vært noe mildere. Det er vanskelig å unngå enhver tvil, sier de.

– *Har samtykkebestemmelsen ført til at det går flere farlige pasienter rundt i gatene enn før?*

– Vi har ingen holdepunkter for at pasientene er blitt farligere. Den største utfordringen er at flere pasienter enn før, ikke får behandlingen de trenger. Er pasienten en fare for seg selv eller andre, har vi fortsatt farekriteriet i psykisk helsevernloven, påpeker Elvik og Østfjells.

FAREKRITERIET

ten Velden og Weibell sier det slik:

– Det «farlige» ved lovendringen er at den har ført til at mennesker går glipp av nødvendig helsehjelp og omsorg. De dårligste pasientene blir mest skadelidende.

– *Er dette prisen vi må betale hvis vi mener at universelle menneskerettigheter som selvbestemmelse også skal gjelde for alvorlig psykisk syke mennesker?*

– Ingen er imot menneskerettigheter. Jeg har imidlertid vanskelig for å se at de blir inn-

fridd om vi rigger oss slik at vi unnlater å gi folk som ikke kan ta hånd om seg selv, omsorgen de har behov for. Ofte er det tvangen som gjør at vi kan komme tidligere inn og tilby hjelp, sier ten Velden.

– *Bør samtykkebestemmelsen reverseres?*

– Det er sider ved samtykkebestemmelsen det er verdt å beholde. Den har forsterket kravet om å informere og involvere pårørende. Den har åpnet for bedre kliniske vurderinger av dybden i psykostilstanden. Men det må også kunne være mulig å fortsette med behandling når pasienter er i ferd med å ødelegge seg, selv om de er samtykkekompetente.

– *Hvorfor kan dere ikke benytte farekriteriet i stedet?*

– Fordi faren ved å gå til grunne med sin psykiske lidelse ikke er definert som fare slik det er definert i loven. Det skal være «nærliggende og alvorlig fare enten for eget eller for andres liv eller helse». Å forkomme på sikt faller ikke under farekriteriet, sier hun.

Psykologspesialist Kåre Arthur Sivertsen ved Psykiatrisk akutt og mottaksfunksjon på St. Olavs hospital sier samtykkebestemmelsen har påvirket hvordan han bruker farekriteriet når han vurderer den enkelte pasient.

– Farekriteriet kan være aktuelt å bruke eksempelvis for å opprettholde tvungent vern og unngå å skrive ut en manisk person som er blitt samtykkekompetent, men som vi likevel oppfatter kan være til skade for helsa til barnet hen eventuelt har omsorg for. Vi kan ikke tallfeste det, men i slike tilfeller mener jeg vi bruker farekriteriet mer enn før. Selv om du vurderes samtykkekompetent, kan du likevel vurderes som en såpass stor belastning for andre at farekriteriet slår inn, sier han.

INGEN MAGI

I Avdeling for psykisk helsetjeneste og rusomsorg i Porsgrunn kommune er de ikke like opptatt av lovendringer som å legge til rette for at pasienter som er overført fra spesialisthelsetjenesten, kan få dekket grunnleggende behov.

– Tvangsforebygging handler om å dekke pasientenes basisbehov. Det er ingen magi. Det handler om trygge boforhold, søvn, ro, mat og systematisk oppfølging fra de ansatte.

Det sier virksomhetsleder Heidi Ekornrød Pedersen, som har ansvar for 32 plasser i botil-

bud til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Vi møter henne sammen med kommunepsykolog Torstein Borch Skolseg og vernepleierne Kari Fjellhaug og Vibeke Eilertsen Waaden. De to sistnevnte har daglig ansvar for noen av beboerne, enkelte av dem utskrevet fra sikkerhetspost.

De mener individuelt tilpassede botilbud er en forutsetning for å kunne redusere antall reinnleggelse og tvangsvedtak. For enkeltpersoner ser de at det virker.

– Det handler om å regulere hvem som skal ha adgang til boligen. Om at verandaen ikke vender ut mot en gate med mye støy. Om at beboeren kan trekke seg tilbake, hvis ønskelig.

Summen av dette mener de skaper trygghet både for beboere og personalet. Trygghet til å jobbe med pasientene når en krise er i emning istedenfor å gå rett på en innleggelse.

Blir det likevel krise, tar de utgangspunkt i detaljerte kriseplaner som er utarbeidet i samarbeid med pasienten.

– Vi lager konkrete avtaler om hva vi skal gjøre hvis vi merker at det tilspisser seg. Refleksjonen er ikke lenger innleggelse. Vi bruker mer tid på å jobbe med pasienten der hen bor, eller vi tar kontakt med behandler i spesialisthelsetjenesten. Veien til samarbeidspartnerne er veldig kort. Det kan være avgjørende. Det gir trygghet for personalet i boligene.

– *Hvordan påvirker samtykkebestemmelsen arbeidet?*

– Den gjør at det kan ta lenger tid å bygge en allianse og slippe til med hjelp. Det er tungt for hjelpere å ikke få hjelpe. Går det for lang tid og pasienten isolerer seg og forfaller, øker sannsynligheten for reinnleggelse, i verste fall på tvang.

De opplever ikke at pasientene er blitt farligere enn før, og mener noe av det viktigste de kan gjøre for å unngå at folk blir farlige, er å dekke pasientens basisbehov.

– *Hvilket råd har dere til politikere som er opptatt av å få tvangstallene i psykisk helsevern ned, men ikke har lykkes så godt til nå?*

– Ikke undervurder førstelinjen. Det er i kommunen folk skal bo og leve sine liv. Noen pasienter ønsker ikke hjelp eller glipper unna. Da må vi ha god tilgang på lavterskeltjenester som gjør at folk kan få hjelp til å ta vare på seg selv. Mulighet for å ta en dusj, få mat og et klapp på skuldra kan være starten på en allianse, sier Ekornrød Pedersen. ❌ ➤

Deltar mer i behandlingen

En kvalitativ studie viser stor tilfredshet med samtykkebestemmelsen blant pasienter som tidligere var underlagt tvang uten døgnopphold (TUD).

FORSKER NINA CAMILLA WERGELAND ved Norges arktiske universitet (UiT) intervjuet helsepersonell og pasienter som fikk opphevet vedtak om TUD da samtykkebestemmelsen kom inn i lovgivningen fra 2017. Ti av de tolv pasienten klarte å fortsette behandlingen frivillig også to år etter at tvangen ble opphevet.

– Det er et gjennomgående funn at pasientenes tilstand ikke har forverret seg. Pasientene rapporterer at de blir møtt med større respekt, opplyser Wergeland.

Hun sier at både pasienter og helsepersonell gir uttrykk for at oppheving av tvangen har hatt positiv innvirkning på behandlingsrelasjonen. Dialogen er blitt bedre. Pasientene opplever i større grad å være en aktiv del av behandlingen. Wergeland mener tvangsvedtak kan ha negative konsekvenser for tillitsforholdet mellom pasient og behandler.

– Samtykkevurderinger gjør at oppmerksomheten rettes mot pasientens funksjonsnivå og medbestemmelse i behandlingen. Det legger til rette for at pasienten får ta større del i behandlingen, sier hun til Psykologtidsskriftet. ❌

- En belastning for pårørende

Pårørende Gudrun Larsen mener det er en stor belastning å være vitne til at nære familiemedlemmer går til grunne.

HUN MENER SAMTYKKEKOMPETANSEVURDERINGER i for stor grad preges av tilfeldigheter fordi samtykkekompetansen blir vurdert ulikt alt etter hvem som er vedtaksansvarlig.

– Belastningen havner på skuldrene til oss som står nærmest den syke, sier hun.

Som pårørende hun erfart at behandlingstrengende familiemedlem har vært inn og ut av psykiatriske sengeavdelinger opptil fire ganger i løpet av en måned, før vedkommende endelig fikk nødvendig helsehjelp.

Det var vi pårørende som måtte bringe vedkommende til legevakt for ny vurdering av samtykkekompetanse og behov for innleggelse.

– Jeg tør ikke å tenke på hvilken overlast vedkommende kunne lidd, dersom vedkommende ikke hadde hatt pårørende eller andre som kom til unnsetning, sier hun til Psykologtidsskriftet. ❌

Mener samtykkebestemmelsen ikke hindrer samfunnsvernet

– Det er en feilslutning å tro at samtykkebestemmelsen i seg selv er til hinder for å ivareta samfunnsvernet.

DET SIER RÅDGIVER og jurist Øyvind Holst ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). Han påpeker at lov om psykisk helsevern allerede har bestemmelser som ivaretar samfunnsvernet. Han viser til § 3-3 punkt 7 som trumfer andre hensyn i loven hvis det er «nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.»

– Da kan pasienten legges inn på tvang selv om vedkommende anses for å være samtykkekompetent, forklarer Holst.

Ekspertutvalget, som etter planen leverer sin rapport 15. juni, skal blant annet vurdere om samfunnstryggheten er blitt svekket som følge av samtykkebestemmelsen fra 2017. Dette premisset ble tydeliggjort da ekspertutvalgets mandat ble presentert i mai fjor. Da deltok justis- og beredskapsminister Emilie Mehl i tillegg til helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol.

Holst sier at hensyn til samfunnsvern alltid har hatt et sterkt innslag i lov om psykisk helsevern. Han mener imidlertid at dette er underkommunisert.

– Setter man seg ned og dissekerer paragraf 3-3 (tvangsparagrafen), fins det hold for å si at samfunnsvernet overstyrer hensynet til den

enkelte pasient. En psykolog eller lege som går på jobb og tenker at denne pasienten må vi vernes mot, finner altså støtte i loven hvis hen vil, sier han.

Flere kilder Psykologtidsskriftet har vært i kontakt med, stiller spørsmål ved hvorfor samfunnsvernet har slått såpass tungt inn i mandatet til ekspertutvalget. Erlend Bugge leder Frivillighet og tvang, et kompetansesenter for medvirkning og bruk av tvang i psykisk helsevern (tidligere Tvangsforsk). Han tror medieomtalte enkelthendelser har vært styrende for deler av mandatet: episoden med knivstikking på Schous plass på Grünerløkka i Oslo sommeren 2019, bueskytteren på Kongsberg høsten 2021. Begge gjerningsmenn ble senere dømt til tvungen psykisk helsevern.

– Det er søkt å tro at det går an å styrke samfunnsvernet ved å fjerne vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven, sier Bugge.

Han påpeker at antall drap ikke har økt siden 2017, og at det ikke finnes pålitelige tall som viser at personer med psykiske lidelser utøver mer vold etter at lovendringen var et faktum.

Kripos har i en rapport argumentert med motsatt fortegn. «Nesten hvert tredje drap og drapsforsøk mellom 2014–2021 begått av personer med alvorlige psykiske lidelser», hevder de på sin hjemmeside politiet.no. Oppslaget bygger på rapporten «Vold begått av personer med alvorlige psykiske lidelser» som etaten publiserte før jul i fjor.

Tallmaterialet til Kripos er blitt sterkt problematisert av Kim Edgar Karlsen og Aina Fraas-Johansen i Norsk psykologforening. De er blant annet kritiske til måten Kripos har brukt statistikk på. Kripos sammenlikner personer med alvorlig psykisk lidelse i to ulike perioder og konkluderer med en økning på over 50 prosent når det gjel-



INGEN HINDRING En feilslutning å tro at samtykkebestemmelsen er til hinder for å ivareta samfunnsvernet, mener jurist Øyvind Holst.
Foto: Martin Bjørnstad

der drap og drapsforsøk. Dette mener Karlsen og Fraas-Johansen tilslører at tallene varierer fra år til år. De mener konsekvensen er stigmatisering av personer med alvorlig psykiske lidelser.

– I den grad det har vært en økning som ikke skyldes endret registrering av drapsforsøk, viser politiets egne tall at gruppen uten en psykisk lidelse står for mesteparten av endringen, sier Kim Edgar Karlsen.

«Sjansen for å bli drept av en person med alvorlig psykisk lidelse i Norge i 2022 var omtrent en til en million», påpekte de i en VG-kronikk 15. februar i år. Bak Kripos-rapporten står politioverbetjent og psykolog John-Filip Strandmoen og analytiker Heidi Fischer-Norman. De mener deler av kritikken fra Psykologforeningen er relevant.

– Å dele tidsperioden i to og beskrive prosentvis endring kan påvirke hvor dramatisk økningen fremstår. Dette kunne vi fremstilt på annen måte, skrive de i en e-post til Psykologtidsskriftet.

De er imidlertid uenige i at de tilslører tallene.

– Vi oppgir variasjonen år for år, og vi presiserer at antallet drap er stabilt. Det er viktig at politiet presenterer tallmateriale også om sensitive tema med lav forekomst, skriver de.

De avviser at de bidrar til stigmatisering.

– Vi viser til Politiets trusselvurdering, hvor volden pekes på som en trussel, ikke menneskene. Menneskene trenger bedre hjelp og tettere oppfølging. Hvor stor voldstrusselen er, avhenger først og fremst av hvor godt vi som samfunn klarer å løse denne oppgaven, påpeker de. ✘

Samfunnsvernet

Ekspertutvalget skal blant annet «vurdere om vilkåret om manglende samtykkekompetanse har ført til større involvering av politiet enn tidligere, og om hevingen av terskelen for tvangsbruk har ført til mer vold eller andre samfunnsmessige konsekvenser, herunder for samfunnsvernet.»

Kilde: Fra mandatet til ekspertutvalg om tvang



Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol.

– Kan gi forhøyet voldsrisiko

Helsestatsråd Ingvild Kjerkol mener helse- og omsorgssektoren og justissektoren bør samarbeide bedre om personer med psykiske lidelser og voldsrisiko.

HUN SIER AT samfunnsvernets plass i mandatet er et resultat av tilbakemeldinger om at samtykkebestemmelsen kan ha hatt negative konsekvenser både for pasientene, pårørende og samfunnet.

I en e-post til Psykologtidsskriftet skriver hun at enkelte alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med dårlige oppvekst- og levevilkår, rus og andre risikofaktorer kan gi forhøyet risiko for voldelige handlinger.

– Det meldes at politiet i økende grad må bistå helsevesenet med å håndtere personer med alvorlig psykisk sykdom. Ekspertutvalget skal vurdere om det er behov for å foreslå lovendringer, skriver hun.

Hun understreker at det er svært få alvorlig psykisk syke som utgjør en trussel for andre mennesker, og det er viktig ikke å stigmatisere personer med psykisk lidelse.

Kjerkol skriver at det er viktig å styrke samarbeidet mellom helse- og omsorgssektoren og justissektoren om personer med psykisk lidelse og voldsrisiko.

– Samfunnsvern er ett av mange punkter i mandatet til ekspertutvalget. Vi ønsker å bidra til et lovverk og en praksis som sikrer pasientens rett til nødvendige og forsvarlige helsetjenester og som kan forhindre feil bruk av tvang. Arbeidet skal også vektlegge pårørendes behov. ✘

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 04 S. 208-215 DOI: <https://doi.org/10.52734/VHHP4493>

Økt bruk av psykiske diagnoser for unge

Ragnhild Haugli Bråten¹, Susanna Sten-Gahmberg¹, Christoffer Bugge¹, Ivar Sønnebø Kristiansen¹, Erlend Strand Gardsjord² & Erik Magnus Sæther¹

¹Oslo Economics

²Oslo Universitets-
sykehus, Seksjon Tidlig
Psykosebehandling

KONTAKT

rbr@osloeconomics.no

MERKNAD Artikkelen er utarbeidet som en del av rapporteringen fra prosjektet «Årsaker til økt tilstrømming til uføretrygd blant unge», utført på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet. Artikkelen har brukt administrative data tilgjengeliggjort for forskning av Helfo, Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Formål: Psykiske og rusrelaterte lidelser er viktige årsaker til helsetap i Norge. Data fra spørreundersøkelser og legemiddelbruk indikerer økt omfang av psykiske plager blant unge. Formålet med denne studien var å beskrive utviklingen i bruk av psykiske diagnoser blant unge hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten.

Metode: Vi benyttet koblede data fra Helfo-databasen Kontroll og utbetaling av helserefusjoner og Norsk pasientregister for perioden 2008-2018 for personer født 1986-1997. For hver behandlingsepisode fikk vi informasjon om alder, kjønn og diagnoser. Vi beregnet andel i befolkningen som hadde fått ulike psykiske diagnoser i aldersgruppene 15-21 og 22-28 år, i kullene født 1993-1997 og 1986-1990.

Resultater: I kullet som fylte 21 år i 2018 hadde 30 % av kvinner og 23 % av menn fått diagnoser for psykiske lidelser i alderen 15-21 år (diagnoser stilt 2012-2018). Andelene har økt fra 23 % for kvinner og 21 % for menn i kullet som fylte 21 år i 2014 (diagnoser stilt 2008-2014). For aldersgruppen 22-28 år ser vi en lignende utvikling. I begge aldersgrupper var det størst økning i angst- og depresjonsdiagnoser.

Implikasjoner: Vi finner økt bruk av psykiske diagnoser for unge i perioden 2008-2018. Økningen kan skyldes høyere forekomst av psykiske plager og lidelser, økt behandlingstilbud, praksisendring og/eller lavere terskel for å søke hjelp.

Nøkkelord: psykiske diagnoser, psykiske lidelser, psykiske plager, unge voksne, ungdommer

Psykiske lidelser og ruslidelser rammer svært mange mennesker. De medfører en betydelig reduksjon i livskvalitet og var i 2016 de nest viktigste årsakene til helsetap i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Blant unge i alderen 18 til 29 år er psykiske lidelser den vanligste årsaken til uførhet (Bragstad, 2018), noe som viser hvor viktig det er med forebygging og behandling. For å kunne organisere helse- og velferdstjenester på en effektiv måte trenger vi mer kunnskap om omfanget og utviklingen av psykiske plager og lidelser i de yngre aldersgruppene. Samtidig er forekomsten av psykiske plager og lidelser hos ungdom og unge voksne lite kjent, både nasjonalt og internasjonalt.

Spørreundersøkelser viser at andelen unge i Norge som rapporterer om psykiske plager, har økt. Ungdataundersøkelsen omfatter 666 000 ungdomsskole- og videregående-elever. Fra 2011 til 2019 økte andelen jenter som rapporterte om psykiske plager, fra 16 % til 22 %. Andelen var omtrent uforandret hos gutter (Bakken, 2020). I perioden 2015–2019, og blant videregåendelevne spesifikt, økte andelen fra 26 % til 30 % hos jenter og fra 9 % til 12 % hos gutter (Bakken, 2020). Levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå (SSB) omfatter aldersgruppen 16 til 24 år. Fra 2015 til 2019 økte andelen som rapporterte å ha vært deprimert det siste året, fra 8 % til 14 % blant kvinner og 4 % til 8 % blant menn (SSB, 2019). Blant ungdom i andre vestlige land har det også vært en økning i selvrapporterte psykiske vansker (Wiens et al., 2020).

Selv om spørreskjemastudiene tyder på en økt forekomst av psykiske plager og lidelser over tid, krever pålitelige anslag at man gjennomfører befolkningsbaserte studier med kliniske intervjuer. En internasjonal systematisk oversikt fant økning over tid både av hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), autismspekterlidelser, angst og depresjon blant barn og unge (Collishaw, 2015). Funnene er imidlertid vanskelige å tolke fordi oversikten omfatter studier som dekker ulike tidsperioder, og som har brukt ulike metoder for å stille diagnoser. Diagnosekriterier endrer seg over tid, og mer åpenhet om mental helse kan ha økt tilbøyeligheten til å rapportere psykiske plager. Samtidig har også senere studier funnet en økning siden århundreskiftet i angst- og depresjonslidelser blant unge (Thorisdottir et al., 2017; Twenge et al., 2018). Norske befolkningsbaserte studier som har brukt kliniske intervjuer på barn, har funnet en økning av angstlidelser (Steinsbekk et al., 2022) og depressive lidelser (Morken et al., 2021) fra 4 til 14 år. Den eneste tilsvarende studien av unge voksne fant en forekomst av psykiske lidelser på 26 % i aldersgruppen 20–29 år i 2020 (Knudsen et al., 2021). Vi vet imidlertid ikke hvordan forekomsten av psykiske lidelser blant unge har utviklet seg over tid.

Data fra helseregistre om bruk av legemidler og helsetjenester, og diagnoser på psykiske lidelser og plager, kan også gi indikasjoner på forekomsten. Data fra Reseptregisteret viser økt bruk av legemidler som virker på nervesystemet hos tenåringer og unge voksne i perioden 2004–2017 (Oslo Economics & Frischsenteret, 2020). Oslo Economics og Frischsenteret (2020) har analysert bruk av diagnoser for psykiske plager og lidelser blant unge i perioden 2008–2018 som er blitt registrert hos fastleger (fra KUHR) og i spesialisthelsetjenesten (fra NPR). I kullet som fylte 21 år i 2018 hadde 43 % kvinner og 32 % menn fått en diagnose for psykiske plager eller lidelser gjennom ungdomstiden (15–21 år), noe økning fra tidligere fødselskull (Oslo Economics & Frischsenteret, 2020). Rapporten viser imidlertid ikke hvor mye av økningen som skyldes psykiske lidelser alene, eller hvordan diagnosene fordeler seg mellom ulike undergrupper av psykiske lidelser.

Basert på tidligere undersøkelser er det altså uklart om det faktisk er en økning i psykiske plager og lidelser over tid hos unge, og hvordan forekomsten er fordelt på ulike undergrupper. Formålet med denne studien er å beskrive bruken av diagnoser for psykiske plager og lidelser for to ulike aldersgrupper, 15–21 år og 22–28 år, og se på om det er en økning over tid, og hvilke diagnosegrupper som eventuelt driver utviklingen.

Metode

Datamateriale

Vi innhentet aidentifiserte data på individnivå fra KUHR og NPR for alle behandlingsepisoder registrert av fastleger (primærhelsetjenesten) og i spesialisthelsetjenesten der en psykisk plage eller lidelse var oppført som hoved- eller bidiagnose. Vi definerte psykiske plager registrert av fastleger som diagnosekodene P01–P29 i ICPC-2, psykiske lidelser registrert av fastleger som diagnosekodene P70–P84 og P86–P99 (International Classification of Primary Care; World Health Organization, 2003) og psykiske lidelser registrert i spesialisthelsetjenesten som kodene F00–F99 i ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; World Health Organization, 1993).

For hver behandlingsepisode fikk vi utlevert informasjon om personens diagnose og datoen den ble stilt. Uttrekket ble gjort for fødselskullene 1986–1997, og datamaterialet inneholdt alle behandlingsepisoder i perioden 2008–2018. Dataene ble sammenstilt (koblet) med data fra SSB om personers kjønn og fødselsår. Datamaterialet inneholdt informasjon om totalt 4 632 136 episoder, fordelt på 2 350 001 personer i årskullene 1986–1990 og 2 282 135 personer i årskullene 1993–1997.

Dataene fra KUHR omfattet episoder hos fastleger i Norge, mens dataene fra NPR inkluderte opplysninger om polikliniske konsultasjoner, dagbehandlinger og innleggelses ved somatiske sykehus, psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne, private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med helseforetak, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og avtalespesialister innen somatikk og psykisk helsevern.

Beregning av antall personer med ulike diagnoser

For å fange utviklingen i ungdomsperioden ble fem fødselskull, født i årsspennt 1993 til 1997, fulgt fra de var 15 år til de fylte 21 år. For å fange utviklingen i ung voksen alder ble fem fødselskull, født i årsspennt 1986 til 1990, fulgt fra de var 22 år til de fylte 28 år (se tabell 1). Vi kunne slik undersøke om det var en økning i forekomsten i disse to aldersperiodene fra årene 2008–2014 til 2012–2018. For hvert fødselskull beregnet vi antall personer som i løpet av syvårsperioden hadde minst én behandlingsepisode, der en eller flere av de definerte diagnosekodene var oppgitt som årsak til episoden (hoved- eller bidiagnose). Resultatene ble uttrykt som andel av befolkningen med minst én diagnose i løpet av syvårsperioden og gruppert etter psykiske plager, diagnoser på psykiske lidelser stilt av fastlege eller i spesialisthelsetjenesten og diagnoser på psykiske lidelser som er stilt kun i spesialisthelsetjenesten. Diagnoser som er stilt i yngre alder – før denne syvårsperioden – er ikke inkludert, dersom de ikke også ble registrert i helsetjenesten i løpet av den gitte syvårsperioden. Ettersom en person

kan ha flere diagnoser i løpet av syvårsperioden, kan samme person telles i ulike diagnosegrupper. Andrele i de ulike diagnosegruppene summeres derfor ikke til den samlede andelen med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten.

Etisk godkjenning

Dispensasjon fra taushetsplikten ble gitt av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2018/2019/REK sør-øst).

Resultater

Utviklingen i psykiske diagnoser

Figur 1 viser andel av befolkningen som hadde fått diagnoser for psykiske plager eller lidelser i aldersgruppene 15–21 år og 22–28 år, etter kjønn. Figuren skiller mellom diagnoser for psykiske plager registrert av fastlege, psykiske lidelser registrert av fastlege eller i spesialisthelsetjenesten og psykiske lidelser registrert i spesialisthelsetjenesten. Tabell A1 og tabell A2 i appendiks viser antall personer som ligger bak prosentandelene beregnet i figur 1, for fødselskullene som fylte 21 og 28 år.

Andelen som fikk diagnoser for psykiske plager eller lidelser i alderen 15–21 år, har økt for både menn og kvinner over de fem fødselskullene vi studerte (figur 1, øvre panel). Dette gjelder også dersom vi kun ser på psykiske lidelser registrert i spesialisthelsetjenesten. I kullet som fylte 21 år i 2018, hadde 31 % av kvinnene og 22 % av mennene fått diagnoser for psykiske plager i alderen 15–21 år (blå linje i figuren).

Tabell 1

Observert alder blant de undersøkte fordelt etter fødselsår og observasjonsår

	Fødselsår									
	1986	1987	1988	1989	1990	1993	1994	1995	1996	1997
2008	22	21	20	19	18	15	14	13	12	11
2009	23	22	21	20	19	16	15	14	13	12
2010	24	23	22	21	20	17	16	15	14	13
2011	25	24	23	22	21	18	17	16	15	14
2012	26	25	24	23	22	19	18	17	16	15
2013	27	26	25	24	23	20	19	18	17	16
2014	28	27	26	25	24	21	20	19	18	17
2015	29	28	27	26	25	22	21	20	19	18
2016	30	29	28	27	26	23	22	21	20	19
2017	31	30	29	28	27	24	23	22	21	20
2018	32	31	30	29	28	25	24	23	22	21

Merknad. Tabellen gir en oversikt over datasettet og hvilke aldersperioder vi har kunnet følge de ulike fødselskullene. De fargede feltene markerer hvilke årstall vi har benyttet i beregning av antall som har fått diagnoser i alderen 22–28 år og de i alderen 15–21 år.

Andelen med diagnoser for psykiske plager økte med 19 % blant kvinner og 15 % blant menn over de fem fødselskullene vi studerte. Tilsvarende hadde 30 % av kvinnene og 23 % av mennene fått diagnoser for psykiske lidelser, enten i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlege (grønn linje i figuren). Andelen økte over de fem fødselskullene vi studerte. I alt 24 % av kvinnene og 17 % av mennene hadde fått slike diagnoser stilt i spesialisthelsetjenesten (det vil si der diagnoser stilt av fastlege ikke ble tatt med) (rød linje).

For aldersgruppen 22–28 år var andelen diagnostisert med psykiske plager eller lidelser noe høyere. Her hadde 38 % av kvinnene og 27 % av mennene fått diagnoser for psykiske plager. Disse andelenene har også økt over tid (figur 1, nedre panel). Når det gjelder diagnoser for psykiske lidelser registrert hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten (grønn linje), hadde 31 % av kvinnene og 23 % av mennene fått diagnoser. Dersom vi kun ser på diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten (rød linje), hadde 22 % av kvinnene og 16 % av mennene fått slike diagnoser.

Figur 1

Andel av befolkning som fikk minst én diagnose i alderen 15–21 år (øverst) og 22–28 år (nederst), i gitte diagnosegrupper. Etter kjønn og kalenderår for fylte 21 år (oppe) og fylte 28 år (nede).



Merknad. Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Psykiske plager er definert ved ICPC-2-kodene P01–P29, psykiske lidelser er definert ved ICD-10-kodene F00–F99 og ICPC-2-kodene P70–P84 og P86–P99, og psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er definert ved ICD-10-kodene F00–F99. Kilde: NPR og KUHR

Tabell 2

Antall og andel av befolkning som har fått minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten i alderen 15–21 år, etter kjønn og fødselskull. Vekst (relativ) fra kullet født 1993 til kullet født 1997.

	Kvinner					Menn				
	1993		1997		Vekst i andel	1993		1997		Vekst i andel
	Antall	Andel	Antall	Andel		Antall	Andel	Antall	Andel	
N	218 369		221 764			230 706		236 608		
Organiske psykiske lidelser, F00–F09	348	0.2 %	336	0.2 %	-5 %	409	0.2 %	332	0.1 %	-21 %
Rusrelaterte psykiske lidelser, F10–F19	6343	2.9 %	6121	2.8 %	-5 %	7866	3.4 %	8039	3.4 %	0 %
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide, F20–F29	1011	0.5 %	1064	0.5 %	4 %	1418	0.6 %	1404	0.6 %	-3 %
Depresjon og affektive lidelser, F30–F39	18487	8.5 %	23761	10.7 %	27 %	9490	4.1 %	10743	4.5 %	10 %
Nevrotiske, belastningsrelaterte, somatoforme lidelser, F40–F48	21552	9.9 %	29697	13.4 %	36 %	11332	4.9 %	14004	5.9 %	20 %
Atferdssyndromer (fysiologiske faktorer), F50–F59	5385	2.5 %	7207	3.2 %	32 %	765	0.3 %	1178	0.5 %	50 %
Personlighets- og atferdsforstyrrelser voksne, F60–F69	2590	1.2 %	4333	2.0 %	65 %	1452	0.6 %	2227	0.9 %	50 %
Psykisk utviklingshemming, F70–F79	1941	0.9 %	1832	0.8 %	-7 %	2441	1.1 %	2528	1.1 %	1 %
Utviklingsforstyrrelser, F80–F89	3605	1.7 %	4324	1.9 %	18 %	5891	2.6 %	5271	2.2 %	-13 %
Atferdsforstyrrelser barn/ungdom, F90–F98	10343	4.7 %	11044	5.0 %	5 %	13745	6.0 %	14318	6.1 %	2 %

Merknad. For 1993-kullet er diagnoser registrert 2008–2014 (fylte 21 år i 2014), for 1997-kullet er diagnoser registrert 2012–2018 (fylte 21 år i 2018). Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Diagnoser definert ved ICD-10-kodene F00–F98, kategorisert i undergruppene F00–F09, F10–F19, osv., til F90–F98. Kilde: NPR

Tabell 3

Antall og andel av befolkning som har fått minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten i alderen 22–28 år, etter kjønn og fødselskull. Vekst (relativ) fra kullet født 1986 til kullet født 1990.

	Kvinner					Menn				
	1986		1990		Vekst i andel	1986		1990		Vekst i andel
	Antall	Andel	Antall	Andel		Antall	Andel	Antall	Andel	
N	212 099		246 642			222 868		254 989		
Organiske psykiske lidelser, F00–F09	355	0.2 %	583	0.2 %	41 %	535	0.2 %	605	0.2 %	-1 %
Rusrelaterte psykiske lidelser, F10–F19	5448	2.6 %	6851	2.8 %	8 %	10288	4.6 %	12195	4.8 %	4 %
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser, F20–F29	1217	0.6 %	1279	0.5 %	-10 %	2425	1.1 %	2689	1.1 %	-3 %
Depresjon og affektive lidelser, F30–F39	18046	8.5 %	24695	10.0 %	18 %	10433	4.7 %	13951	5.5 %	17 %
Nevrotiske, belastningsrelaterte, somatoforme lidelser, F40–F48	23105	10.9 %	32330	13.1 %	20 %	12089	5.4 %	17781	7.0 %	29 %
Atferdssyndromer (fysiologiske faktorer), F50–F59	5030	2.4 %	6168	2.5 %	5 %	825	0.4 %	1492	0.6 %	58 %
Personlighets- og atferdsforstyrrelser voksne, F60–F69	4535	2.1 %	7068	2.9 %	34 %	3595	1.6 %	5045	2.0 %	23 %
Psykisk utviklingshemming, F70–F79	773	0.4 %	1492	0.6 %	66 %	1052	0.5 %	1519	0.6 %	26 %
Utviklingsforstyrrelser, F80–F89	522	0.2 %	1111	0.5 %	83 %	606	0.3 %	1143	0.4 %	65 %
Atferdsforstyrrelser barn/ungdom, F90–F98	4002	1.9 %	6287	2.5 %	35 %	4798	2.2 %	7337	2.9 %	34 %

Merknad. For 1986-kullet er diagnoser registrert 2008–2014 (fylte 28 år i 2014), for 1990-kullet er diagnoser registrert 2012–2018 (fylte 28 år i 2018). Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Diagnoser definert ved ICD-10-kodene F00–F98, kategorisert i undergruppene F00–F09, F10–F19, osv., til F90–F98. Kilde: NPR

Undergrupper av psykiske lidelser

Tabell 2 viser antall og andel av befolkningen som hadde fått minst en diagnose for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten i alderen 15–21 år, fordelt etter diagnosegruppe, kjønn og fødselskull. Tabellen viser også prosentvis vekst fra 1993-kullet (fylte 21 år i 2014) til 1997-kullet (fylte 21 år i 2018). Tabell 3 viser tilsvarende for alderen 22–28 år. Blant kvinner utgjør angst- og depresjonslidelser de to største diagnosegruppene. I aldersgruppen 15–21 år hadde 13 % av kvinnene fått angstdiagnoser og 11 % depresjonsdiagnoser. Andelene med disse diagnosene var tilsvarende i aldersgruppen 22–28 år. Blant menn var diagnosene noe jevnere fordelt mellom diagnosegrupper, hvor atferdsforstyrrelser hos barn og unge (inkludert ADHD), angstlidelser, depresjonslidelser og rusrelaterte lidelser utgjorde de største gruppene.

