

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 12 2022

Cannabis og schizofreni

*Forskningsintervju
Fagessay*

Mjøsund et al.

NÅR BET GJØR VONDT VERRE

Originalartikkel

Menneskesyn i terapi

Fagessay

Egnet som psykolog?

Kronikk



PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 12 2022

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen, gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

Redaktører Heidi Wittrup Djup, heidi@psykologtidsskriftet.no, tlf. 976 28 907

Patrick Michael Palmelund Faaland, patrick@psykologtidsskriftet.no, tlf. 922 81 183

Daniel Gunstveit, daniel@psykologtidsskriftet.no, tlf. 951 50 690

Ida Sund Morken, ida.morke@psykologtidsskriftet.no, tlf. 404 79 860

Produksjonsansvarlig Veronica Bjartan, veronica@psykologtidsskriftet.no, tlf. 482 38 419

Teknisk redaktør Christian von Schack,

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

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

Visuelt ansvarlig / desk Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

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

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen, Marianne Berg Halvorsen,

Joar Overaas 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

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.11.2022

Omslagsillustrasjon Åshild Irgens

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association) er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og medieansvarsloven. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Jeg har spørsmål, Kjerkol

I midten av oktober satte helseminister Ingvild Kjerkol ned et ekspertutvalg som skal utrede en sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern. Kjerkol oppgir som bakgrunn for nedsettelsen av ekspertutvalget at Riksrevisjonen har påpekt store variasjoner i tilbudet om behandling av psykiske lidelser. Jeg synes det er vanskelig å se hvordan disse tingene henger sammen og spør meg:

Hvordan skal en tematisert organisering av psykisk helsevern løse problemet med geografiske sprik i helsetilbudene? Hverken behandlere eller pasienter er jevnt fordelt langs vårt langstrakte land. Er det slik at de delene av helsevesenet som allerede er tematisert i dag, ikke har noen problemer med variasjon i tilbudene?

Målet er ifølge mandatet som er gitt ekspertutvalget å forbedre kvaliteten i behandlingen og bidra til at pasientene kommer raskere til riktig behandling. I skrivende stund er det foreslått kutt som utrydningstruer viktige, forskningsbaserte og høyspesialiserte tilbud, som Seksjon for Tidlig psykosebehandling, Spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser og Personlighetspoliklinikken.

Dette er fagmiljøer som har høy kompetanse på pasientpopulasjonen og deres behov, og som tilbyr sammensatte behandlingstjenester som ikke avgrenser seg til en gitt metode. Hvordan skal en bygge opp en tematisert organisering av behandling av psykiske lidelser når helt unike og sentrale kompetansemiljø ikke finnes lenger? I tillegg til de nevnte foreslåtte kutt ligger det an til nedskjæringer i psykisk helsevern

over hele landet. Hvilket politisk håndverk er vi vitne til med dette?

Jeg lurar på om helseministeren har tillit til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern når hun i Aftenposten 4. november i år uttaler at hvis tilbudet til behandling av psykiske lidelser blir tematisk organisert, [...] *kan vi raskere dra nytte av kunnskapsbaserte terapier til alle*. Uttalelsen tyder på at helseministeren mener vi trenger behandlingsmetoder som kan vise til god effekt gjennom forskning. Avdekket Riksrevisjonen at det ikke blir gitt kunnskapsbasert behandling? Det er i så fall viktig informasjon, siden det er i strid med godt etablert faglig standard for behandling av psykiske lidelser i Norge.

Mest av alt lurar jeg på hva helseministeren legger i ordet «kvalitet» i denne sammenhengen. Jeg registrerer at Kjerkol i oppslaget i Aftenposten trekker frem firedagersterapien mot tvangs- og angstlidelser som *et eksempel på en behandling som flere bør benytte seg av*. Mener Kjerkol at kvalitet i behandling av psykiske lidelser er å finne i én metode? I så fall håper jeg hun gjør dette tydelig.

Jeg må innrømme at jeg blir bekymret av å lese ekspertutvalgets mandat fordi jeg tror ikke at hovedproblemet vårt er at vi ikke gir kunnskapsbasert behandling. Risikerer vi en situasjon der pasienter som trenger mer sammensatt tilbud, ikke får det fordi vi begynner å organisere helsetjenestene etter metode?

Det vil i så fall være en tragedie som vil ramme de aller mest utsatte og sårbare blant oss. ✕



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



Mest av alt lurar jeg på hva helseministeren legger i ordet «kvalitet»

1118



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRMARK

BELYS BEGRENSNINGENE

Kanskje har både vi som psykologer og pasientene våre nytte av å snakke mer om alt vi ikke tilbyr noen kur for, spør Hanna Punsvik Eielsen i Etikkpanelet.

Etikkpanelet

1122

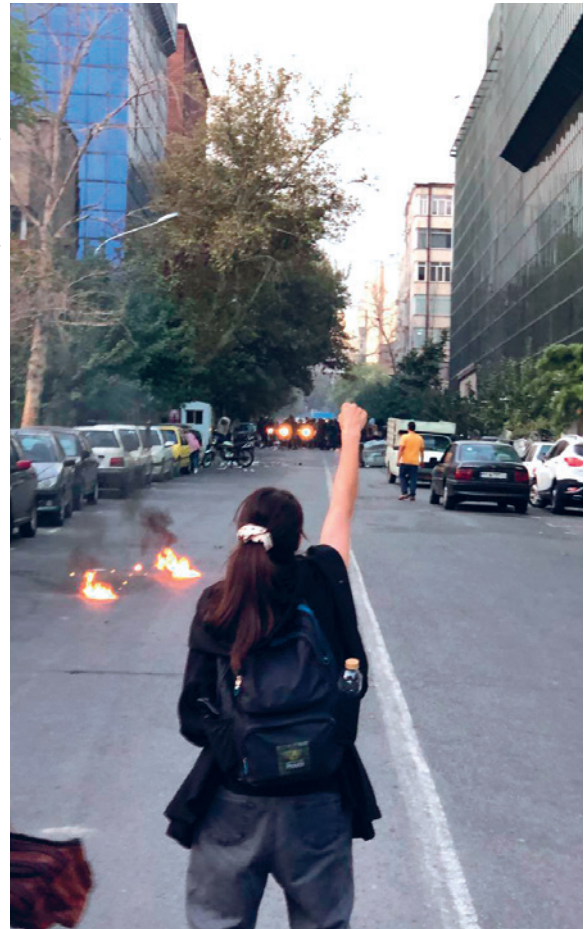


FOTO: ZUMA PRESS / SOCIAL MEDIA / NTBSCANPIX

IRAN PÅ PSYKOLOGKONTORET

Dødsfallet til Mahsa Amini og undertrykkelsen av befolkningen i Iran slår rett inn i terapirommene også i Norge. Hvordan kan psykologer ta ansvar, spør Parvin Shaafi.

Debatt

1136



FOTO: DAISY DAINY / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX

SAMMENVEVDE TILTAK

Lars Lien og Tore W. Lie har skrevet en meget god fagbok, mener anmelder Rolf W. Gråwe, og spår at en del av kapitlene vil bli pensum.

Anmeldt

Innhold

- 1069 **Jeg har spørsmål, Kjerkol**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 1072 **Schizofreni, ja, men ingen grunn til panikk**
Forskningsintervju | Per Halvorsen
- 1076 **Cannabis og schizofreni: Har vi svaret nå?**
Fagesay | Jørgen G. Bramness & Eline Borger Rognli
- 1084 **Utvikling av en integrert behandlingsmodell for rus- og traumepasienter**
Fra praksis | Ellen Skilhagen & Jørgen Rygh
- 1092 **Når behandling gjør vondt verre - erfaringer fra basal eksponeringsterapi (BET)**
Originalartikkel | Mjøsund et al.
- 1104 **Menneskesyn i psykoterapi**
Fagesay | Ole Magnus Vik & Erik Stänicke
- 1112 **Skeive flyktninger - en dobbel minoritet**
Fra praksis | Anette Hassel
- 1118 **Noen ganger er det utover vi må gå**
Etikkpanelet | Hanna Punsvik Eielsen
- 1121 **Validering av den norske foreldreversjonen av Developmental Behavior Checklist (DBC-P)**
Ny vitenskapelig artikkel | Halvorsen et al.
- 1122 **MENINGER**
Kronikk: Er jeg egentlig egnet som psykolog? | Elisabeth Hooper Storeide (s. 1125)
Debatt: Traumer (s. 1122), Kjønnsinkongruens (s. 1127), Forebygging (s. 1129), Etikk (s. 1130), Avtale-spesialister (s. 1131), Klima- og miljøpsykologi (s. 1132)
- 1134 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Uvitenskapelig om idrettspsykologi (s. 1134), Godt og grundig om ROP-lidelser (s. 1136)
- 1140 **Annonser**
- 1145 **Stillingsannonser**

Schizofreni, ja, men ingen grunn til panikk

Cannabis er en risikofaktor for schizofreni, men det gir liten grunn til panikk i familier med ungdom som eksperimenterer med hasj.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

Det mener forskerne Eline Rognli og Jørgen G. Bramness. Mens ordskiftet om avkriminalisering av narkotika er i ferd med å bikke over i en debatt om ja eller nei til legalisering av cannabis, slipper de fagesayet *Cannabis og schizofreni: Har vi svaret nå?* i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet. Og svaret på spørsmålet i tittelen er ja:

– Oppsummerer vi litteraturen, er det vanskelig å utelukke cannabis som selvstendig risikofaktor for schizofreni. Noen individer vil altså unngå å få schizofreni om de ikke bruker cannabis, sier de.

FÅ FÅR SCHIZOFRENI

Rognli er psykologspesialist tilknyttet Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk) ved Oslo universitetssykehus. Jørgen G. Bramness er psykiatriprofessor og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet. Begge velger sine ord med omhu. I den heftige debatten som foregår i øyeblikket om legalisering, er det fort gjort å bli tatt til inntekt for det ene eller andre synet. Rognli og Bramness sier at deres prosjekt først og fremst handler om å gi et godt grunnlag for folkeopplysning. De mener funnene deres trolig kan brukes av begge sider i debatten, alt etter hva de ulike aktørene ønsker å rette oppmerksomhet mot.

– Noen vil si at funnene taler for å regulere cannabisproduktene og opplyse om innholdet. Andre igjen at vi må fjerne produktene så mye vi kan fra ungdommene, og at bruk fortsatt må være kriminalisert. Vår oppgave er imidlertid å peke på helsekonsekvenser av bruk av cannabis. Brukerne skal vite hva de gjør, sier Bramness.

Sammen med Rognli har han gjennomgått studier og metaanalyser som ser på sammenhengen mellom cannabisbruk og schizofreni

over tid. Og da finner de at folk som bruker cannabis har dobbelt så stor risiko for schizofreni sammenliknet med folk som ikke bruker cannabis. Stilles *mye bruk* opp mot *ikke-bruk*, er risikoen fem–seks ganger så høy.

Rognli advarer mot å trekke funnene for langt.

– Vi må huske på at dette er økning i risikoer som i utgangspunktet er veldig små, sier hun. Hun viser til en studie som så nærmere på dem som har brukt cannabis femti ganger eller mer: Tre prosent utviklet schizofreni. 97 prosent gjorde det ikke.

– De aller fleste som bruker mye cannabis, får altså aldri schizofreni, sier hun.

RÅD TIL FORELDRE

De to forskerne understreker at schizofreni er resultatet av komplekse kausale sammenhenger. På individnivå er det vanskelig å vite hva som er den eksakte betydningen av hver enkelt påvirkningsfaktor. Styrken på cannabisen spiller inn. Temperament, gener, om du har vært utsatt for traumer, sosioøkonomisk sårbarhet og ikke minst alder:

– Hvis man eksempelvis klarer å skyve debuten til ut i 20-åra, ser sammenhengen mellom cannabis og schizofreni ut til være ganske liten. Og det er jo ikke tilfeldig hvem som begynner med cannabis når de er tolv og hvem som debuterer når de er 18, eller hvem som veldig raskt begynner å bruke mye, påpeker Rognli.

– Hvilket råd ville dere ha gitt på et foreldremøte i en ungdomsskoleklasse der foreldrene lurte på hva de skal gjøre hvis de får mistanke om at ungdommen i huset har begynt å eksperimentere med hasj?

– Om ungdommen din bruker litte grann cannabis, ville jeg ikke ha blitt kjempestressa



POTENT CANNABIS Rådet må være å unngå den mest potente cannabisen, sier Eline Rognli og Jørgen G. Bramness.

og iverksatt masse sanksjoner. Jeg ville først og fremst snakket med ungdommen og tilbragt tid med dem for å bygge gode relasjoner. Det er ikke bra å bruke hasj, men det er ikke krise heller, sier Rognli.

MER POTENT CANNABIS

Annerledes hadde vært om ungdommen har tung bagasje å bære på og bruker cannabisen til å døyve tyngden, eller bruker det ofte. Da vil det ifølge Rognli være naturlig å utforske om det fins andre og sunnere måter å regulere det vonde på. Og kommer det frem at det er psykose i familien, mener hun alarmklokkene bør ringe.

– Da ville jeg ha tatt cannabisbruken mye mer på alvor. Det samme hvis det var tegn på at ungdommen har hatt psykotiske opplevelser tidligere, sier hun.

– *Hva ville dere sagt til ungdom selv om de hadde spurt om hasj var farlig eller ikke?*

Jørgen G. Bramness sier det slik:

– Relative risikoer er noe av det vanskeligste å formidle til ungdommer. De ser jo at det går bra med så mange, og spør: Hvorfor kommer du og plager meg med rådene dine.

Han påpeker at noen forskningsfunn er tydeligere enn andre: Sterkere cannabis gir større risiko.

– Rådet må være å unngå den mest potente cannabisen. Det blir på samme måte som å si til ungdom som eksperimenterer med alkohol: Drikk heller øl enn sprit. Sprit er verre for deg.

VAREDEKLARASJON

Psykiateren medgir imidlertid at det er vanskelig å gi slike råd så lenge markedet for salg av cannabis er illegalt.

– Hadde vi hatt en varedeklarasjon, ville jeg ha anbefalt folk å bruke svakere produkter, sier Bramness.

– Vi må huske på at dette er økning i risikoer som i utgangspunktet er veldig små

Eline Rognli



Av fagessayet fremgår det at cannabisen som er på markedet i øyeblikket, kan ha et innhold av tetrahydrocannabinol (THC) på opp mot 20 prosent, ifølge Kripos.

– *Taler ikke det for å regulere salget?*

– Akkurat det jeg sier nå, taler for det. Så er jo dette en veldig kompleks diskusjon der også en rekke andre faktorer spiller inn som taler imot.

Tidligere fant ikke forskerne at cannabisbruk og forekomsten av schizofreni svingte i takt. Det ble brukt som et argument *mot* at det ene fører til det andre. Rognli mener argumentet hviler på premisset om at det går an å måle forekomst av schizofreni på like måter over tid.

– Men siden schizofreni er et multifaktoriel utfall, kan vi tenke oss at hvis én av faktorene øker (for eksempel styrken på cannabisen), kan andre risikofaktorer minske (kulturelle endringer som eksempelvis at vi i dag slår barna våre mindre enn før), og så nulles effekten på forekomsten av schizofreni ut.

Forskningen Rognli og Bramness tar utgangspunkt i, tyder imidlertid på at argumentet om at man ikke ser en økning i forekomsten av schizofreni som følge av cannabisbruk, står svakere enn før. De refererer blant annet en rykende fersk amerikansk undersøkelse som viser at selvrapportert psykose økte 2,5 ganger det første tiåret etter årtusenskiftet, og at økningen henger sammen med cannabisbruk.

SELVMEDISINERING

– *Dere skriver i fagessayet at enkelte psykosepasienter benytter cannabis fordi det fungerer som selvmedisinering; eksempelvis gir bedre søvn og reduserer bivirkninger av psykofarmaka. Hva vil være beskjeden til dem?*

– Jeg har stor respekt for folks egenopplevelse. Samtidig vet vi jo at selvmedisinering ikke nødvendigvis gir en bedre prognose for sykdommen, sier Bramness.

Han bruker alkohol som eksempel. Personer som drikker alkohol, kan oppleve at den døyver plagene som følger av en angstlidelse. Men hvis du bruker mye alkohol, ender du fort opp i en situasjon hvor alkoholproblemet og angstlidelsen blir verre.

– Mange med psykoseutfordringer vil få en dårligere prognose hvis de bruker rusmidler.

– *Hva bør man gjøre i klinikken hvis man sitter med en psykosepasient som selvmedisinerer med cannabis?*

– Hadde vi hatt en varedeklarasjon, ville jeg ha anbefalt folk å bruke svakere produkter

Jørgen G. Bramness

– Det klokeste er neppe å hoppe rett på rådet «slutt med det». Vi må innse at svært mange av våre pasienter bruker rusmidler. De må likevel få best mulig behandling. Og det fins mye god behandling samtidig som rusmiddelbruken fortsetter, sier Bramness.

Han minner om at risikoen for å få schizofreni som følge av cannabisbruk, ikke er større enn andre risikofaktorer som hjemløshet, emigrasjon og traumer. Han mener for mange behandlere retter for mye av behandlingen inn mot rusmiddelbruk, og tenker at det er det de først fremst må få bukt med.

– Rusmiddelbruken får ofte får for stor oppmerksomhet i klinikken, sier han.

POLITISKE RÅD

– *Ut fra det vi i dag vet om skadevirkninger av cannabisbruk, hva vil være deres råd til politikere som ha ansvar for ruspolitikken?*

– Jeg tror ikke forskningen kan gi oss svar på hvordan et lands lovgivning bør regulere rusmiddelbruken. Det er en kompleks avveining, der flere hensyn, juridiske og andre, må avveies mot hverandre, sier Bramness.

Han fremhever sin rolle som helsearbeider og behandler.

– Min oppgave er å opplyse folk om helsekonsekvensene av ulike typer atferd. Man må kunne arbeide med å se på konsekvensene av rusmiddelbruk, uten at man har en sterk oppfatning av hvordan de politiske avveiningene skal være, sier han.

– *Hvor mye sikrere kan vi bli enn det dagens data gir grunnlag for på de mentale skadevirkningene av cannabisbruk?*

– Jeg vet ikke hvor mye sikrere vi kan bli. Det er vanskelig å tenke seg uten store RCT-studier, og det er som kjent etisk problematisk. Observasjonsstudiene kan selvsagt alltid bli litt bedre, mener Rognli.

I essayet innleder de to forskerne med å vise til en britisk studie fra 1894 i India etter at den britiske kolonimakten i stigende grad begynte å bekymre seg for bruken av hamp i Bengal. Undersøkelsen var basert på 1200 intervjuer og ble gjennomført i løpet av ett kalenderår. Konklusjonen var at «the moderate use of hemp drugs produces no injurious effects on the mind».

– Langt på vei kan vi si at denne konklusjonen står seg ganske godt, sier de. ❌

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

Med et opplag på over 10 000 er Psykologtidsskriftet en enestående arena for deling av erfaringer, kunnskaper, meninger og faglige inspirasjoner med psykologkollegaer.

Vi ber om at du skriver teksten i samsvar med våre sjangerkriterier for en best mulig redaksjonell oppfølging.

SKRIV

Manuskript sendes til **redaksjonen@psykologtidsskriftet.no**. Husk å sette inn sjanger i e-postens emnefelt.

Kontakt oss gjerne dersom du synes det er vanskelig å finne en sjanger som passer for din tekst.

Du finner mer informasjon og forfatterveiledning på: *Skriv for oss* på **psykologtidsskriftet.no**.

Skriv for oss:



VELKOMMEN TIL PANELDEBATT

Psykologens rolle i rett og urett: Hva kan skje hvis vi ytrer oss – og hva skjer hvis vi lar være?

Husk å melde deg på årets viktigste panelsamtale der du treffer Fanny Duckert, Ragnhild Elisabeth Pettersen og Atle Austad – tre psykologer som alle har møtt massiv motstand for sine ytringer. Hva har det kostet? Debatten blir ledet av journalist og forfatter Bjørn Olav Jahr (t.h.) og psykologspesialist og redaktør Heidi Wittrup Djup.

Dato og tid: **15. desember kl. 16**
Sted: **Pressens hus, Skippergata 24, Oslo**

Arrangementet streames. Det er gratis og åpent for alle. Husk å melde deg på til **tidsskrift@psykologtidsskriftet.no** – vi tildeler plass etter først-til-mølla-prinsippet

Les mer på:



Cannabis og schizofreni: Har vi svaret nå?

Diskusjonen om cannabis som en risikofaktor for schizofreni er langvarig, sammensatt og pågår fortsatt. Her er en oppsummering.

TEKST

Jørgen G. Bramness^{1,2}
og Eline Borger Rognli³

¹ Avdeling for rusmidler og tobakk, Folkehelseinstituttet, Oslo

² Institutt for klinisk medisin, UiT - Norges arktiske universitet, Tromsø

³ Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk), Oslo Universitets-sykehus

KONTAKT

jobr@fhi.no

I 1893 uttrykte det britiske Underhuset bekymring over virkningene av hamp fra Bengal i India. Den indiske regjeringen utpekte syv menn til Indian Hemp Drugs Commission (Mackworth Young et al., 1894). Ett år og 1200 intervjuer senere leverte kommisjonen sin 3200 sider lange og 8 bind sterke rapport (fig. 1). De konkluderte med at:

In respect to the alleged mental effects of the drugs, the Commission have come to the conclusion that the moderate use of hemp drugs produces no injurious effects on the mind. It may indeed be accepted that in the case of specially marked neurotic diathesis, even the moderate use may produce mental injury. For the slightest mental stimulation or excitement may have that effect in such cases. But putting aside these quite exceptional cases, the moderate use of these drugs produces no mental injury. It is otherwise with the excessive use.

Excessive use indicates and intensifies mental instability.

Man kunne tro at en så grundig undersøkelse med en så balansert konklusjon ville satt punktum for diskusjonen. Cannabisbruk er farlig for de sårbare, men andre kan røyke sin hamp i fred. Men siste ord var ikke sagt.

SVENSKE REKRUTTER

I 1987 kom en svensk undersøkelse av 45 570 rekrutter som ble undersøkt på sesjon og fulgt i det svenske pasientregisteret i 15 år for å se etter tilfeller av schizofreni (Andréasson et al., 1987). Resultatene viste at cannabisbruk økte risikoen for schizofreni. Konklusjonen ble styrket av at man fant et dose-respons-forhold: Jo flere ganger de hadde brukt cannabis, jo større var risikoen. Disse funnene har blitt gjentatt i flere store, longitudinelle undersøkelser og bekreftet i metaanalyser (Marconi et al., 2016;

Radhakrishnan et al., 2014; Semple et al., 2005). Disse viser at cannabisbrukere har en omtrent doblet risiko for schizofreni sammenliknet med ikke-brukere, og at risikoen øker jo mer cannabis man har brukt.

MOTSATT KAUSALITET OG GENETISK KONFUNDERING

Parallelt med disse studiene kom kritiske motargumenter. Disse var særlig knyttet til motsatt kausalitet; at personer med schizofreni eller i en tidlig schizofreniutvikling har økt tilbøyelighet til å bruke cannabis, og genetisk konfundering; at det er en felles underliggende genetisk risiko for både cannabisbruk og schizofreni.

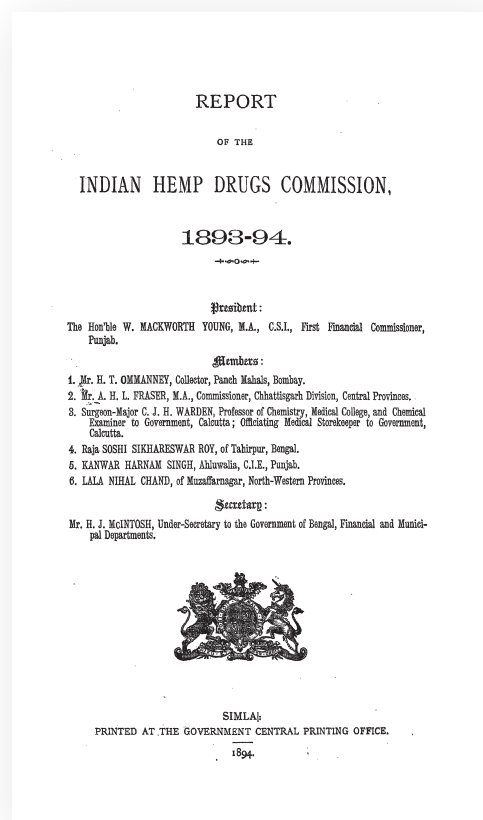
Cannabisbruk forekommer ofte blant personer med schizofreni (Ringen et al., 2013). Nærmere halvparten (44 %) av personer med førsteangstpsykose har eller har i løpet av livet hatt en cannabisbrukslidelse (Koskinen et al., 2010). Disse kan oppleve at cannabisbruk letter psykosesyntomene (selvmedisinering), kontrer bivirkninger av psykofarmaka, hjelper for søvn, gir flukt fra en vanskelig situasjon, eller tilhørighet i et ikke-dømmende miljø (Pettersen et al., 2013). Schizofrenien kan altså skape et behov for eller en trang til å bruke cannabis. Selv om den svenske studien (Andréasson et al., 1987) og forskerne etter undersøkte tilsynelatende friske individer som ikke hadde fått en diagnose eller ikke hadde psykotiske symptomer, betyr det ikke at de helt klarte å utelukke sårbare individer i en prodromal fase, eller individer som ennå ikke hadde kommet i prodromalfasen. Sammenhengen mellom cannabisbruk og schizofreni kunne derfor likevel skyldes motsatt kausalitet. Altså at de som var sårbare for schizofreni begynte med cannabis mange år før de fikk diagnosen, men at cannabisbruken likevel var forårsaket av denne sårbarheten for schizofreni. Og at det også for dem kan handle om å dempe symptomer og gjøre livet bedre. Dersom mye av den observerte sammenhengen fra cannabisbruk til schizofreni egentlig skyldes motsatt kausalitet, vil det være slik at schizofreni etter cannabisbruk hovedsakelig utvikles hos sårbare individer som ville ha utviklet schizofreni uansett. I disse tilfellene vil cannabisbruk i høyden fremskynde psykoseutviklingen.

En annen mulig forklaring på den observerte sammenhengen mellom cannabisbruk og senere schizofreni, er at felles genetisk sårbarhet påvirker både tilbøyelighet til å bruke cannabis og risiko for schizofreni. At den observerte sammenhengen skyldes en tredje bakenforliggende variabel. En nylig publisert oversiktsartikkel over forskning med genetisk informerte metoder (søsken- og tvillingstudier, mendeliensk randomisering samt mål på genetiske sammenhenger, så som polygenetisk risikoskår) konkluderte at mye av sammenhengen mellom cannabis og schizofreni funnet i befolkningsbaserte undersøkelser, trolig skyldes genetisk konfundering (Gillespie & Kendler, 2021). Altså at om man tar ut den delen av sammenhengen som forklares av genetisk sårbarhet for psykose, er den gjenværende sammenhengen mellom cannabis og schizofreni betydelig svakere, men ikke helt borte (Nesvåg et al., 2017).

Basert på all samlet kunnskap kan vi trygt si at cannabisbruk virker sammen med genetisk og miljøervervet sårbarhet i å øke risikoen for schizofreni (Løberg et al., 2014). Det store spørsmålet er hvorvidt cannabis kan betraktes som en selvstendig risikofaktor, altså hvorvidt det kan sies å være en kausal effekt fra cannabisbruk til schizofreni. Sagt med andre ord: om cannabis kan gi schizofreni hos individer som ville ha forblitt friske *dersom de ikke hadde brukt cannabis*. Hvis så er tilfelle, »



Det store spørsmålet er (...) om cannabis kan gi schizofreni hos individer som ville ha forblitt friske *dersom de ikke hadde brukt cannabis*



Figur 1. Forsiden på rapporten til The Indian Hemp Drugs Commission, som ble utgitt i 1894. Kilde: National Library of Scotland



Av praktiske og etiske grunner kan ikke sammenhengen mellom cannabisbruk og schizofreni undersøkes med RCTer

skulle man forvente at forekomsten av schizofreni ville svinge i takt med cannabisbruken i samfunnet.

Tidlige epidemiologiske undersøkelser fant ikke at cannabisbruk og forekomsten av schizofreni svingte i takt. Snarere ble en betydelig økning i bruken av cannabis i den vestlige verden fulgt av en *nedgang* i forekomsten av schizofreni (Hall & Degenhardt, 2000). Dette var tilsynelatende et skudd for baugen for cannabis som årsak til schizofreni. Men argumentet om at cannabisbruk og schizofreni skal følge hverandre hvis det skal være en kausal sammenheng, har svakheter. For det første vil ikke effekten av cannabisbruk være umiddelbar, utvikling av schizofreni tar tid. For de andre krever det undersøkelser som bruker gode og troverdige registreringssystemer, med like registreringspraksiser over tid, hvilket vi vet ikke er tilfelle. For det tredje er schizofreni en multifaktoriell lidelse. En økning i schizofreni-insidens som en konsekvens av økt cannabisbruk vil ikke kunne observeres dersom man i samme tidsperiode har hatt en tilsvarende reduksjon i en eller flere av de andre risikofaktorene for schizofreni.

STERKERE CANNABIS

De senere årene har cannabis blitt et sterkere produkt (ElSohly et al., 2016). Mengden av det mest potente psykoaktive stoffet tetrahydrocannabinol (THC) har økt. Mens man for 20–30 år siden så cannabisprodukter med et innhold av THC på omkring 5 %, ser man i dag et gjennomsnittlig innhold på over 20 % i Kripas sine beslag. Dersom man drar en parallell til alkohol, vil dette tilsvare forskjellen på vin og sprit. Man kunne tenke seg at dette førte til at folk inntok mindre cannabis og doserte seg fram til en ønsket rus, men undersøkelser viser at man samtidig med økningen i cannabisproduktenes styrke har sett en økning i blodkonsentrasjonen av THC (Vindenes et al., 2013).

Nyere undersøkelser peker mot at sterkere cannabis (THC >10 %) i høyere grad er assosiert med psykose (Di Forti et al., 2015). Hvis man legger til grunn at det er en årsakssammenheng bak assosiasjonen, kan man regne ut hvor stor andel av nye tilfeller av psykose som kan tilskrives høypotent cannabis (den populasjonsattribuerbare andelen), og en undersøkelse av elleve byer anga at den var 12 % samlet, med så høye tall som 30–50 % i London og Amsterdam (Di Forti et al., 2019). Ut fra samme tankegang har man estimert at andelen nye tilfeller av schizofreni som knyttes til cannabisbruk, har økt parallelt med styrkegraden av cannabis (Hjorthøj, Posselt, et al., 2021). Disse funnene har gitt ny næring til diskusjonen om cannabis som selvstendig årsaksfaktor for schizofreni.

I tillegg har man vist at antall nye tilfeller (insidensen) av schizofreni faktisk *har* økt i Danmark for perioden 2000 til 2012, uten at det ble knyttet til cannabis i akkurat denne undersøkelsen (Kühl et al., 2016). En fersk amerikansk undersøkelse viser at selvrapportert psykose har økt 2,5 ganger fra 2001–2002 til 2012–2013, og at økningen henger sammen med cannabisbruk (Livne et al., 2022). Flere studier viser også en økning i forekomst av cannabisutløst psykose (Callaghan et al., 2022; Hjorthøj, Larsen, et al., 2021; Rognli et al., 2022). Argumentet om at man ikke ser en økning i insidens av schizofreni, har altså blitt svekket.

Å TENKE KLART OM KAUSALITET

En årsak-effekt-sammenheng vises best gjennom randomiserte kontrollerte studier (RCTer). Av praktiske og etiske grunner kan ikke sammen-

hengen mellom cannabisbruk og schizofreni undersøkes med RCTer. Kausalitet kan likevel vurderes ved å holde det samlede evidensgrunnlaget opp mot et sett med kriterier for kausalitet, nemlig Bradford Hill-kriteriene (Hill, 1965). Disse kriteriene er mye brukt i forskning for å vurdere om en sammenheng mellom to forhold er en *assosiasjon* eller en mulig *kausal* sammenheng, altså om det ene forårsaker det andre. I det følgende drøfter vi i hvilken grad eksisterende kunnskap støtter Hill-kriteriene for en kausal sammenheng fra cannabisbruk og schizofreni.

Effektstørrelse

Cannabisbruk dobler risiko for senere schizofreni (Henquet et al., 2005; Moore et al., 2007; Semple et al., 2005), mens risikoen er fire ganger så høy når man ser på de som bruker mye cannabis (Marconi et al., 2016). Styrken på sammenhengen er altså betydelig.

Reproduserbarhet

Sammenhengen mellom cannabisbruk og senere schizofreni har vært repetert gjennom mange år, på ulike steder og med ulike undersøkelsesmetoder (Ganesh & D'Souza, 2022; Marconi et al., 2016). Det er også vist at cannabisbruk øker risiko for psykotiske opplevelser i normalbefolkningen (Linscott & van Os, 2013), og i en tidligere undersøkelse fant vi at cannabisbruk var forbundet med fem ganger høyere risiko for senere forskrivning av antipsykotika (Rognli et al., 2020).

Spesifisitet

Cannabis er ikke en spesifikk risikofaktor for schizofreni. Det overveiende flertall av de som bruker cannabis får ikke schizofreni, og mange med schizofreni har ikke brukt cannabis (Koskinen et al., 2010). Cannabisbruk er verken en nødvendig eller tilstrekkelig betingelse for schizofreni. Spesifisitetskriteriet oppfylles ikke for sammenhengen mellom cannabisbruk og schizofreni, men spesifisitetskriteriet er ansett som lite anvendbart for multifaktorielle sykdommer. »

Rekkefølge

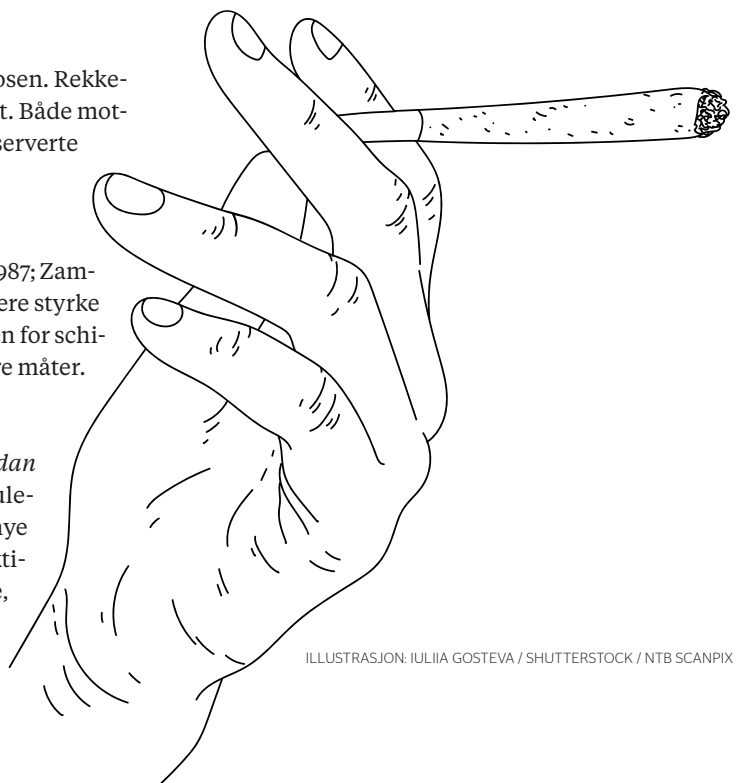
Det er vist at cannabisbruken kommer før schizofrenidiagnosen. Rekkefølgekriteriet synes altså oppfylt, men *beviser* ikke kausalitet. Både motsatt kausalitet og genetisk konfundering kan forklare de observerte funnene vedrørende rekkefølge.

