

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 61 nr. 02 2024

DBT-C foreldregrupper

*Originalartikkel
Coldevin et al.*

DIABETES TYPE 1, SYKDOMSBYRDE OG SELVMORD

*Evidensbasert praksis
Wilhelmsen-Langeland et al.*

Hjelp eller misjonering?

*Etikkpanelet
Akiah Ottesen*

Nok nevrobabbel

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

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams Katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Frist for bestilling av annonser 16.02, 13.03, 17.04

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.01.2024

Omslagsillustrasjon Cecilie Maurud Barstad **Form Bøk Oslo AS Trykk** Akseil AS

Siden 1973 har Tidsskrift for Norsk psykologforening vært en viktig plattform for norsk psykologi. Vårt mål er å være en aktuell og faglig kvalitetssikret ressurs spesifikt rettet inn mot psykologers behov for informasjon, til deres praktiske profesjonsutøvelse og behov for oppdatering. Vi henvender oss også til andre som søker kunnskaper om psykologi, inkludert brukergrupper, politikere og journalister/media. Psykologtidsskriftet ønsker å stimulere til forskning og fagutvikling og er et godkjent nivå-1-tidsskrift.

I tillegg til vitenskapelige artikler finner du fagessay, reportasjer, bokanmeldelser, kronikker og debattinnlegg. Tidsskriftet skal speile psykologifagets innhold, utøvelse og plass i samfunnet.

Les formålsparagrafen på www.psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, **Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen,

Journalist Matt Oxman, **Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, **Teknisk redaktør** Christian von Schack, **Redaktører** Heidi Witttrup 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-/figurateksten. 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: WIKIMEDIA

Fra rampegutt til nobelprisvinner - hva kan psykologer lære av historien til Santiago Ramón y Cajal?
Fagessay, Side 100.



FOTO: GORM KALLESTAD / NTB

Jeg skulle være hjemme, men så demonstrerte Line Kolstad Rødseth utenfor Grønland politistasjon, skriver Sidsel Fjelltun.
Nye stemmer. Side 139.

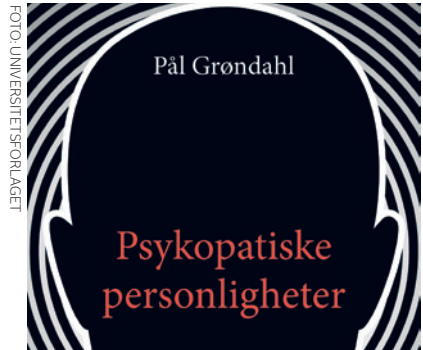


FOTO: UNIVERSITETSFORLAGET

Pål Grøndahl korrigerer tabloidenes fremstilling av «psykopaten blant oss». Bokanmeldelse. Side 142.

Innhold

- 90 **Diabetes type 1 øker risiko for selvmord: Hva kan psykologen gjøre?**
Evidensbasert praksis | Wilhelmsen-Langeland et al.
- 100 **Cajal: rampegutten som ble den moderne nevrovitenskapens far**
Fagessay | Nils Eide-Midsand
- 106 **Dialektisk atferdsterapi for barn: En pilotstudie av ferdighetstreningssgrupper for foreldre**
Originalartikkel | Coldevin et al.
- 114 **Kvalitetssikring av tverrfaglig tilbud i tannhelsetjenesten**
Fra praksis | Westad et al.
- 120 **Globalt psykisk helsearbeid eller misjonering?**
Etikkpanelet | Akiah A. Ottesen
- 124 **MENINGER**
Kronikk: Nevrobabbel | Per Lorentzen (s. 128)
Debatt: Fagetisk råd (s. 124), Integrativ terapi (s. 136),
Krigen i Gaza (s. 132)
- 139 **Koppene i kulda**
Nye stemmer | Sidsel Fjelltun
- 142 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Det du trenger å vite om psykopati (s. 142),
Et sjeldent rikt bidrag til psykoterapilitteraturen (s. 144)

Diabetes type 1 øker risiko for selvmord: Hva kan psykologen gjøre?

Ane Wilhelmsen-Langeland^{1,2} Nina Handelsby³, Line Wisting^{4,5} og Eirin Winje⁶

¹ Bjørgvin DPS, Psykiatrisk divisjon,
Haukeland universitetssjukehus (HUS),
Helse Bergen (HB)

² Helse i Hardanger, Øystese

³ Habiliteringstjenesten for barn og unge,
Barne- og ungdomsklinikken, HUS, HB

⁴ Regional seksjon for spiseforstyrrelser,
Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Oslo universitetssykehus

⁵ Oslo Diabetes Forskningscenter

⁶ Privatpraksis

KONTAKT

anewil@ihelse.net

MERKNAD Mor til omtalt gutt har lest
og godkjent artikkelen. Kasuset Petter
er fiktivt og ikke relatert til saken.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Mennesker med diabetes type 1 (DT1) har forhøyet risiko for å utvikle selvmordstanker og ta selvmord enn normalpopulasjonen. Formålet med artikkelen er å formidle oppdatert og evidensbasert kunnskap om DT1 og selvmord. Et videre mål er å belyse hvordan særegne psykologiske aspekter ved DT1 kan bidra til forhøyet selvmordsrisiko. Særlig vektlegges betydningen av nærhet til døden, ansvar, stigma, ensomhet, skam, utbrenthet, uforutsigbarhet og mangel på kontroll. Den daglige egenbehandlingen er svært krevende. Sykdommen er forbundet med risiko for alvorlige somatiske komplikasjoner som nedsatt syn, demens, hjerte- og karsykdom, nedsatt nyrefunksjon og for tidlig død. I tillegg gir diabetes type 1 økt risiko for nevropati eller andre smertetilstander og fatigue. Avslutningsvis foreslår vi tiltak som kan hjelpe psykologer til å adressere alt dette.

Nøkkelord: diabetes type 1, selvmord, psykisk helse og helsepsykologi

Ideen og initiativet til artikkelen kom etter en henvendelse til Diabetesforbundet fra en mor som hadde mistet sønnen i selvmord. Gutten, som var tidlig i tyveårene, hadde DT1 og ønsket at sparepengene hans skulle brukes til forskning på å leve et godt liv med diabetes. Deler av skrivearbeidet er finansiert av disse midlene. Vårt ønske er å presentere oppdatert og evidensbasert kunnskap om DT1 og selvmord til psykologer.

DT1 er en alvorlig kronisk autoimmun sykdom, der kroppen ikke produserer det livsviktige hormonet insulin. Sykdommen kan utvikles i alle aldre. Personer med DT1 må til enhver tid regulere tilførsel av det livsnødvendige hormonet insulin med insulinpenn eller -pumpe. Målet er mest mulig normale blodsukkerverdier og langtidsblodsukker. Å leve med DT1 er en kompleks og alltid pågående egenbehandlingsoppgave. Det innebærer å observere blodsukkeret kontinuerlig og følge med på, gjøre vurderinger og tiltak i insulindosering og -injeksjoner, mat, aktivitet og en rekke andre faktorer, flere ganger i døgnet. Konsekvensene av feilvurderinger eller manglende behandling kan være alvorlige.

Personer med DT1 (PMD) har høyere risiko for å utvikle selvmordstanker og ta selvmord enn normalpopulasjonen (Barnard-Kelly et al., 2020; Hill et al., 2021). Studier rapporterer også om forhøyet forekomst av psykiske lidelser som depresjon (Zanoveli et al., 2016), angst (Nguyen et al., 2021), PTSD (Şişmanlar Ş et al., 2012) og spiseforstyrrelser (Young et al., 2013) blant personer med diabetes type 1 sammenlignet med normalbefolkningen. Selvmordsrisikoen øker ytterligere ved DT1 og samtidig psykisk lidelse (Barnard-Kelly, 2019; Wang et al., 2017).

Psykologer møter mennesker med DT1 i alle typer klinisk praksis, selv om det ikke nødvendigvis er diabetesykdommen som er årsak til kontakten. I lys av den forstemmende statistikken over selvmordsrisiko for personer med DT1 ønsker vi å gi psykologer en oppdatert, klinisk relevant og evidensbasert oppsummering av forskning på selvmord, selvmordstanker og selvmordsatferd ved DT1. Vi vil drøfte mulige sammenhenger mellom de særegne biopsykososiale aspektene ved sykdommen og forhøyet selvmordsrisiko og gi konkrete anbefalinger for å fange opp og hjelpe selvmordsnære mennesker med DT1. Mer konkret forsøker vi å besvare spørsmålet: Hvordan kan vi forstå den økte selvmordsrisikoen ved diabetes type 1, og hva kan psykologen gjøre?

Fremgangsmåte

Forskningsgrunnlaget som blir fremstilt i artikkelen, er basert på forfattergruppens litteratursøk, hvor vi vurderte artiklenes relevans med utgangspunkt i både kliniske og forskningsmessige erfaringer og praksis. Forfattergruppen har bred erfaring fra klinisk arbeid i privatpraksis og spesialisthelsetjenesten innen både somatisk og psykisk helsevern, samt ekspertise som klinikere og forskere innen diabetespsykologi. Forfatterne er medlemmer av Faggruppe for diabetespsykologi i Diabetesforbundet, som arbeider for å fremme og utvikle kompetanse og kunnskap om diabetes, psykisk helse og psykologiske utfordringer. Tre av forfatterne har selv diabetes type 1 (AWL, NH og EW).

Vi gjennomførte et litteratursøk i PubMed (Medline) med gjennomgang av titler og abstrakt ved å

Forkortelser og forklaringer

PMD = personer med diabetes type 1

DT1 = diabetes type 1

DT2 = diabetes type 2

CGM = kontinuerlig blodsuktermåler

DKA = diabetisk ketoacidose / syreforgiftning som kommer av for *lite* insulin

Insulinsjokk / alvorlig hypoglykemi = kommer av for *mye* insulin

HbA1c = langtidsblodsukker over de siste 8-12 ukene. Normalt nivå for mennesker uten diabetes

er under 48 mmol/mol, som tilsvarer et gjennomsnittlig blodsukker på under 7,7 mmol/l

HbA1c-mål ved diabetes = det generelle behandlingsmålet er rundt eller under 53 mmol/mol, men målet for den enkelte kan være både høyere og lavere enn 53

Målområde blodsukker = normalt blodsukker for mennesker som ikke har diabetes regnes som mellom 4 og 8 mmol/l, i diabetesbehandling regnes målområdet vanligvis som mellom 4 og 10 mmol/l

Diabetes type 1

Ved diabetes type 1 (DT1) lager ikke kroppen insulin, et livsnødvendig hormon for kroppens energi- og glukoseomsetning. DT1 debuterer i alle aldre, men hyppigere hos barn og ungdom (Maahs et al., 2010).

Norge er på verdenstoppen i forekomst av DT1 sammen med de andre nordiske landene. I Norge har omtrent 28 000 mennesker DT1. Cirka 900 personer blir diagnostisert årlig, og rundt halyparten er under 18 år (Løvaas et al., 2023; Oslo universitetssykehus, 2022).

Det finnes ikke kurativ behandling av DT1. Behandlingsmålet er å holde blodsukkernivået mest mulig innenfor fysiologisk normalområde (4-10 mmol/l; Helsedirektoratet, 2016), og gjennomsnittlig langtidsblodsukker (HbA1c) under 53 mmol/mol. Dette forsøker man å oppnå gjennom regelmessig monitorering av blodsukkeret og daglige injeksjoner av insulin.

Insulinbehovet er individuelt og påvirkes av både kjente og ukjente faktorer, blant annet matinntak, fysisk aktivitet, sykdom, emosjonell tilstand, menstruasjonssyklus, stress og søvn.

For mye insulin kan føre til hypoglykemi (lavt blodsukker), som ubehandlet kan forårsake akutte og livstruende tilstander (insulinsjokk). For lite insulin gir hyperglykemi (høyt blodsukker) og ulike typer ubehag. Fravær av insulin kan utvikle seg til den livstruende tilstanden diabetisk syreforgiftning (DKA).

Høyt blodsukker eller store variasjoner i blodsukker over lengre tid gir betydelig økt risiko for å utvikle alvorlige somatiske komplikasjoner som nedsatt syn, demens, hjerte- og karsykdom, nedsatt nyrefunksjon (Nathan et al., 1993) og for tidlig død (Livingstone et al., 2015; Skrivarhaug et al., 2006).

bruke søkeordene «type 1 diabetes» og «suicidality». Søket ga 137 treff. I tillegg gikk vi gjennom referanselister av aktuelle artikler i søk etter ytterligere relevant litteratur. Kunnskapsgrunnlaget i artikkelen er basert på vår ekspertvurdering og subjektive gjennomgang og seleksjon av vitenskapelige artikler publisert i internasjonale tidsskrifter, samt litteratur fra Norge og egne fagmiljøer, som vi mener er klinisk relevante for psykologer og for å besvare problemstillingen.

Selv mord og DT1 i litteraturen

Selv mord mer vanlig

Selv mordstanker, selvmordsforsøk og død ved selvmord er vanligere blant personer med DT1. Litteraturlitfanget peker på en høyere forekomst av selvmordstanker (Hill et al., 2021), selvmordsatferd (Pompili et al., 2014; Robinson et al., 2020) og død ved selvmord (Gagnum et al., 2017; Livingstone et al., 2015; Wang et al., 2017) hos PMD sammenlignet med normalpopulasjonen. Dette gjelder ulike aldersgrupper og i ulike deler av verden. En metaanalyse fra 2017 viste at den relative risikoen for å dø av selvmord var 2,25 ved DT1. Den totale andelen dødsfall som følge av selvmord ved DT1 var 7,7 % (Wang et al., 2017). Metaanalysen viste også at risikoen for selvmord øker betydelig ved samtidig psykisk lidelse. I Norge rapporterer en registerstudie om økt dødelighet som følge av selvmord

blant kvinner med DT1 (Gagnum et al., 2017). De fant ikke samme økning for menn. En skotsk registerstudie viste at det var økt sannsynlighet for tidlig død hos mennesker med DT1. I aldersgruppen 25–49 år var selvmord hos menn med DT1 en like vanlig dødsårsak som kreft (10,6 % av dødsfallene), etter sirkulasjonssykdom (23,5 %) og komplikasjoner som følge av diabeteskoma (20,5 %; Livingstone et al., 2015). I en systematisk litteraturgjennomgang av internasjonale studier fant Pompili et al. (2014) en selvmordsrate på 43,1 per 100 000 for personer med DT1. Raten var nesten dobbelt så høy blant de unge med DT1 (87,2 per 100 000). Til sammenligning var selvmordsraten i normalbefolkningen i Europa på 13 per 100 000 og 11,78 per 100 000 i Norge (World Health Organization, 2023). Det er enkelte studier (Patterson et al., 2007) som *ikke* rapporterer høyere forekomst av død ved selvmord hos unge med DT1 i Europa. Imidlertid samsvarer ikke dette med den øvrige litteraturen. Denne studien fant dog økt mortalitet ved DT1 (141 dødsfall versus 69,1 forventede dødsfall basert på en standardisert dødsfall-rate).

Studier som tar utgangspunkt i andre sykdomsrelaterte forhold ved DT1 og ikke diagnosen i seg selv, tegner et tilsvarende bilde som i litteraturen beskrevet her. For eksempel er det vist en sammenheng mellom høyere langtidsblodsukker hos PMD og selvmordstanker i et koreansk utvalg (Lee et al., 2014). En

kohortstudie av franske unge voksne med DT1 med sykehusinnleggelser fant at pasientene med én sykehusinnleggelse som følge av DKA hadde økt risiko for påfølgende sykehusinnleggelse grunnet selvmordsforsøk (Petit et al., 2020). Den samme studien fant at 7 % av studiepopulasjonen hadde minst én sykehusinnleggelse som følge av selvmordsforsøk over en periode på ni år.

DT1 som biologisk sårbarhet

Den forhøyede risikoen for selvmordstanker og -atferd ved DT1 er sammensatt og er nok delvis biologisk fundert. Det er dagligdags for de fleste med DT1 å ha et blodsukker som er utenfor det fysiologiske normalområdet, noe som har negative konsekvenser. Vi har fått økt kunnskap om både felles og gjensidig forsterkende nevrofysiologiske og patologiske mekanismer mellom diabetes og depresjon (Barnard-Kelly, 2019; Zanolini et al., 2016). Vi har også mer kunnskap om funksjonelle og strukturelle endringer i sentralnervesystemet som følger av å ha DT1. Disse endringene kan påvirke kognitive funksjoner, særlig eksekutive funksjoner (Moheet et al., 2015; Ryan et al., 2016). Svingende, forbigående høyt og vedvarende høyt blodsukker kan gi fysiologiske og metabolske symptomer som minner om depressiv passivitet, og kan gi utmattelse og kognitiv rigiditet (Cox et al., 2005). Det er også vist at blodsukker- og insulinivå kan påvirke impuls kontroll og beslutningstakingsevne (Rustad et al., 2013).

Det er komplekse sammenhenger mellom DT1, depresjon og forstyrret søvn. På den ene siden kan PMD få forstyrret søvn som følge av nattlige alarmer fra teknisk egenbehandlingsutstyr og på grunn av behov for å utføre egenbehandlingsoppgaver om natten. Høyt blodsukker fører også til økt urinproduksjon, som kan forstyrre søvnen fordi en må tisse oftere i løpet av natten. På den annen side er søvnevansker ett av kjernetrekkene ved depresjon. I en systematisk kartleggingsoversikt fant Kiriella et al. (2021) at endret søvn og nedstemthet var det vanligste trekket ved depresjon hos PMD. Depressive symptomer som søvnevansker, appetittproblemer og selvmordstanker er assosiert med høyere langtidsblodsukker (Bot et al., 2013). Hos friske personer har forstyrret eller for lite søvn vist seg å ha en neurobiologisk pris (Van Dongen et al., 2003). Det og kan bidra til å forsterke biologisk og psykisk stress og uheld, slik at man får onde sirkler av symptomer på psykisk stress, som fører til dårligere søvn og vanskeligere regulerbart blodsukker. Dette kan igjen føre til forstyrret søvn og redusert evne til å ivareta egenreguleringsoppgaven. Fysiologisk sett vil for eksempel lite eller forstyrret søvn gjøre at det blir mer krevende å regulere blodsukkeret (Farabi, 2016;

Rechenberg et al., 2020). Den biologiske sårbarheten for selvmord ved DT1 er med andre ord svært sammensatt og kompliseres kanskje ytterligere av ytre forhold som alarmer fra utstyr.

DT1 som psykologisk byrde

Diabetes distress

Et særegent psykologisk aspekt ved DT1 er at personen på et vis må tilegne seg et psykologisk behov for insulin (Haug, 2017). Dette og andre psykologiske aspekter og belastninger ved å leve med DT1 er godt beskrevet i litteraturen, blant annet under betegnelsene diabetes distress (Fisher et al., 2019) og diabetes burnout (Kiriella et al., 2021). Hos personer med DT1 dreier diabetes distress og burnout seg om overveldelse og emosjonelt ubehag relatert til en eller flere sider ved sykdommen. Dette inkluderer for eksempel opplevd maktesløshet og lite kontroll, frykt for lavt blodsukker (hypoglykemi), komplisert forhold til mat, stress knyttet til egenbehandlingen (stikke seg med sprøytenåler, alarmer fra utstyr), negative sosiale reaksjoner og stigmatisering fra omgivelsene, opplevelse av å være til byrde for andre eller å få for lite støtte fra nærstående og stress knyttet til å ikke få tilstrekkelig hjelp og forståelse fra helsepersonell (Fisher et al., 2019). For mange vil livet med DT1 gi perioder med hyppig kroppslig ubehag, opplevd stigma, ensomhet og skam (Barnard et al., 2022). Opplevd sykdomsbyrde og forhøyet diabetes distress ser vi i alle deler av pasientpopulasjonen, og man kan forstå ulike grader av diabetes distress som normale følger av å leve med diabetes (Fisher et al., 2019).

Depresjon og diabetes distress

Det er høyere forekomst av depresjon hos både voksne (Farooqi et al., 2022) og unge PMD (Buchberger et al., 2016) sammenlignet med dem uten DT1. Imidlertid er forholdet mellom depresjon og diabetes distress ikke helt klart, og det er overlapp mellom depresjon og diabetes distress (Fisher et al., 2019; Kiriella et al., 2021). Likevel er det to ulike tilstander som det kan være vesentlig å identifisere og skille fra hverandre. Fisher et al. (2019) fant at høy grad av diabetes distress ga falske positive utslag på screening for depresjon blant PMD, og de peker på at det kan være en overdiagnostisering av depresjon hos PMD med høy diabetes distress. Handley et al. (2016) fant at høy diabetes distress er assosiert med høyere risiko for selvmordstanker, og PMD kan være selvmordsnære også når depressiv psykopatologi ikke er til stede (Fraser, 2020). Depressive symptomer som lært hjelpeløshet og selvmordstanker er assosiert med vanskelig regulerbart blodsukker, uten at vi kan si noe sikkert om

årsakssammenhengene (Pompili et al., 2014; Zanolini et al., 2016).

Stigmatisering og sosial sårbarhet ved DT1

Selvordsforskningen viser at det er en sammenheng mellom ensomhet og selvmordsrisiko (Fadum, 2015). Thomas Joiners' interpersonlige teori om selvmord legger til grunn at følelsen av å være til byrde for andre og opplevelsen av manglende tilhørighet forsterker selvmordstanker og -atferd (Van Orden et al., 2010). DT1 er for mange nettopp en privat og ensom sykdom, og en del PMD kan vegre seg for å være åpen om sykdommen (Easler et al., 2018). Voksne med DT1 erfarer stigmatisering, inkludert negative sosiale antakelser og stereotyper fra omgivelsene, som diskriminering og utestenging i skole og arbeidsliv (Browne et al., 2014). De negative konsekvensene av stigmatiseringen, som skam og følelse av utenforskap, har en negativ påvirkning på den sosiale identiteten og sosiale relasjoner. Stigmatiseringen kan antakelig påvirke egenbehandlingen, for eksempel ved at man unngår å sette insulin og å måle blodsukkeret i andres påsyn, eller å be om hjelp eller tilpasning når det trengs (Browne et al., 2014; Freeborn et al., 2013). Slik sett kan stigmatisering og skam være faktorer som ikke bare øker ensomhet, men som for noen preger hele hverdagen og selve *livet* med DT1.

Insulin som selvmordsmetode

Insulin er lett tilgjengelig, og ved å være absolutt avhengig av insulin har alle med DT1 enkel tilgang til mulig skadelige og dødelige selvpåførte handlinger. Selvpåført alvorlig hypoglykemi ved overdosering av insulin er en diabetesspesifikk selvskadings- og selvmordsmetode (Sarkar & Balhara, 2014). Ved langvarig og alvorlig hypoglykemi bør en alltid mistenke intensjonell insulinoverdose (Myers & Trivedi, 2017). På den andre siden kan fravær av insulin utvikle seg til den potensielt livstruende tilstanden diabetisk ketoacidose. DKA opptrer oftest ved nyoppdaget DT1, i forbindelse med infeksjonssykdom eller som følge av utstyrssvikt eller brukerfeil. DKA kan også skje som følge av villet underdosering eller seponering av insulin (Myers & Trivedi, 2017; Petit et al., 2020). Vi har ikke god nok kunnskap om hvor mange av tilfellene av alvorlig hypoglykemi eller DKA som skyldes en villet handling, og hvor mange som skyldes uhell eller utstyrssvikt (Barnard et al., 2022). I en norsk oppfølgingsstudie fant man at død som følge av DKA var dobbelt så hyppig som død forårsaket av hypoglykemi blant de 26,1 % dødsfallene som var knyttet til akutte diabeteskomplikasjoner (Gagnum et al., 2017). Underreportering av selvmord som dødsårsak beskrives i

forskning på selvmord ved annen somatisk sykdom (Qin, 2017).

Å ikke ivareta egenbehandlingen kan være selvskading, noe man for eksempel har sett i en amerikansk studie av tenåringer med DT1 med selvmordstanker (Myers & Trivedi, 2017). PMD har daglig erfaring med kroppslig ubehag og smerte i form av symptomer ved høyt og lavt blodsukker og stikk i huden i forbindelse med insulininjeksjoner, måling av blodsukker og andre prosedyrer. I litteraturen fant vi drøftinger av hvorvidt habituering til høyt blodsukker, kroppslig ubehag, smertefulle handlinger mot egen kropp og synet av blod kan forklare økt forekomst av selvmordsatferd og selvskading blant PMD (Hill et al., 2021; Myers & Trivedi, 2017). Å være desensitivisert for kroppslig ubehag, smertefulle handlinger mot egen kropp og synet av blod, kan gjøre terskelen for å handle på impulser om å skade seg selv lavere hos PMD enn hos personer som ikke stikker seg selv daglig (Hill et al., 2021). De samme forfatterne tolker den forhøyete selvmordsrisikoen ved DT1 som en funksjon av den potensielt farlige kombinasjonen av tilgang til dødelig selvmordsmetode, en overdosering eller seponering av insulin, høy toleranse for (kroppslig) ubehag og en opplevelse av å være til byrde, samt manglende sosial tilhørighet. Kompleksiteten i selvskadende handlinger har med andre ord en ekstra dimensjon hos PMD (Myers & Trivedi, 2017; Sarkar & Balhara, 2014).

Et samspill av faktorer

Oppsummert virker det altså som at det er kompleks sammenhenger mellom DT1 og selvmord. Både de biologiske og psykologiske stressorene ved DT1 utgjør sårbarhetsfaktorer (Sarkar & Balhara, 2014). Byrden ved sykdommen er vanskelig å komme unna, og hvordan den enkelte håndterer dette, kan utgjøre en sårbarhet i seg selv. Som i normalpopulasjonen har også enkelte PMD en personlighetsmessig sårbarhet for å utvikle negative tankemønstre knyttet til belastninger i livet, for eksempel DT1. Sykdomsbelastningen og uheldige mestringsstrategier kan føre til tilpasningsforstyrrelse; personlig sårbarhet og negative kognisjoner om DT1 kan føre til depresjon, og dette kombinert med tilgang på insulin kan føre til selvmordsforsøk.

Kliniske implikasjoner

Hva kan psykologen gjøre? Noe av det viktigste du kan gjøre som psykolog, er å hjelpe pasienten med å sortere mellom normale livsbelastninger, diabetesspesifikt psykologisk strev og psykisk lidelse. Vi

vil i det følgende drøfte kliniske implikasjoner av biopsykososiale aspekter og forhøyet selvmordsrisiko ved DT1 i lys av et fiktivt kasus og gi anbefalinger for hva du som psykolog kan gjøre.

Petter er i midten av tjuårene og har hatt DT1 siden han var 12 år. Kjæresten har nylig gjort det slutt, Petter sover dårlig, og hverdagen med egenbehandlingen krever mye. Han dropper å ta insulin til noen måltider og følger ikke med på blodsukkeret like mye som før. Tanker om å slippe kravene fra livet med diabetes streifer ham jevnlig. Han treffer en psykolog på DPS, da fastlegen henviste ham dit etter en innleggelse i somatisk sykehus på grunn av alvorlig hypoglykemi i forbindelse med en fest.

Utbrent, lei eller syk?

Hos psykologen forteller Petter om en sterk opplevelse av å ikke mestre hverdagen med diabetes. Han prøver å få mer kontroll ved å ta mindre insulin og ligge «høyt» i blodsukker. Da slipper han å være redd for lavt blodsukker. Men med høyt blodsukker blir han sliten, uopplagt, ukonsentrert og irriterbar.

Til tross for innsats med egenbehandling vil blodsukkeret hos PMD svinge mer enn ønskelig. Det er en hårfin balanse mellom å ligge innenfor og utenfor målområdet. Biologisk sett er svingende blodsukker krevende for Petter, og svingningene fører til negative tanker og fysisk ubehag, som igjen gjør at han føler seg nedfor. Tanker som at «uansett hva jeg gjør, får jeg det ikke til» og «jeg blir syk og skal dø snart uansett» kan bidra til resignasjon i diabetesbehandlingen. I tillegg har han kjærlighetssorg etter bruddet med kjæresten. Han befinner seg i en ond sirkel av fysisk ubehag, resignasjon og lært hjelpeløshet, der både biologiske, psykologiske og sosiale forhold virker opprettholdende på hverandre.

Det er viktig at psykologen har oppdatert kunnskap om og forståelse av kompleksiteten og alvoret i diabetessykdommen og egenbehandlingsoppgavene. Mange PMD frykter eller har erfaring med negativ respons fra helsepersonell når de ikke har «god blodsukkerkontroll». Det impliseres at personen ikke er flink nok eller ikke bryr seg om sykdommen og helsen. Statistikk over voksne med DT1 i Norsk diabetesregister viser at 67 % av pasientene *ikke* når behandlingsmålet på ≤ 53 mmol/mol i HbA_{1c} (Løvaas et al., 2023). Vi undrer oss over om det at det er så «vanlig» å ikke nå behandlingsmålet, kan være medvirkende til lært hjelpeløshet hos enkelte PMD. Vi mener også at disse tallene må bety at DT1 er uhyre komplisert, og at manglende måloppnåelse ikke kan tillegges mangel på motivasjon, men heller må forstås som en oppgave som er svært utfordrende å håndtere. De fleste gjør

så godt de kan og bruker mye tid på egenbehandlingen, men de når likevel ikke de medisinske måltallene.

Det har derfor stor betydning å sette ord på hvor kognitivt og emosjonelt krevende egenbehandlingen er, og normalisere vanlige reaksjoner på dette. En slik anerkjennelse kan ha stor betydning.

Det finnes selvutfyllingsskjemaer som PAID (Problem Areas In Diabetes) og DDS (Diabetes Distress Scale; Polonsky et al., 1995; Polonsky et al., 2005) som gir et godt utgangspunkt for samtale om livet med DT1. Disse spørreskjemaene adresserer sider ved DT1 som pasienten selv kanskje ikke har tenkt over, ikke har delt med andre eller ikke anser som relevant for hvordan hen har det på andre områder i livet. Du kan også helt enkelt spørre: «Hva ved diabetesen gjør deg drittlei eller helt utslitt nå for tiden?»

Nærmere døden

Petter forteller om mange episoder i ungdomsårene med så lavt blodsukker at han har trengt hjelp fra andre. Noen ganger har det vært akutte og livstruende situasjoner, hvor han har blitt hentet av ambulanse. I situasjonene har han opplevd stort kontrolltap og ubehag, og blitt redd i etterkant.

Ifølge årsrapporten fra Norsk diabetesregister for voksne har 23 % opplevd DKA (noensinne), og 4,1 % har hatt så lavt blodsukker at det har vært alvorlig (siste året; Løvaas et al., 2023). Dette er skremmende erfaringer som kan utløse og opprettholde uhensiktsmessige og destruktive strategier i egenbehandlingen. Sterke negative opplevelser setter spor og motiverer til å unngå at det samme skjer igjen. Uforutsigbarheten ved DT1, som alltid er der, kan oppleves overveldende og uhåndterlig.

