

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSY KOL OGI

Vol.59 nr.09 2022

---

## Screening av autisme i BUP

*Ørbeck et al.*

---

## VIL HA FRI KJØNNFLYT

*Aktuelt  
Fagessay  
Fra praksis*

---

## Vil innføre sorgmelding

*Meninger*

---

## Bare et glass til

*Bokanmeldelse*

# PSY KOL OGI

Vol. 59 nr. 09 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.morken@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

**Redaksjonssekretær** Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

**Redaksjonen** redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

**Debatt** meninger@psykologtidsskriftet.no

**Markedskoordinator** 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 25.08.2022

**Omslagsillustrasjon** Mari Kanstad Johnsen  
**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



# Bare vær høflige!

**Utsagnet over er et sitat** fra en av artiklene vi publiserer i denne utgaven, skrevet av en erfaren og raus kollega av oss. Det kan være et godt råd når psykologer blir stilt overfor nye og sammensatte problemstillinger, som når vi møter et menneske som ikke fremstår i samsvar med etablerte kjønnsnormer.

**Kjønn er en sentral identitetsmarkør** slik samfunnet vårt er organisert, og spørsmål knyttet til identitet vil alltid være sentrale for psykologens virke. Psykologien mangler ikke et kunnskapsfundament her, men vår forståelse av kjønn anno 2022 er kraftig utfordret. Dette har uunngåelige implikasjoner for psykologers praksis, og ikke minst derfor er jeg glad for å kunne presentere fagstoff knyttet til tematikken i dette nummeret.

**I «Tokjønnsmodellen blir utfordret** – rapport fra en personlig og faglig reise» på side 780 deler Elsa Almås fra egne erfaringer, setter kjønnsforståelse inn i en historisk kontekst og gir et grunnleggende begrepsgrunnlag. I forskningsintervjuet kan du blant annet lese hennes betraktninger om biologiens kjønnsidentifiserende faktor, og om hvorvidt biologien kan la seg overstyre. Hansen et al. presenterer Norges første regionale senter for kjønnsinkongruens og gir et innblikk i en pågående faglig diskurs i «Fra utenforskap til fellesskap», som du finner på side 792.

**I Etikpanelet denne gangen reflekterer** Hedvig Montgomery rundt temaet psykologer og eksponering i media. Jeg synes hun trekker frem interessante poeng når det gjelder utfordringen vi har med å nå frem til mennesker som vi ikke treffer på kontoret. Videre deler hun av egne erfaringer fra arbeid i media og fjernsynsproduksjon. Dette slår meg som betraktninger som trolig har en langt større overførbarhet til psykologarbeid enn hva vi umiddelbart vil tenke. Hun skriver at «å forstå synlighet i vår tid er også å forstå klienter i vår tid». Budskapet kjennes vitalt når vi betrakter det fra pasientsiden så vel som fra psykologsiden.

**Å kritisere psykologer som stikker** seg frem er ikke bare enkelt, det føles også faglig og fagetisk høyverdig. Jeg spør meg om vi trenger å snakke sammen om hvordan vi diskuterer med kolleger som taler mot konsensus. Kanskje trenger vi å utvikle vår faglighet og revidere vår fagetikk slik at den er tilpasset vårt tids samfunn når det gjelder eksponering – det være seg av psykologer, pasienter eller av viktige psykologfaglige budskap. ✖



**Katharine Cecilia Williams**

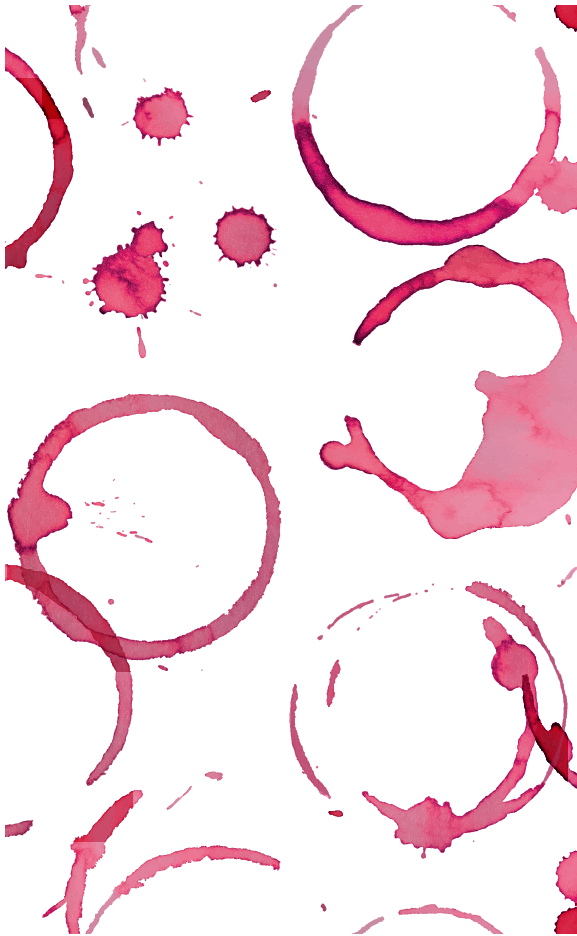
Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no



... vår forståelse av kjønn anno 2022 er kraftig utfordret



# 798



ILLUSTRASJON: KUMER OXSANA / SHUTTERSTOCK / NTB

## ALKOHOLBRUKSLIDELSE

Alkoholbrukslidelse er blant de vanligste psykiske lidelsene, men likevel den færrest søker hjelp for. Og behandlingen er ofte ikke virksom. Fra et klinisk perspektiv gjennomgår Høiland og Egeland faktorer som påvirker behandlingsutfall.

*Evidensbasert praksis*

# 818

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



## EKSPONERINGENS PRIS

I denne utgavens etikkpanel utforsker psykologspesialist Hedvig Montgomery skyggesidene ved å brette ut livet på reality-tv. Vi har alle noe å skjule, og behov for et sted som ikke er offentlig, skriver hun.

*Etikkpanelet*



# 842

ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSSTAD



## SUBJEKT OG SUICIDOLOGI

Heidi Hjelmelands bok *Selvordsforebygging* er et mangefasettert oppgjør med tradisjonell suicidologi, og stiller sentrale spørsmål om hva som er gyldig kunnskap.

*Bokessay*

# Innhold

- 773 **Bare vær høflige!**  
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 776 **Hever fanen for fri kjønnsflyt**  
Forskningsintervju | Per Halvorsen
- 780 **Tokjønnsmodellen blir utfordret - rapport fra en personlig og faglig reise**  
Fagessay | Elsa Almås
- 792 **Fra utenforskap til fellesskap**  
Fra praksis | Hansen et al.
- 798 **Behandling av alkoholbrukslidelse: pasientfaktorerets betydning for gjennomføring og utfall**  
Evidensbasert praksis | Kristoffer Høiland & Jens Egeland
- 810 **Hvor nøyaktig identifiserer screeninginstrumentet Social Communication Questionnaire autismespekterforstyrrelser i BUP?**  
Originalartikkel | Ørbeck et al.
- 818 **Eksponeeringens pris**  
Etikkpanelet | Hedvig Montgomery
- 822 **MENINGER**  
Kronikk: Vi må slutte å lyve om sorg | Erik-Edwin Leonard Nordström (s. 824)  
Debatt: Smertebehandling (s. 822), Psykologer og makt (s. 827), Fritt behandlingsvalg (s. 828), Privatøkonomi (s. 830), Tvang i psykisk helsevern (s. 832), Autisme (s. 835), Psykoterapiens grunnlagsproblemer (s. 837)  
Artikkelkommentar: Psykoterapiens tragedie | Kaja Asbjørnsen Betin (s. 838)  
Artikkelkommentar: Lenge leve en verdiåpen psykoterapi | Ole Magnus Vik (s. 840)
- 842 **INNTRYKK**  
Bokessay: Kritisk blikk på tradisjonell selvmordsforebygging | Per Are Løkke og Birgit Nordtug (s. 842)  
Anmeldelser: Et ekko til ettertanke (s. 848), En bok for deg som tør se nærmere på alkoholbruken din (s. 850), Hvordan hjelpe dem som er vanskelig å hjelpe? (s. 854)
- 858 **Annonser**
- 865 **Stillingsannonser**

# Hever fanen for fri kjønnsflyt

Sexologiprofessor Elsa Almås mener vi er på god vei til å skrote tokjønnsmodellen. Nå vil hun omfordele makta til dem som bestemmer hvem som skal behandles for kjønnsinkongruens.

## TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

**DU SKAL IKKE** ha oppholdt deg lenge i sosiale medier der kjønn og kjønnsmangfold står på dagsordenen, før du risikerer at temperaturen sender deg på dør med brannsårl på ørene og avsvidde øyebryn. Få andre temaer mobiliserer såpass harde fronter og hatsk vokabular. Sexolog Elsa Almås, som selv har svart belte i kjønnsdebatt, syns ikke det er så enkelt å manøvrere, hun heller.

– Vi blir jo alle utfordret av den ikke-binære tankegangen. Selv har jeg måttet snu rundt på hjernen min mange ganger for å kunne tenke konstruktivt om kjønn. Vi trenger hjelp til å orientere oss alle sammen, sier hun.

I et fagessay i septemberutgaven av Psykologtidsskriftet tar hun oss med på en høyst personlig og faglig reise der utgangspunktet er et oppgjør med tokjønnsmodellen, og der et absolutt endepunkt ifølge Almås er vanskelig å tenke seg, nettopp fordi det underslår mangfoldet i den menneskelige natur. Det er dette mangfoldet hun har gjort det til en livsoppgave å fremme.

– Det er jo ideolog jeg er. Jeg drives av ideer om at noe kan bli bedre enn det er i øyeblikket, sier hun.

– *Kan en bli så ideologisk at man blir uimotakelig for ny kunnskap som ikke harmonerer med ideologien?*

– Ja, men jeg mener selv jeg er god til å ta imot ny kunnskap. Det fineste nyordet på 90-tallet, var dekonstruksjon. Man må ha en fleksibel hjerne. Jeg leser forskningsartikler

hver dag. Ukentlig får jeg ny kunnskap som endrer på oppfatningene og tankene mine.

## TOKJØNNSMODELL FOR FALL

I fagessayet sitt utfordrer hun dem som tror at tokjønnsmodellen har vært en fastspikret størrelse siden fikenblader fortsatt var på moten. Hun er innom både Platons beskrivelse av androgynitet i *Drikkegildet i Athen* og ettkjønnsmodellen til den greske legen og filosofen Claudius Galenus (Galen). Drøye hundre år etter Kristus postulerte han at kvinner egentlig er menn. At vi bare tror de er noe annet fordi kjønnsorganene deres holder seg på innsiden av mangel på «vital hete».

Selv utviklet Almås i sin tid den såkalte tilhørighetsmodellen sammen med livsledsager Esben Esther Pirelli Benestad. Modellen opererer med flere kategorier og nivåer for kjønn: mann, kvinne, verken mann eller kvinne, både mann og kvinne osv. En modell som til en viss grad foregriper uttrykkene som vi gradvis er blitt kjent med i populærkulturen, enten det er cis, ikke-binær, trans eller noe annet.

Det har skjedd en positiv utvikling, slår hun fast. I land som Australia, Nepal, India, Pakistan, Bangladesh, New Zealand og Tyskland har de allerede sagt farvel til tokjønnsmodellen, og åpnet for tre juridiske kjønn. I Norge, 50 år etter at vi opphevet «homoparagrafen» i straffeloven, utredes det om vi skal anerkjenne et tredje juridisk kjønn – det vi omtaler som «hen». Men

veien har vært lang. Almås har stått i kampen for økt kjønns mangfold siden slutten av 70-tallet. Så sent som i 2008 møtte hun for første gang en trans uten skam. I dag er aksepten langt større, men også den økende toleransen har sin pris:

– At trans nå har blitt anerkjent som en del av et naturlig mangfold, provoserer alle som tviholder på tokjønnsmodellen. De føler seg truet og blir mer aggressive, hevder hun.

– *Kan du forstå at eksempelvis tradisjonelle kvinneaktivistmiljøer føler seg truet av oppgjøret med ideen om at det bare fins to kjønn?*

– Jeg skjønner at det kan undergrave premisset for kvinnekampen. Tradisjonell kvinnekamp forutsetter jo at menn er fienden. Og hvis transkvinner skal inn på kvinners område (les: terfs), kan det forstyrre forestillinger om hva og hvem menn og kvinner er. Feminisme og kvinnekamp trenger vi fremdeles, ikke minst i arbeidslivet. Men den kampen må ikke stå i veien for å endre hvordan vi tenker om kjønn, sier Almås.

– *Hva mener du er den sikreste kunnskapen vi i dag har om hvordan mennesker etablerer kjønnsidentitet?*

– At kjønn er en egenskap som er basert på flere faktorer; biologi, sosiale forhold og psykologisk utvikling, og sannsynligvis er sterkt påvirket av hjernestrukturer. Det er rimelig å forstå hjernen slik at noen har mer faste hjernestrukturer og andre har mer åpne. For noen er kjønn derfor en fasttømret størrelse, for andre er det mer flytende.

### BRYSSOM BIOLOGI

– *Man kan få inntrykk av at de som er ivrigst til å fremme kjønns mangfold, er de som i størst grad underkjenner biologien som kjønnsdefinerende faktor?*

– Det har vært en tradisjon som har vært veldig biologi-negativ fordi det har vært en oppfatning om at biologien har vært veldig determinerende for utforming av kjønnsidentitet. Jeg mener biologien er mye mer mangfoldig enn at den kan tas til inntekt for determinerende strukturer. For meg har det vært viktig å innse at også biologien er mulig å dekonstruere.

– *Hvordan kan vi dekonstruere biologien?*

– Forskning på epigenetikk viser hvordan biologien blir påvirket av miljømessige forhold. Det vi gjør, spiller inn på biologien. Gener kan skrues av og på, og i dag vet vi for eksempel at vi kan arve læring, og at nervesystemet ikke er en fasttømret organisme.



**REDD FOR Å FEILE** Sexolog Elsa Almås vil gjøre det enklere for personer med kjønnsinkongruens å få behandling, og mener vi må akseptere at enkelte angres seg. – Frykten for å feile må ikke styre behandlingstilbudet, sier hun.

– *I essayet ditt refererer du en amerikansk undersøkelse blant flere tusentalls transpersoner som ble bedt om å definere sin egen kjønnsidentitet med så mange ord de ønsket. Resultatet var 500 unike begreper. Hvor mange ulike begreper for kjønn tåler vi?*

– Vi må tåle de begrepene folk selv bruker. Men jeg synes det er nyttig å tenke at kjønn er flytende og består av flere dimensjoner. Innen et slikt kjønnsunivers kan vi ha uendelig mange selvpoppfatninger, men kulturen vil nok ha behov for å lage noen kategoriseringer – for ordens skyld.

Hvem skal ha adgang til hvilken garderobe? Hvem skal konkurrere med hvem på idrettsbanen? Almås har et avslappet forhold til de praktiske utfordringene som flyter opp side om side med de nye kjønnskategoriene.

– *Skjønner du at folk kan bli forvirret?*

– Ja, men først og fremst er jeg imponert over hvem som *ikke* blir forvirret, sier hun.

Hun forteller om en 82 år gammel dame hun nylig møtte i et bursdagselskap. Damen var oppriktig indignert over all hetsen mot transer. Hun skjønnte ikke problemet. Det var innlysende for henne at kjønn er en flerdimensjonal størrelse.

– Jeg tror hun er mer representativ enn de mest høyrøstede motstanderne av kjønns mangfold i sosiale medier. Det er overraskende mange som ikke ser dette som noe problem.

### VIL SPRE MAKTA

– *Hva slags tilbud bør helsevesenet gi folk med kjønnsinkongruens?*

– Først og fremst må vi etablere tilbud som gjør det enklere å bekrefte kjønn, sier hun.



– Det forutsetter at vi utdanner mer helsepersonell på kjønn og seksualitet. Er du overlege i nevrologi, kan du i dag jobbe med trans uten noen som helt forhåndskunnskaper om kjønn og seksualitet.

Almås bemerker selv at hun her begynner å svinge med øksa.

– Det er noen som har for mye makt. De stopper utviklingen.

– *Hvem har for mye makt?*

– Rikshospitalet. Vi bør spre makta.

Sexologen har lenge stått på barrikadene for å etablere regionale lavterskeltilbud som kan henvise til kjønnskorrigerende, eller det hun selv betegner som *kjønnsbekreftende* behandling. Regionale rådgivningstilbud fins (se Fra utenforskap til fellesskap på side 792) men de kan altså ikke iverksette behandling på selvstendig grunnlag. Det er det bare Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens på Rikshospitalet som kan.

Tematikken er kontroversiell, ikke bare i Norge. I sommer stengte britiske helsemyndigheter The Tavistock Centre. Klinikken har siden 1989 vært Storbritannias tilbud om kjønnsbekreftende behandling for barn og unge. Grunnlaget for stengingen var blant annet en rapport som problematiserte at unge mennesker med uklar kjønnsidentitet ifølge enkelte britiske medier nærmest ble satt på «fast track» for kjønnskorrigerende behandling, en behandling som noen av dem siden angret bittert på. Almås beklager stengingen. Hun mener det blir grunnleggende feil at det hun oppfatter som et fåtall angrende, skal avgjøre eksistensen til et tilbud som hun mener svært mange har glede av.

#### DE FLESTE ER FORNØYD

– *Vi bør vel ikke bagatellisere konsekvensene for den som kanskje ikke var moden nok til å ta avgjørelsen om kjønnsendrende behandling, og som skulle ønske at kjønnsendringen var ugjort?*

– Bruk av testosteron fører til stemmefall, skjegg og annet kroppshår, og at man bygger muskler. I motsetning til pubertetsutsettende behandling, er dette irreversibelt, og det må pasienten selvsagt være informert om, sier hun.

Men hun mener det blir feil å nekte en generasjon med kjønnsinkongruens hjelp fordi leger skal være sikre på at de ikke gjør feil, eller at enkelte pasienter angrer seg. Hun viser til undersøkelser som tyder på at 98 prosent er

– Først og fremst må vi etablere tilbud som gjør det enklere å bekrefte kjønn

*Elsa Almås*

fornøyd (Dhejne, 2014) med kjønnsjusterende behandling, og at bare to prosent, eller 0,6 i en studie fra Nederland, angrer seg.

Selv opplever hun at færre enn før med kjønnsinkongruens ønsker medisinske eller kirurgiske inngrep, og at de isteden vil ha anerkjennelse for de kroppene de har.

– Med aksept for større mangfold tror jeg behovet for kroppsendringer blir mindre. Det er viktig at man ikke blir presset inn i det ene eller det andre kjønn, med de kravene som cis-normativiteten setter.

#### ADVARER MOT PSYKOPATOLOGISERING

– *Du advarer psykologer som tar imot pasienter med kjønnsinkongruens, mot å sette i verk utredning av psykopatologi fordi det kan være krenkende. Hvordan kan det være krenkende?*

– Mange behandlere har tenkt at kjønnsinkongruens er et resultat av psykopatologi, eksempelvis et resultat av feil identifikasjon med mor og far. Hvis dette er utgangspunktet for en eventuell utredning, kan det bære galt av sted. Transfolk flest har jo ikke psykiske problemer. Samtidig er det ikke uventet at folk som har levd med å være feilkjønn, vil utvikle angst, depresjon eller andre psykiske problemer. Noen har vokst opp i transfobe familier. De skal selvsagt få hjelp som alle andre om de utvikler psykiske helseproblemer.

– *Hva er det viktigste rådet du vil gi psykologer som blir oppsøkt av personer med kjønnsinkongruens?*

– Å fremstå anerkjennende og respektfull. Vi må slutte å forestille oss at det fins objektive kriterier for kjønnsidentitet, sier Almås.

– Kjønnsidentiteten kan ikke overprøves av andre enn den som eier den. Heller ikke av psykologer. Når andre aksepterer oss slik vi oppfatter oss selv, skapes tilhørighet. Den typen aksept er kanskje det viktigste psykologer kan bidra med. »

#### REFERANSE

Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S., Landén, M. (2014). An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1535–1545. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8>

## - Forsvarlighet krever volum

- Å behandle pasienter med kjønnsinkongruens krever et visst volum av pasienter for å kunne tilby forsvarlig behandling.