Dose-respons-forhold

Det er demonstrert at mer cannabisbruk (Andréasson et al., 1987; Zammit et al., 2002), yngre debutalder (Helle et al., 2016) og høyere styrke (THC innhold) på cannabis (Di Forti et al., 2009) øker risikoen for schizofreni ytterligere, slik at dette kriteriet synes oppfylt på flere måter.

Plausibilitet

Plausibilitetskriteriet etterspør *mulige* forklaringer på *hvordan* cannabis kan gi schizofreni. En forklaring er at høy stimulering av D2-dopaminreseptoren (DRD2), som oppstår ved mye psykotiske symptomer, kan gi høyere endocannabinoid aktivitet som en kompensere mekanisme (Leweke & Koethe, 2008). Endocannabinoider er oppregulert hos personer med intense psykotiske opplevelser (Koethe et al., 2009).



Figur 2.

Ulike forklaringsmodeller for sammenhengen mellom cannabisbruk og schizofreni



Det kan synes som om systemet er forstyrret hos personer med schizofreni. Personer med schizofreni har høyere tetthet av cannabinoid 1-reseptorer (CB₁-reseptorer) i prefrontal cortex, hippocampus og basalgangliene (Desfossés et al., 2010). Vi ser altså at de samme nevrobiologiske systemene er involverte, men her er vi på et meget overordnet og generelt nivå. Forskere er nøye med å påpeke at sammenhengen mellom cannabisinntak, det endocannabinoid systemet og schizofreni er mangslungen og ikke endelig forstått (Fernandez-Espejo et al., 2009). Oppfyllelsen av dette kriteriet strander kanskje mest på en manglende endelig forståelse av det nevrobiologiske grunnlaget for schizofreni.

Samsvar

Er den kausale antagelsen i samsvar med øvrig etablert forståelse av sykdommen? Om cannabisbruk er en risikofaktor for schizofreni, behøver vi ikke fundamentalt endre vår forståelse av schizofreni. Men vi må kanskje justere vår forståelse litt. Noen forskere inkluderer rusmiddelbruk generelt, dog ikke cannabis spesifikt, i sin forståelse av årsaken til schizofreni (Howes & Kapur, 2009).

Eksperimentelle studier

Slike studier er svært vanskelig å gjennomføre av etiske grunner. Det er imidlertid gjort flere blindede placebo-kontrollerte eksperimentelle studier som ikke har schizofreni som utfall, men akutte psykotiske symptomer. Her ser man at en enkelt dose med THC gir psykotiske positive symptomer og negative sympto-

mer (Hindley et al., 2020) og økt paranoiditet (Freeman et al., 2014), slik at kriteriet synes å være delvis oppfylt.

SAMLET VURDERING

Sett i bort fra et siste kriterium om analoge studier, er mange av Hill-kriteriene oppfylt, og mye (men ikke alt) taler for en årsakssammenheng mellom cannabisbruk og schizofreni. Da kan vi videre slutte at årsakssammenhengen kan forstås på fire mulige måter: 1) Cannabis gir tidligere debut av schizofreni kun hos sårbar (som ville fått schizofreni før eller senere uansett) 2) cannabis kan utløse schizofreni hos individer som ellers ikke ville fått sykdom, 3) det er motsatt kausalitet eller 4) det er bakenforliggende faktorer som kan forklare det hele (fig. 2) (Hamilton & Monaghan, 2019).

Dette kan virke som ulike forklaringer, men delvis er det glidende overganger mellom forklaringsmodellene, og de er ikke gjensidig utelukkende. Dessuten vet vi ikke hvor sårbar man må være, og vi har heller ikke en fullstendig forståelse av hva sårbarhet innebærer. Uansett er det forklaringsmodell 2) – at cannabis kan utløse schizofreni hos individer som ellers ikke ville fått sykdom – som gir grunnlag for å snakke om en populasjonsattribuerbar andel, altså hvor stor andel av dem som får en schizofrenidiagnose kan tilskrive denne diagnosen cannabisbruk

Psykosker skaper psykose. Det er skadelig for hjernen å oppleve psykose. I diskusjonen om cannabis og schizofreni har cannabisutløst psykose fått påfallende lite oppmerksomhet. Cannabisutløst psykose som krever sykehus-

innleggelse er den betydeligste risikofaktoren for schizofreni vi kjenner, med en overgang til schizofreni på om lag 30 % (Kendler et al., 2019; Niemi-Pynttäre et al., 2013; Starzer et al., 2017). Og jo flere innleggelser med psykose utløst av cannabis, jo større risiko. Sammen med kolleger har vi nylig vist en økning i forekomsten av cannabisutløst psykose i de skandinaviske landene de senere årene (Rognli et al., 2022). Denne økningen sammenfaller med økningen i potensen av cannabis og gir en sterk indikasjon på årsakssammenhengen mellom cannabisbruk og psykose.

HVOR STÅR VI?

Det kan se ut som om Indian Hemp Drugs Commission hadde mye rett allerede i 1894. Mange kan røyke sin cannabis uten at det skader dem eller gir psykosesymptomer eller schizofreni. Men noen er sårbare og bør la være. En slik stress-sårbarhetsmodell støttes av norske forskere (Løberg et al., 2014). Men vi kjenner ikke *hvor* sårbar man må være før det er farlig. Vi kan heller ikke screene presist for *hvem* som er sårbare.

Diskusjonen rundt årsakssammenheng mellom cannabis og schizofreni er særlig relevant i lys av endringer i regulering av cannabis i mange land. Dersom det er en kausal sammenheng mellom cannabisbruk og schizofreni, vil endringer i form av flere brukere, yngre brukere, eller mer bruk hos allerede etablerte brukere, kunne gi flere tilfeller av schizofreni. Hvorvidt en mer liberal regulering fører til mer bruk, ligger imidlertid utenfor denne artikkelens tema. Bruken av cannabis i Norge har vært relativt stabil de senere årene, men cannabis har blitt et sterkere produkt. Dette er viktig fordi sterkere cannabis også vil kunne gi flere tilfeller av schizofreni, gitt at det er en kausal sammenheng.

Det er sannsynlig at både genetisk sårbarhet og cannabisbruk på en kompleks måte virker sammen med andre årsaker, og at dette kan lede til cannabisutløst psykose og schizofreni. Bradford Hills-kriteriene legger opp til å finne den «sanne» kausalitet. Men dette er kompleks forskning, og kanskje kan vi aldri bli ett hundre prosent sikre. Noen argumenterer at vi heller bør være pragmatiske og fokusere på faktorer vi faktisk *kan* modifisere (Galea, 2013; Glass et al., 2013). Cannabis er en påvirkbar risikofaktor for schizofreni. Og med vår beste forståelse i dag er det grunnlag for å anta at noen individer vil unngå schizofreni dersom de ikke bruker cannabis. ✕

REFERANSER

- Andréasson, S., Allebeck, P., Engström, A. & Rydberg, U. (1987). Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, 2(8574), 1483–1486. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(87\)92620-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(87)92620-1)
- Callaghan, R. C., Sanches, M., Murray, R. M., Konefal, S., Maloney-Hall, B. & Kish, S. J. (2022). Associations Between Canada's Cannabis Legalization and Emergency Department Presentations for Transient Cannabis-Induced Psychosis and Schizophrenia Conditions: Ontario and Alberta, 2015-2019. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 7067437211070650. <https://doi.org/10.1177/07067437211070650>
- Desfossés, J., Stip, E., Bentaleb, L. A. & Potvin, S. (2010). Endocannabinoids and Schizophrenia. *Pharmaceuticals*, 3(10), 3101–3126. <https://doi.org/10.3390/ph3103101>



Cannabisutløst psykose som krever sykehusinnleggelse er den betydeligste risikofaktoren for schizofreni vi kjenner



- Di Forti, M., Marconi, A., Carra, E., Fraitetta, S., Trotta, A., Bonomo, M., Bianconi, F., Gardner-Sood, P., O'Connor, J., Russo, M., Stilo, S. A., Marques, T. R., Mondelli, V., Dazzan, P., Pariante, C., David, A. S., Gaughran, F., Atakan, Z., Iyegbe, C., . . . Murray, R. M. (2015). Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *Lancet Psychiatry*, *2*(3), 233–238. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)00117-5](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)00117-5)
- Di Forti, M., Morgan, C., Dazzan, P., Pariante, C., Mondelli, V., Marques, T. R., Handley, R., Luzzi, S., Russo, M., Paparelli, A., Butt, A., Stilo, S. A., Wiffen, B., Powell, J. & Murray, R. M. (2009). High-potency cannabis and the risk of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *195*(6), 488–491. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064220>
- Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., Rodriguez, V., Jongsma, H. E., Ferraro, L., La Cascia, C., La Barbera, D., Tarricone, I., Berardi, D., Szöke, A., Arango, C., Tortelli, A., Velthorst, E., Bernardo, M., Del-Ben, C. M., . . . Murray, R. M. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry*, *6*(5), 427–436. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30048-3)
- ElSohly, M. A., Mehmedic, Z., Foster, S., Gon, C., Chandra, S. & Church, J. C. (2016). Changes in Cannabis Potency Over the Last 2 Decades (1995–2014): Analysis of Current Data in the United States. *Biological Psychiatry*, *79*(7), 613–619. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.01.004>
- Fernandez-Espejo, E., Viveros, M. P., Núñez, L., Ellenbroek, B. A. & Rodriguez de Fonseca, F. (2009). Role of cannabis and endocannabinoids in the genesis of schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)*, *206*(4), 531–549. <https://doi.org/10.1007/s00213-009-1612-6>
- Freeman, D., Dunn, G., Murray, R. M., Evans, N., Lister, R., Antley, A., Slater, M., Godlewska, B., Cornish, R., Williams, J., Di Simpicio, M., Igoumenou, A., Brenneisen, R., Tunbridge, E. M., Harrison, P. J., Harmer, C. J., Cowen, P. & Morrison, P. D. (2014). How Cannabis Causes Paranoia: Using the Intravenous Administration of $\Delta 9$ -Tetrahydrocannabinol (THC) to Identify Key Cognitive Mechanisms Leading to Paranoia. *Schizophrenia Bulletin*, *41*(2), 391–399. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu098>
- Galea, S. (2013). An argument for a consequentialist epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, *178*(8), 1185–1191. <https://doi.org/10.1093/aje/kwt172>
- Ganesh, S. & D'Souza, D. C. (2022). Cannabis and Psychosis: Recent Epidemiological Findings Continuing the “Causality Debate”. *The American Journal of Psychiatry*, *179*(1), 8–10. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21111126>
- Gillespie, N. A. & Kendler, K. S. (2021). Use of Genetically Informed Methods to Clarify the Nature of the Association Between Cannabis Use and Risk for Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, *78*(5), 467–468. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3564>
- Glass, T. A., Goodman, S. N., Hernán, M. A. & Samet, J. M. (2013). Causal inference in public health. *Annual Review of Public Health*, *34*, 61–75. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124606>
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(1), 26–34. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2000.00685.x>
- Hamilton, I. & Monaghan, M. (2019). Cannabis and Psychosis: Are We any Closer to Understanding the Relationship? *Current Psychiatry Reports*, *21*(7), 48. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1044-x>
- Helle, S., Ringen, P. A., Melle, I., Larsen, T. K., Gjestad, R., Johnsen, E., Lagerberg, T. V., Andreassen, O. A., Kroken, R. A., Joa, I., Ten Velden Hegelstad, W. & Løberg, E. M. (2016). Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia spectrum disorder in a naturalistic, multi-site sample (N=1119). *Schizophrenia Research*, *170*(1), 217–221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.11.027>
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H. U. & van Os, J. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*, *330*(7481), 11. <https://doi.org/10.1136/bmj.38267.664086.63>
- Hill, A. (1965). The Environment and Disease: Association or Causation? *Proc Royal Soc Med*, *58*(5), 295–300.
- Hindley, G., Beck, K., Borgan, F., Ginestet, C. E., McCutcheon, R., Kleinloog, D., Ganesh, S., Radhakrishnan, R., D'Souza, D. C. & Howes, O. D. (2020). Psychiatric symptoms caused by cannabis constituents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, *7*(4), 344–353. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30074-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30074-2)
- Hjorthøj, C., Larsen, M. O., Starzer, M. S. K. & Nordentoft, M. (2021). Annual incidence of cannabis-induced psychosis, other substance-induced psychoses and dually diagnosed schizophrenia and cannabis use disorder in Denmark from 1994 to 2016. *Psychological Medicine*, *51*(4), 617–622. <https://doi.org/10.1017/s0033291719003532>
- Hjorthøj, C., Posselt, C. M. & Nordentoft, M. (2021). Development Over Time of the Population-Attributable Risk Fraction for Cannabis Use Disorder in Schizophrenia in Denmark. *JAMA Psychiatry*, *78*(9), 1013–1019. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1471>
- Howes, O. D. & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III—the final common pathway. *Schizophrenia Bull*, *35*(3), 549–562. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J. & Sundquist, K. (2019). Prediction of onset of substance-induced psychotic disorder and its progression to schizophrenia in a Swedish national sample. *American Journal of Psychiatry*, *176*(9), 711–719. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18101217>
- Koethe, D., Giuffrida, A., Schreiber, D., Hellmich, M., Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Klosterkötter, J., Piomelli, D. & Leweke, F. M. (2009). Anandamide elevation in cerebrospinal fluid in initial prodromal states of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *194*(4), 371–372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053843>

- Koskinen, J., Löhönen, J., Koponen, H., Isohanni, M. & Miettunen, J. (2010). Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*, 36(6), 1115–1130. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp031>
- Kühl, J. O. G., Laursen, T. M., Thorup, A. & Nordentoft, M. (2016). The incidence of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in Denmark in the period 2000–2012. A register-based study. *Schizophr Res*, 176(2–3), 533–539. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.06.023>
- Leweke, F. M. & Koethe, D. (2008). Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addiction Biology*, 13(2), 264–275. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2008.00106.x>
- Linscott, R. J. & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med*, 43(6), 1133–1149. <https://doi.org/10.1017/s0033291712001626>
- Livne, O., Shmulewitz, D., Sarvet, A. L., Wall, M. M. & Hasin, D. S. (2022). Association of Cannabis Use-Related Predictor Variables and Self-Reported Psychotic Disorders: U.S. Adults, 2001–2002 and 2012–2013. *Am J Psychiatry*, 179(1), 36–45. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21010073>
- Løberg, E. M., Helle, S., Nygård, M., Berle, J., Kroken, R. A. & Johnsen, E. (2014). The Cannabis Pathway to Non-Affective Psychosis may Reflect Less Neurobiological Vulnerability. *Front Psychiatry*, 5, 159. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00159>
- Mackworth Young, M. A., Ommanney, H. T., Fraser, A. H. L., Warden, C. J. H., Soshi Sikhareswar Roy, R., Harnam Singh, K., Nihal Chand, L. & McIntish, H. J. (1894). *Report of the Indian hems drug commission*. House of Commons.
- Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M. & Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophr Bull*, 42(5), 1262–1269. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003>
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M. & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319–328. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61162-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61162-3)
- Nesvåg, R., Reichborn-Kjennerud, T., Gillespie, N. A., Knudsen, G. P., Bramness, J. G., Kendler, K. S. & Ystrom, E. (2017). Genetic and Environmental Contributions to the Association Between Cannabis Use and Psychotic-Like Experiences in Young Adult Twins. *Schizophr Bull*, 43(3), 644–653. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw101>
- Niemi-Pynttari, J., Sund, R., Putkonen, H., Vormaa, H., Wahlbeck, K. & Pirkola, S. P. (2013). Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(1), e94–99. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07822>
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E. & Landheim, A. (2013). Walking the fine line: self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 8, 21968. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21968>
- Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T. & D'Souza, D. C. (2014). Gone to Pot - A Review of the Association between Cannabis and Psychosis. *Front Psychiatry*, 5, 54. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00054>
- Ringen, P. A., Melle, I., Berg, A. O., Agartz, I., Spigset, O., Simonsen, C., Sundet, K. & Andreassen, O. A. (2013). Cannabis use and premorbid functioning as predictors of poorer neurocognition in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, 143(1), 84–89. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.021>
- Rognli, E. B., Bramness, J. G. & von Soest, T. (2020). Cannabis use in early adulthood is prospectively associated with prescriptions of antipsychotics, mood stabilizers, and antidepressants. *Acta Psychiatr Scand*, 141(2), 149–156. <https://doi.org/10.1111/acps.13104>
- Rognli, E. B., Taipale, H., Hjorthøj, C., Mittendorfer-Rutz, E., Bramness, J. G., Heiberg, I. H. & Niemelä, S. (2022). Annual incidence of substance-induced psychoses in Scandinavia from 2000 to 2016. *Psychol Med*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/s003329172200229x>
- Semple, D. M., McIntosh, A. M. & Lawrie, S. M. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 19(2), 187–194. <https://doi.org/10.1177/0269881105049040>
- Starzer, M. S. K., Nordentoft, M. & Hjorthøj, C. (2017). Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 343–350. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223>
- Vindenes, V., Strand, D. H., Kristoffersen, L., Boix, F. & Morland, J. (2013). Has the intake of THC by cannabis users changed over the last decade? Evidence of increased exposure by analysis of blood THC concentrations in impaired drivers. *Forensic Science International*, 226(1–3), 197–201. <https://doi.org/10.1016/j.forsci-int.2013.01.017>
- Zammit, S., Allebeck, P., Andreasson, S., Lundberg, I. & Lewis, G. (2002). Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*, 325(7374), 1199. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1199>

Utvikling av en integrert behandlingsmodell for rus- og traumepasienter

Gruppebehandling for personer med komplekse traumelidelser og ruslidelse er utfordrende, men kan gi pasienten innsikt i at symptomene inngår i et komplekst samspill.

TEKST Ellen Skilhagen og Jørgen Rygh

Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo

KONTAKT
ellen.skilhagen@modum-bad.no

NASJONALE (HELSEDIREKTORATET, 2012) og internasjonale retningslinjer (National Institute for Health and Care Excellence, 2018) anbefaler integrert behandling for personer med både ruslidelse og PTSD, noe som er i tråd med oppdatert forskning på området (Roberts et al., 2015; Tripp et al., 2019). Med integrert behandling menes behandling for både traume- og ruslidelsen samtidig, og at behandlingen gis av en behandler eller et behandlersteam (Roberts et al., 2022).

Det kan være utfordrende å tilby adekvat traumebehandling når rusbruken og komorbide lidelser er omfattende, eller å gi standard rusbehandling når pasienten opplever at rusmiddelbruken er det eneste som gir en pause fra traumesymptomene. Selv om klinikerer er kjent med sammenhenger mellom lidelsene og samspillet mellom traumesymptomer og rusbruk, har behandlingssystemet ofte en organisering som fører til at lidelsene blir behandlet sekvensielt på ulike steder.

Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo erfarer at personer som henvises med komplekse traumelidelser, ofte har tidligere eller samtidig ruslidelse. Personer med komplekse traumelidelser og samtidig ruslidelse har sammensatte helseproblemer og et lidelsestrykk som mange klinikere finner krevende å håndtere. Traumepoliklinikken ønsket å prøve ut en integrert behandling tilpasset denne pasientgruppen og startet opp et gruppetilbud i 2014. Tilbudet ble initiert og utviklet med utgangspunkt i den psykoedukative modellen «Tilbake til nåtid» (Holbæk, 2014) med spesifikke tilpasninger for pasienter med samtidig ruslidelse. Her ønsker vi

å beskrive og dele kliniske erfaringer og refleksjoner fra vårt arbeid som terapeuter i gruppen.

KUNNSKAPSGRUNNLAG

Personer med *både* ruslidelse og PTSD har ofte flere komorbide akse 1- og akse 2-lidelser, større grad av psykososiale og medisinske problemer og hyppigere tilbakefall enn personer uten komorbid PTSD (Breslau et al., 1997, ref. i Jacobsen et al., 2001; Najavits et al., 1998, ref. i Jacobsen et al., 2001).

Det er en samvariasjon mellom ruslidelse og PTSD, og tilstedeværelsen av en av lidelsene ser ut til å øke risikoen for å utvikle den andre (Mills et al., 2006). Forekomsten av samtidig PTSD og ruslidelse varierer, og i en metaanalyse (Roberts et al., 2015) som oppsummerer tidligere funn, oppgis at mellom 15–42 % av pasienter med ruslidelse har aktuell PTSD, og blant pasienter med diagnostisert PTSD har 19–35 % samtidig ruslidelse, når alkohol ikke er tatt med. Alkohol er imidlertid det mest brukte rusmiddelet (Roberts et al., 2015). Her hjemme viste en norsk undersøkelse av 69 LAR-pasienter at 88 % rapporterte mellom en og seks traumatiske hendelser i løpet av livet, men forekomsten av PTSD ble ikke kartlagt (Fjæreide, 2016).

Forskningen på traume-ruslidelser er i hovedsak gjort på PTSD, ikke på komplekse traumelidelser, som for eksempel kompleks PTSD. Pasientgruppen har høy frekvens av drop-out fra behandlingen (Szafranski et al., 2017), og effektstørrelsene i studier er mindre enn for pasienter som har en av lidelsene (Tripp et al., 2019). Personer med alvorlig rusmiddelbruk og høy grad av komorbiditet blir dessu-

ten ofte ekskludert fra studier. Etter hvert som ICD-11 tas i bruk (World Health Organization, 2019), vil vi forhåpentligvis se mer forskning på de komplekse traumelidelsene. Studier på behandling for samtidig PTSD og ruslidelse viser lovende resultater for eksponeringsbaserte tilnærminger, og tyder på at man ikke bør unnlate å gi eksponeringsbehandling (Tripp et al., 2019). Det er imidlertid en sammensatt gruppe, og vi erfarer at mange klinikere uttrykker skepsis til å gi behandling med eksponering fordi de vurderer pasientene som sårbare og med risiko for forverring. Det er vår erfaring at pasienter med traume- og ruslidelser kan være svært ulike hverandre, og at mange vil profitere på psykoedukasjon og grunningsøvelser (fase 1-arbeid).

UTVIKLING AV GRUPPEKONSEPTET

Traumepoliklinikken har siden 2014 hatt grupper basert på manualen «Tilbake til nåtid» (Holbæk, 2014), og før det forarbeidet til den. «Tilbake til nåtid» er en psykoedukativ gruppebehandling for personer med kompleks PTSD. Arbeidet ble påbegynt av Astrid-Marie Tafjord og Ragnhild Kjøsnæs og videreført av artikkelforfatterne. Traumepoliklinikken ønsket i utgangspunktet å utforske om «Tilbake til nåtid» i en tilpasset form kunne fungere for personer med kompleks PTSD og samtidig ruslidelse som ikke ønsker eller har hatt nytte av eksponering, eller som en forberedelse til senere eksponeringsbehandling. Da vi overtok arbeidet, forelå det allerede utarbeidede behandlingsmanualer for traume- og ruslidelser (se f.eks. Dass-Brailsford & Safilian, 2017, og Najavits et al., 2020), men fordi vi hadde opparbeidet mye og god klinisk erfaring med vår manual, valgte vi å fortsette med den. Manualen er skrevet på norsk og kan relativt enkelt tas i bruk flere steder og av flere faggrupper. Manualen er spesifikt utviklet med tanke på personer med et mer komplekst tilstandsbilde enn PTSD, og vi har tilstrebet å utvikle en integrert behandlingsmodell, hvor fokus på rusmiddelbruk og avhengighet er inkludert.

Når det gjelder traumebehandling generelt, kritiserer nå flere fagpersoner fasemodellen, og anbefaler i stedet å tilpasse behandlingen etter pasientens behov der og da (Regionalt ressurs-senter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst, u.å.). Derfor ser vi det som positivt at elementer av vår modell lar seg integrere i annen behandling ved behov.



Vi erfarer at mange klinikere uttrykker skepsis til å gi behandling med eksponering fordi de vurderer pasientene som sårbare

Det ble laget egne kapitler spesielt for denne gruppen (se tabell 1 med oversikt over temaene). Behandlingsopplegget er en fase 1-behandling. Hensikten er å arbeide med kompleks traumelidelse og komorbid ruslidelse, der terapeutisk arbeid direkte med traumehendelsene *ikke* har vist seg mulig, ikke ønskes av pasienten eller er vurdert som prematurt.

GRUPPETILBUDET

Alle deltakerne i gruppene våre blir henvist av DPS, fastlege eller privatpraktiserende psykologer, og mange av pasientene har hatt en lang behandlingshistorikk. De fleste deltakerne har tilfredsstilt kriteriene for kompleks PTSD og samtidig eller tidligere ruslidelse. I enkelte tilfeller har vi inkludert personer med kompleks dissosiativ lidelse og også personer med PTSD med samtidig ruslidelse der annen behandling ikke har lyktes. Behandlingen har vært åpen for alle former for rusmiddelavhengighet. Alle deltakerne har hatt en ekstern individualbehandler (f.eks. fra ruspoliklinikk, allmennpoliklinikk eller i privat praksis) under gruppeforløpet. Hovedhensikten med ekstern behandler er å sikre nødvendig støtte til å gjennomføre gruppebehandlingen.

Gruppedeltakerne har tilgang til gruppe-terapeutene for samtale utenom gruppen ved behov, men det inngår ikke i en fast struktur. Alle eksterne behandlere inviteres til et informasjonsmøte om gruppen, og det åpnes for løpende dialog med oss underveis. Vi har ikke praktisert strenge eksklusjonskriterier, men høy grad av aggresjon og paranoiditet, eller svært ustabil livsstil uten støtte til å kunne møte jevnt, er mulige eksempler på grunner til eksklusjon.

RAMMER FOR GRUPPEN

Gruppen går over 24 ukentlige samlinger og har bestått av ni deltakere og to terapeuter. Fra 2014 til 2020 har vi hatt til sammen seks grupper. »

Alle deltakere har hatt en individuell samtale om aktuell status for den enkelte og grupperegler på forhånd. Det viktigste er å minne om «moralisk taushetsplikt», muligheten for å gå ut av møterommet underveis uten følge av terapeut, ikke møte ruspåvirket, at maks fraværgrense er fire ganger, og grenser for atferd og ytringer i møtet. Tema skal hele tiden være hvordan det er å leve her og nå, og ikke triggende rus- og traumehistorier fra fortiden.

Vi har praktisert en fast struktur som består av «landing» (en grunningsøvelse), kort oppsummering og samtale om tema fra forrige gang, pause, undervisning, gjennomgang av hjemmearbeidet til neste gang, grunningsøvelse og forberedelse til å avslutte.

Oversikt over temaene i gruppen

«Tilbake til nåtid»

- 1 Introduksjon. Motivasjon og målsetting
- 2 Toleransevinduet
- 3 Reaksjoner på fare. Posttraumatisk stress
- 4 Komplekse traumereaksjoner
- 5 Rusmiddelbruk, misbruk og avhengighet*
- 6 Dissosiasjon
- 7 Rusmidlenes virkning og funksjon*
- 8 Triggere
- 9 Håndtering av triggere
- 10 Oppmerksomt nærvær - mindfulness
- 11 Hvordan påvirkes forholdet til kroppen?
- 12 Janina Fishers modell for overlevelsesreaksjoner*
- 13 Oppsummering. Hva har du lært så langt?
- 14 Hvordan gi dagen struktur?
- 15 Hvordan sove bedre?
- 16 Hvordan påvirkes tankene?
- 17 Refleksjon som verktøy
- 18 Hvorfor har vi følelser?
- 19 Vennlighet mot deg selv som verktøy
- 20 Hvordan håndtere sinne?
- 21 Hvordan håndtere frykt for relasjoner?
- 22 Selvhevdelse og gode grenser
- 23 Rusmiddelbruk og avhengighet - hvordan komme videre?*
- 24 Avskjed

De kapitlene som er utviklet spesielt for traume-rusgruppen, er merket med *. De rusrelaterte temaene presenteres litt ulikt i undervisningsrekken, avhengig av hva vi vurderer at den enkelte gruppe trenger.

For å ta hensyn til at ulike personer er på ulikt sted i sin prosess, har det ikke vært en forutsetning at deltakerne har rusfrihet som mål. Vekten har vært på hvordan det er å leve med rus- og traumeerfaringer, der formålet er å gi utgangspunkt for refleksjon. Ønsket har vært at refleksjonen skal legge til rette for autentiske møter, åpne for dialog, utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier og se alternative valg som kan redusere bruk av rus.

De pårørende blir invitert til et felles møte hvor kurset blir beskrevet og en går gjennom sentrale poeng fra undervisningen, med mulighet til å stille spørsmål.

GRUPPENS INNHOLD

Behandlingsmodellen har tatt utgangspunkt i de 20 kapitlene i manualen. Traumeteorien i manualen har blitt supplert med rusrelatert problematikk, i tillegg til at vi har hatt fire ekstra kapitler/kurs ganger som spesifikt omhandler rusmiddelbruk og avhengighet.

En basisferdighet vi ønsker å kultivere i løpet av gruppen, er det å kunne legge merke til hva som skjer i kropp og sinn. Det fordrer mot, åpenhet og vilje til å utforske egne reaksjoner. Mennesker med traumeerfaringer har ofte et fobisk forhold til kroppsformannelser og indre opplevelser, noe som kan gjøre det vanskelig å kjenne etter og handle ut fra sine behov og grenser. Dette kan bli et hinder for videre fremgang i terapi. For å bygge ned fobien tilbyr vi forklaringsmodeller med basis i blant annet traumeteorien som hjelper pasientene å plassere det de observerer og oppdager. På denne måten kan reaksjonene etter hvert veves inn i en kontekst. Gruppedeltakernes formidling av egne erfaringer i prosessen bidrar til å innarbeide ord og begreper for traumereaksjoner og indre opplevelser i hele gruppen.

Skam er en sentral følelse i opprettholdelsen av både traume- og ruslidelser. Øktedalen (2015) viste i sitt doktorgradsarbeid at jo mer skam i løpet av en terapitime, jo mer PTSD-symptomer tre dager senere. Skam antas også å være en årsaksfaktor til utvikling og vedlikehold av rusmisbruk (Luoma et al., 2019; Potter-Efron, 2002, ref. i Hernandez & Mendoza, 2011). Reduksjon av skam har derfor vært et viktig mål med gruppen. Det har vært sentralt å legge til rette for kunnskapstilnærning som kan erstatte gamle skyld- og skamnarrati-

ver og åpne for nysgjerrighet og selvmedfølelse (McGaffin et al., 2013).

GRUPPEKULTUR

Vi har lagt vekt på å utvikle en gruppekultur preget av trygghet, forutsigbarhet, respekt, utforskning, aksept, eget ansvar, refleksjon og kunnskapsformidling. Med bevissthet om skam som en potent motkraft i det terapeutiske arbeidet har et hovedanliggende vært å ikke forsterke skammen gjennom rigide kontrollregimer, men praktisere tydelig struktur og regler. Vekten legges på hvordan det er å leve med rus- og traumeerfaringer, og brukes som utgangspunkt for refleksjon. Formidlingen er gjennomsyret av en holdning om at det «unormale» ved deres måte å leve og løse problemer på, ses som forståelige menneskelige reaksjoner og normale måter å forsøke å håndtere «unormale» livsomstendigheter på i mangel av andre alternativer.

Siktemålet har vært at gruppen skal bidra til refleksjon, dialog og utvikling av hensiktsmessige mestringsstrategier, og at en skal fremme oppmerksomhet på alternative valgmuligheter til bruk av rusmidler.

Terapeutene tilbyr ikke først og fremst fasit-svar, men er aller mest fasilitatorer for gruppedeltakernes prosess, både som enkeltpersoner og som gruppe. Vi søker likevel å være tydelige i formidlingen om hva som er normale traumereaksjoner. Målet er at vi formidler og skaper en atmosfære som består av respekt, undring og empatisk inntoning, og at vi bidrar med refleksjoner rundt det som oppstår. Holdningen er ikke-dømmende. Vi forsøker å veksle mellom en ikke-vitende posisjon og presentasjon og utprøving av om traumeforståelse gir tillitvekkende og brukbar innsikt. Når det fungerer etter hensikten, får vi opplevelsen av at det er en samskapende prosess, hvor et mål også er å redusere overføring av pasientenes

tidligere uhensiktsmessige autoritetserfaringer. Gruppens stramme regi, legitimert med at ugunstige gruppedynamiske prosesser kan trigge og skape dårlig læringsklima, fremmer og legger til rette for en gruppekultur preget av trygghet, empati og omsorg.

LÆRINGSPROSESS - KLINISKE POENGER

Selv om hovedfokuset ligger på traumebehandling, har vi som terapeuter et uttalt mål om å ikke «bare» tilby deltakerne traumebehandling eller «bare» rusbehandling, men utforske det komplekse samspillet mellom traumereaksjoner og rusmiddelbruk. Vi ønsker å stimulere nysgjerrighet på hvordan rusmiddelbruk og traumesymptomer henger sammen. Noen poenger som går igjen i gruppene:

Flukt og kamp

Når vi arbeider med ulike forsvarsresponsers, retter vi særlig oppmerksomhet mot flukt og kamp, da det gjerne er disse responsene som driver rusmiddelbruk (Fisher, 2017). Vi forsøker å omtale kamp- og fluktstrategiene med respekt og anerkjennelse og utforsker om deltakerne kan forstå sine egne beskyttelsesstrategier på samme vis. På denne måten søker vi å være på lag, ikke bare med det i pasienten som vil redusere rusmiddelbruk, men også med det i pasienten som ikke ser andre løsninger enn rusmiddelbruk. Målet er en mer vennlig indre dialog, i den hensikt å redusere triggere for økt rusmiddelbruk.

Gjensidig forsterkning

Et gjennomgående tema er hvordan traumereaksjoner og rusmiddelproblemer kan være gjensidig forsterkende. Vi forsøker å anerkjenne deltakernes opplevelse av hjelp fra rusmiddelet, samtidig som vi spiller inn kunnskap om hvordan rusmiddelbruk på sikt forverrer traumesymptomene. Her drøftes blant annet den negative virkningen som rusmidler har på hjernens evne til å regulere traumereaksjoner og til å lære at det er trygt i nåtid. Vi drøfter hvordan abstinens og rusmiddelvirkning kan trigge traumereaksjoner, og hvordan traumereaksjoner kan feiltolkes som abstinens. Vi arbeider ikke bare med triggere for traumereaksjoner, men også med triggere for rusmiddelbruk og triggere som er felles for både traumereaksjoner og rusmiddelbruk. Vi er åpne med deltakerne om at det ikke alltid er mulig å



Et gjennomgående tema er hvordan traumereaksjoner og rusmiddelproblemer kan være gjensidig forsterkende



finne ut av disse spørsmålene, men fremholder at økt undring og oversikt over egne reaksjoner likevel vil bidra til mindre refleksbaserte handlinger.

Valg av strategier

Vi forsøker å stimulere deltakerne til å reflektere over om de benytter rusmidler når de har behov for tiltak rettet mot traumereaksjoner. Erfaringen er at deltakerne har gjenkjent og funnet mening i at avrusning kan øke traumesymptomer, og at rusfrihet kan oppleves annerledes ved samtidig aktiv traumelidelse. Vi har oppfordret deltakerne til å ha et reflektert forhold til hvor mye av rusmiddelbruken som kan endres, uten å bli for dysregulert av traumesymptomer. Om man ikke klarer å stoppe egen bruk, vil det å kunne forutse når rusmiddelbruk skjer, gi en opplevelse av økt kontroll. Det kan også stimulere til å utforske hvilke mestringsmåter man trenger å arbeide videre med terapeutisk (Fisher, 2000).

