

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOL OGI

Vol. 60 nr. 11 2023

Hva er psykiske lidelser?

Fagessay

BEHANDLING AV SPISEFORSTYRRELSER

*Wisting et al.
Yang et al.
Originalartikler*

Fritt for medisinfritt i nord?

Aktuelt

Psykologer må bli mer produktive

Kronikk



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 17.11, 14.12

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.10.2023

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 spille 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, **Journalist** Matthew Prescott Oxman,

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 Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. 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.



FOTO: UNSPLASH



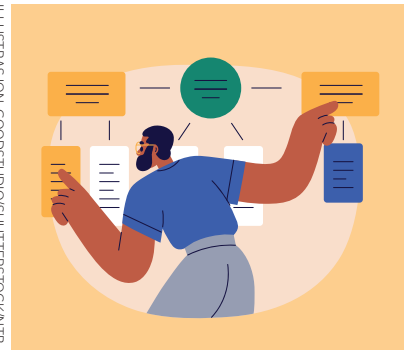
Syversen Smerud & Syrdal Aanderaa om bruk av kasusformulering i perinatalfasen. Evidensbasert praksis. Side 714.

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



Hvor er språket som gjør det mulig å forstå grusomhetene omkring oss, spør Maia Mack i Etikkpanelet. Side 724.

ILLUSTRASJON: GOODSTUDIO/SHUTTERSTOCK/NTB SCANPIX



Godt nok og bedre beskriver utfyllende det komplekse systemet som ligger til grunn for kvalitet i psykisk helsevern. Bokanmeldelse. Side 750.

Innhold

- 678 Fritt for medisinritt i nord?**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 684 Jakter sammenheng mellom psykisk helse og miljø**
Forskningsintervju | Matthew Prescott Oxman
- 686 Miljøet er sentralt for den psykiske helsen**
Oppsummert | Ludvig Daae Bjørndal
- 689 Hva er psykiske lidelser?**
Fagessay | Sigmund Karterud
- 696 Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) - en poliklinisk behandlingsstudie**
Ny vitenskapelig artikkel | Yang et al.
- 697 Body Project Treatment: ny gruppebasert behandling for spiseforstyrrelser**
Originalartikkel | Wisting et al.
- 706 Å møte meningsløshet i terapirommet**
Fagessay | Anders Malkomsen
- 714 Bruk av kasusformulering for gravide og partner i tiden rundt fødsel**
Evidensbasert praksis | Syversen Smerud & Syrdal Aanderaa
- 724 Er psykologer rammet av Pollyanna-syndromet?**
Etikkpanelet | Maia Mack
- 728 MENINGER**
Kronikk: Psykologer må bli mer produktive | Kraft & Øveraas Halvorsen (s. 730)
Debatt: Avtalespesialister (s. 728), Profesjonsutdanningen (s. 734), Autisme (s. 736), Tverrfaglig samarbeid (s. 738), Tilknytningspsykologi (s. 739), Spiseforstyrrelser (s. 741), Kjønnsinkongruens (s. 743 & s. 746)
- 748 INNTRYKK**
Anmeldelser: Psykisk helse i svangerskap og barseltid (s. 748), *Godt nok og bedre*. Kvalitet i psykisk helse- og rustjenester (s. 750)
- 754 Annonser**
- 760 Stillingsannonser**

Fritt for medisin- fritt i nord?

Pasientene ønsket det. Politikerne ga dem det. Nå trues et av de mest markante tilbudene om medisinfri behandling til personer med alvorlig psykisk lidelse av nedleggelse.

TEKST Per Halvorsen

VED SENGEPOSTEN MEDIKAMENTFRITT behandlingstilbud (MFBT) på Åsgård sykehus i Tromsø rister de på hodet av begrepet pilleskam som ble lansert av Norsk psykiatrisk forening tidligere i år. Det skjedde i en kronikk i Aftenposten 10. august der foreningens styre hevdet at det å ta medisiner for psykiske lidelser er blitt skambelagt og står i veien for at pasienter med alvorlige psykiske lidelser får hjelpen de trenger.

KONSULTASJONSTEAM

Psykologspesialist Christine Nyquist og psykiatrisk sykepleier Tore Ødegård, synes det er vanskelig å ta utspillet på alvor i en situasjon der mye tyder på at seksjonen de har ansvar for, lever på lånt tid.

– Det er ikke i tråd med våre erfaringer at det er skambelagt å ta psykofarmaka. Det er ikke vanskelig å få tak i medisiner i psykisk helse-

vern. Det er pasientene som vil ha noe annet, som sliter, sier de.

MFBT ble opprettet i 2017. Året før hadde Regjeringen gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å opprette medisinfrie døgntilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser. Bestillingen svarte ut krav fra fem brukerorganisasjoner som hadde samlet opp pasienters erfaringer med plagsomme bivirkninger og dårligere fysisk og psykisk helse. Når pasientene meldte fra, opplevde de ikke å bli tatt på alvor. Organisasjonene ønsket seg egne døgnposter med medikamentfrie behandlingslinjer. Tilbudet skulle gis pasienter som hadde et eksplisitt ønske om å flytte ut av dosetten.

Nå risikerer pasientene i nord å miste tilbudet slik det opprinnelig var tenkt. Universitetssykehuset i Nord-Norge er i gang med en omorganiseringsspross som innebærer endringer av klinikkstrukturen. I et høringsdokument datert 15. september tar klinikkledelsen til orde for å



IKKE SKAMBELAGT Det er ikke i tråd med våre erfaringer at det er skambelagt å ta psykofarmaka, sier Christine Nyquist og Tore Ødegård ved Medisinfritt tilbud (MFBT) i Tromsø. Foto: Per Halvorsen.

erstatte MFBT med et «.... konsultasjonsteam som skal understøtte medikamentfri behandling ved klinikkens enheter i hele regionen».

STIGMATISERT OG ALENE

Tidligere klinikkjef og primus motor for medisinfri behandling, psykiater Magnus Hald, mener MFBT ikke lar seg erstatte med et konsultasjonsteam.

– Vår kompetanse er ikke relevant for et konsultasjonsteam. Her driver vi et helhetlig program, det kan ikke stykkes opp, hevder han.

– *Hvorfor kan det ikke drives medisinfri behandling ved ordinære sengeposter?*

– I de vanlige enhetene opplever pasientene at det ikke er mulig å komme i en ordentlig dialog om å ikke bruke medikamenter. Selv om de ikke er innlagt på tvang, er medisiner nesten uten unntak en sentral del av dialogen.

Nyquist og Ødegård sier det slik:

– Disse pasientene føler seg utenfor samfunnet, stigmatisert, redde og alene. De syns det har enorm verdi å komme sammen og ta del i et fellesskap av pasienter som har valgt den samme behandlingslinja som dem selv. Bli de spredd rundt på avdelingene, bortfaller effekten av dette fellesskapet.

”

De som kommer hit, ønsker å gjøre jobben det er å få til endring uten legemidler ...

Christine Nyquist, seksjonsleder

»

”

Terapi med en som meg, er jo krevende også for dem

Malin Rossi, pasient



AUTONOMI Jeg er i ferd med å gjenvinne autonomien. Det har vært tungt, men verdt det, sier Malin Rossi: Foto: Michael Jensen Olafsen.

MFBT har seks sengeplasser som skal dekke hele helseregionen. Seksjonen har til enhver tid ansvar for til sammen 30 pasientforløp. Målgruppen er folk med psykoselidelse og bipolare lidelse. Den typiske pasienten har en lang karriere i psykisk helsevern og mener medisinene står i veien for bedring.

– De som kommer hit ønsker å gjøre jobben det er å få til endring uten legemidler. De opplever at medisiner gjør dem utilgjengelige for seg selv og eget følelsesliv. Det er hardt arbeid å flytte inn i seg selv igjen, men de er motiverte, sier Nyquist.

TJENESTE UTEN ORD

Malin Rossi (37) fra Fauske er en av dem som har tatt valget, Hun har over ti års fartstid som pasient i psykisk helsevern og har registrert nærmere 30 opphold i journalen. Nå er hun engstelig for at tilbudet som hun mener brakte henne syvmils-skritt videre i behandlingen, kan gå mot slutten. Når vi ber henne oppsummere hovedinntrykket fra karrieren i psykisk helsevern, er det én ting som står tydelig frem: Ved innleggelse var legemidler alltid det første hun fikk tilbud om.

– Jeg kom aldri i posisjon til å ta tak i det jeg ønsket å forandre. Det var jeg for sløv til. Mitt hovedinntrykk fra «psykiatrien» er at det er et sted der ord hadde mistet sin plass, sier hun.

Hun sier hun aldri fikk tilbud om samtaleterapi. Hun opplevde det som en form for latskap hos personalet.

– Terapi med en som meg, er jo krevende også for dem, sier hun.

Det vokste frem et sterkt behov om behandling uten medikamenter. Fra 2018 har hun flere ganger i året tatt turen til Åsgård. Hun tror ikke

hun kunne ha gjennomført medisinfri behandling noe annet sted.

– De tåler at pasientene er dårlige. De tok på alvor at jeg ønsket å stå i følelsene og jobbe med dem istedenfor å bli medisinert. Det har gitt ny lærdom og mestringsfølelse. Etter mange år med tvangsinnleggelse er jeg i ferd med å gjenvinne autonomien. Det har vært tungt, men verdt det, sier hun til Psykologtidsskriftet.

IKKE HELT MEDISINFRI

Malin var ikke medisinfri da hun ble henvist. De færreste er det (40 prosent), men samtlige har et ønske om å trappe ned. Det fremgår av egenhenvisningen alle blir bedt om å skrive før de legges inn. Det vanlige er toukers-opp- hold et par ganger i halvåret. Behandlingen er recovery- inspirert. Det innebærer blant annet å lære pasientene å håndtere sykdommen på en måte som ikke går ut over god livskvalitet. Opp- holdet er bygget opp rundt temaer som søvn, kosthold, kjærlighet og seksualitet etc.

Nyquist, som har fartstid også fra ordinære sengeposter, sier det ikke er mer uro i MFBT selv om man kunne forvente det på grunn av et symptomtrykk som ikke blir dempet av medikamenter.

– De som er her, har stor grad av psykisk smerte som på ulikt vis gir seg utslag i symptomer, men det er svært lite uro i form av utagering og aggresjon. Dette har imidlertid også forekommet, og dersom det blir for mye aggressiv og kaotisk uro, må pasienten overføres til annen avdeling eller forløpet avsluttes.

Mellom døgnoppholdene blir pasienten fulgt opp der de bor. Rundt hver pasient er det etablert et nettverk som består av representanter for lokalt hjelpeapparat (DPS, fastlege, kommunepsykolog, etc), pårørende og andre støt- tepersoner i pasientens sosiale nettverk.

Nyquist sier behandlingssenheten har tett i kontakt med de lokale DPS-ene.

– Behandling av alvorlig psykisk lidelse tar tid. Da må vi sørge for at behandlingen er forankra der folk bor. Så kommer pasienten hit til planlagt opphold og jobber intensivt.

LITE FORSKNING

MFBT har vakt internasjonal interesse. BBC har laget dokumentar, det samme har et fransk TV- selskap. Seksjonen har hatt besøk fra hele Norden, en rekke andre europeisk nasjoner, samt »



Recoveryverksted 2023 SOMMER/HØST

Uke	Datoer	Tema (ansvar)
25	20.-23.6	Nærhet, kjærlighet og seksualitet (Torgunn, Kjersti)
26	27.-30.6	Livssyn og eksistens (Stian, Ragnhild)
27	4.-7.7	Hverdagsmestring (Gry, Cicilie)
28	11.-14.7	Recovery og psykisk helse (Stian, May-Britt)
29	18.-21.7	Ut på tur (Stig, Gry)
SOMMERSTENGT		
33	15.-18.8	Bekymringsmestring (Kjerstin, Paola)
34	22.-25.8	Ut på tur (Marianne, Stig, Gry S)
35	29.8-1.9	Livstreet (Kjersti, Gry, May-Britt)
36	5.-8.9	Søvn (Stig, Kjerstin, Gry S)
37	12.-15.9	Shared reading (Paola, Gry S)
38	19.-22.9	Angsten friheten og livet (Stig, Kjersti, Kjerstin)
39	26.-29.9	Følelsesbevissthet (Kjersti, Tore)
40	3.-6.10	Medisiner og psykiske vansker (Magnus, Tore)
41	10.-13.10	Flokken min (Gry, Torgunn)
42	17.-20.10	Å ta vare på seg selv (Stian, Cicilie)
43	24.-27.10	Stemmehøring (Tore, Torgunn)
44	31.10-3.11	Fysisk aktivitet (Marianne, Gry S)
45	7.-10.11	Nærhet, kjærlighet og seksualitet (Torgunn, Kjersti)
46	14.-17.11	Søvn (Stig, Kjerstin, Gry S)
47	21.-24.11	Å bli kjent med seg selv (Torgunn, Stig)
48	28.11-1.12	Terapeutisk skriving (May-Britt)
49	5.-8.12	Selvhevdelse (Gry, May-Britt)
50	12.-15.12	Medisiner og psykiske vansker (Magnus, Tore)

ØVER PÅ HVERDAGSLIV

Recovery- programmet ved MFBT. Foto: Per Halvorsen.

Medisinfrie tilbud

Pasientkrav: Medisinfrie døgnposter er et pasientkrav. I 2016 svarte regjeringen ut kravet i det årlige oppdragsdokumentet til helseregionene.

Kontroversielt: I deler av fagmiljøet er medisinfri behandling kontroversielt fordi det anses for å mangle evidens. Det er blitt vist til at de fleste retningslinjer for behandling av psykose, uansett hvor du er i verden, anbefaler antipsykotika som en del av behandlingen.

Kamp: Noen pasienter har beskrevet at de nærmest har måttet kjempe for å få et medisinfritt tilbud i tråd med egne ønsker. Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (Bjørge et al., 2020) publiserte i 2020 en rapport basert på intervjuer med 33 pasienter med medisinfri erfaring. En gjennomgående tilbakemelding var opplevelsen av at mange behandlere vegret seg for å henvise til medisinfri behandling.

Flere tilbud: I tillegg til MFBT i Helse-Nord finnes det i dag to dedikerte sengeposter til den opprinnelige målgruppen – personer med psykoselidelse og bipolare lidelser. Den ene ved BET-seksjonen på Blakstad, den andre ved DPS Nedre Romerike på Åråsen. Ved andre institusjoner er medisinfrie behandlingsplasser integrert i ordinære sengeposter eller gir tilbud også til andre diagnosegrupper.

Kilde: Bjørge, D., Kvisle, I.M., Johansen, K.J., Svare Leinan T.B., Benschop, A.R., Kildal C. (2020). Legemiddelfri behandling – mitt liv, mitt valg! Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT).

Delte meninger om medisinfri behandling

ER DET BEHOV for egne medisinfrie avdelinger i psykisk helsevern? «Nei», mener psykiater og forsker Jørgen G. Bramness. «Ja», mener psykolog og forsker Olav Nytingnes.

Bramness er en av forfatterne av brosjyren «Kliniske råd for nedtrapping og seponering av antipsykotiske legemidler». Rådene ble utarbeidet for å gjøre leger tryggere i rollen når de hjelper pasienten med å trappe ned.

– Mange leger har berøringsangst når det gjelder nedtrapping, sier han.

– *Hvorfor det?*

– Det skyldes blant annet press i retning stadig kortere behandlingstid i psykisk helsevern. Nedtrapping tar tid. Når behandlingstiden blir kortere, opplever vi at flere pasienter skrives ut med doser som er mest tilpasset den akutte situasjonen.

Psykiateren mener det er unødvendig med medisinfrie avdelinger.

– Nedtrapping er en integrert del av enhver psykiatrisk avdeling. Vi trenger ikke egne avdelinger til det. Dessuten er ingen medisinfrie avdelinger helt medisinfrie. Noen benytter vane-dannende medikamenter som benzodiazepiner som erstatning for psykofarmaka, for å dempe angst og uro.

– *Hvordan vet du det?*

– Det er mitt klare inntrykk når jeg snakker med kolleger.

– *Hvis berøringsangst er et problem, er det ikke da fint at det fins egne avdelinger som ikke har det?*

– Jeg tror ikke den generelle berøringsangsten blir mindre av at det er slike avdelinger. Tvert om kan egne avdelinger føre til at man tror at «medisinfri behandling» er noe veldig spesielt og bare for noen. Det kan da føre til at man blir enda mer tilbakeholdne med å regulere medisiner hos dem som har fått det.

Psykolog og forsker Olav Nytingnes mener et av de viktigste faglige argumentene for å beholde en medisinfri behandlinglinje, er at psykisk helsevern trenger noe ok å tilby pasienter som ikke får ønsket virkning av antipsykotika. Særlig ved akutte psykoser mener han det mangler godt etablerte alternativer til antipsykotika.

– Da virker det som en god idé å sette dette litt mer i system, og få det grundig evaluert, sier han.

Han mener det er fint at noen behandlingstilbud i Norge har fått prøve seg litt frem.

– Utvikling i retning av et akutt-tilbud vil bli utfordrende og kanskje mislykkes, men jeg mener vi bør forsøke, sier han.

fra USA og Japan. Det har hendt at pasienter fra andre land har søkt om å få plass.

– *Dere har et gjennomsnittts belegg på 80 prosent. Hvis det er så ettertraktet, hvorfor er det ikke fullbooket når det skal dekke et område med hele 480 000 innbyggere?*

– Vi har lurt på det selv. Noen behandlere vegrer seg nok for å henvise fordi de ikke tror på behandlingen vi gir. Noe av forklaringen kan også være at vi fortsatt er et ganske ungt tilbud som mange ennå ikke kjenner til. Vi er avhengig av at fagfolkene som skal henvise, vet hvem vi er. Når folk som kjenner oss slutter, må vi begynne en ny informasjonsrunde, opplyser Nyquist.

Hva kan man så si om behandlingsresultatene ved MFBT sammenliknet med ordinære sengeposter? Ifølge Magnus Hald er det ennå ingen forskningsresultater å vise til.

– *Vil ikke vitenskapelig publisering være nødvendig for å øke medisinfri-tenkningens legitimitet i fagmiljøene?*

– Vi har en jobb å gjøre med å formidle erfaringene med medisinfri behandling. Hos oss kom følgeforskningen av ulike grunner altfor sent i gang. Men neste år skjer det noe. Da publiseres det en artikkel om hvordan pasientene har opplevd behandlingen.

MANGLER FAGLIG BEGRUNNELSE

Sjef for Psykisk helse- og rusklinikken, Erik Stellander, sier han ikke har noen faglig begrunnelse for forslaget om å legge ned den medisinfrie enheten ved Åsgård.

Han sier argumentasjonen hovedsakelig er knyttet til hvordan klinikken kan utnytte de samlede ressursene til beste for pasienter med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene.

Ved å erstatte MFBT med et konsultasjonsteam ønsker han å oppnå to ting: å frigjøre sykehusareal og personellressurser, blant annet for å styrke tidlig intervensjon. Og å spre medisinfri-kompetansen slik at flere pasienter kan få nytte av den.

– I en stor landsdel som vår kan det være uheldig at tilbudet er sentralisert til kun en lokasjon, sier han.

– *Hvordan skal konsultasjonsteamet jobbe?*

– Vi er ikke ferdig med diskusjonen om organisering og arbeidsmetode: om teamet skal reise rundt til andre behandlingssenheter, veilede døgnpostene, om veiledningen skal foregå digitalt eller på andre måter. Det må vi komme tilbake til.

Klinikkssjefen ser to muligheter for tap om MFBT blir avvirket. At kompetansen forsvinner, og at pasientene som har hatt nytte av dagens tilbud, ikke opplever det samme på en ordinær sengepost. Han sier ingen av delene er ønskelig.

– *Nedtrapping av antipsykotika er krevende og må tilpasses individuelt. Er det ikke nettopp en dedikert sengepost som kan opparbeide kompetansen som er nødvendig for å få det til?*

– Med et team som kombinerer MFBTs erfaringer med annen kompetanse ved sykehuset, har jeg tro på at vi kan tilby forsvarlig medikamentfri behandling av god kvalitet også i fremtiden, sier han.

Han sier tilbud om nedtrapping ikke er forbeholdt pasienter på medikamentfrie sengeposter.

– Selv akuttposter gjennomfører medikamentfrie behandlingsforløp. Flere enn de ansatte ved MFBT har kompetanse på området, sier han.

De foreslåtte endringene ved Psykisk helse- og rusklinikk er en del av Helse Nords gjennomgang av oppgave- og funksjonsdeling i regionen, og vil tidligst kunne realiseres i siste halvdel av 2024. ✕



KONSULTASJONS-TEAM Klinikksjef Eirik Stellander vil erstatte sengeposten med konsultasjonsteam. Foto: Per Halvorsen.

”

I en stor landsdel som vår kan det være uheldig at tilbudet er sentralisert til kun en lokasjon.

Eirik Stellander, klinikksjef

- Skuffende

Leder for stortingets helse- og omsorgskomite, Tone Trøen (H), sier det er skuffende at tilbudet ved UNN Åsgård er truet med nedleggning.

– Dersom de offentlige sykehusene ikke leverer på dette, må regjeringen sørge for at pasienter kan få tilbud om behandling hos private og ideelle som tilbyr recoverybasert, medisinfri behandling, skriver hun i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Hun viser til at private behandlingssteder som Hurdal-sjøen Recoverycenter er nedlagt som konsekvens av at regjeringen avvirket fritt behandlingsvalg.

– Det handler om å gi pasienten mulighet til selv å få velge den behandlingen som vedkommende har tro på og vil prøve ut, mener hun.

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol mener medikamentfri behandling er blitt en integrert metode både i poliklinikker og i døgnposter innen psykisk helsevern.

– Tilbudene har naturlig plass i moderne, pasientrettet psykisk helsetjeneste. Det er et viktig bidrag til økt egenmestring, og for å redusere unødig bruk av psykofarmaka. Vider utvikling bør skje i nær dialog mellom fagmiljøene, brukerne og pårørende, skriver hun i en e-post.

Jakter sammenheng mellom psykisk helse og miljø

Å vite hvordan miljøfaktorer påvirker psykisk helse, er viktig for samfunnspsykologien og i møte med pasienter, men vi har kunnskapshull, sier Ludvig Daae Bjørndal.

TEKST Matthew Prescott Oxman



Kunnskap om sammenhenger mellom miljø og psykisk helse er viktige møter med pasienter

-DUSTÅRBAKENNYSTUDIE av sammenhenger mellom miljøfaktorer og mental helse. *Hvordan visste du og dine kolleger at det var behov for denne studien?*

– Tidligere i år kom det en oversikt over metaanalyser av sammenhenger mellom psykisk helse og klimaforhold, forurensning og grønne områder. Forskerne konkluderte med at det er behov for flere studier av sammenhenger mellom miljøfaktorer og psykisk helse. Andre forskere har argumentert for flere studier som tar et systemperspektiv og bruker nye metoder til å teste sammenhenger mellom flere faktorer samtidig, slik vi har gjort. Statistisk sentralbyrå (SSB) begynte nylig å samle data om psykisk helse i store, representative utvalg av nordmenn, sammen med data om miljøfaktorer. Så her var det en gyllen mulighet.

– *Hvilke miljøfaktorer og mål på psykisk helse inkluderte dere i analysene, hva er de sterkeste sammenhengene dere fant, og hvordan stemmer funnene overens med tidligere forskning?*

– Vi inkluderte 16 miljøfaktorer i våre analyser. Dette inkluderte faktorer på ulike nivåer: fra det individuelle, som opplevelse av egen

bosituasjon, til opplevelse av nærmiljø, til det samfunnsmessige, som tillit til det offentlige. Målene på psykisk helse var selvrapportert livskvalitet, og symptomer på depresjon og angst. De sterkeste sammenhengene var mellom å oppfatte det sosiale miljøet positivt og bedre psykisk helse, og å nylig ha opplevd diskriminering og dårligere psykisk helse. Dette stemmer godt overens med flere tidligere studier som har vist sterke sammenhenger mellom psykisk helse og sosiale faktorer som støtte og isolasjon. I tillegg stemmer de overens med flere teorier om psykisk helse der sosiale faktorer er sentrale.

– *Du understreker at funnene må tolkes med varsomhet fordi studier som denne ikke kan påvise årsakssammenhenger. Som dere selv er inne på, kan det å være deprimert få folk til å si at de er misfornøyde med boligen. Men problemer med boligen kan også være årsak til depresjonen. Hva må til for å finne klare årsakssammenhenger mellom miljøfaktorer og psykisk helse?*

– I noen tilfeller kan det være randomiserte studier. For eksempel var det en randomisert

studie som tyder på positive effekter på psykisk helse ved å lage grønne områder på tomme tomter i urbane boområder. Tiltaket gikk ut på å jevne ut jorden på hver tomt, plante gress og trær, sette opp et lite gjerde og gjøre månedlig vedlikehold. Ved å teste effekten av tiltaket testet forskerne også effekten av å bo nærme grønne områder, altså en miljøfaktor. Men det er praktisk og etisk umulig å finne effekter av alle miljøfaktorer i randomiserte studier, for eksempel luftforurensning. Derfor er det viktig å også gjøre kohortstudier der forskere studerer sammenhenger i store, representative utvalg med flere målinger over lengre tid, og få et utviklings- og livsløpsperspektiv. Store, langvarige kohortstudier er ressurskrevende og kan fortsatt ikke påvise årsakssammenhenger, men de kan gjøre oss noe sikrere. Et problem med dataene fra SSB er at de samles fra nye utvalg hvert år. Vi starter snart en stor studie med flere målinger i et enkelt utvalg, intensivt over en kortere periode.

– *Du sier at kunnskap om forhold mellom miljøfaktorer og psykisk helse kan danne grunnlag for gode miljøtiltak. Dere viser til studier av to typer tiltak: å lage grønne områder, som nevnt, og å renovere eller rive gamle bygg. Alle disse studiene var i USA. Hvor overførbare er resultatene til norske kontekster? Har du eksempler på andre tiltak?*

– Det er åpenbart viktige forskjeller mellom USA og Norge som kan ha betydning for relevansen av tiltakene og funnene i de studiene. Samtidig kan slike studier fortelle om effekten på psykisk helse av miljøfaktorer, som å bo nærme grønne områder, som kan være nyttig kunnskap også i en norsk kontekst. Men det er klart at vi trenger mer forskning i forskjellige kontekster både på sammenhenger mellom forskjellige miljøfaktorer og mental helse, og effektene av forskjellige miljøtiltak. Et annet eksempel på tiltak er kommuner som lager sosiale møteplasser.

– *Hvilken rolle kan psykologer spille i miljøtiltak for å forbedre psykisk helse? Skal de plante trær eller rive bygg?*

– Kunnskap om sammenhenger mellom miljø og psykisk helse er viktig i møte med pasienter. Det er viktig at psykologen har et helhetlig bilde av hvordan både biologiske og miljømessige faktorer kan spille inn. Psykologer kan også bidra med denne kunnskapen og kunnskap om større modeller for psykisk helse inn i befolkningsrettet arbeid og systemarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt. Men vi trenger mer forskning for å vite hvilke faktorer som er viktigst, og hvordan ulike faktorer henger sammen.

– *I hvor stor grad kan funnene deres brukes til å argumentere for at ressurser som i dag brukes på klinisk psykologi, heller bør brukes i forebyggende arbeid?*

– Jeg tror det er stort potensial i å forske mer på psykisk helse på befolkningsnivå, og jeg er til dels enig i at det har vært viet for lite oppmerksomhet til befolkningsrettet psykologi. Å skaffe nyttig kunnskap vil kreve langsiktig forskning og være ressurskrevende. Men vår studie kan ikke i seg selv brukes som argument for hvordan befolkningsrettet psykologi skal prioriteres opp mot klinisk psykologi. Begge er viktige, tenker jeg.

– *Noen har argumentert for at samfunnspsykologien i Norge har vært for lite systemkritisk. Kan tiltak rettet mot miljøfaktorer som nærhet til grønne områder være plaster på såret og skygge for underliggende problemer?*

– Forskning viser også sammenhenger mellom psykisk helse og overordnede faktorer, som hvor fornøyd folk er med styresettet. Når jeg sier vi trenger mer forskning på feltet, så tenker jeg på sammenhenger mellom psykisk helse og miljøfaktorer på alle nivåer, også på samfunnsstrukturer, og jeg tenker også på evalueringer av tiltak rettet mot systemer. ✕



FOTO: LISA ALEXANDRA JARLI

LUDVIG DAAE BJØRNDAL står bak en ny studie av sammenhenger mellom miljøfaktorer og mental helse.

- **Hvem:** Ludvig Daae Bjørndal, doktorgradsstipendiat ved forskningssenteret PROMENTA ved Psykologisk institutt på Universitetet i Oslo.
- **Hvorfor:** Skriver i dette nummeret en oppsummering (side 680) av en studie han og kolleger nylig publiserte i *American Psychologist* om sammenhenger mellom miljøfaktorer og mental helse: Bjørndal, L. D., Ebrahimi, O. V., Lan, X., Nes, R. B. & Røysamb, E. (2023). Mental health and environmental factors in adults: A population-based network analysis. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/amp0001208>
- **Hva:** Fant spesielt sterke sammenhenger mellom sosiale faktorer og psykisk helse, men understreker at man ikke påviser årsakssammenhenger.

Miljøet er sentralt for den psykiske helsen

Å oppfatte det sosiale miljøet som støttende var sterkt knyttet til lavere symptomer på angst og depresjon og høyere livskvalitet, fant en ny norsk studie.

TEKST

Ludvig Daae Bjørndal,
PROMENTA
Forskningscenter,
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

KONTAKT

l.d.bjorndal@psykologi.
uio.no

Forekomsten av symptomer på angst og depresjon i befolkningen er høy og utgjør et betydelig bidrag til sykdomsbyrden globalt. I et samfunnshelseperspektiv er betydningen av å fremme livskvalitet for alle anerkjent som et viktig mål, noe som blir understreket i FNs mål for bærekraftig utvikling (United Nations General Assembly, 2015).

Tidligere forskning har vist at en rekke egenskaper ved bo- og nærmiljø og ved samfunnet som støy, omfanget av grøntarealer (Beyer et al., 2014) og oppfatninger av styresett (Orviska et al., 2014), henger sammen med psykisk helse i befolkningen. Få studier har imidlertid undersøkt sammenhenger mellom flere miljømessige faktorer og med psykisk helse. Å få økt kunnskap om hvordan særtrekk ved bomiljø, nærmiljø og samfunn henger sammen med psykisk helse, er viktig for forebyggende og helsefremmende arbeid.

NY TILNÆRMING

I en ny studie publisert i tidsskriftet *American Psychologist* – «Mental health and environmental factors in adults: A population-based

network analysis» – undersøkte vi sammenhenger mellom livskvalitet og en rekke miljøfaktorer og symptomer på angst og depresjon i to populasjonsbaserte utvalg. Vårt fokus var både sammenhenger mellom miljøfaktorer og psykisk helse, og mellom miljøfaktorer i seg selv. Dette er i tråd med en systembasert tilnærming til å forstå sammenhenger mellom miljøfaktorer og helseutfall (Rydin et al., 2012). Svært få tidligere studier har statistisk modellert både sammenhenger mellom flere miljøfaktorer og psykisk helse og mellom ulike miljøfaktorer.

Totalt ble 16 ulike miljøfaktorer inkludert i analysene, fra aspekter ved nærmiljøet som oppfattet støy, forurensning, problemer med kriminalitet og tilfredshet med bolig, til oppfatninger av det sosiale miljøet og forhold ved samfunnet (bl.a. tillit til det offentlige og opplevelser av diskriminering). Vi undersøkte sammenhenger mellom miljøfaktorene og livskvalitet og symptomer på angst og depresjon. Vi så på sammenhenger mellom miljøfaktorer og psykisk helse overordnet (ved bruk av sumskårer for å representere livskvalitet og symptomer



NÆRENDE NÆRMILJØ Økt kunnskap om bomiljø, nærmiljø og samfunn er viktig for forebyggende arbeid, skriver artikkelforfatteren. Foto: Nora Skjerdingsstad

på angst og depresjon), og vi så på mer spesifikke sammenhenger med individuelle symptomer på angst og depresjon og aspekter ved livskvalitet. Vi brukte data fra SSBs livskvalitetsundersøkelser, med både selvrapport- og registervariabler, for mer enn 31 000 voksne.

RESULTATER

Resultatene viste en rekke statistiske sammenhenger mellom miljøfaktorer og psykisk helse i befolkningen. Særlig sterke sammenhenger ble observert mellom å oppfatte det sosiale miljøet som støttende og høyere livskvalitet og lavere symptomer på angst og depresjon, samt å ha nylig opplevd diskriminering og lavere livskvalitet og høyere symptomer på angst og depresjon. Mange miljøfaktorer var sterkt assosiert med hverandre, f.eks. å oppleve problemer med støy og problemer med forurensning i bomiljøet, og problemer med kriminalitet og vold i nærmiljøet var forbundet med å føle seg mindre trygg i nærmiljøet. Miljøfaktorene forklarte en betydelig andel av variasjon i livskvalitet, angstsymptomer og depressive symptomer. Studiens hovedresul-

”

Miljøfaktorene forklarte en betydelig andel av variasjon i livskvalitet, angstsymptomer og depressive symptomer

»

Studiens design og metode

- Studien baserte seg på to populasjonsbaserte utvalg og inkluderte mer enn 31 000 voksne.
- Sammenhenger mellom flere miljømessige faktorer og aspekter ved psykisk helse (livskvalitet og symptomer på angst og depresjon) ble undersøkt.
- Vi estimerte statistiske sammenhenger i ett separat utvalg og undersøkte replikerbarheten av resultatene i et annet utvalg for å teste funnernes robusthet.

Hovedfunn

- En rekke miljømessige faktorer var relatert til psykisk helse, særlig det å nylig ha opplevd diskriminering og å oppfatte det sosiale miljøet som støttende.
- Mange miljøfaktorer, som egenskaper ved bo- og nærmiljø, har sterke sammenhenger med hverandre.
- Studiens hovedfunn ble gjentatt i et selvstendig utvalg, som indikerer at funnene er robuste på tvers av utvalg.

tater ble replikert i et selvstendig utvalg, som støttet funnernes robusthet på tvers av utvalg.

Hovedfunnene i studien peker på hvor viktige miljøfaktorer er for psykisk helse i befolkningen. Funnene må imidlertid tolkes med varsomhet fordi datasettene er kryss-seksjonelle og ikke kan etablere kausale sammenhenger. Det er nødvendig med mer forskning for å identifisere hvilke miljøfaktorer som er de viktigste for den psykiske helsen i befolkningen. Slik kunnskap har stor betydning for utviklingen av intervensjoner og tiltak for å forebygge psykisk uhelse og fremme livskvalitet. ✕

REFERANSER

- Beutel, M. E., Brähler, E., Ernst, M., Klein, E., Reiner, I., Wiltink, J., Michal, M., Wild, P. S., Schulz, A., Münzel, T., Hahad, O., König, J., Lackner, K. J., Pfeiffer, N. & Tibusos, A. N. (2020). Noise annoyance predicts symptoms of depression, anxiety and sleep disturbance 5 years later. Findings from the Gutenberg Health Study. *European Journal of Public Health*, 30(3), 487–492. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa015>
- Beyer, K. M. M., Kaltenbach, A., Szabo, A., Bogar, S., Nieto, F. J. & Malecki, K. M. (2014). Exposure to neighborhood green space and mental health: Evidence from the Survey of the Health of Wisconsin. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 3453–3472. <https://doi.org/10.3390/ijerph110303453>
- Bjørndal, L. D., Ebrahimi, O. V., Lan, X., Nes, R. B. & Røysamb, E. (2023). Mental health and environmental factors in adults: A population-based network analysis. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/amp0001208>
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Orviska, M., Caplanova, A. & Hudson, J. (2014). The impact of democracy on well-being. *Social Indicators Research*, 115(1), 493–508. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-9997-8>
- Rydin, Y., Bleahu, A., Davies, M., Dávila, J. D., Friel, S., De Grandis, G., Groce, N., Hallal, P. C., Hamilton, I., Howden-Chapman, P., Lai, K.-M., Lim, C. J., Martins, J., Osrin, D., Ridley, I., Scott, I., Taylor, M., Wilkinson, P. & Wilson, J. (2012). Shaping cities for health: Complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *Lancet*, 379(9831), 2079–2108. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60435-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60435-8)
- United Nations General Assembly. (2015). Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015.