**DET SIER ANNE** Wæhre, overlege ved Teamet for kjønnsidentitetsutredninger av barn og unge (KID-Teamet) på Rikshospitalet. Hun mener det vil være feil å desentralisere behandlingen av kjønnsinkongruens. Hun har for tiden permisjonsopphold i Boston og svarer slik på e-post på spørsmål fra Psykologtidsskriftet:

- *Hva er de største utfordringene når det gjelder behandling for kjønnsinkongruens?*

- For oss som jobber med medisinsk behandling av barn og unge er det viktig at behandlingen er forsvarlig. Den skal gi nytte til de det gjelder, også i et lengre perspektiv. Barn og unge sin identitet er i utvikling. Det gjør det ekstra viktig å være varsom.

- *Hvorfor er det viktig, slik du ser det, at retten til å rekvirere kjønnskorrigerende behandling skal være høyspesialisert og sentralisert til Rikshospitalet?*

- Gruppen som søker seg til teamet for barn og unge, har vært økende siste år. Gruppen er svært heterogen. Samtidig utgjøres økningen først og fremst av unge jenter i tenårene. Det er viktig å kvalitetssikre utredning og behandling, samt å følge pasientene systematisk over tid. Det krever et større volum av pasienter for å opparbeide en kompetanse. Disse punktene er avgjørende i diskusjonen om en nasjonal behandlingstjeneste. Det sikrer også en lik tilgang fra hele landet.

- *Hva er din kommentar til påstanden om at frykten for å gjøre feil begrenser behandlingstilbudet uforholdsmessig?*

- I all medisinsk behandling er vi som helsepersonell pålagt å drive forsvarlig. I dette ligger prinsippet om ikke å skade, samt å monitorere og kvalitetssikre behandlingen. Det er ingen frykt, men vanlig medisinsk praksis.

- *Hva sier statistikken om hvor mange som angres etter behandling?*

- Vi ser dessverre at det er noen som angres oppstart av hormonell behandling. Det er per i dag et lite antall, og årsakene er sammensatte. Mest sårbare er de som har startet opp behandling utenfor den nasjonale tjenesten.

- *Hva slags kompetanse tenker du er nødvendig for å kunne ta ansvar for kjønnskorrigerende/-bekreftende behandling?*

- Det er avgjørende å ha et tett samarbeid mellom ulike spesialister på barn og unges psykiske og fysiske helse; pediater med hormonell kompetanse, barne- og ungdomspsykiater, psykolog med barnespesialitet. Det er særlig viktig med kompetanse innen barn og unges utviklingspsykologi. Man må også ha med seg en lengre tids erfaring innen kjønnsinkongruens for å kunne forstå tilstanden i et utviklingspsykologisk bilde.

- *I hvor stor grad mener du dagens behandlingstilbud er evidensbasert?*

- En nylig publisert gjennomgang av all forskning på området fra Sverige (SBU, 2022) viser dessverre at behandlingen ikke har en høy grad av evidens. ❌

### REFERANSE

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2022, 22. februar). *Hormonbehandling vid könsdysfori – barn och unga. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/hormonbehandling-vid-konsdysfori/?pub=90213&lang=sv>



## Tokjønnsmodellen blir utfordret - rapport fra en personlig og faglig reise

Transpersoner bør bli møtt av terapeuter med bedre kunnskap og innsikt om kjønns mangfold.

**TEKST** Elsa Almås

**KONTAKT**

elsa.almas@uia.no

**ILLUSTRASJON**

Mari Kanstad Johnsen

**FORSTÅELSER AV KJØNN** har lenge vært gjenstand for debatt. Tokjønnsmodellen har preget forståelse og behandling av kjønnsidentitet, men kjønn kan bekreftes på flere nivåer, med flytende overganger mellom det som kalles mannlig, og det som kalles kvinnelig. Tokjønnsmodellen utfordres av personer som identifiserer seg som forskjellige fra de tradisjonelle kjønnskategoriene kvinne og mann, personer som beskriver seg som trans, som ikke-binær, som tokjønnet, som tredje kjønn, ikke-kjønnet, eller noe annet (Monro, 2019; Motmans et al., 2019; Nagoshi et al., 2012). I utvikling av subjektiv opplevelse av kjønn kan mange ha behov for ikke-patologiserende psykologisk assistanse. Dette essayet beskriver en personlig reise, med utgangspunkt i forskning, faglig utveksling, klinisk erfaring og møte med mange transpersoner, også utenfor terapirommet. I en situasjon hvor vi er midt i et paradigmeskifte når det gjelder forståelse av kjønn og kjønnsidentitet, vil jeg gjerne dele mine erfaringer med andre psykologer, fordi jeg ser at transpersoner har behov for å bli møtt med bedre kunnskap og innsikt fra sine terapeuter.

### HVA ER UTFORDRINGEN?

Utfordring av forståelsen av at det eksisterer bare to kjønn, har funnet sted siden begynnel-

sen av 1990-tallet. Endringer i synet på kjønn er ikke noe nytt. Kjønn har blitt forstått og forklart på forskjellige måter gjennom historien, fra beskrivelsen av et tredje kjønn i Platons *Symposion* via Galens ettkjønnsmodell til introduksjonen av tokjønnsmodellen på 1800-tallet.

Jeg har møtt transklienter siden 1980, først på psykiatrisk avdeling, og siden i privat praksis. Den første problemstillingen jeg møtte, var en person, tildelt kvinnekjønn, som hevdet at «hun» hadde «mannlige følelser». Videre utforskning av denne opplevelsen var at vedkommende opplevde seksuell tiltrekning til kvinner, og i «hennes» tenkning gjorde dette henne til mann. Hun hevdet også at hun visste om mange andre som også hadde slike følelser. Denne klienten viste seg etter hvert å ha psykotiske vrangforestillinger, og ble innlagt på en institusjon der jeg mistet kontakten med vedkommende. Men jeg møtte også andre transklienter, som ble henvist til behandling på Rikshospitalet, der overlege Berthold Grünfeld tok seg av utredning og henviste til hormonell og kirurgisk behandling der det var behov for det. Berthold hadde stor kjærlighet til sine klienter, og på en kongress i World Association for Sexual Health (WAS) i Havanna i 2003 uttalte han at «det blir vel med kjønn som med abort, det må bli selvbestemt!» (personlig kommunikasjon).



I 1978 deltok jeg på den tredje internasjonale kongressen i «Medical Sexology» i Roma. Jeg var én av fem psykologistudenter, anført av psykolog Thore Langfeldt, som dro sammen med 20 potensielle sexologer fra hele Norden. På vandring langs Tiberen møtte vi en gruppe personer som vi oppfattet som menn i kvinneklær. Vi spurte Thore hvordan vi burde oppføre oss: «Bare vær høflige!» sa han – et godt råd som stadig kommer godt med.

I 1986 traff jeg Esben Benestad i forbindelse med at jeg arrangerte en nordisk sexologikongress i Bergen. Esben hadde vært med på en undersøkelse om norske heteroseksuelle transvestitter, og presenterte resultater som viste at kjønnsidentitet best kunne beskrives som et kontinuum fra mann til kvinne (Benestad, 1987). Dette møtet har ført til et langt samliv som har motivert meg til å gå dypere inn i forståelsen av hva transvestitisme og transseksualisme egentlig er. En av de første kommentarene jeg fikk fra en kollega, var: «Du må huske på at du går inn i et forhold til en kronisk syk person!». Inntrykket ble bekreftet av lærebøkene vi hadde for hånden på det tidspunktet. I og med at det var vanskelig å oppfatte Esben, som hen het den gangen, som en syk person, ble vi begge motivert til å lese det vi kom over av forskning og teori på området. Vi har også skrevet og publisert en rekke artikler, bokkapitler og bøker om kjønn. I 1993 publiserte vi en artikkel i *Nordisk Sexologi*, der vi utfordret tokjønnsstillingen gjennom en ny modell for kjønnsstilling – tilhørighetsmodellen (Benestad & Almås, 1993). Tenkningen bak modellen var inspirert av den amerikanske forskeren Sandra Bem (1974, 1993), som hadde forsket mye på kjønnsroller siden 1970-tallet, og som hadde kommet fram til den geniale løsningen å introdusere to istedenfor en dimensjon for kjønn.

### TILHØRIGHETSMODELLEN

Kjønn kan beskrives som noe abstrakt som konkretiseres på ulike måter. Modellen omfatter syv nivåer for bekreftelse av tilhørighet som kjønn (se tekstboks). På bakgrunn av disse nivåene for kjønnsbekreftelse kan vi forstå individuelle variasjoner i kjønnsidentitet. På alle nivåene er det meningsfullt å plassere seg selv i et koordinatsystem, der den ene akse er kvinnelighet/femininitet, og den andre er mannlighet/maskulinitet, der man *samtidig* kan være mye eller lite kvinne og mye eller lite mann. Tilhørighetsmodellen fra 1993 opererte med fire kategorier på hvert nivå: mann, kvinne, verken mann eller kvinne, både mann og kvinne. En person som er tildelt kvinnekjønn ved fødselen, kan ha en mannlig subjektiv kjønnsidentitet, ha en kroppsbevissthet som går i kvinnelig retning, men kan gjennom trent muskulatur oppleve å kunne utøve mannlige ferdigheter, kle seg maskulint, ha en androgyn kjønnsrolle og tiltrekkes av kvinner. Man kan begynne med en identitet som er kongruent med det tildelte kjønn ved fødselen, men endre opplevelse av kjønnsidentitet senere i livet. Silje-Håvard Bolstad har videreutviklet modellen til et pedagogisk redskap i form av et «kjønnskart», der identitet blir beskrevet som gradforskjeller i en todimensjonal modell (Bolstad et al., 2019).

### PSYKOLOGER TRENGER NY KUNNSKAP

Norsk psykologforening har sluttet seg til American Psychological Association (APA) sine retningslinjer for evidensbasert praksis i psykologi (EBPP), som legger vekt på at psykologisk praksis skal være basert på den best tilgjengelige forskning, utvikling av terapeutisk ekspertise og pasientens egenskaper (Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Rønnestad, 2008).

## Tilhørighetsmodellen

- 1 *Somatisk kjønn* er den kroppen man kommer til verden med, og som har vært grunnlag for å bestemme om individet skal klassifiseres som gutt eller jente. Somatisk kjønn refererer til kroppen som den ses utenfra, og omfatter ikke indre biologiske forhold.
- 2 Evnen til *forplantning*, hvorvidt man har kunnet, kan, eller kan komme til å bli mor eller far.
- 3 Psykologisk identitet, *subjektiv opplevelse av kjønnsidentitet*.
- 4 *Kroppsbevissthet*, opplevelse av kroppen som tilhørende en selv og hvordan man kan oppleve seg selv gjennom kroppen, via følelser, behov og opplevelse av tilstedeværelse i verden.
- 5 *Kroppsbylde*, kroppens kapasitet til å uttrykke eller fremvise kjønnsbekreftende egenskaper. Dette kan foregå på to nivåer:
  - *Det somatiske*, som handler om primære og sekundære kjønnskarakteristika, men også tertiære karakteristika som hår, skjegg, høyde, fettfordeling, adamseple, hud.
  - *Det kulturelle*, som handler om hva man kler på kroppen, og hvordan man bruker maskuliniserende eller feminiserende virkemidler for å uttrykke kjønnsidentitet.
- 6 *Kjønnsrolle* kan være styrt av en opplevelse av å måtte tilfredsstille krav fra omgivelsene, men kan også være styrt av et behov for å uttrykke noe som kommer innenfra.
- 7 *Seksuell orientering* handler om partnervalg som bekrefter av kjønn.





Individer som har opplevd seg selv og blitt definert utenfor tokjønnsmodellen, har eksistert så langt tilbake som menneskelig historieskriving rekker

Esben Esther Pirelli Benestad angir at for å utvikle *ekspertise* som terapeut i møte med transklienter, bør man ha hatt minst 100 horisontale samtaler med transpersoner, i og utenfor behandlingsrommet (personlig kommunikasjon). Dette nærmer seg kriterier for kunnskap som man kan tilegne seg gjennom forskning: Man trenger en viss mengde erfaring for å gjøre generaliseringer, men man trenger også kunnskap om forskning, og i dette tilfelle også kunnskap om hva som skjer i samfunnet og i kulturen. Det er viktig at psykologen føler seg bekvem med å arbeide med klientgruppen. Mange vil nok føle seg usikre og kanskje ha motoverføringsreaksjoner og manglende forståelse for behovet for å gjøre kroppslige justeringer, som å skjære i friske kjønnsorganer. Kunnskap om feltet kan bøte på dette.

I dagens samfunn møter man mindre skam enn for bare få år siden, mer stolthet, bedre fysisk og psykisk helse, men man kan også møte unge mennesker som er suicidale fordi de opplever at de er helt feil med sin opplevelse av kjønnsinkongruens. Man kan møte flere sinte transer som protesterer mot den patologiseringen de har vært gjenstand for gjennom mange år. De protesterer mot behandleres krav om å definere dem gjennom «objektive kriterier» som kromosomanalyse, inspeksjon av kjønnsorganer, og mot mistenkeliggjøring av familierelasjoner som forklaring på deres kjønnsidentitet.

I 2017 startet vi et forskningsprosjekt om Kjønn, helse og medborgerskap (KHOM) ved Universitetet i Agder. Prosjektet er en del av forskningsgruppen RESEX ved Universitetet i Agder (se <https://www.uia.no/forskning/helse-og-idrettsvitenskap/resex-research-group-in-sexology>). KHOM-gruppen består av Elsa Almås, Esben Esther Pirelli Benestad, Tor-Ivar Karlsen og Silje-Håvard Bolstad. KHOM er en del av et internasjonalt samarbeid, Gender, Health and Citizenship, ledet av professor Alain Giami. Datainnsamling ble gjort i 2018, og vi er nå i ferd med å publisere resultatene. I prosjektarbeidet har vi samlet og gjennomgått et omfattende materiale av forskning og teori omkring kjønn, og essayet baserer seg på studier som jeg finner representative, aktuelle og viktige for å belyse temaet.

### KJØNN I HISTORIEN

Individer som har opplevd seg selv og blitt definert utenfor tokjønnsmodellen, har eksistert så langt tilbake som menneskelig historieskriving rekker. I Aristofanes' tale i *Drikkegildet i Athen* beskrives androgynene som et tredje kjønn som eksisterte «før i tiden» (Platon, 1994). Aristoteles representerte et syn som innebar polariserte motsetninger mellom to kjønn, mens Hippokrates og Galen betraktet kjønn som variasjoner av intermediære fenotyper (Slagstad, 2021). Galen (130–200) prøvde å vise at kvinner var som menn, der kjønnsorganene på grunn av en mangel på «vital hete» forble på innsiden. Dette ble beskrevet som en ettkjønnsmo- dell av Thomas Laqueur i boken *Making Sex* (s. 8) (Laqueur, 1990/2001).

Antropologen Gilbert Herdt beskriver oppfatninger av kjønn i ulike kulturer og i ulike historiske faser, og innfører i boken *Third Sex, Third Gender – Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History* idéen om et tredje kjønn (Herdt, 1996).

Personer som innehar både mannlige og kvinnelige karakteristika, er ifølge antropologen William Dragoin beskrevet i mer enn hundre kulturer (Dragoin, 1995). Hijraene/kuseraene i India, Pakistan, Bangladesh og Nepal er kjente eksempler på kulturer med et tilbud til individer som ikke passer inn i tokjønnsstenkingen.

I europeisk tradisjon finnes det ulike beskrivelser av personer som har uttrykt seg i egendefinerte kjønnsuttrykk. Ett eksempel er pave Johannes Angelicus, som ifølge historien fødte et barn midt i en pavelig prosesjon. En annen historie handler om Chevalier d' Eon, som levde både som mann og kvinne. Som mann fikk d' Eon æresbevisninger som fransk soldat, som kvinne var hen nær venninne av den russiske tsarinaen. Disse historiene er nærmere beskrevet i *Kjønn i bevegelse* (Benestad & Almås, 2001).

Tokjønnsmodellen avløste ettkjønnsmodellen i løpet av siste halvdel av 1700-tallet. Fra slutten av 1700-tallet forsto man at eggceller og sædceller smeltet sammen, og at det var to kjønn som bidro til befruktningen. Det utviklet seg teorier om at kvinnelige og mannlige psykologiske og sosiale egenskaper kunne identifiseres allerede på dette stadiet: Kvinnen og eggcellen representerte det passive prinsipp, mens sædcellen og mannen representerte den aktive erobreren. Tokjønnsstenkningen førte til at kvinner ble betraktet som kvalitativt forskjellige fra menn, blant annet var forståelsen på 1800-tallet at kvinner, dersom de var normalt utrustet og oppdratt, ikke hadde seksuell lyst, og klitoris forsvant gradvis fra medisinske lærebøker (Acton, 1865; Laqueur, 1990/2001).

I 1886 publiserte den tyske legen Richard von Krafft-Ebing boken *Psychopathia Sexualis*, der han beskrev ulike variasjoner av kjønn og seksualitet hos sine klienter. Denne boken ble en viktig kilde til forståelse av at det eksisterer ulike kjønnsuttrykk. En modernisert versjon finnes der teoridelen er utelatt, men kasusbeskrivelsene er tatt med (von Krafft-Ebing, 1997).

I 1910 publiserte Magnus Hirschfeld boken *Die Transvestiten*, der han bl.a. skrev at «Mennesket er ikke mann eller kvinne, men mann og kvinne» (Hirschfeld, 1910/1991).

I *Det annet kjønn*, som utkom i 1949, viste Simone de Beauvoir til at forplantning kan være ukjønn; den kan være basert på like gameter fra to individer, og den kan være resultat av celledeling hos det enkelte individ. Tokjønnsmodellen er ikke en forutsetning for å beskrive fenomenet forplantning.

Begrepet transseksualisme ble innført av legen Harry Benjamin, som argumenterte for at ettersom det ikke nyttet å endre individets subjektive identitet, så måtte det være mulig å endre det kroppslige uttrykket (Benjamin, 1966). Noen hadde allerede begynt å justere

kroppslige uttrykk ved hjelp av hormoner og kirurgi hos personer som ikke ønsket å leve som det tildelte kjønn. Det mest kjente eksempelet er Christine Jørgensen, den amerikanske soldaten som gjennomgikk kroppsjusterende behandling i København i 1952, og vendte hjem til USA som kvinne. Et annet eksempel som har blitt kjent de siste årene gjennom filmen *Den danske piken*, handler om Lili Elbe, opprinnelig Einar Wegener, som var en av de første kjente tilfellene som gjennomgikk kroppsjusterende kirurgi i Tyskland i 1930 (Hausman, 1992).

Kjønnsidentitet har vært forstått som en konsekvens av de kjønnsorganene man ble født med, og oppdragelse i tråd med disse (Hessellund, 1970/1972; Money & Ehrhardt, 1972). Synet på kjønn på 1970-tallet kan oppsummeres som følger: 1) Det eksisterer bare to kjønn, 2) kjønn endrer seg ikke, 3) en kvinne er en person som har vagina, 4) en mann er en person som har penis, 5) unntak fra dette må være uttrykk for spøk, patologi etc., 5) det er ikke mulig å gå fra ett kjønn til et annet, bortsett fra som maskerade, 6) alle må klassifiseres som ett av to kjønn, og 7) mann–kvinne-dikotomien er naturgitt (Kessler & McKenna, 1985).

Den tilnærmingen som innebærer å «skifte kjønn», og beskrivelsen «født i feil kropp», har vært logisk innenfor en tokjønnsstenkning: Om du ikke opplever å være mann, må du være kvinne; om du ikke opplever å være kvinne, må du være mann. Selv om behandlingen av transseksualisme har vært medisinsk, i form av hormonell behandling og kirurgi, har transseksualisme og transvestisme inntil 2018 vært beskrevet som mentale lidelser (Lev, 2005; WHO, 1992). I boken *Psykiatri* fra 1972 skriver Einar Kringlen: «Hvis mor har vært den sterke i familien, vil gutten kanskje ha identifisert seg med en maskulin mor. Derfor kan en mann paradoksalt nok føle seg mandigere når han kler seg ut som kvinne» (Kringlen, 1972, s. 270). I boken *Lidelsens karakter i ny psykiatri* fra 1990 skriver Svein Haugsgjerd om transvestitten: «... er et uttrykk for en uro omkring *hvem jeg egentlig er*, og en protese for å kompensere for en eller annen mangel, noe utilfredsstilt i ens eget følelsesliv» (Haugsgjerd, 1990, s. 212).