ERFARINGER FRA GRUPPEGJENNOMFØRING Utvalget av pasienter

I behandlingsgruppene har vi inkludert pasienter med både mild og alvorlig rusproblematikk: pasienter med injeksjonsbruk, pasienter som er avhengige av legeordinerte medisiner eller alkohol, pasienter med pågående eller tilbakelagt bruk av rusmidler, pasienter med svak sosial fungering og med upåfallende fungering sosialt og i arbeidslivet. Dette ble i utgangspunktet gjort av praktiske hensyn. Vi valgte å fortsette med sammensetningen, da vi erfarte at deltakerne lærte av hverandre underveis. Noen deltakere hadde kommet lenger i sin rusmestring, andre var lenger fremme i sin kunnskap om og mestring av traumesymptomer. Gruppelederne har forsøkt å normalisere at man er på ulike steder i sin prosess. Erfaringen vår er at traumeperspektivet forener og blir et felles orienteringspunkt som gir mening og sammenheng i forståelsen av seg selv og sitt liv. Det gir frihet til å nyansere og utvide narrativene om eget liv og bruk av rus som mestringsstrategi. Det er vår erfaring at gruppen forenes på tvers av rushistorikk, miljø, kultur og sosial status.

Dissosiasjon eller rusmiddelpåvirkning

En erfaring er at det kan være vanskelig å vurdere om pasienten dissosierer eller er ruspåvir-



Det kan være vanskelig å vurdere om pasienten dissosierer eller er ruspåvirket

ket. I gruppene tillates sterke traumereaksjoner, som å bli kroppslig slapp eller glemme det vi snakker om. Det kan imidlertid være utfordrende at de samme reaksjonene ikke er tillatt som en følge av rusmiddelpåvirkning. Fordi mange pasienter opplever å fremstå som mer til stede og samlet når de er rusmiddelpåvirket, står gruppelederne i risiko for å feiltolke traumereaksjoner som rusmiddelpåvirkning, eller rusmiddelpåvirkning som traumereaksjoner. Pasientene fanger erfaringsmessig fort opp rusatferd hos hverandre og vil ofte avsløre det raskere enn terapeutene gjør. Brudd på denne regelen skaper reaksjoner i gruppen, er triggende og gjør det helt nødvendig at terapeutene raskt avklarer situasjonen, kommuniserer og lander konsistente beslutninger.

Uerkjent kompleks dissosiativ lidelse

En hypotese vi har hatt med oss, er at vi vil møte på pasienter med uerkjent kompleks dissosiativ lidelse. Disse pasientene kan nok presentere seg med kaotiske liv og tung rusatferd, som dels er forårsaket av lidelsen og dels kamuflerer den. Gjennom gruppene har vi fått holdpunkter for hypotesen hos noen pasienter, men ikke mange.

EVALUERING AV GRUPPEBEHANDLINGEN

Vi har ikke lyktes i en systematisk kartlegging av effekten av gruppeopplegget, blant annet fordi mange strever med å fylle ut og levere skjemaer før og etter gruppen. Etter hvert fullført kurs har vi lagt vekt på muntlig evaluering og spurt deltakerne om hva de sitter igjen med. Flere forteller at gruppen har vært viktig for dem, og har gitt uttrykk for et ønske om at behandlingsapparatet generelt skal ha samtidig oppmerksomhet på traumer og rus. Flere sier også at de har opplevd gruppen som mer krevende enn de hadde forventet. Mange har sett på seg selv primært som rusmisbrukere og tenkt at rusfrihet er nøkkelen til bedring. Overgangen til å forstå seg selv som traumeutsatt er

ikke så lett. Noen forteller at de i større grad ser helheten i det de trenger å arbeide med, og at jobben de har foran seg, kan virke større enn de antok. Innsikten kan gi håp og retning, men kan også være smertefull.

Flere sier at økt forståelse for egne traumereaksjoner, kombinert med treningen på å undre seg og reflektere over hva som trigger behovet for å bruke rusmidler, har bidratt til økt kontroll over egen rusmiddelbruk. Ved å øve seg på å stoppe opp og undersøke andre håndteringsmåter når behovet for rusmidler dukker opp, klarer de oftere enn før å gjøre noe annet enn å ruse seg. Følelser, impulser og kroppsreaksjoner blir mindre skremmende når en forstår dem bedre. Da kan en også tåle de indre reaksjonene på en annen måte, og behovet for rusmidler blir mindre i noen situasjoner.

Fordi vi hovedsakelig har arbeidet med personer som har hatt rusproblemer over lang tid, vil det i de fleste tilfeller være urealistisk å forvente rusfrihet etter 24 uker. Pasientene får heller ikke direkte hjelp med fysiske avhengighetssymptomer i gruppen. Likevel kan bedre evne til å regulere traumereaksjoner, redusert skam og økt refleksjon være viktige bidrag til å håndtere avhengigheten som helhet. Det er interessant at en del av deltakerne har rapportert å ruse seg betydelig mindre etter gruppen, i og med at flere studier av PTSD og komorbide ruslidelser antyder at det er lettere å redusere PTSD-symptomer enn rusmiddelbruk (Najavits et al., 2020).

Fellesskapet og aksepten i gruppen trekkes frem av flere. Mange har sagt at kunnskap og nyervervet bevissthet om at det går an å regulere seg på ulike måter, har bidratt til at det har vært mulig å gjennomføre gruppen. Eksempler på regulering kan være å gå ut av rommet ved behov, distrahere seg når følelsene blir for sterke, eller velge å avstå fra å si noe. Å gå i en gruppe der de andre deltakerne har lignende vansker, har bidratt til å redusere følelsen av ensomhet og opplevelsen av å være annerledes. Erfaringen med at gruppeterapeutene har tålt og forstått deres reaksjoner, har også vært viktig.

Generelt har erfaringen vært at pasienter som har individuelle behandlere som arbeider sammen med pasienten om innholdet i gruppen, og som har laget en plan for videre oppfølging etter gruppen, har bedre utbytte av gruppebehandlingen. Vi ser at et enda tettere

samarbeid mellom gruppeledere og individuelle behandlere ville ha vært en fordel.

Vi estimerer drop-out på vår gruppebehandling til å være 10–20 %, altså noe høyere enn det Bækkelund og medarbeidere (2021) fant i en studie av stabiliserende gruppebehandling for pasienter med komplekse traumer, men der alvorlig rusmiddelmisbruk var eksklusjonskriterium.

Noen deltakere har hatt begrenset eller fravær av utbytte, og vi tror årsakene er sammensatte. Det kan ha vært for lite forberedelsesarbeid, for lite støtte til å klare oppmøte, vansker i samarbeidet med individualterapeut underveis, vansker med å begrense rusinntak i forbindelse med gruppedagene, større kognitive vansker enn antatt og opplevelser av å komme mer i kontakt med det vonde enn man orket. Dette belyser viktigheten av «dosering», og av at pasienten arbeider parallelt med en terapeut de har tillit til. Vi ser også at det ofte blir for lite tid til å øve systematisk på «her og nå-ferdigheter», som er en viktig del av gruppeopplegget. Som i andre grupper har vi også erfart at vi som terapeuter ikke har vært tilstrekkelig oppmerksomme på uheldig dynamikk i gruppen.

Samlet sett er vår erfaring at behandlingen ikke fjerner alle symptomene, men kan bidra til ny forståelse av hvordan livserfaringene og symptomene inngår i et komplekst samspill på mange livsområder. Det gir innsikt i hvorfor det for mange ikke har vært mulig å arbeide direkte med traumene eller rusen, og hvordan tiltak derfor kan rettes inn mer hensiktsmessig.

AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Tanker om hva som er best behandling for personer med alvorlig traumelidelse og samtidig ruslidelse, har variert og er stadig i endring. Gruppeopplegget som er skissert over, er en videreutvikling av gruppebehandling for personer med kompleks PTSD som har vært drevet ved Traumepoliklinikken Modum Bad. Selv om vi har gode erfaringer med deltakere som er på ulikt sted i sin mestring av både rusbruk og traumesymptomer, er det en løpende diskusjon om hva som er optimal behandling, og for hvem (Roberts et al., 2022). Ved videreutvikling av behandlingsmanualen kan mer homogene grupper tenkes å være gunstig. Rene kvinne- eller manngrupper kan for eksempel åpne opp for andre tema enn blandede grupper, samti- »

dig som man taper noe på ikke å blande kjøn- nene. I rusbehandling har rene kvinnegrupper vist seg å være effektive (Pendergate et al., 2011, ref. i Bækkelund et al., 2021).

Flere av deltakerne i traume-rusgruppene har også traumeerfaringer knyttet til å gjøre andre vondt. Å samle mennesker med slike erfaringer i en gruppe åpner muligheter for å gå inn på dette mer spesifikt. Homogene grup- per kan også gi bedre mulighet til å «dosere» materialet enda mer hensiktsmessig. Samti- dig går en glipp av styrken det kan være å lytte til og lære av andre som har ulik erfaring. Vår erfaring er at heterogenitet i sammensetningen har sine fordeler. Hva man velger, avhenger av formål og hvilke prosesser man ønsker å oppnå.

I en gruppe av personer med traume- og rus- lidelser kan det tenkes at de to lidelsene henger tettere sammen for noen enn for andre. Noen vil si at de klart erfarer rusmiddelbruk som en måte å regulere traumesymptomer på, andre opplever ikke at lidelsene er så tett relatert. Slike forskjeller kan en være enda mer opp- merksom på når en setter sammen gruppen. Samtidig vil en slik seleksjon være krevende fordi disse sammenhengene nettopp kan bli tydelige i gruppeforløpet.

Vi erfarer at pasientene etterspør helhetlig tilnærming på tvers av behandlingsinstanser. Vårt opplegg vil ikke være tilstrekkelig alene, men er tenkt som et ledd i en behandlingsplan for pasienten. Å kunne arbeide videre med inn- sikt og erfaring fra gruppen i etterkant synes å være vesentlig for å kunne opprettholde disse.

I en gruppe pasienter med traume- og rus- problematikk vil det erfaringsmessig være noen pasienter med uerkjent kompleks disso- siativ lidelse. Disse pasientene vil i mange tilfel- ler kunne trenge mer spesifikk behandling og er derfor viktig å fange opp. En videreutvikling vil kunne være et integrert behandlingstilbud for pasienter med dissosiativ lidelse og samti- dig rusmiddelmisbruk, hvor man med tilpas- sede intervensjoner kan bygge videre på den modellen vi har beskrevet.

Vi erfarer at vår modell er nyttig fordi den relativt lett kan tas i bruk og er utviklet spesifikt med tanke på en pasientgruppe med *kompleks* PTSD og ruslidelse. Vi håper at våre erfaringer kan bidra til videre tenkning om hva som kan hjelpe personer med komplekse traumelidel- ser og komorbid ruslidelse. ✘

REFERANSER

- Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A. & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing Group Treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1859079. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Dass-Brailsford, P. & Safilian, C. M. (2017). Integrated Approaches to Treating Psychological Trauma and Substance Abuse in Women: An Update. *Trauma Acute Care*, 2(2), 41. doi: 10.21767/2476-2105.100041
- Fisher, J. (2000, november). *Addictions and trauma recovery*. Innlegg presentert ved International Society for the study of dissociation, Texas.
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors. Overcoming internal self-alienation*. Routledge.
- Fjæreide, M. (2016). *Forekomst og konsekvenser av traumer hos et utvalg LAR-pasienter* [Masteroppgave]. Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.
- Helsedirektoratet. (2012, mars). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelse* (IS-1948).
- Holbæk, I. (Red.). (2014). *Tilbake til nåtid. En manual for håndtering av traumereaksjoner*. Traumepoli- klinikken, Modum Bad i Oslo.
- Hernandez, V. R. & Mendoza, C. T. (2011). Shame resilience: A strategy for Empowering Women in treatment for Substance Abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(4), 375–393. <http://dx.doi.org/10.1080/1533256X.2011.622193>
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M. & Kosten, T. R. (2001). Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A review of the Literature. *American Journal of psychiatry*, 158(8), 1184–1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184>
- Luoma, J. B., Chwyl, C. & Kaplan, J. (2019). Substance use and shame: A systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 70, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.002>
- McGaffin, B. J., Lyons, G. C. B. & Deane, F. P. (2013). Self-Forgiveness, Shame, and Guilt in Recovery from Drug and Alcohol Problems. *Substance Abuse*, 34(4), 396–404. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.781564>
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J. & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD and Substance Use Disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 652–658. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.652>
- Najavits, L. M., Clark, H. W., DiClemente, C. C., Potenza, M. N., Shaffer, H. J., Sorensen, J. L., Tull, M. T., Zweben, A. & Zweben, J. E. (2020). Ptsd/substance use disorder comorbidity: Treatment options and public health needs. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(4), 544–558. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00234-8>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2018, 5. desember). *Posttraumatic Stress Disorder, NICE guideline* (NG 116). Elsevier.
- Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst (u.å). *Generelt om traumebehandling*. <https://traumebehandling.no/behandle/generelt-om-traumebehandling/>
- Roberts, N. P., Lotzin, A. & Schäfer, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2041831. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831>
- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N. & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25–38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>
- Szafranski, D. D., Snead, A., Allan, N. P., Gros, D. F., Killeen, T., Flanagan, J., Pericot-Valverde, I. & Back, S. E. (2017). Integrated exposure-based treatment for PTSD and comorbid substance use disorders: Predictors of treatment dropout. *Addictive behaviors*, 73, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.04.005>
- Tripp, J. C., Jones, J. L., Back, S. E. & Norman, S. B. (2019). Dealing With Complexity and Comorbidity: Comorbid PTSD and Substance Use Disorders. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(3), 188–197. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00176-w>
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>
- Øktedalen, T., Hoffart, A. & Langkaas, T. F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting – A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 25(5), 518–532. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.917217>

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 12 S. 1092-1103 DOI: <https://doi.org/10.52734/9C4TpX24>

Når behandling gjør vondt verre - erfaringer fra basal eksponeringsterapi (BET)

Nina Helen Mjøsund, Monica Strand, Elisabeth Nessel,
Marte Røysland-Sundhagen og Roar Fosse

FoU-avdelingen i
Klinikk for psykisk
helse og rus, Vestre
Viken HF

KONTAKT

nina.helen.mjosund@
vestreviken.no

MERKNAD

Forskningsgruppen
springer ut fra FoU-
avdelingen i Vestre
Viken HF, i samme
klinikk der BET-
behandlingen ble
gitt. Tre av forfatterne
er forskere som ikke
jobber klinisk, to
forfattere har pasient-
erfaring fra BET-
seksjonen.

FAGFELLEVURDERT

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Basal eksponeringsterapi er en døgntilrettelagt behandling for personer med lavt psykososialt funksjonsnivå og mange behandlingsforløp i psykisk helsevern. Mens evalueringsstudier antyder positive gruppeeffekter av BET, har noen pasienter negative erfaringer. Hensikten med studien er å få frem erfaringskunnskap fra personer som opplevde at BET ikke var bra for dem.

Metode: Vi dybdeintervjuet ni kvinner som hadde mottatt BET. Vi brukte tematisk analyse med en induktiv og semantisk tilnærming. Tre forskere og to forskningsrådgivere med pasienterfaring fra BET gjennomførte studien og analysearbeidet.

Resultater: Deltakerne opplevde (1) et forventningskrasj i møte med BET, fra en kiste med gull til en knust drøm, (2) utrygge relasjoner til BET-terapeutene preget av instrumentell og mekanisk samhandling og manglende menneskevarme, (3) manglende samstemming mellom forventninger og det de opplevde var terapeutenes intensjon, samt usikkerhet og opplevelse av et ekstremt ansvar, og (4) en forverring etter BET, med mer skam, selvhat og ensomhet; det gikk fra vondt til verre.

Implikasjoner: Erfaringene til deltakerne viste at intendert virkning av behandling ikke alltid stemmer med opplevd virkning. Deltakernes erfaringer er viktig for videre utvikling av BET og av annen behandling for disse pasientene.

Nøkkelord: basal eksponeringsterapi, brukermidvirkning, evaluering, kvalitativ studie, negative erfaringer, pasienterfaringer, psykisk helsevern

Basal eksponeringsterapi (BET) er en ny, helhetlig terapeutisk modell utviklet som supplement til tradisjonell behandling (Hammer et al., 2020). Tilnærmingen er ifølge Heggdal et al. (2016) utviklet for behandlingsresistente pasienter med lange og hyppige innleggelse i psykisk helsevern, lavt psykososialt funksjonsnivå (GAF < 35) og utstrakt bruk av psykofarmaka. Pasientene i BET har diagnoser i psykose- og bipolarspekteret, samt alvorlige personlighetsforstyrrelser og komorbide tilstander med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, dissosiasjon, stemningssvingninger samt selvskading og selvmordsforsøk (Heggdal et al., 2016). De siste 20 årene har Heggdal og medarbeidere utviklet, implementert og videreutviklet BET-modellen ved en døgnsesjon i Vestre Viken HF (VV). Dokumentering av metoden pågår kontinuerlig (Heggdal, 2022). World Health Organization (2021) presenterer BET som god praksis når det gjelder å fremme pasientrettigheter og tilfriskning.

BET døgnsbehandling består av en individualisert ukeplan med behandlingsmøter, terapisaftaler, daglige fokussamtaler og morgenmøter, som gjennomføres sammen med et tverrfaglig team (Hammer et al., 2020; Heggdal et al., 2016). Behandlingen består av fem faser: etablering av trygge relasjoner, etablering av arbeidsallianse, utforskning av unngåelsesatferd, eksponering av katastrofeangst og til slutt konsolidering (Heggdal, 2010). Behandlerne ruller for å hindre at prosessen blir statisk (Heggdal et al., 2016). Behandlingstiden har blitt redusert fra ett år til fire måneder (Lillelien, 2021). BET er teoretisk forankret i eksistensialistisk filosofi, et humanistisk menneskesyn, systemteori og atferds- og utviklingspsykologi (Hammer et al., 2020; Heggdal, 2010). Alt helsepersonell i BET-seksjonen (terapeuter) blir utdannet til å praktisere en kollektiv, terapeutisk holdning forankret i verdien empati, respekt, likeverd og autonomi (Lillelien et al., 2021).

Hammer et al. (2020, s. 27) skriver at verken symptomer eller diagnoser er bestemmende for hvordan behandlingen foregår i BET. Derimot antas det at symptomer springer ut av markerte, generaliserte mønstre for unngåelse, både mentalt og i konkrete handlinger (Heggdal et al., 2016). Unngåelsesmønstrene ses som forsøk på å håndtere uønskede indre opplevelser og kan komme til uttrykk i passivitet, hyperaktivitet, under- eller overspising, selvskading, dissosiasjon og overdreven bruk av rusmidler. Strategiene forstås som måter å unngå en generalisert og gjennomgripende frykt på. Frykten blir forstått som eksistensiell katastrofeangst bestående av en påtrengende redsel for å gå i stykker eller i oppløsning, og å bli sittende fast i evig

smerte eller tomhet (Heggdal, 2012). Siden unngåelse av slik katastrofeangst anses som årsak til problemene, blir eksponering sett på som løsningen (Hammer et al., 2020). Gjennom en terapeutisk grunnholdning søker terapeutene å hjelpe pasientene med å komme ut av sin fastlåste situasjon og endre sin innstilling til smerte og angstfylte indre opplevelser fremfor å bruke sine unngåelsesstrategier. Behandlerne og terapeuter i BET baserer seg på en terapeutisk grunnholdning der de vektlegger at livet er smertefullt. Grunnholdningen beskrives gjennom følgende utsagn:

- Vi er alle alene i verden, adskilt fra andre og isolert i oss selv.
- Livet er i bunn og grunn meningsløst, og alle forsøk på å skape mening er fånyttede.
- Tanker og følelser er ikke farlige og kan aldri bli farlige.
- Den som baserer sitt liv og sin fremtid på håp, er et offer.
- Livet er smertefullt, har alltid vært det og vil alltid være det.
- Ethvert individ skaper sitt liv gjennom sine valg og handlinger.
- Veien til et liv det går an å leve, går gjennom oppgivelse av kampen mot smerte.
- Vi skal ikke lindre, men hjelpe personen til å forholde seg til det som er her og nå. (Heggdal & Lillelien, 2022)

Den primære intervensjonen i BET er autonomi-fremmende psykoterapi (Hammer et al., 2018). Behandlerne i BET legger vekt på ressursmobilisering og individets frie valg og ansvar, hvilket tilsier en høy terskel før helsepersonell griper inn, og pasientene støttes i å redusere medisiner (Hammer et al., 2020). I BET benyttes en et sett av reguleringsprinsipper der pasienten utfordres til å sette seg i førersetet i eget liv (Heggdal, 2022). Reguleringsprinsippene benyttes for å avlære atferdsforstyrrelser og forhindre uhenksmessige samhandlingsmønstre mellom pasient og helsepersonell, herunder tvangsbruk (Heggdal et al., 2016). En tilpasser reguleringene til pasientens tilknytningsstil og situasjon (Heggdal, 2022). Grunnstrategien er underregulering, der pasientene har full frihet og terapeutene verken utøver kontroll eller gir oppmerksomhet til dysfunksjonelle handlingsvalg (Hammer et al., 2016). I fraværet av kontroll er det ment at den menneskelige kontakten og den terapeutiske prosessen støtter pasienten (Heggdal, 2022). Terapeutene bekrefter personens følelser og indre opplevelser og bruker intervensjoner til å understøtte funksjonelle handlingsvalg (Heggdal et al., 2016). Sik-

kerhetsregimet overregulering benyttes der liv og helse står på spill, og er kjennetegnet av at en senker tempoet og reduserer stimuli, og at det ikke skjer noe før pasienten tar initiativ til en mestringsdialog (Hammer et al., 2016). Om det er akutt fare for liv og helse, griper terapeutene inn i henhold til sykehusets prosedyrer.

I en kvalitativ studie gjorde Heggdal et al. (2015) funn som tyder på at det som er mest vesentlig for bedring hos personer som har gjennomført BET, er at pasientene aksepterer følelsene sine og godtar å ta ansvar for egne valg. I en kvantitativ evaluering viste Heggdal et al. (2016) at pasientene var bedre ved utskrivning enn ved inntak til BET. De fant en signifikant nedgang i symptomer på psykiske lidelser, økt psykologisk fleksibilitet og økt psykososialt funksjonsnivå (GAF) (Heggdal et al., 2016). I en femårs oppfølgingsstudie beskrev Hammer et al. (2018) bedre funksjon, utdanningsnivå, arbeidsevne og boevne hos personer som da hadde sluttet med psykofarmaka og nådd et høyt nivå av eksponering under BET. Andre evalueringstudier indikerer at BET kan bidra til nedgang i innleggelser knyttet til selvskadning, og at tvangstiltak kan reduseres ved å innføre reguleringsprinsipper (Hammer et al., 2016; Hammer et al., 2017).

Mens evalueringstudiene antyder positive virkninger av BET på gruppenivå, har det fremkommet at noen pasienter hadde negative erfaringer med BET. Negative effekter av terapi har vært kjent lenge, men er lite forsket på (Beutler et al., 2004; Crawford et al., 2016), og få studier har utforsket bivirkninger (Flor & Kennair, 2019). Terapeuter ser ut til å være lite oppmerksomme på forverring hos pasientene (Hannan et al., 2005). Det er manglende kunnskap om årsakene til negative effekter. Dermed trenger vi mer forskning på utfall som ikke er ønskelige, uavhengig av hvordan det henger sammen med behandling (Dimidjian & Hollon, 2010).

På dette grunnlaget tok BET-seksjonen initiativ til en kvalitativ undersøkelse av tidligere pasienter med negative erfaringer fra BET-seksjonen. Hensikten med studien er å undersøke erfaringer hos personer som opplevde at BET ikke var bra for dem, for å styrke kunnskapsbasen for utvikling av behandlingstilbud basert på BET og andre helsetjenester for personer med langvarige og sammensatte psykiske vansker.

Metode

Tre forskere ansatt ved FoU-avdelingen i VV og to forskningsrådgivere med pasienterfaring fra BET-seksjonen har samarbeidet gjennom hele forsknings-

prosessen. Vi benyttet et kvalitativt design med dybdeintervju av personer som har mottatt behandling ved BET-seksjonen i VV etter 2010.

Rekruttering og utvalg

Vi søkte personer som har vært i døgnbehandling ved BET-seksjonen, og som opplevde at BET ikke var bra for dem. Vi la ut informasjon om studien på kliniskestudier.no.

Gjennom forskningsrådgiverne og pasientmøter var det kjent at tidligere pasienter kunne være skeptiske til å delta i forskning. Elleve deltakere tok kontakt med førsteforfatter på telefon eller e-post. De var engstelige for at helsepersonell ved BET skulle få vite hvem de var eller hva de sa. Grundig informasjon om hvordan deltakernes anonymitet ble ivaretatt og ikke delt med behandlende helsepersonell, gjorde at deltakerne allikevel ønsket å delta. To deltakere falt fra grunnet sykdom eller at kontakten stoppet opp.

Deltakerne var ni kvinner i alderen 23–48 år som hadde vært innlagt ved BET-seksjonen mellom 2011 og 2019. Alle fortalte om mange og lange opphold i spesialisthelsetjenesten før BET, der de hadde fått flere ulike diagnoser for psykiske lidelser (schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse, dissosiativ lidelse, PTSD, tvangslidelse, angst, suicidalitet, personlighetsforstyrrelse, ADHD, alkohol og ruslidelser, spiseforstyrrelse og traumelidelse). Alle deltakerne hadde fått annen behandling etter utskrivelse fra BET. Fire var på intervjutidspunktet noe i jobb eller utdanning.

Datainnsamling

Intervjuguiden inkluderte spørsmål om opplevelser fra BET og hverdagen på seksjonen, med spørsmål både om hva de opplevde som uheldig og hva de opplevde som bra i behandlingen. Andre tema var inn søkingsprosessen, hvordan hovedpilarene i BET ble omsatt i praksis, samarbeid med andre og forslag til forbedringer i BET.

Førsteforfatter gjennomførte alle intervjuene fra februar 2019 til juni 2020, unntatt ett intervju gjennomført av andreforfatter. Deltakerne bestemte hvor intervjuene skulle foregå, enten i deres hjem, møterom i VV eller ved lokalt bibliotek. To intervjuer ble gjennomført digitalt grunnet smittevernhensyn. Vi tok lydopptak av intervjuene og transkriberte dem ordrett.

Analyse

Tematisk analyse beskrevet av Braun og Clarke (2006) har inspirert analyseprosessen. Vi brakte frem tema og mønstre i hele datamaterialet, hovedsakelig på et semantisk nivå. Vi utførte en induktiv tilnær-

ming til analysen for å få frem temaer som bygget på deltakernes utsagn.

NHM ledet analysearbeidet og lyttet gjentatte ganger til alle opptakene, leste transkript, kodet sitater og forfattet utkast til tematiske kategorier og organisering av disse. Resten av forskningsgruppen leste gjennom og kodet hele eller deler av de transkriberte intervjuene. Forskningsgruppen hadde 12 analyseemner for drøftinger og innspill til tema, subtema, sitater og utarbeidelse av temakart.

Etiske overveielser

I en fremleggingsvurdering konkluderte Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk at studien falt utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Personvernombudet i VV tilrådte samtykkebasert innsamling og behandling av personopplysningene i studien, ref. nr. 16/00117-138/000. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og ga skriftlig samtykke til deltakelse. All informasjon om deltakerne er anonymisert. Ingen av forskerne jobber klinisk med pasienter.

Resultater

Vi kom frem til fire tema som favner deltakernes opplevelser med BET (fig. 1). Temaene handlet om (1) deltakernes høye forventninger til BET og at forventningene ikke stemte med deres opplevelser, (2) opplevelsen av utrygge relasjoner til terapeuter, (3) manglende samstemming mellom opplevd intensjon hos terapeutene og deltakernes forventninger, og (4) at deltakerne erfarte en forverring etter BET, med mer skam, selvhat og ensomhet.

Forventningskrasj

Deltakerne hadde store forventninger og høy motivasjon før innleggelse på BET-seksjonen, men erfarte at forventningene ikke ble innfridd.

En kiste med gull

Deltakerne hadde gjennom publikasjoner, foredrag, sosiale medier og i samtaler før innleggelse fått informasjon om positive resultater for personer som hadde gjennomgått BET. Pårørende og behandlere delte de store forventningene til BET.

Altså hele de BET-greiene ble liksom så stort og fantastisk. Det følte nesten som om de satt på en kiste med gull. Mamma så jo på det som himmelen, at nå skulle jeg endelig bli frisk. Det var liksom sånne forventninger om at da blir alt fint, ikke sant?

Flere beskrev at BET representerte et slags siste håp etter at andre forsøk på behandling ikke hadde ført til ønsket bedring.

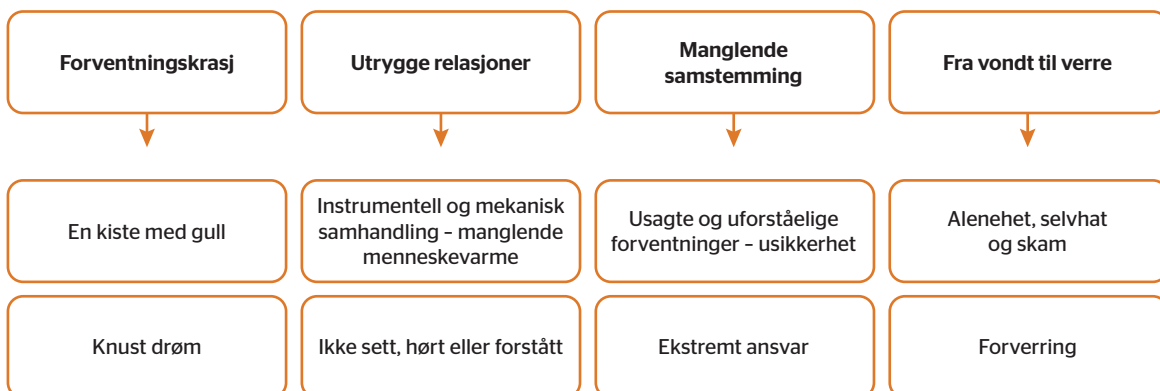
Knust drøm

Deltakerne mente informasjonen om BET var ensidig og unyansert. Det var et misforhold mellom hva de trodde behandlingen gikk ut på, og hvordan de opplevde den.

De kan ikke ha forstått det, tenkte jeg. Hvor jævlig det er. Hvordan BET egentlig er. Altså, jeg kan lese de artiklene om BET, og tenke at ja, dette høres jo bra ut, det her høres jo helt fornuftig ut. Men å være der er noe helt annet.

Figur 1.

Tematisk fremstilling av deltakernes erfaringer med BET



Mange pekte på at fremtidige pasienter burde få tilgang til mer allsidig og variert informasjon om behandlingstilbudet. Der informasjonen burde være preget av en mer ydmyk holdning til behandlingsutbytte og en tydeliggjøring av hvor vanskelig det kan være å arbeide med sine utfordringer i BET.

Utrygge relasjoner

Deltakerne beskrev vanskelige og tøffe opplevelser særlig knyttet til tre forhold: De opplevde at relasjonen til terapeutene var preget av manglende menneskevarme, terapeutene fremsto som instruerte og mekaniske, og deltakerne opplevde seg ikke sett eller hørt, men snarere for-forstått kun gjennom BET-briller.

Instrumentell og mekanisk samhandling – manglende menneskevarme

Deltakerne beskrev relasjoner til terapeutene som vanskelige og vonde, selv om de også opplevde noen relasjoner som trygge og gode. De opplevde BET-terapeutene som upersonlige og instrumentelle, både verbalt og non-verbalt. Dette preget hverdagslig samhandling og dialog, samt mer formaliserte, strukturerte møtepunkter i behandlingen. Deltakerne beskrev gjennomgående de ansatte som kalde og at det menneskelige nærmest forsvant.

Det var ikke noe rom for omsorg og menneskelighet. Det er ikke en svakhet ved personligheten din at du trenger en klem, liksom. Og når du er innlagt der, da er du alene i verden, folk bare holder deg på en armlengdes avstand, og de ser ikke noe menneskelig med deg, liksom.

Deltakerne opplevde gjennomgående at de ansatte opptrådte etter en slags statisk manual, underbygget av en mekanisk og robotaktig samhandling. De illustrerte dette med hvordan BET-terapeutene gjentok det samme om og om igjen, uten at deltakerne opplevde verken mening, empati eller omsorg i det som ble sagt.

Jeg følte at det var litt sånn mal, da. Sånn statisk guide. Så uansett hva vi sa noen ganger, så opplevde du at de kommer med de innlærte setningene sine.

Men hvordan skal jeg oppnå trygghet når jeg ikke kjenner deg og ikke opplever at du har menneskelig trekk og heller ikke opplever at du lytter fordi du er så instruert i hva du skal si. Når du opplever en robotaktig hverdag, det som oppleves som kalde mennesker, så er det enda vanskeligere å bli trygg.

Deltakerne formidlet at det ble vanskelig å dele personlige erfaringer når alt følte så upersonlig. De opp-

levde at vanlig skikk og bruk for dialog var annerledes ved BET-seksjonen. Samtalen var fremmed og ble vanskelig ved gjentatte setninger og manglende turtaking.

Alle sa de samme setningene. Da blir det jo veldig, ja ... upersonlig. Når du skal dele noe som rett og slett er traumatisk for deg, så gjør du jo ikke det når det er upersonlig. Man må føle at man snakker med mennesker.

Flere opplevde denne formen for samtale og samhandling som nedlatende. De ble i tvil om BET-terapeutene ville dem vel. «Det var liksom det der – 'ja, det er helt forferdelig at du må ha det sånn'. Det synes jeg var irriterende. De snakket, følte jeg, med nedlatenhet.»

Flere deltakere dro paralleller til en menighet eller sekt der terapeutene var modelltro, mens de derimot ønsket seg mer individuell tilpasning.

Ja, at det tilpasses litt mer individuelt. Men det føler jeg ikke at var lov i BET. For der er det en sånn holdning som mormonerne har. At sånn er det. Og Jehovas vitner. Følger du ikke det, så er du ikke en del av oss. Da hører du ikke hjemme her.

En deltaker var ikke i tvil om at de ansatte ønsket å bidra til gode prosesser, selv om hun erfarte at BET ikke var bra for henne: «Det var ingen der som var grusomme mennesker. Jeg tviler ikke på at deres motivasjon var å være til hjelp. De har et syn på hva som er til hjelp som er litt annerledes enn andre steder i helsevesenet.»

Når deltakerne ble spurt om forbedringer, var deres viktigste innspill behovet for mer omsorg, de ønsket mer varme og menneskelighet fra de ansatte. De foreslo også at tilbudet kunne forbedres med mer fokus på hva hver enkelt mente var viktig, slik at alt ikke ble presset inn i BET sin forståelsesramme. Mer forutsigbarhet i hvem de skulle ha terapisaamtaler med, ble også etterspurt. «Hva jeg ville endret på? Ja, omsorgen er vel egentlig det store. Sånn som de holdt på, følte det jo ganske avvisende. Så det å vise interesse for det man sier, da. Spørre litt mer.»