På grunn av strategiene for å unngå lavt blodsukker, habitueres mange til et høyt blodsukker, og resultatet er at man ikke kjenner de vanlige symptomene på høyt blodsukker like godt (Diabetesforbundet, 2022). Habitueringen sammen med resignasjon og tilgang på insulin, som er dødelig i store doser, er en farlig kombinasjon (Hill et al., 2021). Men vi kan ikke begrense tilgangen til insulin selv om personen kan bruke insulin – eller mangel på insulin for å skade seg selv. Hver gang en person med DT1 setter insulin og foretar vurderinger rundt blodsukker- og insulinregulering, gjør hen en bevisst handling for å overleve. Spissformulert kan man si at PMD «redder livet sitt hver eneste dag». Daglig nærkontakt med vurderinger som gjelder overlevelse og med små marginer, kan gi næring til tanker og følelser rundt eksistensielle temaer som liv og død. Mange bærer i tillegg på vonde og skamfulle tanker som de aldri deler med noen. Unngåelse og ønsket om å slippe byrden kan bli veldig sterk, og

for noen kan tanken om at man kan ta livet sitt, kjennes som en mulig løsning og en trøst (Barnard-Kelly et al., 2020; Shah, 2022)

Vi mener at allmennmenneskelige eksistensielle temaer bør inngå i all samtaleoppfølging med PMD. Som psykolog er det viktig og relevant at du spør om farlige og ubehagelige erfaringer og tanker om døden. Videre at du spør om opplevelse av mangel på forutsigbarhet og kontroll, skyld og skam, forholdet til mat, kropp og insulin, redsel for akutt og langsiktig sykdom, og slitenhet som følge av alt ansvaret og arbeidet. Spør om erfaringer med insulinseponering eller overdosering av insulin, og om personen noen gang har gjort dette i angstreduserende, selvskadende, straffende eller suicidal hensikt. Disse temaene er relevante for alle med DT1, men vi kan ikke forvente at personen på eget initiativ bringer det opp. Ofte er ikke personen oppmerksom på hvordan DT1 kan forsterke opplevd sykdomsbyrde, depressive symptomer, selvmordstanker og egenbehandlingen. For noen kan refleksjon over eksistensielle temaer og dilemma knyttet til å leve med DT1 være avgjørende for å ivareta seg selv og egenbehandlingsoppgaven bedre.

Å være en minoritet

Petter unngår sosiale situasjoner fordi han føler seg dårlig, og ikke ønsker å få oppmerksomhet rettet mot seg eller sykdommen. Han forteller psykologen at han flere ganger har erfart utilsiktet stigmatisering eller bagatellisering fra omgivelsene, noe han opplever som veldig belastende.

Frykt for negative sosiale konsekvenser og en følelse av å være alene om sykdommen kan forsterke tendensen til å unngå sosiale situasjoner og relasjoner (Browne et al., 2014). Petter har gjentatte ganger måttet «lære opp» andre, også helsepersonell, og når han ikke har overskudd til det, er det krevende og lite lystbetont. Det føles også håpløst for ham. *Hvordan skal andre kunne hjelpe når de ikke forstår hva jeg står i hver eneste dag?* Lite grunnkunnskap hos psykologen kan bli en barriere for å si noe utdypende om syk-

dommen. Det kan også gjøre at psykologen ikke fanger opp innvirkningene som DT1 har på selvmordstanker, selvmordsatferd eller psykisk lidelse.

Inntrykket vårt er at temaer som stigmatisering, sosiale konsekvenser av sykdommen og ensomhet sjelden blir snakket om i vanlige diabeteskonsultasjoner hos lege eller diabetessykepleier. Den opplevde nytten av diabeteskonsultasjoner med lege eller sykepleier angis i en norsk studie som moderat til lav (Hernar et al., 2021). Dette mener vi er alvorlig, siden opplevelsen av å være til byrde og mangel på tilhørighet kan være forsterkende for selvmordstanker og -atferd (Van Orden et al., 2010). I møte med PMD anbefaler vi at du som psykolog spør om erfaringer med stigmatisering, sosiale reaksjoner og ensomhet, og er nysgjerrig på hvordan det er for personen å fortelle deg om sin diabetes.

Trenger støttespiller med innsikt og kunnskap

Petter sover dårlig på grunn av høyt blodsukker om natten. Han våkner fordi han er tørst og må på toalettet, og strever med å sovne igjen. Noen moderne diabeteshjelpemidler kan være til hjelp for dette. Men Petter ønsker ikke å bruke synlige diabeteshjelpemidler. Han vil ikke skille seg ut, og på grunn av tidligere negative erfaringer med insulinpumpe stoler han ikke på den type hjelpemidler.

PMD kan vekkes om natten av lavt eller høyt blodsukker som krever tiltak, og av alarmer fra hjelpemidler (pumpe eller blodsukkersensor). Søvn og søvndeprivasjon er et større problem for PDM enn både helsepersonell og de selv er klar over (Farabi, 2016; Rechenberg et al., 2020). Ved å gjøre gjennomtenkte endringer i behandlingsmetode og hjelpemidler kan mange i dag få betydelig bedring i søvnkvalitet. Dette kan redusere opplevd sykdomsbelastning, bedre livskvalitet (Fisher et al., 2019) og som en konsekvens redusere selvmordsrisiko. Som psykolog kan du være til hjelp ved å sette deg inn i behandlingshjelpemidler og -metoder, og ha innsikt i fordeler og ulemper ved ulik behandling. Etabler kontakt med behandlerteamet på diabetesavdelingen. Både pasienten og klinikere fra ulike deler av hjelpeapparatet må jobbe for en felles forståelse og plan, og ha en god dialog over tid. Vær kreativ og fleksibel, og jobb for at pasienten får behandlingshjelpemidler og -metode som passer, som belaster mindre og gir mer forutsigbarhet. Det har betydning at psykologen setter ord på, normaliserer og validerer at det å leve med DT1 er utfordrende, selv med gode hjelpemidler og når det medisinsk sett går bra. Det er ikke bare å ta seg sammen. Det er ikke bare å tenke positivt og fokusere på det som er bra i livet. Sammen kan dere finne ut hva man kan gjøre

Anbefalt litteratur

Haug, J. (2017). *Diabetespsykologi - samspillet mellom kropp og sinn*. Gyldendal.

Lær mer om diabetes type 1 på www.diabetes.no

noe med, ting som kan gjøre livet litt bedre, selv om diabetes-sykdommen ikke forsvinner. Da formidler du håp og hjelper personen til å oppleve mer forutsigbarhet og følelse av kontroll.

Løse opp i floken

I Petter sitt tilfelle var det flere og sammensatte faktorer som drev symptombildet. Han opplevde sykdomsbyrden som stor og hadde flere skremmende og ubehagelige opplevelser der han hadde vært hjelpe-trengende og i akutt livsfare. Han hadde opplevd stigmatisering og lite forståelse fra de rundt seg, både før og nå, og det var nylig blitt slutt med kjæresten. Personlighetsmessig hadde Petter en tendens til unngåelse. Denne sårbarheten bidro til at han mer enn tidligere skjulte diabetesen og lot være å sette insulin, for å være sikker på at han ikke ville trenge hjelp fra andre på grunn av lavt blodsukker. Etter lang tid med høyt blodsukker var kroppen vant til det og ga ham ikke så mye kroppslig ubehag. Han utviklet etter hvert en vedvarende depressiv reaksjon som følge av kumulativ og alvorlig biopsykososial belastning over tid. Dette i kombinasjon med tilgang på insulin gjorde at Petter satte store mengder med insulin før han gikk på fest, i håp om at andre anså ham som full – ikke med insulinjokk – og at han ikke ville våkne neste morgen.

Petter traffen opplyst psykolog som hjalp ham med å se sammenhengen og sette ord på forholdene som ledet til selvmordsforsøket. Psykologen ble en viktig støtte-spiller ved å lage et lite tverrfaglig team rundt Petter sammen med diabetessykepleier og diabeteslegen på sykehuset. I fellesskap fant de frem til passende medisinske hjelpemidler og egenbehandlingsopplegg for ham. Psykologen støttet ham også i å finne mer hensiktsmessige måter å leve med diabetesen på, både medisinsk, psykologisk og sosialt.

Konklusjon

Mennesker med DT1 har økt risiko for død ved selvmord. Mange med DT1 har høy opplevd sykdomsbyrde og er slitne og redde på grunn av mangel på kontroll og forutsigbarhet. Det er biologisk og psykologisk slitasje forbundet med den livslange egenbehandlingsoppgaven. Sykdommen har komplekse biopsykososiale konsekvenser, og kan føre til kortvarige eller langvarige endringer i emosjoner, kognisjon, kroppslige fornemmelser samt til impulsive handlinger. For noen kan endringene bidra til selvskading og selvmordstanker, -planer og -handling. Personer med DT1 trenger 1) helsepersonell som har innsikt i og forståelse for det komplekse samspillet mellom sykdommen og de eksistensielle og psykologiske sidene ved å leve med

DT1; 2) å bli møtt og ivaretatt som et helt menneske, og inviteres til å utforske de eksistensielle temaene som kanskje ikke kommer naturlig opp i konsultasjoner med diabeteslege eller diabetessykepleier; 3) hjelp til å sortere i det som er diabetesspesifikt i livet, og det som ikke er det; og 4) en hjelper som tør og forstår hensikten med å snakke om de diabetesspesifikke utfordringene og se etter diabetesspesifikke løsninger. For de aller fleste med DT1 vil dette være særlig nyttig – og det kan redde liv. ✖

Takksigelse

Takk til Jon Haug, Eline Alten, Randi Abrahamsen, Ingrid Schank, Cecilie Vegsundvåg og Martin Bjaadal Økter for innspill. Takk til Heidi Henriksen i Diabetesforbundet for initiativ, koordinering og innspill.

Referanser

- Barnard-Kelly, K. (2019). Utilizing eHealth and Telemedicine Technologies to Enhance Access and Quality of Consultations: It's Not What You Say, It's the Way You Say It. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 21(S2), S241–s247. <https://doi.org/10.1089/dia.2019.0015>
- Barnard-Kelly, K.D., Naranjo, D., Majidi, S., Akturk, H.K., Breton, M., Courtet, P., Olié, E., Lal, R.A., Johnson, N. & Renard, E. (2020). Suicide and Self-inflicted Injury in Diabetes: A Balancing Act. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 14(6), 1010–1016. <https://doi.org/10.1177/1932296819891136>
- Barnard, K.D., Majidi, S., Clements, M.A., Battelino, T., Renard, E., Close, K.L., Novak, L., Kar, P. & Wu, Y. (2022). RESCUE Collaborative Community: A New Initiative to Reduce Rates of Intended Self-Injury and Suicide Among People with Diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 24(8), 583–587. <https://doi.org/10.1089/dia.2021.0474>
- Bot, M., Pouwer, F., de Jonge, P., Tack, C.J., Geelhoed-Duijvestijn, P.H. & Snoek, F.J. (2013). Differential associations between depressive symptoms and glycaemic control in outpatients with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(3), e115–122. <https://doi.org/10.1111/dme.12082>
- Browne, J.L., Ventura, A., Mosely, K. & Speight, J. (2014). «I'm not a druggie, I'm just a diabetic»: a qualitative study of stigma from the perspective of adults with type 1 diabetes. *BMJ Open*, 4(7), e005625. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005625>
- Buchberger, B., Huppertz, H., Krabbe, L., Lux, B., Mattivi, J.T. & Sifarikas, A. (2016). Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 70, 70–84. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.04.019>

- Cox, D.J., Kovatchev, B.P., Gonder-Frederick, L.A., Summers, K.H., McCall, A., Grimm, K.J. & Clarke, W.L. (2005). Relationships between hyperglycemia and cognitive performance among adults with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(1), 71–77. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.1.71>
- Diabetesforbundet. (2022, 25. mars). *Høyt blodsukker (hyperglykemi)*. Hentet 05. januar 2024 fra https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/blodsukker/hoyt-blodsukker-hyperglykemi/?_t_id=enH10xVcMGycNQvXKXeKg%3d%3d&_t_uuid=o4pSFGeeOQ_eOjStnIB51sw&_t_q=h%3c3%b8yt+blodsukker&_t_tags=language%3ano%2csiteid%3af9d62586-0f79-46a7-96b7-bad4fff47433%2candquerymatch&_t_hit.id=Diabetesforbundet_Web_Features2020_AcademicArticle_AcademicArticlePage/_2e6ce182-f278-43c1-a8cd-1b718812de8e_no&_t_hit.pos=1
- Easler, J.K., Haueter, H.M., Roper, S.O., Freeborn, D. & Dyches, T. (2018). Reasons for Open and Closed Attitudes Regarding Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 31(1), 37–46. <https://doi.org/10.2337/ds16-0054>
- Fadum, E.A. (2015). Ensomhet og selvmord. *Suicidologi*, 12(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.5617/suicidologi.1773>
- Farabi, S.S. (2016). Type 1 Diabetes and Sleep. *Diabetes Spectrum*, 29(1), 10–13. <https://doi.org/10.2337/diaspect.29.1.10>
- Farooqi, A., Gillies, C., Sathanapally, H., Abner, S., Seidu, S., Davies, M.J., Polonsky, W.H. & Khunti, K. (2022). A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people with and without Type 1 and Type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.11.001>
- Fisher, L., Polonsky, W.H. & Hessler, D. (2019). Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide. *Diabetes Medicine*, 36(7), 803–812. <https://doi.org/10.1111/dme.13967>
- Fraser, E.G. (2020). Bereavement, Grief and Adult Type 1 Diabetes: Living With Diabetes Today. *Canadian Journal of Diabetes*, 44(6), 545–548. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2020.04.006>
- Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S.O. & Mandleco, B. (2013). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13–14), 1890–1898. <https://doi.org/10.1111/jocn.12046>
- Gagnum, V., Stene, L.C., Jenssen, T.G., Berteussen, L.M., Sandvik, L., Joner, G., Njølstad, P.R. & Skriverhaug, T. (2017). Causes of death in childhood-onset Type 1 diabetes: long-term follow-up. *Diabetes Medicine*, 34(1), 56–63. <https://doi.org/10.1111/dme.13114>
- Handley, T.E., Ventura, A.D., Browne, J.L., Rich, J., Attia, J.R., Reddy, P., Pouwer, F. & Speight, J. (2016). Suicidal ideation reported by adults with Type 1 or Type 2 diabetes: results from Diabetes MILES-Australia. *Diabetes Medicine*, 33(11), 1582–1589. <https://doi.org/10.1111/dme.13022>
- Haug, J. (2017). *Diabetespsykologi – samspillet mellom kropp og sinn*. Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal retningslinje for diabetes*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/diagnostikk-av-diabetes-risikovurdering-og-oppfolging-av-personer-med-hoy-risiko-for-utvikle-diabetes#risikovurdering-og-pavisning-av-diabetes-praktisk>
- Hernar, I., Graue, M., Richards, D.A., Strandberg, R.B., Nilsen, R.M., Rekdal, M., Løvaas, K.F., Madsen, T.V., Tell, G.S. & Haugstvedt, A. (2021). Use of patient-reported outcome measures (PROMs) in clinical diabetes consultations: the DiaPROM randomised controlled pilot trial. *BMJ Open*, 11(4), e042353. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042353>
- Hill, R.M., Gallagher, K.A.S., Eshtehardi, S.S., Uysal, S. & Hilliard, M.E. (2021). Suicide Risk in Youth and Young Adults with Type 1 Diabetes: a Review of the Literature and Clinical Recommendations for Prevention. *Current Diabetes Reports*, 21(12), 51. <https://doi.org/10.1007/s11892-021-01427-y>
- Kiriella, D.A., Islam, S., Oridota, O., Sohler, N., Dessenne, C., de Beaufort, C., Fagherazzi, G. & Aguayo, G.A. (2021). Unraveling the concepts of distress, burnout, and depression in type 1 diabetes: A scoping review. *EclinicalMedicine*, 40, 101118. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101118>
- Lee, H.Y., Hahm, M.I. & Lee, S.G. (2014). Risk of suicidal ideation in diabetes varies by diabetes regimen, diabetes duration, and HbA1c level. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(4), 275–279. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.02.003>
- Livingstone, S.J., Levin, D., Looker, H.C., Lindsay, R.S., Wild, S.H., Joss, N., Leese, G., Leslie, P., McCrimmon, R.J., Metcalfe, W., McKnight, J.A., Morris, A.D., Pearson, D.W., Petrie, J.R., Philip, S., Sattar, N.A., Traynor, J.P. & Colhoun, H.M. (2015). Estimated life expectancy in a Scottish cohort with type 1 diabetes, 2008–2010. *JAMA*, 313(1), 37–44. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.16425>
- Løvaas, K.F., Madsen, T.V., Tollånes, M.C., Ernes, T., Ueland, G.Å. & Cooper, J. (2023). *Norsk diabetesregister for voksne. Årsrapport 2022*. https://www.noklus.no/media/q5ucw33s/type1_a-rsrapport-norsk-diabetesregister-for-voksne-2022.pdf
- Moheet, A., Mangia, S. & Seaquist, E.R. (2015). Impact of diabetes on cognitive function and brain structure. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1353, 60–71. <https://doi.org/10.1111/nyas.12807>
- Myers, A.K. & Trivedi, M.H. (2017). Death by Insulin: Management of Self-Harm and Suicide in Diabetes Management. *Current Diabetes Review*, 13(3), 251–262. <https://doi.org/10.2174/1573399812666161005163618>
- Maahs, D.M., West, N.A., Lawrence, J.M. & Mayer-Davis, E.J. (2010). Epidemiology of type 1 diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 39(3), 481–497. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2010.05.011>

- Nathan, D.M., Genuth, S., Lachin, J., Cleary, P., Crofford, O., Davis, M., Rand, L. & Siebert, C. (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329(14), 977–986. <https://doi.org/10.1056/nejm199309303291401>
- Nguyen, L.A., Pouwer, F., Winterdijk, P., Hartman, E., Nuboer, R., Sas, T., de Kruijff, I., Bakker-Van Waarde, W., Aanstoot, H.J. & Nefs, G. (2021). Prevalence and course of mood and anxiety disorders, and correlates of symptom severity in adolescents with type 1 diabetes: Results from diabetes LEAP. *Pediatric Diabetes*, 22(4), 638–648. <https://doi.org/10.1111/pedi.13174>
- Oslo universitetssykehus. (2022). *Barnediabetesregisteret (BDR)*. Hentet 01. juli 2022 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-09/%C3%85srapport%202022%20Barnediabetes.pdf>
- Patterson, C.C., Dahlquist, G., Harjutsalo, V., Joner, G., Feltbower, R.G., Svensson, J., Schober, E., Gyürüs, E., Castell, C., Urbonaitė, B., Rosenbauer, J., Iotova, V., Thorsson, A.V. & Soltész, G. (2007). Early mortality in EURODIAB population-based cohorts of type 1 diabetes diagnosed in childhood since 1989. *Diabetologia*, 50(12), 2439–2442. <https://doi.org/10.1007/s00125-007-0824-8>
- Petit, J.M., Goueslard, K., Chauvet-Gelinier, J.C., Bouillet, B., Vergès, B., Jollant, F. & Quantin, C. (2020). Association between hospital admission for ketoacidosis and subsequent suicide attempt in young adults with type 1 diabetes. *Diabetologia*, 63(9), 1745–1752. <https://doi.org/10.1007/s00125-020-05206-4>
- Polonsky, W.H., Anderson, B.J., Lohrer, P.A., Welch, G., Jacobson, A.M., Aponte, J.E. & Schwartz, C.E. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18(6), 754–760. <https://doi.org/10.2337/diacare.18.6.754>
- Polonsky, W.H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R.J., Lees, J., Mullan, J. & Jackson, R.A. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care*, 28(3), 626–631. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626>
- Pompili, M., Forte, A., Lester, D., Erbuto, D., Rovedi, F., Innamorati, M., Amore, M. & Girardi, P. (2014). Suicide risk in type 1 diabetes mellitus: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(5), 352–360. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.02.009>
- Qin, P. (2017). Selvmordsrisiko hos personer med somatiske lidelser. *Selvmod og somatisk sykdom*, 22(1), 12–17. <https://doi.org/https://doi.org/10.5617/suicidologi.4680>
- Rechenberg, K., Griggs, S., Jeon, S., Redeker, N., Yaggi, H.K. & Grey, M. (2020). Sleep and Glycemia in Youth With Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(4), 315–324. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.12.002>
- Robinson, M.E., Simard, M., Larocque, I., Shah, J., Nakhla, M. & Rahme, E. (2020). Risk of Psychiatric Disorders and Suicide Attempts in Emerging Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, 43(2), 484–486. <https://doi.org/10.2337/dc19-1487>
- Rustad, J.K., Musselman, D.L., Skyler, J.S., Matheson, D., Delamater, A., Kenyon, N.S., Cáceda, R. & Nemeroff, C.B. (2013). Decision-making in diabetes mellitus type 1. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 25(1), 40–50. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.12010016>
- Ryan, C.M., van Duinkerken, E. & Rosano, C. (2016). Neurocognitive consequences of diabetes. *American Psychologist*, 71(7), 563–576. <https://doi.org/10.1037/a0040455>
- Sarkar, S. & Balhara, Y.P. (2014). Diabetes mellitus and suicide. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 18(4), 468–474. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.137487>
- Shah, F. (2022). *Selvmod – en radikal flukt?* Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2022/09/selvmod-en-radikal-flukt/>
- Şişmanlar Ş, G., Demirbaş-Çakir, E., Karakaya, I., Çizmecioğlu, F., Yavuz, C.I., Hatun, Ş. & Ağaoğlu, B. (2012). Posttraumatic stress symptoms in children diagnosed with type 1 diabetes. *Italian Journal of Pediatrics*, 38, 13. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-38-13>
- Skrivarhaug, T., Bangstad, H.J., Stene, L.C., Sandvik, L., Hanssen, K.F. & Joner, G. (2006). Long-term mortality in a nationwide cohort of childhood-onset type 1 diabetic patients in Norway. *Diabetologia*, 49(2), 298–305. <https://doi.org/10.1007/s00125-005-0082-6>
- Van Dongen, H.P., Maislin, G., Mullington, J.M. & Dinges, D.F. (2003). The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep*, 26(2), 117–126. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12683469
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A. & Joiner, T.E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Wang, B., An, X., Shi, X. & Zhang, J.A. (2017). MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Endocrinology*, 177(4), R169–R181. <https://doi.org/10.1530/eje-16-0952>
- World Health Organization. (2023). *Suicide rates* (Mortality and global health estimates). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
- Young, V., Eiser, C., Johnson, B., Brierley, S., Epton, T., Elliott, J. & Heller, S. (2013). Eating problems in adolescents with Type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabetes Medicine*, 30(2), 189–198. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03771.x>
- Zanoveli, J.M., Morais, H., Dias, I.C., Schreiber, A.K., Souza, C.P. & Cunha, J.M. (2016). Depression Associated with Diabetes: From Pathophysiology to Treatment. *Current Diabetes Reviews*, 12(3), 165–178. <https://doi.org/10.2174/1573399811666150515125349>

Cajal: rampegutten som ble den moderne nevrovitenskapens far

Hva kan psykologer hente fra livshistorien og utviklingen til nevroanatomen Santiago Ramón y Cajal?

TEKST

Nils Eide-Midsand

KONTAKT

nmidtsa@gmail.com

DEN SPANSKE NEVROANATOMEN Santiago Ramón y Cajal (1852–1934) mottok i 1906, sammen med Camillo Golgi, nobelprisen i fysiologi/medisin, hovedsakelig for sin oppdagelse av nevronet som den viktigste komponenten i nervesystemet. Han regnes som en av de mest betydningsfulle kartleggerne av nervesystemets anatomi, og oppdagelsene hans danner mye av grunnlaget for nevrovitenskapene slik vi kjenner dem i dag.

Det var ikke gitt at det skulle ende med nobelpris. Cajals barndom var preget av fysisk mishandling, problematferd og mistilpasning. Enkelte av lærerne hans avskrev gutten som et håpløst tilfelle, en som ikke ville drive det til noe, men som sannsynligvis ville ende opp i fengsel eller til og med i galgen (Ehrlich, 2022). I Cajals selvbiografi (1989) møter vi en gutt som nekter å underkaste seg de voksnes mange tåpeligheter. Han nekter å konsentrere seg om informasjon han ikke finner noen mening i. Han nekter å sitte lydlig på plassen sin og lytte til en lærer som ikke makter å vekke hans nysgjerrighet, når sinn og muskler «skriker» etter å bevege seg ut i skog og mark for å finne mening på egen hånd.

Mens jeg leste selvbiografien, opplevde jeg stadig vekk at jeg hadde møtt denne gutten mange ganger i løpet av mine år i BUP-systemet. Barn og ungdommer som hadde falt utenfor det stadig snevrere området for godkjent psykisk og motorisk konsentrasjon, og som havnet på kontoret mitt etter å ha blitt kjørt gjennom utrednings- og diagnoseapparatet i behandlingssystemet. De fleste av dem hadde kommet ut på den andre siden som feil- eller mangelvare, utstyrt med en diagnose.

Cajal ser åpenbart en sammenheng mellom sin opprørskehet som barn og den revolusjone-

rende nytenkeren han ble som voksen. Det er trolig derfor han vier barneårene sine så stor oppmerksomhet i selvbiografien. Han bruker faktisk flere boksider på rampestrekene som guttunge enn på omstendighetene rundt nobelpristildelingen. Jeg undres på hvordan det hadde gått med rampegutten Cajal i dag dersom han hadde blitt underkastet våre moderne behandlingsmetoder. Ville han likevel ha kunnet utvikle seg til en uredd og framfusende opprører på vitenskapsens område? Spørsmålet får stå ubesvart, men blir liggende som en undertone videre gjennom essayet, som først og fremst er ment å presentere en viktig og fargerik person vi ellers bare møter som et navn i referanselistene.

Cajals liv startet i relativ fattigdom i en avsidliggende landsby ved foten av Pyreneene. Barndoms- og ungdomstiden ble tilbragt i forskjellige småbyer i Navarra og Aragóns karrige fjellandskap, der faren virket som barbererkirurg og senere landsbylege. Atten år gammel begynte Cajal på medisinstudiet ved universitetet i Zaragoza, og han ble uteksaminert tre år senere. Etter en kort periode som militærlege på Cuba under frigjøringskrigen vendte han tilbake til Zaragoza, svekket av malaria, dysenteri og sannsynligvis tuberkulose. I denne perioden våknet interessen hans for mikroskopi, og i 1879 ble han utnevnt til direktør for det Anatomiske museum i Zaragoza. I 1883 avanserte Cajal til professor ved universitetet i Valencia, hvor han for alvor ble opptatt av nervesystemets mikroanatomi. Fire år senere forflyttet han seg til Barcelona, der han var blitt utnevnt til professor i histologi (mikroskopisk vevlære) og patologisk anatomi. Det var her, i det han senere kaller sin gullalder (Cajal, 1989), han gjorde sine mest banebrytende oppdagelser. I 1892, etter å ha høs-

tet internasjonal anerkjennelse, overtok Cajal et professorat i histologisk anatomi ved universitetet i Madrid og ble værende der livet ut.

Jeg skal komme tilbake til forskeren Cajal etter først å ha rettet søkelyset mot barndom og tidlig ungdomstid – slik Cajal selv gjør i sin selvbiografi.

GUTTEN CAJAL – SANTIAGÜÉ

Santiagüé ville vært et svært interessant bekjentskap! Nysgjerrig, vitebegjærlig, opprørsk, ulydig, uredd og antiautoritær framstår han som selve inkarnasjonen av positiv gutteenergi. Cajal beskriver med en viss fryd sine eskapader i barndommen og tidlig ungdomstid, der han gjorde alt annet enn det foreldre og lærere forventet av ham. I stedet for å konsentrere seg om skolearbeidet streifet han omkring i skog og mark, studerte insekter, planter og fugler og tegnet det han så. Når han innimellom møtte opp på skolen, var det for å forstyrre undervisningen ved å skravle, klovne, sabotere og tegne lite flatterende karikaturer av lærere han mislikte. Santiagüé rømte stadig hjemmefra og var involvert i slåsskamper, plyndring av frukthager og skadeverk. Hvor enn han kom, ble han raskt betraktet som den lokale pøbelgjengens leder, en gutt som foreldre ikke ønsket at barna deres skulle omgås.

Det hele toppet seg da Santiagüé som elleveåring konstruerte en hjemmelaget kanon. Hverken han eller kompisene trodde vel helt på at den ville fungere, men de ble enige om å teste den ut på naboens nye hageport, som ble fullstendig smadret i et øredøvende drønn. Cajal gir en malende beskrivelse av en illsint hageeier der han strever med å forsere skadeverket som hindrer ham i å innhente guttebandens forsprang. Det endte med at borgermesteren i samråd med Santiagüés far kastet gutten i fengsel, der den senere nobelprisvinneren tilbragte tre døgn blant veggedyr, rotter og annet utøy.

I sin selvbiografi gir Cajal sin far æren for å ha lært ham utholdenhet og viljestyrke. Men hvis en går til andre kilder, virker det som han underkommuniserer farens brutalitet. Han sier riktig nok at han ventet på farens straffereaksjoner med «absolutt skrekk». Forståelig nok, etter som han ble pisket til blods, slått med stokker, kløpet med oppvarmede tenner og paradert bastet og bundet gjennom byens gater til spott og spe. «Slagene bedøver meg, slik at jeg ikke kjenner smerte», skal Santiagüé ha sagt, ifølge bro-



FORSKEREN CAJAL var også opptatt av hypnose og drømmer. Foto: Wikimedia.

ren Pedro (Ehrlich, 2022, s. 26). Flere år senere våget ikke den samme Pedro å konfrontere sin far etter å ha strøket til eksamen. I stedet rømte han hjemmefra – til Argentina (!) og deretter til Uruguay, der han sluttet seg til en revolusjonær opprørshær og med nød og neppe unngikk å bli henrettet (Triarhou & del Cerro, 2008).

Farens tyranni begrenset seg ikke til reaksjoner på sønnens problematferd. Etter som han nærmet seg ungdomsalderen, ble Santiagüé fast bestemt på at han ville bli kunstner, noe faren forbød. Sønnen skulle bli lege som ham selv. Han ødela guttens tegninger, beslagla tegneutstyr og «unyttig» litteratur som Greven av Monte Cristo og Robinson Crusoe, satte gutten i barberlære og senere, etter at Santiagüé hadde uteblitt til en eksamen, i skomakerlære, for å kurere ham for «kunst-galskapen». Alle-rede da Santiagüé var ti, hadde faren forvist ham midlertidig til en religiøs kostskole i Jaca, der den minste forseelse ble straffet med slag, utsulting og isolasjon.