Denne tenkningen, som var internasjonalt anerkjent (Dolan, 1987; Person & Ovesey, 1974), la grunnlag for forsøk på å korrigere det som ble betraktet som feilutvikling, gjennom konversjonsterapi, som blant annet har inkludert aver-



sjonsterapi. I verste fall ble klientene utsatt for smertefulle elektriske sjokk, eller klientene fikk brekkmidler når de tok på seg «det motsatte kjønns klær». Denne behandlingen fungerte svært dårlig og tas avstand fra av World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (Coleman et al., 2012).

### SEXOLOGISK FORSKNING OM KJØNN

I 1955 undersøkte John Money, sammen med Joan og John Hampson, 76 individer som var født med ulike typer intersex-tilstander, med hensyn på ulike biologiske variablers betydning for *gender role and orientation*, definert slik at det omfatter det vi i dag ville kalle kjønnsidentitet og sosial rolle. Studien viste liten sammenheng mellom *gender role* og kromosomalt kjønn, gonadalt kjønn, hormonelt kjønn eller indre eller ytre kjønnsorganer. Den viktigste sammenhengen fant de mellom tildelt kjønn ved fødselen og *gender role*. Hos 4 av de 76 tilfellene fant man ikke samsvar, men for flertallet var det samsvar mellom *gender role and orientation* og det kjønn barnet ble tildelt ved fødselen. Dette ble grunnlag for teorien om at kjønnsidentitet er resultat av det tildelte kjønn ved fødselen, og foreldrenes oppdragelse i samsvar med dette (Money & Ehrhardt, 1972). Teorien ble illustrert ved et kasus, som ble presentert på sexologiske kongresser som «the John/Joan story»: På 1960-tallet ble det født et par eneggede tvillinger i Canada. Begge hadde penis og skulle omskjæres ved seks måneders alder. Denne gangen gikk ikke omskjæringsprosedyren etter planen, og hele penis ble brent bort hos den første tvillingen. Dette ble forståelig nok vanskelig for familien, og da de så et program på fjernsyn der John Money ble intervjuet, og snakket om hvordan de kunne etablere binær kjønnsidentitet hos barn som var født med tvetydige (*ambiguous*) kjønnsorganer, tok de kontakt og spurte om han kunne hjelpe. John Money mente at det var mulig, og gutten med den ødelagte penis ble operert og fikk jentelike kjønnsorganer. Dette så ut til å gå bra; på sexologiske kongresser viste John Money film av barna der den opererte tvillingen sitter på pappas fang i søt kjole og sløyfe i håret mens broren leker med biler på gulvet.

En annen sexolog, Milton Diamond ved Universitetet på Hawaii, hadde et annet syn på etablering av kjønnsidentitet; han mente at medfødte biologiske egenskaper i sentral-

nervesystemet er av betydning. I 1965 publiserte han en kritikk av forskningen til Money og Joan og John Hampson (Diamond, 1965), og det ble etablert uenighet i synet på kjønnsidentitet mellom John Money og Milton Diamond i sexologimiljøet.

I 1997 publiserte Milton Diamond en artikkel sammen med psykiater Keith Sigmundson, som hadde vært ansvarlig for behandlingen av «John/Joan» (Diamond & Sigmundson, 1997), der de fortalte om «jenta» som hadde vært svært ulykkelig gjennom hele oppveksten og aldri hadde funnet seg til rette i sitt tildelte jentekjønn. «Hun» insisterte på å stå og tisse, og ble kastet ut av jentetoiletet på skolen, «hun» var interessert i gutteleker, og «hun» ble tiltagende ulykkelig da «hun» kom i puberteten og fikk østrogen for å utvikle kroppen i kvinnelig retning. Behandlerne bestemte seg for å fortelle «jenta» om sin historie, og «hun» bestemte da selv at «hun» ville gjøre om behandlingen og bli den gutten «hun» følte at «hun» var. Denne gutten tok navnet David, som symbol på Davids kamp mot alle Goliatene i hvite frakker (Colapinto, 2000).

Denne historien pekte på muligheten for at kjønnsidentitet kunne være relatert til iboende, nevrobiologiske egenskaper. En internasjonal ekspertgruppe som ble opprettet, konkluderte i en uttalelse publisert i 2006 at kjønnsidentitet er et nevrobiologisk fenomen (GIRES, 2006).

### IKKE-BINÆR FORSTÅELSE AV KJØNN

De første henvisningene til begrepet ikke-binær kjønnsidentitet kom ved slutten av 1900-tallet og begynnelsen av 2000-tallet (Monro, 2019, s. 126), og det har vært økende oppmerksomhet på ikke-binær kjønnsidentitet i løpet av de siste 20 årene (Motmans et al., 2019; Thorne et al., 2019).

Hyde et al. (2018) utfordrer tokjønnstenkingen gjennom kritisk gjennomgang av tidligere forskning fra nevrovitenskap, biologi, neuroendokrinologi, adferdsvitenskap og utviklingspsykologi (Hyde et al., 2018; Joel et al., 2015). På alle disse områdene er det påvist at menneskelige egenskaper ikke er todelt i den forstand at man kan skille mellom mannlige eller kvinnelige egenskaper som dikotome størrelser; de fleste mennesker innehar både maskuline og feminine egenskaper (Hyde, 2005). Selv når det gjelder svært kjønnete egenskaper, fant man i en undersøkelse at bare 1 pro-

sent presenterte bare maskuline eller feminine egenskaper. Over 55 prosent presenterte en kombinasjon av maskuline og feminine egenskaper. Maskulin og feminin var definert som egenskaper som fantes hos de mest ytterliggående 33 prosent av mennene og kvinnene (Joel et al., 2015). I metaanalyser finner man ingen forskjell mellom menn og kvinner når det gjelder tester av matematiske ferdigheter (Hyde et al., 2008). Det er små forskjeller på seksualitet (samleiedebut, homoseksuelle erfaringer, holdninger til seksualitet). Størst forskjell er det på bruk av pornografi, masturbasjon og syn på tilfeldig sex (Petersen & Hyde, 2010). Det er mindre kjønnsforskjeller i land der kjønnene er mer likestilt (Eagly & Wood, 1999). De fleste kjønnsforskjeller er trivielle (Hyde et al., 2018).

En rekke forskningsarbeider har studert hormonenes påvirkning av hjernen i fosterlivet, forskjeller i anatomiske strukturer i voksne hjerner, kjønnsidentitet hos transseksuelle og genetiske faktorer (Hyde et al., 2018; Rametti et al., 2011; Steensma et al., 2013a). Den generelle oppfatning er at utvikling av kjønnsidentitet består av et komplekst samspill mellom biologiske, sosiale og psykologiske faktorer (McCarthy et al., 2012).

Forskere har tidligere slått fast at det er forskjell mellom hjerner hos cismenn og ciskvinner, men at denne forskjellen ikke er absolutt (Garcia-Falgueres & Swaab, 2008; Zhou et al., 1995). Forskerne konkluderer at forskjellene viser til komplekse nettverk som strukturelt og funksjonelt kan være relatert til kjønnsidentitet. Funnene sier ikke noe om årsak til kjønnsidentitet, men de beskriver forskjeller mellom grupper som viser at det finnes samsvar mellom biologi, psykologi og kultur (Mueller et al., 2021; Rametti et al., 2011).

Idéen om biologiske forskjeller som forklaring på tokjønnsmodellen blir også problematisert av Emily Quinn, som selv er intersex, det vil si at hun er født med en kropp som gjør det vanskelig å avgjøre biologisk kjønn. «The way we think about biological sex is wrong» (Quinn, 2018). Med utgangspunkt i forskning påpeker hun at kroppen representerer ulike variasjoner og glidende overganger mellom kjønnsmajoritetene menn og kvinner.

To nye undersøkelser (Clark et al., 2018; GEO, 2018) rapporterer samlet sett at omtrent 50 prosent av transbefolkningen identifiserer seg som ikke-binære. I en amerikansk undersøkelse som omfattet 27 715 transpersoner, ble det gitt mulighet til fritt å definere sin kjønnsidentitet med så mange ord de ønsket. Dette resulterte i mer enn 500 unike begreper. De mest utbredte var ikke-binær, kjønnskeiv og kjønnsvarierende, rapportert av mellom 27 og 35 prosent av respondentene. 20 prosent identifiserte seg som kjønnsflytende, som beveger seg mellom ulike kjønnsforståelser, og 18 prosent som androgyne, som identifiserer seg et sted mellom de binære kjønnskategoriene. Andre begreper inkluderte ikke-kjønn, som betyr at man ikke har en opplevelse av kjønn, og tokjønn, som kan bety at man føler seg som både mann og kvinne (Flatnes, 2018; James et al., 2016).

I en spørreskjemaundersøkelse om erfaringer med kjønnsinkongruens fra Universitetet i Agder i 2018 ba vi respondentene om å definere kjønnsidentitet med egne ord. En analyse av svarene viste at mindre enn 50 prosent definerte seg eksplisitt binært, som mann eller kvinne; 25 prosent definerte seg som ikke-binære, uavhengig av hvilket kjønn de var tildelt ved fødselen. 6,6 prosent av dem som var tildelt kvinnekjønn ved fødselen, og 0,8 prosent av dem som var tildelt mannekjønn ved fødselen, »



Utvikling av kjønnsidentitet består av et komplekst samspill mellom biologiske, sosiale og psykologiske faktorer



definerte seg som ikke-kjønn (agender). De resterende beskrev seg som variasjoner av transkjønn, altså ikke som rent kvinne eller rent mann (Bolstad et al., 2019).

### FRISKMELDING AV TRANS

I løpet av de siste 10–15 årene har det vært en sterk økning av unge som har tatt kontakt med klinikker som tilbyr kroppsjusterende behandling (Aitken et al., 2015; Arcelus et al., 2015; de Graaf et al., 2018; Dhejne et al., 2014; Steensma et al., 2013b). En del stemmer i den offentlige debatten har uttrykt bekymring for at opplevelse av å ikke finne seg til rette i sitt tildelte kjønn er en forbigående idé hos de unge, og for at disse skulle motta irreversibel behandling i form av for eksempel brystfjerning, eller behandling som kan bidra til at de ikke kan få barn, eller at de får dypere stemme. I denne situasjonen har behandlere som står for en støttende holdning, blitt angrepet og mistenkeliggjort for å forføre unge mennesker til uetisk, unødig og ikke-vitenskapelig basert behandling.

De som forholder seg støttende til dem som søker behandling, erkjenner at det er et større spekter av kjønnsidentitet enn bare mann eller kvinne (Ainsworth, 2015; American Psychological Association, 2015; Ehrensaft, 2017; Hidalgo et al., 2013). Denne forståelsen er ikke minst resultat av inntrykk som kommer fram når vi spør transpersoner om deres egen opplevelse av kjønnsidentitet. I 2014 åpnet Facebook for egen- definert kjønn, som resulterte i en liste på 58 ulike definisjoner i den engelskspråklige versjonen av Facebook (Bivens, 2017). Dette hadde en viktig symbolverdi i bruddet med tokjønnstenkningen.

Gruppen rundt Diane Ehrensaft i USA har beskrevet *Gender Affirming Treatment* (GAT), som alternativ til den tradisjonelle psykiatriske tilnærmingen (Clark et al., 2018; Ehrensaft, 2017; Hidalgo et al., 2013). GAT-tilnærmingen får stadig større tilslutning. Universitetssykehuset i Aalborg og store deler av behandlingsmiljøet i Norge bruker GAT, som også er beskrevet i Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av personer med kjønnsinkongruens.

I mai 2019 ratifiserte WHO det internasjonale diagnosesystemet ICD-11, der diagnosen *transseksualitet* (F64.0) ble erstattet med *kjønnsinkongruens i ungdom eller voksen alder* (HA60) og *kjønnsinkongruens i barndommen* (HA61). *The Lancet* publiserte i 2016 et eget temanummer om Transgender health som var en del av forarbeidet til ICD-11 (Kirby, 2016; Reed, 2016; Reisner et al., 2016a, 2016b; Winter et al., 2016; Wylie et al., 2016).

Grunnlaget for å opprettholde kjønnsinkongruens som en diagnose, men ikke som en psykisk eller en somatisk lidelse, er at dette er en tilstand hvor mange enkeltpersoner trenger medisinsk assistanse av forskjellig slag. Vi kan gjerne sammenligne med graviditet, som ikke er en sykdom, men som ofte krever helsehjelp.

### HVORDAN FORSTÅ KJØNNSIDENTITET

Det kan være nyttig å tenke at biologisk kjønn, kjønnsidentitet og kjønnsroller må studeres som separate, men gjensidig påvirkelige størrelser. *Biologisk kjønn* kan forstås som egenskaper ved kroppen: Indre og ytre kjønnsorganer, sekundære kjønnskarakteristika (bryster, skjegg) samt strukturer i sentralnervesystemet. *Kjønnsidentitet* kan forstås som en subjektiv opplevelse av hvem man er, basert på samspill mellom biologiske, psykologiske og kulturelle faktorer. *Kjønnsroller* kan forstås som

den adferd man utviser som del av et sosialt skript, men kan også uttrykke en indre opplevelse av hvem og hva man er.

Om vi så skiller *sosialt kjønn* (gender) og *seksualitet* (sexuality) fra forplantningskjønn blir det lettere å følge den diskusjonen som foregår. Det skal imidlertid ikke være helt lett. I noen sammenhenger brukes begrepene i kombinasjoner (sex/gender, eller gender/sex), for å understreke et ønske om å diskutere både biologiske, psykologiske og sosiale/kulturelle aspekter ved kjønn (Fausto-Sterling, 2019; van Anders, 2015).

Internett har skapt fora som gir nye tilbud om selvbeskrivelse, og det skapes nye ord som gir nye muligheter for gjenkjennelse. Dette betyr ikke at kategoriene mann og kvinne blir borte, som mange synes å frykte, men det kommer nye selvforståelser i tillegg til gamle.

En definisjon av ikke-binær er: «People who have a gender which is neither male nor female and may identify as both male and female at one time, as different genders at different times, as no gender at all, or dispute the idea of only two genders» (Richards et al., 2016, s. 95).

Medisinsk tradisjon har basert kjønnsbestemmelse på XX- og XY-kromosomer, bygd på en antagelse om samsvar mellom XX og kvinnelige kjønnsorganer og XY og mannlige kjønnsorganer. Dette viser seg å ikke være tilfelle, noe som bl.a. har blitt et problem innenfor idretten. Et individ kan ha mosaikker av kromosomer, for eksempel at halvparten av cellene i kroppen kan være XX, mens den andre halvparten kan være XY, og mennesker kan ha kromosomsammensetninger av type: XO, XXX, XYY, XXY. I Norge kommer ca. 10–12 barn i året til verden med kjønnsorganer som ikke umiddelbart har kunnet klassifiseres som mannlige eller kvinnelige (Diseth, 2008). Både i Norge og internasjonalt har det vært vanlig praksis å kirurgisk korrigere kjønnsorganene til disse barna (Knudtzon & Aarskog, 1993), men denne praksisen har i økende grad blitt kritisert (Diamond & Sigmundson, 1997), og blir diskutert av Diseth på grunnlag av nyere kunnskap om mulig genetisk og hormonell påvirkning av fosterets hjerne og senere utvikling av kjønnsidentitet (Diseth, 2008).

I en verden som dyrker flertallsegenskaper som norm, har det vært viktig å «korrigere» dem som avviker fra det statistisk normale, som også bryter normer for hvordan kropp «bør» være.

Dette har ført til at friske, levedyktige spedbarnskropper har blitt utsatt for kirurgiske inngrep for å få kjønnsorganene til å passe inn i flertallsnormene. Mange av barna som har vært utsatt for dette, har ikke fått vite grunnen til at de måtte behandles, og mange kan derfor være uvitende om bakgrunnen for at de har kroppene som de har. I dag har barna som er informert om sin historie, begynt å organisere seg og protestere mot det de mener er unødvendige, skadelige og smertefulle inngrep i friske kropper. En beskrivelse av dette finnes i TED Talks, av Karissa Sanbonmatsu: *The biology of gender, from DNA to the brain* (Sanbonmatsu, 2018).

Publikasjoner omkring ikke-binær kjønnsidentitet diskuterer disse faktorene på ulike måter, og det handler om nye muligheter for å etablere identiteter som ikke er mann eller kvinne, om hvordan dette utfordrer språket, og om hvordan man blir sett (speilet) av omgivelsene, og med forklaringsmodeller som omfatter kroppslige, psykologiske og kulturelle faktorer (Bivens, 2017; Folgerø & Hellesund, 2010; Hyde et al., 2018; Langer, 2019; Losty & O'Connor, 2018; Milles, 2013; Monro, 2005, 2019; Monro & Van Der Ros, 2018; Moser & Devereux, 2016; Motmans et al., 2019; Pearce & Lohman, 2019; Richards, 2016; Slagstad, 2018; Thorne et al., 2019; van Anders, 2015, og mange andre).

Ketil Slagstad diskuterer i en artikkel i *Tidskrift for Norsk psykologforening* den biopsykososiale modellen (Engel, 1977, 1980) som en kritikk av biomedisinsk tenkning, men han ser også muligheten for at man viderefører reduksjonistisk tenkning ved å la biologi få forrang, fremfor å sette individet i fokus som et meningsskapende og formidlende subjekt (Slagstad, 2019). Biologiske faktorer er ikke statiske, men påvirkes av psykologiske og sosiale faktorer. Istedenfor å diskutere hvorvidt opplevelse av kjønn er forankret i kroppen, eller om det er en kulturell konstruksjon, kan vi tenke at det dreier seg om et samspill.

Moderne biologi representerer en kompleksitet som også tvinger oss til å inkludere et større kjønns mangfold representert ved interseksualiteter og andre biologiske varianter. For å forstå utvikling av kjønnsidentitet må vi forholde oss til teori som inkluderer både genetiske faktorer, cellemembrandynamikker, utviklingspsykologi og sosial påvirkning.

Sigmund Karterud har formulert en personlighetsteori, *the Temperament-Attachment-*

*Mentalization-Based (TAM) Theory of Personality*, som er interessant i utvikling av ny teori om kjønn. Karterud beskriver personlighet som et individs unike variasjon over den menneskelige naturs generelle evolusjonære utforming, tilknytningsmønster og selvreflekterende evne. Den kommer til uttrykk som et utviklet mønster av disponerende trekk, karakteristiske tilpasninger, interpersonlige relasjoner og integrative livshistorier som er innvevd i en kulturell matrix (Karterud, 2017; Karterud & Kongerslev, 2019).

Om man setter utvikling av kjønnsidentitet inn i Karteruds TAM-teori, kan man få plass til medfødte nevrofysiologiske egenskaper, ikke som determinerende strukturer, men som temperamentsmessige disposisjoner som utformes videre gjennom tilknytning og symbolisering (mentaliserings). Ved denne tilnærmingen blir det plass til forståelse av nevrofysiologiske funn som del av primære emosjonelle systemer; det er plass til tilhørighetstenkning som tilknytningsmønster; og det er plass til skeiv (queer) teori i rollen som mentaliseringsselement.

Når vi kommer til verden, blir vi først gitt en betingelsesløs tilhørighet, men ganske snart begynner tilhørigheten å bli betinget av hvem og hva man er. Tilhørighet er beskrevet som et grunnleggende psykologisk behov (Baumeister & Leary, 1995).

Kjønn er et massivt tilbud om tilhørighet i vår kultur. Grunnlaget for tildeling av kjønn ved fødselen har til nå vært basert på tilstedeværelse eller fravær av penis. Den denotative betydning av gutt og jente har vært hvilken rolle man har i forplantningen, men det har blitt lagt inn betydelige konnotative betydninger som har konsekvenser for subjektiv identitet, sosial rolle, seksualitet og samfunnsmessige, økonomiske og juridiske rettigheter. Det er alle disse konnotative betydningene av kjønn som er satt under debatt. Identitet handler om den subjektive opplevelsen av hvem og hva man er. I en situasjon der individene blir gitt større frihet, blir det større spillerom for å definere seg selv som menneske gjennom mentalisering og sosiale konstruksjoner.