Blant kvinner drev hovedsakelig angst- og depresjonsdiagnoser veksten i psykiske lidelser i perioden. Disse diagnosegruppene var i utgangspunktet størst, og har økt med mellom 18 % og 36 %. De fleste diagnosekategoriene har imidlertid hatt en vekst i perioden. I aldersgruppen 15–21 år har veksten vært betydelig også innen atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer (herunder spiseforstyrrelser) og personlighets- og atferdsforstyrrelser for voksne. I aldersgruppen 22–28 år har veksten vært betydelig også innen personlighets- og atferdsforstyrrelser for voksne, utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, og atferdsforstyrrelser for barn og ungdom. Blant menn var veksten i hovedsak drevet av en økning innen angstdiagnoser, både blant 15–21-åringene og 22–28-åringene, og i aldersgruppen 22–28 år skyldtes veksten også depresjonsdiagnoser og atferdsforstyrrelser. Diagnoser innen psykose-lidelser (schizofreni) og rusrelaterte lidelser hadde til sammenligning liten eller negativ vekst i perioden.

Diskusjon

Andelen av den unge befolkningen som har fått diagnoser for psykiske plager og lidelser, har økt, både blant kvinner og menn. Blant kvinner er angst og depresjon de vanligste psykiske lidelsene, og det er disse diagnosegruppene som i størst grad har drevet veksten. Blant menn er diagnosene i større grad fordelt på flere grupper, herunder angst, depresjon, atferdsforstyrrelser (for eksempel ADHD) og rusrelaterte psykiske lidelser. Veksten blant menn er i hovedsak drevet av en økning i diagnoser for angst, depresjon og atferdsforstyrrelser.

En mulig forklaring på veksten kan være økt behandlingsskapitet. Antall fastleger per innbygger har økt, fra 8,3 fastleger per 10 000 innbyggere

i 2008 til 9,0 i 2018 (+8,4 %) (Claus, 2019), men trolig er noe av denne økningen blitt tatt ut i form av redusert arbeidstid og kortere fastlegelister. I samme periode økte antall psykologer i helse- og sosialtjenesten fra 4109 til 6076 (+48 %) (Statistisk sentralbyrå, 2022), mens antall legespesialister i psykiatri økte fra 1349 til 1896 (+40 %) (Den norske legeforening, 2022).

Samfunnsendringer kan også påvirke forekomsten av psykiske lidelser. Perioden vi presenterer data fra, sammenfaller med fremveksten av sosiale medier, noe som kan ha bidratt til økningen i psykiske plager hos unge (Twenge et al., 2018). Forskning har vist en sammenheng mellom bruk av sosiale medier og økt forekomst av depressive symptomer, men de fleste studiene er basert på tverrsnittsdata og gir ikke grunnlag for konklusjoner om årsak (Vidal et al., 2020).

Større aksept for og oppmerksomhet om psykisk helse kan også ha bidratt til økt bruk av psykiske diagnoser. Mindre stigma kan senke terskelen både for å søke hjelp og å stille diagnoser. Krav om diagnose for å få ekstraressurser i skolen kan også ha medvirket til den observerte økningen. Videre kan endret praksis i helsetjenesten ha bidratt til vekst i enkelt-diagnoser. For eksempel kan økt bruk av ADHD-diagnoser for unge voksne handle om at denne diagnosen, i større grad enn før, oppfattes som hensiktsmessig å sette også i voksen alder. Økningen i utviklingsforstyrrelser blant de unge voksne kan delvis handle om økt oppmerksomhet rundt autismespekterforstyrrelser i behandlingsapparatet.

Det er også mulig at terskelen for å stille diagnoser blant fagfolk er blitt lavere, som gjenspeiler en samfunnsutvikling der normale utfordringer i livet blir sykeliggjort og grensene for normalitet gradvis innnevres (Frances 2013). Beeker og medarbeidere (2021) har lansert en teori om en gradvis økende «psykiatrisering» i samfunnet, med økt risiko for overdiagnostikk og en dreining av tjenestene fra de alvorligst syke til dem med lettere psykiske plager. Våre resultater kan tas til inntekt for mulig overdiagnostikk, ved at økningen spesielt vises blant de mindre alvorlige psykiske lidelsene, der det kan være særlig vanskelig å trekke grensen mot normalitet. Økningen i diagnostisert ADHD og utviklingsforstyrrelser i voksen alder er i denne sammenhengen særlig interessant, da de som diagnostiseres i voksen alder, kan antas å ha en mindre alvorlig variant enn de som fanges opp som barn.

Økt bruk av psykiske diagnoser betyr ikke nødvendigvis at den psykiske helsen i befolkningen er dårligere enn før. Dersom flere også behandles for psykiske plager og lidelser, kan det ha bedret befolkningens psykiske helse. Den økende og omfattende bruken av psykiske diagnoser i ungdomsbefolkningen gir likevel grunn til bekymring. Dersom årsaken til økt diagnos-

tisering er at flere har psykiske lidelser, utgjør dette et betydelig helsetap for unge. Dersom økningen er drevet frem av at flere oppsøker helsetjenesten og får tilbud om behandling for psykiske plager, er det grunn til å spørre om dette kan ha negative konsekvenser. Har ungdommene blitt friskere av oppmerksomheten, eller kan det tenkes at den medfører sykeliggjøring? En norsk studie indikerer at økt bruk av psykiske diagnoser i helsetjenesten kan ha bidratt til at flere unge faller utenfor utdanning og arbeidsliv (Markussen & Røed, 2020).

Styrken ved denne undersøkelsen er at den er basert på nasjonale registerdata og i prinsippet gir et komplett bilde av registrerte diagnoser. Studien har imidlertid også svakheter. På den ene siden må vi anta at ikke alle med psykiske plager eller lidelser oppsøker helsetjenesten. Det vil si at den reelle forekomsten kan være høyere enn det våre tall viser. På den andre siden er det forhold som tilsier at våre tall basert på registrerte diagnoser kan være høyere enn den reelle forekomsten av psykiske lidelser. Konsultasjoner i helsetjenesten registreres med én eller flere diagnoser, og det er ikke nødvendigvis slik at diagnosene er basert på en fullstendig utredning hver gang. Diagnosene vi teller, kan derfor være basert på en overordnet vurdering eller diagnoser stilt ved tidligere konsultasjoner, og feilregistrering kan forekomme. Det er grunn til å tro at diagnosene registrert i spesialisthelsetjenesten er mer presise enn hos fastleger. Videre har vi undersøkt samlede diagnoser over en syvårsperiode (syvårs periodeprevalens), som tilsier høyere tall sammenlignet med epidemiologiske studier som gjerne studerer periodeprevalens i en mer avgrenset tidsperiode. Våre prevalensanslag for aldersgruppen 22–28 er likevel på nivå med tidligere anslag basert på diagnostiske intervjuer i en norsk befolkningsstudie (Knudsen et al., 2021). En annen svakhet ved denne studien er at vi ikke har tatt høyde for at samme pasient kan ha flere psykiske diagnoser samtidig. En del av veksten i enkelte diagnosegrupper kan være drevet av økt registrering av bidiagnoser. Dette kan imidlertid ikke forklare at det samlede antallet med psykiske diagnoser har økt over tid.

Konklusjon

Vår undersøkelse viser at stadig flere unge får diagnoser for psykiske plager og lidelser, og at dette særlig gjelder diagnoser innen angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Det er uvisst om dette reflekterer en reell økning i psykiske plager og lidelser i den unge befolkningen. Vi mener at både pasienter, helsepersonell og samfunnet i sin alminnelighet gjør klokt i å drøfte dagens bruk av psykiske diagnoser og mulige årsaker til den økningen vi har beskrevet. ✘

Referanser

- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 16/20). NOVA, OsloMet. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/08/Ungdata-NOVA-Rapport-2020.pdf>
- Beeker, T., Mills, C., Bhugra, D., Te Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M. & von Peter, S. (2021). Psychiatrization of Society: A Conceptual Framework and Call for Transdisciplinary Research. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 645556. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645556>
- Bragstad, T. (2018). Vekst i uføretrygding blant ungdom. *Arbeid og velferd*, 2. https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2018/2/m-2651/Vekst_i_uf%C3%B8retrygding_blant_unge
- Claus, G. (2019). *Flest fastleger per innbygger i små kommuner*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flest-fastleger-per-innbygger-i-sma-kommuner>
- Collishaw, S. (2015). Annual Research Review: Secular Trends in Child and Adolescent Mental Health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370–393. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12372>
- Folkhelseinstituttet. (2018). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: William Morrow.
- Knudsen, A. K., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., Skogen J. C., Øverland, S. & Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health – Europe*, 4(27), 10071. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100071>
- Den norske legeforening. (2022). *Statistikk over godkjente spesialister*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/spesialister/>
- Markussen, S. & Røed, K. (2020). Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv? *Søkelys på arbeidslivet*, 37(4), 219–237. <https://www.idunn.no/doi/full/10.18261/issn.1504-7989-2020-04-01>
- Morken, I. S., Viddal, K. R., Ranum, B. & Wichstrøm, L. (2021). Depression from preschool to adolescence – five faces of stability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(8), 1000–1009. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13362>
- Oslo Economics & Frischsenteret. (2020). *Psykisk helse og uførhet blant unge* (OE-rapport 2020–43). <https://osloeconomics.no/en/publication/psykisk-helse-og-uforhet-blant-unge/>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Sykelighet. Sykdom, skade eller funksjonshemming, etter kjønn og alder (prosent) 1998–2019*. <https://www.ssb.no/statbank/table/11190/>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *Tabell 07941: Næringsfordeling blant sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning*. <https://www.ssb.no/statbank/table/07941>

- Steinsbekk, S., Ranum, B. & Wichstrøm, L. (2022). Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(5), 527–534. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>
- Thorisdottir, I., Asgeirsdottir, B. B., Sigurvinsdottir, R., Al-legrante, J. P. & Sigfusdottir, I. D. (2017). The increase in symptoms of anxiety and depressed mood among Icelandic adolescents: time trend between 2006 and 2016. *Euro-pean Journal of Public Health* 27(5), 856–861. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx111>
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L. & Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/2167702617723376>
- Vidal, C., Lhaksampa, T., Miller, L. & Platt, R. (2020). Social media use and depression in adolescents: a scoping review. *International Review of Psychiatry*, 32(3), 235–253. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1720623>
- Wiens, K., Bhattarai, A., Pedram, P. A. D., Williams, J., Bulloch, A. & Patten, S. (2020). A growing need for youth mental health services in Canada: examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000281>
- World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*.
- World Health Organization (WHO). (2003). *International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2)*.

Appendiks

Tabell A1

Antall og andel av befolkning som har fått minst én diagnose i alderen 15–21 år, i gitte diagnosegrupper, etter kjønn og fødselskull. Vekst (relativ) fra kullet født 1993 til kullet født 1997.

	Kvinner					Menn				
	1993		1997			1993		1997		
	Antall	Andel	Antall	Andel	Vekst	Antall	Andel	Antall	Andel	Vekst
N	218 369		221 764			230 706		236 608		
Psykiske plager og lidelser samlet	80245	37 %	93000	42 %	14 %	66482	29 %	75863	32 %	11 %
Psykiske plager	56508	26 %	68246	31 %	19 %	43363	19 %	50954	22 %	15 %
Psykiske lidelser	57704	26 %	67534	30 %	15 %	47475	21 %	53478	23 %	10 %
Psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten	44378	20 %	52920	24 %	17 %	36640	16 %	40366	17 %	7 %

Merknad. For 1993-kullet er diagnoser registrert 2008–2014 (fylte 21 år i 2014), for 1997-kullet er diagnoser registrert 2012–2018 (fylte 21 år i 2018). Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Psykiske plager er definert ved ICPC-2-kodene P01–P29, psykiske lidelser er definert ved ICD-10-kodene F00–F99 og ICPC-2-kodene P70–P84 og P86–P99, og psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er definert ved ICD-10-kodene F00–F99. Kilde: NPR og KUHR

Tabell A2

Antall og andel av befolkning som har fått minst én diagnose i alderen 22–28 år, etter kjønn og fødselskull. Vekst (relativ) fra kullet født 1986 til kullet født 1990.

	Kvinner					Menn				
	1986		1990			1986		1990		
	Antall	Andel	Antall	Andel	Vekst	Antall	Andel	Antall	Andel	Vekst
N	212 099		246 642			222 868		254 989		
Psykiske plager og lidelser samlet	95826	45 %	118799	48 %	7 %	72322	32 %	90826	36 %	10 %
Psykiske plager	74070	35 %	94309	38 %	9 %	54488	24 %	69233	27 %	11 %
Psykiske lidelser	61682	29 %	77153	31 %	8 %	45691	21 %	57830	23 %	11 %
Psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten	39841	19 %	53850	22 %	16 %	29529	13 %	39735	16 %	18 %

Merknad. For 1986-kullet er diagnoser registrert 2008–2014 (fylte 28 år i 2014), for 1990-kullet er diagnoser registrert 2012–2018 (fylte 28 år i 2018). Andel av befolkningen i samme kjønn og aldersgruppe. Psykiske plager er definert ved ICPC-2-kodene P01–P29, psykiske lidelser er definert ved ICD-10-kodene F00–F99 og ICPC-2-kodene P70–P84 og P86–P99, og psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er definert ved ICD-10-kodene F00–F99. Kilde: NPR og KUHR

OVERSIKTSARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 04 S. 216-226 DOI: <https://doi.org/10.52734/NWZI6971>

Betydningen av personlighetstrekk ved langvarige hode- og ansiktssmerter

Berit Holsvik^{1,2}, Ida Kristine Solhaug^{2,3}, Annika Rosén^{4,5} & Linn-Heidi Lunde^{6,7}

¹ Alderspsykiatrisk poliklinikk, Gaustad, Oslo universitetssykehus
² Videopsykologene
³ Alderspsykiatrisk poliklinikk, Akershus universitetssykehus
⁴ Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen (UiB)
⁵ Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland universitetssykehus
⁶ Avdeling for rusmedisin, Haukeland universitetssykehus
⁷ Institutt for klinisk psykologi, UiB

KONTAKT

solhaugidakristine@gmail.com

MERKNAD Ingen interessekonflikter oppgitt. Artikkelen bygger på hovedoppgave levert høsten 2020 ved Universitetet i Bergen.

FAGFELLEVURDERT

Sammendrag

Mål: Kunnskap om personlighet kan understøtte kliniske valg i behandling av langvarig hode- og ansiktssmerter. Målet for litteraturgjennomgangen, den første etter det vi kjenner til, er å undersøke betydningen av personlighetstrekk i relasjon til langvarig hode- og ansiktssmerter.

Metode: Systematisk søk basert på PRISMA-retningslinjene i PsycINFO, MedLine, Embase og Web of Science, som ble gjennomgått for perioden 1946 til august 2021.

Resultater: Elleve artikler ble inkludert i gjennomgangen. Resultatene antydte at det er en relasjon mellom spesifikke personlighetstrekk og smerteopplevelse og smerteatferd, hvor åpenhet, nevrotisme og ekstroversjon fra femfaktormodellen (FFM) var mest fremtredende. Høy grad av åpenhet var relatert til svakere smerteopplevelse, høy grad av nevrotisme var relatert til mer ubehag ved smerter og smerteatferd, mens høy grad av ekstroversjon var relatert til mindre ubehag ved smerter, men mer smerteatferd. Studier basert på Minnesota Multiphasic Personality Inventory fant i mindre grad klare sammenhenger.

Konklusjon: Åpenhet, nevrotisme og ekstroversjon virker relatert til smerteopplevelse, og normalpsykologiske tester finner i større grad sammenhenger. En mulig klinisk implikasjon er at tester som måler personlighetstrekk basert på FFM, særlig NEO-Personality Inventory Revised (NEO-PI-R), kan ha større klinisk nytteverdi i planlegging og tilpasning av behandling.

Nøkkelord: personlighet, hodepine, ansiktssmerter, langvarig smerte

På verdensbasis rammes millioner av mennesker av hode- og ansiktssmerter (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet [NTNU], 2017; Vadivelu et al., 2014). Spenningshodepine og migrene er på andre- og tredjeplass på listen over de mest vanlige sykdommene i verden (Martelletti et al., 2013). Mange rapporter langvarige hode- og ansiktssmerter som verre enn andre typer langvarig smerte, og smerter i ansiktet kan erfares som den verste (Rodriguez et al., 2018). Smerter i ansikt og hode oppleves spesielt hemmende (Vadivelu et al., 2014), fordi de er lokalisert nært opp til sansene (syn, hørsel, smak, lukt) og kan påvirke funksjoner som tale, tygging og svelging (Scrivani et al., 2008; Vadivelu et al., 2014). Vi vet at migrene alene forårsaker rundt 400 000 tapte arbeids- og skoledager i året per 1 million innbyggere i i-land (NTNU, 2017). Pasienter med temporomandibulær dysfunksjon er en annen gruppe med høy belastning av helseproblemer som forårsaker langvarig avhengighet av trygdeytelser og høyt sykefravær (Salinas et al., 2022).

Det har lenge vært kjent at personlighetstrekk kan ha betydning for hvordan smerte oppfattes og håndteres (Naylor et al., 2017). Er vi klinikere flinke nok til å kartlegge personlighet og bruke kunnskapen i klinisk praksis? Kunnskap om personlighet kan gi økt forståelse for hva som opprettholder smerter (Naylor et al., 2017), og være nyttig for å tilpasse behandling. F.eks. kan personer som skårer høyt på nevrotisme ha negative forventninger til behandling (*nocebo*) (Miller, 1991), noe som behandlere kan ta hensyn til for å forebygge uheldige reaksjoner.

Smerte har vært anerkjent som helseproblem i flere tiår, men langvarig smerte ble nylig klassifisert som egen diagnose i ICD-11 (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020a). Langvarig smerte er smerte som vedvarer utover tilhelingsprosessen på tre måneder eller mer (IASP, 2020a). Generelt defineres smerte som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med, eller ligner den som er forbundet med faktisk eller potensiell vevsskade» (IASP, 2020b). Smerte er alltid subjektiv, smerte eksisterer når en person sier at hen opplever smerter (IASP, 2020b). Smerteopplevelsen har normalt en varslingsfunksjon og skal beskytte oss mot skadelige stimuli (Brødal, 2013). Smerteopplevelse omfatter smerteintensitet og følelsesmessig ubehag og lidelse, som nedstemthet, frustrasjon og sinne (Wade et al., 1992). Smerteintensitet vurderes og måles av pasienten, ofte med numeriske eller visuell analoge skalaer (VAS) (Wade & Price, 2000). Smerteopplevelse skiller seg fra smerteatferd, som angår hvordan smerten uttrykkes og hvordan daglige aktiviteter blir påvirket (Wade & Price, 2000). Smerteopplevelse og -atferd kan måles ved bruk av selvrapportskjemaer,

som f.eks. McGill Pain Questionnaire (MPQ) som er et flerdimensjonalt mål på smerte (Melzack & Raja, 2005).

Det er i dag enighet om at langvarig smerte oppstår i et komplekst samspill hvor biologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirker hverandre gjensidig. Smerte-klassifiseringen av langvarig smerte i ICD-11 er basert på den biopsykososiale modellen (IASP, 2020a), der man antar at smerte både dreier seg om aktivitet i nervesystemets smertenettverk, og personlighetstrekk, emosjoner, kognisjon, stress, miljø og kultur. Alle har en unik personlighet som preger hvordan vi reagerer på og tolker omverden (Costa & McCrae, 1992a; Larsen et al., 2017), og som har betydning for håndtering av langvarig smerte. F.eks. har personer som skårer høyt på ekstroverisjon oftest mye positive følelser (McCrae & Costa, 1991), noe som kan relateres til lavere smerteintensitet, større tilpasning til langvarige smerter (Goodin & Bulls, 2013) og bedre håndtering av sykdom (Allison et al., 2000). Nevrotisme kjennetegnes av negative følelser (Nordvik, 2006), noe som ofte forsterker smerteopplevelsen (Aslaksen, 2008).

Forskning på normal personlighet og generell smerteopplevelse og -atferd har brukt tester basert på Eysencks personlighetsmodell, som Eysenck Personality Inventory (EPI), og tester basert på femfaktormodellen (FFM), som NEO-Personality Inventory Revised (NEO-PI-R), Five Factor Inventory (NEO-FFI) og Big Five Inventory (BFI) (Costa & McCrae, 1992b; Engvik & Føllesdal, 2005). Trolig er ekstroverisjon og nevrotisme mest undersøkt, fordi tester basert på Eysenck var mye brukt tidligere. Vi vet mindre om de andre trekkene i FFM (McCrae & John, 1992), da det er gjennomført færre studier med utgangspunkt i den.

FFM beskriver variasjon i personlighet gjennom fem overordnede trekk og er den mest undersøkte av trekkteoriene (Kennair, 2020, 2021) (se tabell 1 i appendiks). De sentrale trekkene er *ekstroverisjon*, som representerer en tendens til å være utadvendt, aktiv og trygg på seg selv (McCrae & Costa, 1991), *nevrotisme*, som handler om nivå av «vonde» følelser som angst, tristhet og sinne (Nordvik, 2006), *omgjengelighet*, som er knyttet til positive holdninger og væremåter overfor andre mennesker (Karterud et al., 2017), *planmessighet*, som relateres til selvkontroll (Costa & McCrae, 1992b) og *åpenhet*, som omhandler nysgjerrighet og åpenhet for nye erfaringer (Karterud et al., 2017). NEO-PI-R er en omfattende og valid test basert på FFM (Kennair, 2021). Den måler de fem hovedfaktorene, og underdimensjoner som representerer ulike måter hver av personlighetstrekkene kan fremtre på (Kennair, 2021; McCrae & John, 1992). Det er korrespondanse mellom mål på nevrotisme og ekstroverisjon for tester som er basert på FFM og EPI (McCrae & Costa, 1985).

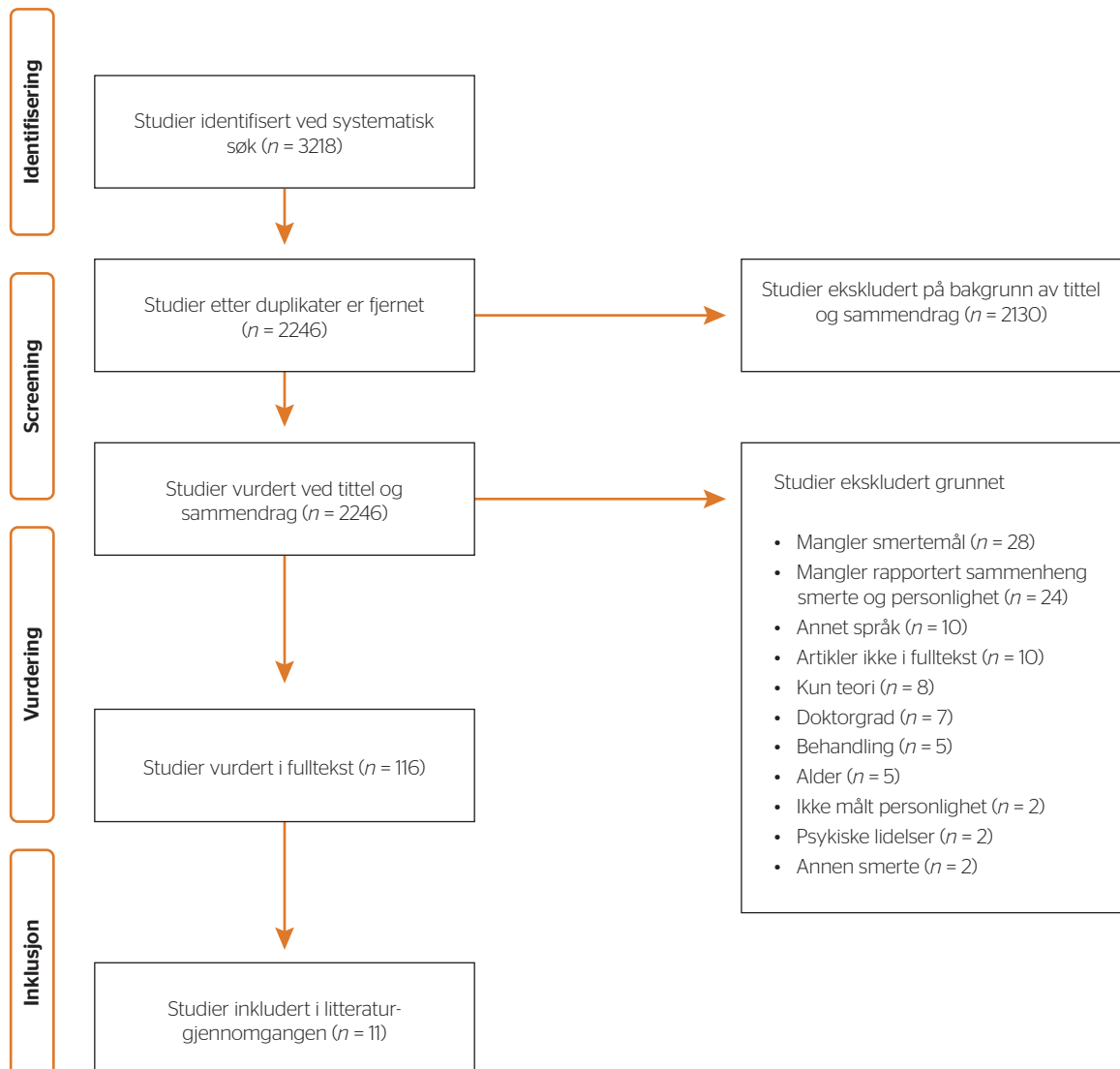
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) har også vært dominerende innen smerteforskningen (Deardorff, 2000). MMPI har ti kliniske skalaer, høy skår indikerer psykopatologi (se appendiks). Skalaene kan tolkes i sammenheng og danner ulike personlighetsprofiler (Havik, 2010). Smertepasienter får ofte forhøyet skår på delskalaene hypokondri, depresjon og hysteri. Tradisjonelt har man antatt at psykopatologi ligger til grunn for smertene, selv om studier antyder at personer med forhøyet skår kommer under terskel for psykopatologi etter vellykket smertebehandling (Melzack & Wall, 1996; Sternbach, 1974; Sternbach & Timmermans, 1975).

Hensikt og problemstilling

Kunnskap om personlighet kan ha betydning for forståelse og behandling av pasienter med langvarig smerte i hode og ansikt. Vi har kunnskap om sammenhenger mellom personlighet og smerte generelt, men vet fortsatt lite om sammenhenger med langvarige hode- og ansiktssmerter. Hensikten er å gi en oversikt over studier som har sett på sammenhenger mellom personlighetstrekk og smerte hos personer med langvarige hode- og ansiktssmerter, med spesielt fokus på hvordan personlighetstrekk er relatert til smerteopplevelse og smerteatferd og hvilke personlighetstrekk som er mest fremtredende.

Figur 1

Flytdiagram for litteratursøk



Metode

Vi utførte systematiske litteratursøk i PsycINFO, MedLINE, EMBASE og Web of Science i august 2020. Databasene ble gjennomgått fra så langt tilbake i tid som mulig, den eldste fra 1946. Ettersøk gjennomført i august 2021, gav ingen relevante nye treff. Følgende søkeord ble benyttet: smerte (*pain, ache*), personlighet (*personality*), i tillegg til ulike begreper for hode og ansikt (eks. *head, migraine, orofacial*). Inklusjonskriterier var at studiene undersøkte sammenhengen mellom personlighetstrekk og smerte blant personer med langvarige hode- eller ansiktssmerter, brukte personlighetstest og mål på smerteopplevelse og/eller smerteatferd, var basert på voksne (18 år og eldre) og var tilgjengelig på engelsk. Studier som inkluderte behandling, flere ulike smertetilstander eller personer med hodepine som følge av legemiddelbruk ble ekskludert.

Datasøk i den første fasen gav totalt 3218 treff. Etter gjennomført automatisk duplikatsjekk ble 2246 artikler analysert ved tittel og/eller sammendrag i Rayyan, som er et program for sortering av artikler ved systematiske litteratursøk (Ouzzani et al., 2016). Tittel og sammendrag ble uavhengig gjennomgått av førsteforfatter og andreforfatter (se figur 1). Søkeprosessen ble gjort med utgangspunkt i PRISMA-retningslinjene (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher et al., 2009).

Resultater

Vi fant elleve artikler som oppfylte inklusjonskriteriene (se Tabell 1). Studiedesign inkluderte kryssseksjonelle studier og kasus-kontroll-studier. Syv studier fant en sammenheng mellom personlighetstrekk og smerteopplevelse eller -atferd.

Studier etter FFM

Alle studiene fant en betydelig sammenheng mellom åpenhet og smerte (Al Quran, 2004; Chan & Consedine, 2014; Schmidt et al., 2011). I både Chan og Consedine (2014) og Schmidt et al. (2011) predikerte høy grad av åpenhet svakere selvrapportert smerteopplevelse. Bare Al Quran (2004) fant en klar sammenheng mellom trekkene ekstroversjon, planmessighet eller nevrotisme og opplevd smerteintensitet. Det var kun Schmidt et al. (2011) som undersøkte følelsesmessig ubehag ved smerte, og her var høy grad av nevrotisme og lav grad av åpenhet forbundet med mer følelsesmessig ubehag.

Studier etter Eysencks modell

En studie (Harkins et al., 1989) viste, som hos Schmidt et al. (2011), at høyere grad av nevrotisme var relatert til mer følelsesmessig ubehag. To studier (Harkins et al., 1991; Harkins et al., 1989) viste at smerteatferd som frustrasjon og irritabilitet ble forbundet med høy grad av nevrotisme.

Harkins et al. (1989) fant også en sammenheng mellom smerteatferd og ekstroversjon, hvor ekstroverte klaget mer over smerter.

Studier med MMPI

To av seks studier viste en statistisk signifikant sammenheng mellom personlighet og smerteopplevelse. Grushka et al. (1987) sammenlignet skårer på enkeltskalaer med smertemål. Her så man en sammenheng mellom smerteintensitet og hypokondri, depresjon og hysteri, og mellom følelsesmessig ubehag ved smerte og flere av de andre skalaene (Grushka et al., 1987). Mongini et al. (2009) sorterte deltakerne inn i profiler etter en 4-clustermodell og fant at «emosjonelt overveldet» profil var assosiert med høyere skår på emosjonelt ubehag ved smerte (Mongini et al., 2009).

Diskusjon

Hovedfunnet var at syv av elleve studier fant statistisk signifikante sammenhenger mellom personlighetstrekk og langvarig smerte i hode og ansikt. Det overordnede bildet er at tester etter FFM og Eysencks modell har etablert sammenhenger, hvorav de mest fremtredende trekkene er åpenhet, ekstroversjon og nevrotisme. Hovedfunn for *smerteopplevelse* var at åpenhet oftest ble forbundet med smerteintensitet, hvor høy grad av åpenhet predikerer lavere smerteintensitet (Al Quran, 2004; Chan & Consedine, 2014; Schmidt et al., 2011). Det var svake sammenhenger mellom smerteintensitet og ekstroversjon eller nevrotisme (Al Quran, 2004). Det andre aspektet ved smerteopplevelse – følelsesmessig ubehag – hang sammen med høy grad av nevrotisme (Harkins et al., 1989; Schmidt et al., 2011). *Smerteatferd* ble undersøkt i to studier (Harkins et al., 1991; Harkins et al., 1989), som fant sammenheng mellom nevrotisme og ekstroversjon og smerteatferd. Ingen så på smerteatferd og trekkene åpenhet, planmessighet eller omgjengelighet. MMPI-studier fant i mindre grad klare forbindelser mellom langvarig hode- og ansiktssmerter og personlighet.

Tabell 1

Hovedkarakteristika og funn fra de 11 studiene som ble inkludert i oversikten

Forfattere/ land	Smertetilstand	Antall deltakere*	Alder (gj.snitt)	Design
FFM				
Studie 1. Al Quran (2004), Jordan	Ansiktssmerter (BMS)	32	(67)	Case-control
Studie 2. Chan & Consedine (2014), New Zealand	Migrene	50	(33.4)	Case-control
Studie 3. Schmidt et al. (2011), USA	Ansiktssmerter (flere typer, tann- smerter og hodepine)	188	18–78 (38.1)	Cross-sectional
Eysencks modell				
Studie 4. Harkins et al. (1991), USA	Ansiktssmerter (MPD, TMD, flere typer)	79	18-69 (30.3)	Cross-sectional
Studie 5. Harkins & al. (1989), USA	Ansiktssmerter (MPD)	80 (56 brukt i analyser)	ikke oppgitt	Cross-sectional
MMPI				
Studie 6. Grushka & al. (1987), USA	Ansiktssmerter (BMS)	72 (37 fullførte)	33–84	Case-control
Studie 7. Manfredini et al. (2018), Italia	Ansiktssmerter (TMD)	24	(44.3)	Case-control
Studie 8. Mongini et al. (2009), Italia	Tensjonshodepine, migrene, ansikts- smerter	321	(41.2)	Cross-sectional
Studie 9. Mongini et al. (2000), Italia	Hodepine	35	(34.2)	Cross-sectional
Studie 10. Rappaport et al. (1987), USA	Hodepine (migrene, ulike typer hodepine)	123	18–66 (37.9)	Cross-sectional
Studie 11. Robinson et al. (1991), USA	Hodepine (migrene, tensjons-, kluster-, hodepine, flere typer)	485	(48)	Cross-sectional

Merknad. BFI = Big Five Inventory, B-IPQ = Brief Illness Perception Questionnaire, BMS = Brennende munn-syndrom, DES = Differential Emotions Scale, DS14, NA, SI = Type D Scale-14, Negative Affectivity, Social Inhibition, EPI = Eysenck Personality Inventory, HIT-6 = The Headache Impact Test, IBQ = Pilowsky Illness Behavior Questionnaire, MIDAS = Migraine Disability Assessment, MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-2 = Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, MPD = Myofacial pain dysfunction, MPI = Multi-dimensional Pain Inventory, MPQ = McGill Pain Questionnaire, NEO-FFI = the NEO-Five Factor Inventory, NEO-PI-R = the revised NEO Personality Inventory, SCL-90-R GSI = Symptom Checklist-90-Revised Global Severity Index, Sig. = (Statistisk) signifikant, TMD = Temporomandibulær dysfunksjon, VAS = Visual Analogue Scale. * for case-control studiene rapporteres bare antall case, ikke kontroller.