ILLUSTRASJON: UNSPLASH

FAGESSAY

Hva er psykiske lidelser?

To aktuelle debatter gjør refleksjon og klargjøring nødvendig.

HØSTEN 2023 BLE offentligheten rammet av to debatter som vitnet om forvirring om begrepet psykiske lidelser. Først rykket styret i Norsk psykiatrisk forening ut og forsikret befolkningen om at psykiske «sykdommer» var på linje med andre kroppslige sykdommer, og at man derfor ikke hadde noe å skamme seg over når man tok piller mot dem (Lien et al., 2023). Altså ingen grunn til «pilleskam». Dernest hevdet forskere på data fra studentenes helse- og trivselsundersøkelser (Shot) at en tredjedel av norske studenter til enhver tid har en psykisk lidelse, og at rundt 50 % har hatt en slik lidelse siste år (Sivertsen et al., 2023). Disse oppsiktsvekkende påstandene fra psykiater- og forskerhold gjør det nødvendig med en ny drøftelse av hva psykiske lidelser er.

DEFINISJONEN

Den offisielle definisjonen av psykisk lidelse finner vi i internasjonale diagnosesystemer. I de senere årene er det gjort betydelige anstrengelser for å harmonisere ICD- og DSM-systemene. I ICD-11 (WHO, 2023) og DSM-5 er definisjonene så å si identiske. DSM-5-definisjonen (APA, 2013) går slik: «En mental lidelse er et syndrom karakterisert av klinisk signifikant forstyrrelse i individets tenkning, emosjonsregulering eller adferd som reflekterer en dysfunksjon i de psykologiske, biologiske, eller utviklingsmessige prosessene som ligger til grunn for (*underlying*) mental fungering.»

Definisjonen er deskriptiv. Den sier noe om hva som *karakteriserer* psykiske lidelser. Den sier ingenting om årsaker, men har en vag for- »

TEKST Sigmund
Karterud

KONTAKT

wkarteru@online.no



Vi lever i en «cerebral» tid der mye attribueres til hjerneprosesser

mulering om at lidelsene *reflekterer en dysfunksjon i prosesser*. I definisjonene av hver enkelt psykisk lidelse er det heller ikke snakk om årsakssammenhenger. I stedet formuleres det sett av *deskriptive kriterier* som karakteriserer hver enkelt lidelse. Det dreier seg om å føle seg trist, nedstemt, håpløs, etc., i en viss mengde og over et visst tidsrom.

Psykiske lidelser er *pragmatiske* kategorier. Vi har dem fordi vi har nytte av dem. Det er uomtvistelig slik at folk kan bli deprimerede, angstfulte eller psykotiske. Vi trenger kategorier for dette som kan rettlegge oss med hensyn til behandling, rettigheter og ansvarsforhold. Kategoriene kan gi rett til behandling, uføretrygd eller straffefritak.

At diagnostiske kategorier skal være nyttige, er et ukontroversielt standpunkt. Mer omstridt er i hvilken grad de forskjellige kategoriene refererer til noe substansielt. Handler det bare om sosiale konstruksjoner? Eller er det en blanding av substansielle fenomener og sosiale konstruksjoner?

PROTOTYPE KATEGORIER

På begynnelsen av 2000-tallet var det en intens forskningsaktivitet knyttet til den pågående revideringen av DSM-IV og ICD-10. Min forskningsgruppe ved UiO deltok i arbeidet. Vårt interesseområde var personlighetsforstyrrelser. Allerede den gang var det åpenbart at man måtte gi opp forestillingen om personlighetsforstyrrelser som diskrete, klart avgrensbare kategorier karakterisert ved et sett av nødvendige og tilstrekkelige kriterier. Forskningsdata var ikke i nærheten av å underbygge en forestilling om eksempelvis borderline – emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse – som en slags sykdom som eksisterte i verden. Når vi regnet på kriteriekombinasjoner, fant vi 256 forskjellige måter å være borderline på (Johansen et al., 2004). Forskningsdata gikk derfor i favør av personlighetsforstyrrelser som *prototype* kategorier. Altså: Borderline er ikke en sykdom i verden, men kriteriene beskriver en prototyp som virkelige personer kan ligne mer eller mindre på. Man kan være mer eller mindre borderline og på litt forskjellige måter. Vitenskapens oppgave er da å finne gode kriterier for slike prototyper. Vi gjorde slike studier av prototyp validitet på samtlige personlighetsforstyrrelser. Når det gjaldt borderline, fant vi f.eks. at kriteriet «kronisk

følelse av tomhet» var det dårligste, og at det burde endres.

I prinsippet kan en prototyp kategori være rent sosialt konstruert. Kategorien «bergenser» er en gyldig (prototyp) kategori. Man kan være mer eller mindre «bergensk», fra erkebergenser til skapbergenser eller ikkebergenser. Aktuelle kriterier kan være «født i Bergen», «snakker bergensk», «deler bergenske verdier», «heier på Brann», etc., men det finnes ingen nødvendige og tilstrekkelige kriterier. Det er en gyldig kategori, men det er knapt noen substansiell kategori til tross for at «det å være bergensk» for en bergenser vil være den naturligste ting i verden. Det kommer helt av seg selv. Likevel er dette noe som kan avlæres, f.eks. ved at vedkommende flytter til Oslo, begynner å snakke østlandsk og heier på Vålerenga.

I motsetning til kategorien bergenser vil kategorien «tuberkulose» være en substansiell kategori. Et nødvendig og tilstrekkelig kriterium for tuberkulose er «infisert med tuberkelbasillen». Dette kriteriet viser hen til et substansielt fenomen i verden som er infeksjonsprosessen i kroppen med tuberkelbasillen. Dette fenomenet kan ikke endres ved noen viljeanstrengelse eller at man flytter til Drammen.

LINEÆR ELLER SIRKULÆR ETIOLOGI?

Hvor sterke er de substansielle komponentene i psykiske lidelser, og hva består de av? Da vi gjorde vår forskning om prototyp validitet av personlighetsforstyrrelser, tok vi ikke standpunkt til dette spørsmålet. Men det bør man gjøre. Det er tross alt substansielle forskjeller på personer med avhengig versus antisosial personlighetsforstyrrelse og som er annerledes enn forskjellen på bergensere og trøndere. For å nærme seg et gyldig svar må man ta standpunkt til hva personlighetsforstyrrelser er forstyrrelser av. Det vil si at man må ta standpunkt til hva man tror personligheten er sammensatt av. Hva er de viktigste komponentene? Det var det vi gjorde med bøkene *Personlighetspsykiatri* (Karterud et al., 2017) og *Personlighet* (Karterud, 2017), der vi fremhevet komponentene primære emosjoner, tilknytningsmønster og mentaliseringsevne/selvbevissthet (TAM-modellen). Dermed var vi i gang med å innsirkle det DSM-5-definisjonen fremhever – en dysfunksjon i psykologiske, biologiske og utviklingsmessige prosesser. Da kunne vi eksempelvis, med forskningsmessig belegg, hevde at

vesentlige forskjeller på avhengig og antisosial personlighetsforstyrrelse er 1) sterk grad av den primære emosjonen separasjonsangst hos de avhengige (klamring) versus liten grad av separasjonsangst (delvis benektet) hos de antisosiale, 2) et overinvolvert tilknytningsmønster (TKM) hos de avhengige versus et distansert TKM hos de antisosiale, 3) følelsesstyrt tenkning (mentalisering) hos de avhengige versus intellektualisering og pseudomentalisering hos de antisosiale. Disse prosessene er i sin natur biologiske og psykologiske og preget av individets utvikling.

Det som ofte skaper forvirring rundt begrepet psykiske lidelser, er uklar tenkning om hvordan disse prosessene foregår, og «hvor» de foregår. Vi lever i en «cerebral» tid der mye attribueres til hjerneprosesser. Fallgruven ligger i å fremstille psykiske lidelser som overveiende *substansielle* kategorier der en går langt i å hevde en *lineær* etiologi etter samme mønster som tuberkulose, hvor lidelsen har sin årsak i et patologisk agens. Da får vi utsagn av typen at ADHD skyldes lavt nivå av noradrenalin prefrontalt, at depresjon skyldes lavt nivå av serotonin, eller at psykose skyldes et overaktivert dopaminsystem. Det påstås at psykiske lidelser er noe avgrenset, noe som finnes ute i verden, som oftest i personens hjerne, og som har *en eller flere «multifaktorielle» årsaker* som foreløpig kan være lite kjent. Sannsynligheten for slike lineære årsakskjeder er imidlertid svært liten. Hundre års intens forskning på verdensbasis har ikke ført oss nærmere slike mål.

Forskning og klinisk erfaring tyder heller på at psykiske lidelser er syndromer med *sirkulære etiologier* (Fuchs, 2018). Det innebærer at lidelsen ikke finnes som noen avgrensbar «ting» som kan lokaliseres i tid og rom, eksempelvis inne i hjernen på folk, men at dens vesen er dysfunksjonelle prosesser der *forholdet til omgivelsene* spiller en stor rolle. Forholdet til omgivelsene er da ikke å forstå som bare en konsekvens av lidelsen, men som en iboende del av lidelsen. I og for seg dekkes dette viktige aspektet av DSM-5-definisjonen av «psykologiske prosesser» der som vi her inkluderer sosialpsykologiske og intersubjektive prosesser. Psykiske lidelser oppstår i møte med omgivelsene, oftest gjennom tap, neglekt, traumer, egen destruktiv adferd, etc., og vedlikeholdes i møte med omgivelsene gjennom tilbaketreking, unngåelse, utagering, lært hjelpeløshet, offerscenario, etc. Personen *gjør noe* i møte med omgivelsene (unngår, flykter, angriper, beskylder, etc.), og omgivelsene *gjør noe* overfor vedkommende (mobber, misbruker, fryser ut, gir opp, bebreider, overser, etc.). Det er denne vekselvirkningen som kan bli til sirkulær etiologi. Det ene fremkaller det verste i det andre. Det som utgjør lidelsen, er ikke for høyt eller for lavt serotonininnivå eller dopaminnivå eller noradrenalininnivå inne i (hjernen til) personen, men personens *lidende samspill* med andre personer i fortid eller nåtid. La meg for ordens skyld legge til at andre personer i fortid godt kan være del av en persons indre omgivelser i nåtid, og at det også dreier seg om *indre sirkulære prosesser* som involverer bl.a. nevrotransmittere, nevromodulatorer, hormoner og autonom regulering.

AVHENGIG PF OG DEPRESJON

Vi kan starte med avhengig personlighetsforstyrrelse og separasjonsangst som eksempel. Personen det gjelder, vil med all sannsynlighet ha hatt en genetisk disposisjon som gir seg utslag i sterkere separasjonsangst enn de fleste jevnaldrende. Det er måten vedkommende har blitt møtt på og selv forholdt seg til separasjonsangsten på, som betinger om den har nedfelt



Forskning og klinisk erfaring tyder heller på at psykiske lidelser er syndromer med sirkulære etiologier





Ofte handler det meste av vellykket psykoterapi om personlighetsutvikling

seg som vedvarende personlighetstrekk (utviklingsprosesser). I verste fall har separasjonsangsten blitt forsterket gjennom lært hjelpeløshet, vedkommende har tydd til klamring, og han/hun bor fortsatt i en alder av 30 år i kjelleretasjen hjemme og kvier seg for å ta avgjørelser på egen hånd. Separasjonsangsten er ingen innbilning. Den er i høyeste grad reell (biologisk påvisbar) og henger sammen med dysfunksjon i regulering av endogene opioider. Det hjelper å røyke litt hasj. Foreldrene har gitt opp å «mase» og latt vedkommende være i fred, som innebærer at mor vasker tøy og ordner mat. Det har utviklet seg et samspill som holder det hele ved like. Som eksempelet viser, er ikke den psykiske lidelsen, her avhengig personlighetsforstyrrelse, noe som kan lokaliseres noe sted, f.eks. i et hyperaktivt system for regulering av separasjonsangst. Lidelsen er en (dysfunksjonell) måte å være i verden på.

Er det radikalt annerledes med mer situasjonsbestemte psykiske lidelser? Slik som depresjoner? La oss ta alvorlig depressiv episode. Kriterisettet her har heller ingen nødvendige og tilstrekkelige kriterier. Kriteriene er pragmatiske, og kan forekomme i forskjellige kombinasjoner. De beskriver dessuten et dimensjonalt fenomen. Man kan være mer eller mindre deprimert, fra den alvorligste psykotiske typen, til en mer moderat form som så vidt passerer den definerte terskelen. Terskelen er dessuten skjønnsmessig, og fagfolk vil variere i sin bedømming av om terskelen er passert eller ei hos forskjellige deprimerte personer. Til sammen gjør dette at kategorien rommer mye forskjellig. Blir det klarere om vi går til underliggende psykologiske og biologiske prosesser? Psykologisk forskning har vist at depresjoner henger sammen med tapsopplevelser (Kendler et al., 1995). Tilsvarende, på den biologiske siden, spiller også her separasjonsangsten en stor rolle, gjennom (dys-)regulering av bl.a. serotonin, endogene opioider og oxytocin (Panksepp & Biven, 2012). Ved alvorlige depresjoner tar separasjonsangsten overhånd og overkjører andre primære emosjoner som interesse, nysgjerrighet og glede, lek, sex, kjærlighet og sinne. Vedkommende har gitt opp. Også her er det en stor variasjonsbredde i hva slags tapsopplevelser det handler om, og hvordan biologien spiller med. En helt vesentlig del av bildet er hva slags signaler personen sender til omgivelsene, og hvordan omgivelsene svarer tilbake. Og like vesentlig – hvordan forholder vedkommende seg til sin egen oppgivelsestendens? Gir vedkommende etter for den, eller er det noe der som vil noe annet?

PSYKISKE LIDELSER ER INGEN «TING»

Igjen støter vi på en rekke sirkulære prosesser som forteller oss at kategorien alvorlig depressiv lidelse ikke er en «ting» som «finnes et sted», på samme måte som en tuberkuloseinfeksjon er lokalisierbar. Det er derfor misvisende og uttrykk for et kategorimistak (altså en feilforestilling om lineær kausalitet) å hevde at en depresjon «skyldes» eller «er forårsaket av» lavt serotoninnivå eller andre nevrotransmittere for den saks skyld. Igjen – en depressiv tilstand er en (annen) dysfunksjonell måte å være i verden på. Elementene i denne tilstanden har vi rimelig god innsikt i, og omgivelsene, inkludert terapeuter, kan i de aller fleste tilfellene gripe inn på hensiktsmessige måter.

PERSONLIGHETEN MEDIERER

Den viktigste faktoren som medierer forholdet mellom organismens tilstand (f.eks. tom for energi) og omverden, er organismens personlighet.

I gamle dager, dvs. før DSM-III i 1980, skulle psykiatriske diagnoser inkludere de fleste elementene i sirkulære prosesser. På 1970-tallet skrev vi «Depressiv reaksjon hos emosjonelt ustabil alenemamma i vanskelig livssituasjon». Da DSM-III ble innført, skulle man diagnostisere *både* på akse-I (symptomlidelser) og akse-II (personlighet). Eksempelvis: Akse-I: Alvorlig depressiv episode. Akse-II: Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (eller «ingen personlighetsforstyrrelse» eller «uspesifikk PF»). Kravet om diagnostikk på begge akser falt bort med DSM-IV. Mange mente at det representerte et fremskritt at personlighetsforstyrrelser «ble likestilt» med symptomlidelser. Personlig mener jeg det var et tilbakeskritt. Senere forskning har vist at *nivå av personlighetsfungering* (Buer Christensen et al., 2020) er den viktigste prediktoren for hvordan det går i livet, også med henblikk på symptomlidelser. Nivå av personlighetsfungering er derfor, både i DSM-5 og ICD-11, løftet frem som det aller viktigste en diagnostiker skal vurdere med tanke på personlighet. Og ser vi nærmere på hva nivå av personlighetsfungering inneholder, er vi milevis unna lineære logikker. Det handler om persons identitet, integritet, evne til å sette seg realistiske mål i livet, evne til emosjonsregulering, evne til nærhet og forpliktelser, o.l. Nivå av personlighetsfungering vil derfor også si noe om *personens forhold til egne vanskelige følelser*. I virkelighetens verden er ikke dette «noe annet» enn «selve symptomlidelsen». Forholdet til egne følelser er en del av symptomlidelsen. Rent pragmatisk er det greit at dette forholdet kartlegges på en egen måte, gjennom bestemmelse av nivå av personlighetsfungering, men så lenge kartleggingen ikke er obligatorisk, kan fagfolk dessverre hoppe over og late som om symptomlidelser er uavhengig av personlighetsfungeringen. Dette er en svakhet ved samtidens diagnosesystemer.

ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER

I disse drøftelsene har jeg brukt depresjon og separasjonsangst som eksempler. Er dette spesielt og derfor annerledes for de andre psykiske lidelsene? Nei. Også ved angstlidelser er kriteriene deskriptive, kategoriene rommer stor variasjon, og de er uklart avgrenset, de er dimensjonale, og underliggende psykologiske og biologiske prosesser handler om regulering av frykt. Også her er det sirkulær etiologi der

personligheten spiller en stor rolle. Spiller den *veldig* stor rolle, snakker vi om engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse. På samme måte er det for ADHD. Det handler om dimensjonale fenomener som påvirkes av modenhetsgrad, omgivelser og personlighet. Ved god personlighetsfunksjon kan ADHD-tendenser til og med bidra til å krydre tilværelsen. Men hva med alvorlige sinnslidelser? Det samme gjelder også for bipolar lidelse. Det handler om deskriptive kriterier med uklar avgrensning, dimensjonale fenomener som varierer fra lettere stemningsvingninger til agitert psykose og dysfunksjon i biologiske prosesser som regulerer interesse, engasjement og utforskning (søking som primær emosjon, regulert av bl.a. dopamin). Og i tillegg er det betydelige problemer med å forholde seg til egen sårbarhet. Anslagsvis 50 % av personer med bipolar lidelse har også en personlighetsforstyrrelse (Karterud et al., 2017, s. 327). Hva med schizofreni? Har vi her endelig en mer entydig lidelse som hovedsakelig preges av lineær etiologi? Svaret er nei. «Nedad» er det en gradvis overgang til grensepsykose, som er fanget opp av kategorien schizotyp lidelse/personlighetsforstyrrelse. Ved å «skyte inn» denne kategorien blir det vi kaller schizofreni, «renere». Det samme gjelder «ved siden av». Her har man skutt inn schizoaftektiv lidelse, som bidrar til at det oppstår en «avstand» til bipolar I. Ved å «rydde opp» i landskapet rundt schizofreni kan det se ut som at schizofreni er en selvstendig lidelse, men virkeligheten er langt mer rotete. Ved schizofreni er det vitterlig alvorlig biologisk dysfunksjon ute og går, men også her gjør psykologiske og utviklingsmessige forhold seg gjeldende i en sirkulær etiologi.

SIRKULÆR ETIOLOGI I TERAPI

De fleste moderne psykoterapier begrunner seg selv på måter som er forenelige med synet på sirkulær etiologi som jeg har forklart ovenfor. Det er *forholdet* til en selv eller andre mennesker (eller grupper eller samfunn) som bearbeides i de fleste psykoterapier, selv om noen legger større vekt på tankeprosesser, og andre større vekt på emosjonelle eller interpersonlige prosesser. Kortversjonen er – dersom man forstår seg selv, andre mennesker og interpersonlige prosesser bedre, kan man bedre forstå, akseptere og prosessere egne følelser og derved agere mer hensiktsmessig i forhold til andre, »

som igjen vil kunne være mer aksepterende tilbake. Sirkulært – og med symptombedring til følge. Når symptomene dermed blir borte, eller sterkt redusert, *er det ikke fordi terapeuten har kurert den psykiske lidelsen som noen substansiell kategori, men fordi personen har utviklet seg, eller at omgivelsene har endret seg, eller at samspillet har blitt bedre.* Ofte handler det meste av vellykket psykoterapi om personlighetsutvikling (Karterud, 2022). Vi behandler ikke psykiske lidelser. Vi behandler *personer* med psykiske lidelser. Når det gjelder tuberkulose, derimot, er det riktige å si at vi behandler tuberkulosen, og ikke personen med tuberkulose.

SAMFUNNSMESSIGE PROSESSER

Som det har gått frem av drøftelsen, er psykiske lidelser, i kraft av deres sirkulære natur, vanskelige å definere, avgrense og identifisere prosessuelt. De er på sett og vis «flytende» og derfor også påvirkbare av samfunnsmessige prosesser. Kriteriene for psykiske lidelser bør ha solid empirisk forankring. Det vedrører også kriterienes terskelverdier all den stund de aller fleste psykologiske fenomener er dimensjonale. Det å endre på kriterier og terskelverdier kan få dramatiske utslag på forekomsten av psykiske lidelser. Det er langt på vei et pragmatisk spørsmål hvor mange kategorier vi egentlig trenger, hvilke kriterier som er hensiktsmessige, og hvor tersklene skal settes. Arkitekten bak DSM-IV, Allen Frances, var i ettertid dypt kritisk til sitt eget arbeid (Frances, 2013). Han mente at de definatoriske endringene i DSM-IV bidro til en kunstig dramatisk økning i forekomsten av visse lidelser, spesielt ADHD, bipolar lidelse og Aspergers syndrom, og at man åpnet opp for mange nye (og unødvendige) diagnoser. Frances mente at DSM-IV-komiteen undervurderte samfunnsmessige krefter som utnyttet de diagnostiske kategoriene for egne, oftest kommersielle, formål. Først og fremst gjaldt det legemiddelindustrien, men også andre interessegrupper som mener seg tjent med *medikalisering*. Felles for disse er at de inviterer befolkningen til et *kategorimistak* – de forsøker å fremme en forståelse av lidelsen som noe substansielt og betinget av lineær etiologi.

AKTUELLE OVERDRIVELSER

Styret i Norsk psykiatrisk forening har i løpet av høsten 2023, i en rekke sammenhenger, uttalt seg på måter som bygger opp om en medikalisert forståelse av psykiske lidelser som det ikke er dekning for. Det snakkes om psykiatriske «sykdommer» som tilsvarende somatiske sykdommer med den forskjellen at for psykiatriske «sykdommers» del er det kroppsdelen hjernen som er affisert (som om hjernen er «setet» for psykiske lidelser) (Lien et al., 2023). Dette er beklagelig. En ansvarlig profesjonsforening bør være mer balansert.

Når det gjelder den omtalte Shot-undersøkelsen som viser at 50 % av norske studenter i løpet av siste år har hatt en psykisk lidelse (Sivertsen et al., 2023), er det andre problemer ute og går. For det første har denne studien en rekke metodesvakheter som gjør det tvilsomt om det forskerne har funnet, er sant (objektivt reproducerbart med bedre metoder). Dersom funnet *skulle* være sant, kan det også forstås dit hen at gamle diagnosekategorier har kommet i utakt med tidsånden i de nordiske land, Danmark viser lignende tendenser. I tilfellet her at terskelen til å svare ja på spørsmål om frykt og separasjonsangst har senket seg blant yngre mennesker. Dette viser at pragmatiske kategorier bør endres i takt med endringer i tidsånden. Alternativet er at forskere og fagfolk gjør noe som tar behø-

rig hensyn til tendensen. Det som er ekstra ille med Shot-undersøkelsen, var at tvilsom forskning ble lansert med brask og bram gjennom en pressekonferanse med høytstående representanter for regjering og statsapparat. Her så vi et underlig samrøre mellom spesielle forskningsinteresser og politiske krefter der forståelsen gikk i motsatt retning av det Norsk psykiatrisk forening la opp til. For at funnene om norske studenter skal gi mening, må de bero på en oppfatning av at psykiske lidelser til de grader er avhengig av omgivelsene. Altså – når omgivelsene er frustrerende og byr på store krav og dårlig råd, fører det til så mye frykt og fortvi-

lelse at det slår ut som alarmerende økning i diagnostiserbare psykiske lidelser. Som ledd i denne logikken er svaret *ikke* økt tilbud om psykoterapi, men flere velferdstiltak og mindre studiepress.

Som motvekt mot slike overdrivelser i enten biologisk eller sosialpsykologisk retning er det viktig for fagfolk og offentligheten å ha en klar forståelse av psykiske lidelsers natur som pragmatiske kategorier for dysfunksjonelle prosesser som hverken bor i hjernen, i sjelen eller i omgivelsene, men i samspillet mellom disse dynamiske systemene. ✕

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* American Psychiatric Association.
- Buer Christensen, T., Eikenaes, I., Hummelen, B., Pedersen, G., Nysæter, T.-E., Bender, D. S., Skodol, A. E. & Selvik, S. G. (2020). Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning – Concurrent validity of criterion A. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 11*(2), 79–90. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000352>
- 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.* HarperCollins Publishers. <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2013.830642>
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the brain.* Oxford University Press.
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T. & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV criteria. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(4), 289–298. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>
- Karterud, S. (2017). *Personlighet.* Gyldendal.
- Karterud, S. (2022). *Personlighetsfokuseret terapi.* Gyldendal.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri.* Gyldendal.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E. & MacLean, C. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry, 152*(6), 833–842. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.6.833>
- Lien, L., Reitan, S. K., Halvorsen, N., et al. (2023, 10. august). «Pilleskam» i psykiatrien er et alvorlig samfunnsproblem. *Aftenposten.* <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/GEOAJa/pilleskam-i-psykiatrien-er-et-alvorlig-samfunnsproblem>
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The archeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions.* W. W. Norton & Company.
- Sivertsen, B., Knudsen, A. K. S., Kirkøen, B., Skogen, J. C., Lagerstrøm, B. O., Lønning, K. J., Kessler, R. C. & Reneflot, A. (2023). Prevalence of mental disorders among Norwegian college and university students: a population-based cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health – Europe, 100732.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100732>
- WHO. (2023). *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders.* <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>

Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) – en poliklinisk behandlingsstudie

FORFATTERE Lisbeth Yang, KariAnne Vrabel, Øyvind Rø & Sverre Urnes Johnson

DOI <https://doi.org/10.52734/TDCK5656>

SPISEFORSTYRRELSER ER ANSETT som krevende å behandle. Selv der pasienten blir bedre er det risiko for tilbakefall, spesielt et halvt år etter behandlingsslutt. Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) er en av de anbefalte behandlingsformene. Modellen er transdiagnostisk på tvers av ulike spiseforstyrrelser da den går ut fra at de underliggende virkningsmekanismene er de samme. Samtidig har få studier faktisk evaluert effekten av CBT-E i en klinisk setting med en transdiagnostisk populasjon. Eksisterende studier er også vanskelig å sammenlikne med hverandre siden de har brukt ulike kriterier for hva det vil si å bli bedre fra behandlingen, såkalte tilfriskningskriterier. I tillegg har vi lite kunnskap om hvordan det går med pasientene etter gjennomført behandlingsopplegg. Formålet med denne naturalistiske studien var derfor å undersøke effekten av CBT-E i en spesialisert poliklinikk for spiseforstyrrelser; Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP). Studien spesifiserte ulike tilfriskningskriterier, og undersøkte hvordan det gikk med pasientene 25 uker etter endt behandling.

HOVEDFUNN

Studien fant at pasientene fikk en betydelig bedring i både affektive, kognitive og atferdsymptomer på spiseforstyrrelser fra starten av

behandlingen til den ble avsluttet. Av de som fullførte behandlingsløpet, ble 49,1 % bedre, målt etter de strengeste tilfriskningskriteriene. Ingen pasienter ble verre. Endringene holdt seg til oppfølging 25 uker etter behandlingsslutt.

METODE

Studien inkluderte et utvalg av 96 pasienter med ulike typer spiseforstyrrelser (gjennomsnittlig alder 30,7 år, $SD = 9,4$, 92,7% kvinner). Pasientene hadde slitt med spiseforstyrrelser over lengre tid og hadde tidligere behandlingsforsøk uten ønsket effekt. Studien undersøkte om nivå av symptomer på spiseforstyrrelser endret seg fra behandlingsstart til endt behandling, samt ved en oppfølgingssamtale 25 uker senere. Se artikkelen for beskrivelse av hvor mange pasienter som ble inkludert i ulike analyser.

IMPLIKASJONER

CBT-E kan anses som en effektiv behandlingsform for pasienter i en spesialisert poliklinisk kontekst. Det er mulig bedringen holder seg i perioden der risikoen for tilbakefall er størst. Ettersom anslagene på hvor mange som ble bedre varierte etter hvor strenge tilfriskningskriterier som ble satt, bør dette spesifiseres i senere studier. ✘

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 11 S. 697-705 DOI: <https://doi.org/10.52734/SZNT1998>

Body Project Treatment: ny gruppebasert behandling for spiseforstyrrelser

Line Wisting¹, Trine Wiig Hage¹, Ida Aarmo², Anne Louise Wenersberg¹,
Sylvi Norang Haugnes², Marit Danielsen²

Sammendrag

Bakgrunn: Dette prosjektet utforsket gjennomførbarhet av Body Project Treatment (BPT) under norske forhold. I tillegg ønsket vi å undersøke potensielle reduksjoner i grad av spiseforstyrrelses-psykopatologi fra før til etter deltakelse i BPT.

Metode: Dette er et pilotprosjekt med både kvantitativ og kvalitativ metode. Totalt 34 kvinner med spiseforstyrrelser (SF) deltok i BPT-grupper. Deltakerne fylte ut selvrapporterings-spørreskjemaer før og etter gjennomført intervensjon, og de ble invitert til å delta i fokusgruppeintervjuer etter gjennomført BPT. Vi fikk også tilbakemeldinger fra klinikere.

Resultater: BPT ble overordnet oppfattet som gjennomførbart, og signifikante reduksjoner i SF-psykopatologi ble rapportert etter gjennomført behandling. Deltakerne var generelt tilfredse med deltakelsen i BPT-grupper. Hovedtemaer fra fokusgruppeintervjuene inkluderte i) flere i samme båt, ii) en klar struktur og iii) endringer i kropp og hode.

Konklusjon: Resultatene fra denne studien tyder på at BPT er gjennomførbart og kan bidra til reduksjoner i SF-psykopatologi. En større studie må til for å undersøke effekt av BPT sammenlignet med en kontrollgruppe.

Nøkkelord: spiseforstyrrelser, behandling, kroppsbilde, gruppeterapi, poliklinisk

¹Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP), Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus

²Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF), Klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF

KONTAKT

line.wisting@ous-hf.no

MERKNAD

Forfatterne ønsker å takke ledelse og behandlere ved Nydalen DPS, Oslo Universitetssykehus, og Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser ved Sykehuset Levanger, for bidrag til gjennomføring av prosjektet. I tillegg ønsker vi å takke alle deltakere i prosjektet for deltakelse og gode refleksjoner og diskusjoner i gruppene. Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

FINANSIERING

innovasjonsmidler fra OUS.

FAGFELLEVDERT

Spiseforstyrrelser (SF) er en gruppe psykiske lidelser som kjennetegnes av forstyrret spiseatferd, kompenserende atferd og overopptatthet av kropp og vekt, og inkluderer hovedtypene anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Forekomsten av SF er omkring 13–15 % for unge kvinner (Allen et al., 2013) og kjennetegnes ofte av langvarig forløp, redusert livskvalitet og daglig fungering, komorbiditet og økt dødelighet (Swanson et al., 2011). I tillegg vet vi at en del med SF ikke oppsøker eller får behandling (Swanson et al., 2011). Forfatterne av studien foreslår flere mulige potensielle grunner til dette, som fornektelse av symptomer på SF, skam og/eller stigma. Evidensbaserte behandlingsformer for SF består ofte av omtrent 20 individuelle timer (Wilson & Zandberg, 2012) og er ressurskrevende i form av tid og kostnader. Eric Stice et al. utviklet derfor en ny, kortvarig poliklinisk og gruppebasert behandling for SF: *Body Project Treatment* (BPT). BPT tar utgangspunkt i den firetimers gruppebaserte forebyggingsintervensjonen *Body Project*. Det er det mest effektive selektive forebyggingsprogrammet innen SF når det gjelder å redusere SF-risikofaktorer (inkludert kroppsmisnøye og internalisering av tynnhetsidealet) og symptomer, ifølge meta-analyser (Le et al., 2017; Watson et al., 2016). *Body Project* er en interaktiv lavterskelintervensjon som fokuserer på kroppsbilde og kulturelle bidragsyttere til kroppsmisnøye (Stice et al., 2013; Stice, Marti, et al., 2019; Stice et al., 2021; Stice et al., 2020) og er basert på kognitiv dissonans (Festinger, 1957). I BPT møtes seks til åtte personer med SF og to gruppeledere en gang i uken i åtte uker (totalt åtte timer). Det er en transdiagnostisk behandlingstilnærming, slik at personer med alle typer SF kan delta. En studie fra USA fant at 77 % av deltakerne med SF ikke lenger oppfyller kriteriene for SF seks måneder etter deltakelse i BPT sammenlignet med kontrollgruppen (gruppebasert mindfulness rettet mot SF) (Stice, Rohde, et al., 2019). Forfatterne konkluderer med at selv om begge gruppene virket å være effektive, produserte BPT større effektstørrelser og signifikant høyere tilfriskningsrate. Til tross for lovende resultater innledningsvis så trengs det mer forskning på effekt av BPT. Denne nye behandlingsformen er ikke blitt testet ut i Norge tidligere. Det er derfor viktig å undersøke gjennomførbarhet i en norsk kontekst før man eventuelt setter i gang en større og mer ressurskrevende effektstudie.

Hensikten med dette prosjektet var derfor å undersøke gjennomførbarhet av BPT blant unge kvinner med SF under norske forhold. Erfaringene fra deltakere, gruppeledere og behandlingsansvarlige kan gi et grunnlag for å se om det er mulig å implementere

BPT i Norge. Vi ønsket også å undersøke om det var endringer i grad av SF-psykopatologi fra før til etter deltakelse i BPT. Vi vil bruke en mixed-method-tilnærming for å belyse dette, med kvantitative metoder for å undersøke endring i utfall og kvalitative metoder for å utforske erfaringene som pasienter og behandlere har med gruppetilbudet.

Metode

Dette prosjektet er et kvalitetsutviklingsprosjekt hvor både kvalitative og kvantitative metoder benyttes. Prosjektet er et samarbeid mellom Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) ved Sykehuset Levanger. Deltakere ved OUS ble rekruttert fra Nydalen DPS, mens deltakere fra Sykehuset Levanger ble rekruttert fra både BUP og VOP. Alle deltakerne i studien mottok poliklinisk behandling lokalt i tillegg til BPT. Prosjektet er et kvalitetsutviklingsprosjekt og er godkjent av personvernombudet ved OUS (saksnummer 21/01370) og ved Helse Nord-Trøndelag (saksnummer 2021/1327–9528/2021). Alle deltakerne har signert informert samtykke i tråd med tilrådingene.