Ikke sett, hørt eller forstått

Deltakerne opplevde seg ikke sett og lyttet ordentlig til. De beskrev gjennomgående at det de prøvde å uttrykke, ikke ble forstått, ble feiltolket og de kunne føle seg latterliggjort.

Flere beskrev hvordan de ble definert ut fra en ensidig BET-forståelse som de ikke kjente seg igjen i, og som opplevdes for trang og ikke gjenkjennbar.

Istedenfor at jeg ble definert av tidligere psykiatrihistorie og journal, så skulle jeg bli definert ut fra andres oppførsel og BET sin erfaring av pasienter. Litt sånn, her har vi hatt 20 pasienter som deg før, så vi vet hva du tenker, vi vet hva du ønsker å oppnå, vi vet hvordan du kommer til å oppføre deg, vi vet – istedenfor å lytte. Jeg følte at jeg fikk en bagasje som ikke var min.

De påstår at BET ikke er opptatt av diagnoser og sånne ting. Så har de laget en jævla firkanta boks å plassere alle i.

Mange opplevde det som vondt å føle at de stadig ble misforstått eller ikke ble hørt, noe som kompliserte den videre samhandlingen.

Flere kjente på frustrasjon over at deres valg og handlinger automatisk ble forstått som unnvikelse, og at dette ikke var gjenstand for refleksjon eller diskusjon.

Jeg følte at det lå en litt uforstående holdning til det jeg kom med. Jeg hadde trodd at de var litt mer nysgjerrige, og lytta til det jeg sa, istedenfor å bestemme seg på forhånd om at hvis du sier et men, så handler det om unnvikelse.

Flere deltakere mente metoden skygget for enkeltmennesket. De ønsket å bli sett og hørt uten at BET sin forståelsesmodell totalt skulle dominere.

Manglende samstemming

Deltakerne erfarte stor usikkerhet og redsel i samspill med terapeutene. De opplevde samarbeid preget av uklare forventninger og at de fikk et altfor stort ansvar.

Usagte og uforståelige forventninger – usikkerhet

Det var mye ved BET deltakerne ikke forsto. Bruk av metaforer ga ikke mening og ble opplevd som en forenkling av det kompliserte. Deltakerne ønsket begrunnelser og forklaringer på hva terapeutene gjorde, og hvilke forventninger de hadde til deltakerne.

Selv om et par deltakere var fornøyde med de daglige fokussamtalene, var det vanskelig for mange å forstå hvordan de skulle bruke disse samtalene. Flere beskrev fokussamtalene som ubehagelige. De brukte mye energi på å forsøke å forstå hva de burde si, men ble usikre og enda mer forvirret. «Det ble jo til at jeg ble veldig, veldig usikker. På en eller annen måte var jeg litt redd for å trække feil. Så jeg var mye forvirra. Veldig mye redd. Det var ingenting trygt.»

Ekstremt ansvar

Deltakerne var positive til å ta ansvar i egen behandling. Samtidig opplevde deltakerne at ansvaret

kom for brått på, og det ble erfart både som ekstremt og omfattende. Alle beskrev hvor utfordrende det var at terapeutene tydelig påpekte pasientens ansvar for potensielt svært skadelig atferd.

Jeg var jo åpen til det med å ansvarliggjøre meg selv og sånt, men en ting er å ansvarliggjøre deg, noe annet er ansvarsfraskrivelse. Det første du hører er «Ja, det er egentlig bare å gå og ta livet av seg, men det er ikke vårt ansvar» liksom.

All negativ atferd skulle ignoreres. Det skulle ikke være noe oppmerksomhet, noe fokus. Man skulle ikke dulle med, da. Og hvis noen ville henge seg eller ta livet sitt, så var det greit, for det var ditt valg.

Deltakerne beskrev et ansvar de verken klarte å forstå eller mestre. De trengte støtte fra terapeutene til å finne måter å håndtere ansvaret på.

Hadde jeg sittet med oppskriften, så hadde jeg gjort det for lenge siden. Jeg trenger hjelp til å få dette til. Det må jo kunne gå an å ha ansvaret sammen.

... hvis man skal lære noen å svømme, så kan du ikke bare kaste dem ut i vannet.

Deltakerne bekymret seg for medpasienter. De kunne være redde for andres liv og helse. En deltaker beskrev det som «russisk rulett» – underforstått at det kunne være tilfeldig hvorvidt det gikk bra eller ikke. Det ble også opplevd som belastende å være vitne til andres alvorlige og helsefarlige selvsykdom.

Det var vanskelig å ansatte ikke grep inn i situasjoner med alvorlig selvsykdom som deltakerne mente krevde akuttbehandling eller behandling på somatisk sykehus. I tillegg opplevde deltakerne at de fikk mer ansvar enn de syntes var riktig, ved at de måtte ta vare på medpasienter som de mente helsepersonell burde ivarett.

Jeg hadde en medpasient som plutselig forsvant ut. Da hun kom tilbake, var hun søkkvåt. Hun hadde vært i sjøen til tross for at det var vinter og minusgrader. Jeg opplevde at hun ikke var seg selv, men de ansatte gjorde ingen ting, så det ble jeg og medpasientene som måtte håndtere det. Det opplevdes veldig vondt og vanskelig, og vi som pasienter ble satt i en ubehagelig situasjon og fikk et ansvar vi ikke skulle hatt.

Fra vondt til verre

Det fjerde temaet omhandler følgene behandlingen hadde for deltakerne. Deltakerne opplevde seg mer alene, selvhatet ble verre, og de fikk mer skam.

Flere opplevde forverring under og etter oppholdet, med mer alvorlig selvskading og isolasjon.

Alenehet, selvhøt og skam

Deltakerne oppsummerte de vanskelige erfaringene med BET med en følelse av å stå alene med sine problemer og sin lidelse.

Opplevelsen av å være alene var mer gjennomgripende enn de hadde kjent tidligere. I tillegg til å bli utfordret til å ta ansvar for sin egen situasjon og egne valg opplevde flere å kjenne seg ansvarlige for å ha forårsaket og holdt ved like sin egen lidelse.

Det som har vært og kanskje er verst, er vel følelsen av å stå ansvarlig for sin egen ulykke. Stå ansvarlig for sin egen situasjon, og at du ikke bare har skapt den selv, men at du opprettholder den selv, og at alt skyldes at du selv ikke gjør ting riktig, fordi at du ikke tåler å stå i følelsene.

Flere deltakere beskrev at de ikke mestret ansvaret. Snarere oppleve de seg ansvarlig for å ha det vanskelig, noe som førte til mer skam og økt selvhøt. Samtidig opplevde deltakerne at tidligere traumer ikke skulle snakkes om. «En trenger jo ikke å bli skamgjort for faktisk å kreve litt hjelp. BET er ikke bra for sånne som meg, hvor problemet ligger mye i selvhøt og skam. For BET var egentlig en god grobunn for selvhøtet.»

Det tydelige fokuset på her-og-nå-situasjonen og liten anledning til å snakke om tidligere opplevelser eller å forstå atferd gjennom historiske erfaringer, forsterket følelsen av skam og selvhøt. Flere opplevde måten de ble møtt på, som re-traumatiserende. De fortalte også om en skyldfølelse for ikke å dra nytte av behandlingen.

Jeg husker jeg følte jeg skuffet alle. Og jeg slet med å gå til psykologen min fordi jeg følte jeg hadde skuffet hen, fordi jeg skulle jo bli bedre. Og mamma og de var sure på meg fordi jeg ikke klarte å gjennomføre. Det var en konstant strøm av skyldfølelse.

Forverring

Etter oppholdet ved BET-seksjonen beskrev deltakerne at de var mer alene og led i ensomhet. De satt igjen med opplevelsen av at de fortjente å ha det sånn, og de turte ikke å be om hjelp igjen i helsetjenesten.

Den viktigste tingen er egentlig at de shamer deg veldig for at du velger å søke hjelp, og ikke minst for å motta hjelp. De skamgjør deg, ikke sant. Det var hele tiden kommentarer som gjorde at en ikke hadde lyst å søke hjelp i ettertid.

Jeg tror, etter den gangen de sa at du har fullt ansvar for ditt eget liv – nå er det blitt sånn at jeg ikke tør å strekke ut en hånd og be om hjelp, fordi jeg føler at jeg fortjener å stå der med smerten alene. Jeg føler at jeg fortjener det. Jeg har jo blitt en mye mer isolert person.

Flere deltakere beskrev mer plager og alvorligere symptomer etter oppholdet. For noen føltes det som om alt raste sammen.

Problematikken ble mer alvorlig, mer uttalt og dramatisk. Før har det vært litt sånn innadrettet, innesluttet og ikke så voldsomt. Ja, jeg har vært til behandling i mange år, og har vært behandlingstrengende, men ikke sånn akutt inn og ut. Sykehus, legevakt, ortoped, hjertespesialist. Det var noe de pirket borti som gjorde at jeg ble veldig fragmentert. Og akkurat hva det er, det vet jeg ikke, men det var vel litt derfor jeg tenker at det var ikke så veldig bra for meg.

Diskusjon

Vi identifiserte fire tema ut fra deltakernes erfaringer. «Forventningskrasj», med diskrepans mellom store forventninger til endelig å få en behandling som kunne hjelpe, og hvordan deltakerne opplevde den. «Utrygge relasjoner», med manglende menneskevarme, der relasjoner til terapeutene ble erfart som instrumentelle og mekaniske, samt at deltakerne ikke opplevde seg sett, hørt eller forstått. Dette henger tett sammen med det tredje temaet, «Manglende samstemming», som sammenfatter opplevelser av usikkerhet, forventningsforvirring og erfaring av et ekstremt ansvar. Det siste temaet, «Fra vondt til verre», omhandler opplevelsen av forverring. Deltakerne følte seg mer alene og opplevde mer selvhøt og skam. De satt med en følelse av å ha skyld både for sine problemer og for å opprettholde dem.

Informasjon og forventningsavklaring

Deltakerne opplevde tilgjengelig informasjon om BET som ensidig positiv og lite nyansert. De ønsket en mer ydmyk holdning om behandlingsutbytte og mer informasjon om utfordringer en kan møte ved å arbeide med sine vansker i BET. De slet også med å forstå hvordan behandlingen ble formidlet.

Deltakerne savnet tilstrekkelig informasjon for støtte til innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, inklusive mulige risikoer og bivirkninger, slik pasient- og brukerrettighetsloven (2014) sier. Særlig hvis holdninger, fremgangsmåter og verdissyn skiller seg tydelig fra mer standard behandling, for-

dres grundig medvirkning og informert samtykke i valg av behandling (Elwyn et al., 2012). I tillegg til informasjon om potensiell nytte bør det gis informasjon om potensielle utfordringer, inkludert erfaringer fra denne studien. Tilstrekkelig informasjon under hele behandlingsforløpet kan styrke både samvalg, arbeidsallianse og at pasienten opplever behandlingen som sitt prosjekt.

Terapeutisk relasjon

Funnene tyder på at det ikke ble etablert bærende, terapeutiske relasjoner med terapeutene. Alle deltakerne opplevde manglende trygghet og menneskevarme i samhandling. De savnet menneskelig tilknytning og opplevde lite eller ingen empati og omsorg. De opplevde seg ikke sett eller hørt, men heller avvist og ensidig forstått gjennom BET-briller. Erfaringene står i kontrast til verdiene empati, respekt, likeverd og autonomi som terapeutene bygger sitt arbeid på (Lillelien et al., 2021). Verdiene kommer ikke tilstrekkelig til praktisk uttrykk, og det er en slags avgrunn mellom terapeutenes intensjon om å hjelpe og deltakernes opplevelser. Dette kan henge sammen med forhold ved selve metoden, pasientenes personlighet, kultur og preferanser, samt terapeutenes kliniske ekspertise og personlige egenskaper, i tillegg til implementering og trofasthet mot metoden (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Tilden, 2013). Uavhengig av årsak klarte ikke terapeutene å etablere en terapeutisk relasjon med deltakerne. Dette er avgjørende for å kunne skape en arbeidsallianse og sammen bli enige om mål og oppgaver i BET-behandlingen (Heggdal, 2022). Først når arbeidsalliansen er etablert, kan arbeidet starte med å støtte pasienter i å forholde seg til sine indre opplevelser i stedet for å unngå eller flykte (Heggdal, 2022). Psykoterapiforskningen har vist at terapeutisk relasjon eller arbeidsallianse er helt avgjørende for utfall av behandlingen, og ikke metoden alene (Martin et al., 2000).

Deltakerne opplevde seg observert og forstått ut fra en for ensidig og trang forståelsesramme. I BET-seksjonen trenes det systematisk på terapeutiske ferdigheter for å internalisere grunnholdningen (Heggdal, 2014). En slik drilling kan øke terapeutiske ferdigheter og gi en mer samordnet og spisset behandling. Grunnholdningen skal bidra til at pasienter ser andre løsninger enn tidligere (Heggdal, 2022). Selv om BET-programmet ikke har som forutsetning at pasienten innehar den samme grunnholdningen som modellen bygger på, opplever deltakerne forvaltningen av holdningen som vanskelig og skadelig for dem. Funnene kan tyde på at grunnholdningen ble opplevd som

uttrykk for et livssyn eller holdning til livet fremfor å være et verktøy. Avgrunnen som oppsto, kan handle om hvordan behandling forstås. BET bygger på kategorier fra eksistensialisme og betrakter unngåelse av katastrofeangst som årsak til problemene, mens fokus ellers i psykisk helsevern er på diagnoser og symptomer. Kan noe av usikkerheten og diskrepansen oppstå fordi BET som behandlingsmetode bygger på premisser fra andre felt med en annen livsanskuelse enn mer tradisjonell behandling? Det kan være vanskelig å omsette et filosofisk grunnsyn til praktisk samhandling. Derfor må premissene for BET formidles med utgangspunkt i den enkeltes funksjonsnivå, helsekompetanse og kapasitet for å fremme forståelse for hvordan et slikt grunnsyn kan få betydning i egen behandling.

Flere erfaringer handler om underregulering. Samhandlingen med terapeutene for å avlære atferdsforstyrrelser ble opplevd som instrumentell, kald og preget av manglende trygghet. I BET skal terapeutene hjelpe pasientene til å ta i bruk andre handlingsalternativer. Det gjøres ved å validere smerten i livet, i tråd med grunnholdningen i BET. Sammenfallende med annen forskning viser funnene at om pasienten ikke opplever trygghet i relasjonen, fører ikke metoden frem. En studie av erfaringer til pasienter med selvmordsproblematikk på døgnpost viser at trygghet i form av tilhørighet med terapeuter, opplevelse av å bli beskyttet, og etter hvert kontroll, er avgjørende for at behandlingen gir bedring (Berg et al., 2017). I BET blir pasientene utfordret til å tåle sine egne følelser uten å unngå, og uten å få beskyttelse i form av observasjon, overvåking og avverging av destruktiv handling. Funnene viser at dette ble for vanskelig når trygghet i relasjonene mangler.

Deltakernes forbedringsforslag var mer menneskevarme og omsorg. Menneskelig væremåte må fremstå som spontan og autentisk (Martinsen, 2011a), en ekthet som ser ut til å være i spill i den relasjonelle samhandlingen mellom terapeutene og deltakerne. I tillegg til allianse har empati, varme og ekthet hos terapeuten betydning for å predikere terapiutfall (Norcross & Wampold, 2011). Vennlighet, empati, medfølelse og menneskelighet er grunnleggende for en terapeutisk allianse (Sweeney et al., 2014). Bevissthet om terapeuters autentisitet eller ekthet i kontrast til forstilling (Nortvedt, 2021) kan derfor være et område å jobbe med i kollegaveiledning og andre tiltak som brukes for å implementere og vedlikeholde BET-kompetanse på seksjonen. Et spørsmål er om modelltroskap kan ha skygget for utvikling av arbeidsallianse. Påførte negative opplevelser kan oppstå i behandling med sterk modelltroskap, der terapeuter legger merke

til og tolker plager, egenskaper og mestringsstrategier kun ut fra modellens forståelsesramme (Boisvert & Faust, 2002).

Autonomi og ansvar

Enkeltmenneskets rett til selvbestemmelse er en sterk verdi i dagens helsevesen (Vetlesen, 2021), samtidig som paternalistiske holdninger nedtones (Pedersen & Nortvedt, 2017). Eksistensialismen som BET bygger på, betrakter menneskets frihet og alenehet i verden som et av de universelle menneskelige grunnvilkår (Vetlesen, 2021). Funnene bekrefter at parallelt med individuell frihet kan det følge et sterkt individuelt ansvar og forventninger om ikke å ligge andre til byrde (Vetlesen, 2021). Dette til tross for at det i BET legges til grunn at i et sosialt fellesskap er vi avhengig av hverandre (Heggdal, 2022).

Heggdal (2022) knytter velgjørenhet til autonomi. Å gi den som lider mulighet for å ta ansvar, er velgjørenhet på sikt, der målet ikke er lindring, men støtte til å regulere seg selv (Heggdal, 2022). Livets ufrivillige grunnvilkår som avhengighet, dødelighet, sårbarhet, relasjoners skjørhet og eksistensiell ensomhet aktualiseres når vi blir alvorlig syke og illusjonen om at vi er selvgående og selvtilstrekkelige, synliggjøres (Vetlesen, 2021). Det er i dette spennet pasienter og terapeuter i BET beveger seg og en manglende felles forståelse mellom dem oppstår. Det oppstår en slags avgrunn som kan hindre tilknytning og sosial støtte, samt at virksomme terapifaktorer som ekte relasjon, tilhørighet og allianse brytes ned eller ikke etableres (Tilden, 2013).

Disse utfordringene kan ha blitt forsterket ved at terapeutene rullerte. Terapeutrotasjon i BET har til hensikt å unngå over-avhengighet, splitting, fastlåsing og regresjon i terapeutiske prosesser (Stormbo et al., 2014). I andre terapiformer der terapeutene opplever at pasienter har utfordrende trekk, som aggresjon, fiendtlighet, lav motivasjon og vedvarende psykose, er terapeutrotasjon benyttet (Van Minnen et al., 2018). Ifølge våre deltakere var det utfordrende å etablere tillit, trygghet og felles forståelse for arbeidsmetode og mål når terapeutene stadig skiftet, og derfor bør terapeutrotasjon vurderes individuelt.

Noen deltakere opplevde friheten og ansvaret de fikk for eget liv som både ekstremt og krevende. Kan det være et uttrykk for at de nærmet seg sin grense for autonomi? Totalt fravær av paternalisme kan fremstå som neglisjering og likegyldighet og være i strid med ansvaret vi har for hverandre som medmennesker (Pedersen & Nortvedt, 2017). Pasienter i BET kan ha tidligere erfaringer med neglisjering og andre former for traumer. Noen beskrev at de opp-

levde en form for re-traumatisering under oppholdet. I BET vil terapeuter fremme pasienters evne til å ta egne valg, og ikke gripe inn om det ikke er akutt fare for liv og helse (Heggdal, 2022). Funnene våre tyder på at grensen mellom autonomi og paternalisme er hårfin, dynamisk og individ- og situasjonsavhengig. Hvis mennesket foran oss forsvinner i en bestemt terapi (Boisvert & Faust, 2002), kan vi ta feil når det kommer til forventninger om hvor mye ansvar personen kan takle i en gitt situasjon. Deltakerne var tydelige på at ansvaret ble for ekstremt for dem – og de lurte på om ansvaret var faglig forsvarlig knyttet til både egen og medpasienters tilstand. De etterlyste mer hjelp og veiledning på veien mot å ta større ansvar.

Forverring, ansvar og omsorg

Det siste temaet, «Fra vondt til verre», omhandler en alenehet som bidro til isolasjon og ensomhet, og en økt følelse av skam, selvhat og mer alvorlig selvskading etter oppholdet på BET-seksjonen. Deltakerne satt igjen med skyldfølelse for egne problemer og for å opprettholde dem. De beskrev at de var blitt redde for å be om helsehjelp etter oppholdet fordi de opplevde at behandlingstilnærminger fra BET ble videreført av andre behandlingstilnærminger. Uønskede bivirkninger, forverring av symptomer og negative virkninger av terapi er ikke et ukjent fenomen (Beutler et al., 2004; Crawford et al., 2016; Hardy et al., 2019; Schermuly-Haupt et al., 2018). Profesjonelle kan også selv oppleve at de utilsiktet har ydmyket, latterliggjort, neglisjert og gjort situasjonen verre for sine pasienter (Malterud & Thesen, 2008). Terapi er ikke friksjonsfritt – det er viktig at terapeut og pasient har felles forståelse av forskjellen mellom akseptabelt ubehag og uønsket forverring. Helsepersonell har ansvar for å legge til rette for å håndtere dette når det oppstår. Aller først må den gjenkjennes, for så å vurdere ny strategi, avslutning eller videre henvisning. I nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord er pasienter med repeterende selvdestruktivt handlingsmønster nevnt som spesielt utfordrende for behandlere. Selv om det er anerkjent at en bør tolerere større grad av risiko for denne pasientgruppen, har de også behov for langsiktig behandlingsplan og behandlingsallianse for endring, mestring og reduksjon av selvmordsfare (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Deltakerne mente at mer omsorg ville ha forbedret BET. Omsorgens samtlige kjerne er menneskets iboende verdi og oppmerksomheten og lydhørheten overfor menneskelige behov. Omsorgsbegrepet omfatter både det å bry seg om, men også det å ta vare på og utføre omsorgshandlinger personen selv ikke er

i stand til på grunn av hjelpeløshet eller sårbarhet, skrøpelig, smerte eller lidelse. Deltakerne ønsket omsorg forstått som en mellommenneskelig holdning eller relasjonell kompetanse som bekrefter menneskets iboende verdi, samt ivaretar menneskelige behov (Martinsen, 2011b).

Omsorg kan variere mellom aktive handlinger og mer passiv oppmerksomhet, men omfatter empati, sympati, vennlighet, lytting, støtte og å være der (Cluff & Binstock, 2001). Medmenneskelighet, empatisk oppmerksomhet og medfølelse, ømhet og støtte, kan være essensielt i behandling der individets utvikling og vekst står sentralt (Gilbert, 2020). Genuine, empatiske terapeuter fremmer allianse (Nienhuis et al., 2018), noe som kan øke sjansen for at pasienten skal ta vedvarende eierskap for egen situasjon, helse og tilfriskning. Motsvarende kan omsorgshandlinger i noen sammenhenger bidra til at helsepersonell tar mer ansvar enn situasjonen tilsier. Dette kan avhjelpes med autonomifremmende tilnærminger slik blant annet BET-modellen legger til grunn. Deltakerne i denne studien mente at mer omsorgsorienterte, støttende terapeuter kunne ha bidratt til utvikling av tillit og trygghet, som de opplevde var grunnleggende for å komme i gang med terapeutiske prosesser.

Implikasjoner

Pasientenes erfaringer er assosiert med kvalitet og sikkerhet i behandling, og slike erfaringer bør vektlegges (Doyle et al., 2013). Mer nyansert informasjon bør være tilgjengelig for aktuelle pasienter før BET blir valgt. Det bør i større grad og jevnlig vurderes om BET er egnet for den enkelte pasient gjennom hele forløpet. Funnene i studien underbygger viktigheten av relasjonsarbeid i psykisk helsevern. Det er avgjørende å skape stabile og trygge relasjoner som gjør det mulig å arbeide med utfordringer. Ekthet, varme og omsorg i relasjoner blir pekt på som mulige områder å utvikle, sammen med forutsigbarhet, tid og gradvis overføring av ansvar. Behandling bør tilpasses i samarbeid med pasientene, der en utforskende tilnærming til problemene inngår. Systematisk feedback underveis i behandling kan bedre pasienters mulighet for å gi ærlige tilbakemeldinger. Utfordringer med rotasjon av terapeuter bør vurderes opp mot mulige fordeler. Fremtidige endringer i behandlingstilbudet bør beskrives og gjøres tilgjengelig for tidligere pasienter som har opplevd at BET ikke var bra for dem, for å bidra til deres helende prosess (Vincent, 1995).

Styrker og svakheter

Denne studien har løftet frem betydningen av jeggstemmen og opplevelsesaspektet i evalueringsfors-

kning. Pasienterfaringer bør systematisk utforskes for å øke pasientsikkerheten i psykisk helsevern. Denne studien av erfaringer hos tidligere pasienter som hadde negative erfaringer, gir kunnskap for videreutvikling av behandling.

Forskerne er ansatt i FoU-avdelingen, i den samme klinikken som BET-seksjonen tilhører. Vi kjente organisasjonen, hadde lokal kunnskap og tillit fra behandlere og ledelse om å kunne bringe erfaringer fra studien inn i kvalitetsforbedring. Forskerne jobber ikke klinisk i BET-seksjonen og er ikke skolert i modellens teoretiske grunnlag. Dermed kan vi i noen grad se fenomenene med distanse og andre forståelsesrammer. Vår tilhørighet i VV kan likevel svekke studien sett i lys av den redsel deltakerne hadde for at behandlere ved seksjonen skulle få vite hvem de var og hva de sa. Deltakerne lurte på forskningsgruppens uavhengighet og ga uttrykk for en skepsis til at vi sto for nær ansatte ved BET-seksjonen. Det har vi prøvd å motvirke ved transparente prosesser, med åpenhet om forskningsrådgivernes og forskernes ståsted og erfaringsgrunnlag.

Forskningsgruppen og studiens kvalitet og relevans ble styrket av to forskningsrådgivere med egenerfaring fra BET-seksjonen, en med hovedsakelig gode erfaringer og en som opplevde at BET ikke var bra. Deres erfaringskompetanse har hatt betydning i alle ledd av forskningsprosessen, spesielt i forberedelser til studien, analyse og språklig utforming av informasjonsskriv og av artikkelen.

Ni deltakere ble med til tross for redsel for kontakt med VV. Intervjuene ga konkrete og rike beskrivelser. Alle deltakerne var kvinner, i tråd med at det i hovedsak er kvinner som behandles i BET (Heggdal, 2014). Vi har ikke samlet kunnskap om hvor lenge deltakerne hadde vært innlagt ved seksjonen, heller ikke hvilke behandlingsfaser de hadde vært gjennom.

Erfaringene vi har utforsket, stammer fra opphold ved BET-seksjonen de siste ti årene. Seksjonen har vært i kontinuerlig utvikling og endring, slik at grunnlaget for fenomenene vi har identifisert, kan være endret. Blant annet er informasjonen som gis pasientene forut for behandlingen, nå endret. Behandlingsforløpet er også justert, slik at pasientene nå starter med en måned ved BET, før de skrives ut og selv må velge seg aktivt inn igjen for ytterligere tre måneder hvis de ønsker det.

For den som eier opplevelsen, er den en sannhet som verken kan bekreftes eller avkreftes av andre. Vi samlet lignende og nyanserte erfaringer fra deltakerne under fire tema. Vi som klinikere, helsepersonell og forskere bør stille oss positivt undrende til innholdet og reflektere over temaenes betydning i vår egen livs-

verden og egen praksis, samt hvilken overføringsverdi temaene kan ha for andre behandlingstilnæringer.

Konklusjon

Deltakernes erfaringer viser at målet med behandling ikke alltid samsvarer med opplevd virkning. Opplevelsene av BET stemte ikke med inntrykket deltakerne hadde på forhånd. Snarere opplevde deltakerne et forventningskrasj i møte med BET, fra en kiste med gull til en knust drøm. De opplevde seg ikke sett, hørt eller forstått og at BET var preget av utrygge relasjoner, instrumentell og mekanisk samhandling, og manglende menneskevarme. Samspillet mellom deltakerne og terapeutene fungerte ikke, og ansvaret ble for ekstremt. Deltakerne opplevde at det gikk fra vondt til verre, med mer skam, selvhat og alenehet. De fikk det verre etter behandlingen og ble redde for å oppsøke helsetjenester.

En sterk modelltroskap i forvaltningen av BET ser ut til å skygge for utvikling av en terapeutisk relasjon og arbeidsallianse. Når deltakere opplever utrygghet, mer skam, selvhat og forverring etter å ha deltatt i denne nye behandlingsmodellen, er det viktig at disse erfaringene integreres i videre utvikling av tilbudet.

Denne studien er et eksempel på hvordan et kritisk blikk på praksis med pasientstemmen og opplevelseselementer som viktige kilder skaper ny kunnskap om kvalitet og sikkerhet. Alle områder av psykisk helsevern bør kontinuerlig være gjenstand for kritiske blikk på en slik måte at faktiske pasienterfaringer kommer frem. ✘

Referanser

- Berg, S. H., Rørtveit, K. & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 17(73), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2023-8>
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., s. 227–306). Wiley.
- Boisvert, C. M. & Faust, D. (2002). Iatrogenic Symptoms in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 244–259. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.2.244>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cluff, L. E. & Binstock, R. H. (2001). Introduction. I L. E. Cluff & R. H. Binstock (red.), *The Lost Art of Caring: A Challenge to Health Professionals, Families, Communities, and Society*. The Johns Hopkins University Press.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J. & Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>
- Dimidjian, S. & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0017299>
- Doyle, C., Lennox, L. & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), 1–18. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A. & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice [journal article]. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Flor, J. A. & Kennair, L. E. O. (2019). *Skadelige samtaler: myten om bivirkningsfri terapi*. Tiden Norsk Forlag.
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy [Review]. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–31. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- Hammer, J., Fosse, R., Lyngstad, Å., Møller, P. & Heggdal, D. (2016). Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 7(53), 518–529.
- Hammer, J., Heggdal, D., Lillelien, A., Lilleby, P. & Fosse, R. (2018). Medisinfri etter basal eksponeringsterapi [Originalartikkel]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6, 1–12. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0811>
- Hammer, J., Heggdal, D. & Ludvigsen, K. (2020). *Inn i katasstrofelandskapet: erfaringer fra Basal eksponeringsterapi*. Abstrakt forlag.
- Hammer, J., Ludvigsen, K., Heggdal, D. & Fosse, R. (2017). Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelse grunnet villet egenskade etter Basal eksponeringsterapi. *Suicidologi*, 22(1), 20–27. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.4682>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hardy, G. E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., O'hara, R. & Parry, G. D. (2019). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29(3), 403–414. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393575>
- Heggdal, D., & Lillelien, A. (2022, 13.11.2022). *Læringsportalen for helsepersonell om Komplementær Ytre Regulering – KYR*. Seksjon Helsekompetanse ved Universitetssykehuset Nord-Norge. <https://kyr.helsekompetanse.no/innhold/teoretisk-forankring/eksistensialisme/>
- Heggdal, D. (2010). *Basal Eksponeringsterapi – Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon*. Vestre Viken HF.
- Heggdal, D. (2012). *Basal Eksponeringsterapi (BET): Grunnleggende prinsipper og retningslinjer*. Vestre Viken HF.
- Heggdal, D. (2014). *Basal Eksponeringsterapi (BET) – manual for feedbackbasert kollegaveildning*. Vestre Viken HF.

- Heggdal, D. (2022). *Basal eksponeringsterapi: bærekraft i psykisk helsevern* (1. utg.). Gyldendal.
- Heggdal, D., Fosse, R. & Hammer, J. (2016). Basal Exposure Therapy: A New Approach for Treatment-Resistant Patients with Severe and Composite Mental Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 7(198), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00198>
- Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T. H., Malin, I. & Fosse, R. (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 119–128. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-03>
- Heinonen, E. & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Lillelien, A., Strand, J., Vik, I. H., Haugen, T. W. & Hammer, J. (2021). Basal eksponeringsterapi hjelper pasienter med alvorlige psykiske lidelser. *Sykepleien*, 109(86782), e-86782. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.86782>
- Malterud, K. & Thesen, J. (2008). When the helper humiliates the patient: A qualitative study about unintended intimations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1), 92–98. <https://doi.org/10.1177/140349480708535>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.3.438>
- Martinsen, E. H. (2011a). Care for Nurses Only? Medicine and the Perceiving Eye. *Health Care Analysis*, 19(1), 15–27. <https://doi.org/10.1007/s10728-010-0161-9>
- Martinsen, E. H. (2011b). Harm in the absence of care: Towards a medical ethics that cares. *Nursing Ethics*, 18(2), 174–183. <https://doi.org/10.1177/0969733010392304>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S. & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *APA PsycNet*, 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: innføring i sykepleieetikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2014). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=brukerrettighet>
- Pedersen, R. & Nortvedt, P. (2017). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal Akademisk.
- Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M. & Rush, A. J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(3), 219–229. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. IS-1511, 1–54.
- Stormbo, D., Hammer, J., Borgejordet, S. & Heggdal, D. (2014). Basal eksponeringsterapi – i møte med «lært hjelpeløshet» og «splitting». *Psykisk helse og rus*, 25, 12–17.
- Sweeney, A., Fahmy, S., Nolan, F., Morant, N., Fox, Z., Lloyd-Evans, B., Osborn, D., Burgess, E., Gilbert, H., McCabe, R., Slade, M., Johnson, S. & McInnis, M. G. (2014). The Relationship between Therapeutic Alliance and Service User Satisfaction in Mental Health Inpatient Wards and Crisis House Alternatives: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 9(7), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100153>
- Tilden, T. (2013). Det nødvendige samvirket mellom spesifikke og generelle faktorer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(10), 1006–1010. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2013/10/det-nodvendige-samvirket-mellom-spesifikke-og-generelle-faktorer>
- Van Minnen, A., Hendriks, L., Kleine, R. D., Hendriks, G.-J., Verhagen, M. & De Jongh, A. (2018). Therapist rotation: a novel approach for implementation of trauma-focused treatment in post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492836>
- Vetlesen, A. J. (2021). Autonomi og omsorg. *Sykepleien*, 05, 14–18.
- Vincent, C. (1995). Caring for patients harmed by treatment. *Quality in health care*, 4(2), 144–150. <https://doi.org/10.1136/qshc.4.2.144>
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches* (ISBN 978-92-4-002570-7). Geneva, Switzerland.

Menneskesyn i psykoterapi

Refleksjon over behandlingsmetodenes implisitte og verdiforankrede menneskesyn kan motvirke «psykoteknologien» i faget vårt.

TEKST Ole Magnus Vik¹ og Erik Stänicke²

¹Privatpsykologene, Oslo

²Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT

ole@privatpsyk.no

Psykologer har en ambisjon om at vår kliniske psykoterapeutiske praksis skal være evidensbasert. Likevel vil vi hevde at psykoterapi bare delvis er vitenskapelig forankret. Psykoterapeutiske perspektiv utgjør også beskrivelser av det menneskelige som går utover det som er studert eller dokumentert. Med andre ord reflekterer behandlingsmetodene påstander og innsikter om mennesket som overskrider det vi har vitenskapelig dekning for.

Ulike menneskesyn i klinisk praksis blir spesielt tydelig når vi sammenlikner psykoterapimetoder. For eksempel vil de emosjonsfokuserede tradisjonene fremheve *emosjoner* som de viktigste retningsangiverne i livet (Greenberg, 2021). Vi kan si at emosjonsfokuseret terapi betegnes av et mer *sentimentalistisk* snarere enn et *rasjonalistisk* menneskesyn. Begge menneskesynene er gyldige, så lenge man erkjenner at en slik vektlegging vanskelig kan belegges empirisk. Vi tror mange psykologer velger terapeutisk retning fordi retningens iboende visjon av det menneskelige på en eller annen måte resonnerer med dem selv. Om vi ikke i utgangspunktet velger tradisjonene som appellerer mest til våre egne (intuitive) verdier og menneskesyn, så kan vi *appropriere* de ver-

diane og menneskesynene som allerede er til stede i metoden.