Mål på personlighet	Mål på smerte	Resultater
Personlighetstrekk med underdimensjoner (NEO-PI-R)	Smerteintensitet (VAS)	Statistisk signifikant korrelasjon mellom smerteintensitet og ekstroverisjon, åpenhet og nevrotisisme.
Personlighetstrekk (BFI), type D-tendens/negativ affektivitet (DS14, NA, SI), følelser (DES)	Smerteomfang (B-IPQ), migrene-påvirkning (MIDAS), smerteomfang migrene (HIT-6), mestringsstiler (Brief COPE, Monitoring-Blunting Style Scale)	Logistisk regresjonsmodell. Høyere grad åpenhet knyttet til mindre smerter. Høyere type D, NA knyttet til mer smerter.
Personlighetstrekk (NEO-FFI)	Smerteintensitet (VAS), kjennetrekke ved smerte (Orofacial pain questionnaire), smerteomfang (MPI), psykologisk ubehag/fungering (SCL-90-R GSI),	Regresjonsanalyse. Lavere grad åpenhet knyttet til høyere smerteintensitet. Høy grad nevrotisisme, lav ekstroverisjon og lav åpenhet knyttet til mer følelsesmessig ubehag.
Personlighetstrekk (EPI)	Smerteintensitet og følelsesmessig ubehag (VAS), smertekvalitet (MPQ), smerteatferd (IBQ), smertesymptomer (orofacial pain symptom checklist)	Ikke statistisk signifikant korrelasjon mellom personlighet og smertesymptomer. Statistisk signifikant korrelasjon mellom nevrotisisme og smerteatferd.
Personlighetstrekk (EPI)	Smerteintensitet og følelsesmessig ubehag (VAS), smertekvalitet (MPQ), smerteatferd (IBQ)	Korrelasjonsanalyse. Høy grad nevrotisisme korrelert med høyere følelsesmessig ubehag og mer smerteatferd. Høy grad ekstroverisjon korrelert med mer smerteatferd i form av klaging.
Personlighet og psykopatologi (MMPI)	Smerteintensitet (VAS), smertekvalitet (MPQ)	Statistisk signifikant korrelasjon mellom skala 1, 3 og smerteintensitet, skala 1, 3, 4, 7, 8 og følelsesmessig ubehag.
Personlighet og psykopatologi (MMPI-2)	Smerteintensitet (VAS)	Ikke statistisk signifikant korrelasjon mellom personlighet og smerteintensitet.
Personlighet og psykopatologi (MMPI-2)	Smertekvalitet (MPQ), smerteintensitet (VAS)	Ikke statistisk signifikant korrelasjon mellom personlighet og smerteintensitet. Statistisk signifikant korrelasjon mellom personlighet, følelsesmessig ubehag og sensorisk smerte.
Personlighet og psykopatologi (MMPI-2)	Smerteintensitet (VAS), semi-strukturert intervju	Ikke statistisk signifikant forskjell i smerteintensitet og personlighetsprofil (clusteranalyse).
Personlighet og psykopatologi (MMPI)	Smerteintensitet, frekvens (selvmonitorering i 28 dager)	Ikke statistisk signifikant korrelasjon mellom smerteintensitet og personlighetsprofil.
Personlighet og psykopatologi (MMPI)	Smerteintensitet, frekvens (selvmonitorering 2–4 uker)	Ikke statistisk signifikant korrelasjon mellom personlighetsprofil og smerteintensitet eller frekvens.

Personlighetstrekk

Ekstrovertsjon hang i liten grad sammen med smerteintensitet. Dette er ikke helt i tråd med generelle funn i forskningsfeltet, som tross blandende funn (Wade et al., 1992), stort sett indikerer at ekstroverte tåler mer smerte enn introverte (Bond et al., 1976; Ramírez-Maestre et al., 2004). En studie fant at ekstrovertsjon var relatert til mindre opplevd ubehag (Schmidt et al., 2011). I smerteforskning ellers forklares dette ved at ekstrovertsjon er relatert til positive følelser og bedre håndtering av negative hendelser (Fredrickson & Levenson, 2010), noe som også antagelig kan gjelde for personer med hode- og ansiktssmerter. I tråd med generell forskning på smerte antydde de to studiene som undersøkte smerteatferd at ekstroverte klager mer over smerter enn introverte (Bond et al., 1976; Phillips & Gatchel, 2000; Taenzer et al., 1986).

Kun en av fire studier som undersøkte nevrotisisme og smerteintensitet fant en signifikant relasjon (Al Quran, 2004). Studien som etablerte sammenhengen anvendte NEO-PI-R, en test som måler personlighetstrekk mer presist fordi den har flere ledd og inkluderer underdimensjoner. Studiene (Harkins et al., 1989; Schmidt et al., 2011) som undersøkte følelsesmessig ubehag, fant at høye nevrotisisme-skårer var relatert til mer ubehag. Det kan ses i lys av at nevrotisisme generelt er knyttet til å ha mer av «vonde» følelser (Nordvik, 2006). Personer med høy grad av nevrotisisme hadde også høyere grad av smerteatferd, som overrapportering av symptomer og irritabilitet (Harkins et al., 1991; Harkins et al., 1989). Resultatene samsvarer med studier på generell smerteatferd, hvor nevrotisisme ofte knyttes til mer uhensiktsmessig smerteatferd (Lauver & Johnson, 1997; Wade et al., 1992).

Et interessant funn var at åpenhet hadde en signifikant relasjon til smerte i *alle* studier hvor trekket ble undersøkt (Al Quran, 2004; Chan & Consedine, 2014; Schmidt et al., 2011). Høy grad av åpenhet, som var knyttet til lavere smerteintensitet (Chan & Consedine, 2014; Schmidt et al., 2011), kan antagelig være en personlig ressurs ved langvarige hode- og ansiktssmerter, som kan føre til at man er mer villig til å prøve ulike former for behandling eller noe nytt (Wade & Price, 2000).

MMPI

Seks av studiene brukte MMPI eller MMPI-2 som mål. En mulig forklaring på at bare to av studiene fant en forbindelse mellom personlighet og følelsesmessig ubehag ved smerte (Grushka et al., 1987; Mongini et al., 2009), er at MMPI hovedsakelig gir indikasjon på psykopatologi (Graham, 2012). Den har enkelte skalaer

som gir noe informasjon om nevrotisisme og ekstrovertsjon, men har ellers ikke noen korrespondanse med mål basert på FFM (McCrae, 1991).

Begrensninger

Gjennomsnittlig varighet av smerter var fra 1.6 til 14 år. I fem studier var ikke smertevarighet oppgitt (Al Quran, 2004; Harkins et al., 1989; Manfredini et al., 2018; Mongini et al., 2009; Robinson et al., 1991). I disse er det ukjent om man inkluderte deltakere med smerter som har vart *mindre enn* tre måneder, og dermed ikke møter IASPs (2020) definisjon av langvarige smerter. Data om smertevarighet er sentralt, både fordi årelang smerte kan ha en større påvirkning på personlighetstrekk, og fordi smerter over lang tid kan føre til sensitivisering (Berge et al., 2019; Knardahl, 2001). Et annet problematisk aspekt er variasjon i utvalgenes alder, fra 18 til 84 år. En studie (Harkins et al., 1989) oppgav ikke alder, og det er ukjent om enkelte deltakere var under 18 år. Enkelte studier (Harkins et al., 1990; Rappaport et al., 1987; Schmidt et al., 2011) inkluderte deltakere fra 18 år, noe som kan være uheldig gitt at personlighetsstrukturen fortsatt er under utvikling (Kallevik, 2009). En del deltakere hadde relativt høy alder, noe som kan ha påvirket graden av nevrotisisme, som tenderer å synke ved økende alder (Roberts & Mroczek, 2008). Til sist, de fleste studiene representerte vestlige utvalg, noe som kan være problematisk selv om FFM har vist krysskulturell validitet (Costa & McCrae, 1992a). Totalt sett, i lys av de nevnte begrensningene, er det ikke klart hvordan personlighetstrekk er relatert til de ulike aspektene ved langvarig smerte i hode og ansikt. Det er en sammenheng, men på grunn av studienes kvalitet kan en ikke gi et entydig svar på betydningen av personlighetstrekk.

Kliniske implikasjoner

Smerte er sammensatt og utfordrende å behandle, og kunnskap om normalpsykologiske personlighetstrekk kan forhåpentligvis bidra til mer individuelt tilpasset behandling. Tester som måler personlighetstrekk etter FFM eller Eysencks modell, særlig tester basert på FFM og spesielt NEO-PI-R, kan ha større klinisk nytteverdi enn MMPI. Underdimensjonene pasienten skårer høyt eller lavt på, kan antagelig gi klinisk verdifull informasjon, fordi dimensjonene kan samvariere med mestringsstil, attribusjonsstil, grad av indre/ytre kontroll (locus of control) og helse (Costa & McCrae, 1992b).

Basert på funnene i oversikten her, og i lys av begrensningene som er nevnt, bør klinikere være oppmerksomme på pasienter med lav skår på nevro-

tisisme og åpenhet. Personer med lav grad av åpenhet kan ha større behov for forklaring av rasjonale bak behandling (Wade & Price, 2000), mens pasienter med lav skår på nevrotisme kan tvile på at de har behov for behandling, og kan risikere å avslutte behandlingen før den har effekt (Wade & Price, 2000). For tidlig avslutning av behandling øker sannsynligheten for at disse personene ikke får redusert smerteopplevelsen, og for at smertene blir langvarige. Dette kan gi lavere livskvalitet og økt risiko for komorbide lidelser, som angst og depresjon (Fernandez, 2002).

Vi spekulerer i om pasienter med høy grad av nevrotisme, som er assosiert med negative følelser (Nordvik, 2006) og høyere smerteintensitet (Aslaksen, 2008), kunne dra nytte av mindfulness for å redusere negative følelser. Personlighetstrekk er til en viss grad modifiserbare (Costa & McCrae, 1992a), og kan kobles til ulike aktiveringsmønstre i hjernen (Lomas et al., 2015). Venstresidig frontal aktivering er knyttet til positive følelser og ekstroverisjon (Larsen & Buss, 2014). Denne aktiveringen kan styrkes ved bruk av mindfulness, noe som kan redusere negative følelser (Lomas et al., 2015; Davidson et al., 2003), og muligens da også redusere smerteintensitet.

Videre forskning

Det vil være nyttig å undersøke om trekkene i FFM har betydning for smerteopplevelse og smerteatferd. Fra tester basert på FFM ble konstruert (Costa & McCrae, 1985) og frem til 2021 er det kun tre studier som har undersøkt trekkene i FFM i relasjon til hode- og ansiktssmerter. Basert på resultatene i gjennomgangen anbefaler vi bruk av NEO-PI-R, fordi den gir informasjon om underdimensjoner av trekkene og kan gi klinisk nyttig informasjon. Longitudinelle studier av pasienter før og etter behandling kan ha klinisk nytteverdi.

Konklusjon

Målet vårt var å skaffe oversikt over sammenhenger mellom personlighetstrekk og smerteopplevelse og -atferd hos personer med langvarige hode- og ansiktssmerter. Gjennomgangen av elleve studier tyder på at det er en sammenheng mellom personlighetstrekk og ulike aspekter ved smerteopplevelse samt smerteatferd. Høy grad av åpenhet har sammenheng med lavere smerteintensitet, mens høy grad av nevrotisme har sammenheng med mer følelsesmessig ubehag ved smerter. Både høy grad av ekstroverisjon og nevrotisme har sammenheng med mer smerteatferd. Det er begrenset med studier og det er behov for mer forskning på feltet. For å få robust kunnskap

om personlighetstrekk vil det være nyttig med fremtidige studier som følger opp deltakere over tid, og i relasjon til behandling. ✖

Referanser

- Allison, P. J., Guichard, C. & Gilain, L. (2000). A Prospective Investigation of Dispositional Optimism as a Predictor of Health-Related Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients. *Quality of Life Research*, 9(8), 951–960. <https://doi.org/10.1023/A:1008931906253>
- *Al Quran, F. A. M. (2004). Psychological profile in burning mouth syndrome. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontology*, 97(3), 339–344. <https://doi.org/bv6thd>
- Aslaksen, P. M. (2008). *Pain and placebo analgesia: the roles of emotions and gender* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Tromsø.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi: for deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Fagbokforlaget.
- Bond, M. R., Glynn, J. P. & Thomas, D. G. (1976). The relation between pain and personality in patients receiving pentazocine (fortral) after surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 20(4), 369–381. <https://doi.org/d95hvv>
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- *Chan, J. K. Y. & Consedine, N. S. (2014). Negative Affectivity, Emotion Regulation, and Coping in Migraine and Probable Migraine: A New Zealand Case-Control Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 851–860. <https://doi.org/gwcs>
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1985). Hypochondriasis, Neuroticism, and Aging: When Are Somatic Complaints Unfounded? *American Psychologist*, 40(1), 19–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.1.19>
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992a). Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5–13. <https://doi.org/b6vks4>
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992b). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): professional manual*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570. <https://doi.org/b86fnc>
- Deardorff, W. W. (2000). The MMPI-2 and chronic pain. I R. J. Gatchel & J. N. Weisberg (Red.), *Personality Characteristics of Patients With Pain* (s. 109–125). American Psychological Association.
- Engvik, H. & Føllesdal, H. (2005). The Big Five Inventory på norsk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(2), 128–129. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2005/02/big-five-inventory-pa-norsk>

- Fernandez, E. (2002). *Anxiety, depression, and anger in pain : research findings and clinical options*. Advanced Psychological Resources, Inc.
- Fredrickson, B. & Levenson, R. W. (2010). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191–220. <https://doi.org/cbndcn>
- Goodin, B. R. & Bulls, H. W. (2013). Optimism and the Experience of Pain: Benefits of Seeing the Glass as Half Full. *Current Pain and Headache Reports*, 17(5), 329–329. <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0329-8>
- Graham, J. R. (2012). *MMPI-2 : assessing personality and psychopathology* (5. utg.). Oxford University Press.
- *Grushka, M., Sessle, B. J. & Miller, R. (1987). Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain*, 28(2), 155–167. <https://doi.org/bkn6s4>
- *Harkins, S. W., Bush, F. M., Price, D. D. & Hamer, R. M. (1991). Symptom report in orofacial pain patients: relation to chronic pain, experimental pain, illness behavior, and personality. *Clinical Journal of Pain*, 7(2), 102–113. <https://doi.org/csqb9n>
- *Harkins, S. W., Price, D. D., & Braith, J. (1989). Effects of extraversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain, and illness behavior. *Pain*, 36(2), 209–218. <https://doi.org/cnzc3z>
- Havik, O. E. (2010). *MMPI-2: kartlegging av psykopatologi og personlighet* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- International Association for the Study of Pain (2020a). *Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11)*. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/icd-11-pain-classification/?ItemNumber=5234&navItemNumber=5236>
- International Association for the Study of Pain (2020b, 16. juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>
- Kallevik, A. K. (2009). Jakten på personligheten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(10), 970–973. <https://psykologtidsskriftet.no/intervju/2009/10/jakten-pa-personligheten>
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kennair, L. E. O. (2020, 15. november). Femfaktormodellen. *I Store norske leksikon*. <https://snl.no/femfaktormodellen>
- Kennair, L. E. O. (2021, 13. januar). Personlighetspsykologi. *I Store norske leksikon*. <https://snl.no/personlighetspsykologi>
- Knardahl, S. (2001). Kroniske smerter – gjør vi alt galt? *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 121(22), 2620–2623. <https://tidsskriftet.no/2001/09/kronikk/kroniske-smerter-gjor-vi-alt-galt>
- Larsen, R. J. & Buss, D. M. (2014). *Personality psychology : domains of knowledge about human nature* (5. utg.). McGraw-Hill.
- Larsen, R. J., Buss, D. M., Wismeijer, A., Song, J. & Berg, S. V. D. (2017). *Personality psychology : domains of knowledge about human nature* (2. utg.). McGraw-Hill.
- Lauver, S. C. & Johnson, J. L. (1997). The role of neuroticism and social support in older adults with chronic pain behavior. *Personality and Individual Differences*, 23(1), 165–167. <https://doi.org/b4t7gj>
- Lomas, T., Ivtzan, I. & Fu, C. H. Y. (2015). A systematic review of the neurophysiology of mindfulness on EEG oscillations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57, 401–410. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.09.018>
- *Manfredini, D., Cerea, S., Pavan, C., & Guarda-Nardini, L. (2018). Personality traits are potentially associated with the presence of chronic temporomandibular joint pain in patients without effusion as determined by T-2 weighted magnetic resonance. *Cranio-the Journal of Craniomandibular & Sleep Practice*, 36(2), 91–97. <https://doi.org/gwc9>
- Martelletti, P., Birbeck, G. L., Katsarava, Z., Jensen, R. H., Stovner, L. J. & Steiner, T. J. (2013). The Global Burden of Disease survey 2010, Lifting The Burden and thinking outside-the-box on headache disorders. *The Journal of Headache and Pain*, 14(1), 12. <https://doi.org/gwdb>
- McCrae, R. R. (1991). The five-factor model and its assessment in clinical settings. *Journal of Personality Assessment*, 57(3), 399–414. <https://doi.org/b3sdss>
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 6(5), 587–597. <https://doi.org/cqn>
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1991). The NEO personality inventory: using the five-factor model in counseling. *Journal of counseling and development*, 69(4), 367. <https://doi.org/fzc5bk>
- McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 175–215. <https://doi.org/b3vtj3>
- Melzack, R. & Raja, N. S. (2005). The McGill Pain Questionnaire: From Description to Measurement. *Anesthesiology*, 103, 199–202. <https://doi.org/10.1097/00000542-200507000-00028>
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1996). *The challenge of pain* (2. utg.). Penguin.
- Miller, T. R. (1991). The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality: a clinician's experience. *Journal of Personality Assessment*, 57(3), 415–433. <https://doi.org/ftd6xg>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Reprint—Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873–880. <https://doi.org/b8cq>
- *Mongini, F., Ibertis, F., Barbalonga, E. & Raviola, F. (2000). MMPI-2 profiles in chronic daily headache and their relationship to anxiety levels and accompanying symptoms. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 40(6), 466–472. <https://doi.org/cjxg6m>
- *Mongini, F., Rota, E., Evangelista, A., Ciccone, G., Milani, C., Ugolini, A., Ferrero, L., Mongini, T. & Rosato, R. (2009). Personality profiles and subjective perception of pain in head pain patients. *Pain*, 144(1–2), 125–129. <https://doi.org/d8bq2x>
- Naylor, B., Boag, S. & Gustin, S. M. (2017). New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian Journal of Pain*, 17, 58–67. <https://doi.org/ds2x>
- Nordvik, H. (2006). Personlighet og yrke. I P. Ø. Saksvik & K. Nytrø (Red.), *Ny personalpsykologi for et arbeidsliv i endring* (s. 78–108). Cappelen akademisk forlag.

- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2017, 27. februar). *Hodepine*. <https://www.ntnu.no/inb/hodepine>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 210(5). <https://doi.org/gfkdzd>
- Phillips, J. M. & Gatchel, R. J. (2000). Extraversion – Introversion and chronic pain. I J. N. Weisberg & R. J. Gatchel (Red.), *Personality characteristics of patients with pain* (s. 181–202). American Psychological Association.
- Ramírez-Maestre, C., Martínez, A. E. L. & Zarazaga, R. E. (2004). Personality Characteristics as Differential Variables of the Pain Experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(2), 147–165. <https://doi.org/d4crkz>
- *Rappaport, N. B., McAnulty, D. P., Waggoner, C. D. & Brantley, P. J. (1987). Cluster analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) profiles in a chronic headache population. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 49–60. <https://doi.org/fbh62t>
- Roberts, B. W. & Mroczek, D. (2008). Personality Trait Change in Adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 17(1), 31–35. <https://doi.org/bvdndf>
- *Robinson, M. E., Geisser, M. E., Dieter, J. N. & Swerdlow, B. (1991). The relationship between MMPI cluster membership and diagnostic category in headache patients. *Headache*, 31(2), 111–115. <https://doi.org/fwh36j>
- Rodriguez, E., Sakurai, K., Xu, J., Chen, Y., Toda, K., Zhao, S., Han, B.-X., Ryu, D., Yin, H., Liedtke, W. & Wang, F. (2018). Publisher Correction: A craniofacial-specific monosynaptic circuit enables heightened affective pain. *Nature Neuroscience*, 21(6), 896–896. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0103-7>
- Salinas, F. A., Krüger, W. C., Adami J., Rosén A., Lund, B., Hedenberg-Magnusson, B., Fredriksson, L., Svedberg, P. & Naimi-Akbar A. (2022). Sick leave and disability pension in a cohort of TMD-patients – The Swedish National Registry Studies for Surgically Treated TMD (SWEREG-TMD). *BMC Public Health*. 22(1), 916. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13329-z>
- *Schmidt, J. E., Hooten, W. & Carlson, C. R. (2011). Utility of the NEO-FFI in multi-dimensional assessment of orofacial pain conditions. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(3), 170–181. <https://doi.org/cf2496>
- Scrivani, S. J., Keith, D. A. & Kaban, L. B. (2008). Temporomandibular disorders. *New England Journal of Medicine*, 25, 2693–705. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0802472>
- Sternbach, R.A. (1974). *Pain patients : traits and treatment*. Academic Press.
- Sternbach, R.A. & Timmermans, G. (1975). Personality changes associated with reduction of pain. *Pain*, 1(2), 177–181. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90101-3](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90101-3)
- Taenzer, P., Melzack, R. & Jeans, M. E. (1986). Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain*, 24(3), 331–342. <https://doi.org/dcg43v>
- Vadivelu, N., Vadivelu, A. & Kaye, A. D. (2014). *Orofacial Pain : A Clinician's Guide*. Springer International Publishing.
- Wade, J. B., Dougherty, L. M., Hart, R. P., Rafii, A. & Price, D. D. (1992). A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering, and pain behavior. *Pain*, 51(1), 67–73. <https://doi.org/fp844h>
- Wade, J. B. & Price, D. D. (2000). Nonpathological factors in chronic pain: Implications for assessment and treatment. I R. J. Gatchel & J. N. Weisberg (Red.), *Personality characteristics of Patients With Pain* (s. 89–107). American Psychological Association.

Appendiks

Tabell A1

Hovedtrekk og underdimensjoner i FFM

Ekstroversjon (E)	Medmenneskelighet (A)	Planmessighet (C)	Nevrotisisme (N)	Åpenhet (O)
E1: Varme	A1: Tillit	C1: Kompetanse	N1: Angst	O1: Fantasi
E2: Sosiabilitet	A2: Rettfermhet	C2: Orden	N2: Fiendtlighet	O2: Estetikk
E3: Selv-markering	A3: Altruisme	C3: Plikttroskap	N3: Depresjon	O3: Følelser
E4: Aktivitet	A4: Føyelighet	C4: Prestasjonsstreben	N4: Selvbevissthet	O4: Handlinger
E5: Spenningsøking	A5: Beskjedenhet	C5: Selvdisciplin	N5: Impulsivitet	O5: Ideer
E6: Positive følelser	A6: Følsomhet	C6: Betenksomhet	N6: Sårbarhet	O6: Verdier

Merknad. Informasjon er hentet fra Nordvik, H. (2006). Personlighet og yrke. I P. Ø. Saksvik & K. Nytrø (Red.), *Ny personalpsykologi for et arbeidsliv i endring* (s. 78–108). Cappelen akademisk forlag.

Tabell A2

Kort beskrivelse av de kliniske skalaene i MMPI

Skala	Beskrivelse
1. Hypokondri	Omhandler opplevd kroppslig ubehag og bekymringer for sykdom.
2. Depresjon	Omhandler lav selvfølelse, apati, pessimisme og somatiske bekymringer. Høy skår indikerer depresjon.
3. Hysteri	Forbundet med å reagere med somatiske plager ved stress.
4. Antisocial	Høy skåre er forbundet med lav frustrasjonstoleranse, konflikter og lav grad av aksept for autoriteter.
5. Maskulinitet – femininitet	Omhandler kjønnsrollefordeling og er i dag lite brukt.
6. Paranoia	Omhandler paranoide symptomer, som mistenksomhet og rigide holdninger.
7. Psykasteni	Omhandler tvangstanker, tvil på egen kompetanse, sosial angst, usikkerhet og vage somatiske plager.
8. Schizofreni	Omhandler psykotiske problemer og symptomer.
9. Hypomani	Omhandler aktivitetsnivå og sosial ekstroversjon.
10. Sosial introversjon	Knyttet til grad av trygghet og spontanitet i sosiale situasjoner. Høy skåre er forbundet med å være sosialt tilbaketrukket, sky og engstelig i kontakt med andre.

Merknad. Informasjon om skalaene er hentet fra Havik, O. E. (2010). *MMPI-2: kartlegging av psykopatologi og personlighet* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Når eksponeringsterapi for OCD ikke hjelper

Eksponeringsterapi for OCD passer ikke for alle. Derfor trenger vi mer fleksible løsninger.

EKSPONERING MED RESPONSPREVENSJON (ERP) er anbefalt behandling for unge og voksne med tvangslidelser (OCD). Bergens firedagersbehandling (The Bergen 4-day treatment, B4DT) er en intensiv variant av ERP og har fått mye oppmerksomhet for å være en effektiv tilnærming, både med tanke på symptomlette og varighet av resultat. Artikler i mediene som «Slik ble Kathrine (41) kvitt angsten på fire dager» (Gjerstad, 2018) og «Syk i 60 år – frisk på fire dager» (Lura et al., 2016) kan leses på TV 2 og NRK, noe som er svært oppmuntrende og motiverende. Politikere har løftet frem modellen som retningsgivende for videre helsepolitikk (Stiftelsen Dam, 2016).

Som tidligere behandler i et OCD-team som tilbyr både standard ukentlig ERP og B4DT, har jeg opplevd at behandlingene er godt rammet inn, både for meg og pasientene. Vi hadde et klart felles mål og et forståelig rasjonale for intervensjonene. Behandlingen ble jevnlig evaluert gjennom samtaler og tilbakemeldingsskjemaer, noe som gir en nyttig pekepinn på terapiprosessen. Terapimetodene og de stadige evalueringene med pasientene har gitt meg en trygg grunn å stå på, noe jeg tror pasientene også oppfatter. Behandlingsmålene og utgangspunktet for metodene er godt beskrevet og forankret. Men etter oppfølgingssamtaler med tidligere deltakere og særlig ved re-henvisninger slo det meg om ERP er den riktige tilnærmingen. Mitt kliniske inntrykk var at flere har hatt manglende utbytte, manglende fullstendig remisjon eller gjentatte tilbakefall. Det kan virke som en symptomrettet behandling som ERP ikke passer for alle personer med OCD, og her vil jeg formidle mine tanker om begrensningene ved metoden.

B4DT I OCD-TEAM

Pasienter henvises til et OCD-team via en internhenvisning, ofte fra DPS. Forutsetnin-

ger for å motta B4DT er at tvangshandlingene oppleves som overdrevne, og at pasienten har høy motivasjon for eksponering. Eksklusjonskriterier er aktiv psykose, suicidalitet og pågående rusmiddelmissbruk. Behandlingen foregår som regel i en gruppe med 3–6 deltakere. Hver pasient får sin egen terapeut, hvor han eller hun jobber individuelt med egne tilpassede eksponeringsoppgaver. Eksponering med individualterapeut på dag to og tre av behandlingen står for hoveddelen av innholdet i de fire dagene. Pasientene lager en aktivitetsplan som de skal jobbe med de tre påfølgende ukene. Oppfølging består så av en videokonsultasjon etter ti dager og en konsultasjon med oppmøte etter tre måneder, for å undersøke hvordan det har gått med det selvstendige arbeidet, og for å gjennomføre utfylling av Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) – et spørreskjema med ti spørsmål om tvangstanker og -handlinger (Y-BOCS; Goodman et al., 1989).

Helse Bergen, som etablerte behandlingsmetoden B4DT (Hansen et al., 2018), tilbyr kvalitetssikring og opplæring til andre institusjoner nasjonalt som ønsker å gi dette tilbudet. Det er omtrent 32 forskjellige DPS og BUP over hele Norge som tilbyr tjenesten til voksne, barn og ungdom (Helse Bergen, 2017).

BEDRING ETTER BERGENSMODELLEN

Flere studier antyder at B4DT har en positiv effekt og gir symptomlindring, og at effekten holder seg stabilt over tid. I en tolv måneders observasjonsstudie fant Hansen et al. (2018) at personer som hadde gjennomført firedagersbehandling, hadde en statistisk signifikant nedgang i angstsymptomer, og at nærmere 90 % av pasientene bedømte opplegget som utmerket og var svært fornøyde alt i alt. Tolv måneder etter terapien hadde 83 % respondert på behandlingen (etter internasjonale konsensuskriterier), mens 67 % av

TEKST Gilad Beck, Gausel poliklinikk, Helse Stavanger

KONTAKT

gilad.joseph.beck@sus.no

MERKNAD Takk til Fredrik Frøyskov for innspill.



Tvangslidelse eller Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

- En angstlidelse der hovedtrekket er tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger.
- Tvangstanker er ideer, forestillinger eller impulser som gjentatte ganger dukker opp i bevisstheten i en stereotyp form.
- Tvangshandlinger eller tvangsritualer er stereotyp atferd som blir gjentatt gang på gang. De er ikke i seg selv behagelige eller nyttige. Hensikten er ofte å hindre en objektivt sett usannsynlig hendelse som innebærer skade på, eller som er forårsaket av, vedkommende selv. (World Health Organization, 2016)

deltakerne ble klassifisert som *recovered* (ut ifra Y-BOCS \leq 12) og 38.5 % som helt asymptomatiske (ut ifra Y-BOCS \leq 7). Disse resultatene ser ut til å holde seg etter fire år (Hansen et al., 2019). Metoden har vist god effekt i studier utenfor Norge også. På Island fant man lignende resultater: 78 % av deltakerne responderte på behandlingen, og 63 % var i remisjon ved tre måneders oppfølging (Davíðsdóttir et al., 2019). Alle de 19 pasientene som deltok i behandlingsprogrammet, meldte om høy tilfredshet med formatet, og ingen ville valgt et lengre opplegg, ifølge forfatterne.

GJENTATT OCD-BEHANDLING

Det er en god andel av pasientene i studiene på B4DT som tidligere har fått standard ERP og annen type behandling for OCD. I studien til Hansen et al. (2018) hadde en fjerdedel tidligere mottatt ERP-behandling, mens 57 % hadde mottatt annen psykologisk behandling. I den islandske studien (Davíðsdóttir et al., 2019) hadde 63 % tidligere mottatt ERP eller kognitiv atferdsterapi (KAT). I en studie av Launes et al. (2019) hadde 85 % tidligere mottatt behandling, uten at det står spesifisert hvilken type behandling de mottok. Den store andelen med re-henviste pasienter tydeliggjør at ERP har sine begrensninger, og at pasientene har hatt behov for gjentatte forløp for å oppnå bedring.

MANGLENDE UTBYTTE AV B4DT

Det er også flere pasienter som ikke profitterer på behandlingen. En studie av Holm et al. (2018) undersøkte om skårer for angst (generalized anxiety disorder 7-item scale – GAD-7;

beck anxiety inventory - BAI), depresjon (patient health questionnaire – PHQ-9; beck depression inventory, revised version – BDI-II) og OCD-symptomer (Y-BOCS) etter firedagersbehandlingen kunne predikere hvem som opprettholdt utbyttet av behandlingen over tid. De fant at for hver risikofaktor (forhøyet skår på mål for depresjon, angst eller OCD-symptomer) minsket sjansen for å nyttiggjøre seg behandlingen. Mål på depresjon og angst før behandling var ikke statistisk signifikante prediktorer for bedring etter behandling. Studien fant ellers at for gruppen av personer uten risikofaktorer var prosentandelen som nådde remisjon 72 %, i motsetning til gruppen med tre risikofaktorer, som hadde en remisjonsandel på 16.7 %. Slike funn synliggjør at behandlingen fungerer dårligere for personer som har et mer sammensatt symptombilde.

HVEM PASSER ERP FOR?

OCD-pasienter er en sammensatt gruppe selv om symptombildene har likhetstrekk. Min kliniske erfaring samsvarer i stor grad med forskningen, som viser positive behandlingseffekter av ERP-modeller, men mange av pasientene mine har mottatt ERP-behandling flere ganger. Hvis pasienten tilfredsstiller kriteriene til en tvangslidelse, får han eller hun tilbud om et nytt behandlingsløp med ERP, med mindre det er opplagte grunner for å la være. Jeg bekymrer meg for re-henvisningene jeg så i mitt kliniske arbeid, og frykter at flere vil bli stadig tilbakevendende pasienter. Re-henvisningene har fått meg til å reflektere over om ERP, inkludert intensive former som B4DT, er en terapiform som kanskje ikke passer for alle med OCD, og at vi bør tilby andre behandlingsmetoder til dem. Hvis man ser til forskningen, mener jeg at studier som den til Holm et al. (2018) er viktige i forståelsen av hva som er hindre for bedring av B4DT. Det kunne vært nyttig for oss i klinikken om studien hadde sett enda mer inngående på psykologiske grunnstrukturer hos dem som skårer høyere på mål for angst, depresjon og OCD-symptomer i etterkant av behandling. Holm et al. viser til tidligere studier (Keely et al., 2008; Knopp et al., 2013), i tillegg til deres egen, som ikke finner robuste prediktorer for utfall av behandling før oppstart. Som kliniker tenker jeg at forskningen på feltet bør se på om det foreligger personlighetsproblematikk hos dem som ikke oppnår bedring. Det er grunn til å tro at håndtering av affekter og relasjoner påvirker utbyttet av behandlingen (Hansen, 2010). Enda

viktigere ville det være å skille mellom de med OCD som kan få godt utbytte av ERP-metoder, og de som trenger andre tilnærminger.