Deltakere

Utvalget består av 34 deltakere, 16 fra OUS og 18 fra Sykehuset Levanger. Gjennomsnittsalder er 22,2 år (SD = 6,2 år, variasjonsbredde = 15,2–44,0 år), og gjennomsnitts-KMI er 21,5 (SD = 3,7, variasjonsbredde = 17,6–31,5). Pasientene fra OUS (n = 16) er diagnostisert av lokal behandler. Det er ikke gjennomført videre diagnostisering ved inkludering i prosjektet. Deltakerne i RKSF er diagnostisert av sine behandlere, og diagnosene er kvalitetssikret av gruppeleder / spesialist i psykiatri. Totalt hadde femten pasienter anoreksi eller atypisk anoreksi, åtte bulimi eller atypisk bulimi, fem overspisingslidelse, én andre spesifiserte SF og to uspesifiserte SF. Tre pasienter endte opp uten en formell SF-diagnose, men med utfordringer knyttet til mat, kropp og vekt. Alder, kroppsmasseindeks (KMI) og grad av SF-psykopatologi ved inklusjon er presentert i tabell 1. Totalt åtte pasienter droppet ut av gruppene, fire fra OUS og fire fra RKSF, noe som gir en total drop-out-rate på 23,5 %. Årsaker til frafallet ble ikke systematisk registrert, men frafall skyldtes hovedsakelig utfordringer knyttet til å delta aktivt i gruppe, ulike symptomer i gruppen og ytre aspekter som sykdom i familie eller jobbsituasjon.

Tabell 1

EDE-Q- og CIA-skårer ved oppstart for hele utvalget

	N = 30 Gjennomsnitt (SD)
EDE-Q Globalskår	4.31 (0.95)
EDE-Q Restriksjon	4.20 (1.17)
EDE-Q Bekymring for spising	3.41 (1.17)
EDE-Q Bekymring for vekt	4.53 (1.21)
EDE-Q Bekymring for figur	5.09 (0.84)
	N = 31 Gjennomsnitt (SD)
CIA Globalskår	32.35 (8.07)

Merknad. SD: Standardavvik. EDE-Q: Eating disorder examination questionnaire. CIA: Clinical impairment assessment questionnaire. Det mangler utfylte EDE-Q- og CIA-skjema for henholdsvis fire og tre deltakere ved oppstart.

Intervensjonen: Body Project Treatment

Body Project Treatment er et transdiagnostisk gruppebasert, poliklinisk behandlingstilbud for pasienter med SF. Mellom seks og åtte pasienter er med i gruppene ledet av to klinikere. Målet med BPT er å skape kognitiv dissonans. Dette gjøres ved at gruppeledere stiller åpne spørsmål om ulemper ved utseendeidealer og spesifikke symptomer på SF, inkludert restriktiv spising, overspising og kompensatorisk atferd. Deltakerne deltar aktivt gjennom skriftlige, muntlige og atferdsmessige oppgaver med mål om å øke kognitiv dissonans og dermed legge til rette for reduksjon av SF-symptomer. Et eksempel på en hjemmeoppgave er å skrive et brev til en yngre jente om ulempene ved å strebe etter tynnhetsidealet og hvorfor hun ikke må gjøre dette. (For en oversikt over innholdet i de ulike møtene og hjemmeoppgavene, se appendiks publisert i nettutgave av artikkelen.) Gruppeledere får seks–åtte timers opplæring i en workshop, og de må forberede seg i form av rollespill og ved å lese gjennom en manual.

Prosedyre

Informasjon om prosjektet ble formidlet skriftlig og muntlig ved behandlingsstedene. Siden BPT er transdiagnostisk, kunne pasienter med alle SF-diagnoser henvises, med unntak av de med alvorlig undervekt (KMI < 17). Inkluderte pasienter fylte ut spørreskjemaer ved oppstart og avslutning (åtte uker mellom måletidspunktene). Gjennom prosjektperioden (vår 2021 til vår 2022) ble det gjennomført to grupper ved OUS og tre ved Sykehuset Levanger. Deltakere i fire av gruppene deltok også i kvalitative fokusgruppeintervjuer etter gjennomført BPT. Henvisende behandlere ble også invitert til å delta i egne fokusgruppeintervjuer der vi ville under-

søke erfaringene de hadde med at pasientene deres var med på BPT. Dette viste seg å være vanskelig å gjennomføre i praksis, og behandlerne ble derfor invitert til å sende inn tilbakemeldinger direkte til gruppeledere. Alle deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og har levert signert samtykke. For to deltakere under 16 år har foreldre gitt skriftlig samtykke.

Kvalitativ metode

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer med totalt 13 deltakere. Det var mellom to og seks deltakere i hver fokusgruppe. Hvert intervju varte mellom 48 og 62 minutter. Fokusgruppene ble ledet av en moderator og en co-moderator. I forkant av fokusgruppeintervjuene ble det laget en semistrukturert intervjuguide med to hovedtemaer: erfaring med gruppedeltakelse og innholdet i og organiseringen av sesjonene. Temaene i intervjuguiden dannet grunnlaget for intervjuene, samtidig som det ble åpnet for at deltakerne kunne introdusere egne temaer som de ble opptatt av underveis. Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker og transkribert verbatim. Intervjuene ble analysert manuelt med utgangspunkt i tematisk analyse. Transkriptene ble først gjennomlest i sin helhet, så vi kunne danne oss et førsteinntrykk av intervjuene og gjøre oss kjent med materialet. Intervjuene ble deretter kodet, og vi tok utgangspunkt i kodene for å generere foreløpige og endelige temaer og undertemaer. Analyseprosessen ble gjennomført individuelt av både IA og TWH. Deretter gikk vi i fellesskap gjennom de foreløpige temaene og ble enige om de endelige resultatene.

Kvantitativ metode

Deskriptive data er rapportert med gjennomsnittsverdi og standardavvik (SD). For alder og KMI er også variasjonsbredde tatt med. Det mangler informasjon om vekt og høyde hos tre deltakere, og KMI er beregnet for 31 deltakere.

Statistisk analyse

Alle analyser ble gjennomført i SPSS Statistics, versjon 25. Vi undersøkte endringer i EDE-Q og CIA fra oppstart til avslutning (åtte uker etter oppstart) ved å bruke parett t-tester. Effekttørrelsen ble beregnet med Cohens *d*.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) har 28 utsagn og fire underskalaer. Underskalaene dekker følgende dimensjoner: 1) Restriksjon, 2) Bekymring for spising, 3) Bekymring for vekt og 4) Bekymring for figur. Skjemaet gir informasjon om spesifikk atferd og sentrale tanker knyttet til SF i løpet av de siste fire ukene. Samlet skår kan være fra 0 til 6, og høyere skårer indikerer større grad av problem. Ut fra

Tabell 2

Skårer for EDE-Q og CIA fra oppstart til avslutning, og endring gjennom perioden

	Oppstart N = 23 Gjennomsnitt (SD)	Avslutning N = 23 Gjennomsnitt (SD)	t-verdi, p-verdi	Effektstørrelse Cohens d
EDE-Q-skårer				
Global	4.22 (0.93)	3.81 (1.04)	4.98, $p < 0.001$	1.04
Restriksjon	4.08 (1.07)	2.87 (1.30)	4.90, $p < 0.001$	1.02
Bekymring spising	3.34 (1.23)	2.74 (1.10)	2.94, $p < 0.01$	0.61
Bekymring vekt	4.35 (1.25)	3.59 (1.41)	3.67, $p < 0.001$	0.77
Bekymring figur	5.10 (0.78)	4.33 (1.25)	3.49, $p < 0.01$	0.73
<hr/>				
	N = 24	N = 24		
CIA Globalskår	32.42 (7.54)	27.21 (8.20)	3.05, $p < 0.01$	0.62

Merknad. EDE-Q: Eating disorder examination questionnaire. CIA: Clinical impairment assessment questionnaire. Av de 26 som fullførte gruppebehandlingen, er det henholdsvis tre og to deltakere som ikke har fylt ut EDE-Q og CIA. Cohens d effektstørrelse: liten = 0.2, medium = 0.5 og stor = 0.8.

norske data er det beregnet en cut-off-skår for kvinner på 2,5 (Rø et al., 2015). I denne studien presenteres globalskår og underskalaskårer.

Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA) har 16 utsagn og er et mål for hvor mye SF har påvirket og svekket den psykososiale fungeringen de siste fire ukene. Det er tre underområder: personlig, sosial og kognitiv svekkelse. I denne studien beregnes en CIA globalskår. Samlet skår kan være mellom 0 og 48, og høyere skår indikerer større grad av problem. Ut fra norske og engelske data er det beregnet en cut-off-skår på 16 (Bohn & Fairburn, 2008; Reas et al., 2016).

Ved oppstart manglet utfylling av EDE-Q og CIA hos henholdsvis fire og tre deltakere. Av de 26 som fullførte gruppebehandlingen, var det henholdsvis tre og to deltakere enten ved oppstart eller avslutning. På grunn av den begrensede størrelsen på utvalget rapporteres verdier og skårer for utvalget samlet.

Resultater

Kvantitative resultater

Analysene viser signifikante endringer fra oppstart til avslutning for EDE-Q, globalskår og underskalaskårer, og for CIA globalskår. Resultatene er presentert i tabell 2.

Kvalitative resultater

Analysen av fokusgruppeintervjuene munnet ut i tre hovedtemaer: 1) å være flere i samme situasjon, 2) en tydelig struktur og 3) endringer i kropp og hode. Hvert hovedtema har to underkategorier. Se tabell 3 for beskrivelse av de ulike temaene og underkategoriene med tilhørende eksempelsiter.

Erfaringer fra gruppeledere

Gruppelederne opplevde BPT som lite ressurskrevende både med tanke på forberedelse og gjennomføring av timene. De beskrev det som meningsfullt og engasjerende å lede gruppene, og ikke minst å jobbe målrettet med SF-symptomene. Erfaringen var at behandlingen passet for både nysyke og for de som hadde vært syke over lengre tid. Motivasjon for endring av SF-symptomer ble opplevd som en viktig faktor for at deltakerne kunne nyttiggjøre seg intervensjonen. Manualen ble oppfattet som ryddig og lett forståelig. Opplæring i manualen sammen med de andre gruppelederne ble opplevd som tilstrekkelig for å kunne gjennomføre Body Project Treatment-grupper med pasientene. Gruppelederne hadde lang erfaring i klinisk arbeid med pasienter med spiseforstyrrelser. Dette er en fordel, men ikke avgjørende, da manualen er veldig detaljert både med tanke på innhold og tidsbruk. Erfaringer fra RKSF var at Body Project Treatment også fungerte godt med pasienter under 18 år, noe som betyr at dette kan være en mulig behandling også i BUP.

Tilbakemeldinger fra behandlere

De fleste behandlerne hadde god erfaring med gruppetilbudet og opplevde et godt samarbeid med gruppelederne underveis. Flere beskrev god nytte av å lese journalnotat fra gruppene og erfarte at pasientene tok opp tematikk fra gruppemøtene. Mange av behandlerne trakk frem det å møte flere i samme situasjon som nyttig for sine pasienter, og noen opplevde endring direkte knyttet til SF-problematikk underveis i BPT. Flere ga uttrykk for at dette var et tilbud de gjerne skulle hatt mulighet til å henvise til ved en senere anledning. De opplevde ikke at deltakelse i BPT kom i veien for annen behandling.

Tabell 3

Oversikt over temaer og underkategorier fra fokusgruppeintervjuene

Hovedtema	Underkategorier	Beskrivelse av tema	Eksempelsitater
Å være flere i samme situasjon	Opplevelse av gjenkjennelse	På tvers av alle gruppene var det å være sammen med andre som hadde liknende utfordringer som dem selv med kropp, mat og vekt, noe av det som ble trukket frem som mest positivt. Hovedtemaet har to underkategorier: opplevelse av gjenkjennelse og påvirkning på godt og vondt .	<i>Første dagen jeg kom hit, så ble jeg veldig positivt overrasket når de andre snakket om sine opplevelser, at de var så like mine egne. Og at det gjorde at jeg følte meg mindre alene. Som igjen førte til at jeg følte at det var ikke så flaut, på en måte, å snakke og være åpen om å ha en spiseforstyrrelse. Så ja, det er egentlig bare det at de andre var så like. (gruppe 1)</i>
		Å kjenne seg igjen i andre ble trukket frem som særlig viktig og var med på å skape et trygt og åpent miljø i gruppene. Noen fortalte at de ble overrasket over at de ikke var alene om å streve med det de syntes var vanskelig, og at de forsto at det de tidligere hadde sett på som en svakhet hos seg selv, faktisk var en sykdom og ikke deres skyld.	<i>Og så er det litt fint å se alle andre og snakke om de negative konsekvensene sammen. Og ja, at det er andre også som synes det er mange negative konsekvenser. Og det å på en måte jobbe sammen mot det. Tenke at man er på en måte et team, jobber mot et bedre kroppsbilde eller. (gruppe 4)</i>
	Påvirkning på godt og vondt	Å være flere med samme type utfordringer innebar også at deltakerne påvirket hverandre i både positiv og negativ retning. På tvers av alle gruppene ble det å være en del av et fellesskap trukket frem som et aspekt som økte forpliktelsen til å møte opp til samlingene og til å gjøre oppgavene. Flere beskrev også at det å dele åpent om utfordringer og erfaringer rundt spiseforstyrrelsen med de andre deltakerne bidro til at det var enklere å være mer åpen med familie og i andre nære relasjoner. For noen kunne det å være flere i samme situasjon oppleves som triggende. Flere beskrev at de i forkant var opptatt av hvordan de andre deltakerne så ut, og av hvor syke de var, og at de bekymret seg for om de kom til å sammenligne seg mye med de andre eller å påvirke andre i negativ retning. De fleste opplevde at dette gikk bedre enn de trodde, eller at det gikk raskt over. Noen få ble mer plaget av å sammenligne seg med andre utover i kurset, og at de kunne kjenne på mer «trøkk» fra spiseforstyrrelsen de dagene det var gruppesamling.	<i>Man må jo snakke mer her om følelsene sine og dele litt mer, og da blir det jo på en måte, når man deler med folk man kanskje ikke kjenner så bra igjen så blir det på en måte enklere å gjøre det til dem som betyr mye, om det gir mening. (gruppe 2)</i> <i>Jeg synes at alle andre i rommet er så mye finere enn meg. Og på grunn av maten, da. Så det er liksom vanskelig å legge fra seg, men samtidig prøve å tenke at man er jo den man er, da. Og at, at man er jo fin på sin egen måte. Og at de andre kanskje ikke er så fornøyde med seg selv, de heller. Og at det da kanskje er fint å høre hva de andre synes er fint med deg. (gruppe 3)</i>

Hovedtema	Underkategorier	Beskrivelse av tema	Eksempelsitater
En tydelig struktur	Konkrete oppgaver forplikter	Det at Body Project-gruppene hadde en tydelig struktur, både med tanke på innhold og organisering, ble på tvers av alle grupper trukket frem som noe som påvirket opplevelsen av å delta, med både positivt og negativt fortegn. Dette hovedtemaet består av to underkategorier: konkrete oppgaver forplikter og en stram struktur både rammer inn og begrenser .	<i>Jeg likte å få sånn «spis bedre til neste gang»-oppgaver, på en måte, som dere fulgte opp på. Fordi det har jeg liksom aldri hatt før, det er bare sånn ... Ja, jeg har bare gått til psykologen og snakket om det, det har aldri vært sånn at jeg har fått en lekse, på en måte. Og jeg likte litt det, å få en lekse om hva ... En ting jeg skal gjøre den uka for å spise litt bedre. (gruppe 1)</i>
		Flere deltakere på tvers av alle gruppene beskrev at det at oppgavene og samtalen var konkrete, for eksempel rundt en spesifikk spiseforstyrrelsesatferd eller det å jobbe mot skjønnhetsidealet, var hjelpsomt. Mange opplevde at det var enklere å jobbe med utfordringene sine når det ble brutt ned til mindre tema og konkrete arbeidsoppgaver. Det at det lå en forventning i strukturen om at alle skulle gjøre og dele hjemmeoppgaver i gruppen, bidro også til at deltakerne følte seg forpliktet til å gjøre oppgavene. Av konkrete oppgaver og hjemmeoppgaver ble forskjellige brevoppgaver, speiløvelsen og rollespill trukket frem som de mest nyttige.	<i>For eksempel de brevene vi skrev. Om de som har presset deg til å følge tynnhetsidealet, jeg fikk veldig stort utbytte av det. Fordi jeg klarte å reflektere over hva som har hjulpet meg, eller hvorfor, jeg har fått litt mer svar. På hvorfor jeg sliter med akkurat dette. Og hvordan det har påvirket meg i hverdagen, venner og familie. Så jeg synes i alle fall hjemmeoppgavene med brevene har vært veldig nyttige for min del, da. Så det med utfordringer, for eksempel, se på deg selv i speilet og nevnti fine ting om deg selv, for eksempel, som du liker på kroppen din. Man får kanskje litt bedre selvbilde da. At du legger merke til ting som du ikke ville gjort ellers. (gruppe 3).</i>
	En stram struktur både rammer inn og begrenser	På tvers av gruppene var det flere deltakere som trakk frem både fordeler og ulemper med at manualen var strukturert, og at innhold og oppgaver var forhåndsbestemt hver gang. For noen av gruppene var det enkelte ganger de ikke rakk alle oppgavene fordi de brukte mer tid på hver oppgave enn det som var planlagt. Flere beskrev at de syntes det kunne være litt stressende å skulle rekke alle oppgavene i hver sesjon og samtidig få nok tid til dialog og diskusjon rundt temaene som ble diskutert, noe som ble trukket frem som en ting de fleste satte stor pris på.	<i>Jeg synes også vi kunne hatt bedre tid. Jeg husker at en gang så var vi bare fire stykker her. Og da var det litt sånn: Vi gjorde ferdig oppgavene og så fikk vi tid til å snakke litt rundt det, eller bare snakke litt generelt. Ikke bare rundt oppgavene, som jeg også syntes var veldig fint, for da fikk man snakket mer enn å svare. (gruppe 1)</i>
	På tvers av gruppene ble oppdelingen av manualen i fokus på skjønnhetsidealet og på å redusere hovedatferden relatert til spiseforstyrrelsen sett på som bra. For noen ble fokus på skjønnhetsidealet betraktet som litt smalt og ikke dekkende for hva spiseforstyrrelsen handlet om for dem. Mange beskrev at det var enklere å jobbe med oppgaver og tematikk relatert til skjønnhetsidealet, mens det var vanskeligere å jobbe med å redusere spiseforstyrret atferd, som å spise mer mat eller slutte å kaste opp.	<i>Da vi begynte første time å snakke om skjønnhetsideal og sånt, så tenkte jeg jo litt det samme som x, kanskje, sånn: «Ok, er dette det?» Det var ikke helt det jeg forventet. Men det er jo greit, liksom. Og så kom de oppgavene og samtalen rundt spiseforstyrrelsen, og så var det sånn: «Ok, nå kommer Alvoret.» Det var litt rart og vanskelig i starten, liksom ... Kom hjem og så de oppgavene, og så satte man seg ned og begynte å tenke og sånn. (gruppe 1)</i>	

Hovedtema	Underkategorier	Beskrivelse av tema	Eksempelsitater
Endringer i kropp og hode		Flere av deltakerne på tvers av gruppene beskrev tankemessige og atferdsmessige endringer og endring i hovedatferd knyttet til spiseforstyrrelsen, som å spise mer eller kaste opp mindre, etter å ha deltatt i Body Project. Dette hovedtemaet er delt inn i to underkategorier: endringer i atferd og endringer i tankemønster .	<i>Ja, at den (spiseforstyrrelsen) er mer, det blir litt feil å si det, kanskje, men at den på en måte står på siden av alt det andre, slik at den er der, men den ligger ikke over det og liksom pirker og styrer og slik. Den heller kommer med innspill innimellom og så går det an å bare skyve den bort. (gruppe 4)</i>
	Endringer i tankemønster	Flere deltakere beskrev en endring av hvordan de tenkte rundt vekt og kropp etter å ha deltatt i Body Project. Noen beskrev at de hadde blitt mer bevisst på hvordan spiseforstyrrelsen påvirket hverdagen, og at dette gjorde at det var enklere å skyve spiseforstyrrede tanker unna når de dukket opp. Mange beskrev også en større bevisstgjøring når det gjaldt hvor mye tid som gikk til å være misfornøyd med seg selv, og en opplevelse av sinne, frustrasjon og også skam over at tanker rundt mat, kropp og vekt tok så mye plass.	<i>Hvorfor kan jeg ikke bare: «Ja, men altså ... Du skjønner at det der ikke er bra, du skjønner at vi er forskjellig og vi har forskjellig beinbygning og vi har ditt og datt», alt det der vet vi jo i hodet vårt. Da virker man nesten dum. Jeg mener ikke det om andre. (gruppe 1)</i>
	Endringer i atferd	Mange deltakere beskrev også endringer i hvordan de jobbet med å redusere spiseforstyrret atferd. Flere hadde fått erfaring med å spise faste og tilstrekkelige måltider, som igjen førte til bedre humør og mindre overspising og oppkast. Samtidig var det flere som ikke hadde redusert spiseforstyrrelseatferd mens de deltok, og som understreket hvor vanskelig det var å få til det.	<i>Men nå har jeg ikke like stort behov for å drive med overdreven trening og spise så lite som mulig, og det er ikke så mye spiseforstyrrede tanker da, kan man si. Rundt hvert måltid. Så når vi skal tenke nå og hvordan det var for to måneder siden så ... (gruppe 3)</i> <i>Nei, jeg sitter litt igjen og lurer på om det er, om hva som er galt med meg ... Eller hva, ja. Fordi at jeg har liksom ikke noen, ja, nei, at jeg kan, at tankene mine kan bli litt rare innimellom. At jeg vil bli frisk, men så bare har jeg lyst til å, ja, så bare, mange ting skjer så blir jeg ... Nei, jeg vet ikke hva det er. (gruppe 4)</i>

Diskusjon

Hovedmålet med denne pilotstudien var å utforske gjennomførbarhet og tilfredshet ved BPT, og å undersøke eventuelle endringer fra før til etter gjennomført BPT. Overordnet tyder resultatene på at BPT er gjennomførbart, og både pasienter, gruppeledere og behandlere ved lokal poliklinikk har vært positive til BPT. Signifikante reduksjoner i SF-psykopatologi ble observert på gruppenivå fra pretest til posttest.

Gjennomførbarhet

Erfaringer fra prosjektet tyder på at BPT er gjennomførbart innenfor norske rammer. Det var forholdsvis

enkelt å rekruttere deltakere til prosjektet, og erfaring og tilfredshet blant pasienter, lokale behandlere og gruppeledere var overordnet gode. Drop-out-raten var akseptabel, på 23,5 %. Sosiale faktorer bidro til drop-out ved at aktiv deltakelse i gruppe ble krevende for noen. Dette handlet for eksempel om ubehag ved å snakke om seg selv i en gruppesetting. Eventuell videre uttesting av BPT bør undersøke hvordan denne drop-out-raten kan reduseres. BPT er en kortvarig lavterskel-behandlingsform, og alle typer helsepersonell kan læres opp til å lede grupper. Dette gjør at det er enklere å implementere den. Det var heller ingen indikasjoner på at deltakelse i BPT kom i veien for annen behandling. Et sentralt tema fra fokusgruppeintervjuene var at deltakerne verdsatte

å treffe andre i samme situasjon, og de gjenkjente seg i andres opplevelser og erfaringer. Dette er i samsvar med kvalitative studier som har undersøkt erfaringene som deltakere hadde med forebyggingsversjonen *Body Project* (Shaw et al., 2016; Vanderkruik et al., 2020).

Endring gjennom behandlingsforløp

Alle deltakerne mottok annen behandling på sine respektive poliklinikker i samme periode som de fikk BPT. Det er derfor i dette prosjektet ikke mulig å si hvorvidt positiv endring fra før til etter deltakelse i BPT er knyttet til BPT, annen individuell behandling eller tid i seg selv. Vi kan derfor ikke konkludere med tanke på effekt i dette prosjektet. Det som imidlertid virker klart ut fra våre funn, er at BPT kan være et nyttig gruppebasert tilbud i tillegg til ordinær behandling, da de ikke synes å komme i veien for hverandre.

Det er uklart hvorvidt BPT kan passe best for unge versus eldre personer med SF, for nysyke versus de med mer langvarige forløp, og for de med alvorlig versus mindre alvorlig grad av SF. Resultatene av dette prosjektet viser at pasientene har gode erfaringer selv om de har ulikt utgangspunkt. Det kan derfor tenkes at det er personlig motivasjon der og da som spiller en rolle for utbytte av behandlingen, mer enn om du er i kategorien ung, eldre, nysyk eller langvarig syk, sengepost eller poliklinisk. Flere studier fra SF-feltet viser at indre motivasjon for endring henger sammen med utfall av behandlingen (Krebs et al., 2018). Kanskje kan BPT for noen være en forberedelse til annen behandling, at man ved hjelp av kognitiv dissonans gjør pasienter med SF mer motiverte for krevende behandling. Eller at det for noen nysyke kan være nok med BPT i seg selv, før man kommer for langt i sykdomsforløpet. Dette må undersøkes videre før man kan gi noen tydelige svar. I senere tid har det blitt mer fokus på person-tilpasset behandling. Kanskje kan BPT fungere som ett av flere alternativer som pasienter kan ha nytte av i ulike faser av sykdommen.

Funn fra de kvalitative fokusgruppeintervjuene viser at flere av deltakerne opplevde emosjonelle, kognitive og atferdsmessige endringer etter deltakelse i intervensjonen. Deltakerne i forebyggingsintervensjonen *Body Project* har beskrevet liknende endringer når det gjaldt opplevelse av egen kropp, der de fikk økt bevissthet om hvordan skjønnhetsidealer påvirker tanker rundt eget og andres utseende (Shaw et al., 2016; Vanderkruik et al., 2020). Atferdsmessige endringer i forbindelse med spiseforstyrret atferd ble opplevd som mer krevende, noe som gir klinisk resonans.

Styrker og svakheter

Studiens design, med både kvantitative og kvalitative tilnærminger, anses som en styrke. Det er imidlertid verdt å merke seg en rekke svakheter ved denne pilotstudien når man vurderer erfaringer og resultater. Det er som nevnt ikke mulig å si noe om effekt, da dette er en pilotering hvor målet var å få erfaringer med gjennomførbarhet og potensialet for virkning og videre arbeid. En randomisert kontrollert studie (RCT) er nødvendig for å kunne si noe om effekten av BPT sammenlignet med en kontrollgruppe. Dette prosjektet fant støtte for at BPT er gjennomførbart i en norsk poliklinisk kontekst. En fremtidig større studie kan enten sammenligne effekten av BPT mot vanlig poliklinisk behandling eller mot en annen poliklinisk intervensjon som tillegg til vanlig behandling. En annen svakhet er at diagnostisk status på noen av deltakerne er uklare. Alle var vurdert klinisk ved lokal poliklinikk og hadde en SF-diagnose ved inklusjon, men hos noen viste dette seg å bli endret gjennom behandlingsforløpet. Dette er ikke ansett som noen stor begrensning i denne piloten. En større studie bør ha en grundig diagnostisk vurdering ved bruk av diagnostisk intervju før inklusjon. I tillegg mangler vi data på fire pasienter på pretest, da dette ble ufullstendig utfyllt før oppstart av BPT. Dette ble ikke oppdaget før data skulle punches i SPSS etter gjennomført BPT. Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført av de samme personene som ledet gruppene. Dette kan ha påvirket hva deltakerne har følt seg komfortable med å dele av eventuelle negative erfaringer, men det kan også ha gjort det enklere å snakke om sine erfaringer, da relasjonen til intervjuerne allerede var etablert. Det at BPT er transdiagnostisk, er en fordel ved at pasienter med ulike typer kan få tilbud om å delta. Erfaringene fra Sykehuset Levanger tilsier også at BPT fungerte vel så godt for deltakere rekruttert fra BUP som for de over 18 år. Det at både ungdom og voksne kan delta, og med ulike typer av SF, øker den kliniske nytten.

Konklusjon

BPT er et transdiagnostisk og gruppebasert lavterskels-behandlingstilbud for pasienter med SF som kan tilbys poliklinisk. Funnene fra denne studien tyder på at BPT er gjennomførbart, og at pasienter, gruppeledere og behandlere virker å sette pris på tilbudet som et supplement til lokal behandling. Videre forskning må undersøke om BPT kan være et selvstendig behandlingstilbud for noen. Videre må det også undersøkes nærmere om positive endringer etter gjennomført BPT skyldes BPT, annen behandling eller andre faktorer. ✘

Referanser

- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H. & Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 720–732. <https://doi.org/10.1037/a0034004>
- Bohn, K. & Fairburn, C. G. (2008). The clinical impairment assessment questionnaire (CIA). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders*, 315–317.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & O'Connor, M. (2008). Eating Disorder Examination, 6th Edition 16.0D. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Row, Peterson, & Co.
- IBM Corp. (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23*. In (Version Version 23) Armonk, IBM Corp.
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M. & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1964–1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P. & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 53*, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>
- Reas, D. L., Stedal, K., Lindvall Dahlgren, C. & Rø, Ø. (2016). Impairment due to eating disorder pathology: Identifying the cut-off score on the Clinical Impairment Assessment in a clinical and community sample. *International Journal of Eating Disorders, 49*(6), 635–638.
- Rø, Ø., Reas, D. L. & Stedal, K. (2015). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review, 23*(5), 408–412. <https://doi.org/10.1002/erv.2372>
- Rø, Ø., Hage, T.W. & og Torsteinsson, V.W. (2020). *Spiseforstyrrelser, forståelse og behandling*. Fagbokforlaget.
- Shaw, H., Rohde, P. & Stice, E. (2016). Participant feedback from peer-led, clinician-led, and internet-delivered eating disorder prevention interventions. *Int J Eat Disord, 49*(12), 1087–1092. <https://doi.org/10.1002/eat.22605>
- Stice, E., Becker, C. B. & Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *International Journal of Eating Disorders, 46*(5), 478–485. <https://doi.org/10.1002/eat.22105>
- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H. & Rohde, P. (2019). Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clinical Psychology Review, 70*, 91–107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.004>
- Stice, E., Onipede, Z. A. & Marti, C. N. (2021). A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical Psychology Review, 87*, 102046. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102046>
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H. & Gau, J. M. (2019). Randomized trial of a dissonance-based group treatment for eating disorders versus a supportive mindfulness group treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(1), 79–90. <https://doi.org/10.1037/ccp0000365>
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H. & Gau, J. M. (2020). Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Effectiveness of these delivery modalities through 4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(5), 481–494. <https://doi.org/10.1037/ccp0000493>
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 714–723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Vanderkruik, R., Gist, D. & Dimidjian, S. (2020). Preventing eating disorders in young women: An RCT and mixed-methods evaluation of the peer-delivered Body Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(12), 1105–1118. <https://doi.org/10.1037/ccp0000609>
- Watson, H. J., Joyce, T., French, E., Willan, V., Kane, R. T., Tanner-Smith, E. E., McCormack, J., Dawkins, H., Hoiles, K. J. & Egan, S. J. (2016). Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders, 49*(9), 833–862. <https://doi.org/10.1002/eat.22577>
- Wilson, G. T. & Zandberg, L. J. (2012). Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 343–357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.03.001>

Å møte meningsløshet i terapirommet

Det er en psykologisk myte at livet må oppleves meningsfullt for å være verdt å leve. Terapeuter må også kunne hjelpe pasienter til å akseptere livets meningsløshet.

TEKST

Anders Malkomsen, Seksjon for behandlingsforskning, Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus

KONTAKT

anders.malkomsen@gmail.com

PÅSTANDEN OM AT det finnes en mening med livet som vi må finne for å leve et godt liv, stammer fra psykiateren Viktor E. Frankl. Han mente dessuten at alle mennesker har en medfødt vilje til mening, inspirert av Freuds driftsteorier. Samtidig skapte han sin egen terapiform, logoterapien, for å behandle den samfunnsdiagnosen han hadde satt: meningsløshetsnevrose. Kuren var å finne en mening med livet.

Det synes fortsatt å være en alminnelig oppfatning i psykologien at opplevelsen av meningsløshet best kan kureres med tilførsel av mening, slik en kroppslig mangelsykdom enkelt kan kureres. Når vi behandler eksistensielle kriser etter samme mønster som vi behandler fysiske sykdommer, undervurderer vi samtidig kompleksiteten i menneskets psykologi. Vi trenger derfor en mer nyansert måte å forstå meningsløshetens psykologi på enn den seig-livede myten om at livet må ha mening for å være verdt å leve.

KLINISK MØTE MED MENINGSLØSHET

Det var et pasientmøte som lærte meg viktigheten av å være interessert i meningsløshetens psykologi. Pasienten hadde forsøkt å ta livet

sitt, og forsøket ble omtalt som «uforståelig» av mange rundt – dette var en person som tilsynelatende hadde alt et lykkelig liv skal inneholde, med barn, jobb, venner og familie. Selv om jeg spurte og gravde for å finne den utløsende årsaken til selvmordsforsøket, fant heller ikke jeg ut mer enn at pasienten ganske enkelt ikke så poenget med å leve. Her var det ikke snakk om noen depresjon i klinisk forstand, og heller ingen sterk fortvilelse. Snarere var det en opplevelse av meningsløshet og livslede, samt en økende frustrasjon over at ingen syntes å slå seg til ro med denne forklaringen, som igjen førte til eksistensiell ensomhet – slik jeg i ettertid tolker det.

Selv om pasienten flere ganger hadde forsøkt å fortelle om dette, opplevde hun at ingen lyttet til det hun forsøkte å si. Ingen psykodynamiske teorier ga henne en forklaring hun kunne kjenne seg igjen i, og ingen kognitive teknikker hjalp henne til å endre tankegang. Også jeg følte meg usikker på hvordan jeg skulle snakke med henne om dette, for jeg hadde jo ingen svar på hva som egentlig var meningen med livet. Når hun ikke hadde en klinisk depresjon å behandle, hadde jeg ikke lenger noe å stille opp med. Selv om jeg godt forsto hennes opplevelse



VERDIFULL BETYDNINGSLØSHET En naturopplevelse kan være sterk nettopp fordi vi er omgitt av en natur som er likegyldig til oss.

av meningsløshet, følte jeg ikke på den samme smerten over dette som hun gjorde. For meg var fraværet av mening i livet en tilforlatelig selvfølge, mens det for henne var en smertefull og umulig erkjennelse. Hva som var forskjellen på oss, forsto jeg ikke den gang. Ei heller skjønte jeg at denne pasienten ikke egentlig trengte noen klare svar, men ganske enkelt at noen tok opplevelsen hennes på alvor uten å avfeie den som uforståelig, sykelliggjøre den eller prøve å overbevise henne om at hun *burde* oppleve mening.

Dette pasientmøtet motiverte meg til å utforske meningsløshetens psykologi nærmere. I arbeidet med boka *Hva er poenget?* har jeg derfor gått inn i meningsforskningen, skjønnlitteraturen og den eksistensielle filosofien for å finne svar på hvordan vi kan forstå og håndtere opplevelsen av meningsløshet. Denne utforskningen har ført meg til konklusjoner som er ganske annerledes enn de man ofte finner i psykologisk litteratur.