Førsteforfatter har forsøkt å belyse før-vitenskapelige antakelser som er implisitte i faget vårt, i tidligere essayer om etos, evidens og etikk (Vik, 2022a, 2022b, 2022c). Andreforfatter har arbeidet filosofisk med grunnlagsproblemer i psykoanalysen spesifikt (Stänicke & Lindstad, 2020; Stänicke & Lindstad, 2021; Stänicke & Vetlesen, 2002; Stänicke, Zachrisson & Vetlesen, 2020; Vetlesen & Stänicke, 1999). I dette essayet ønsker vi å utforske de implisitte menneskesynene i behandlingsmetodene som brukes i offentlig psykisk helsevern. Vi vil argumentere for at disse menneskesynene er mer verdi- enn empiriforankret. Vi mener at psykologer er tjent med å gjenkjenne og erkjenne at synene er medbestemmende for våre kliniske valg og perspektiver.

Vår hypotese er at en *ukritisk* tilegnelse av en metodes menneskesyn kan lede til en følelse av fremmedgjorthet og muligens tilstivnet utøvelse av terapeutrollen. I tillegg henvises det utførlig til evidensbaserte metoder av politikere, nå senest av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol, som ønsker behandlinger som virker når en omorganisering av offentlig psykisk helsevesen skal drøftes, eller av journalister som Andreas Wahl i NRK-programmet *Fol-*

keopplysningen (Haavie, 2022). Også psykologer og forskere refererer til evidens for en behandlingsmetode når noe står på spill. Likevel vet vi at psykoterapi tilbyr pasienter noe langt utover effekt på et symptomsmål. Vi kjenner også til de metodiske problemene med å gå fra aggregerte gruppedata til den enkelte pasient som vi møter til en time. Utover disse kjente diskusjonene om psykoterapi har vi i tillegg spørsmål om psykoterapimetoder har ulike oppfatninger om psykopatologi, hva et godt liv er, og hvem pasienten er som menneske, samt tilhørende forestillinger om hva som skal til for å hjelpe. Vi mener at slike grunnlagsproblemer ikke blir tilstrekkelig diskutert og belyst. Etter vår mening svikter vi da som forvaltere av *det menneskelige* overfor samfunnet og pasienter.

MENNESKESYNETS RELEVANS I PSYKOTERAPI

Psykologer er i vår tid en sentral forvalter av hvordan mennesker kan forstås, noe som er en delvis tilsiktet konsekvens av målrettet fagforeningsarbeid over flere tiår. Dette arbeidet har blant annet hatt som mål å øke psykologens makt og status i samfunnet. Makt gir ansvar. Men det er også andre grunner til at vi bør være opptatt av menneskesynene i psykoterapitradisjonene.

Praksiskritikk

Alle tradisjoner har sine foretrukne modeller, klassifiseringer og praksiser som ikke alltid kan forenes. Dette er ikke et problem, og kan til og med være en styrke i faget vårt. Men risikoen er at vi kan bli så låst i en metodes forforståelser at vi ikke ser skogen for bare trær. Når vi ikke ser utenfor det som allerede er tenkt, kan vi risikere å misforstå pasientene. Vi kan miste nysgjerrigheten for det særegne ved enkeltmennesket og bli mer opptatt av å få pasienten til å passe inn i våre teorier og kategorier. Helge Rønnestad har beskrevet dette som en *prematuro lukking* i møte med klinisk kompleksitet (Rønnestad & Skovholt, 2013). Med filosofen Theodor Adorno (1973) kan vi parafrasere en slik fortegnings av pasienten i tråd med en teori, som en form for *identitetstenkning* som ikke ser noe utenfor det vi allerede kjenner og kan.

Å utforske hvordan de iboende menneskesyn i ens tradisjon både kan divergere og samsvare med ens egne og andre tradisjoner, vil gjøre det lettere å motstå fristelsen til å «kjøpe hele pakken» ukritisk. Da reduseres også risikoen for *omnipotens* og terapeutisk *hybris* (Nissen-Lie & Stänicke, 2022). Hvis man mot formodning skulle oppdage at man likevel er fullstendig enig med menneskesynet i sin foretrukne terapitradisjon – noe som krever en del kreativ hjernegymnastikk siden de fleste menneskesyn, som mennesket selv, har kontradiksjoner og paradokser i seg – bør vi nok stoppe opp og tenke oss om.

Kilde til inspirasjon

Kanskje kan en for ukritisk aksept av «hele pakken» øke risikoen for utbrenthet og mistriivsel. Å bare «kopiere» andres terapeutiske prosjekt har i enkelte studier vist seg å korrelere negativt med god psykoterapi (Oddli & Kjøs, 2009). Det er ikke usannsynlig at opplevelsen av *eierskap*, så vel som muligheten for *påvirkning* (autonomi), også henger sammen med jobbtillfredshet og potensielt sykefravær. Å bare kopiere andres behandlingsmodell kan henstille oss til en trygg og behagelig, men desto mer intellektuell doven og i det lange løp utilfredsstillende tilstand av profesjonell stagnasjon. Eller til resesjon.



Psykologer er i vår tid en sentral forvalter av hvordan mennesker kan forstås





Det er uredelig å anbefale en behandlingsform fremfor en annen uten å si noe om normativitet, verdiene og menneskesynene som er implisitte i metoden

For mange er likevel den kraftfulle følelsen av mening og entusiasme i kjølvannet av å ha «sett lyset» med en metode en kilde til jobben-entusiasme. I alle fall på kort sikt. Men vi har vansker for å tro at et terapeutisk prosjekt som psykologen bare har *kopiert* og ikke også *skapt*, vil være bærekraftig i lengden. Det er som tomme kalorier: velsmakende og tilfredsstillende, men man blir fortore sulten igjen. I lengden er det ensidige kostholdet også lite helsefremmende. Å kjenne til de underliggende menneskesynene i tradisjonene våre gjør oss ikke bare mer faglig fleksible. Det kan også gjøre oss mer robuste.

Epistemisk ydmykhet

Å utforske iboende menneskesyn kan også motvirke den «psykoteknologiske» tendensen i faget vårt, som blant annet kommer til uttrykk i *Folkeopplysningen* sin episode om psykoterapi. I den mye omtalte episoden *Psyk* ble begreper og konsepter som *frisk*, *evidens*, *virksomhet* og *nytte* anvendt uten den helt nødvendige verdimesige og filosofiske *kontekstualiseringen* som psykoterapiens egenart krever (Vik, 2022c). Vi er kjent med at enkelte psykologer har sans for å tenke på psykoterapi som et ledd i en psykoteknologi (Kennair & Hagen, 2014), og med det som et ledd i en «social engineering». Vi tenker at dette utgjør en visjon om det menneskelige som ikke kan «bevise» empirisk. Vi kan strekke oss mot vitenskapelig evidensbasert behandling, men hvis vi følger premissene for enhver spesifikk intervensjon langt nok bakover i utledningsrekken, kommer en til slutt til ikke-falsifiserbare metafysiske antakelser om hva det vil si å være menneske. Å ha med seg den innsikten legger til rette for en klinisk ydmykhet som kan motvirke uheldige konsekvenser av den dominerende medisinsk-tekniske tilnærmingen til psykoterapeutisk arbeid.

Psykoterapikrigen

I flere tiår har *psykoterapikrigen* («psychotherapy wars») forsøkt å kåre den ene rette terapimetoden «to rule them all» («and in the darkness bind them»). Fordi metodens effekt på utfall er omdiskutert, har mange søkt å tone ned betydningen av metodekonkurransen. Men en skal heller ikke undervurdere metodens sentrale rolle i terapeutens *profesjonelle identitet*. At metoden har betydning for terapeuten, gir mening til oppfatningen om at metoden kan ha en større *indirekte* effekt på utfall enn det de mer rigide forskningsdesignene klarer å fange opp.

Vi mener at problemet med psykoterapikrigen ikke er at den *fortsatt* utkjempes, *men* at den utelukkende utkjempes rundt spørsmålet om effekt. Når vi spør om hvilken metode som er *best*, kan vi ikke bare snakke om *effektivitet* (Berg, 2021). Det er uredelig å anbefale en behandlingsform fremfor en annen uten å si noe om normativitet, verdiene og menneskesynene som er implisitte i metoden (Tjeltveit, 1999). Vi mener derfor at psykoterapikrigen også må trekke inn metodenes *menneskesyn*. Å bare informere om effekt er dessuten problematisk i møte med pasienters rett til informert samtykke. Av beslektede grunner er det i tillegg uheldig at terapimetoder anbefales oppover i systemet til sykehusledelse og helsepolitikere kun med henvisning til effekt.

Normalpsykologiens menneskesyn

Alle vitenskaper har iboende menneskesyn. For eksempel vil man i naturvitenskapelige fag, som biologi, se på det menneskelige som en organisme som først og fremst søker *homeostase* og *reproduksjon*. I humanoriafag,

som for eksempel kunsthistorie, vil man kanskje i større grad vektlegge det menneskelige som noe som først og fremst søker *symbolsk* kommunikasjon. Kliniske psykologer har brukt mange år på å studere det vitenskapelige faget *psykologi*. Man må derfor anta at vårt profesjonelle «default» menneskesyn i stor grad også er fundert på den akademiske psykologiens menneskesyn. Men det normalpsykologiske menneskesynet kommer til kort.

Psykologivitenskapen er først og fremst opptatt av å generere kunnskap om generelle trender i grupper av mennesker (Smedslund, 2021). Med andre ord er psykologien med visse unntak mest opptatt av hva som er *typisk* menneskelig. Det følger logisk fra dette at den kliniske anvendbarheten av psykologikunnskap ikke strekker seg så langt utover *normalisering* og *psykoedukasjon*. God psykoterapi krever imidlertid flere verktøy i verktøykassen.

Det psykologivitenskapelige menneskesynet er en visjon av det menneskelige på *autopilot*, redusert til minste felles multiplum. Det *unike*, det *statistisk avvikende*, det *heroiske*, det *frie*, det *grusomme* og det *enestående* med mennesket kommer dermed ikke like godt frem. Psykologifaget er derfor i realiteten en *das Man*-psykologi, for å parafrasere Heidegger (1927), som bokstavelig talt gir et *fremmedgjørende* bilde av det menneskelige. Selvfølgelig har mennesket sterke tendenser til å handle på distinkte måter, men det er like sant å se det menneskelige som noe som *velger* å handle *imot* egen autopilot. Dette fanges i mindre grad opp av psykologivitenskapen. Å gå inn i terapirommet eller ut i debattsidene i avisene, eller å delta på infotainment-programmer på NRK, kun med *das Man*-psykologiens menneskesyn i hende er utilstrekkelig.

TIDLIGERE BIDRAG

Både psykoanalysen og den eksistensielle psykoterapien har lange tradisjoner for å utforske sine iboende menneskesyn. Selv om Sigmund Freud (1933) var skeptisk til ideen om at psykoanalysen utgjør en *Weltanschauung* (verdensanskuelse), så inneholder hans verk utallige perspektiver på hva mennesket søker i livet, hva som gjør det lidende, hva som er normalitet, og hva som kan avhjelpe mennesket. Hans venn Ludwig Binswanger (1963) var tidlig inspirert av Martin Heideggers eksistensanalyser og utviklet en *Daseinanalyse* som også formulerte eksplisitte antakelser om menneskets prosjekt. Denne vekt-

leggingen utvikles videre i den eksistensielle psykoterapitradisjonen, og flere av dagens sentrale tenkere fortsetter å løfte frem og diskutere de iboende antakelsene om det menneskelige (se f.eks. van Duerzen, 2002). I 1970 tar psykoanalytiker Roy Schafer mål av seg å formulere psykoanalysens *visions of reality*. Disse visjonene innehar antakelser om pasienten som menneske, dens psykopatologi og hva en kur innebærer (se også Nissen-Lie & Stänicke, 2022). Disse visjonene var inspirert av litterær sjangerteori. Han formulerte dem som det komiske, romantiske, tragiske og ironiske menneskesynet. Poenget hans var at en god psykoanalytiker ville inneha en fleksibilitet til å se vedkommende fra flere synsvinkler, til tross for en slagside i synet på pasienten og behandlingen, som i psykoanalysen er det tragiske menneskesyn. Senere har Carlo Strenger (1989) og Stanley Messer (2000) arbeidet videre med menneskesyn innen psykoanalyse.

Andre tradisjoner har også diskutert sine menneskesyn. Donald Robertson (2010) antyder blant annet det «stoiske menneskesynet» som ligger til grunn i den kognitive atferdsterapien. Her hjemme har Henrik Berg (2017) også berørt tematikken ved å belyse forskjellene i de iboende verdiene og forståelsene av psykisk lidelse i forskjellige terapitradisjoner.

ET GRUNNRIS AV MENNESKESYN

Inspirert av arbeidene som er gjort før, ønsker vi å skissere noen generelle tendenser og variasjoner i synet på mennesket i de forskjellige psykoterapitradisjonene. Vi tror de fleste former for psykoterapi kan plasseres langs et sett med *menneskesyn-dimensjoner*. Da det ikke er plass til å gå gjennom alle terapiformene i ett fagessay, nøyer vi oss med å plassere inn «de tre store» tradisjonene på psykoterapitreet: psykodynamiske terapier, humanistisk-eksistensielle terapier og kognitive atferdsterapier (CBT). Vi håper imidlertid at de fleste vil kunne gjenkjenne sin egen tradisjon i dimensjonene vi trekker frem. Vi har også forsøkt å plassere inn noen av de mest klinisk relevante akademiske *teoritradisjonene* i psykologien, fordi vi tror de også spiller en rolle i psykologers menneskesyn. Teoriene vi har valgt ut, er trekk-personlighetspsykologi og evolusjonspsykologi.

Indre- versus ytrestyrt

Dette er en dimensjon som antyder graden av *indre* versus *ytre* motivasjon. Er vi mest dre- »

vet av intrapsyriske prosesser som vilje, følelser eller drift, eller er vi drevet av mer ytrestyrte prosesser som forsterkning og språklige diskurser?

Nær polariteten indrestyrt ligger de mer ren dyrkede *kognitive* terapiene som ser mennesket som drevet av og handlende ut fra tanker, automatiske antakelser og kognitive skjemaer. De humanistisk-eksistensielle og psykodynamiske tradisjonene befinner seg også nærmere denne polariteten, med sin vektlegging av henholdsvis subjektive iscenesettelser og ubevisste drifter og intrapsyriske konflikter. Evolusjonspsykologiens fokus på genetisk overlevelsedrift havner også nærmere den indrestyrte polen.

Mot det ytrestyrte ligger de mer behavioristiske delene av CBT-tradisjonen, som synes å vektlegge at mennesket oftere *påvirkes* utenfra, gjennom konseptene betingning og kulturelle maktstrukturer.

Reduksjonistisk-holistisk

Dette er en dimensjon som handler om hvorvidt man ser det menneskelige som reduserbart til mer grunnleggende og mindre komplekse bestanddeler, eller om en antar at helheten er mer enn summen av delene.

Blant de mer reduksjonistiske synene i psykoterapi finner vi både de kognitive og de mer psykoanalytiske variantene av de dynamiske terapitradisjonene. Både psykoanalytikere og kognitive terapeuter vil tenke at en persons *manifeste* atferd kan brytes ned til mindre komplekse bestanddeler som kognitive script, tankefeil, bias, egostruktur og objektreasjoner. Evolusjonspsykologien inkluderer en lignende reduksjonistisk tankegang. Også trekk-personlighetspsykologien forstår vi som reduksjonistisk, fordi menneskelig atferd i stor grad reduseres til funksjoner av underliggende personlighetstrekk.

Menneskesynene i den eksistensielle delen av den humanistisk-eksistensielle tradisjonen og de interpersonlige psykodynamiske teoriene kan sies å være nærmere den holistiske enn den reduksjonistiske polen. Mer humanistisk terapi synes å operere ut fra en aristotelisk ide om mennesket som nedbrytbart til noe som er *teleologisk voksende* mot «selvrealisering» og heller derfor mot det reduksjonistiske. I den eksistensielle tradisjonen forstås mennesket først og fremst som en *tomhet* eller *intethet* som konstruerer et uendelig antall evig skiftende

fortellinger om et selv i en verden. De interpersonlige psykodynamiske tradisjonene har inkorporert mye av dette tankegodset.

Essensialistisk-konstruktivistisk

Polaritetene i denne dimensjonen antyder hvorvidt man forstår mennesket som å ha en *essens*, altså en slags stabil og mer «ekte» kjerne, eller om mennesket er noe mer skiftende, bevegelig og skapt.

Både kognitiv terapi, evolusjonspsykologi og trekkpsykologi har åpenbare essensialistiske antakelser (tanke skript, gener, personlighet). De humanistiske terapiene må også sies å ligge nærmere den essensialistiske polen siden de såpass tydelig vektlegger realiseringen av et mer «ekte» selv.

Psykodynamisk teori er vanskeligere å klassifisere på dimensjonen. Teoriene har historisk sett tydelige essensialistiske trekk. Samtidig har den psykodynamiske tradisjonen de siste tiårene utviklet en mer utvidende forståelse av mennesket som noe som til stadighet transformeres og refortolkes. Derfor er interpersonlig psykodynamisk teori nærmere et konstruktivistisk menneskesyn, mens det psykoanalytiske er nærmere det essensialistiske. Også de eksistensielle psykoterapiene er mer konstruktivistiske, siden den antar at det menneskelige i stor grad er konstruert og iscenesatt, enten av bevisstheten eller samfunnet, og dermed i liten grad kan sies å ha noen egentlig kjerne.

Helhet-fragmenterthet

I hvor stor grad kan mennesket oppnå en tilstand av helhet, balanse og indre harmoni? Menneskesyn som vektlegger *helhet*, vil anta at mulighetene for dette er store. Mens menneskesyn som vektlegger det *fragmenterte*, vil forstå mennesket som i større grad å være – og forbli – i ubalanse, forandring, konflikt og tilblivelse. Sånn sett overlapper denne dimensjonen med essensialistisk-konstruktivistisk dimensjonen.

De kognitive og humanistiske terapiene fremstår som ganske helhetsorienterte, og antyder at pasienter i psykoterapi kan komme veldig nær å «kvitte seg med» eller i alle fall nøytralisere disharmoni og indre konflikt. De helhetsorienterte menneskesynene løfter derfor frem en grunnleggende modernistisk visjon om muligheten for individuell «frelse i denne verden».

Menneskesynet i de dynamiske og eksistensielle psykoterapitradisjonene løfter i større grad frem en visjon av mennesket som noe som selv under optimale omstendigheter vil være «utenfor frelse» og «dømt» til å leve relativt uharmonisk og konfliktfylt. Det samme gjelder i aller høyeste grad også for evolusjonspsykologien. Alle antar at tilværelsens grunnvilkår i liten grad er forenelig med stabil og varig «lykke».

Prososial-selvisk

Noen menneskesyn ser mennesket som mer godt og prososialt eller som mer egoistisk. Andre menneskesyn vektlegger den iboende *dualiteten* som gjør mennesket i stand til å handle både godt og selvisk. Konseptuelt overlapper derfor denne dimensjonen også med essensialisme-konstruktivisme-dimensjonen, men overlappet avgrenser seg til synet på godhet.

Når det gjelder den humanistiske psykoterapien, er den i aller høyeste grad en tradisjon som anser mennesket for å være grunnleggende prososialt og godt. De kognitive terapiene hører også hjemme her på grunn av den sterke vektleggingen av stoisk rasjonell godhet, som langt på vei antyder at mennesket vil kunne leve sammen i harmoni så lenge det oppnår tilstrekkelig rasjonalitet. Derimot ser evolusjonspsykologi mennesket som mer selvisk. Tradisjonen fremhever et synspunkt om at individer og grupper alltid vil være i konflikt om makt, ressurser og overlevelse med andre grupper og individer. Med dette utgangspunktet er prososial atferd bare mulig så lenge det gagnar en selv eller gruppen.

De dynamiske og eksistensielle psykoterapiene kjennetegnes først og fremst av en dualistisk forståelse, hvor mennesket blir sett som både prososialt og egoistisk og destruktivt. De mer atferdspsykologiske tradisjonene i CBT passer også inn her, da de vektlegger at mennesket kan formes gjennom betinging til å være både prososialt og destruktivt. Det samme gjør trekkpsykologi siden graden av prososialitet eller egoisme i hovedsak avhenger av personlighetsprofilen til enkeltindividet.

Rasjonalistisk-irrasjonalistisk

Denne dimensjonen indikerer i hvilken grad rasjonalitet er vektlagt i synet på mennesket. Mange forstår mennesket som i hovedsak drevet av bevisst fornuft, mens andre vektlegger også hvordan irrasjonelle og ubevisste krefter og motiver kan være styrende.

Langs denne dimensjonen ligger kognitive og humanistisk-eksistensielle terapier lenger mot rasjonalitetspolen. Disse tradisjonene opererer med ganske sterke antakelser om mennesket som endringsskapende gjennom selvforståelse. Nærmere irrasjonalitetspolen plasseres dynamiske psykoterapier og atferdsterapi. Å se aktørens beveggrunner som en funksjon av trekk eller genetisk programmering impliserer lite av bevisst og rasjonell handling. Derfor plasseres de to psykologi-teoriene også nærmere irrasjonalitetspolen enn rasjonalitetspolen.

Transcendental-faktisitet

Denne dimensjonen antyder i hvor stor grad mennesket har kapasitet til å «tre ut av» de faste rammene for livet (*transcendens*), eller om mennesket forstås som prisgitt omstendigheter og dermed som mer begrenset (*faktisitet*).

Flere tradisjoner har en klar transcendental vektlegging. Både de kognitive og de humanistisk-eksistensielle terapitradisjonene understreker



Både psykoanalytikere og kognitive terapeuter vil tenke at en persons *manifeste* atferd kan brytes ned til mindre komplekse bestanddeler





Vi spekulerer i om menneskesyn som vektlegger menneskelig kompleksitet har større relevans i terapirommet

mulighetene enkeltmennesket har til å «skape sin egen skjebne», mer eller mindre uavhengig av livsbetingelser.

Psykodynamiske, trekkpsykologiske og evolusjonspsykologiske menneskesyn har en klarere vektlegging av *faktisitetene* vi står overfor som enkeltindivider, enten det er ubevisste fastlagte objektrelasjoner og gjentakelsestvang, genetisk programmering eller personlighet.

AVSLUTNING

I tråd med prinsipperklæringen vil bruk av en evidensbasert metode innebære å ta hensyn til pasientens preferanser og kulturelle bakgrunn, og terapeutens ekspertise. Psykologen må derfor vurdere pasienten, få en kontakt som leder til allianse for å samarbeide, innhente informert samtykke, spille på lag med egne sterke og svake sider – for å nevne bare noen aspekter i et klinisk arbeid. Poenget er at vi aldri er i en posisjon der vi *bare* kan ta i bruk en evidensbasert metode, slik kanskje helse- og omsorgsministeren ønsker. Vi må også fremvise en høy grad av *refleksivitet*, som kvalitative forskere kaller det. Vi mener at refleksjon leder oss til å innse at selve behandlingsmetoden har implisitte forestillinger og verdiforankrede påstander om pasienten som menneske. Vi ser heller ikke hvordan empiriske studier, som demonstrerer at noe virker, kan gjøre de implisitte verdiene i en metode irrelevante. Selv om noe virker, betyr det ikke at det er et etisk gode. Derfor bør alle psykologer, etter vår oppfatning, saumfare egne terapeutiske og teoretiske menneskesyn. Ikke nødvendigvis for å kritisere dem eller avvise dem, men for å kjenne dem. Vår samfunnsposisjon og vår behandlerrolle fordrer at vi vet mye om hva vi *faktisk gir videre* til pasienter, journalister, kolleger, studenter, «folkeopplysere» og helsebyråkrater.

En «grovklassifisering» av menneskesyn vil selvfølgelig ha unntak. Som Schafer (1970) argumenterer for, er det implisitte spenninger i menneskesynet innenfor hver enkelt tradisjon. Vår fremstilling er bare en av flere mulige inndelinger av menneskesyn i psykoterapiens hovedretninger, og vi mener ikke at forslaget til dimensjoner er presise eller uttømmende. De fleste tradisjoner har modeller som ser helt ulikt på de nevnte dimensjonene. Et kjent eksempel fra psykoanalysen er hvor forskjellig Melanie Klein og Heinz Kohut forstod aggresjon og destruktivitet, der førstnevnte forstår aggresjon som iboende i barnet, mens sistnevnte forstår det som en reaksjon på mangelfull speiling og omsorg (se Vetlesen & Stänicke, 1999).

Noen perspektiver på det menneskelige er kanskje viktigere enn andre i psykoterapi. Eller kanskje ikke. Kanskje bør vi av mangfoldighetshensyn tenke at alle menneskesyn er like relevante. I så fall må vi kanskje åpne for at genuint mangfold også må omfatte det vi ikke liker. Vi mener det er mulig å tenke seg at noen menneskesyn er mer hensiktsmessige enn andre. Ikke fordi noen er mer «riktige» eller «moralisk høyverdige», men fordi de er mer *kompatible* med praksisen psykoterapi. For eksempel tillater vi oss å spekulere i om menneskesyn som vektlegger menneskelig kompleksitet har større relevans i terapirommet enn de som søker å forenkle det menneskelige. Men vi er åpne for at dette kan forstås på andre måter.

Det viktigste er uansett at psykologer har et bevisst forhold til menneskesynet som ligger til grunn for vårt kliniske virke. Og enda viktigere: at vi anerkjenner at uansett hvilket menneskesyn vi velger, vil vi fremheve noe på bekostning av noe annet. Sannsynligvis er det ikke

mulig å operere med et menneskesyn som aldri stikker kjepper i hjulene for det kliniske arbeidet vårt. Forhåpentligvis vil dette forsøket på å utforske og klassifisere menneskesyn

i psykoterapi være begynnelsen på en bredere diskusjon om hvordan vi som profesjon forvalter og viderefører visjonene om det menneskelige. ✘

REFERANSER

- Adorno, T. W. (1973). *Negative dialectics*. Continuum.
- Berg, H. (2017). Fakta og verdier i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(5), 480–483.
- Berg, H. (2021). Psykologene trenger en ny prinsipperklæring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 132–133.
- Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers by Ludvig Binswanger*. Harper Touchbooks.
- Freud, S. (1933). *New Introductory lectures on psychoanalysis*. Standard Edition volume XXII. Hogarth Press.
- Greenberg, L. (2021). *Changing Emotion with Emotion: A practitioners guide*. American Psychological Association
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Max Niemeyer Verlag.
- Haavie, A. (2022, 28. september). Psyk (Sesong 2022, episode 16). *Folkeopplysningen*. NRK.
- Kennair, L. E. O. & Hagen, R. (2014). Innledning. I Kennair & Hagen (red.), *Psykoterapi: Tilnærming og metoder*. Gyldendal Akademisk.
- Messer, S. B. (2000). Applying the visions of reality to a case of brief therapy. *Journal of psychotherapy integration*, 10(1), 55–70. <https://doi.org/10.1023/A:1009470427889>
- Nissen-Lie H. & Stänicke, E. (2022). Den omnipotente terapeut og ISTDP-debatten: Hva lærte vi? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(11), 1013–1021.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2009). 7 løgner om psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(2), 168–173.
- Robertson, D. (2010). *The Philosophy of Cognitive-Behavioural Therapy (CBT)*. Karnac Books.
- Rønnestad, H. & Skovholt, T. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge.
- Schafer, R. (1970). The psychoanalytic vision of reality. (1970). *International Journal of Psychoanalysis*, 51:279-297
- Smedslund, J. (2021). From statistics to trust: Psychology in transition. *New Ideas in Psychology*, 61, 100848. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2020.100848>
- Strenger, C. (1989). The Classic and the Romantic Visions in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 70(4), 593–610.
- Stänicke, E. & Lindstad, T. (2020). The Pragmatic Status of Psychoanalytic Theory: A Plea for Thought Models. I T. Lindstad, E. Stänicke & J. Valsiner (Red.), *Respect for Thought: Jan Smedslund's Legacy for Psychology* (s. 377–400). Springer.
- Stänicke, E. & Lindstad, T. (2021). The catalytic powers of psychoanalytic thought models. I B. Wagoner, B. Christensen & C. Demuth (Red.), *Culture as Process*. Springer.
- Stänicke, E. & Vetlesen, A. J. (2002). Bruken av hermeneutikk i norsk psykoanalytisk debatt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39, 208–217.
- Stänicke, E., Zachrisson, A. & Vetlesen, A. J. (2020). The Epistemological Stance of Psychoanalysis: Revisiting the Kantian Legacy. *The Psychoanalytic Quarterly*, 89(2), 281–304. <https://doi.org/10.1080/00332828.2020.1717229>
- Tjeltveit, A. (1999). *Ethics and values in psychotherapy*. Routledge.
- Van Duerzen, E. (2002). *Existential Counseling & Psychotherapy in Practice*. Sage Publications.
- Vetlesen, A. J. & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Ad Notam Gyldendal.
- Vik, O. M. (2022a). Psykoterapiens etiske dimensjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(11), 1028–1034.
- Vik, O. M. (2022b). Psykoterapiens etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 656–663.
- Vik, O. M. (2022c). Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(8), 734–739.

Skeive flyktninger - en dobbel minoritet

Gjennom klinisk og systemrettet arbeid kan psykologer bidra til økt aksept for at det skal være lov til å elske den man vil.

TEKST Anette Hassel

Flyktninghelseteamet,
Trondheim kommune

KONTAKT anette.
hassel@trondheim.
kommune.no

SKEIVE FLYKTNINGER er en dobbel minoritet i Norge som har spesifikke psykiske, identitetsmessige og relasjonelle utfordringer. I juni 2022, da Oslo skulle feire Pride, ble den vanskelige situasjonen for mange skeive, og særlig for skeive med minoritetsbakgrunn, tydeliggjort. To personer ble skutt og drept, flere såret, og Pride-paraden måtte utsettes på grunn av fare for islamistisk terror. I etterkant av terroren har statsminister Jonas Gahr Støre og andre i regjeringen og på Stortinget modig åpnet for at vi må diskutere hvordan religiøse minoritetsmiljøer kan bidra til å skape større aksept for skeive. Det er like viktig at også psykologer i klinisk og systemrettet arbeid utvikler økt forståelse for skeives levekår i minoritetsmiljøer, særlig for å sikre likeverdige helsetjenester og psykisk helsetilbud av høy kvalitet.

De siste par årene har flyktningstjenestene og Flyktninghelseteamet (FHT) i Trondheim kommune, hvor jeg er ansatt som psykologspesialist, rettet spesiell oppmerksomhet mot livssituasjonen, rettighetene og tilbudene til LHBTIQ+-flyktninger i prosjektet *Tilhørighet i Trondheim*.

Her ønsker jeg å dele psykologfaglig kunnskap og erfaringer jeg har opparbeidet meg etter to års fordypning i feltet. Jeg vil løfte fram de spesifikke sårbarhetene til skeive flyktninger som dobbel minoritet, og fremheve hvordan sårbarhetene særlig aktualiseres i asylintervjuene hos utlendingsmyndighetene.

TILHØRIGHET I TRONDHEIM

Prosjektet *Tilhørighet i Trondheim* er støttet av midler fra Integrerings- og mangfoldsdirekto-

ratet (IMDI). Vi søkte midler fordi programrådgivere i flyktningstjenesten i kommunen formidlet at de skeive flyktningene som ble bosatt i Trondheim, ofte ville flytte til Oslo eller andre større byer kort tid etter bosetting. Ønskene om flytting kom av mistrivsel på grunn av mobbing fra andre flyktninger de møtte i norskundervisning, mangel på nettverk i det skeive miljøet, mangel på gode psykiske og sosiale tilbud, og svak forståelse av skeive flyktningers behov og utfordringer hos kommunalt ansatte.

Prosjektgruppen består av programrådgivere i introduksjonsprogrammet for nybosatte flyktninger, lærere for flyktninger som mottar norskundervisning, psykiatrisk sykepleier og undertegnede psykologspesialist ved Flyktninghelseteamet. Flere av våre flyktninger og asylsøkere har bidratt med råd, ønsker og behov og med beskrivelser av faktiske problemområder. Vi har hatt tett samarbeid med ressurspersoner hos Skeiv Verden, som er en nasjonal interesseorganisasjon for LHBTIQ+-personer med minoritetsbakgrunn.

I prosjektperioden har vi utviklet kompetansehevingdager, verktøy for hvordan



I undersøkelser beskriver LHBTIQ+-flyktninger frykt for at deres legning skal bli kjent for andre

ansatte i flyktningsjenestene kan tematisere legning både individuelt og i grupper på en måte som ikke risikerer å bidra til skamfølelse eller skyldfølelse, og verktøy for seksualundervisning som inkluderer fokus på skeiv kjærlighet. Videre har vi forsøkt å heve kvaliteten på det psykososiale tilbudet og den psykiske helsetjenesten som tilbys, ved å opprette sosiale tilbud i samarbeid med frivillige organisasjoner, og ved allmenn bevisstgjøring av helsearbeidere som møter skeive flyktningsjenestene og undervisning til flyktningsjenestene og undervisning til flyktningsjenestene i voksenopplæringen. De har også opprettet en lokalavdeling i Midt-Norge, inkludert Skeiv kafé for skeive med minoritetsbakgrunn.

SKEIV FLUKT

Personer som flykter på bakgrunn av diskriminering, forfølgelse og fare for eget liv grunnet seksuell legning, omtales gjerne som skeive flyktningsjenestene eller LHBTIQ+-flyktningsjenestene (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2012). Årsakene til flukt er fare for vold, angrep og tortur, tilfeldig fengsling og dommer som innebærer lange fengselsstraffer eller dødsstraff (Nathwani, 2015). Homofili er fortsatt straffbart i 69 land (Mendos et al., 2020). Mange LHBTIQ+-flyktningsjenestene har opplevd diskriminering fra familien og i utdanning og arbeidsliv, og at de ikke får tilgang til nødvendige helsetjenester. En del frykter tortur, tvangsmedisinering, tvangsbehandling og kirurgiske inngrep, samt tvangsekteskap og voldtekt (UNHCR, 2012). En fjerdedel av skeive flyktningsjenestene har rapportert å være utsatt for voldtekt, og omtrent halvparten har blitt presert til seksuelle handlinger (Eggebø et al., 2018).

Tilhørighet i Trondheim har hatt kontakt med om lag 20 bosatte flyktningsjenestene og om lag 10 asylsøkere med legning som hovedårsak til flukt. Det kan hende at antallet som flykter på grunn av legning, er større enn det prosjektet har kartlagt, da flyktningsjenestene ikke har gjennomført strukturert kartlegging av legning hos sine deltakere eller pasienter.

ÆREN OG SKAMMEN

I undersøkelser beskriver LHBTIQ+-flyktningsjenestene frykt for at deres legning skal bli kjent for andre. Dette henger sammen med æreskodekser i landene de har flyktet fra (Akin, 2017;

Stubberud & Akin, 2018). Flere ikke-vestlige samfunn har æreskodeks (Wikan, 2008), som er et sett av regler som spesifiserer hva som gir ære, og hva som kan føre til tap av ære. Ære er både personlig og kollektivt. Enkeltpersoners handlinger eller rykte kan gi vanære for hele kollektivet som tar del i samme ære. Ære handler om omverdenens vurderinger, og den umoralske handlingen fører ikke med seg vanære før den blir offentlig kjent. Vanære dreier seg altså ikke om selve handlingen, men omgivelsenes reaksjon på den. Skam og ære er knyttet til familien og gruppen, og forholdet til kollektivet går foran individuelle rettigheter (Allum et al., 2020). Mange skeive flyktningsjenestene holder legningen sin skjult for familien av frykt for å bringe skam over familien, bli ekskludert eller å bli utsatt for æresrelatert vold (Følner et al., 2015).