TILFRISKNING I PRAKSIS

I de ovennevnte studiene (Davíðsdóttir et al., 2019; Hansen et al., 2018) vurderes graden av bedring etter Mataix-Cols og kollegers (2016) definisjon på *international consensus criteria*, der en reduksjon på 35 % eller mer på pasientens Y-BOCS før behandlingsstart representerer klinisk relevant bedring, eller *respondert på behandling*. Det vil da, basert på Y-BOCS, være mulig å gå fra det som betegnes som *ekstreme problemer* (skår mellom 32 og 40), til *alvorlige problemer* (skår mellom 24 og 31) og betegne det som en klinisk relevant bedring, til tross for at pasienten fortsatt har alvorlige problemer og sannsynligvis vil være behandlingstrengende. Tallene på de som ble klassifisert i *remisjon* i disse studiene, var på mellom 63,2 og 72,3 %, som tilsvarer en Y-BOCS lik eller under 12. *Recovered* fikk samme definisjon som remisjon, men resultatet må da ha vært i minst ett år. Av deltakerne i studien til Hansen et al. (2018) møtte 68 % kravene til *recovered* på en oppfølging etter fire år. Ut fra tallene i studien kan man lese at mellom 27 og 36 % av pasientene *ikke* vil være i remisjon, og ha utfordringer mellom milde og ekstreme problemer i henhold til Y-BOCS. Jeg tenker at av disse ville trolig flere fortsatt være behandlingstrengende og blant dem som vi møter i re-henvisningene i klinisk praksis. Det er dessverre få studier, med unntak av Hansen et al. (2018), som har sett på langtidseffekten hos dem som oppnår full remisjon (behandlingsslutt) eller *recovered* (fortsatt remisjon målt etter ett år). Min kliniske erfaring er at de fleste pasientene opplever en form for symptomlette under behandlingen, men ikke nødvendigvis en endring i grunnproblematikken, det være seg relasjonelle, personlighetsmessige eller traumatiske reaksjoner som skaper behov for tvangen. Det henger trolig sammen med at behandlingen kun er symptomrettet. Flere av spørsmålene i Y-BOCS er symptomrettet, som å gjøre motstand mot tvangstanker og -handlinger. Jeg sitter med et inntrykk av at effektmålene er tilpasset metoden, noe som gir et skjevt bilde av andelen pasienter som nyttiggjør seg behandlingen. Når det gjelder rapportert tilfriskning, mener jeg det er tre svakheter i studiene som har betydning for klinisk praksis, og som det er lett å glemme: Mange pasienter har restsymptomer,

Eksponering med responsprevensjon (ERP)

- ERP er behandlingsvalg nummer én for både voksne, barn og ungdom med OCD (Helsedirektoratet, 2022).
- Eksponeringsterapi er en metode der personen oppsøker enten konkret eller imaginært en situasjon eller stimuli som en antar vil fremkalle en tvangstanke og medfølgende ubehag (Foa et al., 2022).
- En viktig del av ERP er at en skal unngå tvangshandlingene og dermed bryte det vanlige mønsteret som personen følger for å dempe ubehaget og etter hvert erfare at ubehaget eller angsten vil nå et platå, før det etter hvert synker.
- Etter eksponering evaluerer man for å vurdere hvordan oppgaven ble gjennomført, og for å øve på riktig teknikk.

en høy andel har ikke reelt utbytte av behandlingen, og effektmålene er symptomfokuset og adresserer ikke grunnproblematikken.

NOE MER ENN SYMPTOMLETTE

ERP og kognitiv atferdsterapi (KAT) er behandlingsformene som har mest empiri og mest robuste resultater når det gjelder behandling for personer med OCD – noe som, med rette, reflekterer tilbudet som finnes i Norge i dag. ERP skiller seg fra ulike KAT-modeller ved å fokusere mer på atferd. Utviklingen og forståelsesrammen hos KAT og psykodynamiske modeller er overraskende like, til tross for ulike fokusområder. Begge typer viser til at tvangstanker og tvangshandlinger kan være symptomer på en underliggende problematikk. Det å behandle symptomer, som i B4DT, vil dermed ikke være nok for mange.

Kognitive modeller antar at mistilpassede kognitive-afektive skjemaer som representerer tanker og følelser om oss selv og andre, resulterer i negative påtrengende tanker som igjen øker angsten. Ubekvemet som angsten skaper, reduseres ved å utføre bestemte tvangshandlinger. Etter hvert blir det en innlært metode som reduserer ubehag, og som derfor vil øke sannsynligheten for at handlinger blir repetert (Kempke, 2007). De kognitive-afektive skjemaene tenker man stammer fra tidlige erfaringer i barndommen. Forskningsgruppen The Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) fant seks forskjellige skjemaer som gikk igjen hos personer med OCD: overesti- >>

mering av fare, overdrevet ansvarsfølelse, perfeksjonisme, sterkt kontrollbehov, overestimering av tankene (thought-action fusion, TAF) og intoleranse for ambivalens (OCCWG, 1997).

Psykodynamisk teori antar at personer med latent aggresjon rettet mot andre personer, som ikke er anerkjent og ikke alltid bevisst, spiller en viktig rolle hos personer med OCD. Freud beskrev hypermoralen, en overdrevent streng moral, som et delvis resultat av reaksjonsdannelse (reaction formation) og forsvar mot latente aggressive impulser (Mortiz et al., 2011). Reaksjonsdannelse er en forsvarsmekanisme der personen skaper motsatt impuls og atferd av det underbevisste ønsket, for eksempel å danne en hypermoral og overdrevet ansvarsfølelse når man egentlig bærer på mye sinne og aggressive impulser. Når det gjelder personen med OCD, er den psykodynamiske tenkningen at strategien kun delvis er vellykket, og at det likevel vil oppstå aggressive, seksuelle eller blasfemiske impulser og tanker. Disse impulsene vil oppleves som *egodystone* for personen med den sterke hypermoralen, og dermed betraktes som ufrivillige, inntrengende og ubehagelige tanker. Det er opplagte likheter i de dynamiske og kognitive modellene i forståelsen av OCD. De understreker viktige trekk som går igjen, deriblant overdrevet ansvarsfølelse, ambivalens, kontrollbehov og overestimering av tanker. En viktig forskjell er at den kognitive modellen fokuserer på bevisste erfaringer, mens den dynamiske i tillegg legger vekt på det ubevisste (Leichsenring & Steinert, 2017).

AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Som psykolog i et OCD-team har det til tider vært en krevende balansegang mellom det å være ydmyk og ekspert. Å være ydmyk ligger i ryggraden til de fleste terapeuter når man får tillatelse til å utforske sinnet til en person som tidligere var en fremmed. Å grave i minner, erfaringer, familierelasjoner og vansker er noe som krever fintfølelse og respekt. Ydmykhet har tidligere her i tidsskriftet blitt omtalt som en viktig terapeutisk egenskap av Helene A. Nissen-Lie og Erik Stänicke, og farene ved dets fravær er også blitt beskrevet (Nissen-Lie & Stänicke, 2022). Vi oppfordrer pasientene våre til å utsette seg for det de frykter mest, og for å kunne gjøre det må en stole på at teknikken gir mening og fungerer, både for meg og pasienten. Å besitte ekspertrollen er noe som blir lagt vekt på i OCD-behandlingen. Vi terapeuter sitter med svaret og har red-

skapene klare – det er pasienten som må velge å bruke dem, dersom de ønsker. Dette opplever jeg gir mindre rom for nysgjerrighet og felles utforskning, og er noe som kan gi inntrykk av at vi behandler symptomer mer enn hele mennesket.

B4DT vil sannsynligvis aldri bli en behandlingsmetode som fungerer for alle. Der noen vil profitte, vil andre ikke oppnå endring. Man har i lang tid vært nysgjerrig på hvordan en skal forstå psykologien til personer som utvikler OCD, og vi kan bruke kunnskapen som har blitt ervervet, for å få en bredere forståelse, som også favner om de som ikke har utbytte av B4DT. Kombineringen av personlighetstrekk hos personer med OCD, slik som mistro, perfeksjonisme og overdreven ansvarsfølelse, vil kunne skape vansker i et opplegg med mye selvstendig arbeid og selvrappoteringer. Personer med stor ansvarsfølelse vil kunne kjenne seg forpliktet til å oppnå bedring, og ha vansker for å gi tilbakemelding om at de ikke blir bedre, for å skåne terapeuten fra å kjenne på skyld. Perfeksjonisten vil også ha vansker med å akseptere at tvangstankene og -handlingene ikke forsvinner fullstendig, og at man da like greit kan gi opp prosjektet. Mistro vil gjøre det vanskelig å nå ut og be om hjelp på de områdene man ikke mestrer.

Gruppene skal være positive, og formatet legger opp til at man skal belyse fremgangen. Den første dagen av firedagersbehandlingen møter man en PowerPoint-presentasjon der det står «Velkommen!», og nedenfor står det «Ble kvitt tvangstankene på fire dager» illustrert med et bilde av en smilende kvinne. Terningkast på egen innsats med etterfølgende applaus skal sikre fremgang og riktig teknikk, men gir lite rom for kritisk og reflektert tenkning. Tankegangen, som går igjen i OCD-klinikker og som blir presentert til pasientene, om at årsaken til tvangslidelsen ikke har noe å si for hvordan man skal behandle den, er ikke nødvendigvis en sannhet. Når behandlingen fungerer, er det en flott følelse. Jeg opplevde at jeg og pasienten ble et lag; det åpnet et rom for humor og mestringsfølelse, og man kan oppleve en betydelig endring og bedring fra time til time. Åpenbaringer over deres egen evne til å mestre situasjoner som de muligens har unngått i flere år grunnet sterke tvangstanker og -handlinger, var en glede å få ta del i. Jeg håper at veien videre i OCD-forskningen og i det kliniske arbeidet åpner opp for bredere tenkning og mer fleksible løsninger for de pasientene som ikke får bedring gjennom ERP og B4DT. ❌

REFERANSER

- Davíðsdóttir, S. D., Sigurjónsdóttir, Ó., Ludvigsdóttir, S. J., Hansen, B., Laukvik, I. L., Hagen, K., Björgvinsson, T. & Kvale, G. (2019). Implementation of the Bergen 4-day treatment for obsessive compulsive disorder in Iceland. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 16(1), 33–38.
- Foa EB., Yadin, K., & Lichner TK. (2012). *Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder*. Oxford University Press.
- Gjerstad, S. (2018, 9. desember). *Slik ble Kathrine (41) kvitt angsten på fire dager*. TV 2. <https://www.tv2.no/a/10271386/>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Geroge R., Dennis S. & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006–1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Hansen, B. (2010). *Enhancing treatment outcome in cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder: The importance of cognitive factors* [Doktorgradsavhandling, NTNU]. NTNU Open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/264107>
- Hansen, B., Hagen, K., Öst, L. G., Solem, S. & Kvale, G. (2018). The Bergen 4-day OCD treatment delivered in a group setting: 12-month follow-up. *Frontiers in Psychology*, 9, 639. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00639>
- Hansen, B., Kvale, G., Hagen, K., Havnen, A. & Öst, L. G. (2019). The Bergen 4-day treatment for OCD: four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive behaviour therapy*, 48(2), 89–105. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1478447>
- Helse Bergen. (2017, 5. september). *4-dagers klinikk*. <https://helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/kronstad-distriktpsikiatriske-senter/klinikk-for-4-dagers-behandling-b4dt/4-dagers-klinikk>
- Helsedirektoratet. (2022). *Behandling av tvangslidelse (OCD)* [nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/tvangslidelse-ocd/behandling-og-oppfolging-tvangslidelse-pakkeforlop/behandling-av-tvangslidelse-ocd>
- Holm, S. E. H., Hansen, B., Kvale, G., Eilertsen, T., Grøtte, T. & Solem, S. (2018). Post-treatment predictors of follow-up status for obsessive-compulsive disorder treated with concentrated exposure therapy. *Cogent Psychology*, 5(1), 1461542. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1461542>
- Keely, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J. & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 118–130. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.003>
- Kempke, S. (2007). Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 291. <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.4.291>
- Knopp, J., Knowles, S., Bee, P., Lovell, K. & Bower, P. (2013). A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1067–1081. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.008>
- Launes, G., Laukvik, I. L., Sunde, T., Klovning, I., Hagen, K., Solem, S., Öst L-G., Hansen B., & Kvale, G. (2019). The Bergen 4-day treatment for obsessive-compulsive disorder: does it work in a new clinical setting? *Frontiers in Psychology*, 10, 1069. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01069>
- Leichsenring, F. & Steinert, C. (2017). Short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder: A manual-guided approach to treating the «inhibited rebel». *Bulletin of the Menninger Clinic*, 81(4), 341–389. https://doi.org/10.1521/bumc_2017_81_07
- Lura, C., Øysteseem, O. & Lagmandokk, O.-A. (2016, 29. april). *Syk i 60 år – frisk på fire dager*. [nettartikkel] NRK. <https://www.nrk.no/vestland/xl/syk-i-60-ar---frisk-pa-fire-dager-1.12921710>
- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K. & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*, 15(1), 80–81. <https://doi.org/10.1002%2Fwps.20299>
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S. & Jelinek, L. (2011). Was Freud partly right on obsessive-compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*, 187(1–2), 180–184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.007>
- Nissen-Lie, H. A. & Stänicke, E. (2022). Den omnipotente terapeut og ISTDP-debatten: Hva lærte vi? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(11), 1013–1021. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2022/11/den-omnipotente-terapeut-og-istdp-debatten-hva-laerte-vi>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667–681. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00017-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00017-X)
- Stiftelsen Dam. (2016, 14. oktober). *Bjarne Hansen: Brukte tv-dokumentar til å revolusjonere behandling av tvangslidelser*. <https://dam.no/2016/10/14/bjarne-hansen/>
- World Health Organization. (2016). International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.). <https://icd.who.int/browse11/2016/en>

Metaforer som redskap i psykoterapi

Bruk av metaforer kan fremme gode terapiprosesser. Men metaforene har ulike roller avhengig av terapiform.

TEKST Julie Horgen Evensen, Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA); Anders Malkomsen, Oslo universitetssykehus, KPHA og Jan Ivar Røssberg, Oslo universitetssykehus, KPHA og Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin

KONTAKT
uxevej@ous-hf.no

METAFORER KAN VÆRE et nyttig verktøy for å hjelpe pasienter å finne et språk for opplevelsene sine (McMullen, 2008). Å uttrykke seg i metaforer kan være et første steg mot å beskrive og erkjenne sårbarhet. I utkanten av bevisstheten former pasienten kanskje et spørsmål: Hvis jeg baker opplevelsen inn i dette språklige bildet, kan jeg kanskje bli forstått? Pasienten i dialogen under beskriver en indre smerte, «en isende klump», som han helst vil unngå å kjenne på, og som er vanskelig å uttrykke med ord, men som likevel kan gis en form – som metafor.

Pasienten: Det kjennes ut som en isende klump av smerte som aldri vil smelte.

Terapeuten: En iskald klump som nesten svir av kulde. Som om den skal være der for alltid.

Terapeuten: Ja.

Terapeuten: En opplevelse av noe som ikke får lov å være der, noe som nesten har vært litt farlig, og må holdes fast i en isklump.

Terapeuten: Ja, det passer. Det kjennes ut som en energi som har vært nedfrosset. Og så kjen-

nes det ut som det begynner å tine. Det kjennes ut som det er litt farlig. Men også viktig. (Stiegler, 2020, s. 207)

HVA ER EN METAFOR?

En metafor er et ord eller uttrykk som brukes i overført eller billedlig betydning. Ordet *metafor* stammer fra greske *meta* 'over' og *phérein* 'føre' (Grue, 2019) og betyr rent bokstavelig «overføring» eller «overføre».

Tidligere har man antatt at metaforer er rene språklige fenomener og bare har funksjon som språklig pynt. Lingvisten Georg Lakoff og filosofen Mark Johnson (1980) mener derimot at metaforer *ikke* passivt refererer til ting eller relasjoner i den fysiske verden. Metaforer er heller uttrykk for kreative mentale konsepter som er basert på både personlig forståelse og på kroppslig og sosial erfaring. I boka *Metaphors We Live By* beskriver de hvordan vi strukturerer og forstår omgivelsene gjennom metaforer. I henhold til *The Conceptual Metaphor Theory* (CMT) danner metaforer fundamentet for tankene våre, og kan avsløre hvordan vi opplever

og forstår verden (Lakoff & Johnson, 1980). For eksempel vil metaforer som «*motstanderen sablet ned hvert eneste svake punkt i argumentene hans*» om en politisk debatt antyde at vi ser diskusjonen mer som krigføring enn et løsningsfokustert samarbeid.

Psykoterapi beskrives også ofte gjennom konfliktmetaforer. Freud brukte for eksempel krigsmetaforer når han beskrev det psykoterapeutiske arbeidet: «Pasienten tar frem fortidens rustning, våpen han bruker til å forsvare seg mot fremskritt i behandlingen, våpen vi må vriste fra ham, ett etter ett» (Berlin & Engel, 1991, vår oversettelse). Om vi leser Freuds krigsmetaforer med CMT som kontekst, antyder kanskje Freuds metaforbruk et syn på psykisk lidelse som noe terapeuten skal overvinne, en kamp der terapeuten er strategen som vet best?

METAFORER I TERAPI

Metaforene vi bruker, kan si noe grunnleggende om hvordan vi opplever oss selv og omgivelsene våre, og er dermed viktige å utforske i terapeutiske samtaler. Det er også andre viktige grunner til å være oppmerksom på både terapeutens og pasientens metaforbruk i psykoterapi. I hjerneavbildningsstudier (Bohrn et al., 2012; Citron et al., 2019) gir metaforisk språk sterkere aktivering i hjerneområder som prosesserer emosjonelle stimuli (for eksempel amygdala) enn bokstavelig språk gjør. Dette fører igjen til større affektivt engasjement. Videre kan bruk av metaforer bidra til god terapeutisk allianse (Mathieson et al., 2017, 2018) og motivere til endringsfokustert terapeutisk arbeid (Landa et al., 2014). Metaforer kan dessuten hjelpe oss til å uttrykke noe som ellers er vanskelig å beskrive, og som vi selv kanskje ikke riktig forstår (McMullen, 2008).

Gitt at metaforer sier noe sentralt om våre underliggende antakelser om oss selv, andre mennesker og omgivelsene, bør virksomme psykoterapiforløp endre pasientenes metaforer. Det ser vi også indikasjoner på. Levitt et al. (2000) gjennomførte en metaforanalyse av to terapiforløp der de fokuserte på metaforer knyttet til temaet «bære en byrde». Endring i denne metaforgruppen var i en tidligere analyse assosiert med bedring. I næranalyse av terapitimene ble byrdemetaforen – eller varianter av denne, slik som «hele verdens vekt er på mine skuldre» – introdusert i omtrent likt omfang av pasient og terapeut. I forløpet hvor metaforen «bære en byrde» (*being burdened*) endret seg til metaforen «laste av byrden» (*unloading the burden*) eller lignende formuleringer, slik som «jeg føler meg lettere», opplevde pasienten bedring. Til sammenligning endret denne metaforen seg ikke for pasienten som ikke opplevde bedring (Levitt et al., 2000). Andre forskere viser til lignende funn (McMullen, 1989; McMullen & Conway, 2010). En bør derfor være oppmerksom på om pasientenes metaforer endrer seg under terapiforløpet, fordi dette kan være en indikasjon på hvorvidt behandlingen har hatt effekt. Det kan imidlertid fremstå som at forskjellige terapitradisjoner har ulik oppmerksomhet på metaforer i terapirommet.

KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Grunnleggeren av kognitiv atferdsterapi (KAT), Aaron Beck, skrev lite om metaforbruk i terapi, men brukte ofte metaforer i egne terapier. Han mente at språket kan brukes alliansefremmende gjennom å «øke samstemtheten ved å reflektere pasientens



Å uttrykke seg i metaforer kan være et første steg mot å beskrive og erkjenne sårbarhet





Metaforene vi bruker, kan si noe grunnleggende om hvordan vi opplever oss selv og omgivelsene våre

følelser tilbake i form av en sensitiv oppsummering, analogi eller metafor» (Beck et al., 1978, vår oversettelse).

I dagens KAT-utdannelse oppfordres terapeutene til å bruke metaforer for å beskrive symptomopplevelse – «depresjon er som å ha på mørke briller» – og veien ut av depresjonen – «som et beinbrudd der en trenger ro og gradvis opptrening» – og som teknikker for å håndtere negative automatiske tanker og grubling – «unngå å gå på grubbletoget». I boka *Oxford Guide to Metaphors in CBT* beskriver Stott og kolleger (2010) hvordan metaforer kan brukes som kognitive broer mellom det abstrakte og det konkrete, og på den måten gjøre opplevelser av for eksempel depresjonssymptomer mer forståelige. I boka blir terapeuten blant annet oppfordret til å bruke metaforer psykoedukativt, fordi språklige bilder kan gjøre det lettere for pasienten å huske å bruke terapeutiske teknikker mellom timene (Stott et al., 2010). Terapeuten oppmuntres også til å bygge videre på metaforer sammen med pasienten for å skape et felles språk som kan styrke alliansen. Boka beskriver metaforer som forfatterne har erfart som nyttige for ulike pasientgrupper, som pasienter med psykoselidelser, spiseforstyrrelser, angst og depresjon. Disse metaforene er stort sett lette å forstå, konkrete og her-og-nå-orienterte, og dermed samstemte med KAT-modellen. En studie har vist at KAT-terapeuter bruker metaforer dobbelt så ofte som pasientene, og ofte som psykoedukasjon (Mathieson et al., 2016).

PSYKODYNAMISK TERAPI

Psykodynamisk litteratur om metaforbruk legger vekt på at språklige bilder gjør det enklere å beskrive og snakke om komplekse opplevelser. I *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought* beskriver psykoanalytiker Antal Borbely hvordan sentrale psykodynamiske konsepter som forsvar, overføring, motoverføring og tolkning er bygget på metaforer (Borbely, 2008). Terapeutene forsøker også å forstå pasientene gjennom tolkninger av drømmer og fantasier, som forstås i overført betydning – som metaforer. Disse kan avsløre impulser og ønsker, ofte med røtter i tidlige erfaringer som pasienten ikke er bevisst.

Freud beskrev hvordan driftsenergi bindes til tanker og språk, og at kroppslige erfaringer raffineres til mentale, mer tålbare representasjoner (Freud, 1895/1994). Lecours og Bouchard, to fransk-kanadiske psykologer fra den tidlige mentaliseringstradisjonen, bygget videre på Freuds bindingkonsept med en modell som beskriver hvordan en håndterer og prosesserer indre opplevelser (Lecours & Bouchard, 1997). Modellen fremstiller graden av mentalisering av såkalt driftsaffekt, og hvordan den kommer til uttrykk over fire gradsnivåer som: 1) ren fysiologisk/somatisk aktivering, 2) motorisk uttrykk, 3) billedspråk inkludert drømmer, bilder og metaforer og 4) mer eksplisitte verbale uttrykk. Modellen beskriver videre hvordan driftsaffekt erfares på de fire nivåene: fra at opplevelsen kjennes utålelig og ukontrollerbar, til at den anerkjennes som ens egen, er fullt tolerert og gir mening i en større kontekst. Metaforer blir her et viktig ledd i en psykodynamisk prosess der opplevelser og livserfaringer får mening, sammenheng og uttrykk. Et eksempel på en slik prosess beskrives i en kasuistikk der pasient og terapeut jobber sammen om å finne metaforer for pasientens indre stemmer (Thoresen et al., 2021). De identifiserer blant annet «edderkoppen» (kritisk indre stemme) og «løven» (ivaretagende indre stemme), og jobber så for å skape dialog mellom disse to metaforiske indre skikkelsene for å bedre forstå den kritiske

stemmen/«edderkoppens» rolle og behov, og fremme selvomsorg (Thoresen et al., 2021).

EMOSJONSFOKUSERT TERAPI

Emosjonsfokuset terapi (EFT) er kanskje den terapitradisjonen som bruker metaforer mest aktivt i dag. EFT-terapeuter oppfordres til å bruke metaforer og språklige bilder for å hjelpe pasienten til å få bedre tilgang til og uttrykke egne indre, ofte kroppslige, opplevelser, samt til å fordype den emosjonelle opplevelsen. Stiegler (2020) beskriver bruken av *evokativ empati* som «å vekke mer av en følelse med poetisk og metaforisk språk»:

Pasienten: Jeg føler meg så mislykket, alt virker så uoverkommelig og jeg fikser det bare ikke.

Terapeuten: Som om du står foran et gigantisk fjell og beina dine ikke bærer deg. Ingen steder å gå og ingenting å gjøre med det. (s.109)

Gjennom å utbrodere metaforene kan terapeuten utforske opplevelsen uten direkte spørsmål. Terapeuten unngår dermed å bringe pasienten ut av opplevelsen og «opp i hodet», slik konkrete spørsmål ofte gjør fordi man kognitivt må evaluere spørsmålet før man kan besvare det. Det blir altså en motsats til sokratiske spørsmål i KAT, som søker å fremme en mer hensiktsmessig kognitiv tolkning av egne opplevelser. Metaforbruk bidrar også til å fordype og holde pasienten i opplevelsen over tid, noe man i EFT mener er en viktig endringsmekanisme, blant annet i intervensjonen *fokusering*. Målet er her å hjelpe pasienten til å sette ord på kroppslige sansninger av følelsesopplevelser. For å klare dette forutsettes det at pasienten ikke dytter opplevelsen unna, men får hjelp til å være i følelestilstanden over tid. Slik får hen tilgang til informasjon om egne behov som ligger innbakt i følelsen:

Pasienten: Det kjennes umulig. En opplevelse av, jeg vet ikke, at ting aldri kan bli bra.

Terapeuten: Det er sånn det kjennes. En isende klump av smerte som forteller deg at ting aldri kan ordne seg. Se om du kan la de ordene få berøre den fornemmelsen, se om de passer. Og kjenn hvordan det er å la ordene beskrive fornemmelsen.

Pasienten: (tårer fyller øynene) Det kjennes som det er sånn det er. En følelse av at jeg ikke kan få det jeg trenger. En ensom følelse. (Stiegler, 2020, s. 207)

I EFT brukes metaforer også i terapeutisk arbeid som er mer eksplisitt endringsfokuset, der man videreutvikler pasientens egne metaforer for å finne frem til pasientens behov – og stake ut en kurs for endring. Lynne Angus beskriver hvordan man kan jobbe med metaforer i parterapi. I arbeid med et par der kvinnen hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen, brukte ektemannen metaforen «hun tar på seg en rustning når jeg tar på henne». Sammen med terapeuten endret de metaforen til at kona trengte å «omgi seg med puter for å føle seg trygg». De jobbet videre med metaforen for å finne ut hvordan ektemannen kunne hjelpe kona med å «fjerne en pute av gangen» slik at fysisk intimitet skulle oppleves tryggere (Angus & Mio, 2011).

En studie har vist at metaforer kan skape forståelse, men også misforståelse mellom terapeut og pasient (McMullen, 2008). Det er derfor viktig at pasient og terapeut forstår språklige bilder på samme måte. Dette poenget er kanskje spesielt viktig i EFT, siden terapeuten oppfordres til å bruke metaforer aktivt i behandlingen.

METAFORBRUK I NORSK KONTEKST

Mechanisms of Change in Psychotherapy (MOP) er en norsk studie hvor vi sammenlignet pasienter behandlet for depresjon, randomisert til enten KAT eller psykodynamisk terapi (PDT) (Røssberg et al., 2021). I de kvalitative intervjuene av pasientene ble det tydelig at pasientene ofte bruker metaforer for å beskrive både hvordan de opplever å være deprimert, å gå i terapi og å få det bedre. Metaforiske konsepter som overflate/dybde, åpen/lukket, terapeutiske verktøy og depresjon som en fiende eller sykdom, ble brukt av både KAT- og PDT-pasienter, og belyste hvordan de hadde opplevd terapiforløpet, og hva de opplevde som virksomt (Malkomsen et al., 2021).

Særlig interessant var metaforen overflate/dybde. Her sa flere av PDT-pasientene at de hadde fått hjelp fordi de hadde «gravd dypt», «drillet inn i» eller «kommet til roten» av problemene, mens noen av KAT-pasientene ønsket at terapien hadde «gått dypere». Det var imidlertid ulike oppfatninger om hva det var å gå dypt i terapi. Vi tenker at overflate/dybde-metaforen skulle vært utforsket for å adressere opplevde mangler i terapiforløpene. Var det temaer pasientene opplevde at de ikke snak-



Vi tenker at overflate/
dybde-metaforen skulle
vært utforsket for å
adressere opplevde
mangler i terapiforløpene

ket om? Ble oppvekst og formative opplevelser tematisert i for liten grad, eller ble vanskelige følelser eller tanker for lite utforsket? En slik utforskning av metaforer kan brukes til å tilpasse metoden til pasientens behov, eventuelt kan den si noe om hvilke andre terapeutiske grep eller metoder som kan være nødvendige.

Da vi senere intervjuet terapeutene i studien om hvordan de brukte metaforer i terapi, fant vi at de fleste KAT- og PDT-terapeutene ikke lyttet aktivt til metaforene pasientene brukte, og at svært få hadde et bevisst forhold til hvordan de brukte metaforer (Malkomsen et al., 2022). Terapeutene beklaget dette, samtidig som de uttrykte interesse for temaet. I løpet av intervjuet kunne de komme med flere eksempler på hvordan de brukte metaforer i terapirommet. Her fant vi en viktig forskjell mellom retningene, som speiler faglitteraturen (Stott et al., 2010; Borberly, 2008): KAT-terapeutene fokuserte mer på sine egne metaforer, som de hovedsakelig brukte i psykoedukativt øyemed, mens PDT-terapeutene fokuserte mest på pasientenes egne metaforer, som de hovedsakelig brukte for å utforske pasientens opplevelser videre. Få av KAT-terapeutene, men mange av PDT-terapeutene, sa at de hadde prøvd å utforske, og i noen tilfeller endre, pasientenes metaforer for å jobbe mot endret selvforståelse og økt innsikt. Vi mener at det er et uforløst potensial hos både KAT- og PDT-terapeuter, og at begge retninger bør bli mer oppmerksomme på metaforbruk i psykoterapi.

OPPSUMMERING

Ulike psykoterapitradisjoner har i flere tiår skrevet om metaforenes rolle i terapeutiske samtaler. Tradisjonene beskriver metaforer som viktige redskaper i psykoterapi, men fronter ulik bruk og forståelse. KAT-tradisjonen fremmer terapeutgenererte metaforer som brukes som drahjelp for hukommelsen, slik at pasienten lettere skal kunne forstå, huske og bruke psykoedukasjon om symptomer, terapeutiske verktøy og teknikker. Psykodynamisk teori og praksis fokuserer mest på pasientgenererte metaforer, og tolker dem som uttrykk for førbevisst eller ubevisst materiale. Den psykodynamiske forståelsen av metaforer har paralleller til Lakoff og Johnsons CMT, som antar at metaforer avslører noe sentralt om måten vi forstår oss selv i verden på. Av de tre beskrevne retningene er kanskje EFT den psykoterapitradisjonen som i størst grad bruker metaforer til å skape emosjonell aktivisering for å fremme endringsprosesser hos pasienten. Både terapeut- og pasientgenererte metaforer brukes i slike prosesser. Men selv om lærebøker i EFT mer eksplisitt beskriver metaforer som terapeutiske redskaper, vet vi ikke i hvilken grad EFT-terapeuter er oppmerksomme på hvordan de bruker dem. Vi mener at det er behov for mer kunnskap om hvordan vi bør bruke språket, og spesielt metaforer, for å fremme gode terapiprosesser. Psykoterapiforskningen trenger gode utfallsmål som fanger opp pasientenes endringsprosesser i terapiforløpet. Kanskje kan endret metaforisk forståelse være et slikt mål. Vi ønsker også at de ulike terapitradisjonene kan lære av hverandres måte å bruke metaforer på. Slik kan de – for å bruke en idrettsmetafor – spille hverandre bedre i fremtiden. ✕

REFERANSER

- Angus, L. & Mio, J. S. (2011). At the «Heart of the Matter»: Understanding the Importance of Emotion-Focused Metaphors in Patient Illness Narratives. *Enquiry*, 44(3), 349–362. <https://doi.org/10.1215/00166928-1407540>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. & Emery, G. (1978). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Publications.
- Berlin, R. M., Olson, M. E., Cano, C. E. & Engel, S. (1991). Metaphor and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 45(3), 359–367. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1991.45.3.359>
- Bohrn, I. C., Altmann, U. & Jacobs, A. M. (2012). Looking at the brains behind figurative language – a quantitative meta-analysis of neuroimaging studies on metaphor, idiom, and irony processing. *Neuropsychologia*, 50(11). <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2012.07.021>
- Borbely, A. F. (2008). *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*. I. J. R. W. Gibbs (red.), *Metaphor and Psychoanalysis* (kapittel 23). United States of America: Cambridge University press.
- Citron, F. M. M., Cacciari, C., Funcke, J. M., Hsu, C. T. & Jacobs, A. M. (2019). Idiomatic expressions evoke stronger emotional responses in the brain than literal sentences. *Neuropsychologia*, 131, 233–248. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2019.05.020>
- Freud, S. (1895/1994). *Project for a scientific psychology*. M. Bonaparte, A. Freud & E. Kris (red.), *The Origins of Psycho-Analysis: Letters to Wilhelm Fleiss, Drafts and Notes. 1887–1902* (s. 347–445). New Basic Books.
- Grue, J. (2019). Metafor. I *Store norske leksikon*. Hentet 11. august 2022 fra <https://snl.no/metafor>
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors We Live By*. University of Chicago press.
- Landau, M. J., Oyserman, D., Keefer, L. A. & Smith, G. C. (2014). The college journey and academic engagement: how metaphor use enhances identity-based motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(5), 679–698. <https://doi.org/10.1037/a0036414>
- Lecours, S. & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78(5), 855–875. PMID: 9459091.
- Levitt, H., Korman, Y. & Angus, L. (2000). A metaphor analysis in treatments of depression: Metaphor as a marker of change. *Counselling Psychology Quarterly*, 13(1), 23–35. <https://doi.org/10.1080/09515070050011042>
- Malkomsen, A., Rossberg, J. I., Dammen, T., Wilberg, T., Lovgren, A., Ulberg, R. & Evensen, J. H. (2021). Digging down or scratching the surface: how patients use metaphors to describe their experiences of psychotherapy. *BMC Psychiatry*, 21(1), 533. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03551-1>
- Malkomsen, A., Rossberg, J. I., Dammen, T., Wilberg, T., Lovgren, A., Ulberg, R. & Evensen, J. H. (2022). How therapists in cognitive behavioral and psychodynamic therapy reflect upon the use of metaphors in therapy: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 433. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04083-y>
- Mathieson, F., Jordan, J., Bennett-Levy, J. & Stubbe, M. (2018). Keeping metaphor in mind: training therapists in metaphor-enhanced cognitive behaviour therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 11. <https://doi.org/10.1017/S1754470X18000077>
- Mathieson, F., Jordan, J., Carter, J. D. & Stubbe, M. (2016). Nailing Down Metaphors in CBT: Definition, Identification and Frequency. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 236–248. <https://doi.org/10.1017/S1352465815000156>
- Mathieson, F., Jordan, J., Merrick, P. & Stubbe, M. (2017). Juicy Conceptualizations: Increasing Alliance Through Attending to Client Metaphoric Language. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(6), 577–589. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000339>
- McMullen, L. (1989). Use of Figurative Language in Successful and Unsuccessful Cases of Psychotherapy: three Comparisons. *Metaphor and Symbol*, 4(4), 203–225. https://doi.org/10.1207/s15327868ms0404_1
- McMullen, L. (2008). *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*. I. J. R. W. Gibbs (red.), *Metaphor and Psychotherapy* (kap. 22). United States of America: Cambridge University press.
- McMullen, L. & Conway, J. (2010). Dominance and Nurturance in the Figurative Expressions of Psychotherapy Clients. *Psychotherapy Research*, 4(1), 43–57. <https://doi.org/10.1080/10503309412331333892>
- Rössberg, J. I., Evensen, J. H., Dammen, T., Wilberg, T., Klungsoyr, O., Jones, M., Bøen, E., Egeland, R., Breivik, R., Lovgren, A. & Ulberg, R. (2021). Mechanisms of change and heterogeneous treatment effects in psychodynamic and cognitive behavioural therapy for patients with depressive disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 9(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00517-6>
- Stiegler, J. R. (2020). *Emosjonsfokuseret terapi – å forstå og forandre følelser* (2. utg.) Gyldendal Norsk Forlag.
- Stott, R., Mansell, W., Salkovskis, P., Laverder, A. & Cartwright-Hatton, S. (2010). *Oxford guide to metaphors in CBT: building cognitive bridges*. Oxford University Press.
- Thoresen, L. H. K., Thørnquist, H. H., Stänicke, E. & Mcleod, J. (2021). Shift in representation and symbolisation of affective experience: A paradoxical outcome in therapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 23(2), 177–200. <https://doi.org/10.1080/13642537.2021.1923048>

FOTO: PRIVAT



BJØRN RISHOVD RUND, professor emeritus, UiO, forskningsombud Vestre Viken HF

Psykolog og forsker: dilemmaer i kø

Plagiering og konflikter om forfatterrekkefølge.
Her er de vanligste forskningsetiske dilemmaene
publiserende psykologer får i fanget.