Utviklingspsykologiske studier påpeker at subjektiv opplevelse av kjønns-kategorier utvikles hos barn ved ca. 2-årsalder (Fausto-Sterling, 2019). Det barnet opplever da, er egenskaper hos personer i omgivelsene som barnet i større eller mindre grad kan kjenne seg igjen



Internett har skapt fora som gir nye tilbud om selvbeskrivelse







God tilhørighet oppstår når andre oppfatter oss slik vi oppfatter oss selv

i og identifisere seg med. Denne forståelsen utfordres av ikke-binær forståelse av kjønn, fordi den forutsetter en dekonstruksjon av tradisjonelle kjønnskategorier.

Moren til et barn som ble tildelt guttekjønn ved fødselen, men som ønsker å være jente, beskriver barnet som tiltagende deprimert i 2–3-årsalderen. En dag ser barnet et fjernsynsprogram der det er en ballerina som danser Svanesjøen. Barnet lyser opp, og sier at det vil ha et sånt skjørt som ballerinaen har! Da barnet fikk skjørtet, ble det fort en av barnets kjæreste eidelere, og det ble et gladere barn. Barnet opplever altså en egenskap som det får bekreftet eller uttrykt gjennom å ha på ballerinaskjørt.

#### OPPSUMMERING

Kjønns mangfold kan best forstås gjennom å skille mellom *sex* og *gender* (kroppslig og sosialt kjønn), og samtidig se at de er i samspill og påvirker hverandre. Kjønn bekreftes på mange nivåer: ytre kroppslig fremtoning, kroppsbvissthet, foreldrerolle, sosiale roller og seksualitet. Den biopsykososiale modellen kan være et godt redskap for å forstå dette samspillet. Den binære forståelsen av kjønn utfordres både på det biologiske, det psykologiske og det sosiale området, gjennom individuelle og sosiale praksiser, gjennom kroppslige uttrykk, og gjennom vitenskapelige studier.

Forståelsen av kjønn har endret seg gjennom historien, fra Platons beskrivelse av et tredje kjønn i *Drikkegildet i Athen* til Galens ettkjønnsmodell, utviklingen av tokjønnsmodellen på 1800-tallet, der kvinner ble avseksualisert, til 2000-tallets kjønnspekter (Dargie et al., 2014). Dette betyr at vi stadig må være våkne for at forståelsen av kjønn er i endring.

Det er viktig at psykologer forstår at kjønnsinkongruens ikke er uttrykk for en psykopatologisk tilstand, men at det representerer et spekter av naturens og kulturens mangfold (American Psychological Association, 2015). Om man tar dette på alvor, er det nødvendig å utvikle nye modeller for behandling (Vincent, 2019). Klienter som oppsøker psykolog på grunn av kjønnsinkongruens, trenger ikke utredning for å avgjøre om identitetsopplevelsen er en vrangforestilling – omfattende utred-

ning for å avdekke eventuell psykopatologi er unødvendig, og i mange tilfeller krenkende. Det er viktig å i utgangspunktet «være høflig» og anerkjenne klientens opplevelse. Mange klienter har hentet sin kunnskap og gjort sine erfaringer via nettet. De har liten trening i å snakke om seg selv med norske begreper, og de har behov for et rom der de kan utforske opplevelsen av identitet. Noen vil ha en sterk identitet som mann eller kvinne, noen vil oppleve seg som ikke-binære, noen vil oppleve seg som ikke-kjønn, og noen er usikre. For mange er det en ny tanke at man kan ha en identitet som trans, og at det er mulig å utvikle en transestetikk, som gjør det akseptabelt å fremstå som både-og, og unngå presset fra cis-idealet, det vil si «passere» som en cismann eller ciskvinne.

Flertallet av transkjønnete eller de som opplever kjønnsinkongruens, opplever diskriminering fordi det ikke eksisterer sosiale kategorier som gir plass for å være kjønn utenfor tokjønnsmodellen (Richards et al., 2016). Mikroagresjon i form av mobbing og avvising, for eksempel av familie, bidrar til psykiske problemer. Transpersoner kan ha bruk for psykolog for å bearbeide traumatiske opplevelser, angst, sosial angst som resultat av å ha blitt lest feil av sine omgivelser, skam, depresjon, selvmordstanker og selvmordsforsøk. Den perioden transpersoner er mest sårbare for suicidalitet, er etter at de har erkjent sin kjønnsinkongruens, og før de har fått bekreftelse og mulighet for behandling i form av kroppslige justeringer.

De siste 20–30 årene har ført med seg større kulturell aksept, og dermed frembrakt en ny type klienter: selvbevisste og stolte transpersoner som trenger støtte til å bearbeide kjønnsinkongruens, vurdere hvor mye kroppslig justering som er nødvendig, og bearbeide de negative og diskvalifiserende reaksjonene de må ha møtt i helsevesenet og i kulturen generelt. Jo mer en kultur omfavner kjønns mangfold, nye kjønnsidentiteter og kjønnsuttrykk, dess større blir tilbudet om positiv kjønnsbekreftelse. God tilhørighet oppstår når andre oppfatter oss slik vi oppfatter oss selv, og når det som oppfattes, tillegges en positiv verdi (Benestad, 2016). ❌

## REFERANSER

- Acton, W. (1865). *The functions and disorders of the reproductive organs in childhood, youth and adult age, and the advanced life considered in their psychological, social and moral response*. Lindsay and Blakiston.
- Arcelus, J., Bourman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G. & Fernandes-Aranmda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807–815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Ainsworth, C. (2015). Sex Redefined. The idea of two sexes is simplistic. Biologists now think there is a wider spectrum than that. *Nature*, 518(7539), 288–291. <https://doi.org/10.1038/518288a>
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P. & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for Interpersonal Attachments as Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Bem, S. (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155–162. <https://doi.org/10.1037/h0036215>
- Bem, S. (1993). *The Lenses of Gender. Transforming the Debate on Sexual Inequality*. Yale University Press.
- Benestad, E. & Almås, E. (1993). Bekreftelsesmodell for kjønnsstilling. *Nordisk Sexologi*, 11(4), 209–216.
- Benestad, E. (1987). Heterofil transvestisme – Definisjoner og identitetsopplevelse. *Nordisk Sexologi*, 5(1), 31–35.
- Benestad, E. E. P. & Almås, E. (2001). *Kjønn i bevegelse*. Universitetsforlaget.
- Benestad, E. E. P. B. (2016). Gender belonging: Children, adolescents, adults and the role of the therapist. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 4(4), 91–106.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. The Julian Press.
- Bivens, R. (2017). The gender binary will not be deprogrammed: Ten years of coding gender on Facebook. *New Media & Society*, 19(6), 880–898. <https://doi.org/10.1177%2F1461444815621527>
- Bolstad, S. H., Karlsen, T. I., Benestad, E. P. B., Almås, E. & Giami, A. (2019). Gender Self Definition for Measuring Transition Pathways in Norway. *3rd Biennial EPATH Conference Inside Matters. On Law, Ethics and Religion*, 298–299.
- Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohart-Dourlent, H. & Saewyc, E. M. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158–169. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Dargie, E., Blair, K. L., Pukall, C. F. & Coyle, S. M. (2014). Somewhere under the rainbow: Exploring the identities and experiences of trans persons. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 60–74. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2378>
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C. & Carmichael, P. (2018). Sex Ratio in Children and Adolescents Referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301–1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- Dhejne, C., Oberg, K., Arver, S. & Landen, M. (2014). An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: prevalence, incidence, and regrets. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1535–1545. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0300-8>
- Diamond, M. (1965). A critical evaluation of the ontogeny of human sexual behavior. *The Quarterly Review of Biology*, 40(2), 147–175. <https://doi.org/10.1086/404539>
- Diamond, M. & Sigmundson, K. (1997). Sex Reassignment at Birth. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151(3), 298–304. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1997.02170400084015>
- Diseth, T. (2008). Barn født med uklare kjønnskarakteristika. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128(5), 576–580.
- Dolan, J. (1987). Transsexualism: Syndrome or Symptom? *Canadian Journal of Psychiatry*. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 32(November), 666–673. <https://doi.org/10.1177/070674378703200805>
- Dragoin, W. (1995, 23.–26. februar). The Gynemimetic Shaman. Evolutionary Origins of Male Sexual Inversion and Associated Talents. *Konferansebidrag, International Congress on Gender, Cross Dressing and Sex Issues*, California State University, Northridge.
- Eagly, A. H. & Wood, W. (1999). The origins of sex difference in human behavior: Evolved dispositions versus social roles. *American Psychologist*, 54(6), 408–423. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.6.408>
- Ehrensaft, D. (2017). Gender nonconforming youth: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* (8), 57–67. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S110859>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Fausto-Sterling, A. (2019). Gender/Sex, Sexual Orientation, and Identity Are in the Body: How Did They Get There? *The Journal of Sex Research*, 56 (4-5), 529–555. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1581883>
- Flatnes, K. (2018). «Jeg er ganske mye mer enn bare det at jeg ikke identifiserer meg som mann eller kvinne». *En kvalitativ undersøkelse av opplevelsen av å ha en ikke-binær kjønnsidentitet*. [Hovedfagsoppgave]. Universitetet i Oslo.
- Folgerø, T. & Hellesund, T. (2010). Kjønnsoperasjoner og kjønnsdefinisjoner – hvor sitter kjønnet? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(4), 402–404.

- Garcia-Falgueres, A. & Swaab, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain*, 131(12), 3132–3146. <https://doi.org/10.1093/brain/awn276>
- GIRES (2006). Atypical Gender Development – A Review. *International Journal of Transgenderism*, 9(1), 29–44. [https://doi.org/10.1300/J485v09n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J485v09n01_04)
- Government Equalities Office. (2017). *National LGBT survey*. GOV.UK. [www.gov.uk/government/consultations/national-lgbt-survey](http://www.gov.uk/government/consultations/national-lgbt-survey)
- Haugsgjerd, S. (1990). *Lidelsens karakter i ny psykiatri*. Pax Forlag.
- Hausman, B. (1992). Demanding subjectivity: Transsexuality, medicine, and the technologies of gender. *Journal of the History of Sexuality*, 3(2), 270–302.
- Herd, G. (1996). *Third Sex, Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. Zone Books.
- Hessellund, H. (1970/1972). *Kjønn, identitet, rolle*. Munksgaard/Gyldendal Norsk Forlag.
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C. & Clark, L. F. (2013). What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>
- Hirschfeld, M. (1910/1991). *Transvestites. The Erotic Drive to Cross Dress*. Prometheus Books.
- Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C. & van Anders, S. M. (2018). The Future of Sex and Gender in Psychology: Five Challenges to the Gender Binary. *American Psychologist*, 74(2), 171–193. <https://doi.org/10.1037/amp0000307>
- Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, 60(6), 581–592. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.581>
- Hyde, J. S., Lindberg, S. M., Linn, M. C., Ellis, A. B. & Williams, C. C. (2008). Diversity. Gender similarities characterize math performance. *Science*, 321(5888), 494–495. <https://doi.org/10.1126/science.1160364>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. & Ana, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. transgender survey*.
- Joel, D., Berman, Z., Tavor, I., Wexler, N., Gaber, O., Stein, Y., Shefi, N., Pool, J., Urchs, S., Margulies, D. S., Liem, F., Hänggi, J. & A'ssaf, Y. H. (2015). Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *Proceedings in the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(50), 15468–15473. <https://doi.org/10.1073/pnas.1509654112>
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Gyldendal.
- Karterud, S. & Kongerslev, M. T. (2019). Skisse til en moderne personlighetsteori. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(11), 834–843.
- Kessler, S. & McKenna, W. (1985). *Gender: An Ethnomethodological Approach*. University of Chicago Press.
- Kirby, T. (2016). Profile: Sari Reisner - making transgender health visible. *The Lancet*, 388(10042), 332. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30839-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30839-X)
- Knudtzon, J. & Aarskog, D. (1993). Forstyrrelser i seksuell differensiering: Utredning og behandling. *Pediatrik Endokrinologi*, 7(1), 2–22.
- Kringlen, E. (1972). *Psykiatri*. Universitetsforlaget.
- Langer, S. J. (2019). *Theorizing transgender identity for clinical practice. A new model for understanding gender*. Jessica Kingsley Publishers.
- Laqueur, T. W. (1990/2001). *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press.
- Lev, A. I. (2005). Disordering gender identity: Gender identity disorder in the DSM-IV-TR. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17(3-4), 69.
- Lindberg, J., Hyde, J. S., Petersen, J. L. & Linn, M. C. (2010). New trends in gender and mathematics performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(6), 1124–1135. <https://doi.org/10.1037/a0021276>
- Losty, M. & O'Connor, J. (2018). Falling outside of the 'nice little binary box': a psychoanalytic exploration of the non-binary gender identity. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32(1), 40–60. <https://doi.org/10.1080/02668734.2017.1384933>
- McCarthy, M. M., Arnold, A. P., Ball, G. F., Blaustein, J. D. & DeVries, G. J. (2012). Sex Differences in the Brain: The Not So Inconvenient Truth. *The Journal of Neuroscience*, 32(7), 2241–2247.
- Milles, K. (2013). En öppning i en sluten ordklass? Den nye anvendingen av pronomenet hen. *Språk och stil*, 23, 107–140.
- Money, J. & Ehrhardt, A. (1972). *Man and Woman/Boy and Girl*. John Hopkins University Press.
- Monro, S. (2005). Beyond Male and Female: Poststructuralism and the Spectrum of Gender. *International Journal of Transgenderism*, 8(1), 3–22. [https://doi.org/10.1300/J485v08n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J485v08n01_02)
- Monro, S. (2019). Non-binary and gender-queer: An overview of the field. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 126–131. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538841>
- Monro, S. & Van Der Ros, J. (2018). Trans\* and gender variant citizenship and the state in Norway [Social Processes & Social Issues 2900]. *Critical Social Policy*, 38(1), 57–78. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/0261018317733084>
- Moser, C. & Devereux, M. (2016). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331–332. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446>
- Motmans, J., Nieder, T. O. & Boumasn, W. P. (2019). Transformation of the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgender Health*, 20(2-3), 119–125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>
- Mueller, S. C., Guillamon, A., Zubiarre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Uribe, C., Khorashad, B. S., Khazai, B., Talaei, A., Habel, U., Votinov, M., Derntl, B., Lanzenberger, R., Seiger, R., Kranz, G. S., Baudewijntje, P. C., Kreukels, B. P. C., Kettenis, P. T. C., Burke, S. M., Lambalk, M. B., Veltman, D., Kennis, M., Sanchez, F. J., Vilain, E., Fischer, A. D., Mascalchi, M., Gavazzi, G., O'soloni, S., Ristori, J., Dannowski, U., Grotegerd, D., Konrad, C., Schneider, M. A., T' Sjoen, G. & Luders, E. (2021). The Neuroanatomy of Transgender Identity: Mega-Analytic Findings From the ENIGMA Transgender Persons Working Group. *Journal of Sexual Medicine*, 18(6), 1122–1129. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079>
- Nagoshi, J. L., Brzuzy, S. & Terrell, H. K. (2012). Deconstructing the complex perceptions of gender roles, gender identity, and sexual orientation among transgender individuals. *Feminism & Psychology*, 22(4), 405–422. <https://doi.org/10.1177/0959353512461929>
- Pearce, R. & Lohman, K. (2019). Deconstructing DIY identities in a trans music scene [Sexual Behavior & Sexual Orientation 2980]. *Sexualities*, 22(1-2), 97–113. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/1363460717740276>
- Person, E. & Ovesey, L. (1974). The transsexual syndrome in males. I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28(2), 4–20. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.14>

- Person, E. & Ovesey, L. (1974). The transsexual syndrome in males: II. Secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28(2), 174–193. <https://doi.org/10.1176/appi.psychothera-py.1974.28.2.174>
- Petersen, J. L. & Hyde, J. S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality 1993-2007. *Psychological Bulletin*, 136(1), 21–38. <https://doi.org/10.1037/a0017504>
- Platon. (1994). *Drikkegildet i Athen: Symposium*. Grøndahl og Dreyers Forlag.
- Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, A. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Quinn, E. (2018). The way we think about biological sex is wrong [Video]. TEDWomen. [https://www.ted.com/talks/emily\\_quinn\\_the\\_way\\_we\\_think\\_about\\_biological\\_sex\\_is\\_wrong?rid=Do7yvzCVHFA](https://www.ted.com/talks/emily_quinn_the_way_we_think_about_biological_sex_is_wrong?rid=Do7yvzCVHFA)
- Rametti, G., Carillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, A. & Guillamon, A. (2011). White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(29), 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.006>
- Reed, T. (2016). Project. GIREs: e-learning for transgender health training [Perspectives]. *The Lancet*, 388(10042), 333. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30838-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30838-8)
- Reisner, S., Keatley, J., Baral, S., Villayzan, J., Mothopeng, T., der Merwe, I. L. A., Hosie, A. & Chung, C. (2016a). Transgender community voices: a participatory population perspective. Peru: access to health and adverse social context. Lesotho: standing up for transgender health and rights. South Africa: access to gender affirming health care. Australia: lessons from progress to date. USA: at the margin of gender and race. *The Lancet*, 388(10042), 327–330. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30709-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30709-7)
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keastley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R. & Baral, S. D. (2016b). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Richards, C. (2016). Trans and non-binary genders: Implications for academic psychological work [Article]. *Clinical Psychology Forum*, (285), 25–27. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84987665848&partnerID=40&md5=61a10d329bbeac06eeefb646deb52219a>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O. & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95–102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 20.
- Salk, R. H., Hyde, J. S. & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Sanbonmatsu, K. (2018). The biology of gender, from DNA to the brain [Video]. TEDWomen. [https://www.ted.com/talks/karissa\\_sanbonmatsu\\_the\\_biology\\_of\\_gender\\_from\\_dna\\_to\\_the\\_brain?rid=Do7yvzCVHFA](https://www.ted.com/talks/karissa_sanbonmatsu_the_biology_of_gender_from_dna_to_the_brain?rid=Do7yvzCVHFA)
- Slagstad, K. (2018). Ikke begge. Alle kjønn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0888>
- Slagstad, K. (2019). Hjernen er ikke alene. Nettverksmodellen og psykiatrisk epistemologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(11), 822–832.
- Slagstad, K. (2021). The Political Nature of Sex – Transgender in the History of Medicine. *The New England Journal of Medicine*. 384(11), 1070–1074. <https://doi.org/10.1056/nejms2029814>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L. & Cohen-Kettenis, P. T. (2013a). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J. & Cohen-Kettenis, P. T. (2013b). Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Thorne, N., Yip, A. K. T., Bouman, W. P., Marshall, E. & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary – A systematic review [Review]. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138–154. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>
- van Anders, S. M. (2015). Beyond Sexual Orientation: Integrating Gender/Sex and Diverse Sexualities via Sexual Configuration Theory. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1177–1213. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0490-8>
- Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: The validation of non-binary people. *International Journal of Transgender Health*, 20(2-3), 132–137. <https://doi.org/10.1080/10532739.2018.1534075>
- von Krafft-Ebing, R. (1997). *Psychopathia Sexualis. The Case Histories*. Velvet.
- WHO. (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization.
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S. & Wylie, K. (2016). Transgender health 1. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakal, S. & Baral, S. (2016). Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401–411. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6)
- Zhou, J., Hofman, M. A., Gooren, L. J. G. & Swaab, D. F. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378 (November 1995), 68–70.



## Fra utenforskap til fellesskap

Behandlingstilbudet for personer med kjønnsinkongruens styrkes med etableringen av regionale senter. Det viser to års erfaringer fra Norges første senter i Vestfold.

**TEKST** Martin Rosmo Hansen, Susan Ettelt, Even Tyr Bjerkeli og Daniel Aam Josdal

**KONTAKT**  
marosm@siv.no

**MERKNAD**  
Pasienten i teksten er anonymisert, og det er innhentet samtykke.

Nora sitter på venterommet til Regionalt senter for kjønnsinkongruens. Hun har blitt henvist fra sin fastlege med ønske om utredning og behandling. Hun har på seg grå hettegenser, grå bukse og svarte sko. Nora ble tildelt kjønn mann ved fødsel, men opplever sin kjønnsidentitet som kvinne. Nora bruker to timer hver dag på fjerning av kroppsbehåring, og henger som regel en stor håndduk foran speilet når hun tilbringer tid på badet. Synet av egen kropp gir en opplevelse av at det er noe som ikke stemmer. Nora ønsker å leve, og bli opplevd av andre, som kvinne.