Skamfølelsen mange kjenner overfor sin egen legning, er knyttet til internaliserte kulturelle verdier, religiøse aspekt og familieverdier. Fra hjemlandet og på morsmålet har få lært nøytrale eller positive begrep om egen legning. Skeive flyktningsjenestene har lært seg å omtale egen legning med negative begrep, hvis de i det hele tatt har ord for legningen. Det er et mindretall som har kjennskap til positive LHBTIQ+-rollemodeller de kan relatere seg til (Følner et al., 2015). Mange har vansker med å opprette og opprettholde nære og intime relasjoner, og psykiske plager er utbredt. I en dansk studie fra 2015 rapporteres det om et høyt antall suicidforsøk og betydelig grad av suicidale tanker hos LHBTIQ+-flyktningsjenestene (Følner et al., 2015). I en norsk studie rapporterte over 25 % av LHBTIQ+-flyktningsjenestene å ha en psykisk lidelse som førte til nedsatt hverdagsfungering, inkludert trau- >>

Hva betyr LHBTIQ+?

LHBTIQ+-begrepet inkluderer både betegnelser knyttet til seksuell orientering og kjønnsidentitet (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2022). LHBTIQ+ er en forkortelse for lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, personer med variasjon i kroppslig kjønnsutvikling/interkjønnpersoner og queerpersoner/skeive.

melidelser, rusproblemer, depressive symptom og suicidalitet (Eggebo et al., 2018).

DOBBEL MINORITET

Mange skeive flyktninger har vansker med å være åpne om egen legning etter at de har kommet til Norge, på grunn av opplevd diskriminering og utestenging (Eggebo et al., 2018; Følner et al., 2015). Skeive flyktninger opplever diskriminering fra flere hold. Under flukten har mange fryktet å få legningen avslørt, og har møtt svak kunnskap om skeive flyktningers levekår og psykososiale vansker hos institusjoner og myndigheter der de har søkt asyl (Stubberud & Akin, 2018). LHBTIQ+-flyktninger utsettes for diskriminering og eksklusjon fra personer med lik etnisk og kulturell bakgrunn som følge av legningen, og de utestenges fra norske miljøer på grunn av etnisk og kulturell bakgrunn.

Skeive flyktninger beskriver at forventningene til livet i Norge ikke blir innfridd (Eggebo et al., 2018). Å være åpen om egen legning ble ikke like enkelt som vedkommende forventet, og drømmen om å finne en god partner og familie ble vanskelig å oppnå. Enslige mindreårige LHBTIQ+-flyktninger har i forskningsintervjuer beskrevet å bli utsatt for mobbing, trakassering, overgrep, utfrysing og isolasjon fra andre asylsøkere (Stubberud & Akin, 2018). Mange har erfart at det sosiale nettverket i Norge primært består av den samme gruppen som de flyktet fra (Eggebo et al., 2018).

I TERAPIROMMET

Gjentakende tema for de skeive flyktningene som jeg har møtt i terapi, er traumatiske erfaringer, identitetsproblematikk, skam, skyld og ensomhet. De traumatiske erfaringene er gjerne av relasjonell natur, og inkluderer utfrysing fra nære relasjoner, seksuelle overgrep og til dels grov tortur. Flere av pasientene frykter å bli utstøtt fra familien og ikke bli anerkjent for den de er. De har også frykt for at familiemedlemmer skal komme til skade hvis legningen blir kjent for familiens lokalsamfunn. Utfallet er ofte at pasienten trekker seg unna familiemedlemmer, enten fysisk eller mentalt, ved å ikke tørre å fortelle hvordan de egentlig har det, og hvem de er.

Pasientene beskriver en skamfølelse som er både ekstern og intern, og mange sliter med å sette ord på hvem de er som menneske, og hva de er opptatt av, på en nøytral eller positiv måte.

Flere forteller at de har brukt skjellsord og nedsettende ord for å beskrive seg selv, og om å føle seg ekle, uverdige og med selvhvat.

Mange forteller at de sliter sosialt i situasjoner der de møter andre flyktninger, grunnet negative sanksjoner fra personer med samme landbakgrunn. I samtale beskriver utstrakt bruk av negativ sosial kontroll fra minoritetsmiljøer. Flere forteller at de vegrer seg for å ha norskundervisning sammen med andre flyktninger fordi de blir utestengt og mobbet av medelever. I noen tilfeller gir dette forsinkelser i språkopplæring og utdanning. Mange beskriver ensomhet og at de ikke opplever tilhørighet, verken til egen familie, til det norske majoritetssamfunnet, til det skeive norske miljøet eller til flyktningmiljøet.

Hvilke spesifikke terapeutiske intervensjoner en bruker i terapi med skeive flyktninger, er avhengig av problemstilling og kontekst. Det er uansett sentralt å bruke ekstra tid på å opprette tillit i terapirelasjonen. Erfaringsmessig er det nyttig å uttrykke tydelig aksept for pasientens legning og situasjon, både verbalt og nonverbalt. På mitt kontor står det fremme brosjyrer med regnbuefargene, og på venterommet henger det en flerspråklig plakat fra Skeiv Verden som sier: «Du er ikke alene». Min erfaring er at man bør være varsom med å spørre pasienten direkte om legning hvis man er usikker på om personen er klar for å prate om dette. Hvis pasienten ikke er klar for å fortelle, kan direkte spørsmål føre til økt skam og skyldfølelse.

Siden mange av mine pasienter behersker norsk dårlig, brukes tolk i de fleste samtale. Mange tolker har ikke opplæring i begrepsbruk om legning og mangler oversettable ord innen LHBTIQ+. En del pasienter frykter at sensitiv informasjon skal komme på avveie fordi de ikke stoler på tolkens taushetsplikt (Gyulai et al., 2015). Terapeutisk fokus på skam og aksept for egen legning blir dermed ekstra utfordrende i terapeutiske samtaler med tolk. Det er hensiktsmessig å informere tolken om tema på forhånd, slik at tolken er godt forberedt, og vurder om fjern- eller telefontolk bør brukes fremfor fremmøtetolk (Fuglestad & Djup, 2019).

ASYLINTERVJUENE HOS UDI

Skeive flyktninger utsettes for ekstra belastninger i asylintervjuene hos UDI. Gjennom *Tilhørighet i Trondheim*-prosjektet har vi for eksempel erfart at UDI ikke alltid tror på LHBTIQ+-flykt-

ninger som forteller at legning er årsaken til flukten. Vi har også erfart at bosatte flyktninger med legning som oppholdsgrunnlag har blitt innkalt til nytt intervju, der UDI av ulike grunner betviler legningen og dermed oppholdsgrunnlaget. Det er vanskelig å holde fokus på terapi og integrering når utlendingsmyndighetene samtidig sår tvil om identitet og legning. Pasientens terapeutiske framgang, tillit til andre mennesker og myndigheter, og utvikling av identitetsforståelse, bremses av frykt for utsendelse.

Tillit og troverdighet

Asylintervjuene fokuserer på generell troverdighet og troverdighet om legning, og det tas utgangspunkt i at asylsøker raskt skal ha tillit til at viktig informasjon kan deles med intervjuer. Fra litteraturen og gjennom klinisk erfaring vet vi at LHBTIQ+-flyktninger er en gruppe som sjelden forteller åpent om egen legning, og som har erfart at man ikke kan ha tillit til myndigheter. Likevel forventer UDI at intervjuobjektet skal ha umiddelbar tillit til intervjuer og beskrive legning, skamfølelse og frykten for eget liv. Intervjuet er en anstrengende øvelse for skeive flyktninger, som gjennom et helt liv har hatt som overlevelsesstrategi å lyve om legning til seg selv, myndigheter og øvrighetspersoner. I tillegg vil skyldfølelse og skam, vansker med å beskrive egen identitet og traumerelaterte hukommelsesvansker gjøre det vanskelig å beskrive følelser og personlige opplevelser på en sammenhengende måte (Opaas, 2020; Varvin, 2018). Vi vet også at mange LHBTIQ+-flyktninger enten ikke kjente til at opplysninger om legning var viktig for asylsøknaden ved søknadstidspunktet, eller at de har holdt tilbake informasjon om legningen sin fordi familiemedlemmer eller andre fra samme landbakgrunn var til stede under intervjuet (Eggebo et al., 2018). Alt i alt risikerer flyktingene å bli opp-

fattet som lite reflekterte om egen legning og bli vurdert med både lav generell troverdighet og lav troverdighet om legning (Gyulai et al., 2015). Videre er tolkebruk spesielt utfordrende i asylintervju med legning som tema. Mange er usikre på tolkens taushetsplikt og tør ikke være åpne. Tolken har heller ikke nødvendigvis et vokabular for ord innen LHBTIQ+. Med tolk risikerer man derfor at viktig informasjon også blir feiltolket eller ikke formidlet (Gyulai et al., 2015).

Autentisk skeiv

Det finnes ingen fasit for å vurdere sannheten av en persons legning og kjønnsidentitet. Kulturell bakgrunn, sammen med frykt for negativ sosial kontroll eller straffeforfølgelse, vil naturligvis påvirke på hvilken måte og om man *kan* uttrykke legning (Akin, 2017). Asylintervjuet tar utgangspunkt i et vestlig rammeverk og kontekst. Det forutsettes at man uttrykker seg og ser ut på en bestemt måte for å bli oppfattet som troverdig (Gustavsson, 2016). LHBTIQ+-asylsøkere bruker kognitive ressurser på å «oversette» sin seksuelle legning til en vestlig og norsk kontekst. Hvis man mangler sosiale nettverk der man får informasjon om asylprosessen og hva som forstås som autentisk skeiv i Norge, risikerer man å oppfattes med lav troverdighet om egen legning (Akin, 2017). Stereotypier om hva det innebærer å være skeiv, kan brukes som begrunnelse for avslag på asylsøknaden når personen ikke tilpasser seg beslutningstakerens forståelse av kjønn og seksualitet (Akin 2017; Gartner, 2015; Gustavsson, 2016). For å unngå feil avgjørelse i asylsøknader og ytterligere belastninger for flyktingen er det essensielt at intervjuprosessen tar hensyn til kulturell bakgrunn, personens frykt for negativ sosial kontroll og konsekvensene av æresrelatert og internalisert skam.

VIDERE UTVIKLING

LHBTIQ+-flyktingenes spesifikke vansker etter ankomst til Norge trenger økt anerkjennelse. Psykologer kan bidra med sentral kunnskap om kulturforståelse og gode integreringsprosesser, som er viktig i arbeid med å øke opplevelsen av tilhørighet for skeive flyktninger. En bør prioritere videre forskning og kompetanseheving hos kommunepsykologene, spesialisthelsetjenesten og flyktingtjenestene i kommunene. Tolketjenester og utlendingsmyndighetene, som har ansvaret



Gjentakende tema i terapi er traumatiske erfaringer, identitetsproblematikk, skam, skyld og ensomhet



for mennesker som søker asyl på bakgrunn av forfølgelse grunnet seksuell legning, bør tilbys kompetanseheving om LHBTIQ+-flyktninger.

I år er det 50 år siden homofili ble avkriminalisert i Norge, og det er 45 år siden diagnosen homofili ble fjernet fra diagnosemanualene. Fram til de tragiske drapene under Pride-uka i juni opplevde mange at kampen for homofiles rettigheter i Norge var ferdig og vunnet. Hendelsen viser at vi må sette søkelys på manglende aksept for skeive i samfunnet generelt, og særlig i enkelte minoritetsmiljøer. Aksept for

skeiv kjærlighet er både kulturelt og psykologisk betinget, og her kan psykologfaglig kunnskap være en viktig bærebjelke. I terapirommet og gjennom samfunnspsykologien kan psykologer bidra til økt aksept for at det skal være lov å elske den man vil. Som psykologer bør vi også utfordre vår egen berøringsangst når det gjelder å tematisere *både* legning og kulturell bakgrunn. Ikke minst må vi tørre å diskutere skjulte fordommer og æreskodekser og hvordan kulturell og religiøs bakgrunn innvirker på aksept for skeive, både samfunnspsykologisk, familiemessig og individuelt. ✕

REFERANSER

- Akin, D. (2017). Queer asylum seekers: translating sexuality in Norway. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 43(3), 458–474. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2016.1243050>
- Allum, T., Vilhelmshaugen, M. & Eikrem, T. (2020). Kapittel 13. Når familien alltid er med. I A. Ottesen Berg & K. Holt (red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*. Gyldendal.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (u.å.). *LHBTIQ-ordlista*. Hentet 06. september 2022 fra <https://ny.bufdir.no/likestilling/lhbtqi-ordlista/>
- Eggebø, H., Stubberud, E. & Karlstrøm, H. (2018). *Levekår blant skeive med innvandrerbakgrunn i Norge* (NF Rapport 9/2018). Nordlandsforskning.
- Fuglestad, Å. B. & Djup, H. W. (2019). Kapittel 15. Bruk av tolk i samtale. I L. Lien, R. Dybdahl, H. Siem, I. Julardzija & H. H. Bakke (red.), *Asylsøkere og flyktninger. Psykisk helse og livsmestring*. Universitetsforlaget.
- Følner, B., Dehlholm, M. & Christiansen, J. M. (2015). *Nydanske LGBT-personers levevilkår* (Rapport). København: Als Research APS.
- Gartner, J. L. (2015). (In)credibly Queer: Sexuality-based Asylum in the European Union. I A. Chase (red.), *Transatlantic Perspectives on Diplomacy and Diversity* (s. 39–66). Humanity in Action Press.
- Gustavsson, A. (2016). *Fra handling til identitet – troverdighetsvurderingen i seksualitetsbaserte asylsaker* [Masteroppgave]. Avdeling for kvinneverett, barneverett og likestillings- og diskrimineringsrett. Universitetet i Oslo.
- Gyulai, G., Singer, D., Chelvan, S. & Given-Wilson, Z. (2015). *Credibility assessment in asylum procedures. A multidisciplinary training manual. Volume 2*. Hungarian Helsinki Committee.
- Mendos, L. R., Botha, K., Lelis, R. C., López de la Peñ, E., Savelev, I. & Tan, D. (2020). *State-Sponsored Homophobia 2020: Global Legislation Overview Update*. Geneva: ILGA World.
- Nathwani, N. (2015). *Protecting persons with diverse sexual orientations and gender identities. A Global Report on UNHCR's Efforts to Protect Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex Asylum-Seekers and Refugees*. Division of international protection. UNHCR The UN refugee agency.
- Opaas, M. (2020). Kapittel 5. Flyktninger med traumerelaterte plager – en kunnskapsoversikt. I A. Ottesen Berg & K. Holt (red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*. Gyldendal.
- Stubberud, E. & Akin, D. (2018). *En studie av livssituasjonen for skeive enslige mindreårige asylsøkere i omsorgssentre og asylmottak* (KUN-rapport). Likestillingscenteret KUN.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2012). *Guidelines on international protection No. 9: Claims to Refugee Status based on Sexual Orientation and/or Gender Identity within the context of Article 1A(2) of the 1951 Convention and/or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugees*.
- Varvin, S. (2018). *Flyktingers psykiske helse*. Universitetsforlaget.
- Wikan, U. (2008). *Om ære*. Pax Forlag.

AKTUELT

NY DOKTORGRAD

Psykosepasienters opplevelse av psykisk helsevern

Depressive symptomer og sosialt nettverk bør stå i sentrum ved behandling av personer med psykose.

Det har Regina Skar-Frøding fremmet i sitt doktorgradsprosjekt, hvor hun har undersøkt 325 pasienter med psykose og deres opplevelse av behandling i psykisk helsevern. Doktorgraden har Skar-Frøding tatt ved Akershus universitetssykehus (Ahus), og hun disputerte 12. september med avhandlingen «Personal recovery and satisfaction among service users with psychosis».

Interessant nok var det ikke reduksjon i de typiske psykose-symptomene som var mest betydningsfullt for opplevelse av bedring, men heller de depressive plagene og hvor gode sosiale relasjoner pasienten har.

Funnene tyder på at personer med psykose trenger å knytte sosiale relasjoner og leve meningsfulle liv uavhengig av alvorlige og noen ganger vedvarende symptomer.

For klinikere som jobber med pasientgruppen vil det være viktig å fokusere på personlig bedring i behandlingsløpet, og å redusere depressive symptomer og styrke det sosiale nettverket rundt pasienten.

Skar-Frøding mener at psykiske helsetjenester bør kunne tilby recovery-orientert behandling, slik som Trening i livsmestring (IMR), for å støtte pasientene mer aktivt i deres bedringsprosess.

I tillegg fant stipendiaten at pasientene som var mest fornøyde med tilbudet i psykisk helsevern, også opplevde mest støtte i deres personlige bedring.

Kilde: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo



FOTO: UNIVERSITETET I OSLO

AKTUELT

NY DOKTORGRAD

Tidlig traumefokus kan styrke alliansen

Ungdom som deler mer av sine traumeopplevelser og rapporterer om bedre allianse, har færre symptomer ved endt behandling.

Traumeopplevelser kan utforskes tidlig i behandlingsløpet. Heller enn å stå i veien for godt alliansearbeid, kan det styrke relasjonen mellom ungdommen og terapeuten.

Dette viser en ny studie som inngår i doktorgraden til Kristianne Stigsdatter Ovenstad. Hun forsvarte graden 30. september, som utforsker hva terapeuter kan gjøre for å vurdere og styrke den terapeutiske alliansen med ungdom i traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT).

Gjennom å analysere og kode ungdommenes og terapeutenes atferd via lydopptak, belyser Ovenstad en rekke terapeutiske elementer i traumebehandling av ungdom. Dataene er hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Resultatene peker på at det å rette søkelyset på innholdet i de traumerelaterte opplevelsene kan være virkningsfullt for å bygge en sterk allianse, spesielt hos pasienter som er lite engasjerte i behandlingen i utgangspunktet.

Doktorgradsarbeidet viste videre at når terapeuten, foreldrene og ungdommen rangerte kvaliteten på alliansen, var det bare ungdommens rangering som hadde en betydning for traumeplagene. Og dersom terapeuten overvurderte alliansen, hang dette sammen med dårligere utfall.

Disse funnene peker på viktigheten av å koble seg på ungdommenes opplevelse av alliansen i terapiforløpet.

At ungdommene hadde en forståelse av rasjonale for terapien var dessuten assosiert med at de snakket mer om traumeopplevelsene, og dette ser også ut til å ha en positiv innvirkning på behandlingen.

Kilde: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo



FOTO: UNIVERSITETET I OSLO

FOTO: VÅRT LAND



HANNA PUNSVIK EIELSEN, konstituert psykologspesialist/ph.d.-student

Noen ganger er det utover vi må gå

I verste fall bidrar psykologer til å forsterke en kultur hvor det å oppleve smerte, ubehag eller relasjonelle gnisninger defineres som «feil».

«... **nå har** jeg slutta å like bildene hun legger ut, og så hadde hun dm-a han, så da bare unfolowa jeg henne, og så lika hun hans bilde, og jeg liksom ...»

Året er 2014. Jeg har hovedpraksis i BUP. Jeg er 28 år, og føler meg betraktelig eldre og mer utdatert enn alderen tilsier. Måten ungdommen foran meg snakker om sine vennerelasjoner på, fremstår distansert og mekanisk, og baserer seg på respons eller fravær av respons i sosiale medier.

Kanskje strever jeg med å koble meg på fordi det er et språk og en kommunikasjonsstil som føles fremmed. Inni fortellinga om Instagram-feeden hans ligger det et genuint ønske om tilhørighet, nærhet og aksept. Slik han så det, var antall likes og popularitet en fornuftig måte å oppnå dette på. Disse størrelsene kan være lett å forveksle, selv for folk med langt mer livserfaring enn ham. Da jeg etter noen timer antydet at det var på tide å avslutte forløpet, virket han skuffet. Mine forsøk på å normalisere de

emosjonelle og relasjonelle erfaringene han beskrev, syntes å gjøre at han følte seg mindre sett og mindre forstått. Idet vi avsluttet kontakten, fortalte han at alle vennene hans hadde gått til psykolog. Jeg fikk en fornemmelse av at terapien fungerte som en slags valuta i omgangskretsen.

TIL HJELP ELLER BESVÆR?

Hva er det som gjør at denne konstruerte historien dukker opp når jeg skal forsøke å si noe om etiske dilemmaer? Historien kunne utelukkende fremstått som en lettelse i en ellers lang kø av folk med større behov for hjelp. Grunnen til at terapiforløpet festet seg, var at jeg ble oppmerksom på min egen nærsynthet som psykolog. I min iver etter å være til hjelp for mennesket overfor meg på kontoret mister jeg kanskje oppmerksomheten på dynamikken dette bidrar til utenfor de fire veggene. Har jeg som psykolog satt et slags godkjentstempel på hans vansker ved å ta ham inn til terapi? Og mister han denne anseelsen idet han skrives ut?

Hva ville skjedd dersom han aldri tok kontakt med meg, men heller delte liv og hverdag med venner og familie? Hvilke ringvirkninger medfører det når vansker og symptomer som folk flest opplever, havner i terapirommet? Og hva skjer med oss som samfunn når vi definerer at slike vansker må håndteres av profesjonelle? Vi er opptatt av at det skal være lav terskel for å søke hjelp. At det å være bevisst psykisk helse og uhelse



er noe alle har godt av. Men er det egentlig et udelt gode? Fins det noen risiko forbundet ved det? Kan det tenkes at samtalene jeg hadde med denne ungdommen, var like mye til skade som til gagn?

EN ØKONOMISK TRANSAKSJON

Det å tilføre ekstra ressurser kan virke som et udiskutabelt gode for personen som mottar hjelp. Imidlertid har det kanskje også utilsiktede konsekvenser. Som når en pasient bruker angstdempende medikamenter for å holde ut noe vanskelig. Istedenfor å oppleve mestring med de verktøyene man har til rådighet, er det medisiner eller sikkerhetsatferd som får æren for at man klarte seg.

Kanskje kom man seg lettere igjennom bruddet fordi man hadde en psykolog å snakke med. Og kanskje lærte man noe underveis som gjorde en bedre rustet i det neste forholdet. Sosial støtte er viktig for å takle tøffe perioder. For dem som er så heldig at de har trygge, gode relasjoner rundt seg, er det kanskje bedre å lene seg på dem heller enn å gå til psykolog? En relasjon med noen som får betalt for å hjelpe, er vesensforskjellig fra en relasjon som bygger på gjensidig sårbarhet og åpenhet. For mange er profesjonelle hjelpere med tydelige og avklarte rammer avgjørende for å våge å ha tillit og å bli trygg. Mens for andre kan terapi like gjerne bli en form for unngåelse av mer jevnbyrdige relasjoner. Å øve seg på å »

”

Jeg fikk en fornemmelse av at terapien fungerte som en slags valuta i omgangskretsen



Har jeg som psykolog satt et slags godkjentstempel på hans vansker ved å ta ham inn til terapi?

vise svakhet, ta imot omsorg og å tro at andre vil deg vel, oppleves ofte risikabelt. Men utbyttet kan være desto større fordi det ikke involverer noen økonomisk transaksjon.

JAKTEN PÅ PERFEKSJON

Vi psykologer som i ulike fora bidrar med fagkunnskap, kompetanse og tilstedeværelse, kan i beste fall redusere menneskelig lidelse. Samtidig kan det skape et inntrykk av at vi har en fasit på hvordan livet bør håndteres. Våre velmente råd og tips kan like gjerne ende med å høyne forventninger folk har til livet og til seg selv. «Slik kan også innsiden perfeksjoneres.»

Smerte, lidelse og tap er sentrale komponenter i livet. Noe vi ikke kommer utenom. Det meste går over, eller er ting vi lærer å leve med. Også uten terapi. I verste fall bidrar vi psykologer til å forsterke en kultur hvor det å oppleve smerte, ubehag eller relasjonelle gnisninger defineres som noe feil. Noe som må fjernes. Noe som ikke ville plaget deg om du var bedre på mindfulness, situasjonsanalyse eller håndterte dine indre ubevisste konflikter. Pandemi-mantraet om at alt blir bra, er dessverre en sannhet med modifikasjoner.

TILKORTKOMMENHET

Terapi er virksomt. Det har enorm betydning for mange. Og kan være en helt nødvendig hjelp og støtte når livet er som verst. Samtidig fins det en rekke problemer som håndteres langt bedre utenfor terapien. Forsker Ragnhild Bang Nes holdt nylig foredrag på Modum Bad. Hun fortalte at en avgjørende faktor for livskvalitet er om man bor i et land med en progressiv skattepolitikk. Det er et tema jeg retter lite oppmerksomhet mot i individualterapi.

Jeg tror at vi tidvis overselger behandling. Og undervurderer betydningen av livssituasjon. Og selv om det ikke er vår intensjon, kan det å igangsette individualterapi signalisere at kjernen av problemet handler om deg som enkeltindivid. Dermed overser vi kanskje de strukturer og forutsetninger som opprettholder eller skaper problemet. Og gir psykologiske løsninger på noe som kunne vært løst bedre for flere om det ble løftet noen hakk lenger opp i systemet.

Tidvis er verken individualterapi eller psykologiske intervensjoner det mest hensiktsmessige alternativet. Kriminalitet kan håndteres ved å sette inn tiltak rettet mot hver enkelt lovbrøyer. Men det er også slik at bedre gatebelysning reduserer mange former for kriminalitet (Welsh et al., 2021).

Kanskje har både vi og pasientene våre nytte av å snakke mer om alt vi ikke tilbyr noen kur for. For tidvis kan belysning være bedre enn behandling.✘

REFERANSE

Welsh, B. C., Farrington, D. P. & Douglas, S. (2021). *Effectiveness of Street lighting in preventing crime in public places. An updated systematic review and meta-analysis*. Brå, The Swedish National Council for Crime Prevention.

Validering av den norske foreldreversjonen av Developmental Behavior Checklist (DBC-P)

FORFATTERE Marianne Berg Halvorsen, Sabine Kaiser, Ida Lyngaard Hansen, Ida Rakel Blichfeldt Sandal og Sissel Berge Helverschou

DOI <https://doi.org/10.52734/j2M9S96U>

Developmental Behavior Checklist – Parent (DBC-P) er et av få spesialmål på atferds- og emosjonelle vansker som er spesielt utviklet for barn og unge med utviklingsforstyrrelser og utviklingshemming. Halvorsen et al. har undersøkt den norske DBC-P-versjonen, og studiens resultater indikerer at den kan egne seg i innledende undersøkelser av psykiske helsevansker hos barn og unge med en mild intellektuell funksjonsnedsettelse.

Barn og unge med funksjonsnedsettelse som utviklingshemming, autismspekterforstyrrelser (ASF), cerebral parese og genetiske syndromer er spesielt sårbare for samtidige lidelser som angst, opposisjonell atferdsforstyrrelse og ADHD. Samtidige psykiske lidelser gir nedsatt funksjonsevne, livskvalitet og mestring for både barnet og familien. Ofte er det de psykiske lidelsene – og ikke utviklingsforstyrrelsen – som oppgis som det største hinderet for deltakelse i skole og aktiviteter. Derfor bør en innledende kartlegging av psykisk helse være en integrert del av helsetilbudet til barn og unge med utviklingsforstyrrelser og utviklingshemming fra tidlig alder. I HABU og BUP brukes det kartleggingsmål på psykiske symptomer og lidelser som ikke er utviklet for barn som har intellektuell funksjonsnedsettelse, omfattende kommunikasjonsproblemer og språklige vansker eller atypiske symptomer. Halvorsen et al. ville undersøke måleegenska-

per ved den norske versjonen av DBC-P i et utvalg av barn med utviklingsforstyrrelser og utviklingshemming.

HOVEDFUNN

Forskerne fant samlet sett et samsvar mellom det norske utvalget og de amerikanske normene med tilsvarende grad av funksjonsnedsettelse. Oppsummert indikerer resultatene at den norske DBC-P har tilfredsstillende reliabilitet og validitet.

UNDERSØKELSEN

Utvalget ($N = 168$) var under utredning ved HABU Tromsø ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Undersøkelsen inkluderte standardisert evnetest og mål på hverdagsfunksjonen. Foresatte fylte ut DBC-P samtidig med barnas utredning ved klinikken.

IMPLIKASJONER

Å fange opp psykiske tilstander hos barn og unge med utviklingsforstyrrelser og utviklingshemming tidlig gir mulighet til veiledning og forebyggende arbeid. HABU og andre klinikker i spesialisthelsetjenesten som gir tilbud til barn og unge med disse grunnvanskene, har nå tilgang på det som viser seg å være et robust måleinstrument i kartlegging av psykiske symptomer og behov hos denne gruppa. ❌



FOTO: THOMAS BRUN / NTB

Førsteforfatter
Marianne Berg
Halvorsen

Full versjon av
artikkelen er publisert
på nett:



Meninger

DEBATT

Ekkoet fra Iran på psykologkontoret

Hvilket ansvar tar vi som psykologer når vi vet at det som skjer i gatene og i fengslene i Iran, får konsekvenser også i Norge?



TEKST Parvin Shaafi, psykologspesialist ved barne- og ungdomspsykiatri, Haukeland universitetssykehus

TRAUMER

VERDENSSAMFUNNET ER VITNE til at millioner av mennesker, også i Iran, hver dag blir undertrykket. Undertrykkelsen skjer både på politisk, økonomisk, sosialt, religiøst og etnisk grunnlag. I løpet av de siste to månedene, siden 22 år gamle Mahsa Aminis dødsfall som følge av det iranske moralpolitiets brutale metoder, har det vært flere tusener demonstranter i gatene som rett foran øynene til verdenssamfunnet er blitt trakassert, slått, fengslet, torturert og i noen tilfeller drept.

Det iranske kvinner og menn er «skyldig i», er å kjempe for grunnleggende menneskerettigheter: for eksempel hvilke klær de velger å ha på seg. Disse menneskenes eneste våpen mot regimets batonger og tortur er parolen WOMEN, LIFE, FREEDOM.

Verden har vært vitne til at tusener av helsepersonell er blitt tvunget til å skrive under falske dødsdokumenter. Enten det gjelder de som er slått og drept i gateprotestene, eller de som er blitt drept i regimets torturkamre. Når helsepersonell i Iran protesterer mot regimets misbruk av dem, blir de selv trakassert, slått og fengslet.

KROPP OG SJEL

Verdenssamfunnet har i løpet av de siste 43 årene vært vitne til at millioner av iranere er drevet på flukt. Flere tusener er kommet til

Norge. Mange, inkludert norsk-iranere, har i løpet av disse årene selv vært med og kjempet for de samme grunnleggende menneskerettigheter som folket i Iran fremdeles kjemper for. Disse menneskene i ulike aldre har i sin tid vært utsatt for trakassering og fysisk og psykisk vold i Iran. De har sittet fengslet og blitt torturert. De er merket både på kropp og sjel.

Mange norsk-iranere har vært i kontakt med helseapparatet i Norge nettopp på grunn av dette. Det finnes per i dag ikke statistikk på hvor mange av dem som for eksempel har fått en PTSD-diagnose, og/eller hvor mange av dem som reelt sett strever med en PTSD, men ikke er blitt diagnostisert. Men det jeg er vitne til, som norsk-iraner og som psykolog, er at uansett hvem av oss som har fått eller ikke er blitt diagnostisert for PTSD, så har vi i løpet av de siste to månedene i mye større grad levd i konstant smerte, stress, uro, sorg og frykt for livet til våre kjære i Iran. Det har vi gjort med dårlig samvittighet og en følelse av hjelpeløshet.

VÅRT ANSVAR

Barn og ungdom i andre generasjon av norsk-iranere bryr seg om det som skjer i Iran. De ser at foreldrene er utsatt for stress, uro og somatiske og psykiske plager. For mange vil det de nå er vitne til, sette spor. Inntrykkene kommer



HØYTT STRESSNIVÅ Iranere bosatt i Norge lever i konstant smerte, stress, uro, sorg og frykt for livet til sine kjære i Iran, skriver artikkelforfatteren. Foto: Associated Press / NTB Scanpix

også fra sosiale medier. Der kan de være direkte vitne til det iranske regimets brutalitet mot folket, inkludert mindreårige barn.

Hvilket ansvar tar vi som psykologer for denne situasjonen?

For menneskene som bor i Iran, og som fortsetter kampen for grunnleggende menneskerettigheter?

For den mentale helsen til våre egne iransk-ættede medborgere som bor i det trygge Norge, men samtidig lever i konstant psykisk stress fordi de frykter for livet til sine kjære – og folket i Iran?

Jeg mener det også er vårt ansvar som helsepersonell å vurdere hvilke konsekvenser det som nå skjer i Iran, på kort og lang sikt kan ha for samfunnet, samt helsevesenet i Norge. Kommer et nytt rush av unge traumatiserte iranske flyktninger med behov for hjelp, bør vi være forberedt.

LANGTIDSEFFEKTER

Vi kan begynne med å ta inn over oss at det har stor betydning for norsk-iranere å vite at

det norske samfunnet reagerer på det som nå skjer i Iran. Det kan være viktig for dem som er i kontakt med helsepersonell, å vite at du, jeg og alle vi er klar over situasjonen, og at vi bryr oss. Det er også viktig at helsepersonell i møte med dem, både i førstelinjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, tar initiativ til å spørre om hvordan de og familien deres både i Norge og i Iran har det. Dette i det minste for å bekrefte at du som helsepersonell prøver å forstå hvilken smerte de selv og familien deres står overfor.

Jeg mener det er viktig at helsevesenet i Norge bidrar med bevisstgjøring av skolepersonell på alle nivåer om den tunge situasjonen barn og ungdom av norsk-iranere nå står overfor. Jo mer vi er oppmerksomme på disse problemstillingene, jo mer kan vi forebygge eventuelle framtidige negative konsekvenser i form av psykosomatiske og psykiske plager.

Vi kan selvsagt ikke eliminere alle konsekvensene av det som nå foregår. Men med de rette brillene på, kan vi ha håp om å redusere noe av langtidseffektene av det norsk-iranere nå gjennomgår. ✕



De ser at foreldrene er utsatt for stress, uro og somatiske og psykiske plager



Er jeg egentlig egnet som psykolog?

Det var ikke den lave lønnen som gjorde meg syk eller fikk meg til å revurdere om jeg egnet meg som psykolog.

I KRONIKKEN Ikke-spesialistene trenger et løft i novemberutgaven problematiserer Yngre psykologers utvalg (YPU) ikke-spesialisters lønns- og arbeidsvilkår. Julius Okkenhaug svarer med et innlegg der han argumenterer for at spesialistlønn fortsatt bør være førsteprioritet. Også Svein A. Alfarnes er først og fremst opptatt av lønnsforhold. Lønn er selvsagt en viktig sak. Samtidig undrer jeg meg over at ikke flere legger vekt på andre forhold som mildt sagt ikke er bra for nyutdannede/ikke-spesialister – og egentlig for spesialister også. Det er ikke uten grunn at det er spesialistflukt fra helseforetakene.

La meg utdype:

Jeg tenker blant annet på manglende veiledning, oppfølging og støtte. Som nyansatt kan det gå flere måneder før du får tildelt en veileder. Når du til slutt får en veileder, er du heldig om du får det minimale antallet veiledningstimer som kreves for spesialiseringen. I mellomtiden har du kanskje ingen å rådføre deg med, enten det dreier seg om hvordan du skal forstå pasienten din, hvilken utredning du bør gjennomføre, hvordan du administrerer ulike utredningsverktøy, hvordan du tolker resultatene, differensialdiagnostiske vurderinger, suicidrisiko, hvordan du bør legge opp behandlingen, eller de utallige ulike utfordringene som kan dukke opp i et terapiforløp.