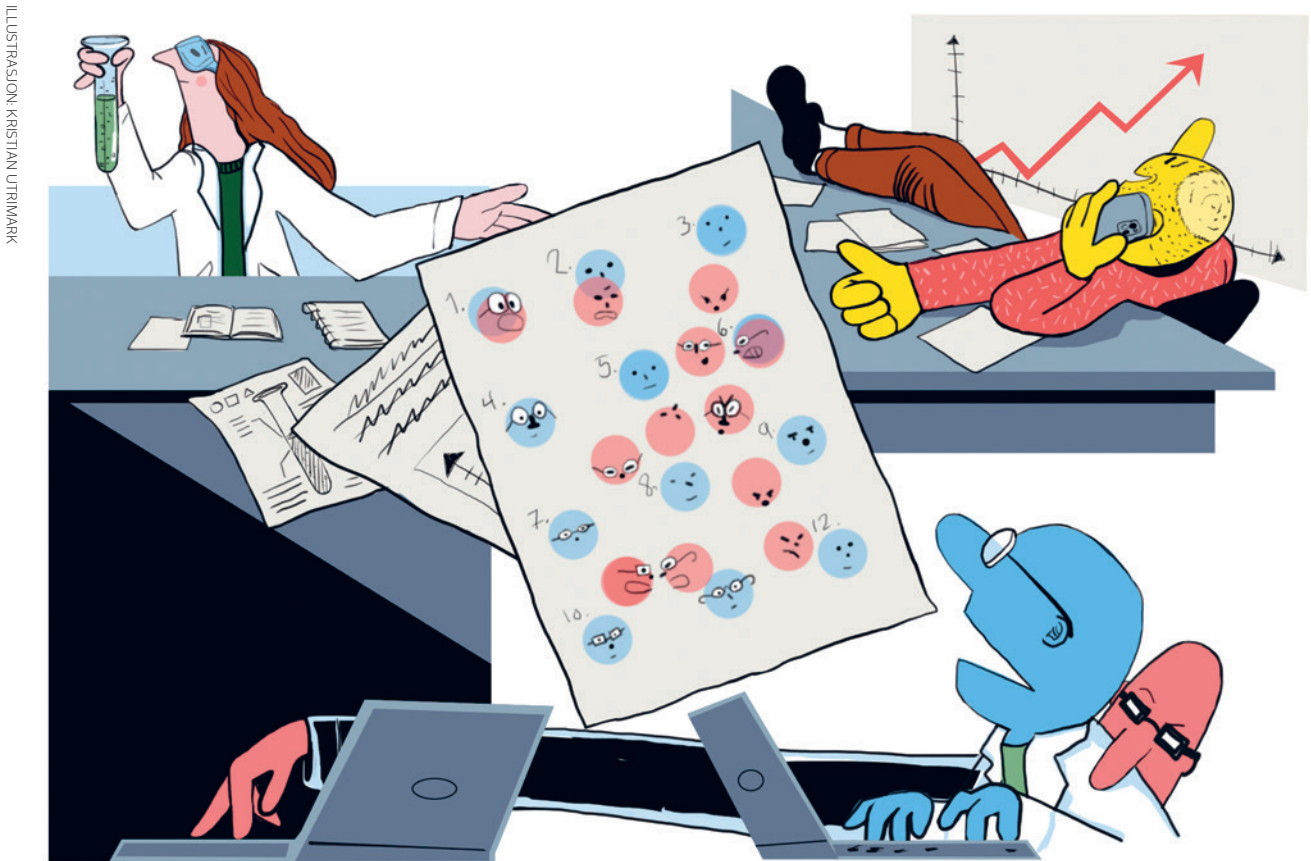
Gjennom de siste 25 årene har jeg deltatt i en rekke forskningsetiske utvalg, både nasjonale og lokale ved Universitetet i Oslo. Min erfaring er at det er tre–fire temaer som går igjen som særlig problematiske. Jeg skal skissere disse temaene, og håper det kan bidra til at publiserende psykologer unngår å havne i forskningsetisk trøbbel.

Krav til forfatterskap: Vancouver-reglene (ICMJE | Recommendations | Defining the Role of Authors and Contributors) er retningslinjer som gjelder innenfor biomedisinske fag. I stor grad ser det ut som andre fagfelt også har adoptert reglene. De reviderte Vancouver-reglene stiller fire krav til forfatterskap: at medforfatter har bidratt i planleggingen, datainnsamlingen, analyse eller tolkningen av data; at man har bidratt vesentlig i skriveingen av artikkelen eller i å revidere dens intellektuelle innhold; at man må være med på å godkjenne manuskriptet før publisering og at man står ansvarlig for alle aspekter ved

studien. Vancouver-reglene ansvarliggjør den enkelte. Det innebærer blant annet at hver medforfatter kan felles for uredelig forskning hvis en artikkel blir vurdert som uredelig eller å bryte med god forskningsetisk praksis.

Det knytter seg to typer problemer til forfatterskap. Det ene er at det innen enkelte forskningsfelt er vanlig med store internasjonale prosjekter og mange medarbeidere, ofte kalt konsortier. Innenfor biomedisin (f.eks. genetikkforskning) og høyenergiteknikk (partikkelfysikk) er det ikke uvanlig med mer enn 100 forfattere på en artikkel. Rekordene er en publikasjon fra CERN-prosjektet med 5154 forfattere. Det er åpenbart umulig å tilfredsstille Vancouver-reglene med så lange forfatterlister.

Det andre dilemmaet gjelder forfatterrekkefølgen. Det er ikke noe som skaper så mye konflikter som den. Til en viss grad er noen av plassene i en lang rekke av forfattere gitt. Innen medisin, og etter hvert også psykologi, er det vanlig at prosjektlederen er sisteforfatter. I prosjekter hvor det inngår Ph.D.-studenter, er det nesten alltid stipendiaten som er førsteforfatter. Men utover dette er rekkefølgen på forfattere gjenstand for forhandlinger, som bør tas i forkant av artikkelskrivingen. Alfabetisk plassering ansees som en nøytral plassering, mens andreforfatter og nest siste forfatter er plassert som signaliserer at vedkommende har ytt et større bidrag til arbeidet.



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRMARK

Offentliggjøring av forskningsresultater før fagfelleevaluering: Tanken, i hvert fall innenfor medisin og helsefaglig forskning, har vært at en artikkel skal vurderes av andre kompetente fagfolk før resultatene gjøres kjent for allmennheten. Fagfelleevaluering og vitenskapelig publisering skal tjene som portvoktere for at feilaktig informasjon skal spres til et større publikum. Jeg har sett mange eksempler på at forskere får medioppslag før resultatene er publisert i et vitenskapelig tidsskrift. I et par tilfeller har jeg grepet fatt i slike saker. I en av sakene erfarte jeg at denne «forsiktighetsregelen» nok ikke gjelder i alle fagfelt. Rettsvitenskap er et eksempel hvor det nærmest er den motsatte kulturen som gjelder. Men om vi bare holder oss til medisin og psykologi, er prinsippet satt veldig på strekk de siste årene. Den ene grunnen er koronapandemien, som skapte et voldsomt press på å være først ute og publisere raskest mulig. Selv de beste medisinske tidsskriftene publiserte artikler et par uker etter at de var mottatt i redaksjonen, uten skikkelig fagfelleevaluering. Etter en tid måtte artiklene trekkes tilbake, fordi nærmere ettersyn viste at resultatene ikke stemte. I løpet av de to siste årene er det trukket et stort antall artikler innenfor koronaforskningen.

Fagfelleevaluering er en portvokter og en viktig forskningsetisk foranstaltning. Og fagfelleevalueringer står i fare for å bli dårligere med Open Access (OA)-publisering. Prinsippet i OA-forskning er at forskeren betaler tidsskriftet for å få en artikkel publisert, ikke at leseren (les: institusjons-

”

Hver medforfatter kan felles for uredelig forskning hvis en artikkel blir vurdert som uredelig

»



Oppgi referanser i *alt* du har hentet fra andres publikasjoner

bibliotekene) betaler for abonnemeter. Dette fører til press på redaktørene om å akseptere flest mulig artikler for å sikre inntekter. Det har igjen ført til dårligere kvalitetskontroll på artiklene, i hvert fall i den fasen vi befinner oss i nå. Hovedformålet med OA-publiserings var at man ønsket å frata de store forlagene noe av den enorme profitten som lå i vitenskapelige tidsskrifter. Resultatet har ikke blitt som man ønsket. De akademiske institusjonene bruker i dag mer penger på tidsskriftavtaler enn noen gang. Enkelte tar derfor til orde for å avskaffe hele ordningen med vitenskapelige tidsskrifter; at forskeren selv kan legge ut sine funn på en internettplattform når hen mener tiden er inne for det. Jeg har imidlertid ikke sett noen gode løsninger for gjennomføring av kvalitetsvurdering med et slikt system. Det brede publikum trenger hjelp til å skille klinten fra hveten; eller «skille mellom Einstein og Jaquesson», som en nylig uttrykte det i *Khrono*.

Plagiering: er den hyppigste formen for brudd på forskningsetiske prinsipper, og som flest forskere har blitt felt for. Vi har hatt flere saker i psykologisk forskning, også i Norge. Men jusen på området er komplisert. Det er ulik praksis for kildehenvisning i ulike fag, og det er også et springende punkt om plagieringen har vært intensjonell eller ikke. Vi hadde en sak for noen år siden hvor institusjonens opplæringsansvar overfor en Ph.D.-student ble et sentralt tema. Stipendiaten gikk til slutt fri, selv om det var liten tvil om at plagieringen i avhandlingen var omfattende. Rådet til skrivende psykologer er enkelt: oppgi referanser i *alt* du har hentet fra andres publikasjoner. Merk også at selvplagiering bryter med god forskningsetisk praksis. Du kan ikke late som noe du skriver er nytt, hvis du allerede har publisert tilsvarende tanker eller resultater. Både for doktorgrader og tidsskriftartikler er det vanlig at institusjonen/forlaget kjører teksten gjennom et plagieringsprogram. Sjansene for å bli tatt med buksa nede har blitt stor, og ingen vil vel fremstå som en bukseløs plagiatør.

Fabrikasjon eller forfalskning av data: er de mest alvorlige tilfellene av brudd på god forskningsetikk, og er følgelig de som vekker mest offentlig oppmerksomhet, som Sudbø-saken i Norge og Macchiarini-saken ved Karolinska Institutet i Sverige. Vi har også hatt noen «spektakulære» saker i psykologien. Mest kjent er nok saken med den anerkjente, britiske intelligensforskeren sir Cyril Burt (1883–1971), som etter sin død ble anklaget for å ha forfalsket data, uten at det noen gang ble slått fast at han gjorde det. Fra nyere tid har vi den nederlandske sosialpsykologen Diederik Stapel. Han ble felt av egne studenter, innrømmet å ha forfalsket data i et titalls studier og måtte trekke 55 vitenskapelige artikler. Stapel slapp fengsel, men ble idømt samfunnsstraff.

Hvorfor jukser forskere? En grunn kan være at forskere av ulike årsaker sitter isolert, uten særlig kontakt med andre kompetente forskere, som for eksempel innen legemiddelutprøving. Internasjonale undersøkelser har vist at denne gruppen er særlig tilbøyelig for å ta snarveier til å frembringe ønskede data.

Den andre, og antakeligvis viktigste årsaken til juks, er behovet for anerkjennelse og avansement. Hvis du publiserer i de høyest rangerte tidsskriftene, slik Sudbø gjorde, blir du fort en stjerne og kan legge grunnlaget for raske avansementer i det akademiske hierarkiet, og øke sjansene for å oppnå store og prestisjetunge forskningsbevilgninger. Konkurransen er stor. Publisering i de mest anerkjente tidsskriftene er det eneste som teller, og det er ikke enkelt å få antatt artikler i disse. For noen kan fristelsen til å ordne på data bli for stor. Det er lett å tenke at det også kan ligge bestemte karakteravvik eller psykiske plager til grunn for slike handlinger. Jeg skal ikke spekulere i det her, men jeg vil anbefale å google kirurgen Paolo Macchiarini. Hans historie, både på det profesjonelle og personlige plan, er nesten ikke til å tro – og fascinerende lesing. ❌

Den aktiverte hjernen

Samspeilet mellom ulike hjernenettverk kan ha betydning for pasienter med psykiske lidelser.

Hjernen vår er organisert i ulike typer nettverk som består av spesifikke hjerneregioner som aktiveres samtidig. Når oppmerksomheten din rettes mot en spesifikk oppgave, vil ulike deler av hjernen lyse opp samtidig og kommunisere med hverandre. Justyna Beresiewicz har i sitt doktorgrads-prosjekt sett på hvordan ulike typer oppmerksomhets-nettverk i hjernen opp- og nedreguleres ved aktiv oppgaveløsning og hvile. Hypotesen er at samspeilet mellom disse nettverkene er sentralt i en rekke psykiske lidelser.

HOVEDFUNN

Beresiewicz undersøkte to funksjonelle hjernenettverk, Default Mode Network (DMN) og Extrinsic Mode Network (EMN), som refererer til to nettverk som tildeler oppmerksomhet enten innover eller utover. En studie på friske personer bekreftet tilstedeværelsen av disse nettverkene og at de var antikorrelerte; når det ene ble aktivert, gikk det andre ned. Forskningen fant strukturelle forskjeller i hvit substans hos pasienter med schizofreni som opplever hørselshallusinasjoner sammenlignet med pasienter uten hørselshallusinasjonen.

IMPLIKASJONER

Resultatene fra doktorgraden peker på viktigheten av å utvikle metoder som kan gi tilstrekkelig informasjon om den dynamiske reguleringen av hjernenettverk i kliniske og friske utvalg. Viktigheten av å oversette funn fra nevrobiologi til psykiatri, spesielt i kontekst av alvorlige psykiske lidelser, blir også trukket frem.

METODE

Forskningsspørsmålene ble adressert i strukturerte og funksjonelle hjerneavbildningsstudier. I de funksjonelle avbildningsstudiene sammenlignet Beresiewicz hjernens funksjon under ulike typer aktiv oppgaveløsning og ved hvile.

FOTO: JØRGEN BARTH, UiB



JUSTYNA BERESIEWICZ

Structural and functional largescale brain network dynamics: Examples from mental disorders

DISPUTAS 10.03.2023, UiB

Teknologi for bedre søvn

- Kan teknologiske nyvinninger hjelpe oss å sove bedre? spør Daniel Vethe i sin doktorgrad.

De siste tiårenes teknologiske utvikling har ført til økt bruk av kunstig belysning og skjermlys på kvelden, noe som kan forstyrre søvnen og døgnrytmen. Dette har skapt utfordringer for folk som allerede sliter med søvn. Samtidig åpner teknologien opp for nye måter for måling og behandling av søvn. I doktorgraden testet Vethe tre slike teknologier; blåblokkert lys, et kontaktløst søvnmålingsinstrument og en heldigital versjon av kognitiv atferdsterapi for insomni (CBT-I).

HOVEDFUNN

Studiene viser at blåblokkert lysmiljø på kvelden gjør at friske deltagere blir mer A-mennesker, produserer mer melatonin på kvelden, sover litt lengre og har bedre og mer REM-søvn. Radarmåling av søvn viser et stort potensial til å bedre behandling og kartlegging av søvn, da målingen kan gjennomføres kontaktløst og uten å forstyrre pasienten. Det er også potensial for økt presisjon med nye analysemetoder i fremtiden. Ansikt-til-ansikt CBT-I var bedre enn heldigital CBT-I.

IMPLIKASJONER

Blåblokkerte lysmiljøer og radarmåling av søvn har stort potensial, spesielt i sykehussettinger. Ansikt-til-ansikt CBT-I ansees som beste behandlingsalternativ for pasienter med insomni i spesialisthelsetjenesten, men kan også være effektiv på andre nivåer i helsetjenesten.

METODE

Blåblokkert belysning ble testet ved at friske deltagere overnattet på en sykehusavdeling med blåblokkert lys. Radarmåling ble gjennomført på friske kontrollere og pasienter ved at en radar ble festet i taket og registrerte mikrobevegelser gjennom natten. Ansikt-til-ansikt og heldigital CBT-I ble sammenlignet i et randomisert design.

FOTO: PRIVAT



DANIEL VETHE

Use of novel technology to advance the assessment and treatment of sleep and circadian rhythms disruption: Blue-depleted light environments, radar assessment, and automated digital therapy

DISPUTAS 30.03.2023, NTNU

Meninger

DEBATT

En ideologisk tilnærming

En biopsykososial tilnærming til ME fremstår ideologisk snarere enn etisk og vitenskapelig forankret.



TEKST Frøydis Lilledalen, psykologspesialist og ufør

BIOPSYKOSOSIAL MODELL

MERKNAD

Artikkelforfatteren er medlem i ME-foreningen, men skriver på egne vegne.

JEG VIL STARTE med å takke fagutvalget for klinisk helsepsykologi og legene fra Oslo universitetssykehus (OUS) for innspill til debatten rundt biopsykososial modell (BPSM). For å rydde misforståelser av veien: Min kritikk gjaldt den praktiske bruken av BPSM i møte med ME, ikke tilnærmingen på generelt grunnlag.

Som fagutvalget påpeker, må tiltak rettes mot både somatiske plager og psykologiske og sosiale konsekvenser av ME. Men formuleringen «ulike faktorer er sentrale i forløpet av sykdomsutviklingen» er vag. Den baner vei for hypoteser om manglende robusthet og maladaptiv atferd. Slike hypoteser ligger til grunn for behandlingstilnærminger som kognitiv atferdsterapi (CBT) og gradert trening (GET), som er vist å være til skade for mange ME-syke. Siden vi ikke vet hvorfor over 95 prosent forblir kronisk syke, hvorfor noen har et progredierende forløp, eller hvorfor noen blir friske, må behandlere være varsomme med antagelser og attribusjoner.

ENERGIØKONOMISERING

Fagutvalget skriver: «Når en person har somatiske plager, påvirker det personen, enten det er i form av opplevd tiltaksløshet, slitenhet, oppgitthet, tap, engstelse, tilbaketrekning eller andre reaksjoner.» Sosial tilbaketrekning og slitenhet kan for en del pasientgrupper være psykologisk styrt og/eller opprettholdende fak-

torer. Men for de fleste ME-syke vil gjentatte forsøk på aktivitet utenfor tålegrense føre til varig symptomforverring. For mange ME-pasienter er unngåelse av aktivitet som forverrer sykdommen, nødvendige tiltak for å ivareta restfunksjon.

Kronisk sykdom har psykososiale konsekvenser også for ME-syke. For å være til hjelp for ME-pasienter må psykologer forstå og anerkjenne anstrengelsesutløst sykdomsforverring (PEM). Psykososiale tiltak for pasienter med og uten PEM vil ha ulikt innhold og ulike mål. Begge grupper vil trenge validering, bearbeiding av tap og eventuelle traumer. Men der ansvarliggjøring hos en person med hel-seangst eller depresjon innebærer å utfordre grenser, vil det for en ME-pasient være viktig å lære *pacing* (behandlingsform der målet er å finne den rette balansen mellom hvile og aktivitet) og energiøkonomisering. Jeg er usikker på hva en henvisning til en studie om smerte-forventning tilfører debatten. Ideen om at ME-sykes multisystemiske symptombilde styres av forventninger om smerte og utmattelse, assosierer jeg med CBT og GET, som er vist å gjøre mange ME-syke sykere.

Legene fra OUS belyser ME-sykes behov for «å bli trodd». I år ble det publisert resultat fra en undersøkelse der respondentene var pasienter med alvorlig/svært alvorlig grad (Sommerfelt et al., 2023). Svært alvorlig grad betyr



MISTRO Deler av dagens retorikk påfører pasienter med ME negative sosiale markører, som igjen medfører at pasienter møtes med økende mistro i tjenester og i samfunnet, mener Frøydis Lilledalen. Foto: Mia Takahara / Plainpicture / NTB Scanpix

et symptombylde som gjør at du ikke kan sitte eller snakke og er 100 prosent avhengig av hjelp. Studien beskriver et massivt lidelsestrykk for pasienter og pårørende. Når pasienters største behov er å bli trodd, handler det om mer enn menneskeliggjøring og anerkjennelse. Tro er en forutsetning for lindring, praktisk støtte, tilrettelegging, avlastning, støtte og relevant forskning.

Legene fra OUS stiller spørsmålet: «Så hvor starter vi, og hvor går vi når pasienten har opplevd møter med helsevesenet som krenkende og vanskelige?» Til dette høyst relevante spørsmålet har jeg noen tanker. Å anerkjenne ICD-11s klassifisering av ME som en nevrologisk lidelse er en start. Etter gjennomgang av all forskningslitteratur og dialog med pasientorganisasjoner konkluderer det britiske helseorganet NICE med at ME er en primært somatisk lidelse. CBT er altså ikke kurativt, og gradert trening og Lightning Process er ikke anbefalt. Et skritt mot fornyet tillit kunne være at Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME (NKT) implementerte konklusjonene i klinisk praksis, framfor å motarbeide dem. En utfordring jeg skisserte i mitt innlegg, var «sektiv forvaltning og formidling av forskning». Index of ME/CFS Published Research er en samling av ME-publikasjoner. Her finnes 175 artikler om nevrologi, sentralnervesystemet og autonom dysfunksjon, 130 immunologiske studier og 102 artikler om ME/CFS og infeksjoner. Videre inneholder samlingen flere hundre studier som adresserer biomarkører, hjertefunksjon, endoteliopati, mikrobiota, genuttrykk, forskning på *microclots*, metabolo-mikk, ionekanaler, muskulatur, O₂-opptak, psykisk helse, livskvalitet, fenotyper og subgrupper.

”

... det vil øke tilliten å
anerkjenne somatisk
forskning

»



Deler av
dagens
retorikk
påfører
pasienter
negative
sosiale
markører

OUS og NKT har ansvar for å formidle og forvalte denne forskningen. Når OUS-legene skriver om betydningen av «å sette strek» fordi «utredning er en opprettholdende faktor i seg selv», refererer de til en studie av Helgeland (Helgeland & Gjone, 2022). Studien er gjort på barn med funksjonelle lidelser. Hvis OUS anser ME som en funksjonell lidelse, opererer de i strid med Academy of Medicine, WHO, NICE og den store majoritet av ME-forskere. Dette er nok et eksempel på ME-sykes utfordringer med å bli trodd. Per i dag vet vi ikke hvordan de somatiske funnene henger sammen, eller hvordan de patologiske avvikene kan kureres. Leger kan derfor ikke «teste alle for alt». Men det vil øke tilliten å anerkjenne somatisk forskning, være åpne for det vi ikke forstår, samt utrede kjent, behandlingsbar komorbiditet som tynnfibernevropati, POTS, endotelopati og microclots.

HÅP

OUS skriver at de har et ansvar for å formidle håp slik at pasientene ikke sitter på venteværelset og venter på et medikament. Formuleringen vitner om manglende kjennskap til pasientpopulasjonen. Nær alle ME-syke har vært på rehabiliteringsopphold og hos psykologer. De fleste ME-syke forsøker kosttilskudd, fysioterapi, trening, terapi og et utall andre tilnærminger. Gjentatte antydninger om at ME-syke passivt venter på en pille, forsterker stigma. Å attribuere manglende bedring til et spørsmål om vilje, og å tolke PEM og ME som funksjonelle fenomen, mangler vitenskapelig grunnlag.

Deler av dagens retorikk påfører pasienter negative sosiale markører, som igjen medfører at pasienter møtes med økende mistro i tjenester og i samfunnet. Pasienter som ikke gjenkjenner negative tankemønstre og opphengt stressrespons, gis likevel stressmestring og kognitiv terapi.

Pasienter som motsetter seg tiltak som gjør dem verre, mister helsehjelp. Flere opplever en diskrepans mellom behov og tilbud. Pasienter som får tjenester som ikke hjelper, og ikke får hjelp de trenger, får redusert mestingsfølelse og selvverd, økt sosialt stigma, og det totale lidelsestrykket forsterkes. Således skaper dagens BPS-tilnærming negative synergier mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

I dag har vi kun *ett* tilbud tilpasset de sykeste pasientene, der ny forskning anvendes: Røysumtunet. Her rapporteres det om at 25 prosent opplever bedring. Det er et høyt tall sammenlignet med andre tjenester. Røysumtunet skaper håp, og det er et behov for et lignende tilbud i statlig regi. Gitt den manglende tilliten som vises ME-syke, er det tankevekkende hvor stor innflytelse en liten gruppe friske fra organisasjonen Recovery Norge har på utviklingen av behandlingstilbud. Påvirkningen går på bekostning av stemmene til de anslagsvis 20–40 000 ME-syke i Norge, og er en utfordring jeg håper fagutvalget og OUS tar tak i.

HJELPEKUNST

OUS-legene refererer til Kierkegaard når de skriver at «Som i all god hjelpekunst må vi starte der pasienten befinner seg». Men når de skriver at «Hvis pasient og familie ikke er tilstrekkelig motivert for en helhetlig tilnærming, kan vi heller ikke hjelpe», er det vanskelig å tro at de har fattet Kierkegaards poeng:

Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil hjelpe, og gjennom det forstå at det å hjelpe ikke er å beherske, men å tjene – at det å hjelpe ikke er å være den mest herskesyke, men den tålmodigste, at det å hjelpe er villighet til inntil videre å finne seg i å ha urett og ikke å forstå, hva den andre forstår (Kierkegaard, 1994).

Dagens BPS-tilnærming til ME fremstår ideologisk snarere enn etisk og vitenskapelig forankret. Mange pasienter sitter igjen med at tjenesten er mer opptatt av «å beherske» enn «å tjene», for å følge Kierkegaards retorikk.

Psykologene Goolishian og Anderson problematiserer forutinntatte forventninger og holdninger terapeuter kan ha til pasienter. De fremmer klientsentrert psykologi og «pasienten som ekspert på seg selv». En slik inngang betyr ikke at pasienten innehar legens kunnskaper, eller er en bedre psykolog enn psykologer. Men den legger til grunn en tillit til at pasienter har perspektiver og erfaringer som skal anerkjennes. I en behandlingssituasjon innebærer dette at hvis en pasient sier at vedkommende vil, prøver og lengter etter å være aktiv, men forteller at aktiviteter som er godt for hjerte og sjel, relasjoner og livskvalitet, gjør dem fysisk sykere – da skal de bli trodd. ✕

REFERANSER

- Anderson, H. (1997). *Conversations, Language and Possibilities a postmodern approach to therapy*. Basic Books.
- Helgeland, H., Gjone, I. H. & Diseth, T. H. (2022). The biopsychosocial board – A conversation tool for broad assessment and identification of effective treatment of children with functional somatic disorders. *Human systems: Therapy, Culture and Attachments*, 2(3), 144–157. <https://doi.org/10.1177/26344041221099644>
- Helland, I. B. (2022). *Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management*. (Kommentar til NICE guidelines fra leder av Kompetansetjenesten for ME/CFS.) <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-cfsme/Documents/NICEcomments-MECFS.pdf>.
- Kierkegaard, S. (1994). *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed*. I S. Kierkegaard (Red.), *Samlede værker*. Gyldendal.
- Sommerfelt, K., Schei, T. & Angelsen, A. (2023, 14. februar). Severe and Very Severe Myalgic Encephalopathy/Chronic Fatigue Syndrome ME/CFS in Norway: Symptom Burden and Access to Care. *Journal of Clinical Medicine*, 12(4). <https://doi.org/10.3390/jcm12041487>
- The ME Association. (2023, 1. januar). *Index of ME/CFS Published Research*. Hentet fra file:///C:/Users/froyd/AppData/Local/Packages/microsoft.windowscommunicationsapps_8wekyb3d8bbwe/Local-State/Files/SO/5/Attachments/ME-Association-Index-Published-MECFS-Research[741].pdf.
- Twisk, F. N. & Maes, M. (2009). A review on cognitive behavioral therapy (CBT) and graded exercise therapy (GET) in myalgic encephalomyelitis (ME) / chronic fatigue syndrome (CFS): CBT/GET is not only ineffective and not evidence-based, but also potentially harmful for many patients wit. *Neuro Endocrinology Letters*, 30(3), 284–299.

VELKOMMEN TIL PANELDEBATT

Metode, erfaring og evidensbasert praksis: Har vi glemt pasienten?

Psykologtidsskriftet inviterer til panelsamtale om psykisk helsevern og pasientens plass i psykologens handlingsrom. Psykologene og forskerne Roger Hagen, Hanne Oddli, Andreas Høstmælingen og sjefredaktør Katharine C. Williams møtes til debatt! Samtalen modereres av redaktør Heidi Wittrup Djup.

Arrangementet streames. Det er gratis og åpent for alle. Husk å melde deg på til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no – plasser tildeles etter først-til-mølla-prinsippet. Les mer:



DATO OG TID 31. mai, kl. 16:30 | **STED** Bergen Offentlige Bibliotek (Strømgaten 6, Bergen)



Hva er ikke en psykolog

Det brenner, og vi trenger noe mer enn flere betalte hender. En tilstandsrapport om helsevesenet i Norge anno 2023, skrevet som en løfterik dystopi i fire akter.

Første akt

Jeg lurer på hva en psykolog *ikke* er?

Spør for en venn.

En venn som har gått seks år på skole for å bli et bål. Et par myke øyne uten krav og en munn uten svar.

Spør for en annen venn, som er mottakssentral for krav om akuttsamtaler etter kattens død og bestillinger av ADHD-utredninger.

Spør for en gjeng på hjemmekontor som prøver å løse en omsorgskrise med nettbaserte selvhjelpsprogrammer.

For en fyr som reiser med WISC-koffert til et hotell på Helgelandskysten.

Fem psykologstudenter som forteller ungdomsskoleelever at de må snakke med noen når de får kjærlighetssorg.

To samfunnspsykologer som tjenestedesigner en oppblåsbar elefant for å symbolisere livsmestring.

Ei dame med divan som er dagmamma for førtiåtte voksne med nedsatt mentaliseringsevne.

En fyr som leter fortvilt i lommene etter verktøy, en annen som drar hjem til kjellergutter med chilli cheese tops fra McDonald's.