Farens bestrebelser hjalp imidlertid lite. Santiagüé gjemte seg bort og fortsatte å tegne og å «bade sjelen» i naturens «hjemmeligheter, mysterier og undre» (Cajal, 1989, s. 47). Han leste romantisk litteratur i smug, med moren »



Når han
innimellom
møtte opp
på skolen,
var det for
å forstyrre
undervis-
ningen

som medsamsvoren, og han fortsatte å leke røft og uvørent med never, slynge og pil og bue, der han ved en anledning såret en politikonstabel. Fjorten år gammel skrev den senere nobelprisvinneren sin første lærebok: *Lapidarisk strategi*, en sprettertmanual der han gir råd om valg av prosjektiler, avfyringsstrategier og kampplaner, det hele illustrert med egne tegninger (Ehrlich, 2022).

I de neste to årene oppdaget ungdommen Cajal skolefag som interesserte ham, og lærere som maktet å engasjere ham. Forholdet til faren ble også noe lettere etter at de fant sammen ved disseksjonsbenken, der Cajals tegneferdigheter endelig kom til sin rett, selv i farens øyne. Tilnærmingen mellom de to startet da far og sønn klatret over kirkegårdsmuren i ly av mørket for å samle sammen knokler og andre levninger som de kunne dissekere. Etter å ha kommet over avskyreaksjonene han hadde i starten, oppdaget femtenåringen Cajal menneskekroppens mange underer – først skjelettet, senere, da de anatomiske studiene var kommet inn i mer ordnede former, muskler og indre organer. Og da syttenåringen ved hjelp av mikroskopet fikk det første glimtet av blodlegemenes strøm gjennom årene, var det som en åpenbaring, som om et slør plutselig ble løftet fra sjelen (Cajal, 1999).

Til tross for en felles fascinasjon for menneskekroppens anatomi ble forholdet til faren aldri nært. Cajal benyttet primært morens slektsnavn (Cajal) framfor farens (Ramón); han nevner ham sjelden i siste halvdel av selvbiografien, og da han som voksen besøkte sin mor i Aragón, unnlot han etter sigende å oppsøke faren.

VITENSKAPSMANNEN

Som vitenskapsmann gjorde Cajal seg først bemerket som mikrobiolog. De fire årene hans i Valencia falt sammen med en voldsom og dødelig koleraepidemi, og Cajal ble raskt rekruttert for å delta i bekjempelsen av sykdommen. Den vedtatte sannheten i datidens medisin gikk ut på at sykdom smittet gjennom vonde dunster fra forråtnelseprosesser i vann, jord og lignende – den såkalte *miasmeteorien*. Til tross for stor motstand insisterte den antiautoritære Cajal på at sykdommen ble overført av en nylig oppdaget bakterie, *Vibrio cholerae*, og han bidro sterkt til utviklingen av en vaksine der døde bakterier ble injisert for å utløse produksjon av antistoffer. Cajal publiserte sine funn på spansk i 1885, ett år før amerikanerne Salmon

og Smith, som har fått æren for den samme oppdagelsen (Ramón y Cajal Junquera, 2000).

Som takk for sin innsats forærte hjembyen Zaragoza Cajal et topp moderne mikroskop. Han innrømmer at han en stund var fristet til å forske videre innen det nye, revolusjonerende og atskillig mer innbringende feltet bakteriologi, men valgte å fortsette på den smale sti, histologien, der han snart skulle utløse en enda større revolusjon. På ny måtte han kjempe mot inngrodde sannheter, denne gang når det gjaldt nervesystemets anatomi. Den vedtatte sannheten gikk ut på at nervesystemet består av et sammenhengende flettverk av nervefibre der impulsene kan gå i alle retninger, og der cellelegemet (soma) spiller en relativt ubetydelig rolle.

Da Cajal rettet sitt nye Zeiss-mikroskop inn på nervesystemet, hadde enkelte unge forskere, blant annet vår egen Fritjof Nansen (1887), allerede begynt å tvile på den rådende *retikular-teorien*. Ved hjelp av en ny histologisk fargemetode som fikk enkeltcellen til å framstå klarere og mer detaljert enn før, oppdaget Cajal at nerveimpulsene beveget seg gjennom en kjede av nerveceller som var forbundet med hverandre uten å være i direkte fysisk kontakt. Han beskrev synapsespalten og antok at en form for kjemisk reaksjon befordret den elektriske impulsen fra én nervecelle til den neste. Hva disse kjemiske prosessene besto i, ble først avdekket flere tiår etter Cajals død, med oppfinnelsen av elektronmikroskopien (Rapport, 2005). Cajal fastslo videre at nerveimpulsene ledes i en fast retning – fra nervecellens dendritter til dens akson, som deretter sender impulsene videre til dendritene i andre nerveceller gjennom det han ved en anledning beskriver som et «protoplasmisk kyss» (Cajal, 1989, s. 373). Dermed var *nevron-doktrinen* født, og de neste tiårene ble preget av bitre stridigheter mellom nevronistene og de mer tradisjonsbundne retikularistene.

Spania ble på 1800-tallet regnet som et vitenskapens u-land, og publikasjoner derfra ble sjelden lest utenfor landets grenser. Så Cajal skjønte at han aktivt og personlig måtte misjonere for sine revolusjonerende funn. Gjennom de neste årene oppsøkte han kjente forskere og læresentra over hele Europa. Han hadde med seg mikroskopet og preparatene sine og omvendte stadig flere til nevron-doktrinen, ikke gjennom teoretiske argumenter, men ved å la forskerne observere med egne øyne hva han hadde funnet. Cajal benevner disse årene som sin palmesøndag.

Cajal mottok etter hvert nobelprisen for sine beskrivelser av nervesystemets anatomi. Likevel mener nevroviteren Rudolfo Llinás (2003) at det er Cajals tanker omkring de funksjonelle implikasjonene av oppdagelsene sine som gjør ham til et virkelig geni på det biologiske feltet. Cajal spekulerte blant annet over hvordan mentale funksjoner kunne forankres i den stadig mer detaljerte kunnskapen som vokste fram om nervesystemets funksjon og anatomi. Han forfattet flere *Conjecturas* (spekulasjoner), der han undrer seg over hvordan bevissthet oppstår, og hvordan oppmerksomhet, hukommelse, læring, søvn og våkenhet med mer kan forstås ut ifra hjerneprosesser.

Cajal framstår i sine vitenskapelige arbeider, og i tråd med tidsånden, som positivist og reduksjonist. Samtidig innser han at hjernen er plastisk, og at den tilpasser seg til de problemer den står overfor (Cajal, 1999), det vil si at et menneskes opplevelser også former hjernen. I tillegg til nevroplastisitet var nervecellens evolusjon og de regenerative og nevrotofiske egenskapene til nervesystemet viktige forskningsområder for Cajal i årene som fulgte etter nobelpristildelingen (Ehrlich, 2022).

RENESSANSEMENNESKET

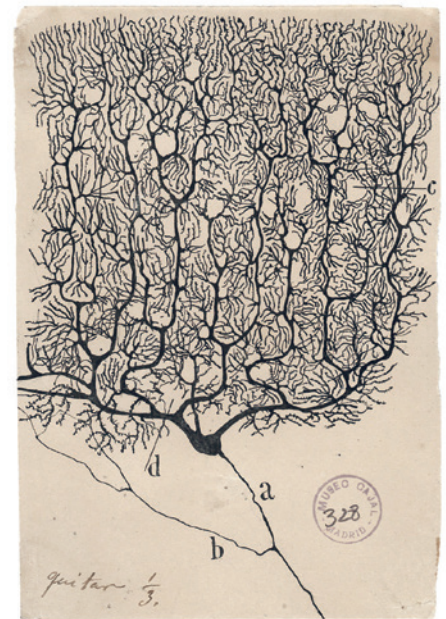
Som nevnt var Cajal en dyktig tegner allerede som barn. Som voksen tegnet han det han så i mikroskopet – så detaljert og virkelighetstro at tegningene hans fortsatt benyttes som illustrasjoner i lærebøker; de er blitt utstilt i kunstgallerier og presentert i billedbøker (De Felipe, 2010; Swanson et al., 2017). Cajal opplyser i sin selvbiografi at han har dårlig verbal hukommelse, men husker desto bedre det han ser og sanser. Det er følgelig naturlig at han allerede som barn ble sterkt interessert i fotografering, og etter hvert i selve den kjemiske prosessen fra motiv til framkalt bilde. Han utga flere publikasjoner om fotografi, blant annet en bok om fargefotografi i 1912, visstnok den første på spansk. Motivene på bildene hans spenner fra naturskildringer via stilleben og portretter til mikroskopi. Og framfor alt må han, takket være fjernutløseren, regnes som en selfie-pioner. Fonografi var et annet interessefelt. Cajal var misfornøyd med lydgjengivelsen fra de roterende sylindrene i fonografen og mente at et spor inngravert i en roterende horisontal plate av krystall eller metall ville bedre lydgjengivelsen. Han fikk konstruert en prototype i 1886, men denne fungerte så

dårlig at han ikke gikk videre med idéen, den samme som ligger til grunn for den moderne grammofonen (Alonso & de Carlos, 2018).

Men det var først og fremst som skrivende menneske Cajal gjorde seg bemerket. Allerede som barn skrev og tegnet han historier, og som voksen utga han en rekke populærvitenskapelige skrifter under pseudonymet Doktor Bakteria. Det var maktpåliggende for ham å gjøre vitenskapens funn tilgjengelig for et større publikum. Han ønsket å preke «cellenes religion» for dem, åpenbare skjønnheten i de «sjelens mystiske sommerfugler» som han kunne observere i mikroskopet, vekke folks nysgjerrighet på «den rastløse bikuben» av celler og mikrober vi alle har inni oss (Cajal, 1989).

Doktor Bakteria skrev også noveller og science fiction. I tjuårsalderen forfattet han en «biologisk roman» hvor helten seiler rundt i kroppen til en kjempe på en blodplate, og han blir blant annet vitne til episke slag mellom leukocytter og parasitter. I alderdommen resulterte Cajals fascinasjon for insekter i en fortelling der en speider-maur rapporterer hjem til sin dronning etter å ha utforsket menneskenes verden i jakt på ny arbeidskraft. «Mennesker lever nesten som maur», kan han rapportere. «Den eneste forskjellen er at de dreper av lyst og elsker ødeleggelse mer enn noe annet» (Ehrlich, 2022, s. 271).

Cajals litterære produksjoner er gjennomsyret av en til tider burlesk humor. Ved å uttrykke seg på denne måten fikk han åpenbart et kjærkomment utløp for fantasier, følelser og sprø innfall som han måtte holde i sjakk i sitt arbeid i laboratoriet. Samtidig passet han alltid på å flette inn informasjon om hva som foregikk i vitenskapenes verden. Jeg skal bare nevne én av disse historiene, novellen om den aldrende bakteriologen Dr. Max von Forschung (Cajal, 2001). Professoren gifter seg med sin 25 år yngre assistent, Emma, og alt er velstand inntil en ny preparatør blir ansatt ved instituttet. Dette er en ung mann med mørke lokker og velpleiet bart, som



KUNSTNEREN CAJAL

Purkinjecellens forgreninger vakkert og nøyaktig tegnet av Cajal. Illustrasjon: Wikimedia.



Cajal mottok etter hvert nobelprisen for sine beskrivelser av nervesystemets anatomi

snart innleder et forhold til professorens kone. Dr. Forschung aner uråd, men for å være sikker i sin sak konstruerer han et apparat som han monterer under divanen der han mistenker at stevнемøtene finner sted. Apparatet registrerer og lagrer alle bevegelser og bevegelsesmønstre oppe på divanen. Den ærverdige professoren får bekreftet sine bange anelser, og som hevn smitter han rivalen med tuberkulosebakterier fra kveg. Dermed får han også bevist at bakterier fra kveg smitter over på mennesker, noe som gjør det mulig å lage en effektiv vaksine. Hustruens elsker får ingen glede av dette; han dør på et sanatorium etter måneder med store lidelser.

HYPNOSE OG DRØMMER

Med unntak av oppholdet på Cuba praktiserte Cajal aldri som lege. En kort tid praktiserte han derimot som hypnotisør. I Valencia tok han initiativet til å danne en psykologisk komité som først og fremst skulle utforske dette nye og revolusjonerende feltet. Cajal tok imot pasienter i sitt hjem og rapporterte om positive resultater på depresjon, anoreksi og kroniske lammelser (Cajal, 1989). I motsetning til Charcot mente han at også normale personer lot seg hypnotisere og ikke bare hysterikere og mentalt syke. Han snakket begeistret om å benytte hypnose som anestesi ved operasjoner. Og han framstår som en foregangsmann for moderne «hypnobirthing», noe hans kone kunne nyte godt av da hun fødte deres femte barn. Cajals artikkel om hypnose ved fødsler er gjengitt i Stefanidou et al. (2007). Dessverre kunne fenomenet også ha uheldige sider, ifølge Cajal, som mente at psyken er sårbar for suggesjoner, slik kroppen er sårbar for bakterier. Han mistenkte at dette blant annet gjorde seg gjeldende blant tilhengerne av retikulærteorien, som suggerert av autoriteter og tradisjon nektet å akseptere det som åpenbarte seg foran øynene på dem i mikroskopet.

I forskjellige faser av livet forfattet Cajal en rekke skrifter om psykologi, men de fleste gikk dessverre tapt under den spanske borgerkrigen. Ved siden av suggesjon var han spesielt interessert i drømmer. I motsetning til Freud mente han at drømmer ikke har noen dypere mening. Som sekstiåring begynte han å skrive ned drømmene sine, noe han fortsatte med helt fram til sin død, nettopp for å kunne argumentere mot Freuds spekulative idé om at drømmer representerer en oppfyllelse av ubevisste ønsker. Cajal mente at svært få av hans egne

drømmer kunne tolkes i den retningen. Han drømmer for eksempel gjentatte ganger at han mister buksene på et offentlig sted, og spør: «Er det et ønske?» (Ehrlich, 2017, s. 90).

Men enkelte av drømmene hans uttrykker muligens ubevisste ønsker, selv om Cajal selv ikke ser det slik. Nærmere sytti, fysisk svekket og plaget av sykdom, rapporterer han for eksempel om en drøm der han (slik han ofte gjorde som barn) klatrer over muren til en frukthage. Der møter han en kvinne som virker forskrekket over å støte på en gammel mann i frukthagen. Han unnskylder seg med at han har mistet brillene sine, og måtte ned for å hente dem. Cajal kommenterer blant annet at muren var ekstremt høy, minst like høy som et hus (slik det fortonte seg da han var barn?), og sier videre: «Det var vinter. Det var ingen frukt.» Drømmen danner en skarp kontrast til selvbiografiens varme sommerfortellinger om den livsbejaende gutten Santiagüé på slang i frukthager bugnende av druer, epler, aprikoser og fersken; en gutt «som hoppet som en gresshoppe, klatret som en apekatt, løp som en bukk og forserte murer med en firfisles hurtighet uten å bli svimmel ...» (Cajal, 1989, s. 32). Man kan i det minste ane en lengsel etter noe som ikke lenger er.

ULYDIGHET OG MISTRO TIL AUTORITETER

Med utgangspunkt i egne barndomsminner understreker Cajal barns behov for lek og motorisk utfoldelse, eller «spontan gymnastikk», som han kaller det. Å være i ro er den verste tortur for et barn, slår han fast; å få bevege seg fritt er en absolutt forutsetning for et godt liv, det utvikler muskler, sanser, sosiale og kognitive evner. Like klart ser han barns behov for spenning, risikotaking og fare, et behov han selv og kameratene fikk utløp for ved å raide andres frukthager, selv om de fritt kunne forsyne seg hjemme i sine egne hager.

Han lar seg heller ikke opprøre over barns ulydighet, som han mener er en positiv egen-skap. Som gammel tilbragte han mye tid sammen med barnebarna sine. Men han bekymret seg over at de var altfor veloppdragne, og oppfordret dem til å være mer rampete (Ehrlich, 2022, s. 321). Her er han på linje med Donald Winnicott (1970), som hevder at det motsatte av lek ikke er arbeid, men lydighet. Mens lek gir god grobunn for det sanne selvet, danner lydighet grunnlaget for å utvikle

et falskt selv, bygd opp av andres forventninger framfor av egne ressurser, ferdigheter og behov.

På sett og vis forble Cajal den viljesterke og kreative gutten Santiagué gjennom hele livet. Den antiautoritære holdningen hans kommer klart til uttrykk både i hans vitenskapelige virke så vel som i livet ellers. Han jaktet utrettelig på autoriteter og vedtatte sannheter han kunne fileriste, og innrømmet i ettertid at kampanjen hans for den frittstående nervecellen i bunn og grunn var en opprørshandling (Ehrlich, 2022). Da han som ung kom hjem fra Cuba, syk av noe som kan ha vært tuberkulose, bestemmer han seg for å gjøre det stikk motsatte av det legene ved sanatoriet forordnet: ikke hvile og kildevann, men derimot fysisk utfoldelse i form av lange, utmattende fjellture. Han sier et sted at dersom det skulle være noe guddommelig i oss, så må det være viljen (Cajal, 1999).

Politisk var Cajal motstander både av kirke og monarki, noe som ble sett på som svært radikalt i datidens Spania. Han langet også ut mot kapitalismen, som han så som en forbannelse. Han var republikaner, fritenker og liberal, og delte også enkelte synspunkter med sine sosialistiske venner og kollegaer (Cajal, 2015). Cajal følte seg mer hjemme blant vanlige folk enn

blant eliten og foretrakk å bosette seg i arbeiderstrøk. Han ville frigjøre de undertrykte – ikke gjennom våpen og vold, men gjennom opplysning, vitenskap og kunst. Både i selvbiografien og i annet han forfattet, kommer han stadig med stikk til de rike – de som har arvet rikdom, eller de som lever på andres arbeid: de late og overflødige, snylterne som «ser fram til evig hvile etter en åtti år lang siesta» (Cajal, 2021, s.141).

Dersom den viljesterke og opprørske gutten Santiagué hadde havnet i et av våre moderne behandlingsapparater, ville han høyst sannsynlig blitt utstyrt med en diagnose og fått sin livsbejaende gutte-energi bragt under terapeutisk kontroll. Han klarte imidlertid å legge problemene bak seg uten slik hjelp. Et viktig omslag ser ut til å ha kommet i det han møtte lærere og andre voksne som viste ham respekt, og som maktet å vekke nysgjerrigheten og entusiasmen hans. Det var åpenbart «medisin» like god som noen. God nok også, tror jeg, for mange av de sunt opprørske barna vi møter i våre konsultasjonsrom. Når alt kommer til alt, var Santiagués tre døgn i kasjotten som elleveåring kanskje langt mindre skadelig enn det en hel barndom innestengt og isolert i en diagnose ville vært. ❌

”

Å være i ro er den verste tortur for et barn, slår han fast

REFERANSER

- Alonso, J.R. & de Carlos, J.A. (2018). *Cajal: Un grito por la ciencia*. Next Door Publishers.
- Cajal, R.S. (1989). *Recollections of my life*. MIT Press. (Opprinnelig publisert som *Recuerdos de mi vida, 1901–1917*.)
- Cajal, R.S. (1999). *Advice for a young investigator*. MIT Press. (Opprinnelig publisert som *Reglas y consejos sobre investigaciones científicas: Los tónicos de la voluntad, 1916*.)
- Cajal, R.S. (2001). *Vacation stories: Five science fiction tales*. University of Illinois Press. (Opprinnelig publisert som *Cuentos de vacaciones: Narraciones pseudocientíficas, 1905*.)
- Cajal, R.S. (2015). Preface to Enrique Luria's «Superorganic Evolution: Nature and the Social Problem». I L.C. Triarhou (red.), *Cajal beyond the brain: Don Santiago contemplates the mind and its education* (s. 97–103). Corpus Callosum.
- Cajal, R.S. (2021). *Charlas de Café* (Café passiarer). Balloons. (Opprinnelig utgitt i 1922.)
- De Felipe, J. (2010). *Cajal's butterflies of the soul: Science and art*. Oxford University Press.
- Ehrlich, B. (2017). *The dreams of Santiago Ramón y Cajal*. Oxford University Press.
- Ehrlich, B. (2022). *The Brain in search of itself: Santiago Ramón y Cajal and the story of the neuron*. Ferrar, Straus & Giroux.
- Llinás, R.R. (2003). The contribution of Santiago Ramón y Cajal to functional neuroscience. *Nature Reviews*, 4, 77–80. <https://doi.org/10.1038/nrn1011>
- Nansen, F. (1887). *The structure and combination of the histological elements of the central nervous system*. John Griegs Forlag.
- Ramón y Cajal Junquera, S. (2000). Ramón y Cajal, microbiologist. *International Microbiology*, 3, 59–61.
- Rapport, R. (2005). *Nerve endings: The discovery of the synapse*. W.W. Norton.
- Stefanidou, M., Solà, C., Kuvelas, E., del Cerro, M. & Triarhou, L.C. (2007). Cajal's brief experimentation with hypnotic suggestion. *Journal of the History of the Neurosciences*, 16, 351–361. <https://doi.org/10.1080/09647040600653915>
- Swanson, L., Newman, E. & Araque, A. (2017). *The beautiful brain: The drawings of Santiago Ramón y Cajal*. Abrams.
- Triarhou, L.C. (Red.) (2015). *Cajal beyond the brain: don Santiago contemplates the mind and its education*. Corpus Callosum.
- Triarhou, L.C. & del Cerro, M. (2008). Pedro Ramón (Cajal's brother) and his pivotal contributions to evolutionary neuroscience. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 159, 419–428. <https://doi.org/10.4414/sanp.2008.01993>
- Winnicott, D.W. (1970). *Playing and reality*. Routledge.

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 2 S. 106-113 DOI: <https://doi.org/10.52734/OMMB8005>

Dialektisk atferdsterapi for barn: En pilotstudie av ferdighetstreningsgrupper for foreldre

Marit Coldevin¹, Maia Daasvand Skyberg¹, Solveig M. Kirchhofer^{1,2},
Per Martin Løken¹, Synne Jenssen¹ og Jan Stubberud^{2,3}

Sammendrag

Bakgrunn: Dialektisk atferdsterapi for barn (DBT-C) er utviklet for å behandle barn med alvorlig følelsesreguleringsforstyrrelse, og intervensjonene er rettet mot både barn og foreldre. Vi ønsket å se på hvordan foreldre rapporterte behandlingsutfall på barnets atferdsvansker etter å ha deltatt i foreldreferdighetstreningsgrupper i DBT-C. Etter det vi kjenner til, har ingen studier, hverken internasjonalt eller nasjonalt, utforsket behandlingsutfall etter DBT-C foreldregruppeintervensjon tidligere.

Metode og resultater: Utvalget i denne innen-gruppe-studien var foreldre til 23 barn i alderen 8-14 år ($Mdn = 11$ år, 74 % gutter) under behandling i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Piloten var en del av et større kvalitetsutviklingsprosjekt i en poliklinikk. Utfallsmålene var Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI), der vi sammenlignet foreldrerapporterte atferdssymptomer hos barnet før og etter intervensjonen, i tillegg til i hvilken grad foreldrene opplevde atferden som problematisk. I tillegg svarte foreldrene på et spørreskjema som målte grad av opplevd nytte av intervensjonen. Resultatene viste en reduksjon i frekvensen av atferdsvansker hos barnet ($t(21) = 5.127, p < .001$) og foreldrene opplevde i mindre grad atferdsvanskene som et problem ($t(19) = 2.714, p = .014$).

Konklusjon: Med forbehold om lav utvalgsstørrelse og manglende kontrollgruppe gir pilotstudien en indikasjon på at DBT-C foreldreferdighetsgrupper kan redusere atferdsvansker hos barn med følelsesreguleringsforstyrrelse. Det er få studier på DBT-C, og våre resultater legger til rette for videre forskning på behandlingsmetoden. Fremtidige studier bør sikre mulighet for evaluering av høy intern og ekstern validitet, vektlegge evaluering av effekt med flere måleinstrumenter fra flere komponenter og monitorere endringsmål underveis. I tillegg bør omkringliggende faktorer, som tidligere og annen parallell behandling eller oppfølging, kontrolleres for.

Nøkkelord: DBT-C, følelsesreguleringsforstyrrelse, ferdighetstrening for foreldre, atferdsvansker

¹ Nic Waals Institutt,
Lovisenberg
Diakonale Sykehus
(LDS)

² Psykologisk Institutt,
Universitetet i Oslo

³ Forsknings-
avdelingen, LDS

KONTAKT

mmc@lds.no

MERKNAD

Ingen oppgitte
interessekonflikter.

FAGFELLEVDERT

Barn med alvorlig emosjonell dysregulering i form av hyppige sinneutbrudd og vedvarende irritabilitet strever i stor grad psykologisk, sosialt og funksjonelt (Copeland et al., 2013). Når sinnet og irritabiliteten ikke kan forstås som uttrykk for uholdbare livsbetingelser eller utviklingsforstyrrelser, har barna tradisjonelt blitt forstått diagnostisk som å lide av atferdsforstyrrelser (Leibenluft, 2017). Data fra pasientregistre viser at atferdsforstyrrelser er en av de hyppigst stilte diagnosene i aldersgruppen 7–12 år i Norge (Helsedirektoratet, 2022). Senere års forskning har gitt grunnlag for å differensiere barna som strever med atferdsforstyrrelser, i flere symptomundergrupper, hovedsakelig 1) irritable, 2) egenrådige/trassige eller 3) fiendtlige/ufølsomme (se f.eks. Stringaris & Goodman, 2009). I DSM-5 er utviklingen tatt hensyn til gjennom etableringen av diagnosen Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) (American Psychiatric Association, 2013). DMDD kjenetegnes av to primære symptomer: «kronisk» irritabilitet (daglig irritasjon, > 1 år) og alvorlige sinneutbrudd (≥ 3 ganger per uke, > 1 år) på to eller flere arenaer. Flere studier har vist at det er en utviklingsmessig sammenheng mellom alvorlig irritabilitet i barndommen og senere affektive lidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, suicidale handlinger/intensjoner og rusmisbruk (Althoff et al., 2010; Stringaris et al., 2009). Slike sammenhenger understreker hvor viktig det er å utforske intervensjoner som er spesifikt rettet mot alvorlig emosjonell dysregulering hos barn.

DBT for barn

Emosjonsregulering kan defineres som et individs evne til å tilpasse eller modulere hvilke følelser man har til hvilke tidspunkt, og hvordan man opplever og uttrykker dem (Gross, 2014). Emosjonell dysregulering, som står i kontrast til adaptiv emosjonsregulering, antas å være kjernevansken i DMDD (Brotman et al., 2017). Det finnes foreløpig svært få evidensbaserte behandlingsprogrammer for DMDD, men dialektisk atferdsterapi for barn (Dialectical behavior therapy for children [DBT-C]) har vist lovende resultater (Perepletchikova et al., 2017).

DBT-C er ordinær DBT tilpasset aldersmessig for barn med alvorlig emosjonell dysregulering og deres omsorgsgivere. DBT-C bygger på standard DBT i innhold og didaktikk. I tillegg inkluderer det foreldreveiledning og elementer fra foreldreintervensjoner basert på sosial læringsteori som har vist seg å være effektive for atferdsvansker, som Parent Management Training (PMT) (Forgatch & Patterson, 2010).

DBT er en sammensatt behandlingsmodell der det blir lagt vekt på ferdighetstrening, kognitiv restruk-

turering, affekteksponering og kontingenshåndtering. Behandlingen vektlegger både aksept og validering av det som er, og behov for endring, og den kan beskrives som en syntese av tre paradigmer: atferdspsykologi for å fremme endring, mindfulness for å fremme tilstedeværelse og aksept, og dialektikk for å balansere mellom endring og aksept (Linehan, 1993).

Det overordnede målet med DBT er å behandle alvorlig svikt i emosjonsregulering. Utgangspunktet er en teori om at emosjonell dysregulering oppstår og opprettholdes av en gjensidig påvirkning mellom en medfødt emosjonell sensitivitet/reaktivitet hos barnet og omgivelsenes invalidering av denne reaktiviteten (Linehan, 1993). Med invalidering menes alvorlige og/eller langvarige negative responser på barnets emosjonelle uttrykk, noe som antas å føre til manglende forståelse av egne emosjoner og u hensiktsmessige mestingsstrategier for selvregulering hos barnet. Når dette mønsteret gjentas over tid, vil det kunne oppstå ulike former for psykopatologi, som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, som tradisjonelt er målgruppen for intervensjonen (Linehan, 1993).

Et grunnprinsipp i DBT-C er at barnet *ikke* involveres aktivt i terapien før forelderen kan vise til grunnleggende forståelse og hensiktsmessig atferd for å kunne støtte barnet i dets endringsprosess. Særlig må foreldrene tilegne seg en økt grad av validerende holdning og atferd overfor barnet (Perepletchikova et al., 2017).

Etter det vi vet, har DBT-C kun vært vurdert i en effektstudie (Perepletchikova et al., 2017), og det er behov for ytterligere utforskning av behandlingsmetoden. Forutsetningen i DBT-C om at barnet ikke skal involveres før forelderen har opparbeidet seg emosjonsreguleringsferdigheter, gir grunnlag for å utforske om foreldregruppeintervensjonen i seg selv kan bidra til å redusere barnets symptomer. Ingen har undersøkt dette tidligere. I tillegg har det betydning å undersøke i hvilken grad foreldrene opplever metoden som nyttig.

Det overordnede målet for pilotstudien var å skaffe kunnskap om behandlingsutfall etter foreldreferdighetstreningssgruppen i DBT-C. Forsknings-spørsmålene var:

1. Rapporterer foreldrene endring i barnas grad av atferdsvansker før og etter foreldregruppe?
2. Rapporterer foreldre barnas atferdsvansker som mindre problematisk fra før til etter foreldregruppe?
3. På hvilken måte opplever foreldre gruppeintervensjonen som meningsfull, herunder dets nytteverdi for dem som foreldre, barnet og samspillet barn og forelder?

Metode

Design

Pilotstudien er en utforskende studie med innen-gruppe-design. Den er en del av et pågående fagutviklingsprosjekt som har til hensikt å beskrive og kvalitetssikre terapis tilbudet DBT-C ved Nic Waals Institutt, en poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) som tilhører Lovisenberg Diakonale Sykehus. Studien er tilrådet av personvernombudet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Prosedyre

Deltakerne ble rekruttert i sammenheng med at barna deres var til utredning og behandling ved poliklinikken. Rekrutteringsperioden var høst 2019–vår 2021. Foreldre til barn som ble vurdert av ansvarlig behandler og konsultasjonsteamet til å være i målgruppen for DBT-C, deltok i forkant i en orienterings- og forpliktelsessamtale (se figur 1). Før gruppeoppstart mottok foreldrene en skriftlig invitasjon til å delta i fagutviklingsprosjektet som studien er en del av. Foreldrene fylte ut spørreskjemaet Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) ved første og siste ferdighetstreningssesjon med rundt fire måneders mellomrom. Et evalueringsskjema ble fylt ut i siste gruppetime. Vi og Personvernombudet ved sykehuset vurderte prosjektet til å være et kvalitetssikringsprosjekt siden det var en gjennomgang av data for kontroll og evaluering av en eksisterende behandling som har blitt tilbudt siden 2018 ved Nic Waals Institutt. Samtlige foreldre

deltok etter premissene for informert samtykke. Data ble aidentifisert og lagret sikkert på Lovisenbergs forskningsserver.