ULIKE RESPONSER PÅ MENINGSLØSHET

Hvordan vi reagerer på opplevelsen av meningsløshet, kan grovt sett deles i tre. For noen gir opplevelsen av meningsløshet en psykologisk

frihet som skaper mot til å handle i strid med forventningene om hvordan man «bør» leve. Opplevelsen av at ingenting betyr mer enn noe annet, og at det ikke finnes noe man skal, bør eller må i livet, øker frihetsfølelsen og gjør det lettere å følge sin egen vei. For de som har denne holdningen, blir det derfor naturlig å smile bekræftende til påstanden om at livet er uten mening. For andre er meningsløsheten noe de ikke forholder seg til med annet enn et skuldertrekk. Kort sagt bruker de lite tid på å reflektere over meningen i det de gjør, og de synes det er helt likegyldig om livet er uten mening.

Den tredje gruppen er de som opplever livets meningsløshet som uutholdelig. Det er disse som søker hjelp hos helsevesenet når de opplever meningsløshet, og som ender med å ta livet sitt fordi de mener at meningsløshetens logiske konsekvens er at livet ikke er verdt å leve. Vi vet godt at noen tar livet sitt fordi de opplever meningsløshet, også uten å være deprimerte (Costanza et al., 2019; Lew et al., 2020; Schnell et al., 2018). Av disse er det dessverre også mange som ikke oppsøker hjelp.

De som virkelig lider under meningsløsheten, kan nemlig ha vanskelig for å snakke med





Den som har et formål, risikerer også at livet oppleves som mislykket hvis målet ikke nås

andre om det. Ikke slik som seksualitet er vanskelig å snakke om fordi det er pinlig eller skamfullt. Heller ikke slik traumatiske opplevelser kan være vanskelig å snakke om fordi minnene truer med å utviske skillet mellom da og nå. Meningsløsheten er vanskelig å snakke om fordi den delvis er ubegripelig, noe større enn oss alle, og noe vi både forstår og ikke forstår – som de fleste eksistensielle temaer. Setningene knekker ofte under tyngden av det man forsøker å formidle. Da er det terapeutenes oppgave å hjelpe pasientene til å finne de ordene de trenger for å forklare sin opplevelse.

OPPLEVELSEN AV MENING

Så hva betyr det egentlig når vi sier at vi opplever livet som meningsfullt eller meningsløst? Forskningen viser at den psykologiske opplevelsen av mening kan deles i tre byggeklosser: opplevelsen av formål, betydning og sammenheng. De siste årene er flere nye måleinstrumenter blitt utviklet for å måle opplevelsen av mening basert på denne inndelingen, som Meaning in Life Questionnaire (MLQ) og Multidimensional Existential Meaning Scale (MEMS) (George & Park, 2016; Steger et al., 2006). Slike instrumenter kan ofte gi et godt utgangspunkt for en samtale om meningsløshet.

At livet har et formål, er kanskje den viktigste delen av meningsopplevelsen. Det er imidlertid stor forskjell på å tenke at «alt liv» er meningsløst, og at bare «mitt liv» er meningsløst. Førstnevnte er typisk hos den unge, mannlige studenten som har lest nihilistisk filosofi, og som hevder at alt er meningsløst fordi ingenting har absolutt verdi. Sistnevnte kan forekomme i mange tilfeller der et livsprosjekt mislykkes, som hos en kvinne hvis viktigste mål er å få barn, men som ikke er i stand til å bli gravid. Den som har et formål, risikerer også at livet oppleves som mislykket hvis målet ikke nås. Å la livets mening hvile utelukkende på formålet kan derfor være risikabelt. En alternativ holdning til livets formål er å bry seg mer om reisen enn om målet – en typisk holdning hos de som ikke er opptatt av mening. Enda et alternativ er å gjøre det som faktisk har skjedd i livet, til målet sitt, slik vi finner det beskrevet i Olav H. Hauges dikt om bueskytteren som treffer et stykke unna blinken og erklærer stolt: «Her er òg eit midtpunkt!».

At ens eget liv har betydning, er en viktig del av meningsopplevelsen. Den som skal måle sin egen betydning i verden, må først bestemme hvilken målestokk han skal bruke. Hvem er det du ønsker å ha betydning for? Hva slags betydning ønsker du å ha, og hvilke verdier måler du din egen betydning ut ifra? Opplever du deg for eksempel mer betydningsfull enn helseministeren? Svaret er sannsynligvis «ja» hvis du måler din egen betydning etter verdien «omsorg» og bruker dine egne venner som målestokk. Du betyr mer for dem enn helseministeren gjør. Hvis du i stedet legger verdien «ansvar» til grunn for vurderingen, og setter hele helsevesenet som målestokk, er du betraktelig mindre betydningsfull. Opplevelsen av betydning avhenger altså både av målestokken, verdiene og perspektivet, noe som gjør betydning til en skjør psykologisk konstruksjon. Det føles som regel godt å bety noe for noen, men med dette kommer også et tyngende ansvar. Derfor kan det være en god og nødvendig opplevelse å kjenne seg betydningsløs iblant – for eksempel kan en naturopplevelse være sterk nettopp fordi vi er omgitt av en natur som er likegyldig til oss.

Det er dessuten mulig å oppleve både formål og betydning i livet, men likevel oppleve livet som meningsløst dersom man mister opplevelsen

av sammenheng. I de tilfellene vil det uforståelige ofte uttrykkes som meningsløshet – enten det skyldes en mangel på sammenheng mellom verden slik den er og våre tolkninger av den (for eksempel ved psykose), eller mellom ulike deler av ens eget liv (manglende livsnarrativ).

MENINGSLØSHET SOM PROSESS

Vi vet altså at opplevd meningsløshet kan skyldes tap av opplevd formål, betydning eller sammenheng – i ulike kombinasjoner. Det er imidlertid ikke slik at meningsløshet er en statisk psykologisk tilstand. Snarere kan opplevelsen av meningsløshet sees på som en selvforsterkende og spiraliserende prosess, som kan kalles «meningsløshetens spiral». Denne modellen er ment som en forenklet skisse over hvordan en slik prosess kan være, basert på min tolkning av forskning og skjønnlitteratur.

I forskningen har det vært lite fokus på meningsløsheten som særegent psykologisk fenomen, og vi vet forholdsvis lite om opplevelsen av meningsløshet. Under koronapandemien var det imidlertid mange som fikk tid til å tenke over meningen med livet, og flere opplevde meningsløshet fordi de vanlige kildene deres til mening ble tatt fra dem, spesielt i pandemiens siste fase (Schnell & Krampe, 2022). Det har ført til at flere forskere har begynt å interessere seg for fenomener som kjedsomhet (Wittmann, 2020) og meningsløshet (Hughes, 2023), slik at mer kunnskap forhåpentligvis er underveis. Inntil videre må vi nøye oss med å analysere skjønnlitteraturen, og heller la den belyses av spredte forskningsfunn. I slike analyser er det ofte forfatterskapet til den russiske forfatteren Leo Tolstoj som blir brukt som utgangspunkt, som i Ratcliffes analyse av meningsløshet som et depressivt fenomen (Ratcliffe, 2015) og min egen modell.

Hvordan ser så meningsløshetens spiral ut? I den første fasen er det typisk at hverdagene begynner å gli over i hverandre, vanene styrer det meste av det man gjør, og livet byr ikke lenger på større overraskelser, som i *Tre søstre*. Under slike omstendigheter er vi alle sårbare for opplevelsen av meningsløshet. Noen opplever selvfølgelig også meningsløsheten mer umiddelbart, som en smertefull tomhet etter et stort tap, som i *Lille Eyolf* (Ibsen, 2006) eller som en brått overveldende kvalme (se for eksempel *Kvalmen*, Sartre, 1964), men oftere skjer det gradvis. Neste fase domineres av kjedsomhe-

ten, som Anton Tsjekhov (2004) skildrer i *Onkel Vanja*, og er kjennetegnet ved at det krever stadig mer mental energi å utføre de monotone oppgavene i hverdagen. I neste fase forsterkes det hele til livslede, denne mer smertefulle formen for kjedsomhet. Kort sagt kan man si at den som ikke bare kjeder seg over sitt eget liv, men også over selve livet, opplever livslede, som Fernando Pessoa (2000) skriver om i *Uroens bok*. Som en naturlig konsekvens og et effektivt forsvar mot denne smerten følger likegyldigheten, slik man finner den beskrevet i *Den fremmede* (Camus, 2015). Først når likegyldigheten manifesterer seg som mangel på handling, kan vi kalle det apati. Det er på dette punktet opplevelsen av meningsløshet begynner å få konsekvenser for funksjonen i hverdagen.

Et viktig poeng er at meningsløsheten ikke bare er en kognitiv opplevelse. De vanligste kroppslige manifestasjonene av meningsløsheten er gjerne tomhet og kvalme. Når dette blir tilstrekkelig ubehagelig, opplever man gjerne flukten fra meningsløsheten som nødvendig. Neste fase er dermed den søkende fasen, som representerer alle de ulike måtene man kan forsøke å flykte bort fra opplevelsen av meningsløshet på – som rusbruk, intellektuell søken (*Skriftemål*, Tolstoj, 2008), etablering av et meningsprosjekt (*Brand*, Ibsen, 2006) eller som en krig mot verden gjennom ulike projeksjoner av meningsløsheten (*Moby Dick*, Melville, 2010).

I de siste fasene blir isolasjon og refleksjon over selvmord det vanligste handlingsmønsteret, som så ofte ellers når det dreier seg om uutholdelig psykisk smerte. Alle de ovennevnte skjønnlitterære verkene har til felles at hovedpersonene på en eller annen måte vurderer selvmordet som løsning. Uansett hva som setter i gang denne reisen ned i meningsløshetens spiral, og hvilke faser man opplever underveis i prosessen, virker kontemplasjon over selvmord som det naturlige endepunktet. Det er også naturlig å ville isolere seg når man opplever sterkt psykisk ubehag, og opplevelsen av meningsløshet er dessverre ikke noe unntak fra denne regelen.

PSYKOLOGISKE NEGASJONER

Det er interessant at bare et fåtall av de som kjenner på meningsløshet, ender med å bevege seg så langt ned i meningsløshetens spiral som til selvmordet. Gjennom å bruke Jean-Paul Sartres konsept om negasjoner kan vi forstå



hvorfor tap av mening oppleves så forskjellig for ulike mennesker.

Mange oppsøker terapi på grunn av psykologiske negasjoner, gjerne uttrykt ved at de ikke kjenner den følelsen de forventer å føle i en gitt situasjon. De kjenner at noe mangler, men vet ikke helt hva. En vanlig opplevelse er å kjenne på tomhet – eller gledeløshet – etter å ha nådd et stort mål. Følelsen av tomhet er da egentlig en beskrivelse av aktivt fravær (negasjon) av den gleden man forventer å føle. Dette aktive fraværet av glede blir smertefullt fordi det bryter med forventningene man hadde. For en som derimot ikke forventet å oppleve glede i samme situasjon, vil fraværet av glede vært passivt. Følgelig vil det heller ikke være like smertefullt. En vanlig opplevelse av passivt fravær er ateistens følelse av at det ikke finnes en Gud. Dette fraværet plager ikke ateisten, for han tror jo ikke at det finnes en Gud han burde føle nærværet til.

Også meningsløshetens valør kan styres av slike psykologiske negasjoner. Den som ikke opplever at livet har noen mening, men som synes det er helt greit fordi han er overbevist om at livet i sin helhet faktisk *er* meningsløst, kan oppleve meningens fravær som passivt. Så mange som en fjerdedel av de undersøkte i en tysk studie viste seg å være av denne typen, såkalt eksistensielt indifferente. Dette funnet tyder på at det ikke kan være opplevelsen av meningsløshet i seg selv som er problemet, men en *smertefull* opplevelse av meningsløshet – en hypotese som ble ytterligere styrket i en studie av mening som beskyttende faktor i pandemien (Schnell & Krampe, 2022).

Det er altså hvordan man forholder seg til det meningsløse – og hvor aktivt meningsfraværet oppleves – som er av betydning. Det aktive fraværet av mening kjennetegnes av en smertefull lengsel etter en opplevelse man tror er nødvendig for å ha det bra. Hvis vi stadig blir fortalt at vi *må* oppleve mening for å leve et godt liv, blir det selvsagt mer smertefullt for den som ikke opplever mening. Dette «meningspresset» finner vi overalt i vår tid, også i regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord. Den åpner med et dikt som trekker frem betydningen av mening: «Mørket kan vokse seg stort og legge seg tungt over livet ... Slik at du tror alt er meningsløst, selv om det finnes mening». Slike formuleringer er åpenbart skapt med et premiss om at livet må

ha mening for å være verdt å leve. Det er selvsagt godt ment, og kan nok også være nyttig for mange. Samtidig må vi erkjenne at slike utsagn bidrar til å øke presset om å oppleve mening, og ikke vil være riktig løsning for alle. Det finnes en del mennesker som virkelig tror at livet *er* iboende meningsløst. For dem må det finnes andre grunner til å leve enn at det skal være en mening med det hele, og de må finne andre måter å håndtere meningsløshetens smerte på enn å søke en mening.

FRIGJØRING FRA MENINGSPRESSET

Hva kan være gode måter å redusere meningsløshetens smerte på uten å ty til det sedvanlige svaret om å finne en mening? En god start kan være å jobbe med psykologisk fleksibilitet. Livet trenger nemlig ikke oppleves som enten meningsfullt eller meningsløst, men kan heller sees på som *både* meningsfullt og meningsløst på samme tid. Opplevelsen av mening avhenger som nevnt både av perspektivet og forventningene. Enhver handling kan sees på som både formålstjenlig eller formålsløs, betydningsfull eller betydningsløs, del av en større sammenheng eller ikke – kort sagt: meningsfull og meningsløs – avhengig av perspektivet, verdiene og målestokken.

Å se på meningsløsheten som ett perspektiv blant mange er nøkkelen til et godt liv, ifølge stoicismen. Den romerske keiseren Marcus Aurelius gir oss et eksempel på dette når han bruker meningsløshetens perspektiv for å unngå å bli avhengig av skryt og berømmelse. Han skriver i dagboken: «Hele jorden er bare en prikk i verdensaltet, det stedet du bor, bare en liten krok av den, de mennesker som der synger din pris – ganske få og lite verd å høre på. Dette er lite å miste.» Altså går han bevisst inn for å utvide målestokken slik at berømmelsen mister sin betydning for ham. Ved å studere berømmelsen i meningsløshetens perspektiv klarer han å befri seg fra dens fortryllelse.

Denne typen nyansering kommer imidlertid med en kostnad, nemlig ambivalens. Fordi vi aldri kan bli helt trygge på en mening vi har konstruert, selv når vi har denne fleksibiliteten, må vi alltid tåle noe ambivalens knyttet til våre egne livsprosjekter. I det ene øyeblikket kjennes det som om livet er meningsfullt: Vi opplever at vi betyr noe for andre, vi er en del av en større sammenheng, og livet har et klart formål. Så husker vi at det som er menings-

fullt, også kan fremstå som meningsløst fra et annet perspektiv – for eksempel fra universet, hvor selv den største bragd blir liten. Hverdagens monotoni tvinger da frem det evige spørsmålet: «Er dette alt?» Den skjøre meningskonstruksjonen faller sammen som et korthus, men bare for den som har umoden ambivalens. Umoden ambivalens er å forkaste ethvert livsprosjekt fordi det ikke oppleves meningsfullt hele tiden (Spinelli, 2014). Moden ambivalens er å kunne tåle at all mening til enhver tid er under trussel om å bli omdefinert til meningsløshet, uten at det påvirker engasjementet vårt.

Selvsagt finnes det mange andre måter å håndtere meningsløshetens smerte på. Som et alternativ til stoisismens (og den kognitive adferdsterapiens) vekt på psykologisk fleksibilitet finner vi de mer kroppslige og emosjonsfokuserede tilnærmingene, som ofte har nærmere slektskap til det buddhistiske. Buddhismen er en vel så potent medisin mot meningsløshetens smerte som stoisismen, og ble faktisk grunnlagt på Siddharta Gautamas behov for å håndtere meningsløsheten. Han brukte aksept, meditasjon, å skape avstand til tankene og ego-oppløsning som sine hovedstrategier – med stort hell. Som så ofte ellers i psykoterapien finnes det ikke én kur for alle som sliter med meningsløshet.

MENINGSFRIHETEN

Hva bør vi så kalle det når man ikke lenger plages av at man ikke opplever mening i livet? For den som forventer mening i livet, men mangler denne opplevelsen av mening, blir *meningsløshet* et helt presist begrep. Imidlertid blir det samme begrepet svært misvisende idet vi snakker om passivt fravær av mening. Dessverre har det manglet et godt begrep for opplevelsen av passivt meningsfravær. Det passive fraværet av mening bør ikke kalles meningsløshet, for det er ingenting som egentlig mangler – slik ateisten ikke bør kalle seg selv for «gudløs».

Opplevelsen av passivt fravær av mening bør derfor omdøpes til hva det faktisk er: *meningsfrihet* – frihet fra forventningen om at livet må ha mening. Begrepet meningsfrihet utfordrer altså påstanden om at livet må ha mening for å være verdt å leve. Det er en konstatering av at livet kan oppleves uten mening, og at det er helt greit. Den terapeutiske jobben blir dermed ikke nødvendigvis å finne en mening i livet, men heller å jobbe for å gjøre det aktive fraværet av mening mer passivt – å bevege seg fra meningsløshet til meningsfrihet. Meningsløshetens dirrende *hvorfor* trenger altså ikke være slutten på livet. Det kan også være begynnelsen. Et hvorfor kan heller være slutten på meningsløshetens smerte, gi støtet til en oppvåkning fra hverdagens slumrende tilstand og innlede «bevissthetens bevegelse», som Albert Camus (1994) skriver.

De eksistensielle temaene er ofte minst like viktige for pasientene som de psykologiske, og det er på tide at vi tar dem på alvor. Vi må alle forholde oss til opplevelsen av meningsløshet på et eller annet tidspunkt i livet, også i terapirommet. Enkelte pasienter opplever meningsløsheten som så smertefull at vi er nødt til å hjelpe dem å lindre smerten. For noen er det riktig å finne en mening i livet, men i mange tilfeller bør vi heller hjelpe pasientene til å akseptere den manglende opplevelsen av mening. Et meningsløst liv kan nemlig også være verdt å leve. ✕



(...) i mange tilfeller bør vi heller hjelpe pasientene til å akseptere den manglende opplevelsen av mening



REFERANSER

- Aurelius, M. (2004). *Til meg selv* (R.H. Bang, Trans.). Cappelen akademisk forlag.
- Camus, A. (1994). *Myten om Sisyfos: essay om det absurde*. Cappelen.
- Camus, A. (2015). Den Fremmede (K. Holter, Trans.; Vol. 6). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Costanza, A., Prelati, M., & Pompili, M. (2019, Aug 11). The Meaning in Life in Suicidal Patients: The Presence and the Search for Constructs. A Systematic Review. *Medicina* (Kaunas), 55(8). <https://doi.org/10.3390/medicina55080465>
- Costin, V., & Vignoles, V.L. (2020, Apr). Meaning is about mattering: Evaluating coherence, purpose, and existential mattering as precursors of meaning in life judgments. *J Pers Soc Psychol*, 118(4), 864–884. <https://doi.org/10.1037/pspp0000225>
- Frankl, V.E. (2018). *Livet må ha mening* (J.B. Hygen, Trans.). Viatone.
- George, L.S., & Park, C.L. (2016). The Multidimensional Existential Meaning Scale: A tripartite approach to measuring meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 613–627. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209546>
- Hauge, O.H. (2010). *Dikt i samling*. Samlaget.
- Hughes, E. (2023, 2023/01/20). Meaninglessness and monotony in pandemic boredom. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. <https://doi.org/10.1007/s11097-023-09888-0>
- Ibsen, H. (2006). *Samlede verker*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Lew, B., Chistopolskaya, K., Osman, A., Huen, J.M.Y., Abu Talib, M., & Leung, A.N.M. (2020, Feb 18). Meaning in life as a protective factor against suicidal tendencies in Chinese University students. *BMC Psychiatry*, 20(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02485-4>
- London, J. (1970). *Kong Alkohol* (F. Halse, Trans.). Nasjonalforlaget.
- Malkomsen, A. (2023). *Hva er poenget? Om meningsløshetens psykologi og eksistensielle samtaler*. Fagbokforlaget.
- Melville, H. (2010). *Moby Dick, eller Hvalen* (B.A. Herrman, Trans.; 3. ed.). Aschehoug.
- Pessoa, F. (2000). *Uroens bok* (C. Rugstad, Trans.). Solum forlag.
- Rahula, S.W. (1991). *Buddhas lære* (K.A. Lie, Trans.). Solum forlag.
- Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford University Press.
- Regjeringen. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025*.
- Sartre, J.P. (1964). *Kvalmen* (B. Jensen, Trans.). J.W. Cappelens forlag.
- Sartre, J.P. (2013). *Eksistensialisme er humanisme* (C. Hambro, Trans.). J.W. Cappelens forlag.
- Schnell, T. (2010). Existential Indifference: Another Quality of Meaning in Life. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(3), 351–373. <https://doi.org/10.1177/0022167809360259>
- Schnell, T., Gerstner, R. & Krampe, H. (2018). Crisis of meaning predicts suicidality in youth independently of depression. *Crisis*, 39(4), 294–303. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000503>
- Schnell, T. & Krampe, H. (2022, Apr 21). Meaningfulness protects from and crisis of meaning exacerbates general mental distress longitudinally. *BMC Psychiatry*, 39(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03921-3>
- Shapiro, J.L. (2016). *Pragmatic Existential Counseling and Psychotherapy*. SAGE Publications.
- Spinelli, E. (2014). *Practising Existential Therapy*. SAGE Publications Ltd.
- Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Tolstoj, L. (2008). *Skriftemål* (G. Kjetsaa, Trans.). Solum.
- Tsjekhov, A. (2004). *Fire skuespill* (K. Helgheim, Trans.). Solum forlag.
- Wittmann, M. (2020, 16 Nov. 2020). Subjective Passage of Time during the Pandemic: Routine, Boredom, and Memory. *KronoScope*, 20(2), 260–271. <https://doi.org/https://doi.org/10.1163/15685241-12341471>

Langtidsforskning på ruspasienter

Inkonsistent begrepsbruk og ulik operasjonalisering preger forskning på ruspasienter og endringsprosesser.

Vi har begrenset kunnskap om hvordan sosiale og psykologiske faktorer påvirker bedringsprosesser for ruspasienter, og spesielt mangler vi informasjon om hvordan faktorene er knyttet til langsiktige utfall.

Dette er utgangspunktet for Fredrik Dreyer Moes doktorgradsarbeid ved Universitetet i Stavanger.

Gjennom en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen oppdaget Moe at svært få studier har fokusert på langsiktige tilbakefall etter rusbehandling, og at det heller ikke var konsensus om hvordan begrepene bedring og tilbakefall skal defineres.

Siden disse begrepene benyttes i empiriske studier er det nødvendig å ha en klarere forståelse av hva som faktisk undersøkes, påpeker Moe.

Dreyer Moe brukte data fra den longitudinelle Stayer-studien i Stavanger til å undersøke hva som påvirker tilbakefall og fungering over fem år. Her avdekket han at selv om ruspasienter kan få bedre psykologisk fungering gjennom rusbehandling, er ikke dette tilstrekkelig for å forhindre tilbakefall over en femårsperiode.

Forskningen pekte også på at det å ha rusfrie venner og alderen for når man begynte med rusmidler, ikke nødvendigvis har en betydelig effekt på å redusere bruk av rusmidler fire år etter behandling. Det førstnevnte står i klar kontrast til tidligere funn rusfeltet.

Kilde: Universitetet i Stavanger

FOTO: US



FREDRIK DREYER MOE

Some psychological and social factors in relapse after long-term abstinence in substance use disorder

DISPUTAS 27.06.23,
Universitetet i Stavanger

Stress, press og psykiske plager hos ungdom

Forskning fastslår sammenheng mellom skolestress og symptomer på angst og depresjon.

I dagens samfunn står ungdom overfor økende press for å fremstå perfekte. Det forventes at man skal skinne på skolen og ha et stort sosialt nettverk. Dette presset, kombinert med urealistiske forventninger fra ungdommens omgivelser og seg selv, kan føre til en skadelig spiral preget av svekket mestringstro, skolerelatert stress, ensomhet og psykiske plager.

Sara Madeleine Kristensen, som nylig disputerte med sin avhandling fra Universitetet i Bergen, ønsket i sitt arbeid å se på hvordan disse faktorene påvirker hverandre over tid hos ungdom.

Basert på data samlet inn fra over 1500 ungdom gjennom tre år av videregående opplæring, fant Kristensen at symptomer på angst og depresjon påvirket ungdommens senere opplevelse av ensomhet og mestringstro, men tidligere opplevelse av ensomhet og mestringstro påvirket ikke senere angst og depresjon.

Videre fant Kristensen at sammenhengen mellom de internaliserende symptomene og ensomhet var tydeligere hos jenter sammenlignet med gutter.

Skolerelatert stress var også gjensidig relatert til symptomer på angst og depresjon over tid, spesielt hos jenter. Det peker på at skolestress og psykiske plager kan forsterkes i en negativ spiral over tid. Om man hadde tro på egne akademiske evner så ut til å redusere denne relasjonen.

Funnene understreker viktigheten av å utvikle intervensjoner som kan forebygge og redusere skolerelatert stress og symptomer på angst og depresjon hos ungdom og styrke mestringstro.

Kilde: Universitetet i Bergen

FOTO: BENJAMIN BARGÅRD



SARA MADELEINE KRISTENSEN

The intraindividual relations between social and academic self-efficacy, loneliness, academic stress and psychological distress in adolescence

DISPUTAS 20.10.23,
Universitetet i Bergen

Bruk av kasusformulering for gravide og partner i tiden rundt fødsel

Hege Syversen Smerud¹ og Agathe Syrdal Aanderaa¹

Sammendrag

Bakgrunn: For utsatte barn bør forebyggende intervensjoner starte allerede i svangerskapet. Det mangler nasjonale føringer for perinatalfasen i psykisk helsevern. Vi ønsker å presentere forholdene klinikerne bør ha kjennskap til i arbeid med gravide og partner i tiden rundt fødsel, og vise hvordan en biopsykososial og kulturell kasusformulering for omsorgssystemet kan brukes i perinatalfasen (P-KF).

Metode: På bakgrunn av erfarings- og forskningsbasert kunnskap og klinisk kjennskap til foreldre og barn i tiden rundt fødsel legger vi frem et utvalg av risikofaktorer og beskyttende faktorer som kan påvirke barnets utvikling og helse i perinatalfasen.

Funn: Utvalget av risikofaktorer og beskyttende faktorer systematiseres i en biopsykososial og kulturell kasusformulering for omsorgssystemet i perinatalfasen (P-KF), og det gis kliniske eksempler på bruk av P-KF.

Implikasjoner: Bruk av P-KF gjør det enklere å danne seg hypoteser om både utvikling og skjevutvikling. Systematisk bruk kan øke likeverdigheten og kvaliteten i den kliniske beslutningsprosessen ved å gjøre klinikerens vurderinger mindre avhengig av personlige preferanser og grad av erfaring. P-KF kan også være til hjelp når en skal vurdere grad av risiko og beskyttelse i barnets omsorgssystem, og følgelig hvilket nivå av innsats som bør settes inn.

Nøkkelord: perinatal, psykisk helse, tidlig intervensjon, kasusformulering, gravide

¹ BUP Øvre Romerike, Ahus

KONTAKT

hege.smerud@r-bup.no

FAGFELLEVDERT

MERKNAD

Kasus er fiktivt, basert på kliniske erfaringer. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Barnets utvikling gjennom svangerskapet og etter fødsel er enorm, og den særskilte læringskapasiteten som kjennetegner barnet i perinatalfasen øker mottakeligheten for både god og nedbrytende omsorg. For barn i risiko bør hjelp gis så tidlig som mulig for å forhindre utvikling av mer alvorlige vansker (Moe et al., 2016). Både stress, psykiske lidelser, traumer og måten mor lever på, synes å ha en langvarig påvirkning på en rekke områder i barnets utvikling (Graignic-Phillipe et al., 2014). Stein et al. (2014) oppsummerer at perinatal psykisk lidelse øker barnets risiko for internaliserende og eksternaliserende problematikk, vansker med tilknytning, kognitiv fungering, vekst og utvikling. Kvinner har økt risiko for å utvikle alvorlige psykiske lidelser i løpet av svangerskap og etter fødsel (Jones et al., 2014), og 15–20 % av kvinnene vil erfare en psykisk lidelse i denne livsfasen (Sutter-Dallay & Guedeny, 2016). Mesteparten av forskningen handler om mor. Samtidig får vi stadig mer kunnskap om at fars psykiske helse er assosiert med risiko i denne fasen. Skjøthaug et al. (2020) gir belegg for at risikofaktorer og opplevd stress hos fedre bør tas høyde for i familieintervensjoner i perinatalfasen. Kostnadene forbundet med perinatale psykiske lidelser er betydelige for mor, og enda større for barnet (Bauer et al., 2014). Forskning på både samfunnsøkonomi, hjerneutvikling og utvikling av psykiske lidelser viser at tidlig intervensjon er effektivt (Heckman, 2008).

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorg angir at førstelinjen skal identifisere gravide med risiko for psykiske helseproblemer (Helsedirektoratet, 2018). Det er derimot ikke spesifisert hvordan kartleggingen skal gjøres, eller hva slags helsehjelp de gravide skal få (Høivik et al., 2021). Gravide er ikke omtalte i Prioriteringsveilederen for BUP (Helsedirektoratet, 2015). I nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser hos barn og unge fremgår det at gravide kan henvises til BUP (Helsedirektoratet, 2018). Det er blitt gjennomført et treårig nordisk forskningssamarbeid om psykisk helse hos barn og foreldre fra svangerskapet og inntil to års alder. Konklusjonen var at det er store variasjoner i systematiske fremgangsmåter og i bruk av validerte screeninginstrumenter, at fokus primært er på barnets mor og i liten grad på partner og familie, og at det er store variasjoner i kvalitet og tilgang på tjenester. Det anbefales derfor flere studier av kartlegging og psykososiale intervensjoner i perinatalfasen (Martinussen & Kurki, 2021). Det er altså uklart hva slags psykisk helsehjelp gravide skal få, og hvor i behandlingsskjeden hjelpen tilbys.

I sped- og småbarnsenheten hvor vi jobber, er cirka en tredjedel av pasientene gravide. Partneren til den gravide kan også henvises til BUP før fødsel, men i

hovedsak er det den gravide som henvises. De gravide som henvises til BUP, er en heterogen pasientgruppe, ofte med ulike typer psykiske og fysiske helseplager, traumer, vanskelige oppveksterfaringer eller andre typer av psykososiale belastninger. Det de har til felles, er at strevet oppfattes som en risiko for barnets utvikling og helse. Sammen med foreldrene prøver vi å ruste det kommende barnets omsorgssystem for å forebygge samspillsvansker, skjevutvikling og uhelse (Aanderaa, 2020). Det er forskjeller i hvorvidt og hvordan BUP jobber med gravides psykiske helsevansker. Ved vår BUP fokuserer vi på hvordan vanskene påvirker foreldre–barn-relasjonen både før og etter fødsel, men vi utreder ikke og behandler den psykiske helsen til den gravide og partneren. Samtidig er det tilfeller hvor de psykiske helseutfordringene til gravide og partner er så tett knyttet opp til foreldrerollen og det kommende barnet, at vi vurderer det som tilstrekkelig med behandling i BUP. Vi har ellers gode erfaringer med at gravide og/eller partner har et parallelt behandlingstilbud ved DPS eller kommunal psykisk helsetjeneste.

Når et barns omsorgssystem er pasienten, krever det at terapeuten forholder seg til komplekse kliniske problemstillinger, og søker kunnskap fra flere fagområder som er assosiert med foreldrenes omsorgsattferd. I møte med gravide og partner i tiden før og etter fødsel er det ekstra viktig å ha systematiske metoder og rammeverk tilgjengelig for å undersøke og forstå vansker som oppstår i foreldre–barn-relasjonen før fødsel og i de tre–fire første månedene etter, inntil vi kan ta i bruk DC:0–5 (Zero to three, 2020). I fravær av systematiske metoder er det risiko for store og utilsiktede variasjoner i hva som blir kartlagt, og hva en vektlegger i behandling. Vi erfarer altså at det er mangler i både hvordan helsehjelpen skal tilbys i tiden rundt fødsel, og hvor. Vi vil i det følgende redegjøre for et arbeidsverktøy som kan hjelpe klinikere å kartlegge relevante forhold i løpet av graviditet, og vi viser hvordan verktøyet kan brukes i det kliniske arbeidet.

Kausformulering

Kausformulering (KF) er en prosess for hypotesedannelse og sammenfatning av hvordan faktorer som ligger til grunn for utvikling og opprettholdelse av vansker, gjensidig påvirker hverandre. Metodene springer ut fra den psykodynamiske tradisjonen (Winters et al., 2007). Den biopsykososiale KF-en til Winters et al. (2007) tar utgangspunkt i utviklingspsykologi. Ulike faktorer innen de biologiske, psykologiske og sosio-kulturelle områdene vurderes, både predisponerende, utløsende og opprettholdende faktorer. KF kan fun-

gere som et teoriuavhengig rammeverk for hypotesedannelse om hva som skaper vansker, og hva som kan skape endring, formulert etter klinikerens faglige og teoretiske ståsted (se f.eks. Skjerve, 2011; Stoltenberg, 2007; Wilmshurst, 2017). KF kan brukes under graviditet for å kartlegge og forstå risikofaktorer og beskyttende faktorer i foreldre–barn-relasjonen (Smerud, 2017). KF letter hypotesedannelse om både utvikling og skjevutvikling. Bruk av KF kan fremme større likeverd i tjenesten ved å tilby et rammeverk for anbefalte vurderingsområder og bidra til informerte behandlingsvalg som er basert på en forståelse av hvordan vanskene har utviklet seg for akkurat denne gravide og partneren.

Det å ha ferdigheter i å formulere KF vurderes som sentralt i utvikling av klinisk ekspertise, slik det blant annet kommer frem i prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk psykologforening [NPF], 2007). Vår erfaring er at mange terapeuter opplever det som utfordrende å få til å bruke KF. Vi tror det kommer av usikkerhet om hvilke vurderingsområder som er relevante å kartlegge, og hvordan man skal sammenfatte og bruke KF i klinikk.

Med denne artikkelen ønsker vi å presentere typiske risikofaktorer og beskyttende faktorer som bør undersøkes i en kunnskapsbasert biopsykososial og kulturell kasusformulering for omsorgssystemet i perinatalfasen (P-KF). Vi presenterer ikke en uttømmende liste, men eksempler på forhold som kan utgjøre risiko, og som kan fungere beskyttende for barnets utvikling og helse. Vi illustrerer også hvordan en kasusformulering kan se ut i klinisk praksis. Målet vårt er å fremme systematikk og kvalitet i hypotesedannelse, støtte behandleren i å gjøre informerte behandlingsvalg, tilrettelegge for brukermedvirkning og gi retning til hvilket nivå av innsats som bør settes inn.