Andre akt

Hendene kjenner

Tyngden av håp

Hvor bleier gnager

Hvordan kjønnsår kryper oppover lår

Klamhet i panner, knehaser, marerittsvette, størkna mensblod, epilepsiskum, avføring på laken, sikkell og tannpastarester som renner nedover kinn, spor i hud etter hikst eller hulk, tung luft under dobbelt lag med plasthansker

Det er disse hendene som må holde fast i livet, så ingen tar det

Det er disse hendene som munnene spiser av når det ikke er mat hjemme

Det er disse hendene som fester lamme lemmer i takheiser

Det er disse hendene som fører klyx inn i endetarmen og tvinger tannbørster inn mellom sammenbitte kjever

Det er disse hendene som skriver:

Ovennevnte tiltak har ikke vist effekt

Hendene kjennes ru, hovne, som værslitte gummistøvler, brukte, trælete der tjukt rep har gnagd seg flisete på putene i fingerfestet, betente der tommel og pekefinger har presset piller, knokene tørre av såpe og vann, fingertuppene har mistet følsomheten etter gjentatte berøringer, hendene verker der de hviler



TEKST Ingvill Maria
Daatland Hekne,
psykolog

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

OMSORGSKRISE

MERKNAD
Ingen oppgitte
interessekonflikter



Tredje akt

De møtes to ganger i uka i tre år, pasienten (P) sitter på stolen nærmest døren og terapeuten (T) ved vinduet. To hundre ganger leker de mor og datter, P er en dårligere datter og T er en bedre mor. P beskylder T for de villeste feilgrep og T stryker med hårene. P gråter en hel del og T kaster snørrpapiret når P har gått. En dag buser vaktmesteren inn, han skal reparere listene så de kan ikke høre dem ute på felleskjøkkenet lenger. T blir flau og sier at han forstyrrer, P kaster seg rundt halsen hans som om han var en hjemvendt far og takker for at det endelig er noen som gjør noe nyttig.

Fjerde akt

Tre omsorgstrette og akevittpregede psykologer møtes til nasj.

De er medtatte etter å ha kjent politikken velte inn på kontoret i årevis, det kjennes som en tsunami av behov som aldri stilner, som om de prøver å kompensere for et felleskap i oppløsning, som om de ene og alene er ansvarlige for å redde velferdsstatens rykte.

«Nyliberalisme!» Diagnostiserer den radikale. «Folk har blitt lært opp til å være klienter, de skal passivt innta terapi som en pille, de kommer og krever at vi skal løse deres problemer, krever verktøy, men de vil faen meg ikke ta dem i bruk, og skal liksom ikke kreve noe av sine omgivelser, ikke være til bry, og ikke bidra heller, for det er *emotional labour*».

«Ja», sukker den bløte, «det skremmer meg at folk må betale for å bli sett inn i øya, jeg sitter bare der, *du er som havet* sa en klient idag, gjør ikke en dritt, og så sier de på slutten av timen at de ikke kan snakke sånn med noen andre, har de ikke venner?» Hun sukker igjen og tar en slurk portvin. Den tredje, filosofen mumler «meget forstemmende».

Den radikale reiser seg og roper «mer enn et verktøy for å håndtere stresset, trenger vi en systemnøkkel for å endre hele oppsettet!» Den melankolske og den bløte titter opp «men hvordan?»

En venstrevelger fra emmasofiaklinikken svinger innom og hjelper nachjgjengen over i en ketaminassistert visjon, om et lillahudet vesen, helsevesen, som bor bak legevakten, med mange lange patter, som ammer alle fortapte sjeler. Stutte kvinner og menn i drakter og dresser kommer med sløve store kniver for å kutte i henne, men i stedet for blod kommer det råmelk, som renner nedover Storgata, ned i kumløkkene og inn i de mange små hjem, og små munnar som smatter fornøyd med tungen.

«Omsorg til folket», synger de firstemt.



Psykolog nederst på rangstigen

«Jeg må finne meg en ordentlig psykologjobb», overhørte jeg på arbeidsplassen min i pedagogisk-psykologisk tjeneste, PPT.

UTSAGNET FIKK MEG til å reflektere over hva psykologer tenker at en ordentlig psykologjobb er. Den «ordentlige» psykologen jobber gjerne i en spesialisthelsetjeneste på et offentlig innredet kontor med to mindre behagelige stoler. I den ene stolen sitter pasienten med en vond og kompleks historie. Pasienten har det strevsomt og klarer ikke lenger å stå i jobb. I den andre stolen sitter psykologen. Kompetent, varm i blikket og med rolig og trygg stemme. I starten av terapiforløpet flakker pasienten med blikket. Det er vanskelig å åpne seg. Psykologen bruker tid på å gjøre pasienten trygg og skape tillit. Sammen klarer de sakte, men sikkert å finne sammenhenger mellom det vonde fra fortiden og pasientens nåværende strev. Pasienten blir fastere i blikket. Mestrer etter hvert hverdagen litt bedre. Sakte, men sikkert fungerer vedkommende og slipper å komme til psykologen én dag i uka.

Så hva er en ordentlig psykologjobb? Jeg lurte på det samme da jeg trakkett mine første skritt inn i arbeidslivet. Psykologer kan vel ikke jobbe i PPT? På studiet ble jeg pepret med terapiretninger, viktigheten av allianse i terapiforløpet og utredning og diagnostisering av psykiske lidelser. Broen mellom studiet og praksis ble utydelig. Hva ville Freud sagt om dysleksi? Jeg hadde en tanke om at det var et likhetstegn mellom det å være psykolog og å drive med terapi. Jeg kjente på en frykt for å miste meg selv i psykologrollen. Jeg ble redd for at en jobb uten terapeutiske oppgaver ville gjøre at jeg på sikt ble «mindre» psykolog.

Etter fire år i PPT har jeg endret syn på hva en «ordentlig» psykologjobb er. I møte med Ida som er urolig og vandrer i klasserommet, med

Ahmed som ikke vil på skolen, Fredrikke som strever med å få seg venner og føler seg utenfor fellesskapet, og Tim som har dysleksi, og som føler seg dum og ubrukkelig. I disse møtene innses jeg at psykologen har mye å bidra med også i PP-tjenesten. For når Ida, Ahmed, Fredrikke og Tim går på skolen hver dag og opplever å ikke mestre eller trives, påvirker det deres psykiske helse. Og det er dette psykologer kan noe om: Vi har kunnskap om relasjoner, utviklingspsykologi, selvbilde, fravær og hva som skal til for å forebygge mobbing. Som psykolog i PPT kan jeg drøfte problemstillinger med skolene og barnehagene på et tidlig tidspunkt og bidra til at vansker og utfordringer ikke utvikler seg i negativ retning. Ahmed klarer kanskje å gå på skolen om han får bedre oversikt over hva som skal skje, og blir møtt av en trygg voksen i skolegården.

Psykologers kunnskap om barns utvikling gjør at vi kan hjelpe skolene og barnehagene med å sortere hva som er innenfor normal utvikling, og hva som kan gi grunnlag for bekymring og som bør følges opp videre. Vansker med konsentrasjon kan påvirkes av utallige faktorer og trenger ikke gi bekymring for ADHD. Drøftinger av enkeltelever kan gi overføringsverdi til lignende saker og gjør at psykologens kunnskap kan nå ut til og hjelpe mange barn og unge. Drøftingene mellom PPT og skoler/barnehager fører til at barn og unge kan få rett hjelp til rett tid.

Så hva er en «ordentlig» psykologjobb? Å bidra til at psykologers kompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid kommer barn og ungdom enda bedre til nytte, er en av dem. ✕



TEKST Julie Sture Sørensen, pedagogisk-psykologisk rådgiver

PPT

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter



Hva ville Freud sagt om dysleksi?

Forvirrende om kjønnsinkongruens

Marit Johanne Bruset etablerer en unødvendig motsetning mellom kjønnsbekreftelse og psykologisk behandling.



TEKST Reidar Schei Jessen, psykolog og postdoktor, Universitetet i Oslo

KJØNNS-INKONGRUENS

MERKNAD Reidar Schei Jessen var nestleder i Skeiv Ungdom fra 2013–2016. Han disputerte i 2021 på en doktorgradsavhandling om unge transpersoners subjektive opplevelse av kjønnsinkongruens, og prosjektet var støttet av Stiftelsen Dam i samarbeid med brukerorganisasjonene Harry Benjamin Ressursenter, FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold og Skeiv Ungdom. Dette innlegget er tidligere publisert i vår nettutgave 29. desember 2022.

DEBATT OM HVORDAN vi som psykologer best kan hjelpe ungdom med kjønnsinkongruens er velkomment, men diskusjonen må være basert på sannferdig gjengivelse av kunnskap.

Det kan ikke sies om innlegget til Marit Johanne Bruset, psykolog og styremedlem i aktivistnettverket Genid, i Psykologtidsskriftets desemberutgave. Bruset hevder at 75 % av ungdommene har psykologiske symptomer og siterer en finsk studie fra 2015. Derimot viser andre internasjonale oversiktsstudier at andelen ligger mellom 20 og 60 % (Janssen et al., 2019). Angst, depresjon og selvskading utgjør en stor andel av symptomene, livsvansker som også kan skyldes stigma og manglende anerkjennelse.

Bruset hevder at de nye nasjonale retningslinjene for kjønnsinkongruens legger til grunnen såkalte «bekreftingsmodellen» i motsetning til «psykiatrisk utredning og stabilisering». Her etablerer Bruset en unødvendig motsetning mellom bekreftelse og psykologisk behandling.

Når 92 % er fornøyde etter kjønnsbekreftende behandling, kan det indikere at kjønnsinkongruens blir redusert og ikke konsolidert.

Å møte ungdommene på en empatisk og anerkjennende måte betyr ikke at man umiddelbart igangsetter medisinsk behandling. Bekreftelsesmodellen reflekterer en økende erkjennelse de siste tjue år om at psykologisk behandling med mål om å endre en persons kjønnsidentitet både er virkningsløs og skadelig (American Psychological Association, 2015). De nasjonale retningslinjene for kjønnsinkon-

gruens anbefaler at barn og unge først og fremst skal få råd og samtaler. All medisinsk behandling skal gjennomføres i tverrfaglige team i spesialisthelsetjenesten.

Videre hevder Bruset at nyere forskning indikerer at 85 % av barn med kjønnsinkongruens «veks det av seg», og at bekreftelsesmodellen fører til «konsolidering» av kjønnsinkongruens. Dette er en fordreid fremstilling av forskningen. Olson-Kennedy et al. (2022) fant at 92 % av ungdommene som hadde fått medisinsk behandling i tråd med internasjonale retningslinjer var fornøyde etter fem år. Bekreftelsesmodellen forutsetter at irreversibel medisinsk behandling ikke må igangsettes før ungdommene er 16 år, nettopp fordi barns kjønnsidentitet kan være flytende. Når 92 % er fornøyde etter kjønnsbekreftende behandling, kan det indikere at kjønnsinkongruens blir redusert og ikke konsolidert.

Vi har god dokumentasjon på at medisinsk behandling i tråd med internasjonale retningslinjer reduserer psykiske vansker hos ungdom med kjønnsinkongruens (Carmichael et al., 2021). Det kan virke som at ungdommene med de mest alvorlige psykiske vanskene, ikke nødvendigvis har færre psykologiske symptomer etter medisinsk behandling, men de får det heller ikke verre. Vi trenger mer forskning på effekter av medisinsk behandling og hvordan vi best kan møte disse ungdommene ulike utfordringer. Brusets eneste svar er «høgspesialisert behandling» og «psykiatrisk utredning», men hva dette skal innebære gir hun ikke svar på.



Faksimile av desemberutgaven

Hvordan ser Bruset for seg at vi psykologer skal møte ungdom med kjønnsinkongruens på etisk og faglig forsvarlig vis uten å ta utgangspunkt i deres selvopplevelse?

I en undersøkelse fra 2019 fant Katrina Roen og jeg at en viktig oppgave for psykologer i møte med ungdom med kjønnsinkongruens, er å utforske opplevelse av kjønn og strategier for å håndtere psykososiale vansker. En slik terapeutisk utforskning forutsetter imidlertid alltid at psykologer møter ungdommen med en ektefølt bekreftelse av kjønnsopplevelse (Jessen & Roen, 2019).

REFERANSER

American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist, 70*(9), 832–864. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0039906>

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLOS ONE, 16*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>

Janssen, A., Busa, S. & Wernick, J. (2019). The complexities of treatment planning for transgender youth with co-occurring severe mental illness: A literature review and case study. *Archives of Sexual Behavior, 48*(7), 2003–2009. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1382-5>

Jessen, R. S. & Roen, K. (2019). Balancing in the margins of gender: Exploring psychologist’s meaning-making framework in their work with gender nonconforming youth seeking puberty suppression. *Psychology & Sexuality, 10*(2). <https://doi.org/10.1080/19419899.2019.1568290>

Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W. & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth: Gender identity development and biopsychosocial outcomes. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity, 23*(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000236>



Når 92 % er fornøyde etter kjønnsbekreftende behandling, kan det indikere at kjønnsinkongruens blir redusert og ikke konsolidert



Heller fri utforsking enn for rask stadfesting

For rask stadfesting av den unges sjølvopplevelse står i motsetnad til fri utforsking av unges kjønnsidentitet.



TEKST Marit Johanne Bruset, privatpraktiserande, spesialist i klinisk psykologi

KJØNNS-INKONGRUENS

MERKNAD Marit Johanne Bruset er styreleder i Genid, et nettverk av helsepersonell og nære pårørende til personer med kjønnsinkongruens.

REIDAR SCHEI JESSEN hevdar at mitt debattinnlegg i desemberutgåva skaper forvirring om behandling av kjønnsinkongruens. Han hevdar med referanse til den nye faglege behandlingsretningslinja for kjønnsinkongruens at eg etablerer «en unødvendig motsetning mellom bekreftelse og psykologisk behandling» (Helse- direktoratet, 2020). Han meiner forskning viser at kjønnsbekreftande behandling har positiv effekt på kjønnsinkongruens, og stiller følgende spørsmål:

«Hvordan ser Bruset for seg at vi psykologer skal møte ungdom med kjønnsinkongruens på etisk og forsvarlig vis uten å ta utgangspunkt i deres selvoopplevelse?»

NY INFORMASJON

Eg vil ta utgangspunkt i ny relevant informasjon og svare på spørsmålet om kva eg vurderar som fagetisk forsvarleg behandling av unge med kjønnsinkongruens. Men først litt orientering om Genid, som Jessen omtalar som eit aktivistnettverk.

GENID (genderchallenge.no) er eit politisk og religiøst uavhengig nettverk for pårørende til barn/unge med kjønnsdysfori. Nettverket har som formål å sikre barn/unge trygg og forskingsbasert utgreiing/behandling.

Eg har saman med andre fagfolk engasjert meg i dette nettverket som støtteperson og er i dag styreleiar der.

I mange vestlege land er det danna pårørandenettverk pga. bekymring for korleis behandlingsapparatet møter barn/unge med kjønnsdysfori. Bekymringa gjeld mange forhold:

- umiddelbar stadfesting av den unges kjønnsidentitetsoppleving som låser situasjonen i eitt gitt spor før utgreiing er påbyrja
- foreldre som signaliserer tvil / stiller kritiske spørsmål til den umiddelbare stadfesting, blir sett på sidelinja, og sentral informasjon om den unges utviklingshistorie blir neglisjert. Det blir gjort ei rask/overflatisk utgreiing der alvorlege psykiske problem ikkje blir inkludert i vurderinga.
- innhenting av informert samtykke / informasjon til foreldre blir ikkje ivaretatt på ein tilfredsstillande måte før iverksetting av vidare behandlingstiltak

KRAFTIG KRITISERT

Bekymringa eg har uttrykt for utviklinga av behandlingstilbodet her i landet for den nye sårbare pasientpopulasjonen omtala av mellom andre Annelou de Vries, er relatert til Helse- direktoratets nasjonale behandlingsretningslinje (de Vries, 2020).

Retningslinja vart i høyringsrunden kraftig kritisert av fagpersonar frå Folkehelseinstituttet, Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens og Norsk barne- og ungdomspsy-

kiatrisk forening. Dei viste mellom anna til at retningslinja ikkje sikrar forsvarleg utgreiing og gir uklare signal om kven som skal ha behandlingssansvaret (Folkehelseinstituttet, 2020).

Eit nytt uavhengig statleg organ, Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenester (Ukom), støttar denne kritikken etter nyleg å ha undersøkt behandlingstilbodet til barn og unge med kjønnsinkongruens med vekt på pasientsikkerheit.

I byrjinga av mars publiserte dei rapporten «Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens», og denne er verdt å sjå nærare på (Ukom, 2023).

UTILSTREKKELEG KUNNSKAP

Ukom konkluderer med at den faglege retningslinja fråvik Helsedirektoratets eigne krav om kunnskapsbaserte retningslinjer og har skapt rom for rådløyse og store moglegheiter for tolking. Retningslinja er lite normerande og stiller ikkje spesifikke krav til utgreiing eller krav til medisinsk indikasjon for oppstart av behandling.

Omtalen av barns samtykkekompetanse og foreldres rett til informasjon gir også rom for tolking.

Retningslinja etablerer ikkje tilstrekkeleg standard for helsetenesetilbodet, og for nokre pasientar kan den utgjere ein pasientsikkerheitsrisiko.

Ukom påpeikar at feltet i dag er prega av utilstrekkeleg kunnskap, noko som er erkjent både nasjonalt og internasjonalt. Dei skriv: «spesielt forskningsbasert kunnskap for kjønnsbekreftende behandling (hormonell og kirurgisk) er mangelfull og langtidseffekten er i liten grad kjent. Dette gjelder særleg for tenåringspopulasjonen der stabiliteten til deres kjønnsinkongruens heller ikke er kjent.»

UTPRØVANDE BEHANDLING

Ukom påpeikar behovet for systematisk kunnskapsoppsummering, dvs. at Norge bør oppdatere kunnskapsgrunnlaget og tilhøyrande nytte- og risikovurderingar ved ulike behandlingar.

For å ivareta pasientsikkerheit vurderer Ukom det nødvendig at kunnskapsgrunnlaget om kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori styrkast, og at helsetilbodet vert innretta i tråd med kunnskapsgrunnlaget.

Ved å bruke prinsipp for utprøvande behandling gis det rammer for behandling som sikrar informasjon, grundig oppfølging og bidrar til meir kunnskap.

Det blir framheva som særleg viktig for tenåringar at pubertetsutsettande, hormonell og kirurgisk behandling vert definert som utprøvande behandling.

Som ledd i dette er det tilrådd å revidere den nasjonale faglege behandlingssretningslinja basert på systematisk kunnskapsoppsummering. I tillegg tilrås det å opprette eit nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for å få oversikt og vurdere kvaliteten på behandlingar som blir gitt til barn og unge med kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori i Norge.

SJÅ TIL FINLAND, SVERIGE OG ENGLAND

Ukom tilrår at behandling av unge med pubertetsblokker, hormonell og kirurgisk behandling definerast som utprøvande behandling, som er eksperimentell i si form. Det vil seie at det er ei behandlingsform der effekt og sikkerheit ikkje er nok dokumentert til å vere del av det vanlege



Eg ser det som psykologars oppgåve å gjennomføre ei open og grundig heilskapleg vurdering av den unge sin tilstand





Ei slik forsiktig tilnærming står ikkje i motsetnad til å møte pasienten med forståing og respekt

behandlingstilbodet. Det stillast då særskilde krav til samtykke og oppfølging.

Dette betyr at Ukom tilrår at Norge innfører same behandlingsretningslinje som det Finland, Sverige og England har gjort.

Dette til skilnad frå World Professional Association for Transgender Healths [WPATH] behandlingsretningslinje (SOC8), som er basert på publisert litteratur og konsensusbaserte ekspertmeiningar, og som ikkje er kvalitetsvurdert i tråd med internasjonalt aksepterte prinsipp (PRISMA, GRADE) (WPATH, 2022).

FAGETISK FORSVARLEG BEHANDLING

Som Ukoms rapport viser, er mangelfullt kunnskapsgrunnlag eit stort problem, særleg i høve behandling av barn/unge som er i utvikling på alle områder – inkludert oppleving av eigen kjønnsidentitet. Dette inneber ekstra store fagetiske utfordringar.

Mange ulike faktorar medverkar til at unge opplever kjønnsinkongruens, og at opplevinga kan vere skiftande.

Så til mitt svar på spørsmålet frå Jessen:

Eg ser det som psykologars oppgåve å gjennomføre ei open og grundig heilskapleg vurdering av den unge sin tilstand for å forstå dei bakanforliggande årsakene til kjønnsinkongru-

ensen – inkludert å vurdere kor sannsynleg det er at den unges sjøloppleving vil vare. Det vil si å støtte og hjelpe den unge og dei pårørande til å forstå og handtere/takle den unge sin kjønnsinkongruens gjennom ein utforskande prosess. Dernest vurdere kva som er beste behandlings-tiltak for nettopp denne pasienten.

Ei slik forsiktig tilnærming står ikkje i motsetnad til å møte pasienten med forståing og respekt og samtidig undersøke om kjønnsinkongruensen kan vere ein respons på underliggande problem. Tilnærminga er lik Sveriges behandlingsretningslinje, som har gått bort ifrå prinsippet om umiddelbar bekreftelse. Ifølge den svenske linja skal behandlar og pasient inngå i eit «förutsättningslöst utforskande» av kven pasienten er og ønsker å vere (Socialstyrelsen, 2022).

Umiddelbar stadfesting av den unges sjølvopplevelse er kontrær til ein fri (förutsättningslöst) utforskning av den unges kjønnsidentitet.

Det overordna målet bør vere å gi den nye sårbare pasientpopulasjonen eit trygt og forsvarleg helsetenestetilbod med utgangspunkt i ein grundig heilskapleg vurdering og at behandlingstiltak er igangsett ut frå medisinsk indikasjon. Dette til skilnad frå eit behandlingstilbod styrt av den unges forventingar (ev. krav) om behandling. ✖

REFERANSER

de Vries, A. L. C. (2020). Challenges in Timing Puberty Suppression for Gender-Nonconfirming Adolescents. *Pediatrics*, 146(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-010611>

Folkehelseinstituttet. (2020). *Høringsvar på utkast til Nasjonal faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens*. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/brev-og-horingsuttalelser-fra-statens-helsetilsyn/2020/nasjonal-faglig-retningslinje-for-helsehjelp-til-personer-med-kjoennsinkongruens-hoeringssvar/>

Helsedirektoratet. (2020). *Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjoennsinkongruens/pasientrettigheter-og-helsehjelp-til-personer-med-kjoennsinkongruens>

Ukom. (2023, 9. mars). *Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens*. <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjoennsinkongruens/sammendrag>

Socialstyrelsen. (2022). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302.pdf>

WPATH. (2022). Standards of care version 8, 2022. *World professional association for Transgender Health*. <https://www.wpath.org/soc8>

Digitaliseringens tyranni

Den digitale tvangen er ikke forenelig med grunnverdiene våre.

JEG ER MEDLEM i Norsk psykologforenings ankeutvalg for spesialistsaker og fikk i den anledning invitasjon til en fagsamling for medlemmer i Psykologforeningens utvalg. Det første jeg registrerer, er følgende setning: «Dersom dere ikke har opprettet nye 'min side' i vårt nye system får dere ikke meldt dere på.»

Først en ordre om hvordan en skal melde seg på, og deretter en trussel. En slik kombinasjon er vel ikke akkurat egnet til å «bevare sinnets munterhet», som det het i reklamen for melkesjokolade i gamle dager. Er dette en grei måte for Psykologforeningen å kommunisere med sine medlemmer på? Likevel reagerer jeg mest på at det ikke er noe annet alternativ til å melde seg på enn den digitale løsningen. Jeg erkjenner at dette er blitt vanlig praksis, også når en er i kontakt med offentlige instanser som skal være tilgjengelig for hele befolkningen. Mange typer dokumentasjon *må* innleveres digitalt. For å få utstedt pass *må* du for eksempel oppgi et mobilnummer. Hvis du ikke har mobiltelefon, er du pent henvist til å bli i Norge.

Digitaliseringen har uomtvistelig mange åpenbare fordeler. Samtidig medfører den en del meningsløse rebusløp-aktige aktiviteter («Bevis at du ikke er en robot», «Administrer cookies»). Mange digitale løsninger er ikke særlig brukervennlige og bærer preg av at de som har utviklet dem, ikke har klart (eller forsøkt) å sette seg inn i brukerens perspektiv. Men la gå, fordelene er jo mange.

Det er derimot prinsipielt meget interessant at det ofte ikke eksisterer noe ikke-digitalt alternativ. Siden et ikke-digitalt alternativ gjør saksbehandlingen vanskeligere og dyrere for institusjonen det gjelder, kunne et slikt alternativ gjerne vært en betalt løsning. Uansett bør det finnes en alternativ løsning.

Både dagligdags erfaring og massiv forskning tilsier at digital kommunikasjonsteknologi har en rekke uønskede effekter; de evinnelige distraksjonene, konsentrasjonsvansker og

en hektisk lese måte, overfladisk og triviell kommunikasjon, iscenesettingen av en selv som innfører et metaperspektiv og fjerner spontanitet og tilstedeværelse i øyeblikket, at man blir objekt for sleip og utspekulert markedsføring osv. Alt dette gjør at enkelte av oss ønsker å holde en viss avstand til denne teknologien.

Gruppen av oss som av ulike grunner ønsker å hekte oss av digitaliseringstyranniet, vil nok klare oss. Men det vil ikke eldre og grupper som ikke har «hengt med» i utviklingen, eller av andre grunner ikke klarer å ta i bruk ny kommunikasjonsteknologi. Siden digital teknologi er historisk meget ny, vil alder ofte være en faktor, og en stor gruppe eldre kjenner på et trist utenforskap. Mange opplever det som en ren trakassering og ydmykelse fra samfunnet, som stiller deres «tilkortkommenhet» i relieff etter at de har tjent samfunnet gjennom et langt liv. Det er ganske dehumaniserende når en tenker over det.

Det kommuniseres taktfast at det *bare* er å gå inn på nettet for å ordne et stadig større spekter av hverdagslige anliggender (lettere sagt enn gjort uten PC og/eller BankID), og at det *bare* er å laste ned en app (lettere sagt enn gjort uten smarttelefon). Uten noe ikke-digitalt alternativ er både de som er frivillig og ufrivillig ikke-digitale, stilt i sjakkmat.

Den digitale tvangen er i ferd med å bli modus operandi i samfunnet. Jeg ble likevel overrasket da jeg leste mailen fra Psykologforeningen, og kunne konstatere at den forekom også hos oss. Jeg har alltid tenkt at noen av grunnverdiene i vår profesjon er toleranse, aksept av forskjellige livsstiler, personlig autonomi og demokrati. Det er tankevekkende at digital tvang er blitt så akseptert at selv en profesjon med et verdigrunnlag som vårt, synes å være i ferd med å inkorporere den uten synlig refleksjon over det problematiske i en slik praksis.

Og sånn apropos; da jeg gikk inn for å opprette profil på «min side», virket det ikke. ✕



TEKST Kim Larsen, psykologspesialist

DIGITALISERING

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter



... da jeg gikk inn for å opprette profil på «min side», virket det ikke

SAVNER RETNINGS-
LINJER

Halvor Kjølstad savner mer forutsigbarhet for kursledere på fellesprogrammet.
Foto: Nora Skjerdingstad



Psykologforeningen og «oppsigelsesvern»

Det er på tide å utarbeide retningslinjer som kan gi litt mer forutsigbarhet for fremtidige kursledere på fellesprogrammet.



TEKST Halvor Kjølstad, psykologspesialist

FELLES-PROGRAMMET

MERKNAD

Forfatteren har vært mangeårig kursleder på fellesprogrammet

DET SKAL MYE til for å få sparken i norsk arbeidsliv, og arbeidsgiver plikter å følge regelverket på en ryddig måte når noen skal ut. Så ikke i Norsk psykologforening? Jeg har riktignok ikke vært ansatt i foreningen, men likevel: Etter nitten år som kursleder på fellesprogrammet fikk jeg høsten 2022 telefonisk beskjed om at nå var det slutt. Begrunnelsen var etter mitt syn meget uklar. Derfor ba jeg om å få «oppsigelsen» skriftlig. I brevet skrev utdanningssjefen følgende om kriterier for å være kursleder:

Kontinuitet og fornyelse

«Vi er opptatt av både kontinuitet og fornyelse, og at de som underviser for oss har en forankring i den hverdagen som psykologene er i når de er i utdanning.

Spesialistutdanningen er en praksisnær utdanning som må ta opp i seg den virkeligheten psykologene befinner seg i. Vi ser derfor det som viktig at kursledere/forelesere er i relevant praksis og vektlegger nå å rekruttere kursledere som har en forankring i det praksisfeltet som psykologene er i når de går på fellesprogrammet.»

Det ble ellers bemerket i brevet at min makker i mange år, Marianne Bang Hansen, og jeg «har fått gode evalueringer gjennom denne tiden».

Jeg synes fortsatt at «oppsigelsen» manglet saklig grunnlag, og klaget tjenestevei, med vedlagt dokumentasjon av aktuell yrkesutøvelse som organisasjonspsykolog og veileder, ferske eksempler på skriftlige arbeid, mv.

Kort sagt førte ikke klagen frem – den ble ikke realitetsbehandlet. Generalsekretæren skriver at «avdelingens disposisjoner» har hans støtte.

Nytt forsøk, denne gangen til øverste politiske hold, nemlig presidenten. Han skriver som følger (etter noen hyggelige ord om min innsats): «Samtidig så er ikke dette en sak hvor politisk ledelse vil intervensere. Vi har diskutert det i politisk ledelse og fastholder at vurderinger av kursholderne med hensyn til kontinuitet/fornyelse og egnet praksis er en oppgave for utdanningsavdelingen.»

VINGEKLIPPET

Dermed er saken avsluttet, men jeg strever med å akseptere en måte å bli vingeklippet på som etter mitt syn ikke har noen saklig begrunnelse. Videre syns jeg det er beklagelig at hverken administrativ eller politisk ledelse vil forholde seg til saken. Er det slik vi vil ha det i Psykologforeningen? Er det greit at de ulike avdelingene i sekretariatet med utgangspunkt i sine mandat kan ture frem som de vil? Hva skal i tilfelle til for at administrativ og/eller politisk ledelse gjør noe mer enn å henvise til generell tillit og mandat?

Avtalen vi som kursledere har med foreningen, har selvsagt ikke form av et vanlig ansettelsesforhold: Det er presisert i avtaledokumentet at foreningen ikke påtar seg arbeidsgiveransvar. Greit nok. Videre er det slik at det gjøres avta-

ler for hvert enkelt kull, og Psykologforeningen skriver følgende om eventuell avslutning av den enkelte avtale:

- *Psykologforeningen forbeholder seg retten til å si opp / reforhandle avtalen inntil 3 uker før første samling på et hvilket som helst grunnlag.*
- *Psykologforeningen forbeholder seg retten til å si opp avtalen dersom dette viser seg nødvendig i forhold til kursets måloppnåelse.*
- *Kursleder kan si opp denne avtalen inntil 3 måneder før oppstart av første samling. Oppsigelse etter dette tidspunktet kan medføre erstatningsplikt overfor Psykologforeningen. Dette gjelder ikke ved fravær som skyldes dokumentert sykdom som ville kunne gitt sykepenges.*

Ellers er det så vidt meg bekjent ingen avtale mellom forening og kursledere om hvordan / på hvilket grunnlag samarbeidet skal kunne videreføres eller avsluttes. For meg som kursleder har dette gitt frihet til å takke for meg når som helst. På den annen side åpner systemet for at Psykologforeningen kan slutte å samarbeide med meg uten annen begrunnelse enn tåkeprætet jeg har vist til ovenfor. Det er kanskje på tide å utarbeide retningslinjer som kan gi litt mer forutsigbarhet for fremtidige kursledere, forutsatt selvsagt at de gjør en god jobb innenfor de til enhver tid gjeldende rammebetingelsene. ✖



... det er beklagelig at hverken administrativ eller politisk ledelse vil forholde seg til saken

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 10. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

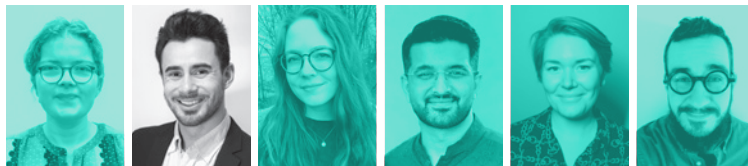
REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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.



RAYMOND B. STANGENES er spaltist i aprilutgaven. Kommende bidragsyttere er Sidsel Fjelltun (nr. 3 fra venstre), Usman Chaudhry, Runa Kongsvik, Håkon E. Coucheron Fredhammer og Helén Ingrid Andreassen.

Hvordan har du det, nyutdannede psykolog?

Jeg ble advart mot spesialisthelsetjenesten. Jeg trosset advarslene. Her er mine refleksjoner.

Jeg husker at jeg underveis i profesjonsutdanningen gledet meg til den terapeutiske delen av studiet: muligheten til å hjelpe andre mennesker med å få det bedre ved å bruke seg selv i kombinasjon med evidensbasert kunnskap. Foreleserne var gode til å formidle hvor meningsfullt og givende jobben som psykolog kan være. Inntrykket var at terapi hjalp for alle, alltid. De formidlet også at det var i spesialisthelsetjenesten vi var ment til å utøve vår profesjon best mulig. Å jobbe privat ble nærmest ansett som et tabu. Dette satte standarden: Spesialisthelsetjenesten var stedet der vi skulle utøve vårt yrke.

«Hold deg unna spesialisthelsetjenesten, der brenner de deg ut! Begynn å jobbe i førstelinjen eller noe i den duren for å få erfaringen du trenger for å få den jobben du egentlig vil ha.»

Erfaren psykolog

Da jeg nærmet meg målstreken for studiet, kom jeg i kontakt med psykologer som advarte mot spesialisthelsetjenesten. Mot det store og eviglange trøkket av pasienter som skulle inn på DPS-ene. De høye kravene, og ikke minst ensomhetsfølelsen i en hektisk hverdag hvor kollegaene har for mye å gjøre. På den andre siden var det også stemmer som fortalte meg om hvor meningsfullt, givende og til tider emosjonelt bevegende det kunne være.

«Jeg har merket at trøkket og hastigheten har økt de siste 13 årene i spesialisthelsetjenesten,

det er vel kanskje en av grunnene til at jeg sluttet på allmennpoliklinikken.»

Psykologspesialist

Til tross for de negative ryktene ønsket jeg å gi spesialisthelsetjenesten en sjanse. Jeg visste at arbeidet ville gi meg variert og rik erfaring. Jeg hadde forhørt meg med bekjente og venner. De gav inntrykk av at det ikke bare var frustrasjon og misnøye.

«De fleste nyutdannede psykologer møter veggen i løpet av de første ett-årene.»