Deltakere

Samtlige foreldre som fikk tilbud om ferdighetstreningssesjon, samtykket til å delta i studien ($n = 36$ barn; $n = 72$ foreldre). Felles for barna var at de strevde med alvorlig emosjonell dysregulering i henhold til kriteriene for DMDD etter DSM-5, og barna var mellom 6 og 13 år. Av de 72 foreldrene som samtykket til å delta, leverte 49 foreldreevalueringsskjema etter fullført gruppe. Dette utvalget bestod av 31 fedre (63.3 %), 13 mødre (26.5 %) og 5 personer (10.2 %) som ikke rapporterte kjønn. Det var 23 foreldre som skåret ECBI før og etter gruppe. Utvalget her bestod av 23 barn, blant dem 6 jenter (26.1 %) og 17 gutter (73.9 %) i alderen 8–13 år (median = 11, IQR = 3). Informantene på ECBI var 16 mødre (69.6 %), 5 fedre (21.7 %) og ved to tilfeller rapporterte foreldrene sammen (8.7 %).

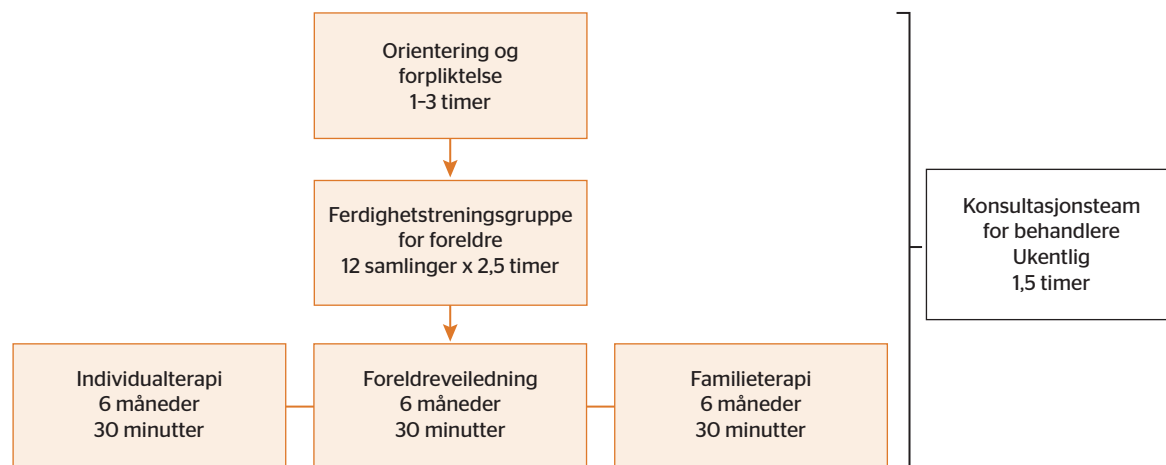
DBT-C

DBT-C i sin helhet består av fire moduler. I denne studien har vi fokusert på ferdighetstreningssesjonen for foreldre.

Ferdighetstrening for foreldre omhandler fire hovedtemaer som repeteres i individual- og familierapien, illustrert i figur 2. I ferdighetstreningssesjonen som har totalt 12 samlinger, presenteres ferdighetene, og de knyttes til foreldrenes problemstillinger, både gjennom rollespill og øvelser og ved refleksjon

Figur 1

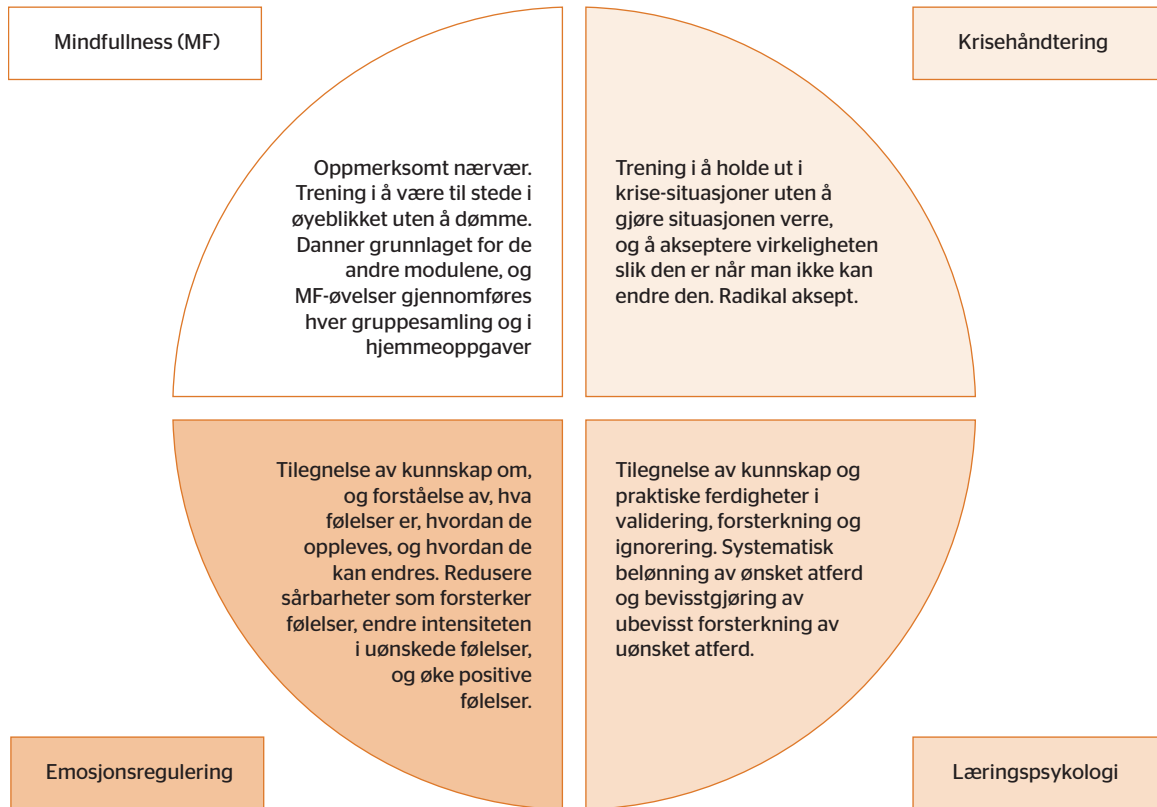
Dialektisk atferdsterapi for barn (DBT-C) ved Nic Waals institutt



Merknad. Individualterapi, foreldreveiledning og familierapi foregår i en 90 minutters økt.

Figur 2

Temaer i DBT-C ferdighetsgrupper for foreldre



Merknad. Egenkonstruert figur som gir oversikt over hovedtemaer i ferdighetsgruppene som beskrevet i DBT-C.

i plenum og mindre grupper. Foreldrene får hjemmeoppgaver i forbindelse med temaene som er gjennomgått i gruppene. Ferdighetstreningen følger en fastsatt rekkefølge. Den starter med informasjon om behandlingsmodellen og dens anvendelse (én samling), etterfulgt av mindfulness (én samling), krisehåndtering (to samlinger), dialektikk og validering (tre samlinger), atferd og atferdsendring (to samlinger), følelsesregulering (to samlinger) og oppsummering/avslutning (én samling).

Alle terapeutene som holdt grupper, er utdannet psykolog eller psykiater og sertifiserte DBT-terapeuter med opplæring fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF). Tre av terapeutene er sertifiserte DBT-C-terapeuter etter opplæring med dr. Perepletchikova.

Måleinstrumenter

Eyberg Child Behavior Inventory

ECBI (Eyberg & Ross, 1978) er et foreldrerapporteringsinstrument utviklet for å kartlegge atferds-

problemer hos barn i alderen 2–16 år. Instrumentet består av de to subskalaene Intensitet og Problem. Intensitetsskalaen er en syvpunkts Likert-skala som måler frekvens av problematferd, for eksempel «slår andre» eller «følger ikke beskjeder» (1 = Aldri, 7 = Alltid). Problemskalaen er dikotom (ja/nei) og indikerer foreldrenes vurdering av atferden som problematisk eller ikke. T-skår ≥ 60 indikerer klinisk nivå. ECBI er standardisert og validert (Boggs et al., 1990) og vurdert til å inneha gode psykomeriske egenskaper, også i en norsk populasjon (Intensitet: $\alpha = .82-0.93$; Problem: $\alpha = .84-.96$) (Reedtz & Martinussen, 2011).

Evalueringskjema

Evalueringskjemaet består av totalt ni spørsmål knyttet til opplevd nytteverdi og effekt av å delta i ferdighetstreningssgruppen (se tilleggsmateriale). Fem spørsmål besvares på en firepunkts skala (ikke i det hele tatt, i liten grad, i stor grad, i veldig stor grad), tre spørsmål ber om deskriptive svar, og ett spørsmål er en vurdering av hvilke ferdigheter forelderen opp-

levde som mest og minst nyttige (mindfulness, krisehåndtering, dialektikk, validering, læringspsykologi, følelsesregulering). Evalueringsskjemaet er utarbeidet av forfatterne Løken og Coldevin i 2019 etter retningslinjer utviklet av Bradburn et al. (2004).

Statistiske analyser

Innledende analyser ble gjennomført for å utforske normalitet, uteliggere og manglende verdier. Vurdering av skjevhet og kurtose underbygget antakelsen om normalitet, med unntak av T-skårer for Problemvariabelen, som hadde skjevhet > -1.96 , noe som indikerer avvik fra normal ($p < .05$). Manglende verdier (4) ble undersøkt med frekvenstabeller og Little's MCAR-test. Deskriptiv statistikk ble brukt for å undersøke gjennomsnittsskårer for ECBI og evalueringsskjemaet. Inferentielle analyser, inkludert parametriske og ikke-parametriske tester av gruppeforskjeller, ble gjennomført: Paret T-test ble gjort for å utforske forskjell i gjennomsnittsverdier, og Wilcoxon Signed-Ranks ble utført før og etter ferdighetstreningsgruppe for å undersøke om det var forskjell i gjennomsnittsrang. Effektstørrelser (Cohens d) ble regnet ut for å vurdere størrelsen på eventuelle forskjeller mellom tidspunktene. Vi foretok korrelasjonsanalyser for å se om det var en sammenheng mellom skårer før og etter ferdighetstreningsgruppe på EBCI-skalaene Intensitet og Problem. I samtlige analyser ble råskårer brukt til fordel for T-skårer. Forventet sannsynlighet ble satt til $p < .05$.

Resultater

Skårer før og etter ferdighetstrening

Det var statistisk signifikant forskjell mellom pre- og post-gruppe i Intensitet-skårer ($t(21) = 5.127, p < .001$, Cohens $d = 1.1$, 95 % CI [.55, 1.62]) og Problem-skårer ($t(19) = 2.714, p = .014$, Cohens $d = 0.6$, 95 % CI [.12, 1.08]), se tabell 1.

Pre-skårene for Intensitet og Problem var sterkt korrelert ($r = .759, p < .01$). Dette indikerer at høyere skå-

rer på Problem-målet er assosiert med høyere skårer på Intensitet-målet. For post-skårer fant vi en moderat korrelasjon ($r = .630, p < .01$). T-skårer over/lik 60 indikerer klinisk nivå (pre-skårer Problem: $M = 66.4$ og Intensitet: $M = 64.6$, post-skårer Problem: $M = 61.1$ og Intensitet $M = 59.3$).

Siden utvalget var lite, ble det også gjennomført en ikke-parametrisk test for å undersøke gruppeforskjeller i Intensitet og Problem før og etter gruppe. Wilcoxon Signed-Ranks test indikerte at Intensitet i post-gruppe (mean rank = 12.68) var signifikant lavere enn Intensitet i pre-gruppe (mean rank = 4), $Z = -3.718, p < .001$. Tilsvarende var Problem i post-gruppe (mean rank = 9.29) signifikant lavere enn i pre-gruppe (mean rank = 6.13), $Z = -2.252, p < .001$.

Deskriptive analyser av evalueringsskjema

Figur 3 presenterer foreldrenes vurdering av positiv endring hos barnet, hos forelderen selv og i samspillet i familien som følge av deltakelse i foreldregruppen.

Foreldrene ($n = 49$) evaluerte validering som den mest nyttige foreldreferdigheten (87 %). Det er også den eneste av ferdighetene som ingen har vurdert som minst nyttig. Ferdigheten som blir fremhevet som minst nyttig, er læringspsykologi (24.5 %). Videre rapporterte totalt 93.8 % at de og deres familie hadde hatt nytte av tilbudet i stor (57.1 %) eller veldig stor (36.7 %) grad. Totalt 95.9 % ville anbefalt tilbudet til andre foreldre i samme situasjon som dem selv i stor (22.4 %) eller veldig stor (73.5 %) grad.

Diskusjon

Vi fant en reduksjon i både barnets grad av vansker og foreldrenes rapporterte grad av problemer med å håndtere barnets vansker etter intervensjonen med DBT-C ferdighetsgruppe. Videre rapporterte foreldrene at de opplevde metoden som nyttig for egen del, for samspillet innad i familien samt for barnets del. Til tross for liten utvalgsstørrelse antyder resultatene, i tråd med teorien bak behandlingsintervensjonen DBT-C, at psykoedukasjonen og ferdighetstre-

Tabell 1

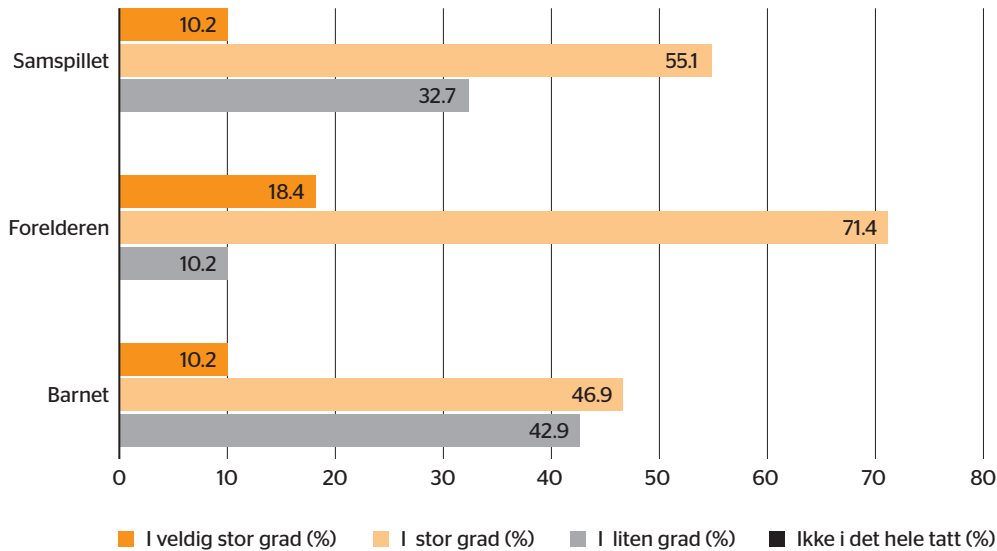
Forskjeller mellom grupper før og etter intervensjon på problem- og intensitetskårer rapportert av foreldre

Mål	Pre-gruppe				Post-gruppe				t	p
	$M(SD)$	Mdn	Range	IQR	$M(SD)$	Mdn	Range	IQR		
ECBI-I ($n = 22$)	148.78 (21.17)	146	107–207	22	131.36 (28.38)	129	89–190	30	5.127	<.001**
ECBI-P ($n = 20$)	19.14 (4.90)	20	7–28	7	15.24 (7.16)	16	1–25	11	2.714	.014*

Merknad. ECBI-I = ECBI Intensitet, ECBI-P = ECBI Problem. Høyere ECBI-skår indikerer mer vansker. IQR = interquartile range. * = $p < .05$. ** = $p < .001$

Figur 3

Grad av positiv endring rapportert av foreldre som følge av deltakelse i gruppe (n = 48–49)



Merknad. En manglende verdi for vurdering av Positiv endring i samspillet.

ningen kan bidra til symptomlette hos barna. I tillegg opplevde foreldrene at forelderrollen var mindre problematisk eller mer håndterbar. Ettersom vi ikke har en kontrollgruppe, må det tas høyde for at endringen før og etter gruppe kan skyldes andre faktorer, slik som regresjon mot gjennomsnittet og naturlig endring over tid. En mulig endringsfaktor i lys av dette er at foreldrene møter andre foreldre i tilsvarende situasjon, noe som kan normalisere barnets vansker og egne vansker med å håndtere disse. Normalisering er også vurdert å være en sentral gruppeprosess (Finucane & Mercer, 2006) som i seg selv kan være en viktig endringsmekanisme. Videre kan det gi håp å oppleve støtte, å inngå i et behandlingsprogram som blir fremhevet som effektivt, og å møte helsepersonell, noe som er vist å være betydningsfullt for endring (Wampold & Imel, 2011).

Funnene våre samsvarer med funn fra Perepletchikova et al. (2017), som fant reduksjon i barns atferdsproblematikk etter DBT-C. Tilsvarende positive effekter (f.eks. reduksjon i selvskading og suicidal atferd) etter DBT er også sett i andre barne- og ungdomspopulasjoner (Kothgassner et al., 2021; Mehlum et al., 2014), noe som gir støtte for å anvende DBT-C som metode for barn med DMDD. Resultatene fra vår studie antyder symptomlette hos barna, uten at barna selv hadde mottatt behandling. Dette taler for at ferdighetsgruppe for foreldre alene kan bidra til å skape endring hos barn i noen familier, og at det ikke alltid

er nødvendig å involvere barnet i behandlingen. Våre funn åpner også for en mulig differensiering og tilpassing av tiltak, der man involverer barna i behandlingen basert på resultater etter ferdighetsgruppen for foreldre. Dette bør man i fremtiden undersøke med kontrollgrupper og et bredere utvalg.

Foreldrene rapporterte i all hovedsak stor nytteverdi av intervensjonen, og de opplevde størst grad av endring i seg selv (70 % «i stor grad»). Dette er også hensikten med første del av DBT-C-intervensjonen. Det var derimot ingen prosentvis forskjell i foreldre som rapporterte «stor grad av endring hos barnet» og «liten grad av endring hos barnet». Resultatene fra evalueringsskjemaet for de 49 foreldrene skilte seg fra den signifikante reduksjonen i ECBI intensitetsskårer. Det er svært uklart hvilken vekt diskrepansen skal gis, gitt at evalueringsskjemaet ble fylt ut anonymt og resultatene derfor ikke kan sammenlignes på individnivå. Man kan spekulere på om foreldrene som ikke rapporterer stor grad av endring i ECBI, og som har behov for mer hjelp, er de samme som rapporterer at barnets vansker i liten grad har endret seg.

Foreldrene fremhevet at validering var en spesielt virksom ferdighet i evalueringen. Det er mulig at tilegnelse av denne ferdigheten gjenspeiles i reduksjonen i ECBI problemskårene. Det teoretiske rammeverket til DBT tar utgangspunkt i invalidering som noe som særlig opprettholder dysregulering hos barnet (Line-

han, 1993). Ut fra et teoretisk ståsted kan vi forvente at ferdigheter som adresserer validering, vil være ekstra potente med tanke på endring hos barnet. Det finnes empirisk støtte for dette i studier på behandlingsintervensjoner til foreldre med fokus på validering. Disse har også vist effekt på barns symptomer, eksempelvis emosjonsfokusert terapi til foreldre (EFT; Ansar et al., 2022). Det er naturlig å tro at validering som ferdighet er bevisstgjørende og gir en økt forståelse av at egne og andres følelsesuttrykk er meningsfulle. I forlengelsen av en slik bevisstgjøring kan atferden bli lettere å akseptere eller bli opplevd som mindre alvorlig av foreldrene. Et spørsmål er om foreldrene har opplevd barnets atferd som mindre problematisk etter trening på validering, og dermed har rapportert problematferden som lavere.

Det er interessant at foreldrene fremhevet læringspsykologi (positiv og negativ forsterkning) som minst nyttig. Det kan ha flere grunner. Ettersom DMDD antas å være en følelsesreguleringsvanske heller enn en atferdsvanske, kan atferdpsykologiske prinsipper komme til kort. En annen forklaring kan være at dette er et omfattende tema med øvelser som krever mer individuell tilpasning og oppfølging enn det gruppekurs over to ganger kan dekke. Prinsippene krever direkte involvering av barnet (systematiske belønninger og grensesetting skal introduseres til barnet), med de tilpasninger som er aktuelle for den enkelte familie. Når dette ikke er gjennomførbart i gruppeformatet, kan det oppleves som en mindre nyttig ferdighet.

Foreldretreningsprogrammer for barn med atferdsvansker som i stor grad baserer seg på læringsteoretiske prinsipper, har vist seg over lang tid å være effektive (f.eks. Ogden & Hagen, 2008; Patterson & Fleischman, 1979), og beskrives som gullstandarden i behandlingen av slike vansker hos barn. Derfor skulle en tro at læringsteoretiske prinsipper også har betydning for endring i den aktuelle målgruppen. En mulig justering basert på tilbakemeldingen om læringspsykologi som minst nyttig fra foreldrene er å utdype temaet ytterligere i ferdighetstreeningen, samt sikre nok tid til arbeid med atferdpsykologiske prinsipper i den individuelle oppfølgingen.

Begrensninger og videre forskning

Dette er en pilotstudie med flere begrensninger, og resultatene må tolkes med forbehold. Studien har en lav utvalgsstørrelse, og det ble ikke gjennomført styrke- eller antallsberegninger. I videre studier må utvalgsstørrelsen økes slik at man sikrer tilstrekkelig statistisk styrke, og har mulighet til å identifisere systematiske forskjeller innad i et utvalg. Studien inkluderte ikke en kontrollgruppe, og vi kunne derfor ikke trekke kau-

sale slutninger om effekter av intervensjonen. Videre er det viktig å påpeke at det ikke foreligger sammenlignende informasjon utover foreldrenes rapportering på barnas symptomendring før og etter gruppe. Fremtidige studier bør sikre at det er mulig å evaluere høy intern og ekstern validitet. Eksempelvis kan man evaluere effekt ved hjelp av flere måleinstrumenter og sammenligne informasjon fra arenaer utenfor hjemmet og klinikken, f.eks. lærere, både etter gjennomført ferdighetstrening for foreldre og etter gjennomføring av hele DBT-C-behandlingen. I tillegg bør endringsmål monitoreres underveis. Omkringliggende faktorer, som tidligere og annen parallell behandling eller oppfølging, bør kontrolleres for. Til slutt bør man måle terapeutens tilslutning til metoden for å sikre at det er den aktuelle metoden som tilbys og måles.

Konklusjon

Resultatene fra vår pilotstudie, tross begrensningene, gir holdepunkter for at barn som strever med emosjonell og atferdsmessig klinisk dysregulering, kan ha nytte av at foreldrene trenes i ferdigheter som er sentrale for å påvirke reguleringsvansker og samspill med barnet. Dette er formålet med ferdighetstreningsgruppe for foreldre i DBT-C. Foreldretilbakemeldingen antyder videre at endringen i stor grad skjer i foreldres måte å møte barnet på. Validering blir fremhevet som en særlig nyttig ferdighet. Studien viser lovende resultater for DBT-C, herunder ferdighets-treningsgruppe for foreldre, og gir grunnlag for videre utforskning av metoden. ✘

Referanser

- Althoff, R.R., Verhulst, F.C., Rettew, D.C., Hudziak, J.J. & van der Ende, J. (2010). Adult outcomes of childhood dysregulation: a 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1105–1116. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.006>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ansar, N., Nissen-Lie, H.A., Zahl-Olsen, R., Bertelsen, T.B., Elliott, R. & Stiegler, J.R. (2022). Efficacy of Emotion-Focused Parenting Programs for Children's Internalizing and Externalizing Symptoms: A Randomized Clinical Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(6), 923–939. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2079130>
- Boggs, S.R., Eyberg, S. & Reynolds, L.A. (1990). Concurrent validity of the Eyberg child behavior inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(1), 75–78. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15374424jccp1901_9

- Bradburn, N.M., Sudman, S. & Wansink, B. (2004). *Asking questions: the definitive guide to questionnaire design-for market research, political polls, and social and health questionnaires*. John Wiley & Sons.
- Brotman, M.A., Kircanski, K., Stringaris, A., Pine, D.S. & Leibenluft, E. (2017). Irritability in youths: A translational model. *American Journal of Psychiatry*, *174*(6), 520–532. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16070839>
- Copeland, W.E., Angold, A., Costello, E.J. & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, *170*(2), 173–179. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010132>
- Eyberg, S.M. & Ross, A.W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *7*(2), 113–116. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/15374417809532835>
- Finucane, A. & Mercer, S.W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, *6*(1), 1–14. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-14>
- Forgatch, M.S. & Patterson, G.R. (2010). Parent Management Training—Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. I J.R. Weisz & A.E. Kazdin (Red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (s. 159–177). The Guilford Press.
- Gross, J.J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. I J.J. Gross (Red.), *Handbook of emotion regulation* (2. utg., s. 3–20). The Guilford Press.
- Helsedirektoratet. (2022). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021* (Rapport IS-3038). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Kothgassner, O.D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M.M., Schmahl, C. & Plener, P.L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Leibenluft, E. (2017). Irritability in children: what we know and what we need to learn. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, *16*(1), 100–101. <https://doi.org/10.1002/wps.20397>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Mehlum, L., Tørmoen, A.J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S., Larsson, B.S., Stanley, B.H., Miller, A., Sund, A. & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53*(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Ogden, T. & Hagen, K.A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(4), 607. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.4.607>
- Patterson, G.R. & Fleischman, M.J. (1979). Maintenance of treatment effects: Some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy*, *10*(2), 168–185. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(79\)80034-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(79)80034-9)
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S.R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M. & Walkup, J. (2017). Randomized clinical trial of dialectical behavior therapy for preadolescent children with disruptive mood dysregulation disorder: Feasibility and outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(10), 832–840. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.789>
- Reedt, C. & Martinussen, M. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). *PsykTestBarn*, *1*(11).
- Stringaris, A., Cohen, P., Pine, D.S. & Leibenluft, E. (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *The American Journal of Psychiatry*, *166*(9), 1048–1054. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121849>
- Stringaris, A. & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*(4), 404–412.
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2011). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Routledge.

Kvalitetssikring av tverrfaglig tilbud i tannhelsetjenesten

Erfaringer fra Møre og Romsdal tilsier at klinikere kan lykkes med å initiere og utvikle resultatindikatorer for behandlingen.

TEKST Yngvill Ane S. Westad, Gina Løge Flemmen, Henriette Hollingen, Trine B. Monsen, TOO-teamet, Molde Kompetanseklinikk

KONTAKT yngvill.ane.stokke.westad@mrfylke.no

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter.

PASIENTER SOM HAR vært utsatt for tortur (T), overgrep (O) og/eller som har utviklet odontofobi (O), kan ha særskilte behov under tannlegebesøk. I løpet av det siste tiåret er det etablert tverrfaglige spesialiserte team, TOO-team, som består av tannhelsepersonell og psykolog. Teamene skal tilby tilrettelagt tannbehandling og/eller angstbehandling til disse pasientene. I 2023 har alle landets regioner etablert TOO-team. Disse er organisert enten ved regionale odontologiske kompetansesentre eller fylkeskommunalt i den offentlige tannhelsetjenesten.

Å tilby tverrfaglige tjenester kan være utfordrende, og det er viktig å vurdere effektiviteten av slike tilbud. Generelt sett er det et problem at nye offentlige tilbud innføres uten at de evalueres på en tilstrekkelig måte. For å adressere dette kan kvalitetsindikatorer brukes som måler effekt av intervensjonen.

Her beskriver vi hvordan vi har utviklet kvalitetsindikatorer for å evaluere TOO-tilbudet. Vi har hatt spesielt fokus på resultatindikatorer, som er en type kvalitetsindikator. Først vil vi gi en oversikt over hva TOO-team er, og hvordan vi har utviklet kvalitetsindikatorene spesifikke i Møre og Romsdal. Vi vil også diskutere

utfordringer vi har møtt underveis, og mulige implikasjoner av vår prosess.

TOO-TEAM

Tannhelsetjenesten har en overordnet målsetting om å tilby lik tilgang til tannhelsetjenester uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn, personlig økonomi og livssituasjon. I 2010 kom Helse- og sosialdepartementet med en rapport som konkluderte med at pasienter utsatt for tortur, overgrep og/eller som har odontofobi, får mangelfull oppfølging og at de har redusert evne til å nyttiggjøre seg eksisterende tilbud i tannhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Det ble derfor besluttet å etablere fylkesdekkende og tverrfaglige TOO-team (TOO-prosjektet) for å imøtekomme behovet til disse pasientgruppene.

TOO-teamene tilbyr angstbehandling og/eller tilrettelagt tannbehandling basert på en kognitiv atferdsterapeutisk (KAT) tilnærming. Målet er at pasienten skal bedre og få en tilfredsstillende god tannhelse og på sikt kunne følge opp ordinær tannbehandling. TOO-behandlingen er todelt. Angstbehandling og/eller tilrettelagt tannbehandling foregår i et tverrfaglig team med tannhelsepersonell og

psykolog i opptil tolv KAT treningsøssesjoner (fase 1). Etter dette henvises pasienten til et TOO-tannbehandlersteam for videre tannbehandling og restaurering av tannsett (fase 2). Dette teamet består utelukkende av tannhelsepersonell som også har en grunnleggende trening i KAT. Både angstbehandlingen og den påfølgende tannbehandlingen tilbys kostnadsfritt. TOO-tilbudet skal være et supplement til allerede eksisterende tilbud i kommune- og spesialisthelsetjeneste. I 2022 ble det bevilget 180 millioner kroner til TOO-prosjektet.

INNHALDET I TOO

For pasienter med sterk tannbehandlingsangst er KAT en godt dokumentert behandlingsform (Gordon et al., 2013; Wannemueller et al., 2011; Wide Boman et al., 2013). Frem til TOO-prosjektet ble iverksatt, har den psykologfaglige behandlingskompetansen for odontofobi og andre lidelser relatert til sterk tannbehandlingsangst i hovedsak vært etablert i et annet helsesystem, gjerne psykisk helsevern, enn der vanskene har best forutsetninger for å kunne endres, som tannhelsetjenesten. Ved angstbehandling har det nemlig vist seg å være viktig å legge til rette for lærings-situasjoner som ligner mest mulig på situasjonen pasienten frykter, som slik kan bryte med pasientens etablerte negative forventninger (Craske et al., 2014). Behandlingsutbyttet forventes derfor å være størst når pasienter erfarer lærings-situasjoner i tannbehandlingskonteksten som reflekterer de reelle situasjonene de skal mestre, fremfor i et samtalerom for psykiske lidelser.