Fremgangsmåte

Vi ønsket at utvalget av risikofaktorer og beskyttende faktorer skulle være informert av klinisk ekspertise og kjennskap til hva gravide og partner trenger i tiden rundt fødselen, og av oppsummert forskning og evidensbaserte anbefalinger for god klinisk praksis i perinatalfasen. Vi har lang erfaring som klinikere i BUP, og har kjennskap til relevante psykologiske teorier og forskning innen feltet og hvilke utredningsmetoder og tiltak som anbefales for denne målgruppen. På bakgrunn av vår kliniske ekspertise valgte vi ut risikofaktorer og beskyttende faktorer som vi vurderer kan påvirke barnets utvikling og helse. Vi baserte oss også på norske og internasjonale faglige veiledere (som Helsedirektoratet, NICE guidelines) og oversikter over oppsummert forskning i RBUPs *Til-*

takshåndboka (2108), parallelt med at vi gjorde frie litteratursøk. Vi startet med brede søk på risikofaktorer og beskyttende faktorer i svangerskapet. Antall treff ble så høyt at det ville blitt et omfattende forskningsarbeid å skulle sortere og gå gjennom alt. Vi avgrenset derfor søket til oppsummert forskning de siste ti årene i databasen APA PsycInfo 18.06.20 med søkeordene perinatal*, mental* health*, prevention og fikk 63 treff. Vi søkte også i Cochrane Central med «Pregnancy & Child birth», gruppe: Psychological well being during pregnancy, og fikk åtte treff. Søket på «perinatal» og «kasusformulering» i PsycINFO_Medline_Embase Epistemonikos ga 172 treff. I IN SUM med tema «Foreldreferdigheter», «Fødsels-/barselsdepresjon», «Tilknytning» og «For tidlig fødsel» fikk vi 101 treff. Da vi gikk gjennom sammendragene, la vi vekt på arbeider som ga kunnskap om forhold som påvirker barns utvikling og psykiske helse, og som vi vurderte som relevante for klinisk praksis.

Hvorfor valgte vi akkurat de faktorene vi gjorde? Felles for faktorene er at det er kjent at de *kan* påvirke barnets helse eller utvikling. Så vil de ulike faktorene utøve ulik grad av påvirkning på barnet. Noen utøver en direkte påvirkning, for eksempel foreldres sensitivitet og mentalisering i samspillet, fødselskomplikasjoner eller tilknytningsstatus. Andre faktorer påvirker først og fremst barnets omsorgsmiljø og mer indirekte barnets helse og utvikling, slik som grad av sosial støtte eller kulturelle forklaringer på perinatalt strev. De samme faktorene kan også fungere som primært predisponerende, utløsende eller opprettholdende. Tidligere psykisk lidelse hos foreldre kan være en predisponerende faktor eller fungere som utløsende og opprettholdende faktorer til samspillsvansker, dersom lidelsene debuterer eller reaktiveres i forbindelse med fødsel. Samtidig er det vesentlige å vurdere hvordan faktorene griper inn i hverandre, og ikke konstruere lineære forklaringer om årsak og virkning. Familiens kulturelle praksis og verdier er normgivende for barneoppdragelse og former atferden og følelesetrykket til spedbarn allerede fra fødselen av (Zero to Three, 2020). Kunnskap om kulturelle forhold er særlig viktig når behandler og familie har ulik kulturell bakgrunn. For å avgrense antall faktorer konstruerte vi overordnede kategorier som «Medikament- og ruseksponering i fosterlivet», hvor eksponering for ulike substanser inngår, og hvor det ikke refereres til studier av enkelte substanser. Vår kompetanse er i hovedsak knyttet til faktorene i det psykologiske vurderingsområdet. Når det gjelder biologiske, sosiale og kulturelle områder, har vi mest lent oss på evidensbaserte retningslinjer og anbefalinger for klinisk praksis fra NICE, Kulturformuleringsintervjuet (KFI) og DC:0–5.

Biopsykososial og kulturell kasesformulering for omsorgssystemet i perinatalfasen

Arbeidet resulterte i 31 faktorer (se tabell 1). En og samme faktor kan utgjøre en risiko, eller fungere som beskyttelse i barnets omsorgssystem. Noen av faktorene er eksemplifisert i casebeskrivelsen om førstegangsgravide Nora. Vi har systematisert faktorene innenfor en P-KF med biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle vurderingsområder, men vi går ikke nærmere inn på hver enkelt faktor.

Nora: eksempel på en P-KF

Aktuelt: Nora, 30 år, førstegangsgravid, henvist til BUP i andre trimester fra DPS. Gift med kommende barnefar, Haider. Nora opplever økende angst- og traumesymptomer. Barnet er ønsket, men Nora tviler på seg selv som mamma og kjenner lite følelser for babyen. Haider forteller om glede og positive forventninger til å bli pappa, gleder seg til «lille gutt» kommer. Begge er i arbeid. **Bakgrunn:** Nora har hatt en vanskelig oppvekst med sint og kontrollerende far. Forteller om perioder med angst og depresjon i ungdomstiden. Opplevd partnervold tidlig i 20-årene, slitt med vansker i relasjoner og traumesymptomer. Har fått diagnose emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og mottatt behandling både individuelt og i gruppe på DPS. Konverterte til islam da hun giftet seg med Haider, som har opprinnelse fra Irak. Haider forteller om gode oppveksterfaringer, ingen psykiske problemer.

Risiko og beskyttelse i barnets omsorgssystem

Biologiske vurderingsområder. Friskt foster. Nora god somatisk helse. Haider diabetes, blodsukker vanskeligere å regulere ved stress.

Psykologiske vurderingsområder. Nora med konfliktfullt og ambivalent forhold til egne foreldre. Kan reflektere aktivt over hvordan oppveksterfaringer har ført til tvil på seg selv og ustabil selvfølelse, også før overgang til morsrolle. Samtidig utfordringer med mentalisering, noe som kommer til uttrykk i begrensede forestillinger om barnet og seg selv som mor, preget av idyllisering («han kommer bare til å spise og sove de første ukene») og manglende sensitivitet («han vil ikke merke det hvis jeg blir borte noen sekunder»). Sier hun vil gjøre alt for ikke å bli sint på gutten slik som hennes far var på henne. Mor stoler ikke på seg selv, opplever manglende kontroll over egne følelser. Mentaliseringsevne under press når hun er aktivert av stress og traumer. Haider har mer detaljerte og balanserte beskrivelser av barnet, gir eksempler på gode omsorgserfaringer i relasjon til egne foreldre. Har gjort praktiske forberedelser til barnet kommer.

Sosiale vurderingsområder. Begge i fast jobb, ordnet økonomi, fast bopel. Parforholdet beskrives som stabilt og støttende, samtidig som det kommer frem at de har en del krangler. Nora sier hun kan reagere med sinne når hun føler at Haider ikke forstår eller ikke bryr seg, eller hvis han prioriterer jobben og å være ute med venner. Haider sier han har de beste intensjoner, at han må jobbe for å forsørge familien, han opplever Nora som humørsyk og er fortvilet over at hans forsøk på å berolige vekker mer sinne. Noen venner med små barn, mye støtte i fars familie og nettverk. Nora begrenset kontakt med egen familie, gjensidig avstandtaking etter konflikter i ungdomsårene og konvertering til islam.

Kulturelle vurderingsområder. Planlegger for omskjæring av gutten etter fødsel. Noras foreldre har uttrykt skuffelse over at det ikke blir dåp. Haider sier hans mor og ene søster kan komme og bo hos familien etter fødsel. Nora sier hun gjerne ønsker hjelp, men er redd det kan bli litt mye.

Oppsummering. Nora og Haider ønsker begge hjelp og er åpne for å utforske hva som kan bli utfordrende i foreldrerollen, og hvordan de kan knytte seg til barnet og forberede seg til tiden etter fødsel. Sosial støtte i nettverk og Haiders familie. Haider har kommet i gang med prenatal tilknytning og har egne positive oppveksterfaringer. Familien har stabile boforhold og ordnet økonomi.

Hypoteser om skjevutvikling

Det er risiko for samspillsutfordringer som kan påvirke barnets helse og utvikling negativt. Her kan predisponerende forhold være relasjonelt og psykisk strev hos Nora. Hennes psykiske symptomer har økt i omfang gjennom svangerskapet, noe som kan påvirke evnen til foreldrementalisering og kvaliteten på forestillingene hennes om barnet. Det er også tenkelig at pågående utfordringer i parforholdet kan utløse og opprettholde samspillsvansker. Det er risiko for at forhold i guttens storfamilie kan sette omsorgssystemet under press.

Terapeutiske intervensjoner

Nora og Haider kom sammen til samtaler. Ved at vi utforsket og fylte ut kasesformuleringsmalen i fellesskap, ble det tydeligere hva som var styrker og strev i det kommende barnets omsorgssystem. Slik dannet hypoteser fra kasesformuleringen grunnlaget for målsettingene i behandlingsplanen: at Nora ville føle mer for barnet i magen, og at de ville være en støtte for hverandre i foreldrerollen. Intervensjonene rettet seg i hovedsak mot å styrke prenatal tilknytning ved å snakke om barnet i magen og bruke svangerskaps-

Tabell 1

Risikofaktorer og beskyttende faktorer for vurderingsområdene i en biopsykososial og kulturell kasusformulering for barnets omsorgssystem.

Biologiske vurderingsområder
Svangerskap – og fødselkomplikasjoner (FHI, 2018)
Somatisk helse hos foreldre (Helsedirektoratet, 2018; FHI, 2018)
Kognitive evner hos foreldre (Killén, 2015)
Alder hos mor (FHI, 2018)
Medikament- og ruseksponering i fosterlivet (DC:0–5, 2020)
Eksposering for stress og traumer fosterliv (Marca-Ghaemmaghami et al., 2017; Hendrix et al., 2021)
Prematur fødsel (DC:0–5, 2020)
Prenatale medisinske tilstander (DC:0–5, 2020)
Flerlingesvangerskap (Norsk gynekologisk forening, 2020)
Psykologiske vurderingsområder
Foreldresensitivitet (Ainsworth, 1978)
Foreldrementalisering (Slade, 2005)
Traumer og tapsopplevelser (Slade et al., 2009)
Foreldres tilknytningserfaringer (Fonagy et al., 1991; Goldberg et al. 2003)
Foreldreforestillinger (Stern, 1995; Brodén, 2004; Ammaniti et al., 2013)
Prenatal tilknytning (Cranley, 1981; Müller, 1993; Shin et al., 2006)
Psykisk helse hos foreldre (Brean, 2023; Graignic-Phillipe et al., 2014; Stein et al., 2014)
Rus- og avhengighet (Moe et al., 2010)
Resiliens og mestring (Lieberman et al., 2005)
Sosiale vurderingsområder
Partnerstøtte (Glazier et al., 2009)
Sosial støtte i familie og nettverk (DC:0–5, 2020)
Psykisk helse, rus og avhengighet hos partner og hos personer i barnets husstand (DC:0–5, 2020)
Stressfaktorer i familie og sosialt miljø (DC:0–5, 2020)
Utdanning, tilknytning arbeidsliv, økonomi, boforhold (DC:0–5, 2020)
Fysisk og psykisk helse søsken (DC:0–5, 2020)
Juridiske og strafferettslige utfordringer (DC:0–5, 2020)
Nylig migrert eller med flyktningstatus (NICE CG110)
Vold og overgrep i nære relasjoner (NICE CG110)
Kulturelle vurderingsområder
Kulturell identitet hos foreldre, og ønske om å oppdra barnet i henhold til disse (Sarche et al., 2020)
Kulturelle konseptualiseringer av problemer og uhelse (Sarche et al., 2020)
Kulturelle faktorer som påvirker mestring, hjelpesøking og den terapeutiske relasjon (FHI & NKROP, 2015; Sarche et al., 2020)
Kulturelle faktorer i barnets psykososiale miljø og omsorgsmiljø (Sarche et al., 2020)

kalender for å vekke følelser for gutten. Foreldrementalisering ble også vektlagt. Hun ble oppmuntret til å være nysgjerrig på guttens behov og utforske forestillinger om gutten og om seg selv som forelder, og det ble lagt vekt på å styrke mors evne til å regulere egne følelser. For å øke støtte i parforholdet ble det viktig at Haider skulle øve seg på å lytte til Noras opplevelser. Etter at barnet ble født, brukte vi aktivt prinsipper fra NBO for å hjelpe foreldrene til å bli kjent med sønnen og hvordan kroppsspråket hans kunne omsettes

til tegn på behov. Vi filmet også samspillet og veiledet foreldrene i hvordan de kunne støtte guttens utvikling. Etter de tre første ukene begynte Jakob å streve med søvn, og foreldrene fikk veiledning på regulering av søvn. Regulering av avstand og nærhet til familie var et tilbakevendende tema, og vi brukte tid i samtalen på hvordan de kunne invitere familiene til en felles markering av at barnet var født. Da det var behov for å videreføre tiltakene, ble barnet henvist til BUP for egen del etter tre måneder.

Muligheter og begrensninger ved bruk av kasesformulering

Vurderingsområdene griper inn i hverandre

Når vi lager en P-KF, kartlegges foreldrenes bakgrunn for å få tak i mulige predisponerende forhold. I utformingen av en P-KF, som vist i kaset over, er det avgjørende å forstå samvirket mellom vurderingsområdene. Foreldrenes evne til å mentalisere når det gjelder barnet, vil gjensidig påvirkes av ulike former for stress og belastninger, som sykdom (biologisk), parkonflikter (sosialt) og oppfatninger om nyfødtsomsorg (kulturelt). Vurderingsområdene griper inn i hverandre, uten at vi kan få full oversikt over verken retning eller grad av påvirkning. Det kan for eksempel tenkes at parkonflikter og ulike oppfatninger om nyfødtsomsorg øker sykdomsbyrden og reduserer mentaliseringsevnen. Det kan også tenkes at den lave mentaliseringsevnen øker konflikt, skaper stressrelaterte somatiske symptomer og vanskeliggjør felles forståelse av hva god nyfødtsomsorg er. Kategoriseringen av vurderingsområdene innebærer altså en betydelig forenkling av det kliniske virkelighetsbilde

Det rådende teoretiske paradigmet for hvordan vi forstår utvikling av psykiske lidelser, er en biopsykososial og multifaktoriell modell. Samtidig får modellen kritikk for å implisere grunnløse og kunstige skiller mellom hjerne og sinn, kropp og psyke, hva som er organisk og hva som er funksjonelt (Slagstad, 2019). Klinikerens viten er begrenset, og forhold i barnets omsorgsmiljø er i endring. Kasesformulerings-metodikken innebærer både å forkaste og forandre hypoteser om sammenhenger underveis i behandlingsforløpet. Videre må klinikerens erkjenne at forsøk på å ramme inn en kompleks klinisk virkelighet i termer av kategoriske vurderingsområder og sammenhengene mellom dem kan gi overforenklinger, og de vil alltid være preget av klinikerens subjektivitet.

Bruk av P-KF i innledende samtaler

Å undersøke for kjente risikofaktorer og beskyttende faktorer kan bringe frem vesentlig informasjon i innledende samtaler, enten i en åpen samtale med gravid og partner og/eller ved hjelp av ulike typer strukturerte kartleggingsmetoder og intervjuer (for eksempel anamnese; The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987); Pregnancy Interview (Slade et al., 1987); The Adverse Childhood Experiences (ACE) (Felitti et al., 1998); Angels in The nursery (Lieberman et al., 2005); Pregnancy Attachment Interview (Müller, 1993)). Vår erfaring er at bruken av kliniske intervjuer i perinatalfasen avhenger av hva den

enkelte kliniker har tilgjengelig, med unntak av EPDS, som er i utstrakt bruk både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. EPDS er nøye studert og vurdert å ha gode psykometriske egenskaper til å fange opp perinatal depresjon (Martinussen & Kurki, 2021). En god inngang kan være å fylle ut P-KF sammen med gravid og partner, særlig når belastningene er store på flere livsområder og den gravide og partner er overveldet av situasjonen. Da kan P-KF hjelpe oss til sammen å finne ut av og sortere familiens strev og styrke. En annen indikasjon er når de innledende problembeskrivelsene er magre, for eksempel når henviser er mer bekymret enn det den gravide og partneren selv er. Da kan P-KF gjøre hensikten tydeligere og gi rammer til BUP-timene ved å få frem uro og bekymring, slik at vi får tak i det som er utfordrende, og motivasjonen for behandlingstilbudet kan øke.

Når gravide og partner har mer avgrensede vansker, kan det være nok at terapeuten har P-KF i bakhodet for å organisere hva hun lytter og spør etter, og for å systematisere informasjonen som blir delt. Andre grunner til ikke å dele P-KF med gravid og partner innledningsvis kan være et behov for å jobbe mer med å etablere arbeidsallianse og trygghet. Å beskrive en rekke risikofaktorer tidlig i forløpet kan oppleves som kognitivt og emosjonelt overveldende. Det kan vekke et behov for å beskytte seg og kan gå på bekostning av åpenhet, det å vise seg sårbar og å ta fatt på endringsarbeid.

Systematikk og kvalitet i hypotesedannelse

Klinikerens hypoteser om hva som er grunnlaget for vansker, vil være mer eller mindre uttalte. P-KF kan gjøre klinikerens mer systematisk og bevisst i generering av hypoteser. P-KF rammer inn kunnskapsbaserte områder som klinikerens kan se etter i møte med gravide og partner, noe som øker sannsynligheten for at nødvendig informasjon blir tilgjengelig. P-KF kan fremstå som komplisert i starten, men med bruk og økt kjennskap til metoden er vår erfaring at klinikerne opplever at P-KF bidrar til struktur i kartlegging og behandling og gir en pekepinn om nivået av innsats som skal til.

Et eksempel kan være en gravid med egne nedbrytende omsorgserfaringer og psykisk strev som har negative forventninger til å bli mamma. P-KF kan hjelpe terapeuten til å systematisk undersøke bredden av risikofaktorer og beskyttende forhold i barnets omsorgssystem. Med denne gravide kan vi tenke oss at P-KF tydeliggjør at det ikke er tilstrekkelig å arbeide med mors forestillinger om barnet. Det viser seg også behov i det biologiske området, med håndtering av fars kroniske smertetilstand, i det sosiale området

med samarbeidet i par- og foreldrerelasjonen, og i det kulturelle området med å støtte familien i å ta egne valg for overgangsriter etter fødsel. Ideelt sett hjelper P-KF til med å tegne opp de store linjene i det kliniske bildet, uten at terapeuten fortaper seg i uviktige detaljer eller overser noe av stor betydning.

Når en arbeider med P-KF, er det ikke det å liste opp risikofaktorer og beskyttende faktorer som er det vesentlige. Heller ikke det å kartlegge livsområdene i seg selv, men å danne et kvalifisert grunnlag for å vurdere hvordan forholdene griper inn i og gjensidig påvirker hverandre over tid. Fra litteraturen på ACE vet vi at det på gruppenivå er sterke sammenhenger mellom psykososialt stress og nedbrytende omsorgserfaringer i oppveksten og senere utvikling av både psykisk og somatisk uhelse (Anda et al., 2020). Vi må altså gjøre individuelle vurderinger av hvorvidt foreldrenes nedbrytende erfaringer utgjør en risikofaktor i det spesifikke barnets omsorgssystem.

Ulike veier inn i og ut av strev

En sentral utviklingsoppgave for terapeuten er å trene opp det kliniske blikket og ekspertisen til å oppdage, erfare og forstå bakgrunnen for ulike vansker, og hva som er til hjelp for ulike folk. P-KF kan bidra til at generelle problembeskrivelser (av eksempelvis fødselsangst, tidligere fødselsdepresjon, belastninger i familien) omdannes til en mer spesifikk – og ideelt sett felles – forståelse av hva som ligger til grunn for problemene, og hva som kan fremme positiv utvikling. To gravide kan ha like presenterte problemer i omsorgsrollen, men ha helt forskjellig utgangspunkt med tanke på predisponerende, utløsende og/eller opprettholdende risikofaktorer og beskyttende faktorer i alle vurderingsområdene. Ekvifinalitet kan illustreres med at ulike forhold ligger til grunn for vansker med prenatal tilknytning. Den ene gravide er i et støttende parforhold, har gode egne omsorgserfaringer og godt nettverk, men en nylig abort har skapt vansker med å knytte seg til barnet i magen. Den andre gravide er uten fast partner, har vanskelige oppveksterfaringer, opplever pågående stress og psykiske vansker, og summen av dette gjør det vanskelig for henne å knytte seg til barnet i magen.

En nokså vanlig bakgrunn for gravide som kommer til behandling hos oss, er oppvekst med psykisk syke foreldre. Tilsvarende erfaringer kan likevel gi ulike utfall, såkalt multifinalitet. Ekkoer av hvordan den gravide selv opplevde seg i relasjon til egen forelder da hun var barn, kan gi seg utslag i ulike typer av fordreide forestillinger om barnet i magen. Andre gravide kan for en stor del ha forsonet seg med egen oppvekst og ha balanserte forestillinger om barnet, til

tross for egne nedbrytende omsorgserfaringer. For den gravide med en nylig tapsopplevelse kan problematikken være mer avgrenset. Hun vil antakelig kunne ha nytte av et fokusert arbeid med å sørge over tapet som har vært, og knytte seg til babyen som kommer. For den gravide med pågående belastninger på flere livsområder, i tillegg til egne erfaringer av nedbrytende omsorg, kan terapeuten i dialog med den gravide og partner bruke kasusformuleringen til å vurdere hva det er hensiktsmessig å jobbe med i tiden før fødsel. Når fordreide foreldreforestillinger preger svangerskapet, blir det ekstra viktig å hjelpe foreldrene til å ta imot og bli kjent med det reelle barnet.

Samskapende prosesser

Foreldre som kommer til behandling på grunn av bekymring for at deres eget strev skal påvirke barnet negativt, er i en svært sårbar posisjon. De kan kjenne behov for å beskytte seg. Kanskje i frykt for å bli negativt vurdert, meldt til barnevernet og i ytterste konsekvens miste barnet sitt. Strukturelt sett er behandleren i en privilegert posisjon og må være bevisst sin egen makt og hvordan asymmetrien påvirker relasjonen. Bruk av P-KF kan invitere til at en revurderer hypoteser og endrer retning på behandlingen underveis, i takt med at svangerskapet går sin gang, babyen blir født og foreldrene gradvis vokser inn i foreldrerollen. Livsforandringene endrer også vektningen av risiko og beskyttelse i barnets omsorgssystem. I møter med foreldrene der det er mulig å dele kasusformuleringen, kan forestillingene og erfaringene til både pasienten og terapeuten korrigeres og utvide seg.

Nivå og prioritering av innsats

Hvor mye og hva slags behandling trenger den gravide og partner? Og hva har vi mulighet til å tilby av behandling i tiden vi har til rådighet? P-KF hjelper behandler til å vurdere grad av risiko og beskyttelse, og følgelig nivå av innsats. For noen familier er BUP tilstrekkelig i tillegg til ordinær svangerskapsomsorg, mens andre vil trenge at flere tjenester er inne med parallelle tiltak. Som oftest vil dette være DPS eller psykisk helsetjeneste kommunalt, tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller kommunale ruskonsulenter, familievernet og barneverntjenesten. Tidsaspektet, og en vurdering av hvor omfattende hjelpetilbud familien har utbytte av, kan innebære en prioritering som gjør at viktige temaer legges til siden eller ikke gjennomarbeides tilstrekkelig. På bakgrunn av P-KF kan terapeuten vektlegge betydningen av å jobbe med foreldrerollen over tid, og anbefale at barnet henvises til BUP etter fødsel, slik at arbeidet for å styrke foreldreferdigheter og samspill kan fortsette.

Tverrfaglig metodikk

For å bruke P-KF er det nødvendig med grunnleggende forståelse av utviklingspsykologi. Utover dette kan P-KF forene kolleger med forskjellig faglig bakgrunn eller teoretiske preferanser i å få frem kliniske problemstillinger. Når flere i et team kjenner til en metodikk og utvikler et felles språk for forståelse av kliniske problemstillinger – som eksempelvis vektning av styrker og strev i omsorgssystemet – kan det øke kvaliteten og opplevelsen av effektivitet og mening i kliniske drøftinger.

Konklusjon

Det gir lite mening å nærme seg familien og det ufødte barnet uten å møte hvordan livet til foreldre og barn veves sammen, og gjensidig påvirkes av psykososiale forhold og kulturell kontekst.

Forebyggende intervensjoner for barn i risiko bør starte allerede i svangerskapet og rettes mot gravide og deres partner. Nye foreldre er i en livsfase med stort potensial for relasjonell sensitivitet, utvikling og endringsarbeid (Aanderaa, 2019). Klinikere som jobber med familier i tiden rundt fødsel, må forholde seg til kompleksiteten som samvirket av risiko og beskyttelse i barnets omsorgssystem skaper. Samtidig mangler det nasjonale føringer for behandlingstilbudet innen psykisk helsevern i perinatalfasen. Vår erfaring er at det også mangler aktuelle validerte og oversatte kartleggingsinstrumenter og kliniske intervjuer. Vi har ønsket å vise hvordan P-KF kan bidra med et rammeverk av kunnskapsbaserte vurderingsområder som klinikerne kan navigere etter i møter med gravide og partner. P-KF hjelper klinikerne med å få frem relevant informasjon på en systematisk måte. Slik kan hypoteser om både styrker og strev i barnets omsorgssystem danne grunnlag for egnede behandlingstiltak. Å bruke P-KF sammen med den gravide og partner gir paret påvirkning i behandlingen. Det ivaretar brukermedvirkning og styrker den terapeutiske arbeidsalliansen. Vi mener at bruk av P-KF kan fremme kunnskapsbasert praksis. P-KF gir mulighet til å integrere forskning med klinisk ekspertise og kunnskap om pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål, jamfør prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (NPF, 2007). Utvikling og bruk av P-KF er dermed et bidrag til å øke systematikken, kvaliteten og likeverdigheten i helsetjenestene til gravide og partner. ✘

Referanser

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Ammaniti, M., Tambelli, R. & Odorisio, F. (2013). Exploring Maternal Representations During Pregnancy in Normal and At-Risk Sample: The Use of The Interview of Maternal Representations During Pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/imhj.21357>
- Anda, R. F., Porter, L. E. & Brown, D. W. (2020). Inside the Adverse Childhood Experience Score: Strengths, limitations, and misapplications. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 293–295. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.01.009>
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Lemmi, V. & Adelaja, B. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. Centre for Mental Health og London School of Economics. http://eprints.lse.ac.uk/59885/1/_lse.ac.uk_storage_LI-BRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Bauer%2C%20M_Bauer_Costs_perinatal_%20mental_2014_Bauer_Costs_perinatal_mental_2014_author.pdf
- Brean, G. V. (2023). *Psykisk helse i svangerskap og barseltid*. Gyldendal.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens muligheter. En tid hvor relationer skapes og utvikles*. Oslo: Akademisk Forlag.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal depression. Development of the 10 item Edinburg Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281–284. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00008>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8); FHI,
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2018). Helse i svangerskap og fødsel. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Folkehelseinstituttet [oppdatert (01.02.23); lest (12.10.23)]. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/svangerskap/>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S. and Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment. Health J.*, 12: 201–218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Glazier, R.H., Elgar F.J., Goel, V. & Holzapfel S. (2009). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*: (25), No 3–4- S.247–255 [tandfonline.com/doi/abs/10.1080/016748204](https://doi.org/10.1080/016748204)

- Goldberg, S., Benoit, D., Blokland, K., & Madigan, S. (2003). Atypical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment. *Development and Psychopathology*, 15(2), 239–257. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000130>Graignic-Phillips, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A.-Y. & Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43, 137–162. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.022>
- Heckman, J. J. (2008). Schools, skills and synapses. *Economic Inquiry*, 46(3), 289–324. <https://doi.org/10.3386/w14064>
- Helsedirektoratet (2018). Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. september 2022, lest 11. oktober 2023). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonalt faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen* [nettdokument] (sist faglig oppdatert 07. april 2021, lest 07. mai 2021). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Hendrix, C. L., Dilks, D. D., McKenna, B. G., Dunlop, A. L., Corwin, E. J. & Brennan, P. A. (2021). Maternal Childhood Adversity Associates With Frontoamygdala Connectivity in Neonates. *Biological Psychiatry*, 6(4), 470–478. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.11.003>
- Høivik, M. S., Eberhard-Gran, M., Wang C. E. A. & Dørheim, S. K. (2021). Perinatal mental health around the world: priorities for research and service development in Norway. *BJPsych International*, 18(4), 102–105. <https://doi.org/10.1192/bji.2021.2>
- Jones, L., Chandra, P. S., Dazzan, P. & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*, 384(9956), 1789–1799. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61278-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61278-2)
- Killén, K. (2015). *Sveket I: Risiko og omsorgssvikt -- et helseproblem og tverrfaglig ansvar* (S. utg). Kommuneforlaget AS.
- Lieberman, A. F., Padrón, E., Van Horn, P. & Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504–520. <https://doi.org/10.1002/imhj.20071>
- Marca-Ghaemmaghami, P. L., Dainese, S. M., Stalla, G., Haller, M., Zimmermann, R. & Ehlert, U. (2017). Second-trimester amniotic fluid corticotropin-releasing hormone and urocortin in relation to maternal stress and fetal growth in human pregnancy. *Stress*, 20(3), 231–240. <https://doi.org/10.1080/10253890.2017.1312336>
- Martinussen, M. & Kurki, M. (red.). (2021). *The first 1000 days in the Nordic countries. Psychosocial interventions and psychological tests: a review of the evidence* (Nord 2021:037). Nordic Council of Ministers. <https://dx.doi.org/10.6027/nord2021-037>
- Moe, V., Lindberg, A., Moe, R. G. & Smith, L. (2016). Tidlig hjelp og utviklingsstøtte til sped- og småbarn. I H. Haavind & H. Øvreeide (red.), *Barn og unge i psykoterapi* (2. utg., s. 261–298). Gyldendal Akademisk.
- Moe, V., Siqveland, T. & Slinning, K. (2010). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (1. utg., s. 303–322). Gyldendal.
- Müller, M. E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 199–215. <https://doi.org/10.1177/019394599301500205>
- Migrasjonshelse (FHI) og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). (2015). *Kulturformuleringsintervjuet (KFI), DSM-5 Et klinisk verktøy i personsentrert og kultursensitiv kommunikasjon*. (K. MacDonald Jareg, Overs.). Originalutgave (engelsk): American Psychiatric Association (APA). <https://rop.no/globalassets/verktoy/kulturformuleringsintervjuet.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors* (NICE guideline CG110).
- Norsk psykologforening. (2007, januar). *Prinsipperklæring (1) om evidensbasert psykologisk praksis (2)*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklæring-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Norsk gynekologisk forening. (2020). *Veileder i fødselshjelp*. ePub. ISBN 978–82–692382–0–4. ISBN 978–82–692382–0–4.
- RBUP. (2018). Tiltakshåndboka: oppsummert forskning om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse er lisensiert etter "Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License".
- Sarcho, M., Tsethlikai, M., Godoy, L., Emde, R. & Fleming, C. M. (2019). Cultural perspectives for assessing infants and young children. I R. DelCarmen-Wiggins & A. S. Carter (red.), *The Oxford handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (s. 9–28). Oxford University Press.
- Shin, H., Park, Y.-J. & Kim, M.J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 425–434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03943.x>
- Skjerve, J. (2011). Kasusformulering i kognitiv atferdsterapi med barn og unge – et nyttig og praktisk hjelpemiddel? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(1), 16–20. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/01/kasusformuleringer-i-kognitiv-atferdsterapi-med-barn-og-unge-et-nyttig-og>
- Skjøthaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., Stånicke, E. & Moe, V. (2020). Antecedents of fathers' perception of child behavior at child age 12 months. *Infant Mental Health Journal*, 41, 495–516. <https://doi.org/10.1002/imhj.21862>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269–281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Slade, A., Cohen, L.J., Sadler, L.S. & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. I Zeanah, C.H. Jr. (Red.) *Handbook of infant mental health*. (Third edition, s. 22–39). The Guilford Press.
- Slade, A., Haganir, L., Grunebaum, L. & Reeves, M. (1987). *The Pregnancy interview*. Manuscript.

- Slagstad, K. (2019). Hjernen er ikke alene. Nettverksmodellen og psykiatrisk epistemologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(11), 822–832. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2019/11/hjernen-er-ikke-alene>
- Smerud, H. S. (2017, 12.–13. oktober). *Bruk av kausformulering i kartlegging av gravide i BUP* [Posterpresentasjon]. Nordisk Marcé, «För bättre perinatal hälsa / Improving Perinatal Mental Health».
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M. & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. Taylor & Francis Ltd.
- Stoltenberg, S. M. K. (2007). Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(11–16). <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2007/01/kasusbeskrivelser-og-forandringsprosesser-i-terapi-med-barn-bidrag-til-en>
- Sutter-Dallay, A.-L. & Guedeney, N. (2016). Introduction: History. I A.L. Sutter-Dallay, N. M-C. Glangeaud-Freudenthal, A. Guedeney & A. Riecher-Rössler (red.), *Joint care of parents and infants in perinatal psychiatry* (s. 3–11). Springer International Publishing Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-21557-0>
- Wilmshurst, L. A. (2017). *Child and Adolescent Psychopathology: A Casebook* (4. utg.). SAGE publications, Inc.
- Winters, N. C., Hanson, G. & Stoyanova, V. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 111–132, ix. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.07.010>
- Zero to three. (2020). *DC:0-5TM. Diagnostisk klassifisering av psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i sped- og småbarnsalderen* (A. V. Brean, Overs.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Aanderaa, A. H. S. (2019). Endringsarbeid og endringsprosesser i tiden rundt fødsel. *Mellanrummet*, 38, 49–58.
- Aanderaa, A. H. S. (2020). Jeg skal bli mamma – hjelp meg å bli trygg på at jeg kan. *Mellanrummet*, 39, 46–55.

FOTO. PRIVAT



MAIA MACK

Er psykologer rammet av Pollyanna-syndromet?

Kan psykologer bli så opptatt av de gode sidene ved mennesket at det kan være skadelig?

I en tid med store utfordringer knyttet til krig, vold og overgrep kan moderne psykologi oppleves å mangle tilstrekkelige begreper for å kunne forstå og romme det mørke og ubehagelige i menneskene.

Må vi heller se til andre fagdisipliner for å finne språket som gir oss mulighet til å prøve å forstå eller holde ut de grusomhetene som skjer omkring oss? Psykiater Bogdan Latecki har uttrykt at han heller velger å se til filosofien. Han opplever at moderne psykologi er rammet av en form for «Pollyanna-syndrom».

MALIGN OPTIMISME

Pollyanna er navnet på en roman fra 1913 skrevet av Eleanor H. Porter. Romanen handler om en liten pike som gjennom sin optimisme og ukuelige tro på andre menneskers gode hensikter får menneskene rundt seg til å tine opp. En slik tankegang omtales i dag ofte som Pollyanna-prinsippet eller Positivity Bias.

Pollyanna-syndromet beskrives som en form for benekting og en manglende evne til

å forholde seg til virkeligheten. Professor i psykologi Sam Vaknin opererer med det beslektede begrepet malign optimisme. Dette beskrives som en form for Pollyanna-forsvar av mennesker som har blitt ofre for narsissister og psykopater, og som innebærer et urealistisk, men også skadelig håp om endring eller bedring hos den andre.