### RSKi

Norges første regionale senter for kjønnsinkongruens (RSKi) ble etablert ved Sykehuset i Vestfold i oktober 2020. RSKi styrker helsetilbudet til personer med kjønnsinkongruens ved å tilby moderne regional lavterskel kjønnsbekreftende helsehjelp nær pasienten med mulighet for tettere oppfølging enn ved Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) ved Rikshospitalet. NBTK er et sentralisert behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten som tilbyr høyspesialisert hormonell og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling. Bakgrunnen for opprettelsen av RSKi var misnøye fra fagpersoner og bruker-/interesseorganisasjoner med det allerede eksisterende helsetilbudet for personer med kjønnsinkongruens. Helsedirektoratet oppnevnte i 2013 en ekspertgruppe som vurderte det eksisterende behandlingstilbudet og foreslo forbedringer. Ekspert-

gruppens arbeid resulterte i rapporten *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn*, som anbefalte et bredere og mer desentralisert behandlingstilbud på lavest mulige omsorgsnivå i helsetjenesten, økt kompetanse om kjønnsinkongruens i alle deler av helsetjenesten, utarbeiding av en nasjonal faglig retningslinje og etablering av regionale og nasjonale faglige nettverk (Helsedirektoratet, 2015). Flere av anbefalingene ble fulgt opp med konkrete tiltak. I 2020 kom en særnorsk revidering av Verdens helseorganisasjons diagnosemanual ICD-10, hvor diagnosen F64.0 Transseksualisme ble erstattet av Z76.8X Kjønninkongruens i påvente av liknende endringer i ICD-11. Kjønninkongruens ble altså tatt ut av kapittel F om «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» og erstattet av diagnose i kapittel Z «Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten». Samtidig ble Nasjonal faglig retningslinje for



**Bakgrunnen for opprettelsen var misnøye fra fagpersoner og bruker-/interesseorganisasjoner med det allerede eksisterende helsetilbudet**



**TRYGG RAMME** Personer med kjønnsinkongruens har ofte behov for en trygg ramme for å utforske kjønnsidentitet, skriver artikkelforfatterne. Foto: nito / Shutterstock / NTB

**Kjønnsidentitet:** Kjønnsidentitet viser til opplevelsen av å være for eksempel mann, kvinne, ingen av delene, begge deler eller noe annet (Jessen, 2022a). Biologisk kjønn danner som regel grunnlaget for tildelt kjønn ved fødsel, som medfører registrering av juridisk kjønn i Folkeregistret. Lov om endring av juridisk kjønn trådte i kraft i Norge i 2016 og gir rett til endring av juridisk kjønn ved opplevelse av å tilhøre et annet kjønn (Lov om endring av juridisk kjønn, 2016).

**Kjønnsuttrykk:** Kjønnsuttrykk er hvordan kjønnsidentiteten uttrykkes bevisst eller ubevisst gjennom bl.a. utseende, klær, og atferd (Nylund & Benestad, 2020).

**Kjønnsinkongruens:** Kjønnsinkongruens er mangel på samsvar mellom tildelt kjønn ved fødsel og opplevd kjønnsidentitet (Wæhre, 2022). Kjønnsinkongruens ledsages ofte av kjønnsdysfori, som er opplevd ubehag ved manglende samsvar mellom tildelt kjønn ved fødsel og opplevd kjønnsidentitet (Jessen, 2022b).

helsetilbud til personer med kjønnsinkongruens utgitt på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ut fra Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2017–2020) (Helsedirektoratet, 2020; Barne- og likestillingsdepartementet, 2016).

RSKi er det første initiativet til å skape et bredere og mer høykompetent behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens i

Norge. RSKi er finansiert med midler fra Helse Sør-Øst. Vi består av en seksjon for voksne, en for barn og ungdom og er organisert i spesialisthelsetjenesten. Her beskriver vi våre erfaringer med etableringen av utrednings- og behandlingstilbudet ved RSKi Voksen, illustrert med en pasienthistorie fra praksis. Vi vil også presentere våre anbefalinger om hva et moderne regionalt lavterskel helsetilbud til denne pasientgruppen kan og bør være.



Nora har gjentatte ganger forsøkt å snakke med sin fastlege og behandler på DPS om sin opplevelse av kjønnsinkongruens. Hun synes det er vanskelig å bli forstått. På venterommet til RSKi henger regnbue- og transflagg som gjør at Nora øyner nytt håp. I innkomtsamtalen på RSKi får Nora spørsmål om opplevd kjønnsidentitet, samt foretrukket navn og pronomen. Behandleren registrerer informasjonen i pasientjournalen og bruker denne konsekvent fremover. Nora opplever seg møtt og forstått om sin opplevelse av kjønnsidentitet som kvinne, og får hjelp til å påbegynne sin kjønnsbekreftende behandling, i første omgang ved å søke om dekning av utgifter til hårfjerning og brystproteser.

#### TILBUDET VED RSKi VOKSEN

Pasienter med kjønnsinkongruens vegrer seg for å snakke med behandlere. Det kan være flere mulige årsaker til dette, som forventninger om at behandlere har manglende kunnskap om kjønnsinkongruens og frykt for sykeligjøring basert på kjønnsidentitet (Reform, 2020; Hansen, 2011, 2020). Ved RSKi jobber det to psykologspesialister og en sykepleier/sexologisk rådgiver i 50–60 % stilling. Våre behandlere har omfattende klinisk erfaring med pasientgruppen og videreutdanning innenfor sexologi. Vi er fysisk lokalisert på Nøtterøy i Vestfold og har synlige symboler for kjønns- og seksualitetsmangfold på venterom og kontorer for å skape et trygt rom. Pasienter henvises fra fastlege eller annen med henvisningsrett. Henvisningen vurderes ut fra kriterier om opplevd kjønnsinkongruens og/eller ønske om å utforske ikke-nor-

mativ kjønnsidentitet innenfor trygge rammer. Pasientene får en innkomtsamtale med behandler ved RSKi for kartlegging av kjønnsidentitet, samt individuelt behov for utforskning av kjønnsidentitet og/eller kjønnsbekreftende behandling. Pasientene får også tilbud om bistand til å søke hjelpemidler for reduksjon av kjønnsdysfori. Hjelpemidler er etter vår erfaring ikke-inngripende tiltak som bidrar til økt livskvalitet og mindre kjønnsdysfori. Hjelpemidler som dekkes av det offentlige, er blant annet parykk, bryst- og penisproteser, hårfjerning og kompresjonsvester (bindere). Nasjonale retningslinjer anbefaler sterkt at hjelpemidler bør være et tilgjengelig tilbud til pasienter med kjønnsinkongruens. RSKi Voksen tilbyr også veiledning og undervisning til behandlere i primær- og spesialisthelsetjenesten.

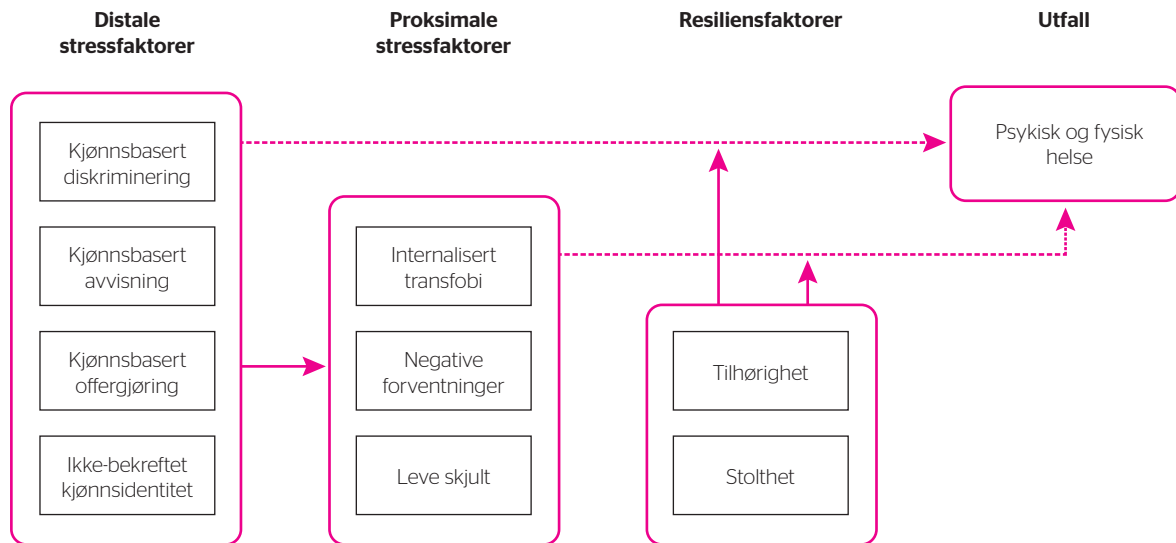
De fleste av våre pasienter ønsker henvisning til NBTK for hormonell og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling. Det arbeides for tiden med løsninger for å kunne tilby fremtidig hormonell og (enkel) kirurgisk kjønnsbekreftende behandling på RSKi. Per dags dato består behandlingstilbudet ved RSKi av gruppebehandling og individuell oppfølging for å imøtekomme en stor og økende pasientmengde innenfor ressursrammene. All behandling ved RSKi er i tråd med siste utgave av internasjonale standarder for behandling av pasientgruppen (World Professional Association for Transgender Health, 2012; American Psychological Association, 2015). Antall pasienter er for tiden ca. 150, og vi har dessverre sett oss nødt til å avslå pasienter henvist utenfra vårt eget opp-taksområde grunnet manglende kapasitet.

**Transperson:** Transperson er en person som har en kjønnsidentitet som er forskjellig fra det kjønn som ble tildelt ved fødsel (Lescher-Nuland & van der Ros, 2021).

**Prevalens:** Det eksisterer relativt lite kunnskap om forekomst av kjønnsinkongruens både i Norge og andre land. En gjennomgang av studier fra flere ulike land hvor kjønnsinkongruens ble definert som identifikasjon med et annet kjønn enn det som ble tildelt ved fødsel, viste estimater på mellom 0,1 % og 2,7 %. (Goodman et al., 2019).

**Epidemiologi:** Det er høyere forekomst av symptomidelser, nevropsykiatriske tilstander, autismspekterlidelser og suicidalitet hos personer med kjønnsinkongruens enn i befolkningen for øvrig (Heylens, 2014; Bränström & Pachankis, 2019; Clements-Nolle et al., 2006). Årsakene er uklare, men minoritetsstress spiller sannsynligvis en rolle (Tebbe & Moradi, 2016; Anderssen et al., 2021).

**Figur 1**  
Kjønnsbasert minoritetsstressmodell



*Merknad.* Oversatt og gjengitt med tillatelse fra opphavsperson. Stiplet linje indikerer en invers (negativ) relasjon (Testa et al., 2015).

Gruppebehandlingen ved RSKi er todelt: Den første delen er psykoedukasjon om kjønnsinkongruens i digital gruppe bestående av to behandlere og 10–12 pasienter som møtes ukentlig over seks uker med formål om å gi økt kunnskap om kjønnsinkongruens, med temaer som kjønnsbekreftende behandling, hjelpemidler for reduksjon av kjønnsdysfori, endring av juridisk navn og kjønn samt informasjon om pasient- og interesseorganisasjoner. Den andre delen er gruppebehandling med fysisk oppmøte med 8–10 pasienter over samme tidsperiode hvor hensikten er erfaringsdeling med likesinnede og å bygge resiliens (motstandsdyktighet) mot minoritetsstress. Den fysiske gruppebehandlingen tar utgangspunkt i en kjønnsbasert versjon av Minoritetsstressmo-

dellen (se figur 1) som viser hvordan distale (ytre) og proksimale (indre) stressfaktorer relatert til kjønnsidentitet og -uttrykk medieres av resiliensfaktorer og påvirker psykisk helse (Testa et al., 2015). Eksempel på stressfaktorer er internalisert transfobi, som er negativ selvopplevelse ut fra personens internalisering av samfunnets holdninger til transpersoner, som ofte medfører skam og stigma (Aaserud, 2021). Eksempel på resiliensfaktorer er tilhørighet og stolthet over egen identitet.

To måneder har gått siden Nora etablerte kontakt med RSKi. Hun har blitt henvist til NBTK og følges opp jevnlig i løpet av utredningen der med samtaler fra RSKi. Behandler fra RSKi skal også være med til førstegangssamtale med NBTK. Nora har deltatt i digital introgruppe på RSKi og lært mer om kjønnsinkongruens. Hun ser frem til å møte likesinnede i gruppebehandling med fysisk oppmøte senere. Hun har også blitt introdusert til et brukerstyrt forum på internett hvor tidligere og nåværende pasienter ved RSKi møtes for å chatte og sosialisere. Om et par måneder er det Pride-festival i byen, som hun og behandlerne på senteret har vært medvirkende til å arrangere. Nora føler seg ikke lenger alene. >>



**Pasienter med kjønnsinkongruens vegrer seg for å snakke med behandlere**



Behandlingen på RSKi er basert på resiliensfremmende tiltak mot kjønnsbasert minoritetsstress. Klinisk erfaring viser at personer med kjønnsinkongruens ofte mangler tilhørighet og tilgang på likesinnede i familie, vennekrets og andre sosiale omgivelser. RSKi samarbeider med bruker- og interesseorganisasjoner og er delaktig i organisering av Pride-festival i regionen. Tilhørighet og stolthet kan være en buffer mot minoritetsstress og styrke resiliens hos den enkelte.

Etter tre måneder ved RSKi har Nora endret juridisk navn og kjønn, samt begynt i resiliensgruppe på senteret. Hun ble overrasket over hvor selvfølgelig det ble å gå dit. Nå er gruppen blitt et fristed for henne. Et sted å puste. Et sted der hun ikke må forklare det å være kjønnsinkongruent, og hvor alle bruker riktig navn og pronomen. Et sted der kjønnsinkongruente er i flertall. Minoriteten har blitt majoritet. Etter resiliensgruppen deltar hun på kafétreff med andre pasienter. Nora føler seg tryggere og gladere når hun ikke lenger føler et behov for å skjule sin opplevde kjønnsidentitet.

#### KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Personer med kjønnsinkongruens er en mangfoldig gruppe når det gjelder kjønnsidentitet, psykisk helse, behandlingsbehov og resiliens. Samtidig viser klinisk erfaring at gruppen har mye til felles. Mange har opplevd diskriminering og utenforskap. Opplevelsen av å stå utenfor familien, vennegjengen, kollegaer, helse-tjenester og samfunnets normer kan føre til kjønnsbasert minoritetsstress og psykisk uhelse. RSKi legger spesialisert kunnskap om kjønnsinkongruentes helse- og levekår til grunn for å tilby helhetlig og individuell kjønnsbekreftende behandling, samt gi opplevelse av tilhørighet og stolthet. Vi opplever svært gode tilbakemeldinger fra våre pasienter. Personer med kjønnsinkongruens har ofte behov for en trygg ramme for å utforske kjønnsidentitet. For noen er dette tilstrekkelig, og ikke alle velger å gå videre med hormonell og kirurgisk behandling. Samtidig opplever vi at de fleste av våre pasienter ønsker hormonell og kirurgisk behandling. Våre kliniske erfaringer i etableringen av RSKi er at spesialisert kompetanse om kjønnsinkongruens hos behandlere sammen med resiliensfremmende tiltak er sentralt for å fremme god psykisk helse hos denne befolkningsgruppen. Det er også essensielt å lytte til pasientenes behov



### Opplevelsen av å stå utenfor kan føre til kjønnsbasert minoritetsstress og psykisk uhelse

og erfaringer. RSKi har benyttet fokusgrupper og erfaringsmedarbeidere i arbeidet med etableringen. I januar 2022 gikk vi over fra prosjekt til drift, som betyr at RSKi nå er en permanent del av behandlingstilbudet ved Helse Sør-Øst.

RSKi har behov for økte økonomiske ressurser for å kunne tilby hormonell og kirurgisk behandling, samt midler til klinisk forskning. Et høyt og økende antall henvisninger fra hele landet viser også et behov for å opprette flere regionale sentre for kjønnsinkongruens. Utover dette ser vi et behov for å kunne tilby bedre helsehjelp til en økende andel pasienter med en ikke-binær kjønnsidentitet, samt økt kompetanse om interseksjonalitet, som omhandler hvordan flere ulike minoritetsstatus interagerer og påvirker psykisk helse. Etter snart to år med erfaring er vi overbevist om at tilbudet er et steg i riktig retning for likeverdige helse-tjenester – fra utenforskap til fellesskap. ✖

#### REFERANSER

- Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. & Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Universitetet i Bergen. [https://www.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/kjonn\\_identitet/seksuell\\_orientering\\_kjønsmangfold\\_og\\_levekar\\_resultater\\_fra\\_sporreundersokelsen\\_2020.pdf](https://www.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/kjonn_identitet/seksuell_orientering_kjønsmangfold_og_levekar_resultater_fra_sporreundersokelsen_2020.pdf)
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Barne- og likestillingsdepartementet (2016). *Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020*. <https://www.bufdir.no/lhbt/Dokumentside/?docId=BUF00003541>

- Bränström, R. & Pachankis, J. E. (2019). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: A total population study. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>
- Clements-Nolle, K., Marx, R. & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*, 51(3), 53–69. [https://doi.org/10.1300/J082v51n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J082v51n03_04)
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J. & Coleman, E. (2019). Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations: A Narrative Review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 303–321. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>
- Hansen, M. R. (2011). *Noe å snakke om? En tematisk analyse av intervju med psykologer om ungdom, seksuell identitet og psykisk helse [hovedoppgave]*. Universitetet i Oslo.
- Hansen, M. R. (2020). *Kjønn nok? Kjønnssinkongruens i psykiatrisk poliklinikk for voksne [spesialistoppgave]*. Norsk psykologforening.
- Helsedirektoratet. (2015). *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnssinkongruens og kjønnsdysfori*. (Nr. IS-0496; s. 194). [https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a-312624f8e88e63120bf886e1a/rapport\\_juridisk\\_kjonn\\_100415.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a-312624f8e88e63120bf886e1a/rapport_juridisk_kjonn_100415.pdf)
- Helsedirektoratet (2020). *Nasjonalt faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnssinkongruens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnssinkongruens>
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B., Paap, M., Cervenka, S., Richter-Appelt, H., . . . De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>
- Jessen, R. S. (2022a). Kjønnssidentitet. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsidentitet>
- Jessen, R. S. (2022b). Kjønnssdysfori. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsdysfori>
- Lescher-Nuland, B. & van der Ros, J. (2021). Transperson. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/transperson>
- Lov om endring av juridisk kjønn (2016). (LOV-2016-06-17-46). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-06-17-46>
- Nasjonalt behandlingstjeneste for kjønnssinkongruens (2020). *Informasjon om utrednings- og behandlingstilbudet til pasienter over 18 år*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon-behandling/Documents/Utrednings-%20og%20behandlingstilbud%20i%20Norge%20for%20pasienter%20over%2018%20%C3%A5r%20med%20kj%C3%B8nnsinkongruens.pdf>
- Nylund, B. & Benestad, E. E. P. (2020). Kjønnssuttrykk. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsuttrykk>
- Reform (2020). *Maskulinitetsnormer – en trussel for transmenns helse? Reform – Ressursenter for menn*. <https://reform.no/wp-content/uploads/2020/05/Maskulinitetsnormer-%E2%80%93-en-trussel-for-transmenns-helse.pdf>
- Tebbe, E. A. & Moradi, B. (2016). Suicide Risk in Trans Populations: An Application of Minority Stress Theory. *Journal of Counseling Psychology*, 63(5), 520–533. <https://doi.org/10.1037/cou0000152>
- Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K. & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* [7<sup>th</sup> Version]. <https://www.wpath.org/publications/soc>
- Wæhre, A. (2022). Kjønnssinkongruens. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsinkongruens>
- Aaserud, R. (2021). *Kjønnssinkongruens hos ungdom*. Gyldendal.