Tannhelse, psykisk helse og somatisk helse har en klar sammenheng. Tannbehandlingsangst og relatert unngåelsesatferd føre til at en utsetter eller lar være å gå til tannbehandling (Wide & Hakeberg, 2021). På sikt kan unngåelsen påvirke tannhelsen negativt, øke det oppsamlede tannbehandlingsbehovet, føre til både for lite og dårlig næringsinntak og øke risikoen for øvrige somatiske komplikasjoner og lidelser (Beaudette et al., 2017). Suksessivt økende kostnader knyttet til det oppsamlede tannbehandlingsbehovet, samt stadig mer skam og angst, vil kunne forsterke unngåelsesatferden over tid. Dette, i tillegg til den nevnte forutsetningen for nylæring knyttet til selve tannbehandlingen, underbygger viktigheten av et nært samarbeid mellom tannhelsetjeneste og psykisk helsetjeneste for å kunne forebygge og behandle tannbehandlingsvansker. TOO-prosjektet kan således antas å være en egnet intervensjonsmodell for å sikre at pasienter med tannbehandlingsangst får god og tilpasset behandling.

Selv om det foreligger et overordnet mandat og felles styringsprinsipper for TOO, er det dokumentert betydelige variasjoner mellom TOO-teamene. Dette både når det gjelder organisatoriske og administrative forhold, de konkrete tilnærmingene til behandlingen som tilbys, og behandlingsstruktur. Det mangler systematisk datainnsamling og forskning på TOO-behandlingen, hvilket har ført til at «beste-praksis» hverken har blitt vurdert eller identifisert (Helsedirektoratet, 2021a).

ORGANISERING OG IMPLEMENTERING

Etableringen av TOO i Møre og Romsdal fylkeskommune startet i 2014. Det *tverrfaglige teamet* – som primært er inne i fase 1 – består av en offentlig ansatt psykologspesialist, tannlege og tannhelsesekretær. Det fungerer som et fylkesdekkende team for vurdering og behandling av odontofobi og tannbehandlingsangst knyttet til det å ha vært utsatt for tortur, seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Psykologspesialis-



Systematisk innhenting av kvalitetsindikatorer er en måte å vurdere og evaluere tjenestetilbud på



ten hadde gjennomført toårig videreutdanning i KAT. Tannlegene og tannhelsesekretærene fikk omfattende opplæring i psykologfaglig KAT-metodikk, både gjennom nasjonal TOO-opplæring og lokal veiledning av en psykologspesialist. Fase 2 ble først og fremst gjennomført av TOO *tannbehandler-team* bestående av tannleger og tannhelsesekretærer. De ble opplært i å gjennomføre tannbehandling og restaurering av tannsett etter KAT-prinsipper. I 2023 har Møre og Romsdal fylkeskommune to tverrfaglige team (samlet ressurs på 150 % psykolog, 150 % tannlege og 150 % tannhelsesekretær) og ti tannbehandler-team. Mens de tverrfaglige teamene er samlokalisert ved Molde Kompetanseklinikk, er de ti tannbehandler-teamene geografisk spredt i fylket. Dette for å sørge for nærhet og redusert reisebelastning for pasientene. For å vedlikeholde KAT-kompetanse og sørge for godt samarbeid, felles rammeverk og forståelse, blir det arrangert årlige vedlikeholds-kurs for alle tverrfaglige og tannbehandler-teamene samlet. I tillegg skal det være lav terskel for tannbehandler-teamene når det gjelder å konsultere tverrfaglige team ved behov.

INDIKATORER OG TILBAKEMELDING

Kjerneverdiene for sosial- og helsetjenesten er bygget på omsorg og respekt i møte med pasient og bruker, trygghet og tilgjengelighet av tjenester, samt kvalitet i prosess og resultat. God kvalitet innebærer at tjenestene er virkningsfulle og sikre, at de involverer brukerne og gir brukermedvirkning, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, samt at de er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2005).

I tråd med disse kjerneverdiene har alle som yter helsetjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å sørge for at virksomheten jobber systematisk for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2016). Videre skal personen med det overordnede ansvaret i en virksomhet sørge for å etablere systemer for å innhente informasjon og kunnskap til å planlegge, gjennomføre og forbedre virksomhetens oppgaver. Det er likevel yrkesutøvelsen til den enkelte medarbeider som skal ha god nok kvalitet. Den ansatte burde derfor ikke bare ha kjennskap til hva som er god behandling, men bør også få en viktig rolle i kvalitetsutviklingsprosessen.

Systematisk innhenting av kvalitetsindikatorer er en måte å vurdere og evaluere tjenestetilbud på. En kvalitetsindikator er et mål som sier noe om kvaliteten på tjenesten som blir evaluert. Ifølge Helsedirektoratet (2021b) kan kvalitet vurderes i tre dimensjoner: strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer. Strukturindikatorer inkluderer rammer, ressurser, utstyr, kompetanse og liknende som tjenesten har etablert og har tilgjengelig. Prosessindikatorer omhandler aktivitet i selve behandlingsforløpet, som eksempelvis antall diagnostiserte og ferdig behandlede pasienter. Resultatindikatorer omhandler selve helseutbyttet og tilfredshet pasientene opplever av, og som følge av, behandlingstilbudet. Målet med å samle inn resultatindikatorer er todelt. For det første er det viktig å etablere en solid kunnskapsplattform angående behandlingen som tilbys, og for det andre å etablere en referanse for kvaliteten på den gitte behandlingen. Dette åpner opp for å kunne sammenligne behandlingsskvaliteten på ulike behandlingssteder, som kan ha noe varierte tilnærminger til et behandlingstilbud.

Åpenhet rundt kvalitetsindikatorer er viktig både for helsemyndigheter, helsetjenesteleverandører og pasienter. For pasientene er det viktig for å kunne ta informerte valg og beslutninger rundt egen helse. Virksomheten trenger denne informasjonen for å kunne fortløpende styre og justere tilbud som gis. Helsemyndighetene på sin side trenger innsikt i dette for å kunne bedre befolkningens helse på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå.

TOO-teamene i Norge rapporterer om ulike kvalitetsindikatorer til Helsedirektoratet årlig via fylkeskommunene og de ansvarlige regionale odontologiske kompetansesentrene. Helsedirektoratet etterspør hovedsakelig indikatorer som omhandler organisatoriske og administrative forhold i tjenesten, altså struktur- og prosessindikatorer. Eksempler er tilgjengelige personellressurser, aktuell ventetid på tilbudet, antall ferdigbehandlede per år, pasientenes spesifikke tannbehandlingsbehov og hvor mye TOO-ansatte deltar på kurs og opplæring. Innsamling av indikatorer som omhandler selve behandlingsutbyttet pasientene har – altså resultatindikatorer – har derimot i liten grad blitt gjennomført.

Ekspertutvalget for tematisk organisering av psykisk helsevern problematiserer det å uteluk-

kende samle inn informasjon om administrative forhold og ikke indikatorer som gir direkte informasjon om hvorvidt tjenestene er virkningsfulle, altså utfallet av behandlingen (Ekspertutvalget, 2023). Utvalget fremhever risikoen for at det som lett kan måles blir det viktige, uten noe faglig begrunnelse for å gjøre en slik vektlegging. Dette kan føre til faglig fremmedgjøring for de ansatte i tjenesten, og at virksomheten ikke får viktig informasjon angående hva som virker godt og mindre godt i pasientbehandling.

I den lokale arbeidsprosessen med å utvikle kvalitetsindikatorer i Møre og Romsdal har vi derfor hatt intensjon om å komplementere struktur- og prosessmål med de vi anser som de mest essensielle resultatindikatorer knyttet til TOO-tilbudet. For å undersøke både de kortsiktige og langsiktige effektene av TOO-behandlingen inkluderer vi derfor en rekke spørsmål til pasientene som omhandler behandlingsutfall. Spørsmålene dekker både angstsymptomer, tannhelse og mer generelle mål som livskvalitet og funksjonsnivå.

IMPLEMENTERING

Systemet som har blitt implementert i Møre og Romsdal bygger på standardisert datainnhenting fra pasientene på ulike målingstidspunkter i behandlingsforløpet. Dette systemet benyttes for å vurdere og justere hvert enkelt behandlingsforløp, samt at det muliggjør vurdering av behandlingen som helhet ved å samle data over tid på tvers av pasientgruppen. I 2022 ble kvalitetsarbeidsprosessen for TOO-tilbudet i Møre og Romsdal fylkeskommune forsterket gjennom samarbeid med fylkestannlegen, personvernombudet, fylkets IT-tjeneste og lederen for beredskap og informasjonssikkerhet. Dette førte til at det ble opprettet et lokalt medisinsk kvalitetsregister for TOO-tilbudet. Samarbeidet sikrer at helseopplysninger i kvalitetsregisteret innhentes, oppbevares og anvendes på en etisk forsvarlig måte, og at den enkeltes personvern blir ivaretatt i tråd med gjeldende regelverk. Registeret er utformet med det formål å legge til rette for evaluering og kvalitetsforbedring av behandlingen basert på statistiske analyser. Videre er intensjonen at registeret skal bidra til fremtidig planlegging og styring av TOO-tilbudet i fylkeskommunen.

Resultatene av TOO-behandlingen har interesse også utenfor organisasjonen den utføres i, både med tanke på det overordnede TOO-prosjektet og for å oppnå innsikt i typiske TOO-pasienter og deres behov. Vi formet derfor en arbeidsgruppe som omfattet både forskerkompetanse, klinisk kompetanse og brukerdeltagelse. Denne gruppen søkte om forhåndsgodkjenning av kvalitetsregisteret som et forskningsprosjekt fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). I en forskningsprotokoll spesifiserte vi relevante forskningsspørsmål og hvorfor disse kun kunne besvares ved å følge pasientene over tid. Vi spesifiserte også hvilke demografiske, sosioøkonomiske, psykologiske og odontologiske variabler som skulle måles, samt tidspunktene for innsamling av disse dataene i behandlingsoppfølgingen. I 2023 ble TOO kvalitetsregisteret i Møre og Romsdal fylkeskommune godkjent av REK (REK-Midt: 2023-488462).

UTFORDRINGER

I vårt arbeid med å evaluere kvaliteten av TOO-tjenestetilbudet har vi møtt på enkelte utfordringer. Disse omhandler i hovedsak manglende etablert infrastruktur og kompetanse på kvalitetsarbeid og forskning i



Utvalget fremhever risikoen for at det som lett kan måles blir det viktige, uten noe faglig begrunnelse



det offentlige. En slik infrastruktur burde helst vært lett tilgjengelig for medarbeiderne som tilbyr helsetjenesten. I den kliniske hverdagen har det vært vanskelig å orientere seg i både lovverk, organisatoriske forhold og i eventuelt tilgjengelige kvalitets- og forskningsstøttende funksjoner. Innad i organisasjonen har det likevel vært stor vilje til å gi bistand. Vår erfaring er at det går an å lykkes med å etablere rutiner og systemer for kvalitetssikring også når dette initieres av klinikere. Men etablering av gode kvalitetssikringssystemer synes i for stor grad å avhenge av personlig engasjement hos den som utøver helsetjenesten.

Kvalitetsevaluering og -arbeid bør være en selvfølge ved implementering av nye helse-tjenester. Likevel har vi erfart at dette sjelden blir tilstrekkelig ivaretatt når det etableres nye offentlige helsetilbud. En vesentlig utfordring har vært mangelen på øremerket tid og ressurser avsatt til kvalitetsarbeid. Kvalitetsarbeid bør planlegges og systematiseres allerede før nye helsetjenester implementeres, og ressurser til dette arbeidet bør integreres i selve tjenestetilbudet. Dette vil ikke bare øke sjansene for å levere gode og effektive helsetjenester, men

også legge grunnlaget for en organisasjon med god lærings- og endringskompetanse, allerede fra oppstart.

IMPLIKASJONER

Når det etableres nye helsetiltak, trenger vi informasjon om også riktig mengde ressurser, kompetanse og rammer er tilgjengelig. Vi bør også vite om selve behandlingsprosessen fungerer etter hensikten, og at tjenesten som tilbys er virkningsfull for de som skal motta tilbudet. Vi mener kvalitetsarbeid i større grad bør igangsettes allerede ved implementeringen av tjenestetilbudet. Videre bør kvalitetsindikatorer i større grad omhandle behandlingskvalitet og -utfall, ikke bare organisatoriske og administrative forhold – selv om sistnevnte er lettere å måle. Videre mener vi lokale kvalitetsregistre kan bidra til å beskrive hvordan ulik praksis og etterlevelse av faglige retningslinjer kan være av betydning for ulike behandlingsutfall. På sitt beste kan informasjon om ulik praksis bidra til å utvikle bedre tilbud. Vi håper vårt arbeid kan inspirere andre leverandører av helsetjenester som er opptatt av å dokumentere, vurdere og sikre kvalitet i tjenestetilbudet. ✕

REFERANSER

- Beaudette, J.R., Fritz, P.C., Sullivan, P.J. & Ward, W.E. (2017). Oral Health, Nutritional Choices, and Dental Fear and Anxiety. *Dentistry Journal*, 5(1), 8. <https://www.mdpi.com/2304-6767/5/1/8>
- Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Ekspertutvalget. (2023). *Forenkling og forbedring av psykisk helsevern*.
- Gordon, D., Heimberg, R.G., Tellez, M. & Ismail, A.I. (2013). A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 365-378. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.002>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, (2016).
- Helsedirektoratet. (2010). *Tilrettelagt tannhelsetilbud til mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi*. (IS-1855).
- Helsedirektoratet. (2021a). *Evaluering av tannhelsetilbud til personer utsatt for tortur og overgrep og personer med odontofobi («TOO-tilbudet»)* - Rapport fra PWC.
- Helsedirektoratet. (2021b). *Kvalitet og kvalitetsindikatorer*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
- Helsedirektoratet, S.-o. (2005). ... Og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*.
- Wannemueller, A., Joehren, P., Haug, S., Hatting, M., Elsesser, K. & Sartory, G. (2011). A practice-based comparison of brief cognitive behavioural treatment, two kinds of hypnosis and general anaesthesia in dental phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 159-165. <https://doi.org/10.1159/000320977>
- Wide Boman, U., Carlsson, V., Westin, M. & Hakeberg, M. (2013). Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. *European Journal of Oral Sciences*, 121(3 Pt 2), 225-234. <https://doi.org/10.1111/eos.12032>
- Wide, U., & Hakeberg, M. (2021). Treatment of Dental Anxiety and Phobia-Diagnostic Criteria and Conceptual Model of Behavioural Treatment. *Dentistry Journal (Basel)*, 9(12). <https://doi.org/10.3390/dj9120153>

Depresjon hos barn og unge

Hvordan gutter og jenter responderer på belastende livshendelser og mobbing kan være med på å forklare overhyppighet av depresjon hos jenter.

Det indikerte funnene i avhandlingen til Ida Sund Morken, som også er redaktør i Psykologtidsskriftet.

Morken påpeker at hovedvekten av studier på depresjon har blitt utført på voksne. I sitt doktorgradsprosjekt fokuserer hun på utviklingen av depresjon fra førskolealder til ungdomsårene.

Studien er en del av prosjektet «Tidlig Trygg i Trondheim», en longitudinell undersøkelse som har samlet inn data fra tusen barn og deres foreldre annethvert år over en periode på tolv år.

Ved bruk av nyere statistiske metoder avdekket Morken at depresjonssymptomer øker risikoen for tilbakefall, uavhengig av underliggende stabile faktorer. Funnene støtter hypotesen om at depresjon i seg selv kan føre til vedvarende eller gjentakende depresjon, og det later til at denne risikoen begynner allerede i tidlig barndom. Sammenhengen ble tydeligere i overgangen til ungdomsårene.

Resultatene viste også at tre av «Big Five»-personlighetstrekkene henger sammen med depresjon på ulike måter. Nevrotisme og depresjon påvirket hverandre gjensidig, mens depresjon også predikerte lavere skårer på planmessighet og ekstroversjon.

Til slutt belyste avhandlingen aspekter ved den høyere forekomsten av depresjon hos jenter sammenlignet med gutter. Ved å se på stressende livshendelser og mobbing fant Morken at gutter og jenter var like mye utsatt for disse stressorene, men at jenter i større grad viste depresjonssymptomer i kjølvannet av dem.

Avhandlingen bidrar til økt forståelse av depresjon hos barn og unge, og peker på behovet for behandling og forebygging, spesielt under overgangen til ungdomsårene.

Kilde: NTNU

FOTO: THOMAS BRUNJ/NTB



IDA SUND MORKEN

Depression from preschool to adolescence - stability, personality, and gender

DISPUTAS 26.01.24,
NTNU

Tillit i terapi

Har terapeuten relevante relasjonelle egenskaper, og oppleves behandlingen som meningsfull og troverdig?

Disse tillitsvurderingene i terapi er utgangspunktet for Ingvild Finsrud sitt doktorgradsprosjekt. Ved Modum Bad har hun forsket på viktige faktorer pasienter vurderer når de går til terapi, og hvordan faktorene spiller inn på terapiforløpet.

I arbeidet fant hun at tillit til terapeuten og til behandlingen er to overordnede kategorier pasienter vurderer den terapeutiske relasjonen ut fra. Tillit til terapeuten omhandler opplevelsen av terapeutens varme, empati og autentisitet, mens tillit til behandlingen beskriver pasientens oppfatning av terapien som meningsfull og forståelig.

Begge former for tillit virker inn positivt på bedring i terapiforløpet. Finsrud fant også at de ulike aspektene ved tillit virket forskjellig inn på utfall i terapi. Tillit til terapeuten var spesielt sentral i terapiformer hvor målet er økt evne til å forstå egne følelser, mens tillit til behandling var viktigere i terapi som fokuserer på å redusere symptomer.

Dette antyder at ulike aspekter ved den terapeutiske relasjonen har ulik relevans avhengig av terapiens mål.

Doktorgradsavhandlingen understreker følgelig behovet for at terapeuter fokuserer på relasjonelle ferdigheter knyttet til begge aspekter ved den terapeutiske relasjonen for å oppnå best mulig behandlingseffekt.

Resultatene støtter tidligere forskning og teori som påpeker at den terapeutiske relasjonen ikke bare handler om å være vennlig, men at kombinasjonen av varme og empati på den ene siden og systematisk bruk av behandlingsteknikker på den andre, er det som oppleves som mest meningsfullt og troverdig for pasienten.

Kilde: UiO

FOTO: AMINA KAGGESTAD



INGVILD FINSRUD

Hope in the psychotherapy process: How it develops and works

DISPUTAS 3.11.23,
Universitetet i Oslo

FOTO: PRIVAT



TEKST Akiah A. Ottesen, Oslo Universitetssykehus og Psykologvirke AS

KONTAKT psykologakiah@gmail.com

Globalt psykisk helsearbeid eller misjonering?

Initiativet Global psykisk helse vil godt, men har et etnosentrisk grunnlag.

«I Uganda er det ikke rom for å snakke om følelser. Det ødelegger livene til millioner av ungdommer. Følelser er ufarlige, men når de undertrykkes kan de bli destruktive, og gjøre enorm skade på et ungt menneske. Åpenhet om følelser er viktig for at ungdom skal kunne leve gode og meningsfulle liv. Pengene som jobbes inn skal bryte ned fordommer, og gi ungdom noen å snakke med. Vi vil også påvirke politikerne så de forstår alvoret rundt psykisk helse.»

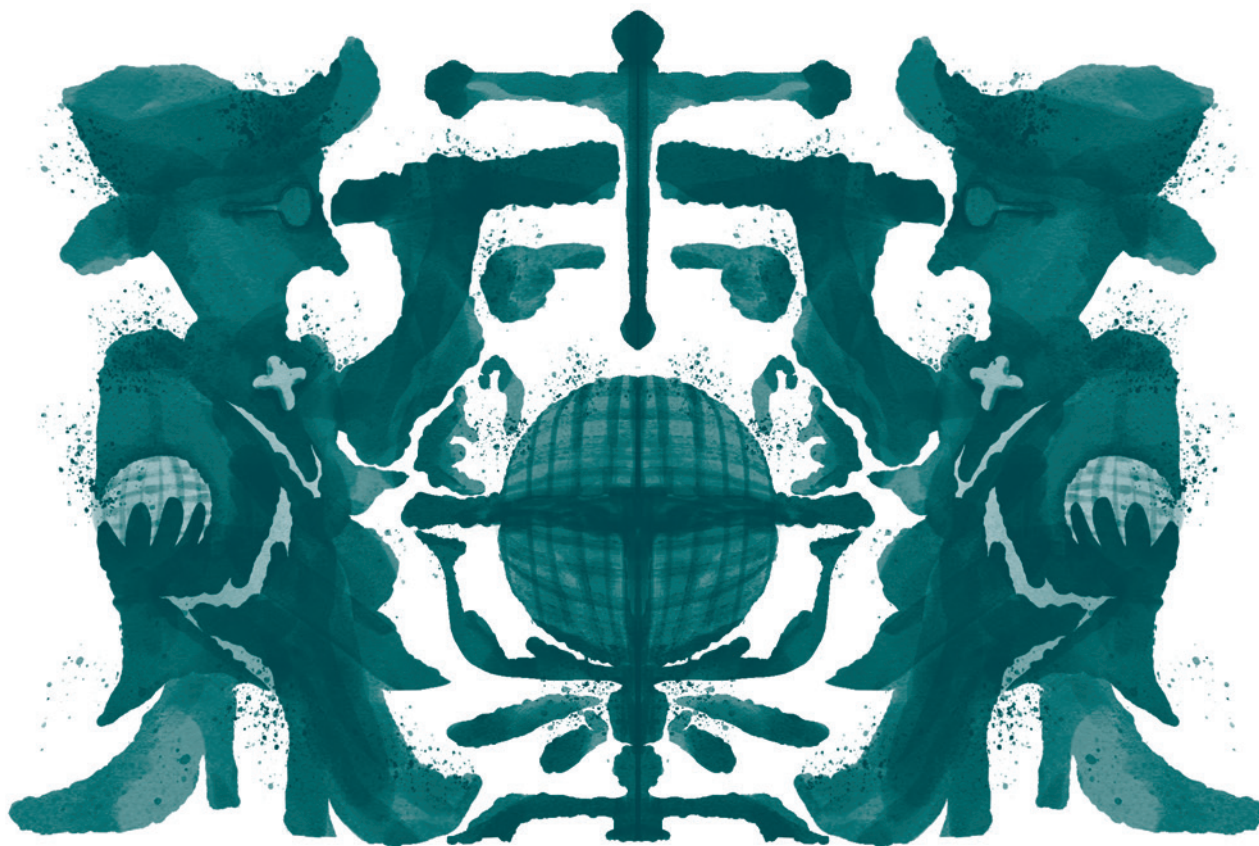
Denne teksten fikk jeg inn på skoleappen en høstdag i 2022 som introduksjon til hva det årets Operasjon Dagsverk skulle støtte. Nemlig, Global psykisk helse (GPH), et initiativ som ønsker å rette oppmerksomhet mot manglende tilgang til psykisk helsehjelp, og å utvide slike tjenester i lav- og middelsinntektsland. Bevegel-

sen støttes av WHO og «The Movement for Global Mental Health». Slike gode hensikter er vanskelig å stille seg kritisk til.

ER GLOBALISERING ET ANNET ORD FOR VESTLIGGJØRING?

Men hva hvis det vi kaller globalisering egentlig er vestliggjøring? Mills og Fernando (2014) problematiserer at både utfordringene og løsningene blir ofte definert fra posisjonen til de som bestemmer og sitter på makta, i dette tilfellet organisasjoner og academia i det globale nord. Kunnskapen og holdningen (de er ikke gjensidig utelukkende) som presenteres innledningsvis her er utviklet i en viss tid og kontekst, og det tas ikke hensyn til kulturell variasjon.

Kan vi operere med en universell definisjon av psykisk lidelse og hvilke behandlinger som har effekt? En viktig kritikk av GPH er at den overdri- ver betydningen av et etnosentrisk kunnskapsgrunnlag som presenteres som allmenngyldig når forskningen er gjennomført i den globale nord, men landspesifikk hvis den er gjennomført i lav- og middelsinntektsland. Videre overvurderes fordelene ved å bidra til økt kunnskap om psykisk helse og oppskalering av psykiatri, og at på tross av store investerin-



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

ger mangles det fortsatt biologiske markører for psykiske lidelser. Vi er ikke i nærheten av å forstå de komplekse sammenhengene som gir trivsel og velvære, men likevel vil feltet spre løsningene. Og barna våre samler inn penger for å «bryte ned fordommer, gi ungdom noen å snakke med og påvirke politikerne i Uganda så de forstår alvoret rundt psykisk helse».

Definisjonen av psykisk helse er med på å konstruere våre erfaringer, og vår tolkning, forståelse og opplevelse av verden. En livsverden som er preget av vår tids psykologisering skaper et bilde av individet som løsrevet fra fellesskapet. Ved å definere emosjonelle svingninger, sinne og depresjon, mistenksomhet, kvaler, bekymringer, ambivalens, og destruktivitet som helsetilstander, er vi da med på å dempe krigsropene om konsekvensene av urettferdig- »

”

Vi er ikke i nærheten av å forstå de komplekse sammenhengene som gir trivsel og velvære, men likevel vil feltet spre løsningene



... lokal og historisk forståelse og behandling av menneskesinnet svekkes og muligens forsvinner helt

het, fattigdom og diskriminering (Moghaddam, 2022)? Problemene overføres til den enkelte som dermed får hjelp gjennom terapi, og med tiltakende bruk av psykofarmaka (Brauer et al., 2021).

En helsemodell som medfører medisiner

Medisiner som på lik linje med psykoterapeutiske metoder har begrenset effekt (Leichsenring et al., 2022), og som mange i tillegg bruker gjennom lange perioder i livet. Medisiner som ofte er første behandlingsrespons. Medisiner som gir bivirkninger som også må medisineres. Medisiner som noen få tjener enorme summer på. Medisiner som sjelden er godt regulert i lav- og middelsinntektsland. Medisiner som kan minne om, og gi samme virkning som rusmidler. Men ettersom de er foreskrevet av helsepersonell kan bruken rettferdiggjøres av samfunnet og den enkelte. Og dermed kan denne bevegelsen som begynner med gode intensjoner gradvis føre til at de få tjener mye penger på manges lidelse, og at lokal og historisk forståelse og behandling av menneskesinnet svekkes og muligens forsvinner helt. Det er som å miste et språk. Hvor mange tradisjonelle virksomme hjelpemidler forsvinner i GPH sine fotspor?

Det er likevel relevant å spørre: hva med psykose og mer alvorlig psykisk lidelse? Mange land i det globale sør har mye mindre ressurser til behandling av disse tilstandene, og det kan virke nyttig å bygge opp kunnskap og mulighet for behandling. Slike tiltak bør likevel ta hensyn til tradisjonelle metoder. En nyere studie fra Sør-Afrika f.eks. viser tydelig at behandlingsgrep basert i tradisjonell folketro, som anser hallusinasjoner som en gave som kan brukes for å helbrede andre, har god effekt, og i tillegg gir vedkommende et aktivt yrkesaktivt liv som behandler (van der Zeijst et al., 2022). Akkurat det som vi forsøker å få til her i Norge, nemlig å hjelpe mennesker med psykose ut i arbeid.

Alt dette i en tid der det beskrives økende psykiske vansker hos barn og unge voksne (Bang, 2023; Folkehelseinstitutt, 2023), og manglende behandlingsressurser her i Norge (se f.eks. Lien, 2021). Vi forsøker å overføre hjelpen fra spesialisthelsetjenestene til (bake) kommunene (les fellesskapet). Vi viser gang på gang den viktige verdien av sosial støtte for folks velvære, og at det å arbeide og kjenne tilhørighet er god behandling. Vi ser at folk trekkes mot behandlingsformer løsrevet fra helsetjenesten slik som arbeidstrening, yogapraksis, fysisk aktivitet og støtte og hjelp fra likesinnete. Folk trekkes også mot alternative og tradisjonelle medisinformer, eksempelvis sopp og cannabis. Altså tilbake til det vi en gang forlot. Ved kriser forsøkes det å innføre psykologisk førstehjelp i Norge og i verden ellers, men det er vanskelig å forske på fordi metodene ikke kan skilles klart fra vanlig sosial støtte og sunn folkevett - å hjelpe de som er utsatt, med trygghet, fellesskap og støttende ord og handlinger.

Som du spør, får du svar

Her må dere gjerne kritisere kritikken. Hvorfor angripe noen som vil hjelpe? Er det ikke en form for dehumanisering å kritisere GPH? Er det ikke vår plikt å spre kunnskap om psykisk helse? Hvorfor skal bare noen få kunne benytte seg av nyere kunnskap om psykisk helse? Mitt oppdrag her er å løfte opp etiske problemstillinger. Derfor vil jeg heller stille spørsmål fremfor å gi svar: Hvor kommer disse holdningene fra? (En maktposisjon?) Hvorfor opplever vi det som så viktig å spre vårt budskap? Er det for å føle oss vel? Er det for å unngå skyldfølelse? Forsøker vi å spre en reduksjonistisk forståelse av psykisk helse? Føler vi at vi sitter på sva-

rene? Er det fordi det gir forskningsmidler? «Is the road to hell paved with good intentions»?

Ved å jobbe systematisk med å «opplyse» befolkningen i det globale sør om at «Åpenhet om følelser er viktig for at ungdom skal kunne leve gode og meningsfulle liv», er vi med på å spre tanker om hva som er godt og ondt. Og hva som er meningsfullt. Dette må være en holdning; en tro; en religion. Og ikke vitenskap. Hvis det faktisk er slik at det «ikke er rom for å snakke om følelser i Uganda» kan det være at observatøren misforstår det de ser? Eller at det er en god grunn til det? Kanskje det ikke bør patologiseres? Og kanskje vi ikke skal formidle denne holdningen videre til våre barn helt uten kritiske stemmer. Det viser seg at det som kan

være symptomer på undertrykkelse fort kan bli definert som symptomer på sykdom. Problematikken med at kunnskap og teknikker som er utviklet ett sted, overføres til et annet, og dermed endrer tradisjoner, er ikke bare betenkelig når det gjelder den globale psykiske helsebevegelsen, men også innenfor landbruk og økonomiske modeller. Sitter virkelig det globale nord på et svar som er allmenngyldig for alle folkeslag uansett historie, kultur, økologi og tradisjon?