Jeg tenker på det å ha 15–20 flere pasienter på listen din enn det du burde hatt, og at den forespeilede løsningen da blir at du må skrive ut noen av pasientene dine selv om din faglige vurdering er at ingen egentlig bør skrives ut.

Jeg tenker på det å ha ansvar for å behandle mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser med et så lite antall timer og med så lav hyppighet av timer at det er fullstendig fjernt fra det du har lært om god faglig praksis, god terapi, for ikke å snakke om evidensbasert behandling.

Jeg tenker på det å sitte med en fortvilet og syk pasient som egentlig trenger ny time om et par dager, og at det ikke fins en ledig luke i kalenderen din før om fire–fem uker, og at du ikke kan jobbe enda mer overtid. Det har du allerede gjort med tre andre pasienter denne uken, og du får stadig høre at det er viktig å ta vare på seg selv først.

Jeg tenker på det å ikke få mulighet til å gjøre gode faglige prioriteringer: I stedet for at suidale Linn får en time, må du prioritere evnetest på Per slik at du får fullført pakkeforløpet for ADHD innen tidsfristen, for her på poliklinikken skal vi ikke ha fristbrudd.

Jeg tenker på det å sitte alene og være redd for om pasienten din tar livet av seg i helgen, eller om han egentlig er psykotisk eller manisk og kan gjøre noe farlig, eller om han kjører i ruspåvirket tilstand og dreper seg selv eller noen andre. På bølgen av skam idet du erkjenner at du egentlig ikke makter å forhindre disse hendelsene, og at du i et øyeblikk var mer bekymret for hva som ville skje med deg selv, enn du var redd for at et menneskeliv skulle gå tapt: Vil du bli holdt ansvarlig for at noe gikk galt? Vil du bli meldt til Helsetilsynet fordi du ikke har dokumentert godt nok i journalen?

Jeg tenker på det å sitte med pasienter som du virkelig ikke får til noen god allianse med.



TEKST Elisabeth Hooper Storeide, psykologspesialist*

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

RAMMEVILKÅR

.....

* Denne kronikken er en utdypning av en kommentar forfatteren tidligere har publisert i en debatt om psykologers lønnsforhold i FB-gruppa Psykologer.





Jeg tenker på det å sitte med en fortvilet og syk pasient (...) og at det ikke fins en ledig luke i kalenderen din før om fire-fem uker

Følg debatten om psykologlønn på nett.



Pasienter du kanskje til og med er redd for, og som gjorde at du etter sist time kastet opp på do fordi du fikk panikkangst.

Jeg tenker på det å måtte dra alene på store samarbeidsmøter i komplekse saker, med to lærere og rektor, skolehelsesøster, barnevernet og PPT, kommunens fysioterapeut, mor og far og fars advokat, og alle ser på deg og nikker når rektor sier at nå må BUP komme på banen. For nå har Adrian truet en medelev med kniv, og dette kan ikke fortsette. Og du nikker og forsikrer at det skal vi, selv om du ikke har den minste anelse om hva du skal gjøre, for det er bare fem måneder siden du var ferdig på studiet.

Jeg tenker på det å jobbe på steder der dine ledere ikke er det minste interessert i hvordan det går med pasientene dine, bare i når du kan skrive dem ut. På det å ikke få lov til å gå på kurs for å bli faglig oppdatert, ettersom det betyr at poliklinikken får lavere produksjon. Og på det å bruke den etterlengtede fagdagen til å lære mer om riktig koding av pakkeforløp, eller kanskje enda en runde med sjekklister for suicidrisiko istedenfor å lære noe som kunne ha hjulpet pasientene.

Jeg tenker på det å sitte på personalmøter før sommeren og bli påminnet at ditt fravær øker suicidrisikoen, så dette må du passe på, for i fjor var det en pasient på poliklinikken som tok livet av seg mens behandleren var på Gran Canaria. Men når du sier ifra til teamleder at Joakim trenger oppfølging mens du er borte, får du beskjed om at det er det ingen som har kapasitet til.

Jeg tenker på det å bli fortalt at det forventes at du jobber inn igjen tapt produksjon når du har vært på kurs, eller når du har vært syk. Og når tillitsvalgte da spør; «mener dere da at hvis behandler er syk en uke, så forventes det at du jobber 125 prosent resten av måneden?», og seksjonsleder svarer «ja» uten en mine.

Jeg tenker på det å få beskjed om at plusstiden din blir slettet fra en nærmere bestemt dato fordi det er ikke lov å ha mer enn et visst antall timer ekstra på timelisten.

Og jeg tenker ikke minst på den konstante flommen av gule lapper i DIPS, der sekretærene purrer på diagnosekoder, prosedyrekoder, takstkoder, pakkeforløpskoder, arbeid som du vet ikke gagnar pasienten det minste, og det å aldri ha tid til å være a jour med journalnotater, rapporter, epikriser, henvisninger, uttalelser til barnevernet og NAV.

Og alt dette holder du selvsagt kjeft om, fordi du er i et kort vikariat og håper på forlengelse (i hvert fall til over seks måneder slik at praksisen teller for spesialiseringen din). Eller kanskje du håper på fast ansettelse, og du vet at du er lett å erstatte. Og la meg ikke glemme det fiffige grepet om å få beskjed på den siste dagen i vikariatet, idet du har begynt å rydde kontoret, at jo, du får visst forlenget likevel.

YPU spør i sin kronikk: «*Kan lønn kompensere for en tøff start på arbeidslivet som psykolog?*» Jeg mener det er et feilgrep og uklokt å blande sammen lønn og toksiske, helseskadelige arbeidsforhold. Hvis vi for et øyeblikk gikk inn i en fantasi, der vi så for oss en utømmelig pengesekk i helsevesenet, og vi alle fikk saftige lønnsøkninger – hadde det gjort alt dette greit? Skulle helsevesenet kunne kjøpt seg fri fra å gi sine ansatte «*en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger*», slik vi har rett til i henhold til arbeidsmiljøloven?

Om jeg hadde hatt høyere lønn i årene jeg jobbet som ikke-spesialist i spesialisthelsetjenesten, hadde det selvsagt vært et plaster på såret. Men det var ikke den lave lønnen som gjorde meg syk eller fikk meg til å revurdere om jeg egnet meg som psykolog. ❌

Risikabelt med kjønnsbekreftende lavterskeltilbud

Lavterskeltilbud som enkelt bekrefter kjønn, er risikabelt når det gjeld sårbare barn og unge med høg forekomst av samsykkelighet.

SPØRSMÅLET «hva slag tilbud bør helsevesenet gi folk med kjønnsinkongruens?» vart stilt til sexologiprofessor Elsa Almås i Psykologtidsskriftets augustutgave. Ho svara at det viktigaste er lavterskeltilbud som gjer det enkelt å bekrefte kjønn, og å tvara mot psykopatologisering av personar med kjønnsinkongruens.

Spørsmålet er høgaktuelt då omorganiseringssprosessen for å desentralisere behandlingstilbodet er i gang i tråd med den nasjonale behandlingsretningslinja (2020). Den vart kraftig kritisert av Helsedirektoratets eigne faglege eksperter, Folkehelseinstituttet og dei behandlingssansvarlege i teamet ved Rikshospitalet. Mellom anna fordi den er basert på rapporten «Rett til Rett Kjønn», som manglar basis i kvalitetssikra evidens for «beste behandling», kun rettar seg mot vaksne og har ingen kunnskap om den nye veksande populasjonen av unge som søker kjønnskorrigering behandling.

Mine kommentarar til spørsmålet nemnt i innleiinga gjeld barn og unge med kjønnsinkongruens, ei særleg sårbar gruppe som utrednings-/behandlingstilbudet vil ha særleg store konsekvensar for både fysisk og psykisk.

DEN NYE PASIENTPOPULASJONEN

Den store auken av unge (mest tenåringsjenter) som søker kjønnskorrigering behandling etter rask oppkommen kjønnsdysfori, kjenner vi ikkje årsaka til. Populasjonen er kjenneteikna av høg komorbiditet med psykiatrisk problematikk (75%), i tillegg til høg forekomst av nevropsykiatriske tilstander (Kaltiala-Heino et al., 2015). Alderen går stadig lenger ned. Ein amerikansk studie viste barn med kjønnsdysfori i 9–10-årsalderen med omfattande alvorlege

indikatorar for alle mentale helseproblem som vart studerte (Russel et al., 2022).

DESENTRALISERT BEHANDLING

Kjenneteikna ved den nye pasientpopulasjonen tilsei at utredning/behandling er ei kompleks klinisk oppgåve som krev høgspesialisert kompetanse. Korleis denne oppgåva no kan ivareta kast ved regionale sentra, er eit avgjerande spørsmål. Særleg fordi behandlingsretningslinja legg føringar for «bekreftingsmodellen» gjennom ikkje å tilrå psykiatrisk utredning og stabilisering før eventuelle medisinske behandlingstiltak.

Arbeidet med å etablere disse sentra er i gang. Alle med interesse i feltet, uavhengig av bakgrunn, kunnskap og kompetanse, er inviterte til å delta gjennom seminar og «workshops». Val av arbeidsform liknar på prosessen som leia til rapporten «Rett til Rett Kjønn», og som behandlingsretningslinja er basert på.

Overfor ein særleg sårbar pasientpopulasjon med behov for ei høgspesialisert teneste har kvalitetssikring av deira utrednings- og behandlingstilbod avgjerande betydning.

THE DUTCH PROTOCOL

Bekreftingsmodellen som baserar seg på The Dutch Protocol, har spreidd seg internasjonalt. Sjøl om den er basert på svak evidens, eit lite antal pasientar, inga kontrollgruppe, svært kort oppfølgingsperiode og ingen longitudinelle data. To viktige kriterier for inclusion/exclusion i pionerstudien var at kjønnsdysforien hadde vart ifrå småbarnsalderen av, og fråver av aktive mentale helseproblem.

Det betyr at dei pasientane som vart ekskluderte i den opprinnelege hollandske studien, »



TEKST

Marit Johanne Bruset, privatpraktiserande spesialist i klinisk psykologi

KJØNNS- INKONGRUENS



Faksimile av septemberutgaven



Stadig fleire unge angrar på kjønnskorrigerande behandling med irreversible og livslange konsekvensar

unge med debut av kjønnsdysfori rundt pubertetsalder og med mentale helseproblem, i dag utgjør majoriteten av unge som gjennomgår kjønnskorrigerande behandling.

SVAKT KUNNSKAPSGRUNNLAG

Internasjonalt går stadig fleire land bort ifrå bekreftingsmodellen i behandling av mindreårige. På grunn av det svake kunnskaps- og praksisgrunnlaget i modellen blir medisinsk behandling gitt unntaksvis (i studier), t.d. i Finland, Sverige og UK.

Særleg verd å merke seg er at liberale Sverige har valt å gå bort ifrå den desentraliserte organiseringa som Norge no legg opp til, og går bort ifrå bekreftingsmodellen. Etter ein systematisk kunnskaps- og praksisgjennomgang har svenskane bråvendt og har bestemt at psykososial støtte og psykoterapi alltid skal vere første behandlingsalternativet for barn/unge med kjønnsdysfori. Også American Academy of Pediatrics (AAP) har nyleg uttalt at majoriteten av barn ikkje skal ha medisinsk behandling med hormonar og kirurgi.

Stadig fleire unge angrar på kjønnskorrigerande behandling med irreversible og livslange konsekvensar. Dette medverkar til at gruppa av ungdommar, forskarar, behandlarar og foreldre som åtvarar mot den kjønnskorrigerande behandlingsmodellen, er i rask vekst.

TILRÅDING

Lavterskeltilbud som enkelt bekrefter kjønn, er risikabelt når det gjeld sårbare barn og unge med høg forekomst av komorbiditet. Ca. 85 % veks av seg kjønnsdysforien (Ristori & Steensma, 2016), og bekreftingsmodellen har (til skilnad frå «watchful waiting») vist at i nesten 100 % av tilfella fører det til konsolidering av kjønnsdysforien (Olson et al., 2022).

Våre naboland har ut frå internasjonal konsensus om eit svakt kunnskapsgrunnlag og risiko for feilbehandling drastisk endra kurs overfor mindreårige med kjønnsinkongruens. Tilbudet er no grundige utredningar og psykoterapi, i tråd med anerkjent barnepsykiatrisk praksis. ✕

REFERANSER

- Helsedirektoratet (2020). *Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens/pasientrettigheter-og-helsehjelp-til-personer-med-kjonnsinkongruens>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Tyolajarvi, M. & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M. & Devor, A. (2022). Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Ristori, J. & Steensma, T. D. (2016). Gender Dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Russell, D. H., Hoq, M., Coghill, D. & Pang, K. C. (2022). Prevalence of Mental Health Problems in Transgender Children Aged 9 to 10 years in the US, 2018. *JAMA Network Open*, 5(7), e2223389. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.23389>



Faksimile av novemberutgaven

Forebygging på bekostning av de sykeste

For hvilken annen livstruende og invalidiserende lidelse ville vi godtatt forslaget om forebygging fremfor behandling?



«**DE SISTE 30 ÅR** har volum, tilgang og kvalitet i behandling av psykiske lidelser økt kraftig. Men forekomsten i befolkningen er uendret. Tretti års utbygging av behandling har ikke hatt noen virkning på forekomsten.» Sitatet er hentet fra Arne Holtes debattinnlegg i novemberutgaven av Psykologtidsskriftet.

Hvordan kan det ha seg at så mange pasienter opplever å bli avvist eller ufullstendig behandlet i spesialisthelsetjenesten nå, hvis det stemmer at volum, tilgang og kvalitet har økt, mens forekomsten er uendret?

Kan det være at volum, tilgang og kvalitet var elendig for 30 år siden, godt tilpasset for 20 år siden, men at tilgang og kvalitet nå er drastisk redusert på grunn av tilpasningen til markedstankegang i det psykiske helsevernet for voksne? Kan det være at den uendrede forekomsten består av en endret pasientgruppe som er sterkere preget av determinantenes strammede halsgrep?

UFORSVARLIG

Er det ikke medisinsk uetisk og direkte uforsvarlig å konkludere med at uendret forekomst bør lede til økt forebygging på bekostning av

behandling? Prioritering av de letteste lidelsene på bekostning av de tyngste?

Forebygging er viktig. Determinantene er viktige å holde blikket på og forbedre, men kan egentlig forekomsten av for eksempel schizofreni og bipolaritet forebygges? Er det ikke heller slik at de verste konsekvensene av disse lidelsene kan forebygges og lindres gjennom behandling og tryggende oppfølging?

For hvilken annen livstruende og invalidiserende lidelse ville vi godtatt forslaget om forebygging fremfor behandling? Hvor mange hadde tiet om du trakk samme konklusjoner ved kreft eller diabetes eller hjertelidelser? – Antall krefttilfeller går ikke ned, så nå satser vi på forebygging heller enn behandling av de som er syke, og prioriterer i hvert fall de med de minst alvorlige sykdomsbildene!

Det hadde blitt ramaskrik. Hver eneste politiker og avis og spesialist hadde kommet på banen med roper og brennende faner.

FYNDORDET «PAKKEFORLØP»

Ved å knappe fyndordet pakkeforløp fra kreftomsorgen har politikerne og spesialisthelsetjenesten selv også skapt et skinn av for-

TEKST Cecillie Cottis Østreng, brysom borger med PTSD

FOREBYGGING



svarlighet som ikke stemmer med virkeligheten. I onkologien er pakkeforløp en individuell plan over gangen i den nødvendige behandlingen for et spesifikt sykdomsbilde. I psykiatrien betyr det derimot et lite og avgrenset antall behandlinger, helt uavhengig av hva lidelsen egentlig krever. La oss i det minste snakke sant når vi dømmer andre ut av livet.

En forverrende determinanter for psykiske lidelser Holte ikke nevner, er også grumset av skyld og skam og fordommer som fremdeles hviler over pasientgruppa. Det holder oss tause og gjemt. Det gjør oss lette å avspise med dårlig eller ingen behandling. Den allerede mangelfulle behandlingsskapiteten skaper også nye pasienter, pårørende som får hovedansvaret for de tyngste pasientene og over tid utvikler egne lidelser og faller ut av arbeidslivet.

Ved å øke behandlingstilbudet for de letteste lidelsene kan vi forebygge at disse utvikler seg til å bli tunge og invalidiserende for mange, men det kan ikke skje på bekostning av dem som allerede er svært alvorlig syke.

NOK ET FAG

Skolen kan vi definitivt gjøre noe med, ja. Kompetente lærere og fag som styrker livsmestringen, trenger vi. Men slik skolen er innrettet nå, vil psykisk helse bare bli nok et fag med en akademisk innretning som skaper ytterligere nedergang og tap av mestring. Vi må kanskje begynne å se på determinantene i sammenheng, se på hva slags samfunn vi har skapt, og hvor mye uhelse vi tillater på andres bekostning.

Matfattigdom har igjen blitt et utbredt fenomen i Norge. For å ha god psykisk helse er trygghet viktig, tilhørighet, mestring og frokost, ikke sjangle til skolen og bli prøvd i enda et fag som kan stenge muligheten til en fremtid det går an å leve i. ✕

DEBATT OM FOREBYGGING

Tidligere innlegg:

Nr. 11 - 2022 Mer behandling er ikke det viktigste (Arne Holte)

Virkeligheten må forstås kritisk

Hedvig Montgomery blander sammen samfunnskritikk med moral og personlig smak.

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

ETIKK

I NOVEMBERUTGAVEN kritiserte jeg Montgomery for manglende yrkesetisk refleksjon omkring sitt arbeid for TV-produksjonsselskaper, en industri hun selv hevder påfører deltakere i reality-TV psykiske vansker. Montgomerys svar til meg i samme nummer illustrerer to misforståelser knyttet til hva samfunnskritikk er. For det første avfeier Montgomery min kritikk som politisk, og hevder at hun «forholder seg til virkeligheten slik den er» og ikke slik jeg angivelig «skulle ønske at den var». Min kritikk er politisk i den forstand at jeg anser yrkesetikken som gjeldende ikke bare i møte med den enkelte pasient, men også på områder i samfunnet der min kompetanse kan bidra til økt forståelse av betingelser som fremmer og hemmer menneskers livskvalitet og utviklingsmuligheter. Ønsker vi å påvirke den verden som våre pasienter lever i, så er det vanskelig å ikke være politisk. For det andre understreker Montgomery i sitt svar at det er viktig at psykologer ikke dømmer pasienter for livsvalg de tar eller bruk av TV og sosiale medier. Her blander imidlertid Montgomery samfunnskritikk med moral og personlig smak. For meg er det de negative konsekvensene som kommer i kjølvannet av reality-TV, som gjør at varsellampene blinker, og ikke mitt private syn på om reality-TV er bra eller dårlig. Et relevant aspekt for å forstå denne virkeligheten, er dessuten at den profittdrevne TV-industrien har mer å tjene på billige produksjoner som reality-TV, enn mer kostbare former for underholdning. I motsetning til Montgomery vil jeg oppfordre psykologer til å interessere seg for hvordan virkeligheten kan forstås kritisk og nyansert, samtidig som man møter pasienter med en ikke-dømmende holdning. Som yrkesgruppe har vi blitt mektig, og vi er i høyeste grad med på å påvirke samfunnsutviklingen. ✕

Vi jobber for traumepasientene

Kristin Lyse utfordrer oss om tilbudet til pasienter med omfattende traumer. Vi jobber for dem på flere fronter.

LA OSS aller først få si at Psykologforeningen deler bekymringen for tilbudet til denne gruppen. Vi er bekymret for behandlingstilbudet som pasienter med psykisk lidelse mottar generelt, basert på svarene i våre medlemsundersøkelser fra 2019 og 2021. Prinsippprogrammet vårt sier at helsetjenester er et offentlig ansvar, og at alle har rett til psykisk helsehjelp på lik linje med somatisk helsehjelp. Prinsippene er per i dag ikke oppfylt, og vi mener at tilbudet om psykisk helsehjelp er i forverring.

Her kommer et konkret svar på utfordringen: Vi mener at denne gruppen bør tilbys hjelp i spesialisthelsetjenesten, enten ved et DPS eller hos en avtalespesialist. Hva som er mest hensiktsmessig, avhenger av pasientens behov. Trenger vedkommende koordinerte tjenester og akutt beredskap, bør det være på et distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Dersom pasienten er mer stabil og først og fremst har behov for psykologisk behandling, er det hensiktsmessig med en avtalespesialist.

I innlegget til Lyse løftes problemstillinger som krever at vi forklarer vår politikk på flere områder: Psykologforeningen mener antall hjemler for avtalespesialister bør økes. Likevel motsetter de regionale helseforetakene seg dette, til tross for helsepolitikernes ønsker. Det har blitt lagt ned iherdig innsats fra foreningen i forsøk på å ansvarliggjøre beslutningstakerne og samtidig forhindre unødig byråkratisering av ordningen. Avtalespesialistene inngår i spesialisthelsetjenestens tilbud, som også består av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseforetakene. Disse tjenestene er feilstyrt og underdimensjonert, noe som har blitt påpekt blant annet av Riksrevisjonen og Barneombudet, og som også våre egne medlemsundersøkelser har vist. Vårt arbeid er forankret i vår strategi for spesialisthelsetjenesten, bestilt av landsmøtet i 2019, som vi jobber etter politisk.

Satsingen på psykologer i kommunen er nybrottsarbeid. I lys av at kommunen har et ansvar som spenner fra forebygging til behandling, mener vi at psykologer kan fylle flere ulike roller. Det innebærer blant annet forebygging og tjenesteutvikling, lavterskel behandling og oppfølging av pasienter med sammensatte og alvorlige psykiske lidelser. Slike eksempler finnes det flere av i norske kommuner. Når Lyse siterer meg fra Dagsnytt 18, er det knyttet til lavterskelbehandling, hvor det er viktig å raskt kunne avdekke pasienter som kan trenge mer omfattende hjelp i spesialisthelsetjenesten. Vårt forslag om en delfinansiering av psykologer er knyttet til problemet med rekruttering som Lyse påpeker. Vi ser at kommuner lyser ut enkeltstillinger eller brøkstillinger som psykologer ikke søker på fordi de ønsker et fagmiljø. Bistand fra staten ville avhjelpe dette, og er blant tiltakene vi jobber for gjennom vår strategi for psykologer i kommunen.

Psykologforeningen deler våre medlemmers frustrasjon og bekymring over tilbudet til pasientene og forholdene i helsetjenestene. Hver dag jobber vi for å snu utviklingen. Vi berømmer Kristin Lyse for å ta pennen fatt og sette ord på problemene hun ser, og oppfordrer alle medlemmer til å gjøre det samme: Overfor ledelse, politikere og myndigheter og i debattspaltene. ✕



TEKST Håkon Kongsrud Skard, president i Norsk psykologforening

AVTALE- SPESIALISTER



Det har blitt lagt ned iherdig innsats fra foreningen i forsøk på å ansvarliggjøre beslutningstakerne

DEBATT OM AVTALESPELISTER

Tidligere innlegg:

Nr. 11 - 2022 Delfinansiering av psykologer uten avtale (Kristin Lyse)

Vi trenger en klimarevolusjon i foreningen

Vi må revolusjonere egen organisasjon og kultur slik at flere flinke psykologer kan bidra til å endre samfunnsstrukturene i mer klimavennlig retning.



TEKST Harald Selås,
psykolog i Comte
Bureau

**KLIMA- OG
MILJØPSYKOLOGI**

HAR PSYKOLOGER NOE å bidra med i den økologiske krisen?

Absolutt, mener Svein Åge Johnsen i oktoberutgaven av tidsskriftet, og peker på åtte områder jeg synes er viktige. Men jeg kjenner samtidig på en stor elefant i rommet: Som faggruppe er vi stolte av å være eksperter på menneskelig atferd. Vi vet fra tunge klimarapporter at det meste av omstillingen for å nå klimamålene innebærer atferdsendring hos store grupper av mennesker. Dermed bør vi være helt sentrale aktører i arbeidet med å få til slike endringer. Det er vi ikke i dag.

DEN KLINISKE ELEFANTEN

Som faggruppe er vi vant til å vurdere pasienters livskontekst. På samme måte bør vi se på hvilken kontekst psykologer jobber i. Det finnes i dag tydelige insentiver for å jobbe klinisk, og disse insentivene er skapt av vår fagforening. Det handler både om lønn, sosialt press og hvordan psykologrollen defineres. Psykologforeningen har over mange år vært meget god til å fremme interessen til kliniske psykologer. Det har skapt bedre lønnsvilkår og utvidet arbeidsmarkedet. Men det er få insentiver til å erstatte klinisk praksis med arbeid som sentrerer seg rundt temaer som eksempelvis:

- Hvordan bygge studentboliger som motvirker ensomhet?
- Hvordan påvirke folk til å kjøpe mer bærekraftige produkter i butikken?

- Hvordan få en arbeidsplass til å inkorporere ny (bærekraftig) teknologi på en effektiv måte?

PROBLEMET

Det er naturligvis ikke et mål i seg selv at alle psykologer skal jobbe med eksempelvis klimaspørsmål. Men hvordan kan vi støtte dem som er nysgjerrige på å jobbe med et systemperspektiv?

Psykologer blir gjerne invitert inn når det er snakk om psykisk helse i system (ref. Kjøsutvalget), men hvor ofte tenker en politiker, leder eller ingeniør: «Bedriften vår er ikke miljøvennlig nok – vi trenger å få med en psykolog for å løse saken!» Etter min erfaring er svaret så godt som aldri. Kommentarer som «her kommer psykologen, hvem trenger terapi?» er mer vanlige.

For å sette det på spissen: I næringslivet er det få som forventer at psykologer kan bidra med noe verdifullt så lenge de ikke snakker om temaer relatert til psykisk helse.

LØSNINGEN

Så hva skal til for at psykologer faktisk klarer å bidra inn i de store samfunnsmessige utfordringene vi møter i tiden fremover? Her er mine syv forslag til tiltak:

Vi trenger salgspitchen på gruppenivå.

Vi trenger en fagforening som gjør psykologers kompetanse kjent til nye grupper. Når ledere tenker «vi trenger hjelp til å gjennomføre

store teknologiske endringer i bedriften vår», så vil jeg at psykologer i det minste er en aktuell gruppe i deres hoder. Dette er en kommunikasjonsjobb som må gjøres sentralt.

Vi trenger et kulturskifte. Det betyr at vi i mindre grad beskytter vår posisjon som eksperter på psykisk helse, og tenker på alle mulighetene som finnes der ute. Hvordan kan vi legge til rette for at man forsterker innovativ og utprøvende bruk av psykologisk kunnskap? Hvordan hindre at annerledeshet er forbundet med følelsen av utenforskap fra psykologfelleskapet?

Vi trenger naturligvis flinke fagfolk. Men vi kan ikke la den enkelte psykolog ta ansvaret for denne utviklingen. Vi trenger en fagforening og et psykologfelleskap som har et felles mål om å utvikle psykologrollen slik at det er naturlig å bidra også til å løse de store samfunnsutfordringene. Vi trenger at Psykologforeningens klimautvalg fortsetter sitt arbeid, men også at innsikter og resultater kommuniseres tydeligere internt i faggruppen, og ut til verden.

Vi trenger kurs i hvordan bruke psykologkompetanse i nye markeder. Hvordan jobbe tverrfaglig med designere, økonomer og arkitekter? Hvordan bruke spisskompetansen vår på atferd inn i et virvar av et system som den virkelige verden er?

Vi trenger et spesialiseringsløp som åpner for å jobbe med anvendt psykologi på innovative måter. Så lenge jeg jobber i konsulentbyrået jeg er ansatt i, får jeg ikke starte på Fellesprogrammet engang.

Vi trenger lederforankring. Som fagforening har Psykologforeningen definerende og kulturbærende makt. Derfor er det viktig at ledelsen viser vei. Har psykologer potensial til å bli en del av løsningen på den økologiske krisen, eller er «psykologiens rolle overdrevet»? Å utforske hvor langt psykologien kan ta oss, er mye mindre skremmende om man har lederne sine i ryggen.

La oss sammen revolusjonere egen organisasjon og kultur for at flere flinke psykologer kan bidra til å endre samfunnsstrukturene i mer klimavennlig retning. Så vi ikke bare blir sittende og behandle klimakrisens uønskede symptomer i etterkant. Det er bra for samfunnet, psykologers jobbmuligheter og vår plikt som profesjonsgruppe.

Hvordan vil Norsk psykologforening bidra? ✕



Vi trenger et spesialiseringsløp som åpner for å jobbe med anvendt psykologi på innovative måter

DEBATT OM KLIMA- OG MILJØPSYKOLOGI

Tidligere innlegg:

Nr. 10 - 2022 Vi trenger mer psykologi i møtet med den økologiske krisen (Svein Åge K. Johnsen)

Nr. 08 - 2022 Den økologiske krisen i psykologien (Lina Søreide Slåttå)

Nr. 03 - 2022 Slik kan psykologer ta ansvar for klima (Bjørn Z. Ekelund)

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 7-stilen.

Inntrykk

Essay og anmeldelser

ANMELDT: BOK

Uvitenskapelig om idrettspsykologi

Forfatterne av *Idrettspsykologi* tar enkelte interessante valg, men mislykkes i sitt forsøk på å skrive en vitenskapelig bok om emnet.



BOK *Idrettspsykologi*
– motivasjon, ledelse
og prestasjon

FORFATTERE

Elsa Kristiansen og
Hedda Berntsen

FORLAG

Universitetsforlaget

UTGITT 2021

SIDER 240

ANMELDT AV

Henrik Herrebrøden

TROSS GODE NORSKE bøker om enkeltemner (f.eks. Meland, 2014), har Norge manglet en samlede bok som syntetiserer vitenskapen knyttet til det å prestere, fra et psykologisk perspektiv. Arbeidet til Willy Railo, blant annet boken *Best når det gjelder* (1983), lever i beste velgående. Dette er også en av de første kildene som Kristiansen og Berntsen oppgir i sin nye bok *Idrettspsykologi – motivasjon, ledelse og prestasjon*. De anerkjenner Railos arbeid, men presiserer samtidig at vi har større kunnskap i dag enn på åttitallet, og at deres nye utgivelse er «en vitenskapelig bok om idrettspsykologi» (s. 13). Dessverre er de aldri i nærheten av å leve opp til det de lover, ei heller å overgå Railos bidrag.

VILKÅRLIG TEMAVALG

Boken er delt i tre, med separate temaer: *motivasjon, ledelse og prestasjon*. Hvorfor akkurat disse tre temaene er valgt på bekostning av andre, og hvordan de henger sammen, gis det liten forklaring på. I første del går forfatterne gjennom sentrale teorier knyttet til målsetting og hva som driver oss mennesker til handling. Dette inkluderer blant annet selvbestemmelsesteorien, målorienteringsteorien og Banduras teori om mestringstro. Del to omhandler ledelse. En mer presis tittel for denne delen ville imidlertid vært «Politikk». Her drøftes norsk idrett på et organisatorisk nivå, med søkelys på barne- og ungdomsidrett, eliteidrett og kvinner i idretten, før delen avsluttes

med et skråblikk på mediens rolle og hvordan utøvere kan forholde seg til dette. Siste del, om prestasjon, innledes med et teoretisk orientert kapittel om emosjoner, før neste kapittel drøfter hvordan disse bør reguleres gjennom indre dialog. Vårt emosjonelle liv er et tema som dukker opp igjen i siste kapittel, om stressmestring, kun avbrutt av et kapittel om visualisering.

FEILER I SITT VITENSKAPELIGE OPPDRAG

Det største problemet er at forfatterne ikke holder det de lover. Boken feiler i sitt vitenskapelige oppdrag. For det første inneholder den svært få vitenskapelige kilder. Forfatterne refererer like gjerne til nyhetsartikler, filmer, podkaster og lignende som til forskning. En nyhetsartikkel om en skytter blir brukt som støtte til et poeng om at det gjelder å ha lav puls (s. 190), og et avisintervju med Jan Åge Fjørtoft blir brukt for å underbygge ideen om «24-timers-utøveren» (s. 121). Anekdoter om Sølvguttenene (med henvisning til Sølvguttenes nettside), fordelt over tre sider i boken (s. 101–103), skal belyse hva et godt prestasjonsmiljø innebærer. De få gangene det henvises til mer vitenskapelige verk, er det gjerne til lærebøker, og disse blir ofte sitert i påfølgende setninger. Mye av teorien det refereres til, er svært gammel, gjerne fra 50-tallet (s. 177) eller 70-tallet (s. 215). Forfatterne går heller ikke av veien for å lage sine egne modeller, der det finnes åpenbare alternativer i den etablerte forskningslitteraturen.

Et eksempel på dette er «Heddass $g\ddot{y}^2$ -formel» (s. 44), som oppmuntrer utøvere til å ha det mer gøy og dermed bli mer villige til å trene, fremfor forskningsbaserte tips om hvordan trening kan organiseres for å øke sannsynlighet for mestring (se f.eks. Ericsson, 2020; Wulf & Mornell, 2008).

De gangene forfatterne henviser til forskning, skjer det ofte på måter som er spekulative og mangelfulle. Eksempelvis brukes en kassustudie (Woodcock et al., 2012) som dekning for at mental trening er effektivt for å regulere emosjoner (s. 176). Ved flere tilfeller gjengir forfatterne forskning på måter som er regelrett feil. De er blant annet med på å spre myten om «10 000-timers-regelen» – at dette er antallet timer du må trene for å bli en ekspert – og hevder at den stammer fra Anders Ericsson og kollegers (1993) forskning på idrettsutøvere og musikere. Ericsson og kolleger nevner aldri noen regel om 10 000 timer i sin klassiske artikkel. Studien hadde dessuten kun deltakere som var musikere (ingen idrettsutøvere). «Regelen» som omtales, kommer fra Malcolm Gladwell (2008), som skrev en populærvitenskapelig bok med egne tolkninger av Ericssons forskning.

En annen feil er at forfatterne refererer til FIFPRO-undersøkelsen om fotballspilleres mentale helse, og hevder at 43 % av de norske fotballspillerne som deltok, led av angst og depresjon. Noen klikk inne på undersøkelsens nettside (FIFPRO, 2020) viser det de fleste psykologer kunne gjettest: 43 % har rapportert *symptomer* på angst eller depresjon (dersom 43 % av fotballspillere hadde lidd av depresjon og angst, hadde moderne fotball muligens vært enda mer målfattig). Forfatterne bruker sågar sin egen forskning (Kristiansen et al., 2008) som referanse på feilaktig vis, da de siterer den for å underbygge viktigheten av kontinuerlige tilbakemeldinger fra trener (s. 220). Trenerens tilbakemeldingsfrekvens blir verken målt eller drøftet i studien som de siterer.

Noen ganger går den manglende dokumentasjonen ut over forfatterens eget budskap. I et kapittel som skal tale kvinners sak, oppleves det som uheldig at de blant annet lener seg på enkeltstående sitater om at kvinnelige utøvere trenger en annen oppfølging enn mannlige utøvere, og at man må «bruke smilefjes» når man skriver tekstmeldinger til dem (s. 128), fremfor å henvise til vitenskapelige studier om kvinners behov.