# Behandling av alkoholbrukslidelse: pasientfaktorerers betydning for gjennomføring og utfall

Kristoffer Høiland<sup>1</sup> & Jens Egeland<sup>2,3</sup>

## Sammendrag

<sup>1</sup> Avdeling rus og avhengighet, Sykehuset i Vestfold  
<sup>2</sup> Klinikk psykisk helse og avhengighet, Sykehuset i Vestfold  
<sup>3</sup> Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

**KONTAKT**  
krihoi@siv.no

**MERKNAD**  
Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

**FAGFELLEVDERT**

**Bakgrunn:** Alkoholbrukslidelser (AUD) er blant de tre vanligste psykiske lidelsene i Norge, og behandlingen foregår som regel i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). En stor andel av pasienter med alkoholavhengighet mottar ikke virksom behandling, og vi har forbedringsmuligheter med tanke på å utvikle mer skreddersydde og effektive behandlinger.

**Metode:** Vi gjennomførte et usystematisk og bredt litteratursøk, og drøfter den kliniske betydningen av spesifikke pasientfaktorer i gjennomføring og utfall av AUD-behandling.

**Resultater:** Vi fant at særlig alvorlighetsgrad av avhengighet, sosiale relasjoner, personlighetsvansker og kognitive vansker hadde innvirkning på gjennomføring og utfall i AUD-behandling, og at demografiske faktorer, som kjønn og alder, hadde mindre innflytelse.

**Konklusjon:** Våre funn kan gi nyttig hands-on kunnskap til klinikere i TSB, når behandlingen skal tilpasses den enkelte pasient.

**Nøkkelord:** alkoholbrukslidelse, evidensbasert praksis, pasientfaktorer, behandlingsutfall, psykoterapi

Alkoholbrukslidelse, eller alcohol use disorder (AUD), er blant de tre vanligste psykiske lidelsene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019; Reneflot et al., 2018). I løpet av ett år har rundt 8 % av menn og 3 % av kvinner en alkoholbrukslidelse (Kringlen et al., 2001). De norske tallene er fra 1990-årene, og det er tegn til at kjønnsforskjellen minsker (Grant et al., 2017; World Health Organization (WHO), 2018). AUD er vanligst i aldersgruppen 18–29 år, og komorbiditeten med andre psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser er høy (Folkehelseinstituttet, 2019; Grant et al., 2015). Alkoholbruk er en betydelig risikofaktor for kroniske sykdommer, skader og for tidlig død (Shield et al., 2020). I tillegg er AUD en betydelig risikofaktor for selvmord (Darvishi et al., 2015). Alkohol er også det rusmiddelet som gir størst total skadeeffekt for personen og tredjepart (Bonomo et al., 2019). Når minst 17 % av den norske befolkningen har et risikofyllt alkoholforbruk (Haljkjelsvik & Storvoll, 2015), er det av betydning både å forebygge og å ha gode behandlingsmetoder for AUD.

Alkoholbrukslidelser er den lidelsen som færrest søker hjelp for. Bare en av ti mottar behandling (Probst et al., 2015). Behandlingen er ofte ikke effektiv. En stor prosentandel av pasientene endrer ikke alkoholinntaket, og to tredjedeler av pasientene har tilbakefall i løpet av de første seks månedene etter avsluttet behandling (Connor et al., 2016; Nguyen et al., 2020; Witkiewitz et al., 2015). Metaanalyser har funnet at 21–43 % er avholdende ett år etter behandling, avhengig av intensitet og lengde på behandlingen (Connor et al., 2016). Brorson og medarbeidere publiserte i 2013 en systematisk oppsummering av faktorer som predikerte drop-out fra behandling for rusbrukslidelser (Substance use disorder [SUD]). Denne oppsummeringen ekskluderte pasienter med ren alkoholbrukslidelse, og det er rimelig å anta at andre faktorer kan spille en rolle for denne gruppen.

I tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis skal behandling være bygget på forskning og klinisk ekspertise, og være tilpasset pasientens behov, preferanser og egenskaper (Norsk psykologforening, 2007). Det er en utfordring å oversette forskningsfunn fra selekterte utvalg til klinisk praksis i mer heterogene grupper. Vi tenker at å anvende kunnskap om hvordan pasientfaktorer på ulike måter påvirker utfall, er nyttig når en skal forbedre og tilpasse behandling.

På tvers av ulike typer psykiske lidelser og behandlingsmetoder anslås pasientfaktorer å forklare rundt 30–40 % av utfallet (Norcross & Lambert, 2011; Orlinsky et al., 2004; Wampold, 2010), og kan derfor være den faktoren som best predikerer behandlingsresultatet. Vi mener forskning på faktorer som predikerer tilbakefall og utfall i behandling er nyttig, fordi kunn-

skap om faktorer med prediktiv verdi for utfall kan brukes til å skreddersy behandling for den enkelte pasient. Eksempelvis kan utfallsprediktorer bidra til å identifisere pasientgrupper med økt risiko for negativt behandlingsresultat, selektere pasienter til rett behandling på et tidligere tidspunkt og bidra til mer treffsikre vurderinger av pasientens prognose.

Formålet med artikkelen er å presentere den norske klinikerens for et utvidet kunnskapsgrunnlag om demografiske, sosiale og psykologiske pasientfaktorer som predikerer gjennomføring av og tilbakefall i alkoholbehandling, og trekke ut og legge frem det vi mener er de viktigste kliniske implikasjonene.

## Metode

Artikkelen baserer seg på litteratursøk fra arbeidet med en pågående multisenterstudie *Patient factors predicting completion and outcome in group treatment of alcohol use disorders* etablert ved Avdeling rus og avhengighet, Sykehuset i Vestfold, i samarbeid med Borgestadklinikken og behandlingssenteret Eina, Blå Kors. Kontakt Kristoffer Høiland for mer informasjon om studien.

Søkene i forbindelse med multisenterstudien har vært omfattende, og det har blitt søkt gjentatte ganger de siste tre årene. De første søkene ble gjort uten tidsavgrensning. Artiklene som er inkludert i gjennomgangen her, representerer et selektivt utvalg fra perioden 2000 til 2022, med hovedvekt på de siste ti årene. Stikkord til studiesøkene inkluderte, men begrenset seg ikke til, stikkordene alcohol use disorder i kombinasjon med patient factors, outcome prediction og relapse. Søk ble gjennomført i PsychInfo, PubMed, Medline og Google Scholar.

Det er ikke gjennomført et systematisk litteratursøk for artikkelen. Hovedmålet i dette spesifikke arbeidet var å finne frem til pasientfaktorene med bredest støtte i forskning, som vi samtidig mener det er mest nyttig å vite noe om i den kliniske hverdagen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Vi inkluderte bredt for artikler fra Skandinavia, der undersøkelsene er utført i settinger som ligner vår og er mest relevant for norske klinikere. Relevant pasientpopulasjon for søket var voksne pasienter (over 18 år) med en primær AUD-lidelse i alle behandlingskontekster (poliklinikk, avgiftning og langtidsbehandling). Vi så pasientfaktorer knyttet til utfall, frafall og tilbakefall etter behandling. Treffene ble gjennomgått med vekt på å velge ut metaanalyser, systematiske oppsummeringer eller narrative oppsummeringer og enkeltartikler om demografiske, psykologiske og sosiale faktorer ved pasientene.



Studiene det refereres til her, har ulike definisjoner av tilbakefall, som avholdenhet eller reduksjon av alkoholinntak, rehenvisning til ny behandlingsepisode eller innleggelse for avgiftning. Vi utelot studier som så på helt spesielle pasientpopulasjoner og studier av hjerneavbildning og genetiske studier (se f.eks. Biernacka et al., 2021; Fritz et al., 2019), ettersom vi mener de ikke har direkte nytteverdi i norsk klinisk kontekst. Funn fra studier basert på lite tilgjengelige kartleggingsverktøy ble derfor heller ikke inkludert i gjennomgangen.

## Resultater av litteraturgjennomgangen

### Demografiske pasientfaktorer

Forskning på sammenhengen mellom kjønn og behandlingsutfall, frafall og tilbakefall har gitt blandede resultater. Adamson et al. (2009) fant at kvinner hadde større sannsynlighet for positivt behandlingsutfall, mens Sliedrecht et al. (2019) fant ingen klar kjønnsforskjell. Noen studier viser at kvinner har større sannsynlighet for tilbakefall, andre at kvinner har større sannsynlighet for å være avholdende etter behandling (Haug & Schaub, 2016). Omsorg for barn kan være en beskyttende faktor for kvinner (Sliedrecht et al., 2019). Mellentin et al. (2018) konkluderer med at det å ha omsorg for barn man bor sammen med, er en beskyttende faktor som gjør at pasientene i større grad fullfører behandling og har bedre behandlingsutfall. Dette gjelder begge kjønn, men effekten er størst for kvinner. Det kan tenkes at dette er et eksempel på at en reell beskyttelsesfaktor kan skjule seg i en demografisk statistisk sammenheng, ettersom flere kvinner har ansvar for barn.

Funn knyttet til alder, sivilstatus, utdanning og etnisitet er også motstridende, og det er uvisst i hvilken grad disse faktorene predikerer nytte av behandling eller tilbakefall (Adamson et al., 2009). En del studier har funnet at ung alder predikerer tilbakefall og behov for ny behandlingsepisode (Hansen et al., 2020; Sliedrecht et al., 2019), og andre at eldre pasienter i større grad blir i behandling (Haug & Schaub, 2016). Prematur avslutning av behandling, og tidligere behandlingsepisoder, predikerte tilbakefall i flere studier (Hansen et al., 2020; Haug & Schaub, 2016). Somatisk sykdom, dårlig fysisk helse og lav livskvalitet kan være risikofaktorer for nye drikkeepisoder (Durazzo & Meyerhoff, 2017; Sliedrecht et al., 2019).

I en tidligere oppsummering på SUD-pasienter var konklusjonen at det er lite hensiktsmessig å se på korrelasjoner mellom demografiske variabler og utfall av behandling, da disse faktorene har ført til få konsistente funn (Brorson et al., 2013). Dette ser ut

til å være gyldig også med tanke på AUD (Fiabane et al., 2019). Demografiske variabler kan derimot modellere andre faktorer av betydning for behandling, og er derfor av betydning når de ses i sammenheng med andre pasientfaktorer. Det kan også være grunnlag for videre forskning på kjønnsforskjeller med tanke på om kvinner og menn har ulike utviklingsveier inn i en AUD-problematikk, og om det er kjønnsforskjeller i underliggende endringsmekanismer i behandling (Witkiewitz, Litten, et al., 2019).

### Sosiale pasientfaktorer

Sosialt nettverk og nettverkets holdninger til alkohol har betydning for utfall av behandling og om endringen holder seg over tid (Hunter-Reel et al., 2010). De som befinner seg i et miljø som er positive til alkohol, er mindre motivert for avhold enn motsatt. I en nyere metaanalyse av AUD-pasienter og risiko for tilbakefall ble det funnet at det å være i arbeid og ha høyere sosioøkonomisk status og utdanning hang sammen med redusert risiko for tilbakefall, og at et sosialt nettverk som støtter opp om avholdenhet, beskytter pasienten mot tilbakefall (Sliedrecht et al., 2019). At klinikerer har kunnskap om pasientens sosiale relasjoner, er viktig for utfallet av behandling (McKay, 2017). Mangel på nettverk, altså ensomhet, er en risikofaktor for uhelse, inkludert rusmiddelbruk (Gutkind et al., 2021). En studie av ensomhet under koronapandemien (Bragard et al., 2021) bekreftet at ensomhet øker alkoholbruk, men at de som var mer sosialt aktive før og som nå var ensomme, drakk mindre nettopp fordi alkoholbruk for mange er en sosial aktivitet.

### Forskjeller mellom AUD- og SUD-pasienter

Internasjonale studier har vist at AUD-pasienter er mindre marginalisert enn de som bruker illegale rusmidler. Sistnevnte er yngre, har mindre utdanning og er oftere arbeidsløse (Simpson et al., 2019; Swendsen et al., 2009). Pasienter med AUD har bedre økonomi, er oftere i arbeid og har en mer stabil bosituasjon, men har like alvorlige avhengighetsproblemer og psykiske vansker som de med illegal rusbruk (Lubman et al., 2016). Stenius et al. (2010) sine funn fra Sverige og USA om at pasienter med AUD har bedre sosiale relasjoner enn de med illegal rusmiddelbruk, har nylig vært replisert i Norge (Andersson et al., 2021). Funnene gir grunnlag for å tilpasse behandlingsmål basert på hvilket rusmiddel pasienten er avhengig av. For eksempel vil en del pasienter med AUD ha mindre behov for intervensjoner rettet mot økonomi, arbeid, bolig og sosiale relasjoner enn det pasienter med illegal rusmiddelbruk har. Det vil riktignok være en del overlapp

mellom pasientgruppene, når nærmere en tredjedel av pasienter tidligere diagnostisert med SUD har en pågående AUD (Rhee & Rosenheck, 2020).

### **Psykologiske pasientfaktorer**

#### ***Alvorlighetsgrad av AUD***

Hvor mye pasienten drikker før behandling, har betydning for utfall. En systematisk oppsummering fant at avhengighetens alvorlighetsgrad og opplevd kontroll over alkoholinntak var de mest konsistente utfallsprediktorene (Adamson et al., 2009). Lavere alkoholinntak ved oppstart og mindre alvorlig avhengighet (drikker færre alkoholenheter, bedre funksjonsnivå og kortere sykdomshistorie) predikerer reduksjon av alkoholforbruk gjennom behandlingen og mindre risiko for tilbakefall (Sliebrecht et al., 2019; Witkiewitz et al., 2017). På den andre siden har personer med periodevis høyt alkoholforbruk etter behandling like god psykososial fungering, arbeidstilknytning, psykisk helse og tilfredshet med livet som de som ikke drikker alkohol (Witkiewitz, Wilson, et al., 2019). Dette kan bety at personer med episodisk høyt alkoholinntak utgjør en undergruppe av AUD-pasienter, med behov for en skreddersydd behandlingstilnærming (Wilson et al., 2016). Antall tidligere behandlingsepisoder og frafall fra behandling predikerer også negativt behandlingsresultat (Hansen et al., 2020; Sofin et al., 2017). En norsk studie av Skule et al. (2017) som så på prediktorer for gjennomføring av behandling, fant at pågående alkoholbruk førte til redusert oppmøte. Det å ha en eller flere andre ruslidelser i tillegg er en risikofaktor for frafall og tilbakefall.

#### ***Psykiske lidelser og AUD***

Pasienter med AUD har høyere forekomst av psykiske lidelser enn resten av befolkningen (Grant et al., 2004). Over halvparten av AUD-pasienter har minst en annen psykisk lidelse, og depresjon og angst er de vanligste komorbide lidelsene (Burns et al., 2005; Connor et al., 2016). En norsk undersøkelse fra 2002 på pasienter i behandling for alle typer rusmiddelproblematikk fant at livstidsforekomsten for en symptomlidelse var 91 %, 83 % for angstlidelser og 65 % for affektive lidelser (Landheim et al., 2002). To tredjedeler av de undersøkte pasientene hadde en pågående psykisk lidelse. I en undersøkelse fra 2012 hadde rundt 60 % av deltakerne hatt angst- og depresjonsplager i løpet av livet, og 39 % hadde angstproblemer og 33 % hadde depresjonsproblematikk tretti dager før oppstart av behandling (Lauritzen et al., 2012). Alkoholpasienter er i disse studiene ikke skilt ut som egen gruppe, og begge studiene ligger noe tilbake i tid. Det

ville vært en fordel med oppdaterte funn på norske pasientpopulasjoner.

Flere har funnet at høy grad av depresjons- og angstsymptomer predikerer prematur avslutning av behandling og tilbakefall (Adamson et al., 2009; Andersson et al., 2018; Durazzo & Meyerhoff, 2017). For ruspasienter i terapigrupper som var direkte rettet mot depresjon, fant imidlertid Skule et al. (2017) ingen vesentlig effekt av depresjon på oppmøte i behandlingsgruppene. Witkiewitz et al. (2017) fant at de som har lavere symptomtrykk og befinner seg i nettverk hvor færre personer har et høyt alkoholinntak, har større sjanse for å redusere alkoholforbruket i løpet av behandling. Færre affektive symptomer beskytter mot tilbakefall, men mekanismen er ikke klarlagt (Sliebrecht et al., 2019). Man kan tenke seg at noen drikker fordi de er deprimerte, og noen er deprimerte fordi de ikke greier å slutte. Uansett kan vi anta at det er en gjensidig påvirkning mellom AUD og psykiske lidelser.

Flere undersøkelser har vist høy komorbiditet mellom ADHD-symptomer og AUD. En ny norsk studie fant at rundt 46 % av AUD-pasientene skåret over cutoff på Adult ADHD self-report scale (ASRS) (Bolstad et al., 2021). Bu et al. (2012) fant imidlertid at dette spørreskjemaet hadde lav spesifisitet i rusutvalg, fordi rusrelaterte symptomer som abstinens kunne forveksles med ADHD. I et blandet rusutvalg viste Skutle et al. (2014) at de med ADHD i vesentlig mindre grad brukte alkohol enn de uten ADHD. Likevel var forekomsten av ADHD høyere i dette utvalget enn i befolkningen for øvrig.

#### ***Personlighetsproblemer***

Maladaptiv personlighetsfungering og personlighetsforstyrrelser (PF) gir også utfordringer i behandling. Relasjonelle vansker er vanlige blant rusavhengige, og det anslås at opptil 70 % av rusavhengige i Norge har en PF (Landheim et al., 2002; Lauritzen et al., 2012). Pasienter med personlighetsproblematikk drikker flere enheter per dag, har større totalt alkoholforbruk og større sjanse for å droppe ut av behandling (Newton-Howes & Foulds, 2018b; Newton-Howes et al., 2017). Internasjonale studier som har sett spesifikt på AUD, viser at rundt 50 % av pasienter med alkoholproblemer har en komorbid PF. Antisocial PF (ASPF) er spesielt utbredt (Newton-Howes & Foulds, 2018b). Grad av maladaptiv personlighetsfungering predikerer også bruk av andre rusmidler, noe som igjen er vist å kunne forverre alkoholbrukslidelsen og pasientens fungering (Cavicchioli et al., 2019). Opptil 67 % av AUD-pasienter skårer høyt på personlighetstrekket aleksitymi, som innebærer vansker med følelsesbevissthet og -regulering, og gruppen med disse utfordringene hadde mer alvorlig avhengighet (Thorberg

et al., 2019). En ny norsk studie av norske AUD-pasienter ved tre behandlingstilstander fant at 15 % av pasientene fylte kriteriene for ASPF, men at ASPF ikke predikerte frafall eller tilbakefall (Pandey et al., 2021). Denne studien hadde relativt få pasienter med ASPF, men er interessant fordi den ble gjennomført på en norsk AUD-populasjon.

Oversiktsstudiene over viser interessant nok at om pasienter med personlighetsvansker forblir i behandling, har de ikke dårligere utfall enn andre. Det er derfor ikke grunnlag for behandlingsspesimisme knyttet til komorbide personlighetsforstyrrelse og alkoholproblemer, men det kreves større terapeutisk innsats, spesielt ved oppstart av behandling.

### **Kognitive vansker**

Forskningen på AUD og kognitiv funksjon er preget av motstridende funn og teorier. Det anslås at fra 50 til 70–80 % av AUD-pasienter har en eller annen grad av kognitiv forstyrrelse, og at en andel av disse igjen har en kognitiv svekkelse av klinisk betydning (Bates et al., 2013; Bernardin et al., 2014; Nixon & Lewis, 2019). En liten andel personer med høyt alkoholinntak over lang tid vil kunne utvikle mer alvorlige kognitive svekkelser, som Korsakoffs syndrom eller alkoholassosiert demens (Westermeyer et al., 2021).

Hva kjennetegner gruppen av AUD-pasienter som opplever vedvarende kognitive vansker etter avrusning? Vansker med hukommelse, oppmerksomhet og eksekutive funksjoner er vanlig (Bates et al., 2013), og mange har også visuospatiale vansker (Bernardin et al., 2014). Kognitive vansker påvirker både mottakelighet for og effekt av behandlingsintervensjoner. Kognitive svekkelser resulterer i mindre engasjement i terapeutiske oppgaver, dårligere gjennomføring av behandling og mindre avholdenhet etter fullført behandling (Nixon & Lewis, 2019). Det er et dilemma at de fleste behandlingsmetoder krever velfungerende eksekutive funksjoner og hukommelse, når nettopp slike funksjoner er sårbare for pågående eller kronisk alkoholinntak, og gjerne påvirker personen i begynnelsen av en avholdende fase (Le Berre et al., 2017; Maillard et al., 2020).