TILLITSPATOLOGI

Psykolog Gry Stålsett uttalte i etterkant av 22. juli-terroren at psykologien mangler et språk for både ondskap og det eksistensielle, og at en ren sykdomsforståelse av onde handlinger kan bli begrensende.

Psykologspesialist Sissel Gran er blant dem som har sett til skjønnlitteraturen for å finne forklaringer på et fenomen som begjæret. Hun opplever at den emosjonsfokuserede tenkningen og tilknytningsforståelse ikke har kunnet gi henne gode nok svar på det forbudte og farlige i menneskene. Gran har uttalt at skjønnlitterære forfattere overgår terapeuter i å se menneskelig atferd, selv om blikket ikke alltid er like nådefullt som hos terapeutene.

Kulturhistoriker Nina Witoszek og jurist Eva Joly har skrevet boken *Det blåøyde riket. Norske tillitspatologier* (2023), der de spør seg om man i Norge kanskje har for mye tillit til hverandre, og at dersom noen gjør noe galt, oppfattes dette som en anomali. De beskriver Norge som et tillitssamfunn som er mer innstilt på å fremheve de gode sidene ved menneskets natur enn dets ekle og sadistiske tilbøyeligheter. Begrepet



ILLUTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

tillitspatologi kan langt på vei sammenliknes med begrepet Pollyanna-syndromet.

PRIMITIVE OG DYRISKE KREFTER

Den kanadiske psykologen Jordan Peterson er blant dem som snakker om at for å oppnå en god psykisk helse bør man unngå å fokusere for mye på trygghet og beskyttelse, og i stedet trene seg opp til å konfrontere fare og ondskap. Den amerikanske professoren Camille Paglia har tatt til orde for at unge kvinnelige studenter må forvente å bli voldtatt dersom de drikker seg fulle og drar på date. Hun har uttalt at moderne psykologi mangler språk for de primitive og dyriske kreftene som ligger bak kriminelle handlinger som voldtekt og drap, og beskriver psykologien som en form for lettbeint «happy talk» som mangler nyanser.

Både Peterson og Paglia er omdiskuterte skikkelser som har møtt kritikk for sine holdninger. Men kan de likevel ha noe rett i det de sier?

«Du ser det ikke før du tror det», uttales det ofte om seksuelle overgrep. Norsk kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) la i 2023 fram rapporten *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløps-perspektiv*. Rapporten viste at 22 % av norske kvinner var blitt utsatt for voldtekt, og funnene ble beskrevet som overraskende. I praksis betyr jo dette at både det å bli voldtatt eller det å voldta kanskje ikke lenger bør ses på som noen anomali, men i stedet som relativt vanlige erfaringer.

FORBUDTE FØLELSER

TV-serien *In Treatment* (HBO) viser en troverdig historie om hvordan en psykolog får «forbudte følelser» for en av sine pasienter. I løpet av det siste året har det kommet i gang en sårt tiltrengt debatt blant psykologer om grenseoverskridende seksuell atferd fra helsepersonell. Tall fra Statsforvalteren viser at i årene 2010–2020 ble det meldt inn 28 477 tilsynssaker om grenseoverskridende atferd fra helsepersonell. »

”

... moderne psykologi mangler språk for de primitive og dyriske kreftene



... hva om denne empatien samtidig gjør at andre mennesker kommer til skade

Dette med kollegaveiledning har blitt nevnt som noe som kan være med på å forebygge slike overskridelser. I så fall forutsetter det at man har et språk og en kultur for å snakke om vanskelige ting, for eksempel det å ha følelser for eller å begjære pasienter seksuelt.

For å lykkes med dette kreves det både kunnskap, trygghet og mot av veileder og veiland. Vi kan også spørre oss selv retorisk om den seneste tidens debatt blant psykologer har gjort det noe lettere å våge å ta opp et tema som grenseoverskridelser i veiledning?

En rapport fra pasientovergrepsutvalget (2022) viser Statens helsetilsyn til at i saker der helsepersonell har mistet autorisasjon som følge av grenseoverskridende atferd, har veiledere ofte ikke tilstrekkelig forståelse og kunnskap for disse fenomenene. Tilsynet påpeker at dette i seg selv kan representere en fare for pasientsikkerheten.

POLLYANNA-SYNDROMET I TERAPI

I terapi er empati et av våre viktigste verktøy i møte med enkeltmennesker. Men hva om denne empatien samtidig gjør at andre mennesker kommer til skade? Dersom vi unnlater å se etter mørke trekk hos pasienter eller pårørende, vil i verste fall noen kunne komme til å bli lidende, ikke minst barn. Slike dilemma har blitt beskrevet av hjelpe-tilbud som «Epitel» og «Det gule huset», som tilbyr hjelp for mennesker som har vært utsatt for psykisk vold og ulike former for empatiforstyrrelser. Deres erfaring er at hjelpeapparatet i altfor liten grad fanger opp psykopatiske trekk hos individer, og at vi på denne måten ikke klarer å hjelpe familier med det som er de reelle problemene.

Hva slags språk har vi egentlig i terapien når det gjelder å skille mellom sykdom og såkalte onde handlinger? Kan vi risikere å gi falske håp til pårørende som håper på en bedring, dersom vi forstår og beskriver noe som sykdom?

Sykdom er som regel noe man kan finne kur eller behandling for. Journalist og forfatter Ida Marie Hansen beskriver i sin bok *Jeg var gift med en bedrager* (2021) det frigjørende i at hennes manns psykolog tok hennes perspektiv og var tydelig på å si at ektemannen manglet empati. Dette gjorde henne i stand til å ta de nødvendige valg for seg og sine barn.

De fleste av oss har trolig valgt vår fagdisiplin ut fra et ønske om å forstå eller hjelpe andre mennesker. Og i det ligger det også et ansvar i å klare å se alle aspekter av den menneskelige tilværelse, også det smertefulle og mørke. Hvis ikke risikerer vi å falle i den såkalte «Pollyanna-fella». Når vi møter på det som er for vondt til å være sant, er kanskje ikke alltid den beste medisin å møte det med noe som er for snilt til å være sunt. ✘

INTERNASJONAL PUBLISERING

Publiser på engelsk i Psykologtidsskriftet

Du trenger ikke
å velge mellom å
nå kolleger i Norge
og å publisere
internasjonalt.

Artikler som blir publisert hos oss, kan parallellpubliseres på engelsk. Det er også mulig å publisere engelsk artikkel i vår nettutgave. Psykologtidsskriftet bruker som standard britisk-engelsk.

For mer informasjon, se:
<https://psykologtidsskriftet.no/skriv-oss/vitenskapelig-artikkel>



SCHOLARONE MANUSCRIPTS

Psykologtidsskriftet innfører manuskriptsentral



Fra 1. juni 2023 skal alle vitenskapelige artikler sendes inn via manuskriptsentralen ScholarOne Manuscripts.

ScholarOne Manuscripts er levert av standardtjenesten Clarivate og er et nettbasert manushåndteringssystem som er blitt tilpasset Psykologtidsskriftets behov.

Systemets hovedfunksjon er å la brukere sende inn og få behandlet vitenskapelige manus som de ønsker å publisere i Psykologtidsskriftet.

For å kunne bruke systemet, må du opprette brukerkonto. Skann QR-koden for å komme til vår manuskriptsentral.



URL <https://mc04.manuscriptcentral.com/psykologtidsskriftet>

Meninger

DEBATT

Jo, det er krise, Holman

«Tar psykologen feil, er det neppe krise», sier Per Arne Holman i et intervju med Psykologtidsskriftet. For meg var det nettopp krise det var.



TEKST Astrid Krahn

AVTALE-
SPESIALISTER

JEG HUSKER GODT dagen avslaget fra DPS kom. Mine behov ble «ansett å være best ivaretatt i primærhelsetjenesten», het det. Jeg hadde en fantastisk fastlege, men hun hadde i likhet med andre fastleger hverken kompetanse eller rammer til å hjelpe meg med en kompleks psykisk lidelse. Hvordan primærhelsetjenesten skulle kunne hjelpe meg, ble ikke forklart nærmere.

NÆRMERE MÅLTALLET

Verden raste. Jeg hadde henvendt meg til avtalespesialister og hadde vært borti ulike lavterskeltilbud. Alle var enige i at jeg trengte hjelp, men det var ingen som kunne gi den. Jeg følte meg som en tigger.

Tanken om selvmord meldte seg. Med avslaget fra DPS raknet håpet om at det fantes en vei ut av det helvete jeg befant meg i. Heldigvis har de fleste høy terskel for å ta livet sitt, slik som meg. Men når folk går rundt med psykiske lidelser uten å få hjelp, går liv tapt, selv om de ikke dør.

Fastlegen sørget for ny henvisning, og hun var til stede for meg selv om hun ikke hadde verktøy for å hjelpe meg med de konkrete utfordringene mine. Hva med dem som ikke har en slik fastlege?

For tallknuserne i helseforetakene er selvsagt det det beste. Da kommer de nærmere mål-

tallet for ventetid satt av politikere med behov for å vise handlekraft. Det både direktører og politikere konsekvent velger å se bort fra, er at formålet med å drive DPS ikke er å oppnå et eller annet teoretisk tall om ventetid, men å hjelpe mennesker som lider.

PRIORITERINGSPARADOKSET

Holman peker på det han kaller prioriteringsparadokset, at pasienter hos avtalespesialister i snitt får mer behandling enn de som er på DPS. Det ene er at han ikke har belegg for at pasienter hos avtalespesialister faktisk er friskere, slik han forutsetter. (Da man på det nevnte DPS etter hvert skjønnte at jeg trengte hjelp fra spesialisthelsetjenesten, ble jeg fortalt at pasienter som trengte langvarig hjelp, bør henvises til avtalespesialister.) Holman bryr seg heller ikke om det faktumet at man ikke vet hvem som egentlig får mest riktig behandling. Hvordan pasienten har det etter utskrivning, er åpenbart en så ubetydelig detalj at man ikke trenger å bruke krefter på å få vite noe om det.

Holman og hans kollegaer skriver også om «rettferdig fordeling». Å fordele et altfor lavt antall tilgjengelige konsultasjoner på pasientene med psykiske lidelser har samme effekt som å fordele et vilkårlig antall antibiotikadoser på alle pasienter med infeksjon. Det kan være rettferdig,

Mer behandling for mindre alvorlige tilstander

Mye tyder på at mindre syke pasienter som blir behandlet av avtalespesialister, får mer behandling enn pasienter med alvorligere tilstander på distriktspsykiatriske sentre.

TEKST OG FOTO
Per Arne Holman

Sansen er en av de viktigste i vår helsevesen. Den forteller oss om hva som er galt, og om hva som er riktig. Den forteller oss om hva som er viktig, og om hva som er mindre viktig. Den forteller oss om hva som er farlig, og om hva som er trygt. Den forteller oss om hva som er viktig, og om hva som er mindre viktig. Den forteller oss om hva som er farlig, og om hva som er trygt.

Den forteller oss om hva som er viktig, og om hva som er mindre viktig. Den forteller oss om hva som er farlig, og om hva som er trygt. Den forteller oss om hva som er viktig, og om hva som er mindre viktig. Den forteller oss om hva som er farlig, og om hva som er trygt.

Å kutte ned på utrednings tid kan være en vei å gå

Den forteller oss om hva som er viktig, og om hva som er mindre viktig. Den forteller oss om hva som er farlig, og om hva som er trygt. Den forteller oss om hva som er viktig, og om hva som er mindre viktig. Den forteller oss om hva som er farlig, og om hva som er trygt.

til vurdering, med de konsultasjonene som blir et stort DPS-ene og RPs-ene som har prøvd, medler om at de må avstå fra pasienter som får en netter i gang en uforløst utredning. En mulighet kan være å bruke mindre tid på utredninger hos pasienter som ikke skal på i terapi. Der psykologen føler at det er noe å lære. Pasientene kan ha en viss forståelse av tilstanden forverres eller som får nye opplysninger.



• **Hvem** Per Arne Holman, helsepolitisk og ansvarlig ved Lovrenberg Diagnostikk Sentrum
• **Hvordan** Aktuell som medforfatter av artikkelen «Gjør alle vurderinger i valget av avtalespesialist og DPS i psykiske helsevern» publisert på psykiatrisentral.no
• **Hva** Dokumenter de siste 2000 avtalespesialist- og engasjementene som er avstilt eller ikke henvis til DPS, og ut fra å få mer behandling hos avtalespesialist.

Det kan man jo spørre. Det skal jo ha noe igjen for at de er så effektive og billige som de er, med en konsultasjonspolis som er mer enn dobbelt så stor som ved DPS-ene. Avtalespesialistene kan gi mer behandling fordi de utfører flere konsultasjoner per time, men like har som har vært med, om å utgå til fordel eller til fordel og utgå. Det er et spørsmål om det er noe som er nytt eller noe som er gammelt. Det er et spørsmål om det er noe som er nytt eller noe som er gammelt. Det er et spørsmål om det er noe som er nytt eller noe som er gammelt.

men det gir ikke mening. Pasientene skal selv sagt ha rett type antibiotikum og full kur.

Hvordan kan det ha seg at det i 2023 fremdeles ikke er like selvfølgerlig at også pasienter med psykiske lidelser skal ha adekvat og tilstrekkelig behandling? Hvordan kan det ha seg at det ikke er en selvfølge at man prøver et alternativ når første behandlingsforsøk ikke lykkes, noe man gjør med selvfølgerlighet når en pasient kommer med en infeksjon eller med kreft?

Psykisk helsevern definerer behovene til pasienten så de passer med ressursene de har tilgjengelig. En strategi er at man viser til studier som har vist fenomenal effekt av korttidsbehandlinger, og neglisjerer at slike opplegg ikke virker for alle. Jeg mener ikke å diskreditere all bruk av korttidsbehandling. Ingenting er bedre enn når folk kan oppleve rask bedring. Men iblant virker det som om pasienten defineres frisk fordi noen studieresultater eller en policy tilsier at hen skal være det.

PEKELEKEN

En annen strategi er å peke på andre hjelpeinstanser, fortrinnsvis uten å avklare om disse kan yte den hjelpen man forespeiler pasienten at hen kan få der. Spesialklinikken peker på DPS, som peker på avtalespesialist, som peker tilbake til DPS. Vet man ikke hvor man skal sende pasi-

enten, kan man bruke jokeren: fastlegen. Fastlegen skal hjelpe dem som er for syke, for friske, for unge, for gamle og alle andre som av en eller annen grunn ikke passer med rammene man har definert for tjenesten man selv har ansvar for.

Kirsten Holtmon Resaland har i septemberutgaven skrevet et viktig innlegg om epikriser som tilsrører virkeligheten. I et nytt innlegg oppfordrer hun til at «slaget må tas politisk». Jeg setter stor pris på at noen i psykologstanden tar bladet fra munnen. Men for at politikere skal agere, må de erkjenne problemet i sin helhet. Akkurat som Holman ser imidlertid også politikere ut til å forutsette at en utskreven pasient er frisk (nok), og at en avvist pasient ikke har behov for hjelp. De som jobber med pasienter, vet at ingen av delene trenger å være riktig.

«Ansvaret kan umulig være vårt», skriver Resaland. Det er jeg uenig i. Psykologer er en høyt utdannet yrkesgruppe. Når de står i en situasjon der systemet ikke er rigget for å gi god nok behandling, mener jeg at det er rimelig å forvente at de varsler om konsekvensene dette medfører, og ikke bidrar til å tåkelegge dem.

Psykologer har som alt annet helsepersonell plikt til å skrive korrekte epikriser uavhengig av om arbeidsgiver liker innholdet. Hvis pasienter skrives ut fordi nye skal inn, er det nettopp det som bør stå der.

Faksimile av augustutgaven

Jeg følte meg som en tigger





Psykologer må bli mer produktive

Vil vi øke produktiviteten i klinikken, kan mer behandling gis av helsepersonell med lavere utdannings- og lønnskostnader enn psykologer,



DETTE ÅRET HAR ressursbruk i helsevesenet vært aktualisert både gjennom Helsepersonellkommisjonens rapport og i Psykologtidsskriftet. Framskrivninger viser at behovet i DPS og BUP vil øke med 18–20 % innen 2040 (Finnsson, 2021). Bare det å opprettholde dagens standard vil kreve enorme økonomiske ressurser. I tillegg kommer kravene fra Psykologforeningen og mange av dens medlemmer om en ytterligere økning av budsjettene i psykisk helsevern, og store ambisjoner om et fullverdig psykisk helsetilbud i kommunehelsetjenesten.

Debatten rundt arbeidsbelastning i psykisk helsevern viser at mange psykologer ønsker seg mer tid til pasientene. I våre ører lyder det som følgende bestilling. «Gi oss mer penger og la oss fortsette som før.»

DRIVKREFTENE

Befolkningen blir eldre, og (mis)forholdet mellom antallet pensjonister og yrkesaktive, som må dekke pensjonskostnadene, øker (NOU 2022: 7). Frekvensen av psykisk lidelse er betydelig lavere hos eldre (FHI, 2023). En eldre befolkning trenger mer somatiske enn psykiske helsetjenester. Sammenlignet med psykisk helsevern er økningen i behovet for helsepersonell frem mot 2035 nesten dobbelt så stor i somatikken (SSB, 2019). En omfordeling av samfunnets ressurser mot psykisk helsevern er et legitimt politisk krav, men det blir ikke enkelt å få innfridd dette i tiden fremover.

Gitt den aldrende befolkningen må produktiviteten fortsette å øke dersom dagens

velferdsnivå skal kunne opprettholdes (NOU 2015: 1). Dette gjelder for alle sektorer i samfunnet, også der psykologer jobber! For å opprettholde dagens tjenestenivå må psykologer gjøre like mye som i dag ved bruk av mindre ressurser. Hvis ikke vil tjenestene bli dårligere. Ønsker vi en kraftig forbedring av tjenestene, må psykologer gjøre enda mer for enda mindre.

Psykologer er en høykompetent, men begrenset ressurs til en høy pris. Det tar lang tid å utdanne en psykolog. Utdanningen er dyr, og lønnsnivået er relativt høyt. For samfunnets og våre pasienters skyld må vi bruke denne ressursen mest mulig effektivt. Vi må ta ansvar for å bli mer produktive!

LEDE, IKKE UTFØRE BEHANDLING

I et intervju publisert på Psykologforeningens hjemmeside for snart ti år siden påpekte daværende direktør for Helsetilsynet, Jan Fredrik Andersen (Halvorsen, 2014), at

[s]pørsmålet blir (...) hvor vi trenger psykologkompetansen. Psykologer kan jo utredning og diagnostisering, og de kan planlegge et behandlingsforløp. Selve behandlingen kan gjennomføres av andre. Psykologen kan komme inn og evaluere på fastsatte tidspunkter og når man er kommet frem til utskrivning...

Vi mener det er på høy tid å gjenoppta diskusjonen om hvordan vi best mulig utnytter de psykologressursene vi har tilgjengelig. Psykologens fremste styrke som kliniker er muligens

TEKST

Brage Kraft, førsteamanuensis og psykologspesialist, Joar Øveraas Halvorsen, førsteamanuensis og psykologspesialist

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

PRODUKTIVITET

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter





Psykologens dyrebare tid kan konsentreres om vesentlige spørsmål rundt differensialdiagnostikk og etablering av kasusformulering

vurderinger av tilstand og tiltak. Mye av materialet som ligger til grunn for vurderingen, kan imidlertid fremskaffes uavhengig av psykologen. Etter en førstevurdering kan psykologen foreskrive videre kartlegging som andre faggrupper kan utføre og merkantilt ansatte kan administrere.

Automatisert og digitalisert kartlegging kan spare mange arbeidstimer og er allerede på god vei inn i tjenestene. Kliniske intervjuer kan utføres av trent personale. Psykologens dyrebare tid kan konsentreres om vesentlige spørsmål rundt differensialdiagnostikk og etablering av kasusformulering. Psykologen har her en overordnet rolle som styrer retningen i utredningen og sørger for avklarende vurderinger.

Hvis nødvendig kan psykologen foreskrive behandling, men annet trent personell kan gjennomføre den. Dette gjelder særlig mindre komplekse behandlingsmetoder. Atferdsaktivering brukt i behandling av depresjon kan være et illustrerende eksempel: Gitt av uerfarne behandlere uten formell kompetanse i psykologisk behandling utover opplæring i metoden har atferdsaktivering tilsvarende effekt som kognitiv atferdsterapi gitt av profesjonelle og mer erfarne psykoterapeuter (Richards et al., 2016).

Forskning viser at utdanningsbakgrunn ikke har betydning for utfall av psykologisk behandling. Det kan være mer kostnadseffektivt at behandling gis av helsepersonell med lavere utdannings- og lønnskostnader enn psykologer. I løpet av behandlingsperioden kan psykologen følge opp behandlingen i form av evaluering og veiledning. Når behandlingsforsøket er fullført, kan psykologen ha en sentral rolle: Skal man avslutte eller prøve noe annet? Psykologen leder behandlingen, men utfører den ikke nødvendigvis selv.

BØR BRUKES DER DE TRENGS MEST

Eksemplet ovenfor er ment som en illustrasjon på hvordan man kan overføre arbeidskrevende oppgaver til annet personell uten at kvaliteten går ned. Dette gjør det mulig å bruke personell med kortere utdanning og lavere lønnsutgifter til å gjøre mye av den jobben psykologer gjør i dag. Disse kan utføre mange av dagens konsultasjoner med like god kvalitet som en psykolog, men til en betydelig lavere pris. Innsparingen kan brukes til å behandle flere pasienter, eller gi alvorlig syke pasienter et bedre tilbud.

Mange psykologer i kommunene driver med individualterapi. Dette er en ekstremt ressurskrevende type intervensjon. Psykologens kompetanse kan antageligvis ha større nytte gjennom å styre og prioritere kommunale tiltak, samt fokusere på veiledning og kompetanseheving av kommunale helsearbeidere.

DIGITALISERT BEHANDLING OG GRUPPEBEHANDLING

Automatisert digital behandling (Karyotaki et al., 2017) eller terapeut-assistert digital behandling kan være like effektivt som ansikt-til-ansikt-behandling. For mange pasienter kan det være et godt og kostnadseffektivt førstevalg. Gruppebehandling i små grupper er i snitt like effektivt som annen type behandling (Rosendahl et al., 2021). Fordelen med automatisert eller terapeut-assistert digital behandling og gruppebehandling er at man kan behandle mange pasienter på én gang. Digital behandling har nesten ubegrenset kapasitet, og i gruppebehandling behandler man ofte seks pasienter samtidig. Hvis man innfører automatisert og terapeut-assistert digital behandling (som er gjort noen steder) og

øker andelen som mottar gruppebehandling, vil behandlingsskapasiteten øke dramatisk!

ØKT EFFEKTIVITET

Vårt poeng er ikke å foreskrive bestemte måter å organisere tjenestene på, eller fremme bruken av spesifikke behandlingstiltak. Vårt poeng er å stimulere til en debatt blant psykologer om hvordan vi bruker de tilgjengelige ressursene på en måte som gjør at vi får mest mulig helse ut av hver krone. Akkurat hvilke endringer som kan gjennomføres, er avhengig av pasientgruppen og rammene på hvert sted. Uavhengig av de økonomiske rammebetingelsene er økt effektivitet et ubetinget gode og noe alle psykologer bør etterstrebe. Hvis vi blir mer kostnadseffektive, kan vi hjelpe flere pasienter, og vi får bedre tid til pasientene som trenger oss mest! ✕

REFERANSER

- Finnsson, J. T. et al. (2021). Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Folkehelseinstituttet (2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>
- Halvorsen, P. (2014). *Vil trygge tjenestene med styring og standardisering*. Psykologforeningen.no. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/vil-trygge-tjenestene-med-styring-og-standardisering>
- Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Svärdman, F., Riper, H., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 22(2), 305–314. <https://doi.org/10.1002/wps.21088>
- Karyotaki, E., Riper, H., Tisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., Mackinnon, A., Meyer, B., Botella, C., Littlewood, E., Andersson, G., Christensen, H., Klein, J. P., Schröder, J., Bretón-López, J., Scheider, J., Griffiths, K., Farrer, L., Huibers, M. J., Phillips, R., ... Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms: A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA psychiatry*, 74(4), 351–359. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0044>
- NOU 2015: 1. (2015). Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-1/id2395258/>
- NOU 2022: 7. (2022). *Et forbedret pensjonssystem*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-7/id2918654/>
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E. & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*, 388(10047), 871–880. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M. & Strauss, B. (2021). Recent Developments in Group Psychotherapy Research. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 52–59. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/fremskrivninger-av-etterspørselen-etter-arbeidskraft-i-helse-og-omsorg-mot-2060>
- Wampold, B. E. & Owen, J. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition, 7th ed.* (s. 297–326). John Wiley & Sons.



«Psykologers belastninger krever et indre arbeid», skrev Jonas Sharma-Bakkevig i augustutgaven. «Et prakt eksempelpå psykologisering av belastninger psykologer står overfor», svarte Salman Türken.

Følg debatten på våre nettsider.

Slagene om profesjonsutdanningen

Redaksjonen har en underlig historieskriving når de gjør et dypdykk i slagene om profesjonsutdanningen, men unnlater å nevne kvalitetsreformen.

TEKST Bjørn
Rishovd Rund

PROFESJONS- UTDANNINGEN

I SITT DYPDYKK i slagene om psykologutdanningen («Studentene kommer» i Psykologtidsskriftet nr. 10, 2023) glemmer redaksjonen å løfte blikket. De utelater helt det viktigste av alle slagene, nemlig det som gjaldt å beholde gradsbetegnelsen og lengden på studiet i forbindelse med Kvalitetsreformen, som ble vedtatt i 2001 og innført fra studieåret 2003/2004. Jeg mener tidsskriftet skylder særlig yngre lesere å gi en mer fyllestgjørende historisk fremstilling.

En viktig del av kvalitetsreformen var innføringen av ny gradsstruktur, med bachelor- og mastergrad og med normert studietid på fem år. Dette skulle gjelde alle studier ved norske universiteter og høyskoler. Medisin var det eneste studiet som fra dag én ble holdt utenfor. Men psykologi og veterinærmedisin klarte gjennom omfattende påvirkningsarbeid også å beholde gradsbetegnelsen og et seksårig studieløp. Litt seilende inn fra sidelinja fikk teologi etter hvert også unntak.

Mens forsøket til kirke-, utdannings- og forskningsminister Gudmund Hernes på å nedgradere psykologi til et femårig studium tidlig på 90-tallet i stor grad var drevet av én person, var det tilsvarende forsøket fra statsråd Trond Giske langt vanskeligere å slå tilbake. Simpelt hen fordi det var en del av en stor reform i høyere utdanning. Hvordan skjedde det at dette

forsøket på å redusere kvaliteten på psykologutdanningen ble slått tilbake?

Kampen ble initiert av og i stor grad drevet av det som den gang het Nasjonalt råd for psykologutdanning (NRP), hvor jeg i kraft av å være bestyrer ved Psykologisk institutt ved UiO var leder på den tiden. NRP, som regel representert ved professor Odd Havik og meg, hadde en rekke møter med komiteer i Stortinget og representanter fra alle de politiske partiene. I vår argumentasjon, som naturligvis også måtte skriftliggjøres i stort omfang, viste vi i stor grad til medisin. Begge utdanningene krever omfattende ferdighetstrening som må integreres med teori. For å beholde kvaliteten og omfanget i et slikt studium er det nødvendig med seks år.

Det var fra før et tett bånd mellom NRP og ledelsen i Psykologforeningen. Og ganske tidlig ble Psykologforeningen en vesentlig bidragsyter i kampen for å få unntak fra endringen i gradsstrukturen. Blant annet var det daværende leder og nestleder i foreningen, An-Magritt Aanonsen og Anne-Kari Torgalsbøen, som hadde møte med Giske. Det møtet var ikke særlig oppløftende for psykologene. Giske viste svært liten interesse for saken: en opplysning jeg har fra sikkert hold. Men i ettertid kan vi kanskje mene at nettopp Giskes manglende interesse var en fordel for oss, det betydde ikke så mye for han å stoppe oss.



FOTO: FARTEIN RUDJORD

Vi jobbet iherdig videre via ulike kanaler, blant annet gjennom daværende rektor på Universitetet i Oslo, Kaare Norum, med Rolv Mikkel Blakar fra Psykologisk institutt som prorektor. Norum tok opp saken med sine kontakter på Stortinget og i regjeringen. Og til slutt ble altså resultatet at psykologi fikk beholde cand. psychol.-tittelen og et seksårig studium.

Det var allerede på den tiden Nasjonalt råd arbeidet med saken, røster innad i psykologstanden som tok til orde for å legge om til ny gradsstruktur og korte ned studiet til fem år. Og få år etter innføringen av Kvalitetsreformen fikk disse røstene gjennomslag for en stortilt satsing på en parallell psykologiutdanning basert på den nye gradsstrukturen. Særlig gjaldt dette i Oslo. Med det nye masterstudiet begynte, naturlig nok, kampen for at den femårige utdannelsen, på linje med det seksårige cand.psychol.-studiet, skulle føre til autorisasjon som psykolog.

Profesjonsstudiet har vært utsatt for angrep både før og etter 2001. Men den viktigste kampen, den om gradsstrukturen, vant vi. Og den kampen må nevnes når redaksjonen skal gi et riktig og troverdig innblikk i slagene om profesjonsutdanningen. ✕



Jeg mener tidsskriftet skylder særlig yngre lesere å gi en mer fyllestgjørende historisk fremstilling

Lynkurs i Asperger

Her er et lynkurs til deg som arrangerer mestringskurs for pasienter med Asperger syndrom.



TEKST Vesle Krey, autistisk barnevernspedagog med master i sosialt arbeid, og medgründer i Nevromomentum; Caroline O. Nerdal, pedagog og masterstudent, og medgründer i Nevromomentum

AUTISME

I SEPTEMBER PUBLISERTE Sönmez et al. en artikkel om «Mestringskurs for voksne med Asperger syndrom», med undertittel «psyko-educativt gruppetilbud som gir anledning til å formidle kunnskap om tilstanden». Artikkelen har inspirert oss til å utarbeide følgende lynkurs for forfatterne av artikkelen.

Språkvalg: I artikkelen bruker dere konsekvent begrepet Asperger syndrom, uten at bruken blir forklart. Dere oppgir at det er vanligere å bruke «autismespekterforstyrrelse». The American Psychological Association (APA) har et nyttig arbeidsverktøy for fagpersoner som ønsker et bevisst forhold til egne språkvalg. I punkt 5.4 kan dere lese mer om Identity First Language (IFL) og Person First Language (PFL), og at det er minoriteten selv som bør lyttes til i språkvalg som angår dem. Bonnelo (2022) fant i sin undersøkelse at tre fjerdedeler av autister foretrekker IFL, under fire prosent foretrekker PFL.

Asperger syndrom er en av flere kunstige merkelapper fra autismefeltet, hvor målet er å generalisere oss til homogene grupper, blant annet fordi man tidligere mente at vi ikke var mennesker, psykologisk sett (Watkins, 2021). Mye tyder på at Hans Asperger plagierte en jødisk kvinnelig forskers arbeid i sitt bidrag til

autismefeltet under naziregimet i Tyskland (Sukhareva & Ossipowa, 1926; Zeldovich, 2018). Merkelappen er derfor, av åpenbare årsaker, kontroversiell, og av mange autister lite ønsket.

Tips: Vi oppfordrer dere og andre fagfolk til å sette seg inn i APA, og å benytte språket og terminologien autister ber om.

Nyansering: Artikkelen deres har et ensidig søkelys på utfordringer autister kan oppleve, basert på utdaterte holdninger fra helsevesenet. Dette bærer preg av manglende evne til en nyansert og helhetlig tilnærming. Et eksempel er at dere beskriver behovet vårt for oversikt og forutsigbarhet som noe som er uvanlig dersom man ikke er autist. Dere nevner ikke at sammen med dette behovet kommer et sett med ferdigheter og egenskaper. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til: god evne til strukturering, organisering og planlegging, og ofte utpregede løsningsorienterte tilnærminger. Ved å tilrettelegge for autister i klasserommet, for eksempel, ser man at allistiske (ikke-autistiske) elever også trives bedre.

Brukermedvirkning: Dere skriver at dere har fått tilbakemeldinger om at det er for mye teori på mestringskurset, og at det de opplever som mest nyttig, ikke er det psykoeducative elementet, men å snakke med, og dele erfaringer



MERKELAPPER Asperger syndrom er en av flere kunstige merkelapper fra autismefeltet, skriver artikkelffatterne.
Foto: Shutterstock / NTB Scanpix

ger med, andre autister. Dette kan bety at teorien dere tilbyr, oppleves belastende og feil for deltakerne. Å samarbeide med en forening som for det meste består av allistiske foreldre, fremmer ikke brukermedvirkning.

Vi anbefaler at dere lytter til kritikken som gis, utforsker innholdet i den, samarbeider med faktiske brukerforeninger og arbeider med egne holdninger mot autister.

Det finnes flere autistiske fagpersoner som tilbyr kurs til fagpersoner med oppdatert kunnskap om hva autisme er. Disse har for lengst beveget seg bort fra den medisinske modellen, over til en nevromangfoldsfokusert tilnærming til temaet. Vi befinner oss midt i et paradigmeskifte på dette feltet – og vi anbefaler dere på det sterkeste å ta skrittet inn i nåtid. ✕

LITTERATUR

- APA 7. (2023). APA Style: Disability. <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/bias-free-language/disability>
- Bonnello, C. (2022). The Autistic Not Weird Autism Survey. <https://autisticnotweird.com/autismsurvey/#language>
- Sukhareva, G. E. & Ossipowa, S. W. (1926). Materialien zur erforschung der korrelationen zwischen den typen der begabung und der konstitution. *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 100, 489–528. <https://doi.org/10.1007/BF02970937>
- Watkins, T. (2021). Interview with Dr. Ole Ivar Løvaas about Autistic Children (1974). <https://just1voice.com/neurodiversity/autism/ole-ivar-lovaas-interview-about-autism/>
- Zeldovich, L. (2018, 7. november). How history forgot the woman who defined autism. *Spectrum, Autism research news*. <https://www.spectrumnews.org/features/deep-dive/history-forgot-woman-defined-autism/>



Asperger syndrom er en av flere kunstige merkelapper fra autismefeltet

Bom om tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid kan læres. En viktig læringsmulighet er å være i direkte dialog med fremtidige samarbeidspartnere. Denne dialogen må psykologene være del av.



TEKST

Agathe Aanderaa,
Heidi Brautaset,
Kristin Frisch Moe

TVERRFAGLIG SAMARBEID

MERKNAD

Ingen oppgitte
interessekonflikter



Her mener vi Psykologforeningen bommer på hva tverrfaglig samarbeid er

BJØRNHILD STOKVIK og Arnhild Lauveng mener at behovet for tverrfaglig samarbeid og samarbeidskompetanse er svært relevant for psykologer både i arbeid med barn og unge og andre målgrupper. Det er vi enig i.

Spørsmålet er hvordan opplæringen i tverrfaglig samarbeid best foregår. Stokvik og Lauveng argumenterer for at samarbeidskompetanse best utvikles i praksisfeltet, «(...) hvor psykologene også får mulighet til å observere ulike profesjonsutøvere i sin yrkesutøvelse», og at veiledning er den beste læringsarenaen for samarbeid på tvers.

Vi er enige i at veiledet praksis er sentralt i spesialistutdanningen, og at psykologer har behov for et eget rom hvor de sammen med en psykologspesialist og i gruppe med andre psykologer kan videreutvikle sin profesjonsrolle.