Ukjent kilde

Det er velkjent at hjelperyrket kan være belastende. Jeg har hørt at de fleste nyutdannede psykologer møter veggen i løpet av de første ett-årene. Noen henter seg fort inn igjen. Andre blir sykemeldte over lengre tid. Det jeg da lurte på, er: Er det en nødvendig del av den nyutdannedes reise å bli utbrent? Og hva er grunnen til at den nyutdannede blir utbrent? Hva er det som egentlig er belastende? Per Isdal, mannen bak *Smittet av vold (Medfølelsens pris* på dansk), har etter min mening vært en av bautaene i forståelsen og gyldiggjøringen av hvordan yrket vårt som hjelpere kan prege oss: Daglig sterk tilstedeværende lytting til andre menneskers problemer og smerte kan i verste fall føre til sykdom for den som hjelper. Psykologspesialistene Marie Haavik og Siri Toven har også vært foregangspersoner om temaet «hjelp til hjelperen» med boka *Ivaretagelse av hjelpere*. Der

NYE STEMMER

En spalte for ikke-spesialister som tør å mene noe.

spør de om vi som hjelpere er «betalt for å tåle dette?». Hjelperyrket kan være belastende i seg selv, selv om du ikke jobber direkte med vold og overgrepssproblematikk. Felles for forfatterne er at de ønsket å allmenngjøre fenomener i den kliniske hverdagen som mange har opplevd å stå alene i og skammet seg over.

«I de første månedene i starten av karrieren måtte jeg dra rett hjem etter jobb, dra for gardinene, slukke lyset og se på TV med sånne oransje bipolarbriller. Jeg hadde blitt kronisk oversensitiv av jobben».

Psykolog med tre års erfaring

Forskning på utbrenthet blant hjelpere viser at både systemiske faktorer og individuelle faktorer som personlighetstrekk spiller en viktig rolle. De fleste nyutdannede psykologer går inn i hjelperyrket med store ambisjoner og store hjerter. Vi ønsker å fremstå som flinke, utholdende, og vi vil vise at vi takler jobben. Vi er tross alt på vikariater, har et heftig studielån, og vi vil bevise at vi er verdt å satse på. Systemiske faktorer som høye krav, store arbeidsmengder og mangel på støtte er velkjente risikofaktorer for utbrenthet. Men prisen er høy for å «tåle» og ikke reagere i et presset system som er i en kronisk tilstand av mangel på ressurser. De uendelige og ofte sammensatte arbeidskravene sliter oss ut. Noen av oss møter veggen. Når vi får hentet oss inn igjen, ønsker noen av oss aldri å komme tilbake igjen.

«I en periode hadde jeg pasientliste på 40 pasienter, deretter, i løpet av fire uker, fikk jeg åtte nye pasienter».

Nyutdannet psykolog

Fins det en løsning for å få de nyutdannede til å bli? Psykolog Elin Hanevik tematiserte overgangen til arbeidslivet i *Psykologtidsskriftet* i 2022. Hun foreslo blant annet en «opplæringsperiode» med hospitering med mer erfarne psykologer, og en «filtrering» av hvilke pasienter psykologen skal få. Slike tiltak vil muligens gjøre overgangen til spesialisthelsetjenesten mykere ved å fremme mestring. På den andre siden vil de nyutdannede fortsatt stå overfor den uendelige arbeidsmengden, som er vanskelig å mestre og trives i over tid, med mindre du nærmest lever for jobben din. I en kronikk i marsutgaven tematiserte Frida Feyer arbeidsbelastningen i spesialisthelsetjenesten. Her påpeker hun at dagens system står i konflikt med motivasjonsfremmende faktorer som opplevelse av autonomi, kompetanse og tilhørighet. Konsekvensen av mangelen på disse faktorene er redusert indre motivasjon. Mangelen på indre motivasjon kan lede til misnøye med arbeidet, opplevelse av meningsløshet og i verste fall utbrenthet, og dårligere behandlingskvalitet. Disse mekanismene påvirker de erfarne psykologene som skal støtte og veilede de nyutdannede. Jeg tror organisatoriske endringer er nødvendig for å få den nyutdannede til å bli.

Men er det mulig å endre de organisatoriske rammene? De nye psykologene kan valideres, støttes og veiledes til de nesten drukner i forståelse og faglige kvalitetssikrede råd. Men det gjør ikke noe med situasjonen: Om arbeidsbelastningen ikke kan endres, og om vi i tillegg opplever mangel på autonomi, kompetanse og tilhørighet på arbeidsplassen, blir møtet med «veggen» nærmest uunngåelig, med mindre vi kun lever for jobben vår.

Bedre organisatoriske rammer må til for å ivareta de nye psykologene. Men løsningen er sammensatt og vanskelig å gjennomføre ut fra dagens system og økonomi.

Uansett tror jeg det er viktig at vi som psykologer jevnlig spør oss selv: «Hvordan har jeg det nå? Gruer jeg meg til jobb, eller gleder jeg meg?» Og at vi tar oss tid og rom til å spørre våre kollegaer om det samme. ❖

Inntrykk

Essay og anmeldelser

ANMELDT: BOK

En reise i overflaten

Grunnbok i belastningspsykologi er fin for nyansatte som enda ikke har kjent belastningsreaksjoner på kroppen – men behandler enkelte temaer for overfladisk.



BOK *Grunnbok i belastningspsykologi. Forebygging av primær og sekundær traumatisering ved psykisk krevende arbeid*

FORFATTER Rikke Høgsted. Oversatt av Thomas Holter

ÅR 2023

FORLAG

Fagbokforlaget

SIDER 273

ANMELDT AV

Silje Fredheim,
Alternativ til Vold

MERKNAD

Anmelderen jobber i samme organisasjon som Per Isdal, som nevnes i anmeldelsen.

SOM PSYKOLOGSPESIALIST og kontorleder ved Alternativ til Vold (ATV), består hverdagen av å jobbe klinisk med vold og traumer, og å lede et team der alle har det Rikke Høgsted kaller «psykisk krevende arbeid». I tillegg underviser jeg i mindfulness-basert stressreduksjon (MBSR), hvor jeg møter mange slitne hjelpere. En bok som tematiserer forebygging av belastningsreaksjoner hos hjelpere, ønskes derfor varmt velkommen.

Rikke Høgsted har skrevet en lettlest bok som har alle typer hjelpere som målgruppe. Det er bokens styrke og svakhet. Å ta vår menneskelighet som hjelpere på alvor er en rød tråd gjennom boken. Det er et budskap vi ikke kan høre for ofte, og gjør *Grunnbok i belastningspsykologi* til en fin bok å gi nyutdannede som enda ikke har kjent belastningsreaksjoner på kroppen. Den normaliserer og opplyser, uten å skremme. Stoffet er sortert slik at boken blir lett å bruke som et oppslagsverk, og ikke nødvendigvis trenger å leses fra perm til perm.

Høgsteds forfatterstemme er forholdsvis nøytral. Hun formidler at hun har jobbet som krisepsykolog og militærpsykolog, men er ellers lite personlig til stede i stoffet. Hun kommer også med mange innspill til hvordan «psykisk krevende arbeid» best kan organiseres i team, og hvordan teamet er av uvurderlig betydning for å forebygge overbelastning. Hun bruker pedagogiske modeller for å forklare ulike «slagsider» i mentale høyrisikojobber, som over- og underinvolvering, og har

gode refleksjoner om hvordan ulike slagsider kan påvirke teamets funksjon.

Boken kan være nyttig for ledere som ønsker å skape bærekraftige kliniske arbeidsmiljøer, hvor man kontinuerlig jobber med å forebygge belastningsreaksjoner.

TEFLONTANKER

Om jeg hadde plukket opp Høgsteds bok på et tidspunkt der jeg selv virkelig kjente meg rammet av arbeidet, hadde jeg nok ikke funnet det jeg hadde behov for. Til det er språket for nøytralt, og behandlingen av de ulike belastningsreaksjonene for overfladisk. Hun viser til at det i Skandinavia har vært tradisjon for å bruke begrepet sekundærtraumatisering som paraplybegrep for andre begreper, som omsorgstretthet og utbrenthet. Etter min mening er det nyttig å skille mellom disse fenomenene, slik for eksempel Babette Rotschild gjør i sin bok *Help for the Helper* (2023). Høgsted tematiserer i liten grad hvilke mekanismer som antas å ligge til grunn for hvordan hjelperen blir rammet, utover et kort avsnitt om speilnevroner.

Generelt opplever jeg det som en svakhet i boken at det ikke knyttes noen teoretisk forståelse til hvordan ulike belastningsreaksjoner oppstår. I et tilleggskapittel gis en kort beskrivelse av nervesystemet, men det kommer mer som en ettertanke, og kunne med fordel ha vært klarere knyttet opp til resten av bokens innhold.

Det er heller ikke helt godt å si hvilket faglig ståsted Høgsted har. Noen av de pedagogiske

modellene hun bruker, gir assosiasjoner til kognitiv terapi. De forebyggende strategiene deles inn i prinsipper rettet mot tanker, atferd, kropp og følelser. Mange av rådene synes jeg er gode, og fokuset på at vi trenger hverandre, er verdifullt. Andre råd er formulert slik at det er vanskelig å ta dem helt på alvor: «Forestill deg at tankene dine ligger på en helt glatt teflonpanne. Løft så pannen av komfyren, lukk opp søppelbøtten og hell tankene ut av pannen og kast dem ut.»

HJELP FOR HJELPEREN

Det er nærliggende å sammenligne *Grunnbok i belastningspsykologi* med Per Isdals *Smittet av vold* (2017). Bøkene kom ut samme år (*anm. den danske versjonen*), og dekker en del av de samme temaene. De oppleves allikevel svært ulike. Høgsted skriver med en nøytral forfatterstemme og en kognitiv tilnærming. Isdal deler åpent om sine egne belastningsreaksjoner etter mange års arbeid innen voldsfeltet, og har en mer emosjonsfokuseret tilnærming. Da jeg leste denne boken, opplevde jeg det for eksempel befriende å bli bekreftet på at jeg i enkelte situasjoner kunne trenge trøst heller enn veiledning. For psykologer som allerede står i en belastningsreaksjon, vil jeg heller anbefale å starte med Isdals bok.

Om vi retter blikket utenfor Norden, har Babette Rotschild skrevet en interessant bok kalt *Help for the helper* (2023). Rotschild jobber kroppsorientert, med det autonome nervesystemet som utgangspunkt for sin forståelse av fenomener og intervensjoner. Hun gjør et klart skille mellom sekundærtraumatisering og medfølelsestrøtthet, noe jeg opplever som nyttig i min egen tilnærming til forebygging. Rotschild skriver at sekundærtraumatisering smitter gjennom somatisk empati og kan ramme hjelperen plutselig. Omsorgstrøtthet beskrives som en belastningslidelse, som utvikler seg gjennom slitasje over tid. Psykologer som er åpne for å bruke mindfulnessbaserte intervensjoner, vil ha stor glede av Rotschilds bok.

Grunnbok i belastningspsykologi har sin styrke og svakhet i at den favner bredt. Psykologer som allerede kjenner på belastningsreaksjoner, vil muligens ha mer nytte av andre alternativer. ✘

REFERANSER:

Isdal, P. (2017). *Smittet av vold – om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Fagbokforlaget.

Rotschild, B. (2023). *Help for the helper* (2nd ed). *Preventing compassion fatigue and vicarious trauma in an ever-changing world*. Norton & Co.



Rikke Høgsted har skrevet en lettlest bok som har alle typer hjelpere som målgruppe. Det er bokens styrke og svakhet

Vil du anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi hører gjerne fra deg hvis du vet om en bok eller nylig har lest en fagbok du ønsker å dele med psykologkolleger.

Redaksjonen bistår med å skaffe anmeldereksemplar.

En anmeldelse skal være en kort tekst (3000–6000 tegn med mellomrom).

Kontakt oss for mer informasjon redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Skriv for oss/anmeldelser:



Med kunsten som linse

Relasjon, kropp og kunst i psykoterapi er en vital fagbok fra et utrydningstruet behandlingsmiljø.



BOK *Relasjon, kropp og kunst i psykoterapi.*

Alltid en annen dør

FORFATTERE Åse

Minde og Ingalill

Johnsen (red.)

ÅR 2023

FORLAG Cappelen

Damm Akademisk

SIDER 206

ANMELDT AV

Daniel Gunstveit,
Tidsskrift for Norsk
psykologforening

DET ER VANSKELIG å anmelde denne boken, som springer ut fra behandlingsmiljøet ved spesialpoliklinikken for spiseforstyrrelser ved Gaustad, uten å kommentere konteksten: Klinikken er foreslått nedlagt. Det har lenge vært advart om et helsevesen som lider av effektiviserings sykken, noe forordet og innledningen nærmest pliktskyldigst peker på. Advarselen kan virke som gammelt nytt, men aktualiseres av situasjonen klinikken nå befinner seg i. Det påvirker også min opplevelse av boken, som – i tillegg til å være en vellykket fagbok – ufrivillig blir et forsvarsskrift mot Oslo universitets-sykehus' kuttforslag.

FRA METAFOR TIL LEVENDE KROPP

Boken er strukturert etter de tre temaene i tittelen, og tilbyr ulike måter å forstå og møte mennesker med spiseforstyrrelser – eller dører, om man vil. Tilnærmingene er tydelig forankret i et moderne psykodynamisk perspektiv, hvor aktiv bruk av relasjonen til terapeuten står sentralt. Det oppleves derfor naturlig at boken åpner med å danne et felles relasjonelt grunnlag som resten av kapitlene lener seg på, fordi uten en trygg nok relasjon, vil ikke terapeuten komme i posisjon til å arbeide med kroppen og selvet. Forfatterne, som hovedsakelig er tidligere eller nåværende ansatte ved poliklinikken, skildrer psykoterapi som en kreativ aktivitet, og henter inspirasjon fra både billedkunst, skjønnlitteratur og psykodynamisk faglitteratur. Aktiv bruk av erfaringer fra Gaustad, samt levende kasusbeskrivelser av pasientmøter som er lett gjenkjennelige for enhver som har jobbet med spiseforstyrrelser, skaper en praksisnær helhet.

I boken møter vi kroppen først og fremst som metafor, som språk for lidelse, og som et redskap for å håndtere uhandterlige følelser. Målet er å kunne tåle kroppen som levende kropp, å kunne akseptere og uttrykke et bredere spekter av følelser, og å våge å være i relasjon til et annet menneske. Fokuset er i liten grad symptomreduksjon, noe som henger sammen med at spiseforstyrrelsen beskrives som en selvforstyrrelse, i tråd med for eksempel Hilde Bruch, heller enn en symptomlidelse. Det skrives derfor forsvinnende lite om vekt, BMI og kostlister, og selv om jeg blir nysgjerrig på hvordan spiseforstyrrelsens somatiske symptomer tematiseres i behandlingen som presenteres, opplever jeg ikke dette som bokens mandat; den har ikke som mål å være en innføringsbok i behandling av spiseforstyrrelser. Fokus er heller på det undertittelen forsøker å kommunisere; at det finnes alltid en annen dør – ut av lidelsen, inn til nye måter å forstå seg selv og livet man prøver å leve.

KUNSTEN OG LIVET

De fleste av disse dørene fører til kunsten, noe som tydeligst skiller boken fra annen faglitteratur. Ulike kunstuttrykk spiller en viktig rolle i majoriteten av kapitlene, både som metafor og inngang til forståelse av spiseforstyrrelsen, kroppen og livet. Og kanskje enda viktigere – kunsten blir en møteplass mellom pasient og terapeut, menneske til menneske: «Bilder som skapes i terapirommet, vil skille seg ut fra de bildene kunstneren skaper i sitt eget atelier. Bilder som er blitt til i terapirommet, vil alltid preges av relasjonen mellom terapeuten og

pasienten. I terapi etableres et møte mellom et 'jeg' og et 'du', og i denne relasjonen vil det oppstå et 'noe'» (s. 135). Stort sett fungerer vekslingen mellom ulike kunstuttrykk og faglige drøftinger godt. Beskrivelsene av kunstterapeutiske oppgaver fra Gaustad (og fotografiene av disse) danner en fin, konkret kontrast til psykodynamisk teori og de mange store kunstnerne og filosofene som presenteres.

Silje Sønsterud Olsen, tidligere pasient ved klinikken, skriver i sitt kapittel: «Det var en opplevelse av frihet, tidvis euforisk, da jeg hadde nådd dette punktet i gruppeterapien, fordi å vurdere bildene ut fra godt og dårlig ikke lenger ga mening» (s. 191). Dette er et viktig poeng, fordi det motvirker inntrykket man kan få av at dette behandlingstilbudet kun er for kunstnerisk begavede pasienter. Men som Sønsterud Olsen skriver: «... ikke engang en liten blå prikk var for liten til å snakke om» (s. 195).

KJØTT PÅ BEINET

Dette er en bok og et prosjekt det er lett å være positiv til. Den enhetlige utførelsen vitner om godt redaktørarbeid av Åse Minde og Ingalill Johnsen, og kan forstås som et uttrykk for et miljø som preges av en gjennomtenkt behandlingsfilosofi. Jeg spør meg likevel om de ulike temaene i boken – relasjon, kropp og kunst – har fått litt for lite kjøtt på beinet. Å måtte velge bort store deler av såpass vidtrekkende temaer er naturlig for en bok av dette omfanget – og jeg synes forfatterne får mye ut av begrenset plass – likevel skulle jeg ønsket meg mer av det meste. I noen av de korteste kapitlene får vi introdusert store temaer og begreper som jeg gjerne skulle sett utbrodert.

Bruken av ulike kunstuttrykk tilbyr en produktiv ramme for å møte mennesket bak spiseforstyrrelsen, og boken får mye ut av korte skildringer av bilder, skjønnlitteratur og poesi. I kapittelet «Duende» oppleves det imidlertid som at forfatterne går for langt i å mytologisere kunsten og kunstnerne, og jeg er usikker på hvor godt Lorcas «duende»-begrep fungerer for å belyse spiseforstyrrelser. Kapittelet løfter seg derimot når kunsten brukes som linse: «Å leve med en spiseforstyrrelse er å forbli en betrakter, som den sortkledd kvinnen i Munch-bildet. Hun har trukket seg ut av Livets dans» (s. 182). Dette kjennes som en presis oppsummering av hva jeg har sett, men ikke artikulert, i møte med «Livets dans» og denne pasientgruppen, og tilfører mer enn «duende».

Relasjon, kropp og kunst i psykoterapi er et viktig bidrag i rekken av nyere utgivelser som tilbyr alternative måter å forstå og møte spiseforstyrrelser utover det symptombaserte (se for eksempel Skårderud et al., 2020). Sønsterud Olsen formidler tydelig i sitt kapittel at fokus på tid, tillit, ansvar og relasjon – og ikke symptomer – var viktig for hennes prosess. Det var gjennom disse faktorene at symptomreduksjon ble mulig. Det finnes mange veier inn i en spiseforstyrrelse, og minst like mange veier ut. Som fagpersoner er vi helt avhengige av å ha flere strenger å spille på – noe poliklinikken på Gaustad har representert de siste tiårene. Så får vi håpe at boken ikke ender med å bli klinikkens gravskrift. ✘

REFERANSE:

Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *SULT. Mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser*. Gyldendal Akademisk.



KROPP SOM SPRÅK Målet er å kunne tåle kroppen som levende kropp. Maleri: Egon Schiele (1912)



De fleste av disse dørene fører til kunsten, noe som tydeligst skiller boken fra annen faglitteratur



ADSKILLELSEN Løsrivelsen er en spennende reise i ukjent farvann. Foto: Rawson, D. W. S. (1866) / Library of Congress

Ungdommens løsrivelse – betydningen av alt vi ikke ser

I romanen *Femten år. Den revolusjonære våren* er naturen et hjelpemiddel i ungdommens nødvendige løsrivelse fra foreldrene.

Vigdis Hjorths siste roman *Femten år. Den revolusjonære våren* (2022) er en inntrengende beskrivelse av den unge jenta Paulas første skritt mot voksenlivet. Paula må gå seg vill og bryte med foreldrene for å bli seg selv. Det innebærer å tåle den psykiske smerten og ensomheten som følger med løsrivelsen. Interessant nok er det ikke Paulas forhold til foreldrene, venninnen, presten eller skolen som står mest sentralt, men hennes relasjon til naturen. Gjennom å følge Paula vil jeg beskrive ungdomsfasen som en utviklingsprosess knyttet til utskillelsen og dannelsen av et uavhengig indre rom. I prosessen konfronteres ungdommen med foreldrenes brutte kjærlighetsløfter og vanskelige sider, som ofte skaper en naturlig protest i ungdommen. Jeg vil spørre om vår kultur holder på å bli blind for den levende natur som utfolder seg både inne i og utenfor Paula. Jeg har bevisst brukt mange og lange sitater fra romanen for å fremheve at ungdomsfasen handler om naturens transformasjoner i kropp, sjel og sinn.

Å FINNE SIN EGEN METODE

Aldri før har de unge blitt så mye sett og bekreftet av foreldre og samfunn, aldri før har de følt seg så dårlig. Kanskje de to tingene hen-

ger sammen? Når ungdommene limes fast til bekreftelser fra foreldrene, ytre falske idealer, digitale stimuli, diagnoser og overfladiske psykokart, kan de miste motet til å bevege seg inn i og sette ord på sin egen omskiftelige natur. Kanskje det var lettere å finne «hemmelige glenner i skogen og tillate seg å gå vill» (s. 103) i tiden Paula lever i. Hun lever før de digitale medienes tid og før foreldre flytter sitt fokus og interesse fra det som foregår på de voksnes soverom, til barnerommet. Før diagnosefokusset, symptomspåket og fremveksten av vær åpen om psykisk helse-bevegelsen. Naturen var også en større referanseramme – ungdommene så opp og ut og ikke ned i en skjerm når de ruslet rundt på sine gater og stier. Kanskje nettopp fordi Paula lever før vår tid, kan hun vise oss hva vi holder på å miste.

La oss begynne et godt stykke ut i romanen med Paulas refleksjoner og beskrivelse av transformasjonen hun er i ferd med å gjennomgå:

Når hun streifet omkring i skogene over Tovevann i lange og lyse sensommerettermiddager, kjente hun at noe løste seg opp i henne samtidig som noe sterkt og vondt og rått vokste fram, og hun tenkte at om hun bare lot det vokse, ville hun få krefter nok. Og familien forsto ikke hva som løste seg opp og i hvert fall ikke hva som vokste fram i deres egen midte, i den ustadige, »

TEKST Per Are Løkke, Varden Spesialist-senter

KONTAKT

pe-arelo@online.no

MERKNAD Essayet er en bearbejdet versjon av et foredrag holdt på Freuds bar 24.11.22

for det var utenkelig for dem. Men begge prosessene, oppløsningen og veksten, var smertefulle og krevende, så hun gjemte seg i skogene for å skrike av smerte som kattene som fødte i mørket på den fuktige jorda under hagens stikkelsbærbusker, hun var i ferd med å føde seg selv og ønsket sitt nye jeg velkommen, og det var vondt. Og når hun kom hjem igjen og satt ved middagsbordet og så på foreldrene og Elisabeth som spiste ... med sine små håp om å bestå eksamen og en gang å kunne kjøpe ny bil, en Audi super 90 ble hun bare sikrere. Ja, det var kaldt og rått, men sant og salig også. Hun måtte bryte seg ut! Hun var allerede utenfor, en som sto ved døra og lyttet i hemmelighet (s. 103).

Paula gir her en god beskrivelse av selvfødellesprosessen og familiedramaet alle konfronteres med i ungdomsfasen. Ungdommens utfordring er, som Paula sier, å oppløse familiebindingene gjennom en forflytning der hun vokser inn og frem i seg selv gjennom å finne en egen vei og metode. Begge deler er krevende, blant annet fordi ungdommen ikke lenger kan bruke foreldrenes kart til å orientere seg. De må begynne å tegne kartene selv.

FORELDRENES KJÆRLIGHET

Men mye har skjedd før Paula ser at løsrivelsen blir nødvendig for henne. Romanen følger Paula over noen år, spesielt den siste delen av tiende klasse, når hun skal konfirmeres. Hun lever i en trygg og god familierytme som hun ønsker bare skal fortsette – år etter år:

... begynne på skolen, å feire fødselsdag, å bli vekket med kake og gaver på senga, å ha bursdagsselskap med jentene fra klassen, å få hårbøyer og sløyfebånd, hoppe paradisi i gata, spille kanonball, gledet seg til julaften, den beste av alle dager. At dette gjentok seg år etter år, forventningen og gleden, at det ikke ble ødelagt, at ikke noe særlig skjedde, ingen ulykke, at ingen ble syke, ingen døde. (s. 22)

Paula beskriver her menneskets grunnsituasjon. Barn er hjelpeløst avhengige av foreldrekjærligheten for å kunne løfte seg selv inn i selvgående rytmer som gjentar seg år etter år. Romanens spenning begynner ved det vi kan kalle den andre delen av menneskets grunnsituasjon.

Den menneskelige konstitusjon har ikke et eget fundament, verden kommer fra de andre. Uansett hvor mye kjærlighet og omsorg foreldrene gir barnet, puster foreldrene også helt andre budskap og eksistensielle inskripsjoner inn i det. Drama, ord, skjulte koder, krenkelser og væremåter blir en del av barnets egen pust. Antropologen Jorun Solheim (2021) kaller dette for barnets epistemologi (erkjennelsesteori), og hevder at den er sørgelig undervurdert. Barnet lærer fra første dag den magiske evnen til å lese tingenes betydning og tyde tegn. Språket kommer først etterpå, skriver hun. Sagt på en annen måte; barnet tolker foreldrene, men har ikke ord og forståelse for å uttrykke tegnene de konfronteres med. Barnet arver en situasjon det selv ikke har skapt, men likevel er dømt til å ta ansvar for.

BRUTTE LØFTER

Når barnet kommer inn i ungdomsfasen, kan det i større grad begynne å erfare verden på egne premisser, trekke i tvil forestillinger og fortellinger de har vokst opp med, og oppdage språket som en mulighet til å kommunisere på nye måter. Den engelske psykoanalytikeren Donald Meltzer (Meltzer & Harris, 2011) skriver at ungdomslivets sosiale struktur oppstår i forestillingen om at foreldrene er herskere i et føydalsystem der barna holdes som slaver, som Paulas eldre, lydige søster Elisabeth er et eksempel på. Oppdagelsen av foreldrenes feil og mangler, og opprør mot føydalsystemet, er kjennetegnet nettopp ved at ungdommen blir opptatt av ordenes betydning.

Avidealiseringen av foreldrene innebærer at ungdommen konfronteres med arven de er tvunget til å ta ansvar for. De oppdager at de skjulte inskripsjonene fra foreldrene har blitt implantert i dem, og at de kommer fra et sted og kan utfordres. Inskripsjonene krever et svar, et an-svar, et psykisk arbeid og en reaksjon. Ungdommens konfrontasjon med denne arven setter ofte i gang den nødvendige løsrivelsesprosessen. Dette blir i dag nedtonet og nesten glemt – både i Ungdatas fortellinger om foreldre og ungdom hvor generasjonsforskjellen ikke lenger skaper konflikter og opprør og i symptompsykologiens kontekstløse fortellinger. Men anropene fra denne arven forsvinner ikke fra ungdommens indre liv, uansett hvilken



BOK *Femten år: Den revolusjonerende våren*

FORFATTER Vigdis Hjorth

ÅR 2022

FORLAG Cappelen Damm

SIDER 192

grad av krenkelser de har vokst opp med. Paulas beste venninne Karen lager en sang til Paulas konfirmasjon, om en musling som hadde en flis i seg, som gjorde vondt, men som ingen så, for den hadde jo lukket seg. Sånn er det med Paula, sier hun, at hun har en vond flis i seg som ingen ser. Men Paula vet at den er der, og den «verkende flisen» får henne til å se det hun allerede vet, men ikke har satt ord på.

Paula oppdager at familielivet er skapt og organisert av to foreldre med to personligheter, bestemte verdier, hemmeligheter og løgner. Dette systemet som var trygt i barndommen, opplever hun nå ved ungdomslivets terskel som et bur. Faren er selvopptatt og forurettet fordi han ikke får nok anerkjennelse på arbeidet på Tofte. Dessuten er det noe tungt og alvorlig ved ham. Moren bærer på en sorg og en løgn, og er infantilt bundet til Paulas mormor. Moren skjuler sin angst ved å dominere alt, lyver for å underkaste seg mormorens strenghet og beskrives som død, tilpasset og søvn-gjengeraktig. Paula oppdager at den rullende bølgen av trygghet hun som barn ønsket skulle være for alltid, nå er et innestengt løgn- og angstsystem.

NATUREN SOM HJELPER I ADSKILLELSEN

Ungdommens arbeid med arven fra foreldrene tvinger fram en nødvendig utflytting, utskillelse og forskyvning. Dette skjer i et indre rom, som vi utenfra ikke har tilgang på. Samtidig trenger ungdommen hjelp i dette arbeidet. I Ferrantes bok *Dei vaksnes løgnaktige liv* (2020) finner den unge jenta Giovanna sin vei i møte med sin tante som faren hater, i Napolis gater og sitt eget isolerte rom som hun i en periode trekker seg tilbake til. Paula har også hjelpere i sin beste venninne, og i presten som tilbyr henne en løsning; de lurer foreldrene slik at det ser ut som om hun konfirmerer seg uten at hun gjør det. Men til syvende og sist er det naturen som er hennes store hjelper. Naturen bærer, holder, bekrefter og forstørrer Paulas indre rom slik at hun til slutt kan melde flytting til egen adresse. Vi skal se på hvilke elementer det er som bidrar til at Paula kan foreta denne adresseendringen i sin psyke.

Paula har et lekende og levende forhold til naturenes elementer, til himmelen, luften, jorda og ilden. Hun lever og sanser med årstidene, hun snakker, føler, tenker seg inn i steiner, fisker, fugler, blader, sol, måne, lys og skygge, dag og natt. Paula har en nær relasjon til naturen og føler en dyp resonans med den. Kanskje fordi hun som barn fikk lov til å boltre seg i lekens frie rom. Eller kanskje fordi det er noe særegent ved naturen som kan invitere til og vekke noe som fornuften vår ikke kan.

Mai kom med blendende lyse morgener og en grønn bladbrann under den blå himmelen, og i skogen og hagen blomstret og vokste og luktet det alltid som om det nettopp hadde regnet og fuglene sang og sola var så sterk at den ikke var til å se på så hun måtte myse mot alt ... når hun syklet alene langs elva kjente hun en så sterk lyst til å leve ... hun elsket den høye blå himmelen og tørstet etter alt, de små, klebrige bladskuddene på buskene og musørene på bjørketrærne. Hun hadde en feber i blodet, et ras i hjertet som banket så vilt i brystet at hun nesten ikke kunne holde det ut. (s.18–19)

Paula lever i sansene sine, hun overvelder av det vakre i naturen og tørster vilt etter å vokse frem, slik den revolusjonære årstiden, våren, gjør det. Hun er samtidig rammet av livsfeber og det store spørsmålet om hvor-



I prosessen
konfronteres
ungdommen med
foreldrenes brutte
kjærlighetsløfter og
vanskelige sider, som
ofte skaper en naturlig
protest i ungdommen





Barnet arver en situasjon det selv ikke har skapt, men likevel er dømt til å ta ansvar for

dan hun skal klare å leve med uroen. Den engelske psykoanalytikeren Donald Winnicott (1990, 2005) skriver at menneskets primære livsrom er å være, det vil si å føle kontakt med en dirrende eksistens, slik Paula føler det. Det er stedet hvor personen føler seg levende – jeg puster, jeg hviler, jeg sanser, jeg lever, jeg eksisterer, jeg er jeg. Å eksistere er noe annet enn å ha en identitet. Dette åpne stedet, som for Paula mest av alt er relasjonen til naturen, er et slags psykens mikrobryggeri. En menneskelig økologi som kan minne om regnskogen, jordsmonnet og korallrevenes betydning. Det gir ikke bare ly og beskyttelse, men er også et fødested og en yngleplass for liv i utvikling og vekst.

NÅR FORTØYNINGENE LØSNER

Det er ikke dansehallene som hvisker «kom, kom» til Paula i denne livsfasen, men naturen. Den fyller henne med en følelse av å være, og følelsen av at det finnes et hemmelighetsfylt nærvær. Hun veves inn i en stor og eventyrlig verden med en himmel og et dyp hun kan utforske, og en fornemmelse av det finnes dyp lykke og en forunderlig mening hun ikke kan sette ord på.

Trærne sto svarte på venstre side, til høyre lå det isklede, mørke vannet som hvisket kom-kom. Det hun håpet på, for hun håpet jo, var å oftere oppleve den inderlige følelsen av tilstedeværelse, av nærvær og nåde som fulgte når hun klarte å sprengte øyeblikket, så det ble dypt, når øyeblikket åpnet seg og ble bredt, den følelsen av å leve, av å være levende som fulgte da. (s. 8)

Når Paula streifer formålsløs rundt i egne og naturens være-rom, kan det minne om noe filosofen Jean-Jacques Rousseau skriver i boken *Den ensomme vandrers drømmerier* (2016). I helgene var han ofte ute på landet og hygget seg med venner. Han elsket å ta en pause fra det sosiale livet og ro langt utpå et vann. Der trakk han inn årene, strakk seg ut i båten og drev sakte med strømmen, mens hvordan øynene hvile mot den blå himmelhvelvingen. Slik kunne han ligge timevis og fordype seg i uklare, men deilige drømmer uten noe bestemt mål og mening. Friheten knyttes her til uproduktivitetens gleder, som Rousseau mente var hundre ganger å foretrekke fremfor andre av livets gleder. Filosofen Peter Sloterdijk (2016) skriver at Rousseaus frihetsbilde skapte en panikk i samtidens intellektuelle miljø. De fleste hadde kastet seg på vitenskapen og industrialiseringens tog som stadig økte hastigheten og produksjonskravene på veien mot en bedre fremtid. Ungdommens uproduktivitet skaper kanskje enda mer panikk i dag.