Impulsivitet ser ut til å kunne være en viktig prediktor for frafall og tilbakefall (Sliedrecht et al., 2021). Ofte skiller det mellom trekkimpulsivitet eller impulsiv personlighet og atferdsimpulsivitet (Sliedrecht et al., 2021; Um et al., 2018). Et eksempel på førstnevnte er Cloningers psykobiologiske teori, der impulsivitet er et aspekt ved temperamentstrekket nyhetssøking og disponerer for AUD (Komasi et al., 2022). I en nevropsykologisk sammenheng forstås impulsivitet som svikt i hemming mer enn ønske om nyhet og spenning.

Impulsivitet betraktes hovedsakelig som en risiko eller årsaksfaktor til rusbruken, men kan også være en konsekvens av rusbruken ved at hjernens frontallapper er særlig sårbare for høyt alkoholbruk (Oscar-Berman & Marinkovic, 2007). Det ser ut til å være en sammenheng mellom impulsivitet og tilbakefall, men det er en svakhet at forskningen så langt er preget av lite enhetlige definisjoner og måleinstrumenter (Sliedrecht et al., 2021).

For en stor andel av pasienter med AUD ser de kognitive vanskene ut til å være reverserbare, men kognitive vansker kan være stabile i opptil ett år eller mer etter at personen har sluttet å drikke, før de bedres (Crowe et al., 2020; Stavro et al., 2013). Variasjonen på tvers av kognitive domener og individer er stor, og vi vet lite om hvem som står i faresonen for vedvarende vansker med liten utsikt til bedring. Forskning har heller ikke etablert en klar korrelasjon mellom mengde alkohol som inntas og økning av risiko for kognitive vansker (Ros-Cucurull et al., 2018; Woods et al., 2016). Dette er ikke overraskende. Den skadelige effekten av alkohol på hjernen vil bestemmes av mange forhold ved hjernen, så som alder, kognitiv reserve, nevrotrope faktorer og hodeskader som mange pådrar seg i ruspåvirket tilstand (Requena-Ocaña et al., 2021). Personer med premorbide lærevansker lykkes i mindre grad i langtidsrehabilitering, og trenger skreddersydde tiltak (Sullivan et al., 2021).

### **Behandlingsmål**

Pasienter som har opplevd færre negative konsekvenser av drikking, som har færre avholdende personer i sitt sosiale nettverk, som er unge, og som kommer i behandling for første gang, ønsker i større grad enn personer med motsatte egenskaper ikke totalavhold som mål for behandlingen (DeMartini et al., 2014). En del pasienter lar være å oppsøke behandling for AUD fordi de ikke ønsker å slutte helt å drikke, og tenker at dette er et krav fra behandlingssystemet (Paquette et al., 2022; Witkiewitz et al., 2017).

Selv om det ikke er etablert et klart dose-responsforhold mellom alkoholinntak og kognitive svekkelser, er dette tilfellet for alkoholinntak og somatisk og psykisk sykdom (Charlet & Heinz, 2017; Shield et al., 2017). Enhver reduksjon i alkoholinntak gjennom behandling vil derfor kunne være av stor nytte for pasientens helse. Målsettingen om å redusere alkoholforbruket betegnes som *kontrollert drikking*. Hensler et al. (2021) mener det er et realistisk behandlingsmål for en del pasienter, og konkluderer med at både et mål om totalavhold og om redusert inntak kan være like effektive tilnærminger i behandling av AUD. Likevel synes et behandlingsmål med redusert alkoholinntak

og skadereduksjon å være lite akseptabelt for en del klinikere (Luquiens et al., 2011).

### Diskusjon av kliniske implikasjoner

Gjennomgangen av litteraturen over antydnet av alvorlighetsgrad av alkoholbruk, affektive lidelser, gode rusfrie relasjoner, personlighetsvansker og kognitive vansker var prediktorer som forklarte behandlingsutfall i flere studier. Vi mener at klinikere i TSB bør være kjent med disse faktorene når behandling skal tilpasses den enkelte AUD-pasient. Litteratursøket var usystematisk og klinisk orientert, noe som kan ha medført at vi har oversett relevante artikler og forskningsfunn. Ut fra vår erfaring med forskningsfeltet mener vi likevel at artikkelen gir et bredt og informativt kunnskapsgrunnlag for klinikere.

*Demografiske variabler* er ofte enkle å undersøke i forskning, men gir lite informasjon i relasjon til utfall. Dette gjenspeiler trolig at kjønn, alder og utdanning ofte er tredjevariabler som tildekker underliggende virksomme forhold. Statistiske kjønnsforskjeller kan skjule at omsorg for barn er den egentlige beskyttende faktoren. De ulike funnene angående betydning av alder kan skjule at høy alder i noen utvalg betyr langvarige kroniske vansker, og i andre utvalg derimot gjenspeile sen alkoholdebut hos tidligere velfungerende personer. Særlig lavt utdanningsnivå kan være en markør for premorbide lærevansker, mens høy utdanning kan bety god tilpasning til samfunnet. Klinikeren anbefales å ikke se seg blind på disse ytre kjennetegnene, men gjøre seg opp en mening om hva demografiske forhold kan bety i det enkelte tilfellet.

*Affektive lidelser*, spesielt depresjon, har en klar sammenheng med utfall og risiko for tilbakefall. Klinikere bør utrede for depresjons- og angstlidelser ved oppstart av behandling. Det er interessant at depresjon generelt har betydning for behandlingsutfall, men at Skule et al. (2017) med grupper direkte rettet mot depresjon fant at depresjonsdybde ikke påvirket gjennomføringen. Det kan være et eksempel på at det å adressere komorbiditet kan minimere effekten av forhold som ellers kan gi en negativ prognose. Å ha gode, rusfrie sosiale relasjoner kan være beskyttende. Klinikere bør i større grad kartlegge pasientens sosiale nettverk og betydningen dette har for pasienten.

*Traumer* har vært i søkelyset i rusforskning de siste årene, og det anslås at rundt en av ti med AUD har PTSD (Debell et al., 2014). Vi finner derimot ikke i denne gjennomgangen at PTSD er en betydelig prediktor for behandlingsutfall eller tilbakefall i alkoholbehandling. ADHD er en risikofaktor for en rekke lidel-

## Anbefalt lesning

- Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K., & Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 278, 97-115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>
- Newton-Howes, G. M., & Foulds, J. A. (2018). Personality disorder and treatment outcome in alcohol use disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 50-56. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000375>
- Bernardin, F., Maheut-Bosser, A., & Paille, F. (2014). Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 78. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00078>

ser, også AUD, men risikoen for annen rusbruk enn alkohol er betydelig større.

*Personlighetsforstyrrelser* kan gjøre det vanskelig å etablere en behandlingsallianse, og impulsiv atferd og følelsesreguleringsvansker øker risikoen for at pasienten avslutter behandlingen prematurt. På den positive siden synes også denne gruppen å ha nytte av behandling hvis de gjennomfører. Ut fra dette vil det være fornuftig å øke innsatsen og ressursbruken for å sikre at disse pasientene blir i behandling. Det er en utfordring at forskjellige studier bruker ulike mål på personlighetsvansker, og et mer enhetlig mål på personlighetsvansker hadde vært en fordel. Oppsummert fremhever studiene i denne artikkelen betydningen av å avdekke personlighetsforstyrrelser hos AUD-pasienter, og Newton-Howes og Foulds (2018a) går så langt som å hevde at det er uholdbart å ikke screene for personlighetsforstyrrelse hos AUD-pasienter. Her er det trolig et forbedringspotensial i de fleste rusbehandlingsinstitusjoner.

Mange pasienter med AUD vil oppleve grader av *kognitive vansker*, men AUD-pasienter er en heterogen pasientgruppe med store variasjoner i alvorlighetsgraden av lidelsen. Det er vanskelig for klinikere å vite i forkant hvilke pasienter som har forbigående kognitive vansker, og hvem som kommer til å oppleve vedvarende svekkelser. Antakeligvis vil bare rundt 50 % av de med kroniske alkoholproblemer oppleve vedvarende kognitive svekkelser (Oscar-Berman & Marinkovic, 2007; Woods et al., 2016). Selv blant eldre pasienter vil avholdenhet over tid kunne medføre bedring i kognitiv funksjon (Ros-Cucurull et al., 2018). Det er



også et vesentlig poeng at ikke alle kognitive vansker som avdekkes, nødvendigvis har stor betydning, hverken for behandling eller fungering i dagliglivet. Det verserer også mange feilaktige antakelser om at rusmiddelbruk alltid medfører kognitiv svikt. I verste fall kan kognitive svekkelser komplisere både det å komme i behandling, bli i behandling og nyttiggjøre seg intervensjoner, men dette vil trolig gjelde dem som har drukket lengst og mest. Det er et paradoks at disse pasientene går i behandling på et tidspunkt hvor den kognitive funksjonen antakelig er mest redusert, men det er neppe et alternativ å vente med behandling til pasienten har vært avholdende i ett år. Generelt bør behandling alltid tilpasses pasientens aktuelle funksjonsnivå.

Impulsivitet synes å henge sammen med frafall og tilbakefall, men forskningen er preget av at impulsivitet er et paraplybegrep, og at det ikke finnes enhetlige utredningsmetoder. Både trekkimpulsivitet og atferdsimpulsivitet har sammenheng med tilbakefall, men det er uklart hva som har størst betydning (Sliedrecht et al., 2021). Det er likevel mulig å gi noen anbefalinger fra det vi vet så langt for klinikk og forskning: Vi trenger standardiserte måleinstrumenter for impulsivitet. Mål på impulsivitet bør inkluderes i nevropsykologiske undersøkelser av pasienter med AUD (Yücel et al., 2019). Barratt impulsiveness scale (Patton et al., 1995) er det mest benyttede selvrporteringsverktøyet for trekkimpulsivitet, og er vist å ha sammenheng med tilbakefall (Sliedrecht et al., 2021). Instrumentet kan være et nyttig verktøy for å undersøke dette aspektet ved impulsivitet hos AUD-pasienter.

Et annet dilemma knyttet til kognitiv funksjon er at vi ofte ikke kjenner pasientens premorbide fungering. En del pasienter har hatt kognitive vansker før overforbruket av alkohol startet. For eksempel har kognitive vansker i ungdomsalder, målt ved både skoleprestasjoner og IQ, vist å øke risiko for AUD (Kendler et al., 2017). Det er altså ikke nødvendigvis alkoholen som er årsaken til de kognitive svekkelsene. I forlengelsen av dette er det også et problem at behandlere sjelden nyttiggjør seg tilgjengelig informasjon om premorbid kognitiv fungering, så som skolelæringshistorie, da slike opplysninger har betydning (Sullivan et al., 2021). Oppsummert er det viktig å avdekke alvorlige kognitive vansker, og klinikere bør vurdere dette ved oppstart. Da kognitive vansker ikke alltid åpenbarer seg i et klinisk intervju, bør det benyttes gode screeninginstrumenter.

Forskningen viser at mange som fortsatt har et høyt alkoholinntak etter behandling, likevel opplever bedring av sosial fungering, psykisk lidelse og fun-

gering i dagliglivet. Avhold er derfor ikke det eneste betydningsfulle utfallsmålet i AUD-behandling (Witkiewitz, Wilson, et al., 2019). Det er et spenningsfelt mellom behandlere som ønsker fullstendig rusfrihet, og de som ser nytteverdien i skadereduksjon, altså mindre bruk. Det er interessant at mange klinikere opplever det som utfordrende å ha reduksjon i alkoholinntak som målsetting for behandling (Henssler et al., 2021). Funnene tilsier at klinikere bør være klar over at anbefalinger om livslangt totalavhold ikke nødvendigvis er i tråd med evidensbasert praksis.

Avslutningsvis vil vi påpeke at diskusjonen over tydeliggjør noen etiske og juridiske aspekter ved alkoholbehandling. Utover stigma og skam, som begge har vist seg å være hovedårsaker til at pasienter ikke søker behandling for AUD (Ray et al., 2019), kan det å søke seg til behandling for mange pasienter få konsekvenser som tap av førerkort, eller at det meldes bekymring til barnevernet. Andre praktiske konsekvenser for pasienten kan være problemer med å tegne ulike typer forsikringer i fremtiden. En del pasienter kan oppleve at bekymringsmeldinger sendes rutinemessig uten særlig vurdering av dennes særegne situasjon.

Funnene over viser betydningen av å gjøre nettopp individuelle vurderinger, da variasjonen i fungering hos AUD-pasienter er stor. Pasienter i døgnbehandling utgjør en mindre andel av pasienter med alkoholbrukslidelse, men er gjerne de med høyest symptomtrykk og svakest funksjonsnivå. Denne seleksjonen kan bidra til at man glemmer variasjonsbredden i pasientgruppen. Både pasienter og klinikere vil ha nytte av å utrede og kjenne til pasientens fungering på de ulike faktorene som er gjennomgått i denne artikkelen. AUD-pasienter står også i fare for å bli pålagt behandlingsmål eller tildelt en annen behandling enn de selv ønsker. Dette gjelder kanskje ruspasienter i større grad enn andre pasienter, men problemstillingen er ikke ukjent i for eksempel behandling av psykoselidelse. Klinikere bør i større grad reflektere over dette når de drøfter behandlingsoalternativer og mål med pasienten, og pasienten bør få større mulighet til å definere egne behandlingsmål, da forskning støtter opp om en slik tilnærming.

## Konklusjon

Klinikere som kjenner til pasientfaktorene som er gjennomgått i artikkelen, og som bruker kunnskapen i klinisk praksis, kan bidra til å redusere frafall og tilbakefall etter behandling. Gjennomgangen av pasientfaktorene tilsier at klinikerne bør vite at tilbakefallsraten øker hvis komorbid depresjon ikke behandles.

Det må regnes med mer innsats for å sikre at personer med personlighetsvansker forblir i behandling. Selv om behandling gjerne har både regler og struktur, må pasienter med impulsiv atferd og følelsesreguleringsvansker tilbys behandlingsrammer som tåler dette. Pasienter med lærevansker eller tilkomne kognitive vansker kan trenge tilpassede opplegg som gjør at de blir i behandling og nyttiggjør seg den. Pasienter uten egen tilgang på rusfrie arenaer vil trenge ekstra støtte i etablering av et rusfritt liv. Føringer utover dette kan ikke gis ut fra forskningen som er gjennomgått i artikkelen. Oppsummert er det behov for flere studier som undersøker behandlingsforløp, og som ser spesifikt på hvordan ulike egenskaper ved pasientene påvirker effekten av intervensjoner. ✘

## Referanser

- Adamson, S. J., Sellman, J. D. & Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(1), 75–86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Andersson, H. W., Lilleeng, S. E. & Ose, S. O. (2021). Comparison of social and sociodemographic characteristics and treatment goals of persons with alcohol versus drug use disorders: Result from a national census of inpatients in specialized treatment for substance use. *Addictive Behaviors Reports, 13*, 100340. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100340>
- Andersson, H. W., Steinsbekk, A., Walderhaug, E., Otterholt, E. & Nordfjærn, T. (2018). Predictors of dropout from inpatient substance use treatment: a prospective cohort study. *Substance Abuse: Research and Treatment, 12*, 1–10. <https://doi.org/10.1177/1178221818760551>
- Bates, M. E., Buckman, J. F. & Nguyen, T. T. (2013). A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychology Review, 23*(1), 27–47. <https://doi.org/10.1007/s11065-013-9228-3>
- Bernardin, F., Maheut-Bosser, A. & Paille, F. (2014). Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects. *Frontiers in Psychiatry, 5*, 78. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00078>
- Biernacka, J. M., Coombes, B. J., Batzler, A., Ho, A. M., Geske, J. R., Frank, J., . . . Karpayak, V. M. (2021). Genetic contributions to alcohol use disorder treatment outcomes: a genome-wide pharmacogenomics study. *Neuropsychopharmacology, 46*(12), 2132–2139. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01097-0>
- Bolstad, I., Lien, L. & Bramness, J. G. (2021). ADHD symptoms as risk factor for PTSD in inpatients treated for alcohol use disorder. *Psychiatry Research, 300*, 113904. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113904>
- Bonomo, Y., Norman, A., Biondo, S., Bruno, R., Daghli, M., Dawe, S., Egerton-Warburton, D., Karro, J., Kim, C., & Lenton, S. (2019). The Australian drug harms ranking study. *Journal of Psychopharmacology, 33*(7), 759–768. <https://doi.org/10.1177/0269881119841569>
- Bragard, E., Giorgi, S., Juneau, P. & Curtis, B. L. (2021). Loneliness and Daily Alcohol Consumption During the COVID-19 Pandemic. *Alcohol and Alcoholism, 1*(5), 1–5. <https://doi.org/10.1093/alcac/agab056>
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1010–1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Bu, E. T. H., Skutle, A., Dahl, T., Løvaas, E. & van de Glind, G. (2012). Validering av ADHD-screeninginstrumentet ASRS-V1.1 for pasienter i behandling for rusmiddelavhengighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*, 1067–1073. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.001069.x>
- Burns, L., Teesson, M. & O'Neill, K. (2005). The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction, 100*(6), 787–796.
- Cavicchioli, M., Prudenziati, F., Movalli, M., Ramella, P. & Maffei, C. (2019). The Severity of Personality Pathology: A Risk Factor for Concurrent Substance Use Disorders in Alcohol Use Disorder. *Journal of Dual Diagnosis, 15*(3), 159–171. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1612131>
- Charlet, K. & Heinz, A. (2017). Harm reduction – a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addiction Biology, 22*(5), 1119–1159. <https://doi.org/10.1111/adb.12414>
- Connor, J. P., Haber, P. S. & Hall, W. D. (2016). Alcohol use disorders. *The Lancet, 387*(10022), 988–998. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00122-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00122-1)
- Crowe, S. F., Cammisuli, D. M. & Stranks, E. K. (2020). Widespread cognitive deficits in alcoholism persistent following prolonged abstinence: an updated meta-analysis of studies that used standardised neuropsychological assessment tools. *Archives of Clinical Neuropsychology, 35*(1), 31–45. <https://doi.org/10.1093/arclin/acy106>
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T. & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLOS ONE, 10*(5), e0126870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241874>
- Debell, F., Fear, N. T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S. & Goodwin, L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(9), 1401–1425.
- DeMartini, K. S., Devine, E. G., DiClemente, C. C., Martin, D. J., Ray, L. A. & O'Malley, S. S. (2014). Predictors of pretreatment commitment to abstinence: results from the COMBINE study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75*(3), 438–446. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.438>
- Durazzo, T. C. & Meyerhoff, D. J. (2017). Psychiatric, demographic, and brain morphological predictors of relapse after treatment for an alcohol use disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 41*(1), 107–116. <https://doi.org/10.1111/acer.13267>
- Fiabane, E., Scotti, L., Zambon, A., Vittadini, G. & Giorgi, I. (2019). Frequency and predictors of alcohol-related outcomes following alcohol residential rehabilitation programs: A 12-month follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(5), 722. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050722>