Når de kristne dro ut i verden for å misjonere om den rette tro, antar jeg at de fleste var sikre på at deres handlinger var gode. Likevel tok de med seg sykdom. Og sitt fødelands økonomiske interesser. Jeg frykter at vi gjør det samme. ✕

REFERANSER

- Bang, L., Furu, K., Handal, M., Torgersen, L., Støle, H.S. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge* (Folkehelse rapporten, Issue. Folkehelseinstitutt.
- Berg, A. O. & Holt, K. (Eds.). (2020). *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*. Gyldendal.
- Brauer, R., Alfageh, B., Blais, J. E., Chan, E. W., Chui, C. S. L., Hayes, J. F., Man, K. K. C., Lau, W. C. Y., Yan, V. K. C., Beykloo, M. Y., Wang, Z., Wei, L. & Wong, I. C. K. (2021). Psychotropic medicine consumption in 65 countries and regions, 2008–19: A longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 8(12), 1071–1082. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00292-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00292-3)
- Folkehelseinstitutt. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne* (Folkehelse rapporten, Issue. Folkehelseinstitutt.
- Jobson, L. & O’Kearney, R. (2008). Cultural differences in personal identity in post-traumatic stress disorder. *Br J Clin Psychol*, 47(Pt 1), 95-109. <https://doi.org/10.1348/014466507x235953>
- Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S. & Ioannidis, J. P. A. (2022). The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21(1), 133-145. <https://doi.org/10.1002/wps.20941>
- Lien, L., Bergem, A.K. (2021). *Psykiatrien trenger et løft – ikke tomme løfter*. *Tidsskriftet for norsk legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0532>
- Mills, C. & Fernando, S. J. M. (2014). *Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health*.
- Moghaddam, F. M. (2022). *How Psychologists Failed: We Neglected the Poor and Minorities, Favored the Rich and Privileged, and Got Science Wrong*. Cambridge University Press.
- Van Der Zeijst, M. C. E., Veling, W., Makhathini, E. M., Mbatha, N. D., Shabalala, S. S., Van Hoeken, D., Susser, E., Burns, J. K., & Hoek, H. W. (2022). Course of psychotic experiences and disorders among apprentice traditional health practitioners in rural South Africa: 3-year follow-up study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 956003. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.956003>

Meninger

DEBATT

Fagetisk refleksjon er en plikt

Målet med Fagetisk råds klagebehandling er å fremme refleksjon og læring. Psykologers medvirkning i prosessen er både en forpliktelse og et medlemsgode.



TEKST Mette E. Garmannslund, leder i Fagetisk råd



FOTO: RNTS VEST

FAGETISK RÅD

PÅL GRØNDAHL skriver i sin kronikk «Tvangsetikk» (2024) om møtet med Fagetisk råds nye modell for behandling av klager. Rådet ønsker å berømme ham for å dele egne erfaringer og bidra til meningsutveksling rundt fagetisk klagebehandling.

Som leder av Fagetisk råd (FER) ønsker jeg å redegjøre for FERs mandat og gangen i en klagebehandling, samt beskrive de endringene som ble besluttet under Psykologforeningens landsmøte i 2022.

FRA VEDTAK TIL REFLEKSJON

Tidligere foregikk FERs klagebehandling som en skriftlig kontradiksjonsprosess som resulterte i vedtak om hvorvidt det forelå brudd/ikke brudd på fagetiske prinsipper for nordiske psykologer. Erfaringene var imidlertid at modellen i liten grad fungerte etter intensjonen eller stimulerte til læring, refleksjon og praksisendring. Grunnet endringer i personvernregler var det også begrenset hvilke opplysninger FER hadde anledning til å behandle.

Fra februar 2023 har klagesaker blitt behandlet ved muntlig refleksjon med psykologen uten konklusjon og vedtak. Som medlem av Norsk psykologforening er man forpliktet

til å samarbeide med FER, og man kan ikke melde seg ut av foreningen under en pågående klagesak.

Når målet for klageprosessen er refleksjon og læring, blir ikke psykologens medvirkning til klagebehandlingen bare en medlemsforpliktelse, men kan også sees som et medlemsgode. Øvreide (2013) skriver i sin bok om fagetikk i psykologisk arbeid: «Først og fremst er fagetikk en erkjennelse av og bevissthet om at enhver faglig handling innebærer en verdimeisig prioritering og et medfølgende ansvar, fordi en handler for eller på vegne av andre, ofte også med indirekte konsekvenser for tredjepersoner.» Dalen og Dalen (2019) skriver i sin bok om profesjonsetikk for psykologer: «Har du som psykolog vore på jobb ein heil dag utan å ha møtt ei einaste etisk utfordring, så har du vore bevisstlaus i gjerningsaugeblikket.» Dette er viktige ord fra erfarne fagetikere, som underbygger FERs holdning: Enhver klage vil berøre fagetiske problemstillinger som det er verdt å reflektere rundt. FER har derfor lav terskel for å behandle klager, uten innledende vurderinger av hvorvidt psykologen kan ha brutt etiske prinsipper. I dag behandler vi alle klager så lenge psykologen er medlem av foreningen,

klagen ikke allerede er behandlet eller omhandler forhold som ligger mer enn ti år tilbake i tid.

GANGEN I EN KLAGESAK

Når en klage mottas av FER, vil klager og psykolog få skriftlig informasjon om dette og den videre saksgangen. Klager deltar ikke i reflekterende samtaler, og har dermed ikke mulighet til å bringe inn synspunkter underveis i prosessen, men kontaktes muntlig innledningsvis. FER kontakter også psykologen for å gi utdypende informasjon, svare på eventuelle spørsmål og berede grunnen for refleksjon.

Klagen behandles fortrinnsvis i digitalt møte med fire–fem av rådets medlemmer, med en tilpasset versjon av reflekterende team som metodikk for å fremme etisk refleksjon og læring. Psykologen inviteres ikke til å debattere en konklusjon fra FER om brudd / ikke brudd. Fagetikk kan gjerne beskrives som et grått felt av nyanser uten klare svar, og vi ønsker at behandlingen skal avspeile dette. I en eller flere samtaler reflekteres det rundt det som klager bringer inn, i lys av de etiske prinsippene og «den etiske beslutningsprosessen». Ved endt behandling sendes det ut oppsummeringsnotat til klager og psykolog. Etersom FER ikke lenger skal gjøre vedtak, er notatet primært en skriftlig protokoll over saksbehandlingen uten vurdering/konklusjon. Det vil fremgå av notatet om psykologen har møtt til reflekterende samtale.

ERFARINGER MED KLAGEPROSESSEN

FER arbeider målrettet for at klagebehandlingen skal gi klager anledning til å stille psykologen til ansvar, samtidig som psykologen gis et tilstrekkelig trygt rom til å reflektere, lære og eventuelt endre sin praksis.

En svakhet ved den nye klagebehandlingen er at klager ikke deltar i hele prosessen, og mister muligheten til å få «oppreisning» i form av et vedtak. Det har derfor overrasket oss når mange klagere uttrykker lettelse over å bli lyttet til uten å måtte delta i den videre prosessen, og at de har tiltro til at formen i større grad kan medføre læring og praksisendring. Unntaket gjelder oftest psykologers sakkyndige arbeid og vurderinger i foreldretvister, noe som kan avspeile et udekket behov for kvalitetssikring og tilsyn fra det offentlige.

Om psykologen vegrer seg for å reflektere med oss, ønsker vi ingen «tvangsetikk», men minner om medlemsforpliktelsen og forsøker

å redusere eventuell beredskap og uro. Det er helt riktig at vi forventer samarbeid. Vi sender ikke en åpen invitasjon, men spør når det passer å møte oss. Vi tar nemlig ikke så lett på oppgaven med å støtte psykologer i å ivareta medlemsforpliktelsen sin, selv om både vi og psykologen kan tenkes å bli litt svette. Av hensynet til klager og tilliten til profesjonen tenker vi at det får vi tåle.

FER har forståelse for at det oppleves krevende å bli klaget inn, og at forventningen om konklusjon og vedtak fremdeles kan leve en stund. Vi skjønner også at klagen noen ganger kan sendes i en kontekst av konflikt og anklager som psykologen kjenner behov for å beskytte seg mot. Av de rundt 60 klagene vi mottok i 2023, kan vi likevel telle på én hånd de tilfellene der psykologen problematiserte et samarbeid med oss. De fleste forholder seg til forpliktelsen, og møter til refleksjon godt forberedt og med en ydmykhet overfor makten og ansvaret man har som psykolog. Dette ansvaret innebærer å reflektere også når man ikke har lyst eller føler seg urettmessig behandlet, og våge å tro at man kan utvikle seg og styrke etisk praksis gjennom refleksjon sammen med andre.

FER er fremdeles i et utviklingsarbeid rundt den nye modellen, og ønsker å lytte til både gode og mindre gode erfaringer. Vi har som mål at alle samtaler med oss skal kjennes respektfulle, gode og nyttige, både for den som klager, og den som blir klaget inn. ✕

REFERANSER

- Dalen, N. & Dalen, K. (2019). *Profesjonsetikk for psykologar*. Samlaget.
- Grøndahl, P. (2024). Tvangsetikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(1), 50–52. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/01/tvangsetikk>
- Øvreide, H. (2013). *Fagetikk i psykologisk arbeid*. Cappelen Damm Akademisk.



Psykologen inviteres ikke til å debattere en konklusjon

Fagetisk refleksjon – eller ein tur i mørkeret?

Fagetisk råd gav ikkje Grøndahl hjelp til å identifisere relevante etiske tema og problemstillingar.



TEKST Nina Dalen & Knut Dalen

FOTO: PRIVAT



FAGETISK RÅD

MERKNAD Begge har vore leiarar av FER. Knut har også vore leiar i Ankeutvalget for Fagetiske klagesaker (AFEK). Nina har vore medlem i Board of Ethics i EFPA. Da Nina gjekk ut av Board of Ethics, gjekk Mette E. Garmannslund inn som representant for NPF.

GRØNDAHL SIN KRONIKK «Tvangsetikk» (2024) startar med følgjande ingress: «Fagetisk råd presset frem fagetisk refleksjon uten at det var klart hvilken fagetisk retningslinje som var brutt.» Han opplevde det som frustrerende og svært lite lærerikt å skulle reflektere over noko der han ikkje visste kva han skulle reflektere over.

ETISKE PRINSIPP I MØRKERET

I boka vår *Profesjonsetikk for psykologar* (s. 118) skriv vi mellom anna: «Fagetisk råd vurderer først klagen, og ser kva profesjonsetiske prinsipp som ser ut til å vere dei mest sentrale i saka. Den innklaga psykologen blir beden om å drøfte klagen i lys av desse prinsippa». Slik Grøndahl framstiller det, vart det ikkje opplyst noko om kva profesjonsetiske prinsipp som var relevante. Dette kunne Fagetisk råd (FER) gjort, utan å ta stilling til om prinsippa var brote. I mørkeret utstyrer vi oss med refleks for å gå trygt. Refleksjonen lyser ikkje opp og reflekterer lys før nokon lyser på han. Da har refleksjonen noko å reflektere. Slik Grøndahl framstiller det, ser det ikkje ut til at han heller vart opplyst på nokon måte, og at det som skulle vere ein fagetisk refleksjon, vart ei troystelaus vandring i mørkeret.

Leiar i FER, Mette E. Garmannslund, sitt svar på Grøndahl sitt innlegg (2024) har overskrifta «Fagetisk refleksjon er en plikt». Inngressen er slik: «Målet med Fagetisk råds klagebehandling er å fremme refleksjon og læring. Psykologers medvirkning i prosessen er både en forpliktelse og et medlemsgode.» Vi kan ikkje sjå at Garmannslund kommenterer det som Grøndahl etterlyser. Det står ikkje noko

om at FER innleier prosessen med å nemne kva fagetiske prinsipp som ser ut til å vere relevant.

UT MED BADEVATNET

Da dei fagetiske prinsippa vart revidert i 2022, ser det ut til at landsmøtet «kasta ungen ut med badevatnet». *Den etiske beslutningsprosessen* som var med i *Etiske prinsipper for nordiske psykologer* er ikkje med i *Etiske retningslinjer for nordiske psykologer*. *Den etiske beslutningsprosessen* vart i si tid utvikla av Jean Pettifor, og vart henta frå retningslinjene til den kanadiske psykologforeninga. Prosessen inneheld desse trinna, og er nemnt i boka vår side 97:

- Identifisering av etisk relevante temaer og problemstillinger
- Utvikling av alternative framgangsmåter
- Vurdering av kortsiktige og langsiktige fordelar og ulemper ved hver av framgangsmåtene i forhold til alle som er involvert eller kan bli berørt
- Valg av framgangsmåte etter grundig vurdering ut fra verdier, prinsipper og retningslinjer
- Handling, med forpliktelse til å ta ansvar for konsekvensene av handlingen
- Evaluering av resultatet av framgangsmåten
- Psykologen retter opp eventuelle negative konsekvenser, eller gjenopptar beslutningsprosessen hvis det viser seg at det etiske spørsmålet ikkje er løst

Vi har begge hatt nytte av *Den etiske beslutningsprosessen* både i undervisning og når kolleger ber om råd i fagetiske spørsmål. Det er synd at denne ikkje er med i dei reviderte fagetiske

retningslinene. Grøndahl etterlyser hjelp til å handtere det første kulepunktet, ved at han ikkje fekk hjelp til å identifisere relevante etiske tema og problemstillingar. Leiar i FER har ikkje svara på denne delen av kritikken. Fagetisk råd vil nok ha god nytte av at *Den etiske beslutningsprosessen* kjem fram i dagslyset att, slik at den etiske refleksjonen vert mindre smertefull og meir opplysende for den innklaga psykologen. ✖

REFERANSER

- Dalen, N. & Dalen, K. (2019). *Profesjonsetikk for psykologar*. Samlaget
- Garmannslund, M. E. (2024, 5. januar). Fagetisk refleksjon er en plikt. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/01/fagetisk-refleksjon-er-en-plikt>
- Grøndahl, P. (2024, 2. januar). Tvangsetikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(1) 50-52. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/01/tvangsetikk>

Les flere innlegg i denne debatten på våre nettsider:



Vi kan ikkje sjå at Garmannslund kommenterer det som Grøndahl etterlyser



Hjernen er ikke stjernen

Hjerneforskning brukes ukritisk i saker om tilknytning, omsorg og barns utvikling.

MOT SLUTTEN AV 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet ble en litt tilårskommen og forslitt tilknytningsteori, opprinnelig lansert av psykoanalytikeren John Bowlby på 1950-tallet, revitalisert av nevrovitenskap og «ny hjerneforskning». Kombinasjonen av tilknytningsteori og nevrovitenskap har av noen fagpersoner innen sosialt arbeid og barnevernsfeltet blitt betegnet som «et ekteskap i helvete» (Featherstone et al., 2014). At dette er et problematisk ekteskap, blir særlig tydelig i de mange råd og anbefalinger vi ser foreldre nå eksponeres for. Etter mitt syn er mye av den hjerneforskningen som formidles, både i psykologisk, barnevernsfaglig og populærvitenskapelig sammenheng, karikaturer, nevromyter, nevroabbel og nevro-science fiction.

«NEUROPARENTING»

Når hjernen trekkes inn i bildet, kan man tilsynelatende si og mene hva som helst. Ett eksempel på dette er når foreldre oppfordres til å lære seg å snakke både til sin egen og barnets amygdala – som om denne delen av hjernen skulle ha hørsel og være tilsnakkende (Prehn, 2019). Enda tydeligere blir det når ny hjerneforskning angivelig kan identifisere den «optimale foreldrestilen». Slike teorier og perspektiv er nå blitt så omfattende og populære at noen snak-

ker om en helt ny foreldrestil – «neuroparenting» (Macvarish, 2016). Innen neuroparenting sies det at funn og innsikter fra hjerneforskning skal kunne brukes for å forbedre og styrke foreldres kompetanse og forståelse for barns behov. Videre kan foreldre bruke slike funn til å justere sin foreldrestil i tråd med barnets utviklingsstadium.

Alle små og store hverdagslige valg som foreldre tar i sin omsorgsutøvelse, vil ifølge hjernebasert informasjon bidra til enten å styrke eller å hemme barnets hjerneutvikling. Hverdagen bør derfor brukes bevisst for å kople opp «brede motorveier» i barnets hjerne. Alternativet er «smale og tynne stier». Enhver misbrukt mulighet til å bygge hjernen er en tapt mulighet som aldri kommer igjen. Det er snakk om «use it or lose it». Et typisk eksempel på råd til nybakte foreldre kan være følgende oppfordring, helt sikkert velment, fra Stine Sofies Stiftelse: «Se, snakk, syng og lek med babyen. Da bygger du barnets hjerne. Gjør de dagligdagse gjøremålene, som måltider og bleieskift, om til hjernebyggende aktiviteter.»

SKREMSSEL ELLER FORELDRESTØTTE?

Dagens foreldre, eller grupper av foreldre, omtales i saksdokumenter og på nettsidene til offentlige faginstanser som utrygge og usikre. »



TEKST Per Lorentzen, Institutt for sosialfag, OsloMet - storbyuniversitetet

KONTAKT
perlor@oslomet.no

NEUROBABELL

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen



Budskap som går igjen, er at negative opplevelser setter varige spor og sår i barnets hjerne

Det er snakk om foreldre som myndighetene mener sannsynligvis vil trenge «foreldrestøtte». Men hjelper det på foreldres utrygghet og engstelse å bli podet inn med budskapet om at selv små mangler eller feil med tanke på å se og imøtekomme barnas behov risikerer å påføre dem psykologiske problemer, hemme og til og med skade deres hjerneutvikling? Risiko for å påføre barnet hjerneskade lurer overalt, og starter allerede i fosterlivet: «Økt emosjonelt stress under svangerskapet kan påvirke utviklingen av fosterets hjerne» (Barne- og likestillingsdepartementet, 2018, s. 17).

Det finnes neppe gravide som ikke opplever økt emosjonelt stress under svangerskapet. Det finnes heller neppe foreldre som aldri har kjef-tet på barna sine, eller som aldri har vært sinte. De møter håndbøker, nettsted, avisartikler og blogger som formidler at «Kjefting krymper barnets hjerne». Eller: «Så mye sinne og kjeft tåler barnet ditt, før det får hjerneskade». Har man kanskje overskredet den grensen da man mistet besinnelsen og ga poden en skyllebøtte?

Foreldre som aldri er stresset, finnes knapt. På NRK.no (Årrestad & Jevne, 2014) får foreldre vite at stress utløser kortisol i barnets hjerne, som gjør at hjernecellene dør i millio-ntall. (Samme nettsted kan samtidig fortelle at noen former for stress kan være bra for hjer-nen, (Røiri & Risberg, 2015.))

Energipsykologi.blogg.no (Myrbråten, 2018) viser til «ny forskning» om farene ved tidlig separasjon mellom mor og barn, for eksem-pel ved å sende barna for tidlig i barnehagen: «Undersøkelser har vist at barnehagebarn har økt nivå av stresshormonet kortisol i blodet. Uansett dyktige og omsorgsfulle barnehage-personale, er det ikke mulig å erstatte mor og morskjærligheten.»

Et annet oppslag på NRK.no (Egge, 2021) slår også fast at en «mors tøffe oppvekst kan sette varige spor i barnets hjerne», og at tidlige opp-levelser har mye å si for hvordan hjernen vår utvikler seg. Ifølge forskning kan spor av for-sømmelse overføres fra mor til barn – i flere generasjoner.

Nettsider forteller at måten «du» tar opp og holder babyen på, sender gode eller dår-lige signaler til hjernens synapser, og påvirker hvordan de kobler seg sammen. Budskap som går igjen, er at negative opplevelser set-ter varige spor og sår i barnets hjerne og vil påvirke barnets læringsmuligheter, generelle

funksjonsnivå og videre muligheter i livet. Hjernebaserte råd til foreldre handler om alt fra hvilken side i armkroken barnet bør ligge for å oppnå maksimal synapsevekst, til hvor-dan de bør forholde seg til ungdommer som fungerer uten selvkontroll og ved hjelp av den såkalte reptilhjernen.

NEVROHYPE UTEN FAGLIG FORANKRING

Kombinasjonen tilknytningsteori og nevro-vitenskap ble grundig kritisert av John Bruer allerede i 1999, i boken «The Myth of The First Three Years. A New Understanding of Early Brain Development and Lifelong Learning». Men kritikken ble oversatt i all «nevrohypen». Blant annet problematiserte han teorien om at det eksisterer kritiske perioder, mulighets-vinduer, i hjerneutviklingen, og at løpet med tanke på barnets hjerne omtrent er kjørt fra treårsalderen. At biologien og genetikken angivelig har satt mulighetsvinduer på gløtt i en periode, for så å stenge dem – mer eller mindre for alltid, er ikke understøttet. Slike teorier om kritiske perioder stammer stort sett fra ekstrem deprivasjon av dyr, som å sy igjen øynene til nyfødte katter. Disse dyrestudiene har uhyre lite overføringsverdi til mennesker, men har fått stor betydning i sosialpolitiske og barnevernsfaglige sammenhenger – jam-før Raundalen-utvalget fra 2012 (NOU, 2012: 5), som i stor grad baserte sine argumenter på tilknytningsteori, dyrestudier og antakelsen om at hjernens utvikling særlig skjer i barnets tre første leveår. Dette er problematisk, for dersom man leser nøye, tyder mestepar-ten av hjerneforskning på at det lille barnets hjerne er langt mer robust, resilient, plas-tisk og endringsbar enn det som fremstilles i den populariserte forskningsformidlingen – og mange fagbøker. Selv der hvor omsorgs-forholdene anses å være kaotiske og subopti-male, finner en ingen hjerneorganiske anoma-lie eller skader. Dersom hjerneskade var satt som kriterium for å frata foreldre omsorgen for sine barn, ville antallet bli uhyre beskje-dent ettersom undersøkelser ikke ville avdek-ket slike skader.

MISBRUK AV HJERNEFORSKNING

Måten hjerneforskning fremstilles på, varierer med hensyn til hvilke synspunkt det argumen-teres for. Ett tydelig eksempel på dette er når myndighetene beslutter å fjerne barn fra det

som vurderes å være omsorgsforhold som kan skade barnets hjerneutvikling. I en slik argumentasjon omtales hjernen som sårbar og eventuelle skader som irreversible. Når man derimot argumenterer for en annen omsorgssituasjon, for eksempel i fosterhjem, fremstilles imidlertid hjernen som plastisk og endringsbar. Slik sett velges faktagrunnlag tilsynelatende ut fra et bekvemmelighetsprinsipp.

Det mest kjente eksempelet på misbruk av hjerneforskning er antagelig Bruce Perrys berømte, for ikke å si beryktede, hjernescanbilde fra 2002. Bildet viser en normal hjerne hos en treåring og en hjerne tilhørende en angivelig sterkt deprivert treåring. Bildet fikk en enorm retorisk kraft i politiske og faglige miljøer, og sirkulerer ennå i informasjonsmateriale om betydningen av å intervensere tidlig der hvor man mistenker at barnets omsorg ikke er god nok. Perry ga ingen informasjon om hvorfor disse hjernene var scannet, heller ikke om hvem den lille, innskrupte og hullele hjernen tilhørte. Uten slik informasjon kan man ikke utelukke at barnet hadde opplevd et massivt fødselstraume. Bildet av den skadde hjernen har kun en mulig relevans i en diagnostisk sammenheng.

UKRITISKE HJERNEMETAFORER

Problemene med å bruke nevrovitenskap og funn fra hjerneforskning i psykologiske og barnevernsfaglige sammenhenger er mange. Forskningen som det henvises til, er gjerne gjort i helt andre sammenhenger, og med helt andre formål. Forskningen blir lest ukritisk og dermed misvisende oversatt til helt andre temaer og områder. Forskning på grovt omsorgssviktede barn overføres for eksempel ukritisk til det som angår barn i helt vanlige hjem. Videre brukes forskningen til å si noe om utviklingsmuligheter på lang sikt, selv om funn fra hjerneforskning ofte er statisk og kun beskriver korttidseffekter.

Hjerneforskning misbrukes for å forsterke argumenter og overbevise, fremfor å bringe ny innsikt og forståelse. En fagperson som trekker hjernen inn i sine presentasjoner, blir automatisk en kunnskapsmessig tungveker. Hjerne-metaforer, og datagenererte bilder av skannede hjerner med lysende og fargelagte områder, har en enormt sterk gjennomslagskraft, og fagpersonen kan uimotsagt mene og si hva det skal være. Nevrohypen vil svekke vår faglige troverdighet, og til syvende og sist gå ut over barn og foreldre. ❌

REFERANSER

- Barne- og likestillingsdepartementet (2018). *Trygge foreldre – trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018–2021)*. Strategi 06/2018. https://www.regjeringen.no/contentassets/23fff4c08d0440ca84543ff74786c6a0/bld_foreldrestotte_strategi_21juni18.pdf
- Bruer, J. (1999). *The Myth of The First Three Years. A New Understanding of Early Brain Development and Lifelong Learning*. The Free Press.
- Egge, J. H. (2021, 5. mars). En mors tøffe oppvekst kan sette varige spor i barnets hjerne. *NRK.no*. https://www.nrk.no/viten/ny-forskning_-forsommelse-i-barndom-gir-avtrykk-i-hjernen-i-generasjoner-1.15363851
- Featherstone, B., Morris, K. & White, S. (2014). A Marriage Made in Hell: Early Intervention Meets Child Protection. *British Journal of Social Work*, 44(7), 1735–1749. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bct052>
- Macvarish, J. (2016). The Problem with Neuroparenting. I J. Macvarish (Red.), *Neuroparenting* (s. 95–112). Palgrave Pivot. https://doi.org/10.1057/978-1-137-54733-0_6
- Myrbråten, T. E. (2018, 7. oktober). Barns tidlig separasjon fra mor. *Energipsykologi.blogg.no*. https://energipsykologi.blogg.no/1538907882_barns_tidlig_separasjon_fra_mor.html
- NOU 2012:5 (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/?ch=1>
- Prehn, A. (2019). *Forstå barnehjernen og styrk den for livet*. Cappelen Damm.
- Røiri, V. & Risberg, T. (2015, 26. februar). – Stress kan være bra for hjernen. *NRK.no*. https://www.nrk.no/livsstil/_-stress-kan-vaere-bra-for-hjernen-1.12231109
- Stine Sofies Stiftelse (u.å.). Tips 8: Bygg hjernen til barnet. *Stine Sofies Stiftelse*. <https://www.stinesofiesstiftelse.no/tema/tips-8-bygg-hjernen-til-barnet>
- Årrestad, K. P. & Jevne, I. (2014, 26. mars). Barn kan få hjerneskadene av mye kjefting. *NRK.no*. <https://www.nrk.no/livsstil/sa-mye-sinne-taler-barnet-ditt-1.11621576>



Faksimile av januarutgaven

Politisk aktivisme uten troverdighet

Psykologforeningen bør ha tydelige retningslinjer for når og hvordan de engasjerer seg i konflikter.



TEKST Sarah Abraham, Hilde Olsson, Hege Briså Strætkvern, Christine Mohn, Mery Jakubowicz, Pia Philipson, Anthony Hawke, Wenche Sortebogen, Yael Swissa Benyaron, Cecilie Smith Ødegaard, Ilan Sharoni

KRIGEN I GAZA

VÅRT INNLEGG (ABRAHAM ET al., 2023) om krigen i Gaza og Psykologforeningens ensidige støtte fokuserer på det problematiske i at fagforeningen engasjerer seg politisk ensidig, der nest på den rollen de inntar ved internasjonale konflikter. Vi diskuterer ikke selve konflikten.

I et tilsvaer ønsker Igland et al. å korrigerer oss i det de mener er «en dekontekstualisert og historieløs fremstilling...» (Igland et al, 2024). De er opptatte av «psykologstandens ansvar», mens vi, derimot, holder fagforeningens rolle adskilt fra den enkelte psykologs yringsfrihet og handlingsrom.

Motinnlegget illustrerer det vi mener er risikoen med politisk aktivisme, og hva fagforeningen burde være forsiktig med å gå ut med på vegne av sine medlemmer. Vi ser at Norsk Psykologforening (NPF) også tidligere er blitt kritisert for at et menneskerettighetsengasjement går over grensen til å bli politisk aktivisme (Saugstad, 2011). Siden 7. oktober har NPF gjennomgående tatt et standpunkt der

det palestinske narrativet er i forgrunnen, og det israelske underkommuniseres. En empatiske validering av ofrene for Hamas' massakre fremstår som fraværende, også i motinnlegget. De hevder at vi «omtaler Israel/Palestina-konflikten som om den har sin start 7. oktober». Vi undrer oss over hvordan de kommer til denne slutningen. Påstanden om at Hamas' voldtekter, massakre og kidnapping den 7. oktober ikke skjedde i et vakuum, bidrar til rettferdiggjøring av grusomhetene, og gir sterke assosiasjoner til offerklandring. Professor Julie Ancis har kommet med liknende kritikk mot amerikanske fagforeninger når de ber om forståelse for «årsaken til problemene» og dermed impliserer Israels skyld (Ancis, 2023).

Ancis mener fagforeningene burde være tydelige på at Hamas er en terrororganisasjon, tilby støtte til ofrene, til de overlevende, og til pårørende av de kidnappede. Dette er et ønske vi stiller oss bak og ser på som faglig adekvat, til forskjell fra politisk aktivisme.

Igland et al. fremsetter en lang rekke påstander som om de var ubestridelige fakta. De styrker med dette vårt opprinnelige poeng om at de ulike måtene å forstå situasjonen på formes av «hvilke historikere, eksperter, politiske og enkeltpersoners forståelse man støtter seg til». Det finnes ulike forklaringer om, og perspektiver på, hvordan verden har havnet i denne situasjonen.

Motinnlegget og NPFs uttalelser påberoper seg absolutt kunnskap om realitetene i krigen. Vi stiller spørsmål ved om vår fagforening eller den enkelte psykolog har mandat og kunnskapsgrunnlag til å fastslå «menneskerettighetsbrudd», «folkemord» og «krigsforbrytelser» midt i en pågående krig. Bør ikke slike vurderinger overlates til egnede instanser?

Det religiøse aspektet ved denne krigen bør heller ikke underkjennes. Hamas er en islamistisk motivert terrororganisasjon, som også utgjør en trussel for sine egne (Howidy, 2024). De har lovet å gjenta massakren den 7. oktober til både Israel og jødene er utslettet (Memri TV, 2023). Det rapporteres om økende antisemitisme, og trusler rettet mot både jøder, kristne og Vesten generelt (Iversen, 2024).

Med et slikt trusselbilde endrer vi oss over om forfatterens bruk av egen stemme sen-

der feil signaler – særlig til den jødiske del av befolkningen. Både medstudenter, kolleger og mulige fremtidige pasienter kan ha helt andre erfaringer og syn på det forfatterne holder fram som fakta, og kan være både berørt og traumatisert på begge sider av denne langvarige konflikten.

Et eksempel på hvordan klientmøtet kan bli påvirket, fikk vi fra en psykologspesialist. Vedkommende forteller at NPFs uttalelser har skapt unødvendig uro og utrygghet blant hennes jødiske klienter, noe som ble en belastning og et ekstra arbeid i terapirommet.

Etter vår mening kan ikke det legges til grunn at oppropet er ukontroversielt, så lenge det ikke retter seg like tydelig mot Hamas, deres handlinger og brudd på menneskerettigheter. Uten at dette inkluderes, mangler innleggets utspill om menneskerettigheter og humanisme troverdighet.