Individuell veiledning og psykologgrupper danner ramme for at psykologer blant annet får drøftet krevende erfaringer med tverrfaglig samarbeid. For mange psykologer opplever tverrfaglig samarbeid som krevende. Nyere kartlegginger viser at samarbeid på tvers av instanser og profesjoner er utfordrende, både i kommunen (Helland et al., 2021) og i spesialisthelsetjenesten (Stige et al., 2023).

Kanskje har dette også sammenheng med at kravene til samarbeid er høyere enn tidligere?

Kanskje er det et tegn på at opplæringen i tverrfaglig samarbeid i spesialistutdanningen bør forbedres?

Vårt poeng er at det fins læringsmuligheter utover observasjon av andre profesjoner og drøftinger med de som har lik profesjonell bakgrunn som en selv. Når utvikling av samarbeidskompetanse og opplæring i tverrfaglig samarbeid er målet, mener vi det er god psykologisk praksis å være i direkte dialog med dem du skal lære å samarbeide med.

Dette er også i tråd med tilgjengelig forskning om hvordan tverrfaglig samarbeidskompetanse best utvikles. Dersom læringsmålet er tverrfaglig samarbeid, mener vi det er behov for at Psykologforeningen godkjenner læringsarenaer hvor psykologer og andre faggrupper får undervisning sammen, kan dele erfaringer, reflektere og lære om hverandres kompetanse. Stokvik og Lauveng argumenterer mot denne type læringsgrupper med at «psykologene har en seksårig profesjonsutdanning. Dette gir et annet teoretisk og nivåmessig utgangspunkt enn f.eks. sykepleiere og andre høyskoleutdannede på bachelornivå».

Her mener vi Psykologforeningen bommer på hva tverrfaglig samarbeid er. Samarbeid på tvers av profesjoner og instanser handler om å yte sammensatt hjelp med ulik kunnskap, ikke ulikt nivå av kunnskap.

Psykologer har stort behov for samarbeidskompetanse. Tverrfaglig samarbeid kan læres. En viktig læringsmulighet er å være i direkte dialog med fremtidige samarbeidspartnere. Denne dialogen må psykologene være del av. ✕

REFERANSER

- Helland, S., Rognstad, K., Kjølbi, J., Melblom, A. & Backer-Grøndahl, A. (2021). «Psykologer i kommunen: En kartlegging av tjenester for barn og unge med psykiske vansker». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 484–491. <https://doi.org/10.52734/P43yN32q>
- Stige, S. H., Fjellheim, G., Elgen, I. & Visted, E. (2023). «Krevjande situasjonar i psykisk helsevern for born og unge – behandlarar si erfaring med og haldning til målretta trening og virtuell røyndom». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(1), 8–15. <https://doi.org/10.52734/on55924C>

Miljøkrisefornekterne

Diskusjonen i kjølvannet av min kronikk om miljøkrise i tilknytningspsykologien, er symptomatisk for hvordan fagmiljøer med sterke egeninteresser forholder seg til ny kunnskap.



EN NYLIG PUBLISERT metastudie med 772 tvillingpar i alderen 9–10 år undersøkte hjerneforskjeller i hvit substans, nevrokognisjon, personlighet, psykopatologi, rusavhengighetstendenser og fysiske egenskaper som høyde og BMI (Maes et al., 2023). Studien viste at genetiske faktorer spilte en betydelig rolle for de fleste målte variablene, familiemiljøets betydning var svært liten.

Såkalt ikke-delt miljø så ut til å ha størst innvirkning. Bortsett fra studiens forskningsmessige styrke er de overordnede funnene på ingen måte revolusjonerende. Funnene føyer seg inn i rekken av tilsvarende studier de siste 30 årene, og de kan oppsummeres i det som blir definert som «atferds-genetikkenes tre lover» (Turkheimer, 2000). 1) Alle trekk og psykologiske egenskaper er delvis arvelige, 2) familiemiljøets innflytelse er liten, og 3) barnets unike erfaringer utenfor familiekonteksten (ikke-delt miljø) forklarer mest av variansen.

DIFFERENSIAL MOTTAKELIGHET

Denne og tilsvarende studier avkrefter på ingen måte miljøets betydning. Men de viser at det er gode grunner til å stille seg skeptisk til ideen om familiemiljøets betydning for psykologisk utvikling. Bjørk, Brandtzæg, Torsteinson og Holter kommer med noen interessante svar på mine innlegg. Flaaten Bjørk etterspør vektlegging av RCT-studier på foreldreveiledningsprogrammer.

I den sammenheng viser han til en studie som langt på vei støtter hypotesen om differensial mottakelighet. Han viser også til et prosjekt i regi av Universitetet i Oslo («Tuning in to kids») hvor man på lik linje bruker RCT-studier for å se hvordan barnets temperament virker inn på effekten av foreldreveiledningsprogrammet. Det er oppløftende at et norsk forskningsmiljø tar denne kunnskapen på alvor.

Brandtzæg, Torsteinson og Holter viser til nye funn som nyanserer hypotesen om differensiell mottakelighet, og som poengterer kompleksiteten i feltet (Belsky et al., 2022). Slike funn er også en påminner om at deler av feltet fremdeles er uoversiktlig. Jeg vil påpeke at Belsky og kollegers hypotese «differensiell mottakelighet 2.0» ikke står i motsetningsforhold til deres opprinnelige teori. Den påpeker i all hovedsak at det finnes individuelle forskjeller i grad av miljømessig påvirkelighet og plastisitet. Differensiell mottakelighet 2.0 er mer på hypotesestadiet. Den slår ikke ben under den overordnede teorien. Men den indikerer at «miljømessig mottakelighet» ikke bare er avhengig av individets genetiske sammensetning, men også hvilken type miljø det er snakk om.

STRÅMANNSARGUMENTASJON

Selv om tilsvarene til dels har vært fruktbare, har diskursen blitt forstyrret av stråmannsaktige utsagn av typen «foreldre er ålreite dyr», «god omsorg har verdi for alle» og «uten omsorg dør barn». Tilsvar på mine innspill har også vært preget av vranglesing og at studiene jeg viser til, blir misforstått. Dette gjør det nødvendig med noen presiseringer om noen av forskningsfunnene. Det er ikke helt riktig slik Brandtzæg, Torsteinson og Holter leser min fortolkning av en metastudie (Abramson et al., 2020). At delt miljø forklarer 9 % av variansen ved kognitiv empati, er ikke et godt argument for at familiemiljøet er av stor betydning. Spesielt ikke når man ser at ikke-delt miljø forklarer 64 % av variansen. Dette er også i tråd med funnene jeg refererte til innledningsvis. Når denne metastudien også viser at genetikken forklarer 27 % av variansen, støtter dette et av mine overordnede budskap: Psykologien har overvurdert familiemiljøet, og undervurdert

TEKST Fredrik Sylvester Jensen

**TILKNYTNINGS-
PSYKOLOGI**

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

Følg debatten om tilknytningspsykologi.





Denne kunnskapen er på ingen måte et argument for en laissez faire-tilnærming

genetikken og de mer tilfeldige faktorer utenfor familiekonteksten når man skal forstå psykologisk utvikling.

Brandtzæg, Torsteinson og Holter har til dels rett i at denne metastudien ikke støtter hypotesen om at genetikken betydning synes å avta med alderen. Men den støtter heller ikke ideen om at miljøets betydning tiltar. De viser til metodesvakheter som gjør det vanskelig å konkludere. De viser til andre studier som er mer metodesterke, som viser at arvelighet øker med alder på en rekke psykologiske utviklingsområder, også kognitiv empati.

Brandtzæg, Torsteinson og Holter framstiller det som om jeg bruker hypotesen om differensiell mottakelighet som argument for at familiemiljøet har liten betydning for psykologisk utvikling. Poenget mitt med å presentere denne teorien handler snarere om å illustrere kompleksiteten og mangfoldet, og vise til studier som tyder på at dette prinsippet ikke gjelder like mye for alle. Og at man derfor skal være varsomme med å skjære alle over en kam når man skal forstå psykologisk utvikling, eller når man skal drive med foreldreveiledning. Å finne de barna som er mest sårbare for negativ miljø-

påvirkning, vil for eksempel gjøre det enklere å prioritere ved tidlig intervensjon.

MIKROFERDIGHETER

Diskursen som har oppstått i kjølvannet av mitt innspill, er symptomatisk for hvordan fagmiljøer med sterke egeninteresser forholder seg til ny kunnskap. Enkelte framstår som misjonærer framfor vitenskapsorienterte kunnskapsformidlere. Alle fagmiljøer som ikke klarer å oppdatere egen praksis i tråd med eksisterende kunnskap, står i fare for å havne på historiens skraphaug.

Motviljen er i denne sammenheng spesielt problematisk siden en mer nyansert forståelse av familiemiljøet og barnets robusthet vil lette en betydelig byrde fra mange foreldres skuldre. Denne kunnskapen kan etter mitt syn gi en mer hensiktsmessig tilnærming til foreldrerollen enn det som er rådende i dag. Denne kunnskapen er på ingen måte et argument for en laissez faire-tilnærming. I stedet for å terpe på mikroferdigheter burde den overordnede innfallsvinkelen være å gi foreldre en grunnleggende opplevelse av at de er kompetente nok, og heller prioritere å rette søkelyset mot barn og foreldre som trenger ekstra støtte. ✕

REFERANSER

- Abramson, L., Uzefovsky, F., Toccaceli, V. & Knafo-Noam, A. (2020). The genetic and environmental origins of emotional and cognitive empathy: Review and meta-analyses of twin studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *114*, 113–133. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.023>
- Belsky, J., Zhang, X. & Sayler, K. (2022). Differential susceptibility 2.0: Are the same children affected by different experiences and exposures? *Development and Psychopathology*, *34*(3), 1025–1033. <https://doi.org/10.1017/s0954579420002205>
- Boyce, W. (2016). Differential Susceptibility of the Developing Brain to Contextual Adversity and Stress. *Neuropsychopharmacology*, *41*, 142–162. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.294>
- Maes, H. H. M., Lapato, D. M., Schmitt, J. E., Luciana, M., Banich, M. T., Bjork, J. M., Hewitt, J. K., Madden, P. A., Heath, A. C., Barch, D. M., Thompson, W. K., Iacono, W. G. & Neale, M. C. (2023). Genetic and environmental variation in continuous phenotypes in the ABCD Study®. *Behavior Genetics*, *53*(1), 1–24. <https://doi.org/10.1007/s10519-022-10123-w>

Hjelp oss å sortere om anoreksi

Foreldre som står midt i kampen for å redde barnet sitt fra anoreksiens klør, blir forvirret i møte med to ulike sykdomsforståelser. Vi trenger faglig hjelp til å sortere.



FAMILIEBASERT TERAPI (FBT) bør være førstevalg ved behandling av barn og ungdom med anoreksi, ifølge nasjonal faglig retningslinje. I den tøffeste delen av behandlingen får foreldrene ansvaret for at ungdommen spiser tilstrekkelig til å få vektoppgang. Mat er medisin mot denne grusomme sykdommen.

I starten opplever mange foreldre det som motiverende å bli tildelt myndighet over matinntaket. Snart går imidlertid ungdommens angst i taket: angst for mat og en stadig større kropp. Samtlige foreldre jeg har vært i kontakt med som har vært gjennom FBT, har derfor opplevd det som det tøffeste de noen gang har vært med på. FBT oppleves som en kamp på liv og død. For å holde ut må man hardnakket tro på at det er dette som skal til for at ungdommen skal bli frisk.

I Maria Gancis bok Familiebasert terapi – håndbok for foreldre med barn og ungdom som strever med anoreksi blir vi forklart hvorfor mat er medisin. Ikke bare for en avmagret kropp, men også for en syk hjerne. Vi lærer at i en utsultet hjerne er nervebanene knyttet til mat delvis satt ut av funksjon. Vi lærer at man ved hjerneskaning kan se endringer som er forårsaket av sult, men at endringene er reversible. Vi leser at hjernen skal heles fra et traume, og at ungdommen blir frisk av mat. Et stykke på vei blir vi altså forklart hvorfor det vi driver med, virker.

EN ANNEN FORSTÅELSE

I andre informasjonskilder møter vi en annen forståelse av anoreksi. Dette gjelder både i bøker av noen av Norges fremste eksperter på feltet, hos interesseorganisasjoner, i tidsskrifter og i massemediene. Her blir det poengtert at det ikke handler om maten, men om følel-

sene bak. Kontroll over maten blir beskrevet som en mestringsstrategi for å håndtere vanskelige følelser. Det hevdes at behandlingen bør ha et følelsesfokus med vekt på å hjelpe den syke med å regulere følelser på andre måter enn gjennom mat og kropp. Behovet for reer-næring handler først og fremst om å få hjernen til å fungere godt nok til å kunne ha utbytte av samtaleterapi.

Foreldre møter altså to ulike sykdomsforståelser. I den ene handler det om at mat er medisin ikke bare for kroppen, men også for hjernen. På side 27 i håndboka av Ganci står det: «Hvis barnet ditt strevde med psykiske utfordringer før anoreksien, for eksempel angst eller tvangsproblemer, må det få behandling etter FBT.»

I den andre forståelsen handler det ikke om maten, men om bakenforliggende psykologiske årsaker som man må få hjelp til for å få et normalt forhold til mat. Det er som om barn og ungdom i et FBT-løp har en annen sykdom enn andre personer med anoreksi.

Når foreldre finner så mye informasjon som ikke gir støtte for mat som medisin, samtidig som at hverdagen er preget av angst, tvang, selvskadning og tårer, er det mange som etterspør samtaleterapi for barnet sitt. De tenker at barnet, før sykdommen inntraff, antakelig hadde hatt det følelsesmessig vanskeligere enn de først trodde. De etterspør samtaler om følelsene som ligger bak og er årsaken til sykdommen. Da mister mange troen på mat som medisin. I håndboka av Ganci står det på side 15: «Jo mer de [foreldrene] holder seg til prinsippene i FBT uten å vike fra kursen, jo større sjanse vil de ha for å nå målet.» Men det er nesten uunngåelig å vike fra kursen når sykdommen så ofte omtales så forskjellig fra FBT-forståelsen.

TEKST Anonym*

SPISE- FORSTYRRELSER

** Forfatteren har en datter som er frisk fra anoreksi og ønsker av hensyn til henne å være anonym. Redaksjonen kjenner forfatters identitet.*





Jeg opplever det som at de to ulike forståelsene eksisterer samtidig i norsk offentlighet, rørt sammen i en uforståelig grøt

NEVROBIOLOGI OG GENETIKK

For å kunne stå løpet ut med FBT erfarer mange at de må gjennomføre en krevende prosess med å sortere informasjon. Det får de hjelp til i internasjonale pårørendemiljøer. Her rådes foreldre til å forkaste forklaringer om at sykdommen handler om kontroll og følelsesregulering. Man motiveres til aldri å sette vekttoppgang på pause til fordel for samtaleterapi.

Gjennom ressursene i den internasjonale pårørendeorganisasjonen F.E.A.S.T. (Families Empowered and Supporting Treatment for Eating Disorders) lærer vi at sykdommen er «brain based», at gener spiller en betydelig rolle, og at ny forskning peker i retning av at sykdommen også handler om metabolisme og forstyrrelser i belønningssystemet.

Jeg opplever det som at de to ulike forståelsene eksisterer samtidig i norsk offentlighet, rørt sammen i en uforståelig grøt

Det handler altså om nevrobiologi og genetik. Med denne forståelsen blir det enklere å forstå at sykdommen ikke er et valg. Det blir enklere å skille sykdommen fra den syke, som jo er et av prinsippene i FBT.

UTILGJENGELIG INFORMASJON

Mange finner ikke denne informasjonen. Noen stoler mer på den psykologiske forståelsesmodellen enn på det de finner på utenlandske nettsider, og det de får fra sin egen FBT-terapeut. Da er sjansen stor for at man mister troen på FBT før ungdommen er helt frisk. Frafall fra behandlingen er dessverre vanlig.

Vi er mange som har erfart at mat som medisin fungerer når den syke spiser nok mat lenge nok, og det er mer og lenger enn de fleste tror er nødvendig. Det er en tøff behandling, men når ungdommen er frisk, vil man aldri være i tvil om at den harde kampen var verdt det.

Vi har ennå lang vei til full forståelse av årsakene til anoreksi, og det gjenstår mye forskning. Likevel er det ikke lenger mulig for meg å se på begge forståelsene av sykdommen som gyldige på en gang.

Jeg opplever det som at de to ulike forståelsene eksisterer samtidig i norsk offentlighet, rørt sammen i en uforståelig grøt.

SORTERINGSJOPP

Jeg ønsker at fagmiljøene, med psykologer, psykiatere, leger, nevrologer og ernæringsfysiologer, hjelper oss å rydde opp. Jeg ønsker at dette blir en åpen diskusjon, både innen de ulike faggruppene, mellom dem og ut mot allmennheten. Jeg ønsker at man tør å belyse og snakke åpent om uenighet. Det er ikke rettferdig at denne sorteringsjobben overlates til skrekkslagne foreldre som står midt i kampen for å redde barna sine fra anoreksiens klør. Det fører til forvirring og vakling i troen på mat som medisin, noe som går negativt ut over behandlingsstatistikken.

Jeg ønsker meg behandlere som har tatt stilling til hvilket teoretisk fundament de står på, som kommuniserer hvilken forståelse og behandling de tilbyr, og som tar et oppgjør med den forståelsen og behandlingen de ikke støtter.

Basert på min erfaring med at mat som medisin fungerer når man spiser nok mat lenge nok, ønsker jeg meg også mer forskning på de biologiske aspektene ved sykdommen: forskning innen nevrobiologi, gener og metabolisme. Vi har løst så mange medisinske gåter at jeg er optimistisk til at vi også skal forstå anoreksi, dersom vi stiller de riktige spørsmålene. ❌



Å behandle den andre som objekt

Ja, det er på tide å utfordre det psykologiske perspektivet i debatten om kjønnsinkongruens!

DE TO SISTE utsegger i Psykologisk tidsskrift om kjønnsinkongruens (Bruset, 2022; Thoresen, 2022) har til felles at de ser kjønnsinkongruens som uttrykk for underliggende problemer, enten psykiske eller sosiale. Jeg vil diskutere dette daglige uttrykket i et faglig perspektiv.

Brusets beskrivelse er kjønnsaffekt. Han handler om kjønnsinkongruens som en uttrykk på underliggende problemer, som en underliggende psykisk lidelse. Thoresen er uheldigvis klar, for vi kan møte dem angre som underliggende psykisk lidelse og underliggende kjønnsinkongruens.

Jeg har flere poengeter med dette synet. For det første, hva betyr respons på i denne sammenheng? En kjønnsinkongruens er en person med ulike typer problemer – delvis av strukturelle, kulturelle, sosiale, og psykologiske. Det betyr i seg selv at vi søker å forstå hvordan problemene henger sammen med et uttrykk på kjønnsinkongruens, som en uttrykk på underliggende problemer og kjønnsinkongruens. Dette betyr at vi søker å forstå hvordan kjønnsinkongruens er relatert til andre problemer og hvordan det kan være en uttrykk på andre problemer.

SELVOPPLEVINGENS VALDITET

Vi skal tenke på kjønnsinkongruens som kjønnsinkongruens og ikke som et uttrykk på underliggende problemer. Det betyr at vi søker å forstå hvordan kjønnsinkongruens er relatert til andre problemer og hvordan det kan være en uttrykk på andre problemer.

en menneskelig variasjon på like med andre menneskelige kjønnsinkongruens. Det betyr, og spesielt når det gjelder kjønnsinkongruens, er kjønnsinkongruens som en kjønnsinkongruens. Det betyr at vi søker å forstå hvordan kjønnsinkongruens er relatert til andre problemer og hvordan det kan være en uttrykk på andre problemer.

Thoresen som kjønnsinkongruens – og den er uttrykk på kjønnsinkongruens. Det betyr at vi søker å forstå hvordan kjønnsinkongruens er relatert til andre problemer og hvordan det kan være en uttrykk på andre problemer.

Vi skal tenke på kjønnsinkongruens som kjønnsinkongruens og ikke som et uttrykk på underliggende problemer. Det betyr at vi søker å forstå hvordan kjønnsinkongruens er relatert til andre problemer og hvordan det kan være en uttrykk på andre problemer.

TEKST Siri Gullestad
Lektor ved Universitetet i Oslo

ILLUSTRASJON
Håkon Thoresen

MERKNAD
Ingrid Oppheim
Kjønnsinkongruens

Evidensbasert behandling av barn og unge med kjønnsdysfori

I kronikken «Å behandle den andre som objekt» unnlet Siri Gullestad å nemne at det ikke er konsensus om forståing av kjønnsidentitet og diagnostisering av kjønnsinkongruens.

I KRONIKKEN SIN i septemberutgåva til Psykologtidsskriftet argumenterer Siri Gullestad for bekrefting av pasienten sin opplevde kjønnsidentitet ut frå ein rettighetstenking. Ho uttrykker at kjernen i debatten er å anerkjenne transidentitet som ein del av menneskelig variasjon. Bekrefting (affirmasjon) er kjernen i «the affirmative model», som også blir promotert gjennom behandlingsretningslinjene (standard of care) til World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Denne modellen har ein kjønnspolitisk agenda (WPATH, 2022).

BEKREFTING AV OPPLEVD KJØNNSIDENTITET

Gullestad rettar skarp kritikk mot mitt innlegg «Kan vere respons på underliggende problem».

Ho argumenterer for at bekrefting av pasienten sin opplevde kjønnsidentitet er avgjerande for å kunne skape kontakt og behandlingsallianse slik at pasienten i ein opnande samtale kan komme fram med seg sjøl utan å førestille seg.

Ifølge Gullestad handlar bekrefting om respekt for individets autonomi, og ho viser til at dette er grunnleggande i psykologers profesjonsetikk. Manglande bekrefting av pasienten sin kjønnsoppleving karakteriserer ho som klinisk naivt, i tillegg at det er å ta ein allvitande posisjon overfor pasienten.

MINDREÅRIGE VERSUS VAKSNE

Gullestad skiller ikkje på pasienten sin alder når det gjeld bekrefting av opplevd kjønnsidentitet, noko eg synest er både oppsiktsvekkande og foruroligande.



TEKST
Marit Johanne Bruset

KJØNNS-INKONGRUENS

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





Manglande differensiering i behandlingstilnærming overfor vaksne og mindreårige med kjønnsdysfori vil etter mitt syn avsløre mangel på erkjenning av sårbarhetsfaktorar

I mine tidlegare debattinnlegg har merksemda vore retta mot gruppa av mindreårige med kjønnsdysfori. Særleg på den nye populasjonen av unge (mest tenåringsjenter) med rask oppkommen kjønnsinkongruens utan tidlegare problematikk relatert til kjønn. Dei som dei siste tiåra har søkt behandling med ønske om «å skifte kjønn». Ein populasjon med komplekse tilstandar og høg grad av komorbiditet.

For meg er kjernen i denne debatten at vi må tilby mindreårige som slit med kjønnsdysfori, så trygg og sikker behandling som mulig.

Gullestad går i kronikken til åtak utan å ta omsyn til avgjerande skilnadar i multiple variablar mellom mindreårige og vaksne. Til dømes utviklingsnivå / psykososial modning, føresetnad for å forstå konsekvensar og vurdere framtidsutsikter ved informert samtykke, i tillegg til juridisk posisjon i høve sjølvbestemming og rettar.

Mange spørsmål melder seg når det gjeld behandlingstilnærming for mindreårige:

- Korleis vurderer Gullestad spørsmålet om affirmasjon/sjølvbestemmelse og autonomi når det gjeld mindreårige?
- Er Gullestad på linje med SOC 8, der alle nedre aldersgrenser er fjerna når det gjeld behandlingsintervensjonar?

Manglande differensiering i behandlingstilnærming overfor vaksne og mindreårige med kjønnsdysfori vil etter mitt syn avsløre mangel på erkjenning av sårbarhetsfaktorar. Særleg i vurdering av ein mogleg livslang medisinsk behandling for eit barn eller ein ungdom i pubertet.

KUNNSKAPSOPPDATERINGAR

I kronikken unnlet Gullestad å nemne at det i dag ikkje fins konsensus når det gjeld forståing av kjønnsidentitet og diagnostisering av kjønnsinkongruens. Ho nemner heller ikkje at kunnskapen om etiologi er heftig diskutert, likeså effekt av behandling, biverknader og komplikasjonar (Abbruzzese et al., 2023).

Etter at det i fleire land er gjort store statlege kunnskapsoppdateringar når det gjeld forskning på behandling av mindreårige, er det konkludert med at det er svak evidens for den «kjønnsbekreftande» behandlingssmodellen. Som følge av dette har våre naboland Sverige, Finland, Danmark og Storbritannia radikalt stramma inn behandlingstilbudet.

«Kjønnsbekreftande» behandling med hormoner gis berre unntaksvis til mindreårige og då etter strenge kriterier og kun innanfor kliniske studier med oppfølging over lang tid (Malterud, 2023).

Behandlingstiltak i form av sosial transisjon vert det åtvare imot fordi sosial kjønnsøvergang ikkje lenger er rekna som nøytral behandlingssintervensjon, til dømes av britiske helsemyndigheiter (National Health Service, 2022).

Her i landet har for første gong eit statleg organ (Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstenester, Ukom) slått alarm om dårleg dokumentert medisinsk behandling av kjønnsdysfori. Ukom har tilrådd at Helsedirektoratet reviderer den norske behandlingssretningslinja etter gjennomføring av ei statleg kunnskapsoppdatering (Ukom, 2023).

BEKREFTING AV KJØNNSIDENTITET

Gullestad framhever psykoanalysen i behandling av kjønnsinkongruens. Det er difor av interesse kva ein psykoanalytiker med god kjennskap til behandling av mindreårige med kjønnsdysfori uttalar om bekrefting.

Dr. David Bell er tidlegare president i British Psychoanalytic Society. Han har lang tilknytning til Tavistock and Portman NHS Foundation Trust med førstehandskunnskap til bakgrunnshistoria som førte til vedtak om stenging av Gender-klinikken ved Tavistock i 2022.

Den rettslege prøvinga av informed consent (K. Bell vs Tavistock) førte som kjend til den uavhengige granskninga ved Dr. Hilary Cass. Resultatet var at britiske helsemyndigheter vedtok stenging av Gender-klinikken og omorganisering til regionale senter med drift etter modell av tradisjonell barne- og ungdomspsykiatrisk praksis.

Bell avviser omgrepet «transgender» om barn. Han hevdar at denne nemninga fører til «foreclosure» som stoppar vidare utforskning og forståing av barnets utvikling. Han meiner det

er ein klinikers oppgåve å vere nøytral, at tidleg bekrefting kan hindre utforskning, forståing og slik bidra til avstenging av behandlingsprosessen.

Bell karakteriserer tidleg bekrefting av barnet sin kjønnsoppleving som *an abandonment of one's clinical responsibility* (Bell, 2020).

Dr. Hillary Cass, som også har uttalt seg kritisk til affirmasjon og at sosial transisjon ikkje er nokon nøytral behandlingsintervensjon, har ein tankevekkande uttalelse om behandling av barn med kjønnsdysfori:

At «barn som strevar med kjønnsdysfori» er blitt erstatta av «the transgender child», og at både barnet, den kliniske tilstanden og ein naturleg fase i barnets utviklingsprosess er blitt politisert (The Cass Reviews foreløpige rapport, 2020). ❌

REFERANSER

- Abbruzzese, E., Levine, S. B. & Mason, J. W. (2023). The Myth of Reliable Research in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies – and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(6), 673–699. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- Bell, D. (2020). First do no harm. *International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 1031–1038.
- Cass, H. (u.å.). The Cass Review. *Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*. <https://cass.independent-review.uk>
- Malterud, K. (2023). Hva er faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp til barn og unge med kjønnsdysfori? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.23.0181>
- National Health Service (2022). *Interim Service Specification Specialist Service for Children and Young People with Gender Dysphoria (Phase 1 Providers)*. 20. oktober 2022.
- Ukom. (2023). *Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens*. <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonn-sinkongruens/sammendrag>
- WPATH. (2022). Standards of care version 8. <https://www.wpath.org/soc8>

Følg debatten om kjønnsinkongruens:



Overraskende unyansert fra Gullestad

Siri Erika Gullestad har tatt ordet i debatten om kjønnsinkongruens med en overraskende unyansert psykoanalytisk stemme.

TEKST Alexandra Tenebroso

**KJØNNS-
INKONGRUENS**

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

HUN KRITISERER BRUSET for å mangle empiri, og forteller meg på det viset at hun ikke har satt seg inn i emnet selv. Konsensus også i de nyeste studiene er den samme som før: Kjønsdysfori vedvarer over tid i maksimalt 29 % av tilfeller (og historisk enda lavere) (Steensma et al., 2013; Singh, Bradley & Zucker, 2021). Flertallet vokser det av seg og finner ut av sin legning (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Hvis behandlingen er bekreftelse fremfor vaksom venting, så vil jeg stille følgende spørsmål: Er det etisk uproblematisk at vi medikaliserer 70 % av kjønnsnonkonforme ungdommer som overhodet ikke hadde trengt det?

Hva med bokstavelig konversjon av homofile til det motsatte kjønn? Eller å frarøve barn psykoseksuell modning og normalutvikling? Jeg trodde vi var enige om at individet hadde en iboende ukrenkelig verdi. Hvis ikke dette er tingliggjøring og iatrogene skader, så vet ikke jeg hva det er.

FEILAKTIG SLUTNING

Gullestad mener transkjønnethet kan ansees som en del av det menneskelige mangfold. Hun påpeker at vi skal være forsiktig med å anse det som et symptom eller uttrykk for noe underliggende. Hva slags andre naturlige ikke-patologiske og ikke kulturskapt tilstander krever livslang medikalisering og inngrep for å kunne leve som seg selv? For meg er det uklart om hun bokstavelig talt anser det som en biologisk variasjon, eller om hun anser det som et kulturelt betinget fenomen. Det finnes godt dokumen-

terte eksempler på kulturer som innlemmer kjønnsnonkonformitet ved å ha flere sosiale kjønn. Gullestad virker heller ikke å ha fått med seg kjønnsasymmetrier og demografiske forskjeller i fenomenet.

Hvis kjønnsinkongruens ikke er å betrakte som en medisinsk eller psykologisk tilstand, er hormonell og kirurgisk behandling å anse som ren kosmetisk kroppsmodifikasjon. Da er det vanskelig å argumentere for hvorfor kjønnsbekreftende behandling er å anse som livreddende behandling finansiert av staten, eller som et tilbud i regi av spesialisthelsetjenesten. Det virker i tillegg som om Gullestad trekker feilaktig logisk slutning om at patologi og naturlig variasjon er gjensidig utelukkende.

PSYKOSEKSUALITET

Gullestad trekker Freud inn i diskusjonen for å snakke om psykoseksualitet, og kritiserer meg for å ikke gjøre det samme, når temaet er kjønsdysfori/kjønnsinkongruens – ikke seksualitet eller legning. Gullestad klarer heller ikke å knytte Freud direkte til temaet kjønnsidentitet videre. Hun hadde ikke trengt å dra inn Freud for å forklare konseptet ikke-normativitet, særlig da hun refererer til Avgi Saketopoulou like etter – en perfekt og tidsaktuell psykoanalytiker for temaet. Her griper Gullestad etter tobakkspipen for å slå inn en spiker, når hammeren ligger like ved.

Hadde Gullestad holdt seg til Saketopoulou, ville hennes argumenter i det minste hatt indre logisk sammenheng. Sistnevnte har sammen

med Ann Pellegrini nylig utgitt boken *Gender without identity* (2023), der de blant annet kritiserer utelukkende bekreftende tilnærming og tar oppgjør med både «born this way»- og «warped this way»-ytterpunkter i psykoanalysen i møte med transkjønnethet og skeivhet. Vi vet hvilken kategori Gullestad tilhører.

Vi kan enes om at psykoanalysen beskjef-tiger seg med det unike i hver pasient, deres spesifikke og personlige uttrykk og forsvars- verk, og «hvorfor» bak deres atferd. Hvorfor skal ikke det gjelde for kjønnsidentitet på lik linje med alt annet? Trans er ikke én tilstand, det er mange tilstander med unike individu- elle betydninger. Alle de kan og bør utforskes fra individ til individ, for grunnene til at noen ønsker seg vekk fra eget kjønn eller egen kropp, er mangfoldige.

Hva skiller akkurat opplevelsen av kjønnsi- dentitet fra andre typer dysforier, identitetsas- pekter eller indre opplevelser? Man kan spørre seg om Gullestad har lest underteksten, for hun virker ikke å ha noen forståelse for multideter- minisme når det kommer til kjønnsdysfori. Det er rart når hun først sammenligner det med Freuds psykoseksuelle polymorfi. Jeg er over- rasket over å se Gullestad prostituere og ofre psykoanalysen på dette alteret.

POLITISERT OG SENSURERT

I mitt innlegg forfekter jeg at debatten om kjønnsidentitet er asymmetrisk politisert og sensurert. Kliniske og akademiske motstem- mer blir tiet i hjel. Det bidrar til at fagpersoner ikke tør å snakke høyt om temaet. Det hindrer

dialog og forskning på feltet, og pasienter blir skadelidende.

Gullestad viser til Freuds samfunnsengasje- ment i «Massenpsychologie und Ich-analyse» (1921). Det er imidlertid to momenter Gullestad unnlater å nevne: Freuds avstandtakelse fra Reich, fordi sistnevnte «tvang psykoanalysen til å bli politisk». Det andre er at Freud gikk bort fra sin egen traumeteori. Det var upopulært å rette oppmerksomhet mot overgrepssproblema- tikken i samfunnet. Freud trakk seg derfor når han møtte motstand fra fagfeller og samfunnet.

I likhet med Sigmund Freud virker Siri Gull- estad å uttale seg om samfunnet kun så lenge hun ikke kommer med upopulære sannheter. Det siste psykoanalysen trenger, er en ny his- torisk benektelse av virkeligheten. ✕

REFERANSER

- Singh, D., Bradley, S. J. & Zucker, K. J. (2021). A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J. & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 582–590. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Wallien, M. S. C. & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e31818956b9>



... hun virker ikke å ha noen forståelse for multidetermi- nisme når det kommer til kjønnsdysfori

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 tek- sten er publisert tidligere an- dre steder. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inklu- dert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykolog- tidsskriftet 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 an- svarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtids- skriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.

Inntrykk

Essay og anmeldelser

ANMELDT: BOK

Engasjerende om perinatalperioden og moderskap

De psykologiske sidene ved svangerskap, fødsel og barseltid har historisk sett fått lite fokus i psykologifeltet. Denne boken er med sin pasientnære tilnærming et oversiktlig og lettlest tilskudd til temaet.



BOK: *Psykisk helse i svangerskap og barseltid*

FORFATTER:

Gro Vatne Brean

ÅR: 2023

FORLAG: Gyldendal

SIDER: 280

ANMELDT AV

Helle Størseth
Marcinko, Klinikk
Partum

BOKEN HAR EN kronologisk oppbygning, fra overgangen til å bli mor, til det nevrobiologiske grunnlaget for utvikling og samspill, både hos fosteret, spedbarnet og mor, samt tilknytning. Del to handler om utfordringer man kan møte i svangerskap og barseltid, fra normalfenomen som barseltårer til mer alvorlige lidelser som bipolaritet, personlighetsproblematikk og postpartum psykose. Denne delen tar også opp traumer, sorg og tap – både sorg over å miste et barn, sorg over å miste partner, og når mor dør etter fødsel. Bokens siste del handler om hvordan vi som hjelpere kan støtte kvinnene vi møter i denne fasen i livet, og tar også opp egenomsorg for helperne som møter disse kvinnene. Målgruppen er alle helperne som møter kvinner i denne livsfasen, både jordmødre, helsesykepleiere, leger og psykologer.