Men ikke hos Paula. Som Rousseau går hun om bord i en båt flere ganger. Båten blir et symbol på hvordan hun opplever adskillelsen fra foreldrene. Hun føler at fortøyningen har løsnet, og at hun seiler fritt i ukjente farvann. Det føles både interessant og skremmende, men mest av alt spennende:

Så trakk hun båten til seg og kløv opp i den og la seg i bunnen og lukket øynene. Bølgene vugget henne ... Og all uro og all utydelig lengsel og all utålmodig forventning ble stillere, og bølgenes små bevegelser dysset henne, og vannet sukket en ensformig vuggesang, og vekslingen mellom lys og skygge bedøvet henne så hun drømte mens hun var våken og kjente snart noe som lignet salighet og erfarte for andre gang dette døgnet hvor

stor tilfredsstillelse det var i å beveges i seg selv. (s. 81)

Paula er i naturen og naturen i henne, uten at noen spør om hva som er utside, innside eller grenser. Å være alene med seg selv i naturen har blitt et fartøy, en båt som bærer og løfter hennes egen indre natur når familierommets fortøyninger har løsnet. Erfaringene av å være i bevegelse er akkompagnert av vitale følelser og stemninger som hemmelig fryd, indre lykke, undring og ikke mindre enn en forelskelse i verden.

Å SKAPE SEG SELV

Winnicott (1990, 2005) skriver at å være kreativ forutsetter en følelse av å eksistere, ikke som bevisst tilstedeværelse, men som en grunnleggende kroppslig plass å operere ut fra. Kreativitet er så den gjøren som spontant springer ut fra å være. Å bli til vokser ut fra å være. Det indikerer at personen ikke bare er levende, men også skapende. Paula begynner å oppdage at hun kan forme, skape og bevege verden gjennom kroppen, sansene, forestillingene og også ordene:

Ved bare å puste fikk hun flammen til å bevege seg, ved bare å puste får vi ting til å bevege seg, ved bare å puste setter vi ting i bevegelse, ved bare å leve i verden, forandrer vi verden, en svimlende tanke ... (s. 17). Hun så for seg at hun gjorde det og greide, å forandre verden med forestillingens kraft ... og en fantastisk følelse av å være seg selv fylte henne, og hun lovet seg selv at hun ikke måtte glemme det (s. 30). Den siste setningen forandret alt, en setning kan forandre alt. Det gjaldt å finne setningen som kunne forandre alt det umulige, fant hun den behøvde hun ikke en gang rope den ut, bare si den rolig. (s. 60)

Når Paula har bygget opp en fornemmelse av hva det er å være og skape seg selv møter hun også redselen for å miste og oppgi seg selv. Redselen kommer når hun føler skyld for å bryte med foreldresystemet, når hun drukner i kjærlighetssorg over venninnen som flytter, når hun føler seg sårbar svak og hjelpeløs, eller bare rett og slett ikke føler noen kontakt med seg selv: «Hun begynte å frykte at hun skulle bli så tungsindig og alvorlig og beklemt og tilsynelatende

gledesløs som faren var, og moren, og Elisabet måtte hun legge til, dessverre» (s. 42)

Paula frykter å miste seg selv – men finner også veiene tilbake.

Og likevel kjente hun etter en stund det hun var kommet for, en plutselig og sterk følelse av et hemmelighetsfullt nærvær i alt som fantes, og alt som for bare en time siden hadde vært uutsigelig og fjernt var med ett uutsigelig og nært, alt dette fantes også alltid, men liksom ikke for dem hjemme. (s. 49)

Å VÆRE UTEN BEDØVELSE

I kampen mellom å finne og miste seg selv møter Paula er serie med forskjellige typer smerte knyttet til indre opprør og avstandtagen til sine foreldre. Hun kjenner på skyld, sorg, redsel og ensomhet i ulike nyanser – hun kan både føle hun sitter i et frihetsrom og et isolat. Det er utfordrende å stole på at smertene hun opplever kan føre frem. Paula spør hvordan det er mulig å tåle verden uten bedøvelse. Det er et viktig spørsmål. Det er en tendens i alle mennesker til å bedøve oss selv med trygg stillstand, fremfor å gå ut i åpne og bevegelige som bringer med seg psykisk smerte, til å velge korte veier fremfor den langsomme veksten, til å pynte seg med ytre verdier fremfor å følge det indre livets flakkende kompass.

Det er kanskje her samfunnet i dag intervensjonerer på feil nivå. Vi invaderer og bombarderer ungdommens intellekt med falske løsninger, svar og retningslinjer, på livskrefter som ennå ikke har funnet sine former. Vi opererer på identiteten og identifikasjonens nivå, og mister vår tro og tillit til de viktigste rommene, til det Winnicott kaller å være og bli til. Vi gir svar før ungdommen har fått lov til å gå seg vill og finne sine hemmelige glenner.

Paula forstår til slutt at forandring ikke skjer av seg selv og at psykisk arbeid er en langsom prosess:

Lidelsen hadde gjennomført henne så hun trodde hun kunne omkomme av den, men nå forsto hun at det ikke er sånn at du skal gjennomgå lidelsen, men at du skal gå gjennom den, og det både måtte og ville hun, og så kjentes det ut som om hun kanskje snart var gjennom, at hun var i ferd med å finne en vei og en metode, at det var det hun hadde arbeidet med lenge. Det var de siste brikkene som manglet, men de avhang av hvordan det ville gå. (s. 113)

Hun blir også beriket med innsikter knyttet til det som psykoanalytikerne Wilfred Bion (1994) kaller læring av erfaring, som er noe helt annet enn å lære og pugge fakta.

Og da hun åpnet øynene, så hun nyutsprungne harerug som hadde klart å presse seg opp, langsomt og tregt, og en maur bevege seg langsomt og tregt mot et eller annet slik alt viktig foregikk langsomt og tregt, all vekst foregikk langsomt og tregt, forsto hun, og skulle ikke forseres for da ble resultatet ikke det beste ... når noe skjedde som plutselig fikk alt til å se annerledes ut enn før ... fantes antagelig bare på film fordi dramaet der skulle utspilles på under to timer, mens i virkeligheten tok alt lang tid, hadde følelser og tanker flytt i samme retning i lang, lang tid, så alle begyn-



nelser lå langt tilbake i det dunkle og mørke, og vissheten om dette kom til henne som en trøst fra evigheten. (s. 145)

Disse setningene er kanskje noe vårt effektivitets- og evidenssøkende behandlingsfelt bør meditere over hver morgen. Ungdommens utvikling er kompleks og sammensatt og kan ikke fremskyndes. Modning og vekst er ikke bare det som kan avleses på kulerammer og måledia-gram. Den foregår også i et usynlig landskap, nesten som et frø under jorden som venter på å bli befruktet eller å bli vekket til live av et bestemt signal, eller i en slags ubevegelig tilstand som i det skjulte samler opp krefter opp for å foreta neste skritt. Hvem i dag har tålmodighet til å vente på at ungdommen kan utvikle seg i sitt eget tempo?

KLAR TIL Å BLI FUNNET

Paula tror hun snart er fri, at hun snart har klart å komme forbi siste skanse. Hun slipper også foreldrene fri i sin tale på konfirmasjonsdagen, der hun ønsker at de nå kan begynne å snakke og bli kjent med hverandre på nye måter. Men kort tid etter talen til foreldrene, hører hun med sjokk at de har meldt henne opp til Kristelig Gymnasium uten å spørre hva hun selv ønsker. Hun grunnstøter mot et skjær som er umulig å komme forbi. Prestens løsning med å gå ut bakdøra hjelper henne ikke lenger. Den flam-

mende protesten stiger nå frem som en brann fra dypet i henne selv. Hun vil ikke gå på Kristelig Gymnasium. Ingen, absolutt ingen kan tvinge henne til det. Nå gjenstår bare oppgaven med å si det til dem:

... tårene rant ved tanken på alt som var forbi og for alt som aldri skulle bli og for det som foresto, men sammen med følelsen av sorg og følelsen av å falle og synke fikk hun følelsen av å vokse og stige, en følelse av helt umulig og mulig på samme tid, tonene tente døde stjerner i hjernen, blåste på brannen i brystet, pustet på motet og drømmen for at hun skulle tørre å kaste seg i strømmen og med et ras i hjertet åpnet hun porten og gikk inn. (s. 147)

Vi forlater Paula der, klar til å protestere mot foreldrene for første gang. Winnicott skriver at ungdommen ikke må bli funnet før de er klar til å bli funnet. Paula er nå klar til å stå i sin egen vilje og tre ut i det synlige feltet. Hun har beveget seg gjennom første etappe av ungdomsfasen og er klar til å bli funnet. Enda har hun ikke begynt på videregående og møtt den større flokken av jevngamle, enda har ikke seksualiteten begynt for alvor, og enda har hun ikke begynt å tenke på hvilke veier og stier hun skal følge ut i samfunnet. Alt det som har skjedd til nå, er alt det ingen ser. Men vi har, gjennom romanen, fått følge den første dramatiske utskillelsen av Paulas eget indre rom. ✕

REFERANSER

- Bion, W.R. (1984). *Learning from experience*. Karnac Books.
- Ferrante, E. (2020). *Dei vaksnes løgnaktige liv*. Samlaget
- Hjorth, V. (2022). *Femten år. Den revolusjonære våren*. Cappelen Damm.
- Meltzer, D. & Harris, M. (2011). *Adolescence*. Karnac Books.
- Rousseau, J-J. (2016). *Den ensomme vandrers drømmerier*. Bokvennen.
- Sloterdijk, P. (2016). *Stress and Freedom*. Polity Press.
- Solheim, J. (2021). *Drømmen om Anguilla*. John Grieg Forlag.
- Winnicott, D. W. (1990). *Living Creatively. I Home is where we start from*. Norton & Company.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and Reality*. Routledge Classics.

MINNEORD

GENIEVE SELVAMALER WADSWORTH RØD

1980–2022



VÅR KJÆRE VENN OG KOLLEGA, Genieve Selvamaler Wadsworth Rød, gikk bort 13.12.2022, etter en tid med sykdom. Savnet etter henne er stort.

Genieve viet mye av sin tid til psykologifaget, og har gjennom sitt engasjement bidratt til å sette en av de mest sårbare barnegruppenes psykiske helse på dagsorden.

Vi kjenner Genieve best fra hennes arbeid i Enhet for psykologressurser i Bufetat region Øst, der hun startet i 2016, etter flere år med studier og arbeidserfaring fra både Norge og Danmark. Parallelt med et spesialiseringsforløp i samfunnspsykologi valgte Genieve å fordype seg i psykoanalysen gjennom utdanning ved Norsk psykoanalytisk institutt i Oslo. Som del av den praktiske utdannelsen innen psykoanalysen hadde hun deltids privatpraksis. Vi lærte å kjenne Genieve som en fagperson med stort engasjement, med faglige refleksjoner som strakk seg fra samfunnsnivå og helt til det nære i samtale med den enkelte. Slik var også hennes arbeid med enslige mindreårige asylsøkere i Bufetat. Genieve nådde frem til hvert enkelt barn med sin varme tilstedeværelse og lyttende vesen, samtidig som hun gjennom et systemisk arbeid la vekt på å synliggjøre barngruppen og deres behov, blant annet gjennom å skrive faglitteratur og innlegg til høringsinnspill på lovtekster. Hun var modig, og talte barnas sak på flere arenaer. Genieve formidlet også faget sitt gjennom undervisning og kurs i regi av Norsk psykologforening. Hun hadde

et godt øye for hvordan hun kunne engasjere andre, og jobbet mye med å få frem sentrale elementer i det hun presenterte. Hun var en god lytter – både i det kliniske rom, som kollega og som underviser.

Vi savner Genieves helt egne evne til å fylle et rom med en imøtekommende tilstedeværelse, og med varm og inkluderende humor. Vi savner hennes refleksjoner som bar preg av nysgjerrighet, åpenhet og grundig fordypning. Vi savner hennes velformulerte innspill som klarte å ramme inn faglige diskusjoner, samtidig som hun klarte å treffe sakens kjerne og berøre oss i alvoret hun selv satte på dagsorden.

Barna har mistet en engasjert samtalepartner og en viktig stemme utad. Vi har mistet en uerstattelig kollega og venn.

*Psykolog Hedda Haugen Røli,
på vegne av Enhet for psykologressurser,
og psykologspesialist Ingeborg Egebjerg*

Fagfolkene er livsnerven i helsetjenesten

Et styrket psykisk helse-tilbud avhenger av attraktive arbeidsplasser for psykologene. Det er på tide å sette inn virkningsfulle tiltak for rekruttering og stabilisering – og kvitte seg med det som virker motsatt.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Hanne Indregard Lind,
Visepresident med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitik

«Vår felles helsetjeneste er god. Det vet vi. Men det er en skanse som må forsvares hver eneste dag. Å beholde fagfolkene i sykehusene – og rekruttere nye fagfolk – er en viktig del av det. Jeg har sagt det mange ganger, og gjentar det gjerne: Fagfolkene er livsnerven i helsetjenesten.»

Dette er et utsagn fra helseministeren som man må være hjertens enig i. Fagfolkene er livsnerven i helsetjenesten. Nervesystemet er et intrikat nettverk hvor ulike deler spiller sammen til en fungerende enhet. De motoriske nervene fører impulser ut til nervesystemet, mens de sensoriske nervene sender impulser inn til sentralnervesystemet. Begge deler må fungere for at helheten skal bli god, at vi ikke skal snuble.

Signalene som kommer inn fra helsetjenesten, fra der ute helsehjelpen ytes, er bekymringsfulle. Tallene viser at mange slutter, og i en undersøkelse gjort i Helse Vest oppga 10 av 17 psykologspesialister at det var forhold ved jobben som gjorde at de sluttet. I yngre psykologers utvalg sin undersøkelse, oppga 22 prosent av de over 900 respondentene at de hadde vært sykmeldt, der forhold ved arbeidssituasjonen var medvirkende. Vi blir også flere eldre og færre i yrkesaktiv alder. Samtidig har noen av de private yterne av helsehjelp økt sin omsetning med både tre, seks og ti ganger bare de siste to årene. Så at det å rekruttere og beholde fagfolkene er viktig, er ubestridt. Men brukes det tilstrekkelige og riktige virkemidler?

Helsepersonell søker, som alle andre, mening, mestring og tilhørighet. I en underdimensjonert tjeneste med lange ventetider, er det vanskelig å oppnå en opplevelse av autonomi og at man får brukt kompetansen sin riktig. Det tærer på følelsen av tilhørighet når man kjenner at egne faglige verdier ikke finner tilstrekkelig plass i organisasjonen. Det gir moralsk slitasje å måtte skrive ut, når man egentlig ikke synes pasienten har fått nok helsehjelp, og man vet

det blir en rehenvisning – hvis pasienten har beholdt håpet om at den kan hjelpes. Når vi må bruke tiden vår på oppgaver andre like gjerne kunne gjort, som koding, kan fortvilelsen bli stor over at vi ikke får brukt kompetansen vår til det vi gjerne vil bruke den til: yte helsehjelp og utvikle faget, støtte kollegaer og gi god veiledning til personell i utdanning. Regjeringen har bestilt en utredning fra de regionale helseforetakene for å få ned arbeidsmengden knyttet til rapportering for klinikere. Det kan bli bra og viktig, og det gir håp om at signalene når inn til sentralt hold. Men hva med resten?

Hva er det som får oss til å søke oss til dette intrikate og viktige systemet – og til å bli der? Nerveceller er ulike og har ulik form, men de består av de samme grunnleggende komponentene. Det samme kan man si gjelder for helsepersonell. Det er stort og vanskelig, men likevel enkelt. Vi trenger tid, tillit og gode rammer for faglig fellesskap, utvikling og fagutøvelse. Vi trenger ledelse som har rammer til å lede høykompetent personell, ikke gjete. Vi trenger at det satses på helse i budsjettene. Vi trenger en finanseringsordning som ikke forfordeler psykisk helsevern, og vi trenger at de nye sykehusbyggene finansieres på en måte som ikke går ut over driften. Vi trenger at psykisk helsevern dimensjoneres etter behovet, noe som igjen betyr at vi trenger at den kommende opptrappingsplanen har reelt, styrkende innhold.

Skal man klare å rekruttere og beholde – også i distriktene – er det avgjørende at vi satses på helsetjenesten og tilbyr personellet gode betingelser – både lønnsmessige og arbeidsmessige. Dette er signaler Psykologforeningen sender, og vil fortsette å sende, for å bidra til å styrke helsetjenestens evne til å rekruttere og beholde psykologer. Gjennom å skape arbeidsplasser som er attraktive, som virker rekrutterende og stabiliserende på personellet, vil også helheten og tilbudet til pasientene styrkes.

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

Ansettelse i privat bedrift

Mange psykologer blir ansatt i private bedrifter, og er ikke klar over de store forskjellene mellom å være ansatte i det offentlige, opp mot vilkår i det private.

Jobber du i en privat bedrift uten tariffavtale, har du ikke kollektivt vern for rett til full lønn under sykdom. I alle de store offentlige tariffområdene har vi tariffavtaler som sikrer dette.

Hvis kontrakten ikke sier noe om retten til full lønn, og det heller ikke finnes annet internt regelverk på jobben som regulerer det, er det reglene i folketrygdloven som gjelder. Når man jobber i en bedrift uten tariffavtale, er det arbeidsavtalen, lovverket og eventuelle reglementer ved bedriften som regulerer arbeidsforholdet.

Det følger av folketrygdloven at arbeidsgiver betaler full lønn i de 16 første dagene av sykefraværet. Etter dette er det NAV som tar over utbetalingen av sykepenger. Sykepenger fra NAV er oppad begrenset til seks ganger grunnbeløpet i folketrygden (6 G). 6 G tilsvarer nå 668 862 kroner. Tjener du mer enn dette blir sykepengeutbetalingen likevel basert på en årslønn på 668 862 kroner.

FERIEPENGER NÅR JEG ER SYKEMELDT?

En annen konsekvens er at du ikke har krav på feriepenger av sykepenger som NAV utbetaler. Arbeidsgivere som kun praktiserer vanlig lønn frem til arbeidsgiverperioden er over (de 16 første dagene), trenger ikke betale feriepenger etter dette. NAV utbetaler feriepenger av sykepenger som arbeidstakeren får fra NAV, men dette er begrenset til 48 dager hvert opptjeningsår. Feriepengene utgjør kun 10,2 prosent av sykepengene fra NAV, mens man som følge av tariffavtalte bestemmelser har krav på 12 prosent feriepenger av lønnen arbeidsgiveren betaler det første året den ansatte er sykemeldt.

Denne samme begrensningen på 6 G gjelder også for foreldrepengeperioden. Videre er det slik at NAV kun betaler ut feriepenger for de 12 første ukene av foreldrepermisjonen.

ARBEIDSTID OG RETT PÅ FERIE

Et viktig element i alle arbeidsforhold er lengden på arbeidstiden. Det følger av arbeidsmiljøloven at den daglige og ukentlige arbeidstiden

ikke skal overstige 9 timer og 40 timer. Dette inkluderer ikke spisepause. For psykologer med tariffavtale, er det ofte avtalt en ukentlig arbeidstid på 37,5 timer, inkludert spisepause. Det er også vanlig å regulere retten til fleksibel arbeidstid og å avtale noe om retten til å avspasere i tariffavtale.

Ferieloven gir kun rett til fire uker og én dags ferie, mens det er tariffavtalene som hjemler retten til fem ukers ferie. Derfor må psykologer som ansettes i private bedrifter sørge for at retten til fem ukers feire følger av arbeidskontrakten.

Ved ansettelse må psykologen også undersøke hvordan lønnsforhandlingene foregår, og når skal det forhandles om lønnsøkning første gang.

PENSJON OG OPPSIGELSESRIST

Det er viktig å sette seg i inn i hva slags pensjonsordning bedriften har, og hva som er oppsigelsesfristene. Hvis det ikke står noe om slike frister, følger det av arbeidsmiljøloven at oppsigelsesfristen er én måned. De fleste tariffavtaler har bestemmelser om tre måneders oppsigelsesfrist.

Når det gjelder pensjon antas offentlig tjenestepensjon å være på omtrent samme nivå som en innskuddspensjonsordning med maksimalsatser, som innebærer pensjonsinnbetaling på 7 prosent av lønn opp til 7,1 G (791 486 kroner) og hele 25,1 prosent av lønn mellom 7,1 G og 12 G. En privat arbeidsgiver kan betale inn så lite som 2 prosent av lønn opp til 12 G, så det er viktig å finne ut av dette og ta med pensjonsinnbetaling når du sammenligner lønnen du får med hva du ville fått andre steder.

Vårt generelle råd er å få alle disse elementene inn i arbeidskontrakten. Hvis dette følger av vanlig praksis på arbeidsplassen eller det kun henvises til personalhåndbok eller lignende i arbeidskontrakten, så står arbeidsgiveren mye friere til å endre disse rettighetene. Og har bedriften tariffavtale, er det viktig å sette seg inn i hva slags rettigheter den gir.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Ellen Ekre
Engh, spesialrådgiver/
advokat

endring

Schizofrenidagene 2023

6.-10. november, Stavanger

Steven Pinker
Catherine Eubanks
Pim Cuijpers
Ingvild Stjernen Tisløv
Jan Ivar Røssberg
Per Espen Stoknes
Helene Amundsen Nissen-Lie
Bengt Karlsson
Målfrid J. Frahm Jensen
Michael Barkham
Jaime Delgado
og mange flere...



**Early bird
priser**
fram til
**15. april
2023!**



schizofrenidagene.no

Et sommerkurs i Helsingør



Bli med på en inspirerende kursreise til koselige Helsingør i sommer med tema *deliberate practice* og *self-compassion*, hvor vi skal kombinere læring med nettverksbygging og reise. I naturskjønne omgivelser ute på den danske rivieraen er det plass til dansk hygge og Louisiana kunstmuseum er bare noen togstopp unna.

Deliberate Practice og Self-Compassion

Vi starter med en digital introduksjonsdag 12. mai om *deliberate practice* med Vidar Husby hvor du får muligheter til å delta på praktiske og kreative øvelser. I Helsingør består dagene av praktisk ferdighetstrening i bevisst praksis og kreative øvelser i selvmefølelse. Dagene i Helsingør ledes av Elisabet Rosén og Helene Ohlsson og gir deg muligheten til å kombinere faglig utviklingsarbeid.

Våre kursresier

Vi formidler aktuell forskning og evidensbasert psykologisk kunnskap i *deliberate practice* og *self-compassion*. Vores kursreiser skaper en unik mulighet for kollegial utveksling og nettverksbygging. Ved å reise, oppleve og lære ting sammen er det gode ting forutsetninger for å kunne utveksle erfaringer. Vi bor bare noen minutter fra stranden og den vakre utsikten over sundet.

Oppdag også hvorfor dine svenske kolleger velger WiseMind fremfor andre kursleverandører.

Kursarrangør
WiseMind

Kursinformasjon

Højstrupgaard i Helsingør.
12. mai: Digital introduksjon.
28. juni - 1. juli: Dager på stedet i Helsingør.

Pris

15 400 kr (eks mva).
I tillegg til kursdagene i Helsingør, inkluderer kursavgiften også den digitale introduksjonsdagen 12. mai. I tillegg til godt fylte kursdager er lunsj og kaffe og felles middag inkludert. Etter fullført kurs vil du bli tildelt en kursbevis. Er dere flere fra samme arbeidsgiver som søker, ta kontakt for rabatt.

Frist for påmelding 30. april. Mer informasjon og melding finner du på:
wisemind.se/kursresor/

Har du sett hele vårt utvalg av kurs? Siden 2000 har det blitt laget nye kurs i psykologi hvert år basert på den nyeste forskningen.

wisemind.se +46 76-325 49 58 info@wisemind.se





NORSK
PSYKOLOG
FORENING



Boliglån
4,09 %
eff.*

*pr. 01.03.2023. Nom. rente 3,99 %, 3 000 000, o/25 år, Kostnad 1 1759 064, Totalt 4 759 064.

Pusse opp eller flytte på landet?

Som kunde i Danske Bank får du personlig rådgivning tilpasset dine individuelle behov, planer og ambisjoner – nå og i fremtiden. Du er alltid velkommen til å snakke med en av våre dyktige rådgivere.

Psykologforeningen har på vegne av alle medlemmene forhandlet frem en god bankavtale, som sikrer deg et godt tilbud i årene fremover. Du får blant annet svært gode betingelser på lån og sparing, rabatt på kundeprogram og tilgang til eget VIP kundesenter.

Les mer på danskebank.no/psykologforeningen

Danske Bank



Institutt for
psykoterapi

Institutt for Psykoterapi

For psykologar og legar blir det hausten 2023 sett i gang:

2-ÅRIG INNFØRINGSSEMINAR I:

OSLO – seminarleiar blir Julio R. Garcia-Salas
TRONDHEIM – seminarleiar blir Eystein Våpenstad
BERGEN – seminarleiar ikkje avklart
TROMSØ – seminarleiar blir Liv Ørbeck
SKIEN – seminarleiar blir Kristin Mack-Borander
KRISTIANSAND – seminarleiar ikkje avklart

2-ÅRIG VIDAREGÅANDE SEMINAR I:

OSLO – seminarleiar blir Olav Røkkum

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

- Innføringsseminaret omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialsseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år og spesialsseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

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

- Vidaregåande seminar omfattar 196 undervisningstimer over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialsseminar/ fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialsseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

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

Les undervisningsplanen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidat-utdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

Seminaravgift er kr 13 000,- pr. semester.

Søknadsfrist: 16. mai 2023. Søknad skal sendast via heimesida <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

For nærmare informasjon: telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no



Si hei til Konfidens 🙌

Et journalsystem som faktisk er brukervennlig

The screenshot displays the Konfidens journal system interface. On the left, a calendar view for 'Man 13' shows appointments for Morten (08:00), Anne (09:00), Tomas (10:00), Aleksander (11:30), Astrid (12:30), and Harald (14:00). A central sidebar menu includes options for 'Kalendar', 'Klienter', 'Innstillinger', and 'Klinikk', along with a 'DAGENS AVTALER' section listing appointments for Lilly (08:00), Martin (09:00), Anne (11:30), Tomas (13:15), and Sigrid (14:15). The main area shows a patient profile for 'Anne Borg Gjertsen 31 år' with a 'Book avtale' button. Below the profile, there are tabs for 'Journal', 'Personopplysninger', 'Avtaler 2', and 'Filer'. A 'Behandlingsnotat' section contains text about a meeting with Anne, discussing work-related stress and coping mechanisms. The note includes a 'Vurdering' section and a 'Signer' button.

Konfidens er skreddersydd for psykologer i privat praksis. Slutt å hoppe mellom programmer og sjonglere dyre abonnementer. Her er journal, timebok, online booking og videosamtaler sømløst integrert – til en fornuftig pris.



Spesialtilbud

Bytt til Konfidens med lenken under innen 31. mai, og få 3 måneder gratis!
konfidens.no/psykologforeningen



konfidens™

**12 dagers
treningsprogram
Acceptance and
Commitment Therapy (ACT)**



Kursholdere: Psykologspesialistene A. T. Elen & T. Andersen. Dr. R. Bennett & Dr. D. Johnson.

Vil du bruke 12 dager på å vokse faglig og personlig, opparbeide deg god kjennskap til ACT, samtidig som du trener opp et bredt repertoar av ACT intervensjoner?

Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetrening til å anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset er søkt godkjent som 72 timers vedlikehold av spesialiteten i psykologi.

Frist påmelding: 22. mai 2023

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 07 – 09 juni 2023. 30 august – 1 september 2023. 15 – 17 november 2023. 17 – 19 januar 2024.

Pris: 27.500 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no

Kontakt: kontekstuell@gmail.com

EMDR MED BARN OG UNGDOM

18.–20. april 2023

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo

Tid: kl. 9.00–16.00 hver dag

Kostnad: kr 9.800,- inkl. lunsj, kursmaterieill m.m.

Målet med kurset er å lære deg hvordan du kan bruke EMDR med barn i ulike aldre, familier, grupper og komplekse traumetilstander. Forutsetning er at du har deltatt på EMDR trinn I grunnutdanning.

Påmelding: E-post savitadalsbo@gmail.com eller på www.emdrkurs.no. Husk å oppgi faktura-adresse med e-post eller org.nr. for EHF faktura. Eventuelt ta kontakt på mobil 920 88 481. Se på www.emdrnorge.no for mer informasjon.

Kursansvarlig: A Savita Dalsbø, psykologspesialist, Norsk psykologforening, EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer.

Velkommen!



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Fysisk oppmøte og digitalt.

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Informasjon: www.emdrutdanning.no

Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

som for tiden har ca 9 000 mottakere og
sendes ut to ganger per måned

Annonseformat

Full bredde:

564 x høyde 120 piksler for kr 7 500

1/2 bredde:

264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering,
kontakt oss på e-post tidsskrift@psykolog-tidsskriftet.no eller telefon 23 10 31 33

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. mai**, frist
for å bestille annonse til mai-
utgaven er **17. april**

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

**Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på**

facebook

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 og meld din interesse.

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadskjemaer finner du på hjemmesiden: helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2023

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 27 per sp.mm.
Fargetillegg kr 12 per sp.mm.
Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 105, samme format i farger kr 4 485.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 500.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 900, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 900. Nettannonse har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
5	17.04	02.05
6	15.05	01.06
7	19.06	03.07
8	17.07	01.08
9	18.08	01.09
10	18.09	02.10
11	18.10	01.11
12	17.11	01.12

ANNONSEFORMATER

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

PRISER: STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 500	16 900
1/2 side	14 500	12 900
1/4 side	12 500	10 900

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

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Håkon Kongsrud Skard
23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng
913 17 162
arnhild@psykologforeningen.no

Medlemmer

Eva Therese Næss
971 01 119
eva.th.naess@gmail.com

Siri Næs
902 68 699
Siri.naes@gmail.com

Ann Birgithe Solheim Eikholm
971 29 052
abseikhom@gmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Chris Margaret Aanonsen
957 92 616
chris.m.aanonsen@gmail.com

Lars Ravn Øhlckers
908 81 250
larsravnohlckers@gmail.com

Eldrid Robberstad
475 00 308
Eldrid.robbestad@sola.kommune.no

Varmedlemmer

Alf Martin Eriksen (1. vara)
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

Sebastian Gulbrandsen (2. vara)
926 93 702
sebastian.gulbrandsen@gmail.com

Kristin Haugholt (3. vara)
951 72 032
kristinhaugholt@hotmail.com

Jørgen Edvin Westgren (4. vara)
911 16 616
joergenwestgren@gmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus
Maria Nylund
maria_nylund@hotmail.com
997 98 973

Aust-Agder
Lars Petter Lopez-Røed
larpro82@gmail.com
408 72 505

Buskerud
Henriette Alsaker
henriette.alsaker@gmail.com
997 22 725

Finnmark
Dagmar Patricia Steffan
dagmar.patricia.steffan@finnmarksykehuset.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
Ragnhild Ese
ragnhild.es@gmail.com
920 11 528

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 Lindø
libi@siv.no
473 83 123

Vest-Agder
Øyvind Buli Føreland
vestagder@psykologforeningen.no
948 84 351

Vestfold
Paul André Myhrer
amyhrer@gmail.com
990 41 900

Troms
Ida Atalie Falch
Ida.atalie@gmail.com

Østfold

FAGETISK RÅD

Mette Ekenes
Garmannslund, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

Mariann Stadler, leder,
e-post mariannstadler@gmail.com, tlf. 918 03 110

LØNNS- OG ARBEIDSLIVS-UTVALGET

Hanne Indregard Lind,
leder/KTV Helse Sør-øst
tlf. 948 05 153

FORHANDLINGS-UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Hanne Indregard Lind,
leder, e-post h.indregard@hotmail.com
tlf. 948 05 153

SPECIALITETSRADET

Arnhild Lauveng, leder,
e-post arnhild@psykologforeningen.no
tlf. 913 17 162

FAG- OG PROFESJONSRADET

Arnhild Lauveng, leder,
e-post arnhild@psykologforeningen.no
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene

Johan Siqveland, e-post
johan.siqveland@gmail.com,
tlf. 922 90 143

Barne- og ungdomspsykologi

Kjersti Hamre Lotsberg,
e-post k_hamre@hotmail.
com, tlf. 416 57 694

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder,
e-post anette.hoy.dye@
moment.consulting,
tlf. 928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS- UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Emma Røisland Torsvik,
e-post emmartorsvik@
gmail.com,
tlf. 979 62 540

KLIMAUTVALGET

Tuva Bræin, e-post
tuvabraein@gmail.com,
tlf. 458 52 172

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

MENNESKERETTIG- HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Helén Ingrid
Andreassen, e-post ypu@
psykologforeningen.no

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Arne Holen, leder,
e-post arnenpf@
nevropsykologholen.no,
tlf. 922 30 383

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Kristina Høyer,
kommunikasjonssjef,
e-post kristina@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

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

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef, e-post
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningsjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

- 202 **Selvbestemmelsens pris**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 208 **Økt bruk av psykiske diagnoser for unge**
Originalartikkel | Bråten et al.
- 216 **Betydningen av personlighetstrekk ved langvarige hode- og ansiktssmerter**
Oversiktsartikkel | Holsvik et al.
- 227 **Når eksponeringsterapi for OCD ikke hjelper**
Fra praksis | Gilad Beck
- 232 **Metaforer som redskap i psykoterapi**
Fagessay | Evensen et al.
- 238 **Psykolog og forsker: dilemmaer i kø**
Etikkpanelet | Bjørn Rishovd Rund
- 242 **MENINGER**
Kronikk: Hva er ikke en psykolog | Ingvill Maria Daatland Hekne (s. 247)
Debatt: Biopsykososial modell (s. 242), PPT (s. 249), Kjønnsinkongruens (s. 250 & 252),
Digitalisering (s. 255) & Fellesprogrammet (s. 256)
- 258 **Hvordan har du det, nyutdannede psykolog?**
Nye stemmer | Raymond B. Stangenes
- 260 **INNTRYKK**
Anmeldelser: En reise i overflaten (s. 260), Med kunsten som linse (s. 262)
Bokessay: Ungdommens løsrivelse - betydningen av alt vi ikke ser | Per Are Løkke
(s. 264)
- 271 **Minneord: Genieve Selvamaler Wadsworth Rød (1980-2022)**
- 274 **Annonser**
- 279 **Stillingsannonser**