Foreningen bør ha tydelige retningslinjer for når og hvordan de engasjerer seg, slik at det ikke baserer seg på tilfeldigheter og kollektive holdninger.

Vi vil uttrykke dyp bekymring over hvordan det som fremstår som politisk aktivisme fra fagforeningens side, kan påvirke vårt virke i samfunnet, og ser fram til å høre NPFs respons. ✕

REFERANSER

- Ancis, J. (24 oktober 2023). The mental health groups pouring salt in the wound of Jewish trauma. *Times of Israel*. https://blogs.timesofisrael.com/the-mental-health-groups-pouring-salt-in-the-wound-of-jewish-trauma/?fbclid=IwAR3CHiUKmAHXYKFNRJkx4GZGpREUNa75s4mZrDAd9_04zPDkRI0h5FZczDk
- Gettleman, J., Schwartz, A. & Sella, A. (2023). «Screams Without Words»: How Hamas Weaponized Sexual Violence on Oct. 7. A Times investigation uncovered new details showing a pattern of rape, mutilation and extreme brutality against women in the attacks on Israel. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2023/12/28/world/middle-east/oct-7-attacks-hamas-israel-sexual-violence.html?fbclid=IwAR3C0w44jD7OdTrstrIBK4_PoxjrvgoU9xdqhIGnZ-gAW5z5F3FUuycxdM
- Howidy, H. (2024, 2. januar). Hamas Tortured Me for Dissent. Here's What They Really Think of Palestinians. *Newsweek*. <https://www.newsweek.com/hamas-tortured-me-dissent-heres-what-they-really-think-palestinians-opinion-1857169?fbclid=IwAR1eu41rOQi5Im85h-RGNAs9FbKIirsqtHUNSKY9V2Z-18INaSBvSGoGac>
- Abraham, S., Olsson, H., Abrahamsen, I., Shatz, T., Ødegaard, C., Strætkevorn, H. B., Mohn, C., Benyaron, Y. S. & Savonick, C. (2023, 20. desember). Krigen i Gaza og Psykologforeningens ensidige støtte. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2023/12/krigen-i-gaza-og-psykologforeningens-ensidige-stotte>
- Iversen, A. (2024, 4. januar). Jødehat er et symptom på en dypere råde i kulturen. *Aftenposten*. https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/Knw8K7/joedehat-er-et-symptom-paa-en-dypere-raate-i-kulturen?fbclid=IwAR282bKyui4Y6gNLz0nXrHSTOYPCXo9BC6OK0yCmDIitopV3dV60oj2_Mlc
- Memri TV (2023, 1. november). Hamas Official Ghazi Hamad: We Will Repeat The October 7 Attack, Time And Again, Until Israel Is Annihilated; We Are Victims – Everything We Do Is Justified. *Memri TV*. <https://www.memri.org/reports/hamas-official-ghazi-hamad-we-will-repeat-october-7-attack-time-and-again-until-israel>
- Saugstad, M. (2011). Foreningen skal ikke drive politisk aksjonisme. *Psykologtidsskriftet*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2011/03/foreningen-skal-ikke-drive-politisk-aksjonisme>

Vårt ansvar som helsepersonell

Som fagforening, fagpolitisk og samfunnspolitisk organisasjon kan vi ikke tie om konsekvensene av brutaliteten vi nå ser i Gaza.



TEKST Håkon Skard, president i Norsk psykologforening



FOTO: FELICIA ROLF

KRIGEN I GAZA

VI HAR DYP medfølelse for alle sivile tap og lidelser etter Hamas' terrorangrep og bombingene av Gaza.

Derfor er det viktig for Psykologforeningen å reagere på de enorme menneskelige lidelsene vi ser, vise solidaritet med helsekollegaer under angrep og rope opp om hvordan humanitær rett og prinsippet om medisinsk nøytralitet systematisk brytes i den pågående krigen.

NÅR SKAL MAN STÅ OPP FOR MENNESKELIG LIDELSE?

Konflikten i Midtøsten er langvarig og kompleks med røtter århundrer tilbake i tid over flere verdensdeler. Psykologforeningen har de siste tiårene uttalt seg i flere runder med bombing mellom den israelske og palestinske siden, så engasjementet på vegne av den norske psykologstanden er ikke nytt.

Etter Hamas sitt bestialske terrorangrep mot mål i Israel den 7. oktober i fjor har Psykologforeningen fått to typer henvendelser fra engasjerte medlemmer: Noen spør oss hvorfor vi ikke gjør mer, andre spør om hvorfor vi ikke gjør mindre.

Vi oppfatter innlegget «Krigen i Gaza og Psykologforeningens ensidige støtte» av Abraham et al. (2023) som eksempel på sistnevnte, når de foreslår at Psykologforeningen burde nøyde seg med å kommunisere at verden i dag står midt i flere blodige konflikter, og at foreningen er klar over at vi har medlemmer og klienter på alle sider av konfliktene.

Det er krevende å finne den rette balansen i skarpe konflikter, og vi har lagt stor vekt på å ikke forenkle eller innnta partsposisjon. Psykologforeningen henviser til kilder som FN når vi kommuniserer om angrep, død og lidelser.

Men som fagforening, fagpolitisk og samfunnspolitisk organisasjon ville det ikke være å ta samfunnsoppdraget til Norsk psykologforening på alvor dersom vi tiet om konsekvensene av brutaliteten vi nå ser i Gaza. Foreningens prinsippprogram (2019) omtaler også vårt forhold til menneskerettighetene, og forplikter oss ved mandatet til «å forholde seg aktivt til innholdet i eksisterende internasjonale konvensjoner og relevant nasjonal lovgivning, arbeide for å sikre at rettighetene blir respektert og reagere når det skjer brudd på menneskerettighetene». Det gjør vi nå.

ANGREP PÅ VÅRE HELSEKOLLEGAER

«Vi diskuterer ikke selve konflikten», skriver Abraham et al. (2024) når de følger opp sitt opprinnelige innlegg 11. januar, og anfører at engasjementet fra Psykologforeningen ikke bør basere seg på «tilfeldigheter».

Det er blant annet Verdens helseorganisasjon (WHO, u.å.) som er kilden når vi viser til tallenes tale i Gaza: Deres overvåking over angrep på helsepersonell viser at både sykehus, ambulanser, pasienter og helsepersonell har blitt utsatt for angrep mer enn tusen ganger. Og ti tusen barn er drept i Gaza de siste 100 dagene.

Når Psykologforeningen ber om våpenhvile og at menneskerettighetene og prinsippene om krigens folkerett skal respekteres, er dette en oppfordring til beskyttelse av alle sivile, både i Gaza, Israel og Vestbredden. Sivile skal ikke være mål i krig, og krigføringen må stoppe.

Det er et budskap vi håper norske psykologer er stolte av å stille seg bak.

RETTELSE

Så til noen rettelser av det opprinnelige innlegget fra Abraham et al. 20. desember i fjor. Det stemmer ikke at Psykologforeningen tilbød et kurs om «generasjonstraumer» den 18. desember. Dette var et digitalt kurs initiert, laget og arrangert av en gruppe psykologer uten tilknytning til foreningen. Kurset var imidlertid godkjent som vedlikeholdskurs hos Psykologforeningen, og hele kursavgiften gikk til Leger Uten Grenser. Psykologforeningen sentralt har heller ikke vært involvert når lokalavdelinger har arrangert egne markeringer.

I likhet med det brede laget av norske fagforeninger og organisasjoner har vi derimot deltatt i felles markeringer, blant annet arrangementet «Hele landet for fred i Gaza». Der stilte om lag 20 000 mennesker på nesten 30 steder landet rundt. Blant de mer enn 100 organisasjonene og fagforeningene som også deltok, var LO, Utdanningsforbundet, Legeforeningen, Jordmorforeningen og Sykepleierforbundet.

SAMMEN MOT BRUDD PÅ FOLKERETTEN

Grunnlaget for fagforeninger er å kunne stå sterkere sammen. Også internasjonalt er dette viktig. Som innbyggere i et lite land er vi som bor i Norge, også avhengig av at andre land aksepterer internasjonal rett. Der er folkeretten vår forsikring.

Det er en del av årsaken til at også Psykologforeningen, i likhet med andre fagforeninger for helsepersonell i Norge og andre steder i verden, skal rope varsku når folkeretten brytes og medisinsk nøytralitet ikke respekteres.

Dette gjør vi mens vi husker historien: Det er fortsatt ikke gått 100 år siden nazistene gjorde psykoanalysen til «den jødiske vitenskap» og brant Freuds samlede verker på bokbadene som et dårlig omen på holocaust. Vår stemme i krigen i Gaza bør være fredsfremmende.

Som helsepersonell skal vi møte alle pasienter med den samme humanismen og respekten, og samtidig kollektivt heve stemmen mot menneskelig lidelse. Også når det skjer i Midtøsten. ✕



Sivile skal ikke være mål i krig, og krigføringen må stoppe

Les flere innlegg i denne debatten på våre nettsider:



REFERANSER

Abraham, S., Olsson, H., Abrahamsen, I., Shatz, T., Ødegaard, C., Strætkvern, H. B., Mohn, C., Benyaron, Y. S. & Savosnick, C. (2023, 20. desember). Krigen i Gaza og Psykologforeningens ensidige støtte. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(1), 58–60. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2023/12/krigen-i-gaza-og-psykologforeningens-ensidige-stotte>

Abraham, S., Olsson, H., Strætkvern, H. B., Mohn, C., Jakubowicz, M., Philipson, P., Hawke, A., Sortebogen, W., Benyaron, Y. S., Ødegaard, C. & Sharoni, I. (2024, 11. januar). Politisk aktivisme uten troverdighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/01/politisk-aktivisme-uten-troverdighet-0>

Norsk psykologforening (2019). *Prinsippprogram*. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/organisasjonen/vedtekter-og-retningslinjer/prinsippprogram>
World Health Organization (u. å.). *Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA)*. Hentet 15. januar 2024 fra <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>

Visst finnes en enhetlig integrativ terapi

I Psykologtidsskriftets temanummer i desember 2023 skriver Hanne Oddli og Peder Kjøs at det ikke gir mening å omtale integrasjon som en enhetlig retning. Det er en fremstilling som behøver en nyansering.



TEKST Jan Sjøberg, Silvia Grøndahl, Heini Ringel, Berit Aanesen

KONTAKT jan.sjoberg@online.no

MERKNAD Alle forfatterne er tilknyttet Norsk forening for Integrativ terapi (NFIT). De har ikke økonomiske interesser i driften. Jan Sjøberg, Silvia Grøndahl og Heini Ringel er lærerterapeuter i integrativ terapi.

INTEGRATIV TERAPI

I DESEMBERUTGAVEN SKRIVER Oddli og Kjøs (2023) en interessant artikkel om integrativ terapi der de utdyper hvordan det finnes ulike måter å integrere på.

Vi er glade for at Oddli og Kjøs bringer opp temaet integrative terapier, siden det gir mulighet for diskusjon om hvordan integrering kan skje på en fruktbar måte, og dermed bidra til utvikling av fagfeltet.

Oddli og Kjøs viser blant annet til eklektiske tilnærminger, integrasjon av metoder og teknikker, vektlegging av fellesfaktorer, teoretisk begrunnede tilnærminger og sitt eget ståsted, som de benevner «interpersonlig, prosessuell integrasjon – med et metaperspektiv på teori» (Oddli & Kjøs, 2023). De utdyper videre at de som jobber integrativt, lar seg inspirere av flere enn én terapeutisk retning, og at «bruken av ulike teoretiske kilder vil arte seg forskjellig avhengig av den aktuelle terapeuten, klienten, samspillet og så videre.» Mot denne bakgrunn resonnerer de at det ikke gir mening å omtale integrasjon som en enhetlig retning.

EN ENHETLIG RETNING

Imidlertid finnes det en enhetlig integrativ terapiretning. Integrativ terapi ble grunnlagt

av Hilarion Petzold og hans medarbeidere på 1960-tallet. Dette er en av de eldste terapiretningene som sikter mot å integrere ulike psykoterapiretninger på en systematisk, teoribasert og prosessorientert måte med inkludering av et spekter av metoder. For en kort og overordnet redegjørelse, se artikkel i Psykologtidsskriftet (Sjøberg et al., 2023).

EN DEFINERT METATEORI

Integrativ terapi har et definert metateoretisk grunnlag, blant annet fra etikk, erkjennelsesteori, antropologi og ontologi (Petzold, 2003, 2004). Et sammenhengende filosofisk og metateoretisk grunnlag er førende for terapeutiske vurderinger og intervensjoner (Sjøberg et al., 2023; Petzold, 2008). Ut fra et helhetlig menneskesyn basert på en biopsykososial-økologisk modell utdypes dette med en kropporientert fenomenologisk forståelse fra Merleau-Ponty (1994) og kreativitetsforståelse fra Petzold (1992) og Orth og Petzold (2018). Menneskesynet får konsekvenser for terapeutiske intervensjoner med mye bruk av kroppsterapeutiske tilnærminger, bruk av kreative medier i form av f.eks. tegning, musikk og bevegelse, og med naturterapeutiske innfallsvinkler (Petzold et



Jan Sjøberg og medforfattere kommenterer fremstillingen av integrativ terapi i temanummer 12/23.

al., 2019). I integrativ terapi anvendes forskningsbasert kunnskap fra ulike felt og fagområder. Teorier om hvordan mennesket, samfunn og naturen fungerer, får betydning for hvilke teorier som brukes om helse og sykdom, om utviklingspsykologi, teorier om personlighet – som igjen får betydning for terapipraksis. På denne måten sikres at metodiske intervensjoner er konsistente og ikke motsier hverandre, noe som ikke alltid er tilfelle med en eklektisk tilnærming. Det blir dermed mulig å avklare om en metode er «innafor» og ikke i strid med menneskesynet som denne integrative terapi-retningen bygger på. I tillegg vil trygghet på metateoriene gi trygghet i relasjonen som terapeut, med en personlig integritet.

INTEGRASJON OG METATEORETISK BASE

Integrativ terapi kjennetegnes av en fremgangsmåte med mange tilnærminger og med en verktøykasse av anerkjente teknikker og metoder, men altså alltid på grunnlag av den nevnte metateoretiske basisen. Det er klienten i sin kontekst og livssituasjon, og relasjonen til klienten, som er utgangspunkt for valg av tilnærming og intervensjon. Her er vi på linje med Oddli og Kjøs sin utdyping og vektlegging

av mikrokommunikasjonen mellom terapeut og klient som sentralt for kliniske avgjørelser. Samtidig er også det nevnte filosofiske bakteppet førende for valg og utforming av intervensjoner i Petzolds integrative terapi. Kliniske avgjørelser og hvilke metoder og intervensjoner som fleksibelt kan benyttes for integrering, og fra ulike psykoterapiretninger, tas altså både på bakgrunn av den klientnære kommunikasjonen og på bakgrunn av et definert metateoretisk rammeverk. Oddli og Kjøs (2023) legger også vekt på teori og teoretisk grunnlag for intervensjoner. De skriver: «Teoriene tilskrives betydning, men hvilke som blir aktuelle, avgjøres i den fortløpende terapiprosessen.» Oddli og Kjøs viser altså ikke i samme grad til et omfattende og sammenhengende teoretisk og filosofisk bakteppe for kliniske valg i sin interpersonlige og prosessuelle integrasjonstilnærming. I deres presentasjon av ulike integrasjonstilnærminger finner de noen felles filosofiske grunnlag når det gjelder menneskesyn (som også er i tråd med menneskesyn og metateori hos Petzold), selv om det er noe variasjon i vektleggingen av ulike relasjonelle aspekter. Men de argumenterer ikke for at dette gir et felles grunnlag for å omtale integrasjon



Oddli og Kjøs viser altså ikke i samme grad til et omfattende og sammenhengende teoretisk og filosofisk bakteppe for kliniske valg



som en enhetlig retning. Vårt poeng er at Petzolds integrative terapi innebærer å integrere innenfor en enhetlig terapeutisk retning, slik at konsistens og helhet blir ivaretatt på en velfundert måte.

UTBREDELSE

Integrativ terapi har utviklet seg til å bli en utbredt terapiretning med utdanninger i mange europeiske land. I dag gis denne psykoterapiutdanningen som mastergrad på Donau-Universitetet i Krems, Østerrike, som spesialiseringsforløp for psykologer i Sveits, og som egen psykoterapiutdanning på Europäische Akademie für Bio-psycho-soziale Gesundheit,

Naturtherapien und Kreativitätsförderung (EAG) i Tyskland. I Norge har det blitt utdannet mer enn 100 terapeuter siden starten i 1983. I noen år var deler av utdanningen i regi av Universitetet i Sørøst-Norge (60 studiepoeng) med etterfølgende forløp til å bli psykoterapeut via Norsk forening for Integrativ terapi (NFIT) (Binder & Thuen, 2021). Studentene lærer en måte å integrere på i tråd med beskrivelsene ovenfor. Det kreves fullført bachelorgrad for å starte på utdanningen – i tråd med krav som stilles av Norsk forbund for Psykoterapi (NFP) og European Association for Psychotherapy (EAP). ✕

REFERANSER

- Binder, P.E. & Thuen, F. (2021). Å utdanne seg til psykoterapeut. Kapittel 2. I P.E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (red.), *Håndbok i individualterapi*. Fagbokforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax.
- Oddli, H.W. & Kjøs, P. (2023). Integrativ terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(12), 860–871. <https://doi.org/10.52734/IDVP596>
- Orth, I. & Petzold, H.G. (2018). *Über die Heilkraft von «Poesitherapie» und «kreativen Medien»*. I H.G. Petzold, B. Leeser & E. Klempnauer (Red.), *Wenn Sprache heilt*. Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G. (1992). Die heilende Kraft des Schöpferischen. *FPI-publikationen, textarchiv*. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-hg-1992m-die-heilende-kraft-des-schoepferischen/>
- Petzold, H.G. (2003). *Integrative Therapie*, vol. I-III. Junfermann Verlag.
- Petzold, H.G. (2004). *Vitenskapstreet*. Norsk forening for Integrativ terapi.
- Petzold, H.G. (2008). *Integrativ supervisjon og organisasjonsutvikling – filosofiske og sosialvitenskapelige perspektiver. En håndbok for refleksiv praksis (H. Bastigkeit, Overs.)*. Conflux Forlag.
- Petzold, H.G., Ellerbrock, B. & Hömberg, R. (Red.) (2019). *Die neuen Naturtherapien*. Aisthesis Verlag.
- Sjøberg, J., Mathias-Wiedemann, U. & Petzold, H.G. (2023, 27. juli). Tripleksrefleksjon fra integrativ terapi og supervisjon: en modell for kompetanseutvikling og praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(07). <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2023/07/tripleksrefleksjon-fra-integrativ-terapi-og-supervisjon-en-modell>



SIDSEL FJELLTUN er spaltist i februarutgaven.

Koppene i kulda

Jeg skulle være hjemme, men så ble en kvinne drept, og så en til, og en til, og en til.

Jeg skulle trent den fredagen, men så demonstrerte Line Kolstad Rødseth utenfor Grønland politistasjon. Jeg tilbrakte den kalde fredagskvelden med henne i stedet. Vi er Facebook-venner fra tiden da jeg hadde mer tro på min evne til å endre verden. «Jeg hadde 6 brudd på besøksforbudet», skrev hun. «Jeg skal sitte her hver fredag i aksjon for rettsikkerhet, for retten til trygghet, for livskvalitet og for å få leve. La oss vise at vi ikke er alene.»

Jeg skulle skrevet denne uka og hatt rolige januarkvelder. Men da kvinnebevegelsen løftet saken frem, meldte jeg noen venner, tok på meg ull, hentet den gule vesten min i skapet og gikk inn i rollen som demonstrasjonsvakt. I stedet for å holde meg hjemme lærte jeg ferskere demonstranter at du ikke kan stå stille, at når du kjenner at du begynner å nærme deg NATO-stillingen, må du i stedet danse og skyggebokse for å holde deg varm.

NATO-stillingen lærte jeg av gutta på vide-regående hjemme i nord, og den var visstnok det viktigste gutta i førstegangstjenesten lærte. NATO-stillingen foregår i vinterklær og kaldt vær. Trikset er å stå stillest mulig, litt fremoverlutet, med hevede skuldre. Hensikten er å stå

i midten av klærne sånn at de kun henger fra skuldrene. For om du kjenner det kalde stoffet mot magen, merker du hvor kald du er.

Jeg skulle vært hjemme, og det skulle også Rahavy Varatharajan vært. Hun ble drept 2. januar av en mann som hadde forfulgt henne lenge. Rahavy ble bare 30. Jeg fylte 35 i desember. Tina Milena Solberg var to år yngre enn meg da hun ble drept av sin ekssamboer.

Jeg skulle vært hjemme, og det skulle også alle som demonstrerte foran politistasjonen disse fredagene, for de burde ikke hatt grunn til å kjenne seg igjen i historiene til døde kvinner. Line burde vært hjemme, men hun dro ut.

KUNSTEN Å VINTERDEMONSTRERE

En demonstrasjon er en egen verden, især når den oppstår spontant. Oppgavene er alltid de samme: mobilisering, ivaretakelse, sikkerhet. Vinterdemonstrasjoner er slitsomme, for kulden gjør at folk holder seg hjemme, og de som møter opp, lengter fort hjem. Folk kler seg for været, men også derfor blir de stående stille. Du taper mye varme før du kjenner kulden. Det er heller ikke naturlig å stå og vugge på bena mens du lytter til en appellan eller viser stille bifall. »

NYE STEMMER

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



Jeg blir ikke lenger overrasket over hvor grusomme mennesker kan være

Gradvis blir du mer og mer nedkjølt, og det er altfor sent før du skjønner at du må få i gang frosne fingre, lage bevegelser med tærne, flytte på beina.

Den gule vesten min er en suvenir fra første gangen jeg arrangerte en demonstrasjon, som jeg ellers husker lite av. Vi fikk låne vestene fra politiet, neongule med VAKT på ryggen i store bokstaver. Den gangen måtte de to andre arrangørene ta over nedriggingen. Etter å ha stått foran et par tusen mennesker i halvannen time og introdusert appellanter, kultur og slagord gikk lufta helt ut av meg. Den gule vesten fant jeg senere i lomma på jakka. Jeg hadde glemt å levere den tilbake til politiet. Det var vinter, da som nå.

Da sinnet over drapene begynte å bygge seg opp etter nyttår, kjente jeg mest på nummenhet. Jeg klarer ikke å ta temperaturen i kvinnebevegelsen lenger, forutse aksjoner og tiltak, jeg er blitt for desensitivisert. Jeg har behandlet for mange voldsutsatte, lest for mye forskning og for mange tørre nyhetsmeldinger om drap. Jeg blir ikke lenger overrasket over hvor grusomme mennesker kan være. Jeg har beskyttet meg. Da jeg innså at Line hadde gått ut for å demonstrere hele kvelden i tju minusgrader, ble jeg først og fremst overrasket over at hun fremdeles klarte å få i gang nok følelser til å reagere. Dernest ble jeg bekymret for om hun var varm, håpefull, forberedt.

KULDEN SOM TAR OVERHÅND

Ørene mine, halsen og hendene var godt beskyttet, så kulden kom først i ansiktet og bena, og jeg kom til å tenke tilbake på gutta på videregående. Etter hvert som vi frøs, inntok Line og jeg mer og mer den samme stillingen de hadde demonstrert for meg en gang i 2006, men den hjalp oss ikke. Line løp intervaller opp og ned bakken for å holde seg varm. Vi måtte skape vår egen varme og ikke la hverandre stivne.

Som psykologer har vi gjort et levebrød av at folk skader hverandre, og at det er en strøm av skadde mennesker som aldri stopper opp. Selv om alle verdens traumer skulle tatt slutt i morgen, ville det vært nok pasienter til hele min livstid og vel så det. I studietiden hadde vi mest amerikansk forskning på pensum, og i min enorme naivitet trodde jeg at likestillingslandet Norge lå langt bedre an. Da NKVTS slapp de nasjonale representative dataene i 2014 (Thoresen & Hjemdal, 2014), var det som et knyttneveslag. Tallene fra rapporten etterlot seg en krisefølelse som jeg ikke så reflektert noe sted rundt meg, heller ikke på voldsfeltet. For hvert år som har gått siden, har den krisefølelsen fjernet seg mer og mer. I møte med pasienter fokuserer jeg på kroppsspråk, ansiktsmimikk, subtile hull i fortellingen som sier meg noe om hvor jeg senere skal eksponere. Vemmelsen har falmet.

Jeg er blitt frossen og har inntatt NATO-stillingen uten å tenke over det.

VARME KOPPER

Fredag 12. januar oppstod et krisesenter rundt Line, som ut av intet. Det var klemmer og gråt, kjendiser og ukjente, og mer enn én som raskt vendte ansiktet bort når en journalist løftet et kamera. Jeg snakket med voldsutsatte om traumebehandling og pasientstemmer i helsevesenet, og geleidet forvirrede fremmede til politistasjonens hovedinngang, samt ba mine medaksjonister om å trekke tilbake slik at folk i rullestol kom forbi. Ingen kjendisstatus kan vel gi like mye autoritet som en urstygg refleksvest over en boblejakke. Jeg frøs selv og måtte improvisere en hoppende dans, og spøkte med at jeg prøvde å oppføre meg rarest mulig, sånn at alle andre

kunne føle seg frie til å røre seg selv med tre mediehus til stede.

Den første varme koppen fikk jeg av en politiansatt som skalv tynnkledt med kaffekanne i den ene hånden og pappkopper i den andre, fast bestemt på å dele ut til oss. Den neste var en rykende varm tekopp fra kvinnen jeg akkurat hadde klemt mens hun gråt. Hun hadde tatt med omsorgen sin, ikke bare engasjementet. Den tredje koppen kom fra en av demonstrasjonsvaktene jeg hadde rekruttert. Hun hadde gjort det eneste fornuftige og tatt med seg kakao. Jeg har glemt hvem som ga meg den siste kaffekoppen, men jeg husker at hun fortalte meg at hun hadde dratt hjem fra aksjonen for å brygge kaffe og ta med tilbake til oss. Jeg skulle vært hjemme og laget min egen, men det var ikke nødvendig, for varmen kom til meg.

Jeg gråt en skvett da jeg lyttet til de som var der.

Jeg gikk gjennom mengden og så etter de som var stive i bevegelsene, sendte dem videre til tekoppene, fortalte dem at vi kunne varme oss inne på politistasjonen i puljer.

Jeg spurte om folk hadde spist, drukket, gått på do.

Jeg ba folk gi meg et kontrollsmil, sånn at ingen havnet på forsiden av VG med matreser i tennene. Vi lo sammen over at værgudene åpenbart ikke var på vår side.

Jeg frøs, tinte, ble varm igjen.

I dag ringte jeg til pappa. Han har lang fartstid i alt av beredskap, forsvar. Pappa har arbeidet et langt liv med uniform.

«Er NATO-stillingen en ekte militærgreie?» spurte jeg. «Ja, når du står lenge på vakt, skal du bruke minst mulig energi på å holde deg varm og oppreist», var svaret hans. «Men du fryser jo mest når du står stille?» Han var enig. Den sammensunkne posituren er et tegn på at folk er slitne og er blitt kalde på vakt, og det fungerer ikke. Du må holde deg i bevegelse.

Kulden i luften og varmen i koppene sitter fremdeles i kroppen. Markeringer er sjelden en mediesuksess, slik denne var. Demonstrasjoner er først og fremst viktige for de oppmøtte, for å minne alle med en drøm om en bedre verden at de ikke er alene. For å gi oss et fellesskap av trøst og samhold mens vi jobber for endring.

Jeg skulle vært hjemme, men jeg hentet den gule vesten igjen, jeg ble med. ✕

REFERANSER

Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. NKVTS. <https://www.nkvts.no/rapport/vold-og-voldtekt-i-norge-en-nasjonal-forekomststudie-av-vold-i-et-livsløpsperspektiv/>

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.

Inntrykk

Essay og anmeldelser

ANMELDT: BOK

Det du trenger å vite om psykopati

Pål Grøndahl gir et viktig korrektiv til tabloidenes fremstilling av «psykopaten iblant oss», i en bok som inneholder det meste du trenger å vite om psykopati.



BOK *Psykopatiske personligheter*

FORFATTER Pål

Grøndahl

ÅR 2023

FORLAG

Universitetsforlaget

SIDER 160

ANMELDT AV

Svein Øverland,
Nasjonal enhet
for rettspsykiatrisk
sakkyndighet, St.
Olavs hospital.

MERKNAD

Ingen oppgitte
interessekonflikter.

ALLE SOM HAR sett Pål Grøndahl på TV eller hørt ham på radio, vet at han er en dyktig formidler. Han snakker med korte, men presise setninger. Han har et blikk og en stemme som gir troverdighet, og det er tydelig at han vet hva han snakker om. Det er det «folk flest» trenger når det har skjedd et forferdelig drap og de strever med å forstå hva som har skjedd og hvorfor. Grøndahl har årelang praktisk erfaring med sakkyndighetsarbeid, og en doktorgrad som gjennomgår rettspsykiatrisk metodikk i Norge og Skandinavia. Han har i tillegg bred klinisk erfaring innen vurderinger av både psykose og psykopati.

Likevel var jeg skeptisk til *Psykopatiske personligheter*. Det er noe med temaet som trigger en «bullshit alert». Det har ikke noe å gjøre med Grøndahl, men med alle tabloide fremstillinger som pushes mot oss fra nyhetsmediene: «9 tegn på at du har vokst opp med psykopat-foreldre» og «10 tegn på at kjæresten din er psykopat!». Men heller enn å være en sur gammel psykolog, bør jeg vel i stedet spørre meg hvorfor det er så mange artikler om psykopati? Sannsynligvis er alle disse artiklene et tegn på at folk er bekymret og trenger god informasjon.

Psykopatiske personligheter er en ganske tynn bok. Den har likevel en pedagogisk oppbygging som gir et godt overblikk over de ulike områdene som psykopati innebærer. Den har

en rekke kasus og eksempler, og Grøndahl skriver godt. Boken begynner med en historie om hvordan Grøndahl en gang møtte en mann som trengte hans hjelp. Personen fremsto sympatisk, men åpenbart desperat. Han hulket, gråt og var utrøstelig. Og han fikk det han ville: en erklæring om soningsavbrudd. Da Grøndahl lenge etter forsto at han ble lurt trill rundt, bemerket sekretæren hans at «det hadde hun skjønt for lenge siden». Jeg lar meg alltid imponere av psykologer som innrømmer feil, og dertil på en humoristisk måte. Det er en stil som Grøndahl med hell også har brukt i sine tidligere bøker. Og med alt fokuset på å «avsløre psykopater» er det en god påminnelse om at det er like viktig å innrømme og lære av feil når man lar seg blende av karismatiske personer eller sin egen fortrefelighet.