Avslutningsvis er det verdt å nevne språket, som undergraver det vitenskapelige alibiet ytterligere. Boken fremstår ofte formanende med en svært lite vitenskapelig tone, med formuleringer som «har utrolig mye å si for prestasjon» (s. 131), «flott å se» (s. 139), «utrolig stresskilde» (s. 224), «digge følelser» (s. 176) eller: «Det sier seg selv at ...» (s. 222) (sistnevnte formulering skjer i forbindelse med et poeng som undertegnede er uenig i). Flere partier virker noe vilkårlig oversatt fra originalkilder. Dette, kombinert med en rekke skrivefeil samt oppgitte kilder som mangler i referanselisten, styrker et inntrykk av en bok som er skrevet i hastverk.

KUNNE HATT POTENSIAL

Boken kan dessverre ikke anbefales, og den burde aldri vært utgitt i sin nåværende form. Som veileder for unge studenter i idrettspsykologi ville jeg ansett det som mer hensiktsmessig at de ikke leser boken, ettersom den inneholder feil og uheldige synspunkter, bygd på mangelfullt vitenskapelig grunnlag. Forfatterne tar imidlertid noen interessante valg, og boken kunne hatt potensial dersom den hadde fulgt en mer vitenskapelig tilnærming. Det er eksempelvis relevant å ta opp temaer som medienes rolle samt hvordan sosiale medier påvirker utøvere (se f.eks. s. 149).

Men forfatterne går ikke i dybden, og det burde vært referert til relevant forskning også her (f.eks. Encel et al., 2017).

Idrettspsykologi er en relativt fersk disiplin innen fagfeltet vårt, og vi må erkjenne at vi har en lang vei å gå i Norge. Jeg tror det finnes et marked for den som evner å sammenfatte idrettspsykologi på en begripelig og samtidig vitenskapelig måte – men det må gjøres bedre enn dette. Inntil videre er fremdeles Willy Railos utgivelser et sted å starte for den som ønsker å lære om idrettspsykologi. ✘

REFERANSER

- Encel, K., Mesagno, C. & Brown, H. (2017). Facebook use and its relationship with sport anxiety. *Journal of Sports Sciences*, 35(8), 756–761. <https://doi.org/10.1080/02640414.2016.1186817>
- Ericsson, K. A. (2020). Towards a science of the acquisition of expert performance in sports: Clarifying the differences between deliberate practice and other types of practice. *Journal of Sports Sciences*, 38(2), 159–176. <https://doi.org/10.1080/02640414.2019.1688618>
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T. & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
- FIFPRO. (2020, 7. februar). *Mental health problems in football*. <https://fifpro.org/en/supporting-players/health-and-performance/mental-health/mental-health-problems/>
- Gladwell, M. (2008). *Outliers: The story of success*. Little, Brown and Company.
- Kristiansen, E., Roberts, G. C. & Abrahamsen, F. E. (2008). Achievement involvement and stress coping in elite wrestling. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(4), 526–538. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00646.x>
- Meland, A. (2014). *Stillhetens råskap*. Cappelen Damm.
- Railo, W. S. (1983). *Best når det gjelder: Praktiske råd i idrettspsykologi og mental trening*. Norges idrettsforbund.
- Woodcock, C., Cumming, J., Duda, J. L. & Sharp, L. A. (2012). Working within an Individual Zone of Optimal Functioning (IZOF) framework: Consultant practice and athlete reflections on refining emotion regulation skills. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(3), 291–302. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.11.011>
- Wulf, G. & Mornell, A. (2008). Insights about practice from the perspective of motor learning: a review. *Music Performance Research*, 2, 1–25.

Godt og grundig om ROP-lidelser

Komplekse problemstillinger stiller høye krav til kompetanse, og samhandling mellom instanser. *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak* kan bidra til å bedre samarbeidet.



BOK *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak. Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*

FORFATTER

Lars Lien (red.) og
Tore Willy Lie (red.)

FORLAG

Fagbokforlaget

UTGITT 2022

SIDER 344

PERSONER MED SAMTIDIG rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelser) har ofte langvarige problemer med høy morbiditet og mortalitet, mange psykososiale vansker og svakere behandlingsrespons enn personer med andre typer psykiske lidelser. I tillegg er helsehjelpen fordelt mellom psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kommunehelsetjenesten, noe som understreker viktigheten av tverrfaglig samarbeid. Helhetlige og sammenhengende tiltak er et gjennomgangstema i boken *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak* av Lars Lien og Tore Willy Lie (red.). Tverrfaglighet og samhandling knyttes blant annet til integrerte behandlingstiltak (behandling av både den psykiske lidelsen og rusmiddel-lidelsen), ambulante ACT- og FACT-tilbud, botilbud, jobbtiltak, motiverende tiltak og brukermedvirkning. I tillegg inneholder boken interessante kapitler om samarbeid med politiet og kriminalomsorgen, somatisk sykdom og levevaner, vold og suicidalitet, pasienten og fastlegen, perspektiver på tvang, samt om recovery-modellen.

«SKYVESPILET» OG ANDRE FALLGRUVER

Mange av temaene er presentert i tidligere bøker, men en fordel med denne utgivelsen er at tiltakene omtales spesifikt for pasienter med ROP-tilstander. Redaktørene presenterer innledningsvis sine tanker om betydningen av samhandling for denne pasientgruppen, og vektlegger horisontalt og vertikalt samarbeid i et pasientforløp. For å lykkes fremheves betydningen av at helsepersonell danner

et helsefelleskap, hvor de blant annet etterstreber å unngå «skyvespillet» – der ansvaret hele tiden skyves over til andre – ved å gjøre seg kjent med hverandres tjenestetilbud og spille hverandre gode. Boken gir gjennomgående realistiske kasuseksempler som gjør stoffet forståelig og mer praktisk anvendelig, og stiller i tillegg tankevekkende refleksjonsspørsmål rundt temaene som presenteres. I kapitlet om kartlegging og utredning fremheves det at to tredjedeler av de som kommer til behandling for rusmiddelavhengighet, også trenger behandling for primære psykiske lidelser. En grundig kartlegging vil kunne gjøre det lettere for behandlere å fange opp dette, noe som kan bedre pasientforløpet. Kapitlet presenterer nyttige forslag til hvordan kartleggingen bør utføres både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke mulighet til å gå inn på alle kapitlene i denne anmeldelsen, men om jeg skal trekke frem ett kapittel, synes jeg spesielt det om pårørendearbeid er sterkt. Kapittelforfatter Anne Kristine Bergem klarer å legge frem pårørendeperspektivet på en faglig, kunnskapsrik og samtidig levende måte. Leseren får gjennom boken en grundig innføring i mange omfattende fagområder og nyttige referanser til videre lesing. Etter å ha lest boken sitter jeg personlig igjen med færre kunnskapshull.

FREMTIDIG PENSUMLITTERATUR

Etter min mening har de mest spennende nyvinningene på fagfeltet det siste tiåret funnet sted innen kommunehelsetjenesten. Som psykologspesialist kunne jeg derfor ønsket mer

ANMELDT AV

Rolf W. Gråwe



SAMMENVEVD Integreerte behandlingstiltak er et gjennomgående tema. Foto: Lyntha Scott Eiler / Library of Congress

utfyllende beskrivelser av de mange gode tiltakene som finnes i kommunene og innholdet i disse. Særlig har storbyene våre et mangfold av tilbud. For å nevne noen få: hasjavvenningskurs, oppsøkende team, primærhelseteam, mestringsteam, brukerdrevne tiltak, skadereduserende tiltak, overdoseteam, brukerrrom, spesifikke tiltak for ungdom og enheter for psykisk helse og rus.

Som professor kunne jeg også satt pris på større vektlegging av up-to-date empiri om fagstoffet i boken. Det vil si flere referanser til behandlingsstudier og oversikts-studier med effektstørrelser og assosierte behandlingsretningslinjer (av typen «best practice»).

Selv om boken til Lien & Lie dekker en del temaer som beskrives i andre bøker, plasserer den seg oppe på pallplass over mine favoritter. Forfatterne har sydd sammen en meget god fagbok og klarer på en glimrende måte å samle tiltak med fellesnevneren *samarbeid* på alle tjenesteområder for personer med ROP-lidelser. En del kapitler i denne boken vil nok bli å finne på mange pensumlister, inkludert de pensumlistene jeg selv lager. ✘

”

En del kapitler i denne boken vil nok bli å finne på mange pensumlister, inkludert de pensumlistene jeg selv lager

Vil du anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

Redaksjonen bistår med å skaffe anmeldereksemplarer.

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

Kontakt oss for mer informasjon: redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Skriv for oss/anmeldelser:



Startskuddet har gått: Vi har viktig arbeid foran oss

En ny landsmøteperiode er i gang, og vi som er valgt av dere, takker for tilliten og bretter opp ermene for de neste tre årene. Nye utfordringer og store muligheter venter oss. Stikkordet er gitt: Vi har viktig ARBEID foran oss.

FOTO: FARTIN RUDJORD



TEKST

Håkon Kongsrud
Skard, President

Vi psykologer har et betydningsfylt samfunnsoppdrag i et Norge der helsevesenet er under press, oljepengebruken skal ned, befolkningen blir eldre, og der utsatte barn ikke får den hjelpen de trenger og har rett på. De neste tre årene kan enda flere unge permanent havne utenfor arbeidslivet, og fattigdomspilene peker oppover. Samfunnet trenger oss.

De neste årene vil psykologer fortsatt oppleve stramme budsjetter med stadig flere oppgaver og færre hender. Dessuten har helsevesenet store overordnede problemer med rekruttering, og mens dyre nye bygg reiser seg, hentes pengene med ostehøvelkutt i helsetjenestene.

Paradokset er at vi samtidig er inne i psykologiens tidsalder.

For psykologi og psykologer har større synlighet for folk i det norske samfunnet enn noensinne. Som profesjon er vi svært synlige i mediebildet og rådgir daglig befolkningen om psykisk helse. Samtidig er det få psykologer i posisjoner i norsk politikk og forvaltning, og psykologisk kunnskap inkluderes altfor lite i arkitekturen og utformingen av det norske samfunnet.

Psykisk helse bør være med i all samfunnsplanlegging: Arbeidsliv, helse og oppvekst og befolkningens livsløp. Her har vi fortsatt en vei å gå.

For de neste tre årene har Landsmøtet nå staket ut en politisk kurs og valgt medlemmer til å ikle våre sentrale tillitsverv. Vi takker for tilliten, og skal gjøre vårt ytterste for å svare på samfunnets utfordringer og Landsmøtets ønsker i den nye perioden.

For å klare dette er vi avhengige av god kommunikasjon med alle våre medlemmer. Foreningen er derfor i gang med å oppdatere og fornye

vår digitale infrastruktur for å bedre kommunikasjonen med dere, og gi lettere tilgang til nødvendig, relevant og interessant informasjon. Denne høsten har vi derfor gjennomført et stort prosjekt med et nytt medlemssystem som nå er godt på plass, og klart for at alle medlemmer tar det i bruk. Neste skritt er nye hjemmesider i løpet av neste år og mer aktive sosiale mediekkanaler. Til sammen skal vår nye digitale struktur gi alle medlemmer bedre mulighet til å skaffe seg informasjon om våre kurs, foreningens politikk, medlemsaktiviteter og mye mer. Vi håper at arbeidet med å lette kommunikasjonen vil bære frukter, og bli en velkommen endring for alle!

Vår digitale fornyelse er politisk ønsket og bestilt, men krever både kompetanse utover den psykologiske og en tidshorisont som er lengre enn en landsmøteperiode. Det er et lagarbeid bestående av eminente tillitsvalgte medlemmer og våre dyktige ansatte i sekretariatet. De jobber på oppdrag fra oss medlemmer, gjør sitt ytterste for å oppfylle våre ønsker og visjoner for foreningen og fortjener en stor takk for det uvurderlige arbeidet de gjør.

Dette lagarbeidet hviler på medlemmenes støtte og innsats. Så la oss sammen ta fatt på de samfunnsoppgavene som kreves i de neste tre årene.

Hvis vi skal lykkes med å gjøre psykisk helse til en naturlig del i all samfunnsplanlegging fremover, vil det kreve langsiktig og iherdig innsats på flere fronter. For i dag er det fortsatt en lang vei å gå innen arbeidsliv, helse og oppvekst og alle de ulike sektorene som påvirker befolkningens livsløp.

Slik alle aspekter av et menneskes liv er relevant for deres psykiske helse, er psykisk helse relevant i alle aspekter av livet.

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

Psykologforeningen skifter IT-systemer. Det har stor betydning for deg som er medlem, er i spesialisering eller tar kurs hos oss.

I slutten av oktober skiftet vi medlemssystem, kurssystem og saksbehandlingssystem. Med det har vi fått helt ny «Min side» for deg som bruker nettsiden vår. De nye systemene skal gjøre det lettere for alle medlemmer å følge sin egen spesialisering og etterutdanning, gjøre foreningen mer tilgjengelige og kommunikasjonen mellom oss raskere og bedre.

Innkjøringen av systemet har kommet med noen begynnerfeil som dessverre har medført noen utfordringer med bruken for våre medlemmer, men dette er nå i hovedsak rettet opp.

LAG NETTSIDE-BRUKER

Alle må registrere seg som ny bruker. Du vil ikke lenger trenge passord for å logge inn, men vil få tilsendt engangskode via SMS til din mobil. Mobilnummeret er ditt brukernavn.

For at registrering av ny bruker skal gå automatisk, må både e-post og mobiltelefon stemme overens med det du opplyser i registreringskjemaet, og det som står om deg i medlemsregistret. Hvis bare en av de to stemmer, vil du ikke få laget bruker, og må kontakte medlemsservice på telefon 23103130 eller e-post medlemsservice@psykologforeningen.no for å få rettet dette først.

Hvis systemet ikke gjenkjenner hverken e-postadresse eller telefonnummer, vil det bli opprettet en ny bruker som ikke er medlem. Da må du logge inn på Min side, klikke «Vis profil» og oppdatere både kontaktinformasjon og samtykker. Hvis dette er feil og du allerede er medlem eller har gått på kurs hos oss tidligere, må du snarest mulig kontakte medlemsservice og informere om at din nettbruker ikke ble knyttet til riktig kontakt i medlemsregistret.

SE DIN SPESIALISERING OG LAST OPP DOKUMENTASJON AV PRAKSIS, VEILEDNING OG KURS

På «Min side» vil du se fremdriften i din spesialistutdanning. Kursene våre er knyttet til ditt konkrete spesialistprogram, og du vil se hvor mange kurstimer du har gjennomført, og hva som er kravet i det programmet.

Opplasting av dokumentasjon knyttet til praksis, veiledning og eksterne kurs skal skje under Kurs og utdanning – Spesialistutdanning – det aktuelle programmet. Vi behandler ikke doku-

menter som er sendt oss via e-post eller som sak i portal. På «Min side» får du oversikt over hva du har sendt inn av attester på veiledning og praksis, samt hvor mye praksis du hittil har dokumentert som er godkjent av saksbehandler.

Tidligere innsendt dokumentasjon er ikke overført til nytt system, men vi har tatt vare på all dokumentasjon. Hvis du vil at det skal vises i nytt system, må du selv laste det opp på nye «Min side». Vi anbefaler at du gjør dette hvis du ønsker å ha en oversikt over utdanningsløpet, men det er ikke et krav.

Kurspåmelding gjøres nå via nettsidene, og for våre medlemmer er det i stor grad som tidligere, da disse allerede har måttet logge seg inn på nettsiden for å få medlemspris.

SAKSBEHANDLINGSSYSTEM

Det nye medlemssystemet inneholder et saksbehandlingssystem. Dette vil sikre trygg og sikker kommunikasjon med medlemmer og brukere av nettsiden, som er spesielt viktig i sensitive saker. Det betyr at du kan melde inn dine saker via «Min side». Øverst til høyre på siden finner du menyvalget «Dialog», og under dette har du knappene «Ny sak», «Mine saker» og «Mine meldinger».

Velger du «Ny sak», vil du få opp et skjema hvor du skriver inn et emne og en beskrivelse av saken samt at du velger sakstype, slik at den kommer til riktig avdeling hos oss. Det er også mulig å laste opp dokumenter knyttet til saken. Når du har fylt ut alt og eventuelt lastet opp dokumenter, klikker du på «Send inn» og vi mottar saken i medlemssystemet vårt.

Når du får svar, vil disse både være knyttet til saken, slik at du finner dem under «Mine saker» ved å gå inn på den enkelte saken, men du vil også se alle meldinger som går mellom deg og oss under «Mine meldinger».

Send gjerne ris og ros til support@psykologforeningen.no!



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST

Joakim Solhaug,
assisterende
forhandlingssjef



Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

To-årig grunnseminar

Neste oppstart høstsemesteret 2023

Videreutdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

Utdanningen gir en innføring i psykoanalytisk og karakteranalytisk teori og metode. Psykologer og leger kan søke, og det er et krav at kandidaten har minimum to års klinisk praksis. Grunnseminaret har et begrenset antall plasser og består av 200 timer undervisning over fire semestre.

Grunnseminaret inngår i den karakteranalytiske utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi (Norsk psykologforening). Norsk Karakteranalytisk Institutt har per i dag avtale om adgang til økonomisk stønad til veiledning og egenbehandling under utdanningen. Som kandidat ved NKI har du også anledning til å søke refusjon fra HELFO for behandlingstimer du gir under utdanningen.

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:
www.karakteranalyse.no
eller på telefon 412 56 600

Søknadsskjema sendes til
kontor@karakteranalyse.no

Søknadsfrist: 31. mai 2023
På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig.

LEDIGE LOKALER



Ledige lokaler for psykolog

Vil du bli en del av vårt fellesskap?

KONTAKT
Espen Klevmark
tlf: 900 23 111
espen@enata.no

GRATIS PARKERING • RETT VED E6 • 40 MIN FRA OSLO

ALT
PÅ ETT
STED

NORGES STØRSTE HELSEPART

Lilleengveien 8, 1523 MOSS
www.lilleenghelsepark.no

LILLEENG
HELSEPART - for bedre livskvalitet



Bayley-4 lanseres i begynnelsen av 2023

Snart er den nye skandinaviske versjonen av Bayley her.

Bayley-4 er en test utviklet for å vurdere kognitiv, språklig og motorisk utvikling hos barn i alderen 1–42 måneder. Ved hjelp av Bayley-4 kan du identifisere eventuelle utviklingsforsinkelser samt få informasjon som kan hjelpe med planlegging av tiltak og vurdering av intervensjoner.

Bayley-4 består av fem deltester:

Kognisjon, Reseptiv kommunikasjon, Ekspresiv kommunikasjon, Finmotorikk og Grovmotorikk, samt inneholder også sjekklister for Tilfeldige observasjoner og Atferdsobservasjoner.

Les mer her:

www.pearsonclinical.no/bayley4info





Valgfritt program i

Systembasert arbeid med familier

Målet med det valgfrie programmet er å øke deltakernes forutsetninger for å arbeide systembasert med familier. Programmet vil være spesifikt rettet mot utvikling av psykologenes ferdigheter til å ivareta familier og deres medlemmer.

Målgrupper

Psykologer som jobber i psykisk helsevern for barn og unge eller voksne, rus- og avhengighetsbehandling, i kommunale tjenester, barne- og familievern eller habilitering. Programmet er også relevant for psykologer med erfaring fra somatiske tjenester og fra pårørendearbeid.

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

Om kurslederne

Pia C. Aursand er spesialist i familiepsykologi og har jobbet 15 år i familievernet. Hun er ansatt ved Homansbyen familiekontor og har lang erfaring med parterapi, flerkulturelle familier, æresrelatert vold og partnervold. Hun underviser i kulturforståelse, vold i nære relasjoner og parterapi.»

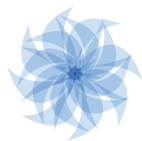
Trine Eikrem er spesialist i familiepsykologi. Hun har lang erfaring fra familievernet, og er nå leder for familievernets spisskompetansemiljø for vold og høykonflikt. Hun har skrevet bokkapitler om kulturforståelse og æresrelatert vold, og tar doktorgrad på barns deltakelse i mekling og opplevelsen av foreldrenes samlivsbrudd.

Sted og dato: Oslo, 14.-15. mars 2023 (kurs 1)

Påmeldingsfrist: 7. februar 2023

Medlemspris: kr 7 600 per kurs

Mer informasjon og påmelding: <https://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning>



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



Valgfritt program i

Psykoterapeutisk metode for barn og unge

Målgruppe

Psykologer som har fullført obligatorisk program for barne- og ungdomspsykologi. Andre med fullført obligatorisk program og minimum 2 års praksis med barn og unge kan søke opptak til dette valgfrie programmet. Psykologspesialister kan søke opptak på hele programmet som vedlikeholdsaktivitet.

Innhold

Emosjonsfokuset ferdighetstrening for foreldre (EFST) har fokus på å behandle psykiske vansker hos barn, eller hjelpe barn med emosjonsregulering, gjennom å veilede og støtte foreldrene.

Temaer som gjennomgås på programmet: Teoretiske rammeverk for EFST, emosjonsveiledning, reparere emosjonelle sår i relasjonen til barnet, praktiske rammer for foreldreveiledning og foreldrekurs.

Kursene

Fire kurssamlinger på to dager hver, totalt 64 timer over ett år. Undervisningen er seminarbasert, og vil gjennomgående integrere deltagerens praktiske erfaring med teori.

Kurslederne

Hanna Aardal er spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi og jobber ved Institutt for Psykologisk rådgivning i Bergen. Hanna har videreutdanning i emosjonsfokuset individualterapi, parterapi og familierapi.

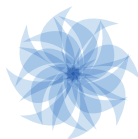
Ane Bente Gjul var utdannet psykolog i 2005 ved UiB, og er spesialist i klinisk voksenpsykologi. Hun jobber ved IPR Oslo og har videreutdanning innen emosjonsfokuset parterapi og emosjonsfokuset familierapi.

Sted og dato: Oslo, 15.-16. februar 2023 (kurs 1)

Påmeldingsfrist: 11. januar 2023

Medlemspris: kr 7 600 per kurs

Mer informasjon og påmelding: <https://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning>



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



Treffsikre og gode ansettelsesprosesser

Rekruttering og seleksjon for og av psykologer

Mens det tradisjonelle, ustrukturerte jobbintervjuet i liten grad bidrar til å identifisere den beste kandidaten for stillingen og samtidig bidrar til diskriminering, vil et strukturert, kompetansebasert intervju kunne gi mer treffsikre og mer rettferdige ansettelsesprosesser.

Målgruppe

Kurset er rettet mot psykologer som har ansvar for ansettelsesprosesser eller som ønsker å bidra til bedre ansettelsesprosesser i organisasjonen de er ansatt i. Programmer kan derfor være aktuelt både for ledere, tillitsvalgte og andre psykologer.

Innhold

Deltagerne vil få innføring og trening i bruk av verktøy for å finne og kartlegge relevant kompetanse hos psykologer. Verktøy som presenteres vil være maler for jobbanalyse og stillingsbeskrivelse, i tillegg til at utforming av annonser og valg av rekrutteringskanaler vil bli dekket. Opplæring i bruk av en nyutviklet intervjuguide som dekker generelle kompetanser for psykologer, vil være en sentral del av kurset.

Om kurslederne

Rudi Myrvang er psykologspesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, og har 25 års erfaring med å lære opp organisasjoner i hvordan gjennomføre gode rekrutterings- og seleksjonsprosesser. Han sitter i Psykologforeningens fagutvalg for organisasjonspsykologi.

Elisabeth Østrem er seniorkonsulent i AFF og tidligere konsulent fra testbransjen. Hun sitter i Psykologforeningens fagutvalg for organisasjonspsykologi. Elisabeth Østrem er konsulent på Solstrandprogrammet, vurdert av Financial Times som ett av verdens 50 beste lederutviklingsprogrammer.

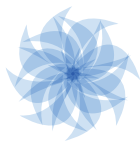
Kurset godkjennes som 16 timers vedlikeholdsaktivitet for psykologspesialister.

Sted og dato: Digitalt på zoom, 16.-17. februar 2023

Påmeldingsfrist: 12. januar 2023

Kursavgift: kr 6 600,-

Mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs_og_utdanning)



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



Vil du bidra inn i et spennende fagfelt, som er i stadig utvikling på Veslelien?

Psykolog/psykologspesialist

100 % fast stilling

Kirkens Bymisjon er en åpen og inkluderende, ideell og diakonal organisasjon som arbeider for et varmere samfunn i byer over hele Norge. Vår visjon er at alle mennesker erfarer respekt, rettferdighet og omsorg.

- Liker du tverrfaglig samarbeid?
- Liker du å være en del av et ungt og engasjert arbeidsfellesskap?
- Liker du å være deltakende i utvikling av en institusjon i endring og utvikling?
- Liker du å være en del av institusjonshverdag, hvor ingen dager er like og oppgavene varierte?
- Engasjeres du av å hjelpe mennesker med å realisere egne ønsker og mål

Da kan **du** være den vi ser etter.

Veslelien gir tverrfaglige spesialisert døgnbehandling til mennesker med rusmiddelavhengighet, ofte kombinert med somatiske – og/eller psykiske lidelser. Vi eies av Kirkens Bymisjon og jobber på oppdrag for Helse Sør-Øst og Helse Nord. Institusjonen har 50 behandlingsplasser med en behandlingsvarigheten er på inntil 9 måneder, enten i form av langtids- eller sekvensiell behandling.

Institusjonen vår ligger i naturskjønne omgivelser i Ringsaker kommune. Med store arealer både ute og inne ligger forholdene godt til rette for alt fra, rolige samtaler, fellesskap i stuene, trening på treningsrommet, musikkutøvelse på musikkrommet, ballspill på uteområdene eller turer i nærmiljøet.

Behandlingspersonalet består av psykiater, psykologspesialister, psykologer, leger, sykepleiere, vernepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer. Vi har særlig fokus på traumesensitiv tilnærming, både i miljøterapi og i individualbehandlingen.

Arbeidsoppgaver:

- Variert klinisk arbeid, med særlig fokus på utredning og psykoterapeutisk behandling av samtidig ruslidelser og psykiske lidelser
- Måltrettet tverrfaglig samarbeid både internt og med samarbeidspartnere
- Gruppebehandling, psykoedukative grupper
- Bidra med psykologfaglig kunnskap gjennom tverrfaglig samarbeid og veiledning av andre faggrupper

Kvalifikasjoner og egenskaper:

- Psykologspesialist eller psykolog med lisens eller autorisasjon (søkere som ikke har lisens eller autorisasjon som psykolog kan vurderes hvis det er kort tid til forventet lisens eller autorisasjon)
- Spesialisering fortrinnsvis i rus og avhengighet eller voksen
- Gode kommunikasjonsferdigheter i norsk (skandinavisk) både muntlig og skriftlig
- Erfaring fra, eller spesiell interesse for arbeid med rus og avhengighetsproblematikk
- Kunnskap om traumesensitiv tilnærming er ønskelig
- Erfaring med å drive grupper er ønskelig
- Evne til fleksibilitet; liker å arbeide både selvstendig og i team
- Gode relasjonelle ferdigheter
- Gode samarbeidsferdigheter
- Trives i tverrfaglig fellesskap
- Personlig egnethet vil bli vektlagt

Vi kan tilby:

- Et spennende og vidtfaende fagfelt i stadig utvikling
- Kvalifiserte og engasjerte kollegaer i et tverrfaglig miljø
- Gode muligheter for faglig videreutvikling
- Konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår
- Lavere stillingsprosent kan vurderes

Den som ansettes må kunne arbeide i overensstemmelse med Kirkens Bymisjons målsetninger og verdier.

Ved spørsmål om stillingen, ta gjerne kontakt med Kari Havdal, e-post kari.havdal@bymisjon.no eller Bengt Skar-Dagestad, e-post bengt.skar-dagestad@bymisjon.no.


Søknadsfrist: Snarest og innen 18.12.22

Tiltredelse: Snarest

Alle søknader må sendes inn elektronisk gjennom rekrutteringsportalen.

(Ønsker ikke kontakt med telefonselgere).

Ved NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

ER DU EN AV OSS?
NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE

Department of Psychology –
 Faculty of Social and Educational Sciences

**Associate Professor in
 Experimental Environmental
 Psychology**

100 % permanent position.

Workplace: Trondheim
 Deadline: 01.02.2023



Kunnskap for en bedre verden

jobbnorge.no

Se ntnu.no/ledige-stillinger

Ved NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

ER DU EN AV OSS?
NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
 Institutt for psykologi

**Førsteamanuensis i
 klinisk voksenpsykologi**

100 % fast stilling.

Arbeidssted: Trondheim
 Søknadsfrist: 5. januar 2023



Kunnskap for en bedre verden

jobbnorge.no

Se ntnu.no/ledige-stillinger

Helse Sør-Øst RHF



**Ledige avtalehjemler
 i psykologi**

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

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



**PSYKOL
 OGI**

SØKER DU JOBB?

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

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



Vi søker psykologer/psykologspesialister til BUP og VPP

Klinikk Alta, Finnmarkssykehuset HF

Finnmarks største by har ledige stillinger for psykologer og psykologspesialister, og søker derfor engasjerte kollegaer!

Ved avdeling for psykisk helsevern søker vi etter psykologer og psykologspesialister til enhetene VPP og BUP. Begge enhetene er allmenpsykiatriske enheter, som tilbyr individuell- og gruppebehandling.

Klinikk Alta er en ny og moderne klinikk bestående av somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Vi er langt fremme i bruk av videokonsultasjoner, Teams og Whereby. Klinikken er i stadig utvikling og vi jobber hver dag for at våre pasienter skal få den beste behandling og oppfølging, nærmest mulig deres hjemsted. For å få dette til følger vi vår viktigste verdi: *lagspill*, og nå ønsker vi akkurat deg med på vårt lag.

Vi søker deg som har pasienten i fokus, du skaffer deg oversikt og innsikt i pasientenes behov, og samarbeider godt med eksterne aktører, samt at du liker å diskutere fag i et tverrfaglig miljø.

Arbeidsoppgaver

- Diagnostisk vurdering, utredning og behandling
- Målrettet tverrfaglig samarbeid internt og med våre samarbeidspartnere
- Bidra faglig gjennom veiledning, undervisning og teamarbeid
- Delta i faglig utviklingsarbeid og planlegging

Kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon som psykolog eller godkjenning som psykologspesialist
- Klinisk erfaring fra spesialisthelsetjenesten er ønskelig, men ikke et krav
- Grunnleggende IKT-kompetanse, kunnskap om DIPS og andre fagsystemer
- Du må beherske norsk eller et annet skandinavisk språk skriftlig og muntlig
- Gode språkkunnskaper er viktig for god pasientbehandling. Ikke-nordiske statsborgere må minimum ha bestått Bergenstesten eller annen norsktest på minimum B2-nivå
- For alle stillinger i Finnmarkssykehuset er det ønskelig at du har kjennskap til samisk språk og kultur

Personlige egenskaper

- Du trives med å jobbe i et tverrfaglig team
- Du er kreativ og fleksibel, samtidig strukturert i det pasientadministrative arbeidet

- Du er raus og respektfull i møte med kollegaer, pasienter og samarbeidspartnere
- Du har evne til fleksibilitet og selvstendighet
- Du bidrar positivt til et godt arbeidsmiljø
- Personlig egnethet for stillingen vil bli vektlagt

Vi tilbyr

- Mulighet for hjemmekontor/hybridkontor
- Mulighet for pendleravtale
- Reise- og flytteutgifter dekkes iht. gjeldende reglement
- Vi kan være behjelpelig med å finne bolig
- Medlemskap i landets kanskje beste pensjonsordning.
- Lønn iht. til gjeldende overenskomster, samt 6 mnd. prøvetid
- Søknadsfrist: **18.12.2022**

Kontaktinformasjon

Jørn T Stakkevold Karlsen, avdelingsleder,
 tlf. +47 789 69 517, e-post
jorn.tore.stakkevold.karlsen@finnmarkssykehuset.no
 Rayner Hoaas Nilsen, enhetsleder BUP
 tlf. +47 789 69 596, e-post
rayner.hoaas.nilsen@finnmarkssykehuset.no

Generell informasjon

Kun søkere som søker elektronisk via WebCruiter vil bli vurdert. Attester og vitnemål samt to referanser legges ved søknaden. Dersom du har tatt hele eller deler av utdanningen din i utlandet, må vi ha autorisert oversettelse av dine papirer og godkjenning fra NOKUT (www.nokut.no). Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju. For alle stillinger med pasientrettet arbeid, krever vi at du legger fram politiattest. Finnmarkssykehuset deltar i regjeringens inkluderingsdugnad. Målet med inkluderingsdugnaden er at fem prosent av alle nyansatte i staten skal være personer med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV-en. Finnmarkssykehuset ønsker å være en arbeidsgiver som gjenspeiler mangfoldet i samfunnet og som utnytter potensialet i den samlede kompetansen i befolkningen. Vi oppfordrer derfor alle kvalifiserte kandidater til å søke jobb hos oss. I henhold til offentlighetsloven kan opplysninger om søkeren bli offentliggjort selv om søkeren har anmodet om ikke å bli oppført på søkerlisten. Finnmarkssykehuset er i utvikling. Endringer i arbeidsoppgaver/stillingsbeskrivelse kan derfor ikke utelukkes.

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng
913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer

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

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Britt Randi Hjartnes Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen
957 27 801
ingvildg@gmail.com

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

Jakob Støre-Valen
984 23 805
jakob@valen.cc

Studentrepresentanter

Julie Bjerkvik
938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Tora Hotvedt Sundby
0045 4940 9331
torasundby@gmail.com

Varamedlem

Alf Martin Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus
Maria Nylund
maria_nylund@hotmail.com
997 98 973

Aust-Agder
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
Ragnhild Ese
ragnhild.es@gmail.com
920 11 528

Nord-Trøndelag
Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland
Miriam Ryssdal
miriam.ryssdal@gmail.com
926 53 473

Oppland
Iver Sørli Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo
Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland
Marie Tonette Solhaug Hansen
marietsh@yahoo.no
977 34 812

Sogn og Fjordane
Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag
Kjersti Sandnes
sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark
Birgitte Lindø
libi@siv.no
473 83 123

Troms
Anne Sofie Bentzen
annesofie.bentzen@hotmail.com
404 61 116

Vest-Agder
Ann Birgithe S. Eikhom
abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold
Anne-Kristin Imenes
anne.kristin.imenes@gmail.com
907 55 410

Østfold

FAGETISK RÅD
Maria Norheim, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522

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

Martin Øien Jenssen, KTV
Helse Nord, tlf. 909 96 159

Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter- helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-
helse, tlf. 917 12 983

Kristin Haugholt, KS,
tlf. 951 72 032

Bjørn Arne Øvrebo, Stat,
tlf. 982 49 732

Henrik Riekeles Vik,
Privatpraksis, tlf. 408 45 848

Ingrid Grov Mannsverk,
Oslo kommune,
tlf. 959 90 503

Christina Holmen, Virke,
tlf. 414 68 428

Helén Ingrid Adreassen,
YPU, tlf. 402 89 796

Noah L. Skullestad, SPU,
tlf. 452 78 102

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

SPEKIALITETSRÅDET

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

KVALITETSUTVALGET

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

FAGUTVALGENE

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

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Julie Solheim Bjerkvik, leder, e-post juliebjerkvik@gmail.com, tlf. 938 93 002

KLIMAUTVALGET

Bjørn Z. Ekelund, leder,
e-post bze@human-factors.no,
tlf. 908 75 547

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Rikke Pauline Sandvik, leder, e-post ypu@psykologforeningen.no

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Ane Johnsen, leder,
e-post ane@millimtr.no,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

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

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef,
e-post linda@psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd, nestleder, e-post toril@psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

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

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