KLIENTNÆRT OG VARMT

I så godt som alle kapitlene i boken blir temaene illustrert ved hjelp av klienthistorier, noe som gjør det klientnært. Det bidrar til at teorien lettere kan overføres til praksis, og blir mindre abstrakt. Forfatteren presenterer også sine egne erfaringer fra graviditet, moderskap og

som bestemor, noe som gjør innholdet varmt og nært, samtidig som det styrker tilliten til henne som fagperson. For psykologer er nok mye av innholdet i boka kjent, særlig del to, som omhandler vansker og psykopatologi. Det som gjør at boken likevel oppleves som nyttig, er måten forfatteren greier å få frem det som er særegent med hensyn til psykiske vansker hos denne spesifikke klientgruppen.

Forfatteren har viet et helt kapittel til fødselsfrykt, fødselsangst og angst generelt. Hun presenterer et spektrum fra normal bekymring for fødsel og det å skulle bli mor, til frykt for fødselen – *tokofobi*. Også her normaliserer forfatteren mye av det man kan oppleve, ved å dra inn erfaringer fra eget liv. Kapittelet oppleves imidlertid som en litt rotete fremstilling, der angst for fødsel, generell angst, angst i svangerskapet og angst etter svangerskapet har en tendens til å omtales om hverandre, noe som gjør at det blir uklart hva som gjelder hva. Jeg savner også mer informasjon om hvordan man kan møte kvinner med tvangslidelse, da det kun meget overfladisk tas opp at tilrettelegging for bedre søvn og åpenhet er viktig, samt det å godta egne tanker. I tillegg burde følgende

utsagn blitt utdypet: «Er kvinnen svært redd, skal hun ikke være alene med barnet. Både på kort og lang sikt vil det å være redd for seg selv og sine handlinger kunne føre til konsekvenser for samspillet med barnet, da mor i mindre grad blir i stand til å stole på egen intuitiv omsorg, og kanskje også unngår eller avviser barnet.» Dette fremstår både bastant og forenklet når det ikke utdypes, og kan føre til økt frykt, både for kvinnene som sliter med tvangslidelse, men også for hjelperne som skal veilede disse kvinnene.

TILPASSET MÅLGRUPPEN

I bokens tredje del, som handler om hvordan man kan hjelpe, gjennomgår en rekke ulike terapimetoder. Også her vil det meste være kjent for psykologer, men forfatteren greier igjen på en god måte å tilpasse metodene, slik at de i større grad vil oppleves nyttige for de som jobber med gravide og spedbarnsforeldre. Her gjennomgår konkrete tips, fra hvordan man kan formulere spørsmål i en støttesamtale, til hvordan man bygger opp en behandling basert på interpersonlig psykoterapi, kognitiv terapi og mindfulnessbasert terapi.

Psykisk helse i svangerskap og barseltid er sterkest i begynnelsen, der den utforsker essensiell psykologisk kunnskap og gir den relevans i dagens kontekst på en enkel og forståelig måte. Senere blir den noe mer overfladisk og behandler ulike tema på en mer oppsummerende måte. Jeg tror boken vil treffe det publikummet den er ment for, og særlig er den et godt tilskudd til helsesykepleiere og jordmødre som møter mødre i en sårbar situasjon – som det jo er for alle som får barn. Jeg vil anbefale boken til alle som har en ekstra interesse for dette feltet, og for de som møter kvinner som prøver å bli gravide, som er gravide eller som har blitt mødre. ✘



MALERI: MARY CASSATT, ART INSTITUTE OF CHICAGO

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 anmeldereksemplarer.

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

Kontakt oss for mer informasjon redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Skriv for oss/anmeldelser:



Nyttig fremstilling av sammensatte kvalitetsbegreper

Boken gir en omfattende og nyansert beskrivelse av kvalitet i psykisk helsevern, og lykkes i å presentere dilemmaene fagpersoner på alle nivåer står i, på en levende måte.



BOK *Godt nok og bedre. Kvalitet i psykisk helse- og rustjenester*

FORFATTERE

Lars Ravn
Øhickers, Andreas
Høstmælingen og
Johan Siqveland

ÅR 2023

FORLAG

Fagbokforlaget

SIDER 137

ANMELDT AV John Nikolaisen, Fag- og kvalitetsstaben, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo Universitetssykehus

HELSE VEST UTFØRTE i fjor en gjennomgang av hvorfor fagpersoner sluttet i foretaket. Undersøkelsen viste at flere psykologspesialister kunne blitt i jobben, eller begynt igjen, hvis de opplevde mer tillit fra ledelse og de politiske føringer i psykisk helsevern var annerledes (Helse Vest RHF, 2022). Under slike konflikter ligger spørsmålet om hvordan vi skal definere kvalitet i psykisk helsevern. Å skulle beskrive kvalitet i psykisk helsevern er et ambisiøst prosjekt som lett kan bli tørt og kjedelig. I den nye boken *Godt nok og bedre* lykkes forfatterne i å levendegjøre stoffet for leseren. Boken gir en god beskrivelse av hvor komplekst kvalitetsbegrepet er, og at det foreligger mange vanskelige valg for politikere, byråkrater, ledere og klinikere, som til slutt skal resultere i god behandling for pasienten.

KOMPLEKS VEV

I boken etableres det raskt at kvalitetsbegrepet har flere ulike betydninger og håndteres gjennom en kompleks vev av ulike lover, forskrifter, revisjoner, rundskriv, rapporter, evalueringer, med mer. Alle disse systemene har en hensikt og en historie som gir mening, men er overveldende i sitt mangfold. Et eksempel er omtalen av det ofte forhatte styringsideologien New Public Management, som diskuteres ganske nøkternt, uten at det blir en politisk pamflett. Forfatterne understreker også at alternativet New Public Governance, hvor

man fokuserer mindre på konkurranse og mer på samarbeid om utvikling av løsninger, ikke nødvendigvis er en revolusjon som vil gjøre alt mye bedre.

Forfatterne gir en tydelig beskrivelse av styringsnivåenes ulike dilemmaer i dette komplekse systemet, fra myndighetene på toppen til pasienten som mottar behandling. For myndighetene er det viktig å begrense uønsket variasjon i pasientbehandlingen, mens det for klinikerne er viktig å gi den enkelte pasient god, individuelt tilpasset behandling. Ledere er opptatt av lengden på ventelisten og fare for fristbrudd, noe som kan medføre at klinikerne blir presset til å skrive ut pasienter for tidlig i et behandlingsforløp. Mellomlederne skal tilrettelegge for behandlere, samtidig som de skal være lojale overfor systemet, noe som i aller høyeste grad skaper noen vanskelige problemstillinger. Pasienten er avhengig av et komplekst samspill mellom myndighetenes krav og klinikerens valg for å motta god behandling til rett tid. Selv om disse beskrivelsene fanger mange av dilemmaene i dagens system, kunne forfatterne med fordel presentert flere kasus for å illustrere hvordan dette utspiller seg i den kliniske hverdagen.

EN BOK FOR ALLE «ETASJENE»

Jeg leser denne boken som psykolog i en byråkratisk stilling på klinikknivå, og opplever dette som en nyttig gjennomgang av kvalitetsbegre-

pet, samtidig som den også ga meg ny kunnskap. Forfatterne levedegjør mange problemstillinger som jeg ofte står i eller observerer i kontakten mellom de ulike «etasjene» i et helseforetak. For klinikere tror jeg boken kan være nyttig for å forstå betingelsene for den jobben man er ansatt i. For ledere tror jeg boken kan bidra til bevisstgjøring rundt kompleksiteten av det systemet en som leder må finne sin rolle i. Jeg håper også dette er en bok som kan bli lest av politikere og byråkrater på nasjonalt nivå. Ulike aktører på ulike nivåer i helsevesenet kan ha ulike ambisjoner som skal gjennomføres samtidig, noe som skal formidles gjennom mellomleder og får konsekvenser for den enkelte kliniker. Det er lett å forstå at dette kan bli litt mye.

Godt nok og bedre beskriver utfyllende det komplekse systemet som ligger til grunn for kvalitet i psykisk helsevern. Boken gir også et godt bilde av hvordan det er å være leder eller kliniker i dette kompliserte systemet med mange aktører og føringer. Forfatterne tematiserer også mulige endringer og forbedringer av systemet, men påpeker at det finnes en del problemer med å jobbe i et slikt system. Noen vil mene at denne kompleksiteten er årsaken til frafallet i psykisk helsevern. Boken antyder imidlertid at ikke alle problemer blir borte dersom man bytter ut systemet med et annet system. ✘

REFERANSE

Helse Vest RHF. (2022). *Regional rapport: Turnover. Faktabasert kunnskapsgrunnlag. Et viktig grunnlag for de rette tiltakene.* <https://www.helse-vest.no/499f6a/siteassets/documents/nyheter/ekstern-turnover-rapport.pdf>.

”

For klinikere tror jeg boken kan være nyttig for å forstå betingelsene for den jobben man er ansatt i

Kommentar til bokomtale av *Atferdsanalyse gjennom 50 år* i utg. 10 2023

DET VAR FOR SÅ VIDT HYGGELIG med omtale av min 542 siders bok i siste nummer, men helt presis var den ikke. Jeg fikk ikke min første sentrale rolle i foreningen i 1982, som omtalen oppgir, men i 2005, altså 23 år senere. Det er så. Litt verre er det at «atferdsanalyse ... i en periode ble mye brukt i møte med pasienter med utviklingshemning», uten at det står noe mer. Atferdsanalyse brukes i høyeste grad fortsatt, og ikke bare for personer med utviklingshemning. Siden Tidsskrift for Norsk psykologforening, som NAFO, er 50 år i år, er det kanskje også verdt å nevne at min bok inneholder mye om hva som rørte seg i psykologien og i samfunnet på den tiden, med blant annet positivisme-debatt og marxisme som stikkord. En viktig kilde er nettopp Tidsskrift for Norsk psykologforening.

Børge Holden



I møte med NAV

Vi skal alle i løpet av livet være i kontakt med NAV av forskjellige årsaker. De forvalter ytelser knyttet til alt fra fødsel, død, sykdom og arbeidsledighet i en eller annen form. I den forbindelse ønsker vi å gi en kort påminnelse om ting som kan være lurt å huske på.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Van Pham, rådgiver/
jurist

Avhengig av hvilken livssituasjon man befinner seg i kan det være krevende nok å bare finne seg i den situasjonen. Da kan det være vanskeligere enn ellers å sette seg inn i hvilke rettigheter og ikke minst plikter man har.

Generelt sett er det viktig at du setter deg inn i den informasjonen du får i vedtaksbrevet fra NAV, men vi gir en liten oversikt over noen av de viktigste tingene knyttet til enkelte ytelser her.

SYKDOM - SYKEPENGER

Mange husker kanskje NAV-skandalen, hvor norsk praksis med å kun tillate opphold i Norge dersom man mottok enkelte ytelser fra NAV ble ansett å være i strid med EØS-avtalen. Dette innebærer at en del ytelser, herunder sykepenger, ikke i alle tilfeller forutsetter opphold i Norge. Rent praktisk betyr dette som utgangspunkt at du som arbeidstaker også kan oppholde deg i andre land i EU/EØS og fortsatt motta sykepenger.

Husk likevel på at man for eksempel ved lengre sykeperioder fortsatt må medvirke til tiltak i samarbeid med NAV og arbeidsgiver for å kunne komme tilbake i arbeid. Dette innebærer ofte å delta i møter for å avklare prognoser for friskmelding og eventuelle tilretteleggingstiltak. Retten til sykepenger kan falle bort dersom man uten rimelig grunn nekter å gi opplysninger som er nødvendige for å iverksette tilrettelegging, for å anbefale behandling, eller dersom uten rimelig grunn nekter noen av disse tiltakene.

ARBEIDSAVKLARINGSPENGER (AAP)

AAP er en av ytelsene på lik linje med sykepenger hvor man nå har endret praksis for oppholdskrav i Norge. I motsetning til sykepenger er AAP noe man som regel mottar etter at det ekstra oppsigelsesvernet man har ved

sykdom opphører. Det betyr at arbeidsgiver i enkelte tilfeller (gitt at blant annet tilretteleggingsplikten er oppfylt) kan si opp den sykemeldte arbeidstakeren. I så fall vil man etter utløpet av sykepenger motta AAP. Det innebærer at man i perioden man mottar AAP i tillegg til å skulle ha en plikt til å medvirke til å komme tilbake i arbeid som i sykepengeperioden, også må melde fra til NAV og enten delta i aktiv behandling, arbeidsrettet tiltak eller delta i annen oppfølging fra NAV.

DAGPENGER

En av ytelsene som ikke kan tas med like lett til utlandet er dagpenger, altså penger man mottar fra NAV dersom man står uten arbeid uten at dette skyldes sykdom eller arbeidsuførhet. Hovedregelen er altså at man må oppholde seg i Norge.

Når man mottar dagpenger er antakelsen at man er i stand til å arbeide. Med det medfølger også en plikt til å aktivt søke arbeid eller gjennomføre tiltak for å komme tilbake i arbeid – det kan også innebære å måtte flytte for å ta nytt arbeid. Husk også at man i likhet med arbeidsavklaringspenger må sende inn melding til NAV hver fjortende dag.

FORELDREPENGER

Når det gjelder foreldrepenger og -permisjon er det viktig å huske på varslingsreglene: Du har en plikt til å informere arbeidsgiver innenfor lovbestemte frister avhengig av hvor lang permisjon du planlegger å ha. Vi ønsker også å minne om at dersom du skal ha ulønnet permisjon etter lønnet foreldrepermisjon så er det viktig at du avtaler en konkret dato for tilbakekomst med din arbeidsgiver. Da er du sikrere på et eventuelt krav om sykepenger om uhellet skulle være ute senere.

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

Med lov skal landet bygges

– og ikke med ulov ødes. Dette sitatet er hentet fra en av våre aller eldste lover, Frostatingsloven, og er over tusen år gammelt. Likevel er det fortsatt aktuelt i dag. Og hvis vi bytter ut «landet» med «tjenestene» er det lett å se at sitatet også er svært aktuelt for psykologer.

Psykologer jobber mange steder, og vi har svært varierte arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Men enten vi jobber i skole, barnehage, PPT, barnevern, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, private helsetilbud, NAV, innenfor arbeid og organisasjon eller med forskning, så er arbeidet vi gjør regulert av lover og retningslinjer.

Menneskerettighetserklæringen er integrert i Norges lover og bør aldri brytes. Samtidig skjer dette dessverre. Norge har flere dommer for brudd på menneskerettighetene, særlig når det gjelder forhold innen barnevern og fengsel. Sivilombudet har også flere ganger varslet om praksiser, blant annet knyttet til tvang, som innebærer risiko for brudd på menneskerettighetene til mennesker med psykiske lidelser.

Hvilke andre lover som er aktuelle for den enkelte psykolog, vil variere. Helsepersonelloven og Lov om pasient- og brukerrettigheter vil være aktuell for mange, og i tillegg kommer mer spesifikke lover som Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Lov om spesialisthelsetjenesten, barnevernsloven, og mange andre. Helt avhengig av hvor man jobber, og hva man jobber med. Disse lovene bør vi selvsagt heller aldri bryte. Samtidig får vi tilbakemeldinger fra tjenestene at det i enkelte tilfeller kan oppstå bekymring for om de etablerte praksisene innebærer brudd på loven. Ikke fordi helsepersonell ønsker det, men fordi det ofte er et stort sprik mellom lovens standard og de praktiske rammene.

Helsepersonelloven pålegger oss for eksempel å yte «forsvarlig og omsorgsfull behandling». Samtidig sier omtrent én av tre psykologer i medlemsundersøkelsen vår at de ofte ikke får sett pasienter ofte nok til å gi virksom behandling, og én av fem sier at de ofte må avslutte behandlingen før pasienten er ferdigbehandlet. Hva som er forsvarlig må selvfølgelig vurderes i hvert enkelt tilfelle, men det kan oppstå situasjoner hvor psykologer er i tvil om rammene påvirker forsvarligheten av behandlingen.

Rett under lovene ligger de offentlige retningslinjene og veilederne. Under disse igjen kommer lokale forskrifter og bestemmelser, og helt nederst vaner og normer knyttet til den enkelte arbeidsplass. Disse skal og bør følges, selvsagt, men bare når de ikke kommer i konflikt med menneskerettighetene, lovene og retningslinjene. Det holder altså ikke at en lokal norm sier at det for eksempel ikke er så viktig med brukermedvirkning eller individuell plan, når lovene sier at dette er pålagte rettigheter.

Så hvordan skal vi forholde oss til disse lovene, og det dilemmaet enkelte kan oppleve mellom de praktiske rammene og det loven beskriver? For det første bør vi skaffe oss god kjennskap til de lovene som er aktuelle for vårt arbeid. Undervisning i menneskerettigheter og lovgivning er tatt inn i fellesprogrammet, i tillegg til at både menneskerettigheter, aktuelle lover og retningslinjer selvsagt er lett tilgjengelige på nett. Lover kan av og til være vanskelige å tolke, så det kan være nyttig å diskutere med kollegaer, tillitsvalgte eller ansatte jurister i foretaket. Det er også mulig å kontakte vår jus- og arbeidslivsavdeling hvis du er usikker.

Sentralt i foreningen jobber vi mye med lover og retningslinjer. Vi skriver høringsuttalelser, deltar i samarbeid og innspillmøter, tilbyr opplæring og kurs og vi gir støtte til enkeltmedlemmer. Fordi lovene er viktige. I de aller fleste tilfeller ligger lovenes beskrivelser av tjenestene ganske nært det de fleste psykologer vil definere som godt fag. Derfor er det nødvendig at vi kjenner loven, og kan melde avvik eller gi beskjed på andre måter når forhold i tjenestene gjør det umulig å følge lovens intensjon. Det gjelder både sentralt og lokalt.

Hensikten med lovene er å sikre gode og trygge tjenester, og vi har et felles ansvar for å gi beskjed når noe truer lovens intensjon, og dermed øker risikoen for at fag og tjenester påvirkes negativt.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Arnhild Lauveng,
Visepresident med
ansvar for fag- og
profesjonspolitikk



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Mangfoldskompetanse i psykologisk praksis

Å skape allianse på tvers av sosial bakgrunn og kulturell tilhørighet

Målgruppe: psykologer og psykologspesialister, relevant for alle utdanningene og psykologer i både 1, 2 og 3. linjetjenesten.

Målsetting:

Å øke psykologers bevissthet rundt egen identitet og sosiokulturelle blindsoner i møte med klienter med annen erfaringsbakgrunn. Bidra til å øke psykologers interkulturelle trygghet og mangfoldskompetanse i terapirommet. Kjenne betydningen av kultur og klasse og ta hensyn til dette i psykologfaglig arbeid (fra helsefremming til behandling).

Forventet læringsutbytte for deltakerne:

- Kunnskap om sosial klasse, familieøkonomi og barns oppvekstbetingelser. Blindsoner og fallgruver når terapeut og klient har ulik sosioøkonomisk status
- Bevissthet rundt egen kultur
- Kunnskap om identitetsutvikling, privilegier, makt og rasisme
- Refleksjoner rundt hvordan oppnå likeverdige tjenester og kulturell ydmykhet i vårt arbeid
- Kjenne til relevante lover og føringer ift. arbeid med urfolk og andre minoriteter.

Undervisningsmetode:

Foredrag, dialog, smågrupper og praktiske øvelser.

Om kurslederne:

Ingvild Stjernen Tisløv er spesialist i klinisk samfunnspsykologi og har jobbet i det statlige

barnevernet siden 2011. Hun er daglig leder i Reynd AS (www.samfunnspsykologi.no), universitetslektor på Psykologisk Institutt, sitter i fagutvalget for barn og ungdom og er kursleder på spesialistutdannelsen i samfunn og allmennpsykologi. Hun er spesielt engasjert i sammenhengen mellom levekår, økonomi og psykisk helse.

Cecilie Kolflaath Larsen er spesialist i klinisk samfunnspsykologi og har 17 års erfaring som psykolog som har arbeidet med kultur. Hun er ansatt i Nasjonalt Samisk Kompetansesenter og har ansvaret for å være med å danne likeverdige tjenester i alle landets barnevern, familievern og krisesentre. Hun har også et enkeltmannsforetak der hun veileder, underviser og tar sakkyndige oppdrag. Hun har tidligere jobbet i Kina og med flyktninger og andre minoriteter som har opplevd strukturell vold.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

Sted og dato: Christiania Qvartalet møtesenter, Oslo. 15.-16. januar 2024

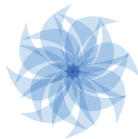
Medlemspris: kr 7 980,-

Påmeldingsfrist: 11.12.2023

Kursnummer: 20INN24007

For påmelding og mer informasjon:

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



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

EMDR, personlighet og komplekse traumer

6.–7. februar 2024

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo
Tid: kl. 09.00–16.00 begge dager
Kostnad: kr 7.500,- inkl. lunsj og kursmateriell

Målet med kurset er å få innsikt og trening i hvordan komplekse traumer og personlighetsproblematikk kan løses med nye metoder og verktøy. Forutsetning for å delta er at du har deltatt på EMDR trinn I grunnutdanning.

Påmelding: savitadalsbo@gmail.com eller på www.emdrkurs.no. Husk fullstendig fakturaadresse.

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

Velkommen!



EMDR MED BARN OG UNGDOM

8.–10. april 2024

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo
Tid: kl. 09.00–16.00 begge dager
Kostnad: kr 9.800,- inkl. lunsj og kursmateriell

Målet med kurset er å lære deg hvordan du kan bruke EMDR med barn i ulike aldre, familier, grupper og komplekse traumetilstander. Forutsenning er at du har deltatt på EMDR trinn 1 i grunnutdanning.

Påmelding: savitadalsbo@gmail.com eller på www.emdrkurs.no. Husk fullstendig fakturaadresse.

Kursansvarlig: Savita Dalsbø, psykologspesialist, NPF, 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



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Trinn 1 KURS

Trondheim, 24.–26. januar 2024

Informasjon og påmelding:
emdrkurs@janneamundsen.no

Kursholder: Janne Ekeberg Amundsen
Psykologspesialist/EMDR Europe Accredited Trainer

Mindfulness MBSR kurs

med psykologspesialister

Et 8 ukers forskningsbasert mindfulness kurs for deg som vil lære om stressmestring, finne større indre ro, tilstedeværelse, selvaksept, utvikle egen mindfulness praksis og kunne bruke mindfulness i ditt fagområde

Kursstart 24. januar 2024

Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som 24 timers vedlikeholdskurs



Håkon Ruud og Cathrine Helgø Sasson,
psykologspesialister og MBSR lærer

Påmelding og kursinformasjon:
www.mindfulnesskurs.org



Søvn, søvnlidelser og dokumentert behandling for søvnlidelser, med eller uten komorbid psykisk lidelse

Målgruppe

Psykologer som behandler mennesker som har søvnevansker eller søvnlidelse som del av sine vansker.

Målsetting

Målet med kurset er å gi en forståelse av søvnregulering, kompetanse til å utrede for og stille søvnlidelsesdiagnoser (F51.0-9 i ICD-10), samt kunne tilby behandling for insomni, døgnrytmeforstyrrelser og marerittlidelse.

Etter kurset vil deltakerne

- kunne forstå og formidle søvnregulering på en psykoedukativ måte til pasienter/klienter
- ha kompetanse til å stille riktig søvnlidelsesdiagnose (ICD-10 F51.0-9)
- kunne behandle insomni, forsinket søvn-våkenhetsfaselidelse og marerittlidelse i alle aldre

Innhold

Undervisning om søvnregulering, søvnlidelser, psykologisk og atferdsmessig behandling av insomni, døgnrytmelidelser og marerittlidelse, strategi for nedtrapping av sovemedisiner, gruppearbeid og test.

Undervisningsmetode

Foredrag, gruppearbeid, diskusjon, avsluttende test.

Kursleder

Ane Wilhelmsen-Langeland, psykologspesialist, somnolog (sertifisert søvneksperter av European Sleep Research Society og Phd innen søvn).

Kurset er godkjent som 16 timers vedlikeholdsaktivitet.

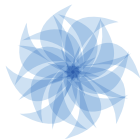
Sted og dato: Oslo, 4.-5. april 2024

Påmeldingsfrist: 29. februar 2024


Medlemspris: kr 7 980,-

Kursnr.: 20VED24008

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



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



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Ansvarsforsikring

Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarsforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne.


Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden www.storebrand.no/akademikerne

Frist for å reservere seg eller si opp forsikringen er 15. oktober med virkning fra det kommende året.

Reservasjon, og bestilling, kan sendes på e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



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

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. desember**, frist for å bestille annonse til desemberutgaven er **17. november**

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



Utdanning
2024

Forlenget sorg-terapi (FST)

Arbeider du jevnlig med komplisert sorgproblematikk? Da kan vår utdanning i Forlenget sorg-terapi (FST) være noe for deg!

Omtrent 7% av alle som opplever tap av en nærstående utvikler forlenget sorgforstyrrelse. FST er en evidensbasert psykoterapiform med god behandlingseffekt for voksne

Utdanningen går over fem dager fordelt på to samlinger, med veiledning mellom samlingene

Oppstart 23. januar 2024
Søknadsfrist 3. desember 2023

www.uio.no/fst



UNIVERSITETET
I OSLO



NSSF Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging



UNIVERSITETET
I OSLO

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF)

8. nasjonale konferanse om DBT

www.dbt.no

Påmeldingsfrist: 23. januar 2024

→ 29.-30. mai 2024
Scandic Hamar




DBT DIALEKTISK
ATFERDSTERAPI



NSSF
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging



Stipend – Psykologer i ledelse

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

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

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

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2024 en kort redegjørelse for hvordan pengene er benyttet.

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

Søknadsfrist 2. januar 2024.



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

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@psykologtidsskriftet.no
eller telefon 23 10 31 33



Stempel med medlemslogo for psykologer

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

Stempel kan kjøpes hos KC Follo AS for kr 375. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 605. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

For bestilling av stempel – send
«Stempel med medlemslogo
Norsk psykologforening»
til petter@kcfollo.no





Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Innhold

- metodeproblemer i selvmordsforskningen
- selvmord – et lavfrekvent og et multikausalt betinget fenomen
- viktige funn i suicidologisk forskning, som effekter av begrensning i adgang til selvmordsmetoder og spredningseffekter som følge av mediaomtale
- kunnskap om hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk
- kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å predikere selvmord på individnivå, samt den essensielle forskjellen mellom et prospektivt og et retrospektivt perspektiv
- kronisk suicidalitet og selvskading
- profesjonelles reaksjoner på selvmord og depresjon hos pasienter
- egne reaksjoner i møte med suicidalitet, overføring og motoverføring
- etiske dilemma ved selvmordsforebyggende tiltak på individnivå
- det anvendes reelle og anonymiserte eksempler

Målsetting

Det forventes at psykologen vil få økte forutsetninger for å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt å dokumentere selvmordsrisikovurderinger i journal.

Om kursleder

Psykologspesialist Kim Larsen er tilknyttet Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst/Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Kurset godkjennes som 16 timer vedlikeholdsaktivitet.

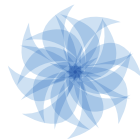
Sted og dato: Oslo, 7.-8. mars 2024

Påmeldingsfrist: 1. februar 2024

Kursavgift: kr 7 980

Kursnr.: 20SUI22006

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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

Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland og Vestland. Helse Vest RHF eig seks helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseføretaka har om lag 30 000 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

2 stk. 100 % avtaleheimlar i klinisk vaksenpsykologi i Bergensområdet

2 stk. 100 % avtaleheimlar for godkjende spesialistar i klinisk vaksenpsykologi er ledig omgåande

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialistane skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialistane foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen. Avtalespesialistane skal inngå samarbeidsavtale med Helse Bergen ved Kronstad DPS. Det er etablert ei ordning der alle tilvisingar av pasientar til psykisk helsevern skal sendast til tilvisingsmottak ved helseføretaket («ein-veg-inn»). Avtalespesialistane mottar pasientar frå helseføretaket.

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

Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. kr 627 963.

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

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4068 Stavanger, eller til post@helse-vest.no.

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland og Vestland. Helse Vest RHF eig seks helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseføretaka har om lag 30 000 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk nevropsykologi i Bergensområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk nevropsykologi eller spesialist i klinisk vaksenpsykologi er ledig omgåande. Spesialist i klinisk nevropsykologi vil bli føretrekt

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

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

Avtalespesialisten skal inngå samarbeidsavtale med Helse Bergen ved Bjørgvin DPS. Det er etablert ei ordning der alle tilvisingar av pasientar til psykisk helsevern skal sendast til tilvisingsmottak ved helseføretaket («ein-veg-inn»). Avtalespesialistane mottar pasientar frå helseføretaket.

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

Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. kr 627 963.

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

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4068 Stavanger, eller til post@helse-vest.no.

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland og Vestland. Helse Vest RHF eig seks helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseføretaka har om lag 30 000 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk vaksenpsykologi i Bergensområdet

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

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

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

Avtalespesialisten skal inngå samarbeidsavtale med Solli DPS. Det er etablert ei ordning der alle tilvisingar av pasientar til psykisk helsevern skal sendast til tilvisingsmottak ved helseføretaket («ein-veg-inn»). Avtalespesialistane mottar pasientar frå helseføretaket.

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

Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. kr 627 963.

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

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4068 Stavanger, eller til post@helse-vest.no.

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland og Vestland. Helse Vest RHF eig seks helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseføretaka har om lag 30 000 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk barne- og ungdomspsykologi i Bjørnafjorden kommune

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi er ledig omgåande. Praksisen skal være lokalisert i Bjørnafjorden kommune.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

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

Avtalespesialisten skal inngå samarbeidsavtale med Helse Bergen ved BUP Ytrebygda. Det er etablert ei ordning der alle tilvisingar av pasientar til psykisk helsevern skal sendast til tilvisingsmottak ved helseføretaket («ein-veg-inn»). Avtalespesialistane mottar pasientar frå helseføretaket.

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

Driftstilskotet utgjer eit årleg beløp p.t. kr 627 963.

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

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4068 Stavanger, eller til post@helse-vest.no.

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



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 søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden: helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2023/2024

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. Nettannonserne 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
12	17.11	01.12
1	14.12	02.01
2	18.01	01.02
3	16.02	01.03

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 Kongrud 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.robberstad@

sola.kommune.no

Emma Røisland Torsvik

studentrepresentant

979 62 540

emmartorsvik@gmail.com

Varamedlemmer**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

Runar Selaas (1. vara**studentrepresentant)**

472 66 616

runarselaas@hotmail.com

Frida Tveiten Gundersen**(2. vara student-****representant)**

454 29 809

frida.tveiten@hotmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****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@

finnmarkssykehuset.no

971 95 996

Hedmark**Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com

924 53 116

Hordaland**Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com

938 63 918

Møre og Romsdal**Nord-Trøndelag****Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com

924 90 532

Nordland**Miriam Ryssdal**

miriam.ryssdal@gmail.com

926 53 473

Oppland**Eline Sørensen**

eline.sorensen@hotmail.com

902 96 361

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no

917 12 983

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

marietsh@yahoo.no

977 34 812

Sogn og Fjordane**Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg_89@hotmail.com

902 95 676

Sør-Trøndelag**Kjersti Sandnes**

sandneskjersti@gmail.com

916 72 756

Telemark**Birgitte Lindøe**

libi@siv.no

473 83 123

916 99 270

Troms

Ida Atalie Falch

Ida.atalie@gmail.com

916 99 270

Vest-Agder

Øyvind Buli Føreland

vestagder@

psykologforeningen.no

948 84 351

Vestfold

Paul André Myhrer

amyhrer@gmail.com

990 41 900

Østfold

Fredrik Henanger Blom

fhblom@hotmail.com

975 61 945

FAGETISK RÅD**Mette Ekenes****Garmannslund, leder**

Rådgivningstelefon

480 58 723, onsdager

kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Mariann Stadler, leder,**

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,

h.indregard@hotmail.com

tlf. 948 05 153

SPESIALITETSRADET**Arnhild Lauveng, leder,**

arnhild@

psykologforeningen.no

tlf. 913 17 162

**FAG- OG
PROFESJONSRADET****Arnhild Lauveng, leder,**

arnhild@

psykologforeningen.no

tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE*Felleselementene*

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

Cecilie Gaustad, leder,
ceciliegaustad@gmail.com,
tlf. 975 48 563

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Emma Røisland Torsvik,
leder, emmartorsvik@
gmail.com, tlf. 979 62 540

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Klara Øverland, leder,
klara.overland@uis.no,
tlf. 406 08 818

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Helén Ingrid Andreassen,
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

Spesialisthelsetjenesten
Bjarte Bruntveit, FTV
Helse Bergen, leder, bjarte.
bruntveit@helse-bergen.
no, tlf. 909 98 052

Stat

Grethe H. Strand Rolfsen,
Bufetat Region Øst, leder,
grethe.strand.rolfsen@
bufetat.no, tlf. 959 99 232

Kommunal sektor

Kristin Haugholt, leder,
Ringsaker, kristinhaugholt@
hotmail.com, tlf. 951 72 032

Avtalespesialister

Henrik Riekeles Vik,
Helse Sør Øst, leder,
Henrik@riekelesvik.no,
tlf. 408 45 848

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

SEKRETARIATET

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

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
linda@psykologforeningen.
no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef,
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen, fagsjef,
kim@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef, bjornhild@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

- 678 Fritt for medisinfritt i nord?**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 684 Jakter sammenheng mellom psykisk helse og miljø**
Forskningsintervju | Matthew Prescott Oxman
- 686 Miljøet er sentralt for den psykiske helsen**
Oppsummert | Ludvig Daae Bjørndal
- 689 Hva er psykiske lidelser?**
Fagessay | Sigmund Karterud
- 696 Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-E) - en poliklinisk behandlingsstudie**
Ny vitenskapelig artikkel | Yang et al.
- 697 Body Project Treatment: ny gruppebasert behandling for spiseforstyrrelser**
Originalartikkel | Wisting et al.
- 706 Å møte meningsløshet i terapirommet**
Fagessay | Anders Malkomsen
- 714 Bruk av kasusformulering for gravide og partner i tiden rundt fødsel**
Evidensbasert praksis | Syversen Smerud & Syrdal Aanderaa
- 724 Er psykologer rammet av Pollyanna-syndromet?**
Etikkpanelet | Maia Mack
- 728 MENINGER**
Kronikk: Psykologer må bli mer produktive | Kraft & Øveraas Halvorsen (s. 730)
Debutt: Avtalespesialister (s. 728), Profesjonsutdanningen (s. 734), Autisme (s. 736),
Tverrfaglig samarbeid (s. 738), Tilknytningspsykologi (s. 739), Spiseforstyrrelser (s. 741),
Kjønnssinkongruens (s. 743 & s. 746)
- 748 INNTRYKK**
Anmeldelser: Psykisk helse i svangerskap og barseltid (s. 748), Godt nok og bedre.
Kvalitet i psykisk helse- og rustjenester (s. 750)
- 754 Annonser**
- 760 Stillingsannonser**