PSYKOPATI NYANSERT

Boken har som forventet en utfyllende beskrivelse av kjernetrekk og diagnostikk, og setter psykopati inn i rammen av personlighetsforstyrrelser og personlighetsutvikling. Martin Seligman er en av mine helter i faget. Han advarer psykologer mot å ukritisk overta sykdomsmodeller fra medisin og psykiatri. Vi må ikke miste vår fødselsrett som psykologer, argumenterer han – «en fødselsrett som inkluderer både å hele det som er skadet og utvikle det

som er sterkt» (Berge & Selvik, 2005). Jeg blir derfor glad når jeg leser følgende formulering hos Grøndahl: «I tråd med dette har jeg undret meg over hvorfor det er lov å fordømme mennesker med psykopati samtidig som vi gjør alt vi kan for å redusere stigmaet rundt andre psykiske lidelser» (s. 20). Som psykologer er det avgjørende å skille mellom personlighet, tanke og handling. På samme måte som at ikke alle personer med pedofili begår overgrep, ødelegger ikke nødvendigvis alle personer med psykopati for andre.

Men joda, psykopati innebærer *ofte* at andre blir skadet. Derfor må psykologer, og særlig psykologer som arbeider i straffesaksjeden, ha høy kompetanse både på vurdering av psykopati og risikovurderingsmetodikk. Tilstedeværelse av psykopati er en av de beste enkeltstående prediktorene for ny vold. Grøndahl bruker blant annet derfor anledningen til å argumentere hardt for at psykopati burde ha vært en diagnose. Jeg er enig i det, men det er neppe realistisk med det første. ICD-11 inneholder store endringer, som blant annet innebærer at personlighetsforstyrrelsene slik vi kjenner dem er vesentlig endret. Jeg har selv deltatt i revisjonsarbeidet for både ICD-11 og DSM-5. Det er en omstendelig prosess (noe det bør være), og det vil være leeeenge til neste gang. Selv om ICD-11 ennå ikke er lansert på norsk, stiller jeg meg undrende til hvorfor ikke Grøndahl presenterer noen av de viktige endringene for blant annet personlighetsforstyrrelser.

Grøndahl gjennomgår derimot de ulike relevante kartleggingsverktøyene, samt ulike teoretiske modeller for forståelse og klassifisering. Her viser han en bred forståelse og stor grad av åpenhet for bredden i teoretiske modeller. Det er viktig, fordi en for snever forståelse av psykopati kan hindre både teoriutvikling, kartlegging, risikovurdering og behandling. Her presenteres også funn som kan indikere at behandling av psykopati ikke er like nytteløst som man tidligere har tenkt.

«VELLYKKEDE PSYKOPATER»?

Den siste delen av boken beskriver hvordan psykopati kan fremstå for «folk flest» i ikke-kliniske sammenhenger; som bekjent, kollega og som foreldre. Dette er ikke den beste delen av boken, men sikkert nyttig dersom du er usikker på om den du møter og kjenner faktisk har høy grad av psykopati. Mer interessant

er tematiseringen av om det finnes «vellykkede psykopater», med andre ord personer med høy psykopati som ikke blir avslørt eller gjør alvorlige lovbrudd. Mange personer med psykopati som jeg har møtt, skryter nettopp av hvor flinke de er til å lure andre og begå lovbrudd uten å bli straffet for det. Ofte er dette, som Grøndahl peker på, mer et utslag av deres narsissisme heller enn at de er mesterforbrytere. Og når de blir eldre, innrømmer de ofte at de ikke har fått til livet. En innsatt beskrev det en gang for meg som at «det er som jeg lider av en følelsesmessig mangeltilstand som jeg først merker konsekvensen av i dag». Som Grøndahl påpeker er de fleste personer med psykopati hverken veldig intelligente, tvangsnevrotiske eller seriedrapsmenn.

Psykopatiske personligheter har det meste du trenger for å forstå og vurdere psykopati. Selv om boken til tider også preges av at den ikke utelukkende henvender seg til psykologer. Det er sikkert nyttig for ikke-psykologer å få en forklaring på hva ICD-10 er, men for psykologer blir det litt for enkelt. Det samme kan sies om Grøndahls beskrivelse av det omfattende arbeidet som inngår i revisjoner av ICD. Psykologer flest vet at det heldigvis innebærer mer enn at noen eksperter rekker opp hendene i en komite. Jeg mistenker at det er forlaget som har ønsket at boken skal nå ut til et større publikum, og i så fall kan det være greit å forenkle litt.

Jeg liker boken. Jeg liker særlig godt den oversiktlige inndelingen av teorier og modeller. Jeg liker at Grøndahl, som i sine tidligere bøker, blander faglitteratur med personlige erfaringer og meninger. Og jeg liker at Grøndahl fortsetter å skrive bøker om vanskelige rettspsykiatriske temaer. Vi lever i en tid som preges av ekstreme holdninger og ekstreme personer. I en verden som noen ganger synes å gå rett til helvete, trenger vi psykologer som vet hva de snakker om og som samtidig har evnen til å formidle kunnskapen. ✕

REFERANSE

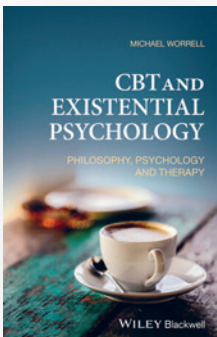
Berge, T. & Selvik, A. (2005). Kan Norge bli det nye Firenze? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(10), 934–937. <https://psykologtidsskriftet.no/intervju/2005/10/kan-norge-bli-det-nye-firenze>



Som psykologer er det avgjørende å skille mellom personlighet, tanke og handling

Et sjeldent rikt bidrag til psykoterapilitteraturen

Hva kan kognitiv atferdsterapi og eksistensiell psykoterapi lære av hverandre? Spørsmålet åpner opp for en utforskning av psykoterapienes kunnskapssyn, menneskesyn og verdier.



BOK *CBT and Existential Psychology: Philosophy, Psychology and Therapy*

FORFATTER Michael Worrell

ÅR 2022

FORLAG

Wiley-Blackwell

SIDER 352

ANMELDT AV

Per-Einar Binder,
Universitetet i Bergen

MERKNAD

Ingen oppgitte
interessekonflikter.

I SINE STEREOTYPE versjoner fremstår kognitiv atferdsterapi (CBT) og eksistensiell psykoterapi (EP) først og fremst som kontraster. En instrumentell, hyperrasjonell og stram terapiform opp mot en ustrukturert, kreativ «grip øyeblikket»-variant. Michael Worrell mener at overlappene er større enn man skulle tro. Worrell selv har solid klinisk og teoretisk bakgrunn i begge tradisjoner. Han videreutdannet seg først i CBT, senere innen den britiske tradisjonen i eksistensiell psykoterapi.

EKSISTENSIELL, GRUNDIG OG PRAGMATISK Bokens første del tar for seg eksistensiell tenkning i en bred forstand. Noe av styrken i den britiske eksistensielle tradisjonen, med Emmy van Deurzen (2010) som sentral bidragsyter, er måten en går inn i filosofiske grunnlagsproblemer. Sentrale amerikanske eksistensielle terapeuter, som Rollo May og Irvin Yalom, glipper ofte i forståelsen av viktige eksistensfilosofiske begreper (Binder, 2022; Holgernes, 2004). Worrell gir på sin side en oversikt over eksistensfilosofien som vitner om god evne til å forstå denne tenkningen på sine egne premisser. Deretter ser han på spørsmålet om hva en eksistensiell psykologi (EP) kan være. Worrell ser dette som et forskningsfelt for empirisk utforskning av menneskers eksistensielle erfaringer. Den eksistensielle psykologien har rom for eksperimentell og kvantitativ forskning – slik som studier av effekten av dødspåminnere – i tillegg til mer typiske fenomenologiske studier. Videre får vi en innføring i de ulike terapeutiske tilnærmingene

innen EP. Worrell har bakgrunn i en tradisjon hvor det er vanlig å hevde at EP bør være mest mulig rendyrket. Terapien skal bygge på filosofi heller enn psykologi. Som Worrell påpeker, er eksponenter for den britiske eksistensielle terapitradisjonen ofte kritisk til humanistisk-eksistensiell terapi à la Kirk Schneider og Irvin Yalom, som integrerer og assimilerer elementer fra psykodynamisk og opplevelsesorientert terapi. Noen hevder de er for mye preget av William James' pragmatisme, og at den integrative kliniske arbeidsformen kan forstyrre eksistensiell innsikt. Det blir sågar hevdet at dette ikke «egentlig» er eksistensiell terapi. Da er det interessant å se hvordan Worrell sitt kliniske bidrag nettopp er både pragmatisk og integrativt.

RASJONALITET, KROPP OG DRØM

I bokens andre del gir Worrell en oversikt over ulike retninger innenfor CBT, med Aaron T. Beck som utgangspunkt. Deretter tar han for seg grunnpremissene i skjemafokusert terapi, konstruktivistisk og narrativ CBT, og til slutt den tredje bølgen innen CBT som aksept- og forpliktelsesterapi, mindfulness- og medfølelsesbaserte tilnærminger. Slektskap og overlapp mellom EP og CBT er åpenbart størst når det kommer til disse tredje bølge-tilnærmingene. Men Worrell gjør en interessant analyse av hvordan Beck sin tilnærming også har tydelige fenomenologiske elementer.

Worrell er tydelig på forskjellene i målsettinger i klassisk CBT og EP. Der CBT har som mål å løse et avgrenset problem, representerer EP

en mest mulig åpen utforskning av pasientens erfaringsverden, med den smerte, de muligheter og de begrensninger som måtte være der. Mens CBT, særlig i sine klassiske versjoner, har vektlagt det rasjonelle modus, vektlegger EP også det kroppslige nærvær og drømmelivet. Dette gir Worrell en inngang til å drøfte psykoterapiens grunnlagsspørsmål. Han tar et kritisk blikk på ideen om tenkning som en computerlignende prosessering av informasjon. Worrell følger ideen om at tenkning må forstås kontekstuel. Tenkning er meningsuttrykk som trer frem i en sammenheng hvor også menneskers relasjonelle, emosjonelle og kroppslige væren er en uløselig del. Han tar opp spørsmålet om hvilke verdier som ligger til grunn i terapi. Worrell påpeker hvordan en også i dag i CBT finner et mangfold. Han utforsker epistemologien i ulike varianter av CBT, i spennet mellom realisme og konstruktivisme, og ser på hvordan CBT kan trenge å styrke sitt eksistensfilosofiske fundament.

FRA SYMPTOM TIL LIVSVERDEN

I bokens tredje del tar Worrell for seg hvordan en kan integrere EP med CBT i konkret klinisk arbeid. Han påpeker nytten mange pasienter kan ha av å jobbe fokusert og strukturert med for eksempel eksponering. Samtidig kan de også ha nytte av en utforskning av hvilken mening angsten kan ha i deres livsverden. Angsten kan på et mer grunnleggende nivå være knyttet til det å forholde seg til frihet, avgrense seg og velge vekk, og å erkjenne livets endelighet. Han påpeker potensialet som ligger i den relasjonelle tenkningen i EP. Worrell ser muligheter for en rikere forståelse av et samarbeidsforhold som i visse former for CBT kan stå i fare for å tippe over mot det forretningsmessige. Worrell beskriver godt og inngående identitetsutfordringen en CBT-terapeut kan møte i situasjoner hvor de gir slipp på den edukative rollen og går inn i en «ikke-vitende» utforskning av pasientens opplevelsesverden.

Worrell påpeker at terapeutens eget forhold til eksistensielle grunnanliggender som død, mening, frihet, isolasjon og medværen vil sette rammer for hvordan terapeuten forholder seg til pasientens verden. Den gode terapeut må kjenne seg selv. I denne siste delen tar Worrell også for seg potensialet som ligger i å ta i bruk materiale fra drømmer. Samtale om det konkrete drømmeinnholdet, med situasjo-

ner, følelser og metaforer knyttet til pasientens livsverden, kan gi innganger til forståelse og endringsressurser, også i CBT.

Worrell er tydelig på at ulikhetene mellom CBT og EP er der og vil fortsette å være der. CBT knytter seg i utgangspunktet til et naturvitenskapelig ideal om å forklare, mens EP har et humanvitenskapelig ideal om å forstå. Imidlertid er CBT i klinisk praksis avhengig av et godt lyttende forståelsesperspektiv. CBT trenger fenomenologien og det eksistensielle perspektivet, fordi terapi handler om livet selv og det strev og de dilemmaer vi alle mennesker står i.

Bokens fjerde del består av intervjuer med eksistensielt orienterte CBT-utøvere, og med den ledende eksistensielle terapeuten Ernesto Spinelli. Denne fungerer mest som et appendiks. Intervjuene fremstår uredigerte og ordrike, men ikke uinteressante – særlig Spinelli sitt utenfrablakk på Worrells prosjekt er verdt å få med seg.

Worrell sin bok er et sjeldent rikt bidrag innen en psykoterapilitteratur som i økende grad har et teknisk fokus, og retter seg spesielt mot terapeuter med CBT-bakgrunn. Samtidig gir boken en utmerket oversikt over det samlede CBT-feltet, som har god nytte for lesere med annen bakgrunn – slik som undertegnede. Boken er godt strukturert, med punktvis oppsummeringer og refleksjonsspørsmål etter hvert kapittel. Worrell gir en nyansert og nøktern fremstilling av muligheter og begrensninger i å integrere CBT og EP, og tilbyr samtidig viktige drøftinger av psykoterapifeltets kunnskapssyn, menneskesyn og verdier som berører langt videre. Dette er en bok som derfor har mye å gi psykologer uavhengig av terapeutisk orientering. ✘

REFERANSER

- Binder, P.-E. (2022). The call of the un-lived life: On the psychology of existential guilt. *Frontiers in Psychology*, 13, 991325. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.991325>
- Holgermes, B. (2004). *Angst i eksistensfilosofisk belysning: en studie i Irvin D. Yalom og Søren Kierkegaard*. Høyskoleforl.
- van Deurzen, E. (2010). *Everyday mysteries: A handbook of existential psychotherapy*. (2. utg.). Routledge/Taylor & Francis Group.



Den gode terapeut må kjenne seg selv

Arbeidstid og fleksitid

Fleksitid er et gode for arbeidstakerne, men den kan også gi noen utfordringer.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Wencke Sartori Eide,
spesialrådgiver i jus- og
arbeidslivsavdelingen

Den ukentlige arbeidstiden for de fleste psykologer er 37,5 timer, men det er mange som jobber mer enn det – i hvert fall noen uker. Andre uker jobber man mindre. Mange har fleksitidsavtaler som gjør det mulig for den enkelte å komme og gå litt tidligere eller litt senere enn det som er ordinær arbeidstid.

Fleksitid er en fordel for arbeidstakerne, og det gir mulighet til en smidigere hverdag ved at den enkelte selv kan fordele noe av arbeidstiden. Den vanligste formen for fleksitid er at arbeidsgiver har en ordning som gjelder for de avdelingene der det passer, mens det kan være fast arbeidstid på andre avdelinger.

Mange steder er det en fleksitidsavtale som regulerer når man må være på jobb og når man kan opparbeide seg fleksitid. Det kan for eksempel være at kjernetiden (tiden man må være på jobb) er mellom klokken 09.00 og 14.30, mens ytre arbeidstid (i hvilket tidsrom man kan jobbe) for eksempel kan være fra 07.00 til 09.00 og fra 14.30 til 21.00. Fleksitidsavtalen ligger ofte på virksomhetenes intranett, og det kan være lurt å ha lest den.

Utgangspunktet for fleksitid er at arbeidstakeren selv får noe mer innflytelse over egen arbeidstid, men selv om du har fleksitid kan arbeidsgiver pålegge at deg å komme på jobb dersom det er viktig for driften, for eksempel for å være med på morgenmøte før kjernetiden starter.

Arbeidsmiljølovens begrensninger i forhold til daglig arbeidstid gjelder fremdeles, men ved å avtale gjennomsnittsberegning kan den utvides til 10 timer per dag eller 48 timer per uke.

Den daglige variasjonen i fleksitid trenger du normalt ikke avtale med leder, men hvis du ønsker å avspasere hele dager må det avtales med arbeidsgiver i forkant. Det er ofte begrensninger på hvor mange hele eller halve dager avspasering man kan ta per år, for eksempel inntil 24 hele dager.

De fleste fleksitidsavtaler har en avregningsperiode på seks eller tolv måneder, og

en begrensning i hvor mange plusstimer eller minustimer som kan overføres til neste avregningsperiode. Tid utover fastsatt minustid, for eksempel utover 10 timer, medfører trekk i lønn, mens tid utover fastsatt plusstid ofte blir strøket uten kompensasjon. For å unngå dette er det viktig at du følger med på hvor mye pluss- eller minustid du har, og avtaler med leder hvordan opparbeidede plusstimer skal avspaseres eller minustimer innarbeides. Arbeidsgiver har også et ansvar for å påse at dette skjer og skal tilrettelegge for at det er mulig å avspasere innenfor avregningsperioden.

Mange psykologer forteller at de sitter utover dagen og opparbeider fleksitid fordi de ikke rekker å utføre arbeidsoppgavene innenfor ordinær arbeidstid, og for en del er omfanget så stort at de oppfatter det som et problem. Hvis det er et gjentakende problem anbefaler vi at dette tas opp med leder for å vurdere om mengden arbeidsoppgaver er i tråd med arbeidstiden. Der hvor det er tillitsvalgt, er det naturlig at det er tillitsvalgte som gjør dette.

Det er arbeidsgivers ansvar at den enkelte ikke har mer arbeidsoppgaver enn man rekker å gjennomføre innenfor ordinær arbeidstid, og dersom arbeidsgiver mener at det er oppgaver som ikke kan vente har leder mulighet til å pålegge deg å jobbe overtid. Er det oppgaver du blir pålagt å gjøre utover vanlig arbeidstid, kan du spørre om det betyr at det regnes som overtid. Arbeidsgiver kan ikke pålegge deg å bruke fleksitid for å utføre arbeidsoppgaver.

Hvis du opplever å få strøket plusstimer anbefaler vi at du tar det opp med arbeidsgiver og ber om å få timene utbetalt. Dette gjelder særlig hvis årsaken til at du ikke har fått avspasert timene er at driften ikke har tillatt det. Oppstår det problemer i forhold til dette kan du ta kontakt med tillitsvalgte på arbeidsplassen din eller jus- og arbeidslivsavdelingen i Psykologforeningen.

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

Retten til nødvendig helsehjelp gjelder for alle

Innsatte i norske fengsler har overhyppighet av psykiske vansker. 75 prosent av kvinnene og 59 prosent av mennene har minst én psykiatrisk diagnose. Mange strever med rus, mange har lærevansker, svært mange har opplevd traumer, enten i barndommen, i voksenlivet, eller begge deler.

Nødvendig helsehjelp er en grunnleggende menneskerett, som gjelder alle, også innsatte i fengsler. Det er mulig å bli dømt til behandling, men det er ikke mulig å bli dømt til å ikke få behandling. Likevel ser vi i dag store mangler i helsetilbudet til de innsatte. Det er for lite helsehjelp, det er for dårlig sammenheng mellom tilbud, og det er for tilfeldig hvilken hjelp man får.

Innsatte er i en avmektig posisjon hvor de i liten grad selv kan oppsøke helsehjelp, og mange vet lite om hvilke muligheter som finnes og hvilke rettigheter de har. De er derfor helt avhengige av å bli tilbudt nødvendig og tilstrekkelig hjelp. Samtidig er samarbeidet mellom helsetjeneste og fengsel ofte utfordrende, noe som kan føre til at innsatte ikke får den hjelpen de trenger.

Mangel på nødvendig behandling har konsekvenser, og vil kunne føre til alvorlige kriser. Sikkerhetscelle og belteseng kan være nødvendige tiltak for å forebygge utagering, selvska-ding og selvmord. Samtidig er dette inngripende tvangsmidler som gir stor risiko for både fysiske og psykiske skader. I en akutt situasjon kan det være nødvendig med tvang for å hindre for eksempel selvmord, men på lang sikt er det neppe sannsynlig at mennesker får mer lyst til å leve, får mer håp, eller en større opplevelse av å være et verdifullt menneske av å gjentatte ganger oppleve tvang, belteseng og isolasjon.

På sykehus er det lege eller psykologspesialist som skal vurdere behovet for, og forsvarligheten av å bruke skjerming eller belteseng. De skal også vurdere om bruk av tvang er strengt nødvendig, eller om andre, mindre inngripende alternativer kan være aktuelle. I lov om psykisk helsevern er det klart vilkår at pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn, og ved bruk av belter skal helsepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten.

Ved opphold i sikkerhetscelle foreslår departementet å lovregulere at innsatte skal ha nødvendig tilsyn fra kriminalomsorgens personale, minimum en gang per time. For innsatte som legges i sikkerhetsseng, foreslår departementet å lovfeste et krav om kontinuerlig tilsyn fra kriminalomsorgens ansatte.

Dette er nødvendige forbedringer, men ikke nok. De ansatte i kriminalomsorgen er ikke helsepersonell, og vi kan ikke forvente at disse skal kunne oppdage eller behandle symptomer på alvorlig helserisiko eller forverring av eksisterende tilstand. Det krever kompetanse, og det er grunnen til at det er helsepersonell som skal ha tilsyn med pasienter i belteseng. Det er ingen god grunn til at ikke den samme regelen også skal gjelde for pasienter i fengsel.

Vi kan ikke godta systematisk forskjellsbehandling av pasienter i fengsel, og derfor har Psykologforeningen høsten 2023 samarbeidet med blant annet Amnesty om å rette oppmerksomheten mot innsattes rett til behandling. Dette er en sammensatt utfordring, som handler både om lovkrav, samhandling og tilgjengelige ressurser.

Og selvsagt handler det også om helhetlige tilbud og om forebygging. Psykologforeningen har tidligere vært opptatt av riktig og redusert bruk av tvang, og det er vi fortsatt. Samtidig er det viktig å også ivareta sikkerheten til pasienter, behandlere og samfunn. Vi har derfor startet et arbeid med å se på hvilken rolle vi som psykologer kan ha i vurdering av farlighet, og hvordan vi kan bidra til god balanse mellom rettigheter og samfunnssikkerhet, inkludert sikkerhet for behandlere.

Alle pasienter, uansett hvor de er og hva de har gjort, har krav på å bli behandlet på en forsvarlig måte. Her har vi som psykologer mye kompetanse, og det er viktig at den benyttes på en klok måte.



FOTO: FARTEN RUDJORD

TEKST

Arnhild Lauveng,
visepresident med
ansvar for fag- og
profesjonspolitikk

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 kursmaterieill

Målet med kurset er å lære deg hvordan du kan bruke EMDR med barn i ulike aldre, familier, grupper og komplekse traumatilstander. Forutsening 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!



Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



GRUNNUTDANNING I EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Trinn 1, Trondheim, **10.–12. april 2024**

Trinn 2, Trondheim, **3.–5. september 2024**

Kursholder: Janne Ekeberg Amundsen

Psykologspes./EMDR Europe Accredited Trainer

Nærmere informasjon og påmelding:
emdrkurs@janneamundsen.no



EMDR Norge Dagskonferanse

Oppmøte og digitalt

Oslo 5. april 2024

kl. 09.00–16.00 på Scandic Solli

NB: Roger M. Solomon, psykolog, PhD
EMDR og SORG

Pris inkl. lunsj medlemmer: kr 1 500,-/
ikke medlemmer: kr 1 750,-
Digitalt: kr 750,-/950,- Gruppe: kr 1 250,-

Program og påmelding: www.emdrnorge.no

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. mars**,
frist for å bestille annonse til mars-
utgaven er **16. februar**

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

FAMILIE OG HELSE

Kommunepsykolog

Vi ynskjer å ha deg med på laget vårt!

Vestnes kommune ved Familie og helse søker etter psykolog/psykologspesialist i 100 % fast stilling. Familie og helse er fordelt på helsestasjon, legesenter, psykisk helseteam for barn og unge, Myra aktivitetssenter, psykisk helseteam voksne og tilsynsførartenesta.



midt i blinken

Arbeidsoppgåver

- bidra til å utvikle psykologtenesta og sikre tverrfagleg samarbeid internt og eksternt
- rettleiing og undervisning av kommunale tenester og personell
- bidra i utvikling og implementering av systemarbeidet
- bidra i strategiarbeidet i forhold til lokale planer og folkehelsearbeidet
- delta i kommunens psykososiale kriseteam
- klientarbeidet i form av kartlegging/utredning/behandling og tilvising av saker til spesialisthelsetenesta
- andre oppgåver kan leggest til stillinga med utgangspunkt i kommunens behov og søkars kompetanse
- bidra inn i det førebyggjande arbeidet

Kvalifikasjonar

- gode samarbeids- og kommunikasjonsferdigheiter. Kravet til språk er minimum bestått språkoplæring på nivå B2
- høy grad av sjølvstendigheit og gode vurderingsevner
- gode datakunnskapar

- det leggest stor vekt på personleg eignaheit
- du må ha førarkort kl B

Personlege eigenskapar

- vi legger vekt på gode relasjonelle ferdigheiter
- at du har evne til å arbeide strukturert, sjølvstendig og målretta
- evne til omstilling
- er aktivt med å byggje å bevare eit godt arbeidsmiljø

Vi tilbyr

- allsidige utfordringar i eit godt fagmiljø med dyktige medarbeidarar
- høy grad av fagleg sjølvstendigheit, utfordrande, spennande og varierte oppgåver
- engasjerte kollega i ei eining i utvikling
- løn i høve gjeldande avtaleverk
- pensjons- og forsikringsordningar i høve tariffavtale
- løn etter avtale
- kommunen er IA-bedrift og har fokus på nærværarbeid

Kontaktperson: Elly Christine Volsdal Slettvoll, tlf. 901 58 565

Søknad sendes elektronisk via www.vestnes.kommune.no ledige stillinger senest **17. mars**

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



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

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

Stempel kan kjøpes hos 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



PSYKOL OGI

MATERIELLFRISTER OG PRISER 2024

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 28 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 220, samme format i farger kr 4 600.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 590.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 000, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 900. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

Bannerannonser publiseres både på www.psykologforeningen.no og toppbanner på www.psykologtidsskriftet.no og koster kr 15 900 per måneds visning.

ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

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

Se informasjon om annonsering også på www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer

Nyhetsbrev sendes ut samtidig med utgivelse av papir-utgaven den 1. virkedagen og den 15. i hver måned. For tiden er det ca 9 050 mottakere av nyhetsbrevet. Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet i følgende formater:

NYHETSBREVFOMATER

Full bredde	1/2 bredde
564 piksler for kr 7 500	264 piksler for kr 4 500

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
3	16.02	01.03
4	13.03	02.04
5	17.04	02.05
6	15.05	03.06
7	14.06	01.07
8	18.07	01.08
9	16.08	02.09
10	17.09	01.10
11	18.10	01.11
12	15.11	02.12

PRISER: STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 900	17 300
1/2 side	14 900	13 300
1/4 side	12 900	11 300

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

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

ANNONSEFORMATER

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

ABONNEMENT OG LØSSALG

Institusjonsabonnement	Privatabonnement i Norge
kr 2 650	kr 1 495

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



Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse er et nasjonalt kompetansesenter. Vår viktigste oppgave er å samle, systematisere og formidle brukeres og pårørendes kunnskap, slik at beslutningstakere, ledere og tjenesteutøvere innen fagfeltene psykisk helse og rus (både i kommune- og spesialisthelsetjenesten) kan utvikle og forbedre tjenestene i retning av brukeres og pårørendes ønsker og krav. Vi mottar øremerket tilskudd over statsbudsjettet og rapporterer til Helsedirektoratet. Vi holder til i Skien, er 8 ansatte og er eid av Mental Helse.

Vi søker

Daglig leder

Arbeidsoppgaver

Daglig ledelse av virksomheten, herunder økonomiansvar og personalledelse. Du er ansvarlig for overordnet strategisk arbeid og satsning i virksomheten. Stå frem som senterets ansikt utad, og være synlig mot eksternt miljø. Avdekke, synliggjøre og beslutte hvilke forsknings- og utviklingsområder senteret skal engasjere seg i.

Ønskede kvalifikasjoner og personlige egenskaper

Relevant høyere utdanning på masternivå, primært innen humanistiske fag. Relevant arbeidserfaring kan kompensere for utdanning. Ledererfaring og økonomisk innsikt, samt erfaring med å jobbe med akademikere/forskere. Bør kjenne godt til og/eller ha erfaring fra psykisk helse og rus-feltet.

Vi søker deg som er trygg i lederrollen. Du er tålmodig og har høy integritet. Vi trenger en leder med god sosial kompetanse som kan omgås alle typer mennesker. Det er viktig at du er beslutningsdyktig og sørger for fremdrift i senterets arbeid.

Vi tilbyr

- Lederstilling i en kunnskapsbedrift med stor kontaktflate mot politiske og faglige miljøer, med stor påvirkningskraft til tross for at senteret ikke er stort

Søknadsfrist **25/2-2024**

For fullstendig utlysning og for å søke på stillingen, se www.sk.no



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

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

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng
913 17 162
arnhild@psykologforeningen.no

Medlemmer

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

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

Ann Birgithe Solheim Eikholt
971 29 052
abseikholt@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

Andreas Vindenes
studentrepresentant
917 02 956
andreas.vindenes@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

Kristin Lothe Nordbø (1. vara student-representant)
476 54 401
kristinnordbo@hotmail.com

Frida Tveiten Gundersen (2. vara student-representant)
454 29 809
frida.tveiten@hotmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus
Andrea Wister
andrea_wister@alumni.brown.edu
994 35 493

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 Lindø
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

SPECIALITETSRADET

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

FAG- OG PROFESJONSRADET

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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,
evakarinloevaas@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,
ja@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

- 90 **Diabetes type 1 øker risiko for selvmord: Hva kan psykologen gjøre?**
Evidensbasert praksis | Wilhelmsen-Langeland et al.
- 100 **Cajal: rampegutten som ble den moderne nevrovitenskapens far**
Fagessay | Nils Eide-Midsand
- 106 **Dialektisk atferdsterapi for barn: En pilotstudie av ferdighetstreningssgrupper for foreldre**
Originalartikkel | Coldevin et al.
- 114 **Kvalitetssikring av tverrfaglig tilbud i tannhelsetjenesten**
Fra praksis | Westad et al.
- 120 **Globalt psykisk helsearbeid eller misjonering?**
Etikkpanelet | Akiah A. Ottesen
- 124 **MENINGER**
Kronikk: Nevrobabbel | Per Lorentzen (s. 128)
Debatt: Fagetisk råd (s. 124), Integrativ terapi (s. 136),
Krigen i Gaza (s. 132)
- 139 **Koppene i kulda**
Nye stemmer | Sidsel Fjelltun
- 142 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Det du trenger å vite om psykopati (s. 142),
Et sjeldent rikt bidrag til psykoterapilitteraturen (s. 144)