- Folkehelseinstituttet. (2019). *Rusbrukslidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Fritz, M., Klawonn, A. M. & Zahr, N. M. (2019). Neuroimaging in alcohol use disorder: From mouse to man. *Journal of Neuroscience Research*, 100(5), 1140–1158. <https://doi.org/10.1002/jnr.24423>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Pickering, R. P., Kerridge, B. T., Ruan, W. J., Huang, B., Jung, J., Zhang, H., & Fan, A. (2017). Prevalence of 12-month alcohol use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001–2002 to 2012–2013: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 911–923. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2161>
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, J. W., Smith, S. M., & . . . Huang, B. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P. & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807–816. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>
- Gutkind, S., Gorfinkel, L. R. & Hasin, D. S. (2021). Prospective effects of loneliness on frequency of alcohol and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 107115. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107115>
- Halkjelsvik, T. & Storvoll, E. E. (2015). Andel av befolkningen i Norge med et risikofylt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(1), 61–72. <https://doi.org/10.1515/nsad-2015-0008>
- Hansen, E. M., Mejlidal, A. & Nielsen, A. S. (2020). Predictors of readmission following outpatient treatment for alcohol use disorder. *Alcohol and Alcoholism*, 55(3), 291–298. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa018>
- Haug, S. & Schaub, M. P. (2016). Treatment outcome, treatment retention, and their predictors among clients of five outpatient alcohol treatment centres in Switzerland. *BMC Public Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3294-4>
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A. & Baethge, C. (2021). Controlled drinking–non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116(8), 1973–1987. <https://doi.org/10.1111/add.15329>
- Hunter-Reel, D., McCrady, B. S., Hildebrandt, T. & Epstein, E. E. (2010). Indirect effect of social support for drinking on drinking outcomes: the role of motivation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(6), 930–937. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.930>
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J. & Sundquist, K. (2017). School achievement, IQ, and risk of alcohol use disorder: a prospective, co-relative analysis in a Swedish national cohort. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(2), 186–194. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.186>
- Komasi, S., Rezaei, F., Hemmati, A., Rahmani, K., Amianto, F. & Miittunen, J. (2022). Comprehensive meta-analysis of associations between temperament and character traits in Cloninger’s psychobiological theory and mental disorders. *Journal of International Medical Research*, 50(1) <https://doi.org/10.1177/03000605211070766>
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>
- Landheim, A., Bakken, K. & Vaglum, P. (2002). Sammen-satte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi*, 12(3), 309–318. <https://doi.org/10.5324/nje.v12i3.383>
- Lauritzen, G. O., Ravndal, E. & Larsson, J. L. (2012). *Gjennom 10 år. En oppfølgingsundersøkelse av narkotikabrukere i behandling* (8271713914). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/sirusrap.6.12.pdf>
- Le Berre, A. P., Fama, R. & Sullivan, E. V. (2017). Executive functions, memory, and social cognitive deficits and recovery in chronic alcoholism: a critical review to inform future research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(8), 1432–1443. <https://doi.org/10.1111/acer.13431>
- Lubman, D. I., Garfield, J. B., Manning, V., Berends, L., Best, D., Mugavin, J. M., Lam, T., Buykx, P., Larnar, A., & Lloyd, B. (2016). Characteristics of individuals presenting to treatment for primary alcohol problems versus other drug problems in the Australian patient pathways study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0956-9>
- Luquiens, A., Reynaud, M. & Aubin, H. (2011). Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. *Alcohol and Alcoholism*, 46(5), 586–591. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agr083>
- Maillard, A., Poussier, H., Boudehent, C., Lannuzel, C., Vicente, A., Vabret, F., Cabe, N., & Pitel, A. L. (2020). Short-term neuropsychological recovery in alcohol use disorder: A retrospective clinical study. *Addictive Behaviors*, 105, 106350. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106350>
- McKay, J. R. (2017). Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction*, 112(5), 751–757. <https://doi.org/10.1111/add.13502>
- Mellentin, A. I., Ellermann, A. E., Nielsen, B., Mejlidal, A., Möller, S. & Nielsen, A. S. (2018). The prognosis of outpatient alcohol treatment among parents with childcare responsibility. *BJPsych Open*, 4(6), 471–477. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.69>
- Newton-Howes, G. M. & Foulds, J. A. (2018a). Personality disorder and alcohol use disorder: an overview. *Psychopathology*, 51(2), 130–136. <https://doi.org/10.1159/000486602>

- Newton-Howes, G. M. & Foulds, J. A. (2018b). Personality disorder and treatment outcome in alcohol use disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 50–56. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000375>
- Newton-Howes, G. M., Foulds, J. A., Guy, N. H., Boden, J. M. & Mulder, R. T. (2017). Personality disorder and alcohol treatment outcome: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(1), 22–30. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.194720>
- Nguyen, L.-C., Durazzo, T. C., Dwyer, C. L., Rauch, A. A., Humphreys, K., Williams, L. M. & Padula, C. B. (2020). Predicting relapse after alcohol use disorder treatment in a high-risk cohort: The roles of anhedonia and smoking. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.04.003>
- Nixon, S. J. & Lewis, B. (2019). Cognitive training as a component of treatment of alcohol use disorder: A review. *Neuropsychology*, 33(6), 822–841. <https://doi.org/10.1037/neu0000575>
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence based therapy relationships. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2. utg., s. 113–142). American Psychological Association.
- Norsk psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. Oslo: Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklæring-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utg., s. 307–390). Wiley.
- Oscar-Berman, M. & Marinkovic, K. (2007). Alcohol. I A. Kalechstein & W. G. van Gorp (red.), *Neuropsychology and substance use: State-of-the-art and future directions* (s. 43–74). Taylor & Francis.
- Pandey, S., Bolstad, I., Lien, L. & Bramness, J. G. (2021). Antisocial personality disorder among patients in treatment for alcohol use disorder (AUD): characteristics and predictors of early relapse or drop-out. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 12, 11. <https://doi.org/10.2147/SAR.S296526>
- Paquette, C. E., Daughters, S. B. & Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clinical Psychology Review*, 91, 102110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102110>
- Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A. & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0028-z>
- Ray, L. A., Bujarski, S., Grodin, E., Hartwell, E., Green, R., Venegas, A., Lim, A. C., Gillis, A., & Miotto, K. (2019). State-of-the-art behavioral and pharmacological treatments for alcohol use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45(2), 124–140. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1528265>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Requena-Ocaña, N., Araos, P., Flores, M., García-Marchena, N., Silva-Peña, D., Aranda, J., Rivera, P., Ruiz, J. J., Serrano, A., Pavón, F. J., Suárez, J., & Rodríguez de Fonseca, F. (2021). Evaluation of neurotrophic factors and education level as predictors of cognitive decline in alcohol use disorder. *Scientific Reports*, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95131-2>
- Rhee, T. G. & Rosenheck, R. A. (2020). Alcohol Use Disorder Among Adults Recovered From Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions*, 29(4), 331–339. <https://doi.org/10.1111/ajad.13026>
- Ros-Cucurull, E., Palma-Álvarez, R. F., Cardona-Rubira, C., García-Raboso, E., Jacas, C., Grau-López, L., Abad, A. C., Rodríguez-Cintas, L., Ros-Montalbán, S., Casas, M., Ramos-Quiroga, J. A., & Roncero, C. (2018). Alcohol use disorder and cognitive impairment in old age patients: A 6 months follow-up study in an outpatient unit in Barcelona. *Psychiatry Research*, 261, 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.069>
- Shield, K. D., Gmel, G., Gmel, G., Mäkelä, P., Probst, C., Room, R. & Rehm, J. (2017). Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction*, 112(9), 1535–1544. <https://doi.org/10.1111/add.13827>
- Shield, K. D., Manthey, J., Rylett, M., Probst, C., Wettlaufer, A., Parry, C. D. & Rehm, J. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet Public Health*, 5(1), e51–e61. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30231-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30231-2)
- Simpson, T. L., Rise, P., Browne, K. C., Lehavot, K. & Kaysen, D. (2019). Clinical presentations, social functioning, and treatment receipt among individuals with comorbid life-time PTSD and alcohol use disorders versus drug use disorders: findings from NESARC-III. *Addiction*, 114(6), 983–993. <https://doi.org/10.1111/add.14565>
- Skule, C., Berge, T., Eilertsen, E., Ulleberg, P., Dallavara Lending, H., Egeland, J. & Landrø, N. I. (2017). Levels of alcohol use and depression severity as predictors of missed therapy sessions in cognitive behavioural psycho-educational group treatment for depression. *Addiction Research & Theory*, 25(1), 11–16. <https://doi.org/10.3109/16066359.2016.1173683>
- Skutle, A., Bu, E. T. H., Jellestad, F. K. & van de Glind, G. (2014). «Se meg, i tide»: ADHD som tidlig risikofaktor for rusmiddelmissbruk – en sammenlignende studie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 287–292.



- Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K. & Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 278, 97–115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>
- Sliedrecht, W., Roozen, H. G., Witkiewitz, K., de Waart, R. & Dom, G. (2021). The association between impulsivity and relapse in patients with alcohol use disorder: A literature review. *Alcohol and Alcoholism*, 56(6), 637–650. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaal32>
- Sofin, Y., Danker-Hopfe, H., Gooren, T. & Neu, P. (2017). Predicting inpatient detoxification outcome of alcohol and drug dependent patients: the influence of sociodemographic environment, motivation, impulsivity, and medical comorbidities. *Journal of Addiction*, Artikel ID 6415831. <https://doi.org/10.1155/2017/6415831>
- Stavro, K., Pelletier, J. & Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology*, 18(2), 203–213. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x>
- Stenius, K., Witbrodt, J., Engdahl, B. & Weisner, C. (2010). For the marginalized or for the integrated? A comparative study of addiction treatment systems in Sweden and the United States. *Contemporary Drug Problems*, 37(3), 417–448. <https://doi.org/10.1177/009145091003700304>
- Sullivan, A., Ridley, N., Monds, L. A., Logge, W., Hurzeler, T. & Morley, K. C. (2021). Assessing the validity of the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV) in predicting completion in a long-term residential rehabilitation for substance use problems. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1–6. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1967954>
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Dierker, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2009). Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addiction*, 104(8), 1346–1355. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02622.x>
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Hasking, P., Lyvers, M., Connor, J. P., London, E. D., Huang, Y. L., Feeney, G. F. X. (2019). Alexithymia and Alcohol Dependence: The Roles of Negative Mood and Alcohol Craving. *Substance Use & Misuse*, 54(14), 2380–2386. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1650773>
- Um, M., Hershberger, A. R., Whitt, Z. T. & Cyders, M. A. (2018). Recommendations for applying a multi-dimensional model of impulsive personality to diagnosis and treatment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0084-x>
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (red.), *The heart and soul of change: Delivering what works*. (2. utg., s. 49–81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-002>
- Westermeyer, J. J., Soukup, B., Mayer, J. & Lee, K. (2021). Identifying, Assessing, and Treating Korsakoff Syndrome Patients: Updated Perspectives. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(8), 592–599. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001351>
- Wilson, A. D., Bravo, A. J., Pearson, M. R., & Witkiewitz, K. (2016). Finding success in failure: Using latent profile analysis to examine heterogeneity in psychosocial functioning among heavy drinkers following treatment. *Addiction* 111(12), 2145–2154. <https://doi.org/10.1111/add.13518>
- Witkiewitz, K., Finney, J. W., Harris, A. H., Kivlahan, D. R. & Kranzler, H. R. (2015). Recommendations for the design and analysis of treatment trials for alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(9), 1557–1570. <https://doi.org/10.1111/acer.12800>
- Witkiewitz, K., Litten, R. & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, 5(9), 1–11. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043>
- Witkiewitz, K., Pearson, M. R., Hallgren, K. A., Maisto, S. A., Roos, C. R., Kirouac, M., Wilson, A. D., Montes, K. S., & Heather, N. (2017). Who achieves low risk drinking during alcohol treatment? An analysis of patients in three alcohol clinical trials. *Addiction*, 112(12), 2112–2121. <https://doi.org/10.1111/add.13870>
- Witkiewitz, K., Wilson, A. D., Pearson, M. R., Montes, K. S., Kirouac, M., Roos, C. R., Hallgren, K. A., & Maisto, S. A. (2019). Profiles of recovery from alcohol use disorder at three years following treatment: can the definition of recovery be extended to include high functioning heavy drinkers? *Addiction*, 114(1), 69–80. <https://doi.org/10.1111/add.14403>
- Woods, A. J., Porges, E. C., Bryant, V. E., Seider, T., Gongvatana, A., Kahler, C. W., de la Monte, S., Monti, P. M., & Cohen, R. A. (2016). Current heavy alcohol consumption is associated with greater cognitive impairment in older adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(11), 2435–2444. <https://doi.org/10.1111/acer.132>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Global status report on alcohol and health 2018* (9241565632).
- Yücel, M., Oldenhof, E., Ahmed, S. H., Belin, D., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carter, A., Chamberlain, S. R., Clark, L., & Connor, J. (2019). A transdiagnostic dimensional approach towards a neuropsychological assessment for addiction: an international Delphi consensus study. *Addiction*, 114(6), 1095–1109. <https://doi.org/10.1111/add.14424>

# Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

FOTO: GLENN CARSTENSPETERS / UNSPLASH

## Vi ønsker ditt manuskript velkommen

Med et opplag på over 10 000 er Psykologtidsskriftet en enestående arena for deling av erfaringer, kunnskap, 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 OG SEND INN**

Manuskripter kan 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 kan finne mer informasjon og forfatterveiledning på Tidsskriftets nettsted. Besøk undersiden *Skriv for oss* på **psykologtidsskriftet.no**.

Skriv for oss:



## ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 09 S. 810-817 DOI: <https://doi.org/10.52734/4853DTCx>

# Hvor nøyaktig identifiserer screeninginstrumentet Social Communication Questionnaire autismespekterforstyrrelser i BUP?

Beate Ørbeck<sup>1</sup>, Hans Jørgen Berntsen<sup>2</sup> & Kristin Romvig Øvergaard<sup>1,3</sup>

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Det er ukjent hvor godt samsvar det er mellom screeninginstrumentet Social Communication Questionnaire (SCQ) og autismespekterforstyrrelse (ASF) i BUP.

**Metode:** Vi undersøkte nøyaktigheten av SCQ for å korrekt klassifisere klinisk diagnostisert ASF (basert på all informasjon fra utredningen) og for ASF klassifisert av The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3Di) og The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2).

**Resultat:** SCQ cutoff 15 ga lav sensitivitet (Se) for korrekt klassifisering av klinisk diagnostisert ASF (Se = 38 %), ASF klassifisert med ADOS-2 (Se = 30 %) med henholdsvis 78 og 76 % spesifisitet (Sp). For ASF klassifisert med 3Di var Se noe høyere (49 %), og det var god spesifisitet (86 %), med den beste positive prediktive verdien (.73).

**Konklusjon/implikasjon:** SCQ viste lav nøyaktighet i å identifisere en klinisk ASF-diagnose i BUP. Imidlertid hadde barn med SCQ-skår på eller over terskel høy risiko for også å bli kategorisert med ASF på foreldreintervjuet 3Di. Vi anbefaler at fremtidige studier inkluderer mer detaljert informasjon om hva som er grunnlaget for de endelige diagnostiske konklusjonene. Videre bør SCQ sine egenskaper vurderes i et bredt utvalg av barn med ASF som også inkluderer de med forsinket utvikling. Det er også behov for å undersøke hvor godt andre screeninginstrumenter for ASF fungerer i BUP.

**Nøkkelord:** Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2), sensitivitet, spesifisitet, Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3Di), Social Communication Questionnaire (SCQ)

<sup>1</sup>Oslouniversitetssykehus,  
Klinikk psykisk helse  
og avhengighet,  
Avdeling for forskning  
og innovasjon<sup>2</sup>Akershusuniversitetssykehus,  
BUP Øvre Romerike<sup>3</sup>Universitetet i Oslo,Institutt for klinisk  
medisin**KONTAKT**

b-ørbe@online.no

**MERKNAD**Forfatterne  
oppgir ingen  
interessekonflikter**FAGFELLEVDERT**

Autismespekterforstyrrelser (ASF) karakteriseres av vedvarende vansker med sosial kommunikasjon og begrensede, repetitive adferdsmønstre og interesser (Lord et al., 2018). Forekomsten er på om lag 1 %, og en metaanalyse viste en ratio for gutt : jente på nær 3 : 1 (Loomes et al., 2017). I Norge brukes det europeiske diagnosesystemet ICD-10, som har undergrupper av autisme (World Health Organization [WHO], 1990), mens det amerikanske diagnosesystemet fra 2013 benytter samlebetegnelsen ASF (American Psychiatric Association [APA], 2013). I 1990-årene og utover ble flere diagnostiske instrumenter utviklet til bruk i utredning av ASF, og den regionale norske retningslinjen anbefaler disse som standard i forskning og klinisk praksis (Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi ved Helse Sør-Øst [RKT], 2019). Et sentralt diagnostisk instrument er foreldreintervjuet The Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (Lord et al., 1994), men retningslinjen anbefaler også The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3Di) (Skuse et al., 2004).

Utover bruk av et diagnostisk intervju vektlegger retningslinjen at det gjøres en undersøkelse av barnets sosiale kommunikasjon og adferd via lek/samtale, som i The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (Lord et al., 2012). I norsk klinisk sammenheng ansees ADOS for å være godt kjent og utprøvd (Surén, Havdahl et al., 2019). Videre presiserer retningslinjen at diagnosen ASF skal stilles ut fra en klinisk helhetsvurdering, hvor anamnese, medisinsk utredning samt kognitiv og adaptiv kartlegging inngår. Dette er viktig både differensialdiagnostisk og fordi mer enn 70 % er beskrevet å ha minst én annen samtidig lidelse (Lai et al., 2014). Blant 658 henviste amerikanske barn med ASF hadde 66 % to eller flere samtidige psykiatriske tilstander (Lecavalier et al., 2019). I tråd med internasjonale funn (Weintraub, 2011) viser studier fra Norsk pasientregister en økning av ASF hos barn uavhengig av kjønn og i alle aldersgrupper (Surén, Havdahl et al., 2019) og psykiatriske tilleggsvansker hos to tredjedeler av dem som har en ASF-diagnose registrert i 2014 (Kiselev et al., 2020).

Økt forekomst av ASF og hyppige samtidige andre tilstander gjør at utredning av barn med spørsmål om ASF utgjør en vesentlig og krevende del av arbeidet i en BUP. De differensialdiagnostiske utfordringene ble understreket i en amerikansk studie, hvor 40 % som først var gitt ASF-diagnose, ikke fylte kriteriene etter nærmere utredning (Monteiro et al., 2015). Det var derfor ønskelig at en hadde en rask måte å skille ut barn som er i behov av nærmere diagnostisk vurdering.

Følgelig har ulike screeninginstrumenter blitt utviklet, og ett slikt mål er The Social Communication Questionnaire (SCQ) (opprinnelig kalt The Autism Screening Questionnaire) (Berument et al., 1999). SCQ er et av de mest brukte screeningskjemaer for ASF i Europa (Ashwood et al., 2015), med svært gode psykometriske egenskaper i den originale studien (Berument et al., 1999). Det er imidlertid verdt å merke seg at gjennomsnittsalderen på de undersøkte i denne studien var uvanlig høy (23 år), og at SCQ ble administrert i etterkant av det diagnostiske intervjuet, ikke som en screening.

I studier av amerikanske barn fra kliniske utvalg har resultatene vært noe svakere, med en middels sensitivitet (70–80 %) hos 3–6 åringer (N = 151) (Eaves et al., 2006) og 2–16-åringer (N = 590) (Corsello et al., 2007), noe som indikerer at et flertall med ASF ble fanget opp ved screening. Begge studiene hadde også middels spesifisitet (70–80 %), som er et mål på korrekt klassifisering av barn uten ASF (altså at de som ikke har ASF, heller ikke klassifiseres med tilstanden). I to studier av barn med behov for tilrettelagt undervisning viste SCQ god sensitivitet (80–90 %) og middels spesifisitet hos 9–13 åringer (Chandler et al., 2007; Charman et al., 2007). Krysskulturell validering ble demonstrert i en tysk studie fra BUP (N = 168, gjennomsnittlig alder 14 år) med om lag 90 % sensitivitet og spesifisitet for SCQ ved anbefalt grenseverdi (15) (Bolte et al., 2008). En stor norsk populasjonsstudie fant at SCQ hadde svært lav sensitivitet (20 %) for ASF hos treåringer og identifiserte primært barn med ASF og betydelig forsinket utvikling (Surén, Saasen-Havdahl et al., 2019). Her bør en imidlertid huske på at SCQ er validert for alder  $\geq 4$  år (Berument et al., 1999), og en metaanalyse har konkludert med at ulike metodiske valg (som i den norske) påvirker hvor nøyaktig SCQ screener for ASF, men at instrumentet samlet sett fungerer godt (AUC (areal under kurven) = 0.88) (Chesnut et al., 2017).

### Begrunnelse og forskningsspørsmål

PsykTestBarn publiserte en oppsummering av SCQ som konkluderte med at «dokumentasjonsgrunnlaget for de psykometriske egenskapene ved den norske utgaven av SCQ er noe begrenset» (Kaasbøll et al., 2021). Mange henvises likevel til BUP etter bruk av ulike screeninginstrumenter for ASF, og det er viktig å kjenne disse instrumentenes egenskaper i BUP-populasjonen. Vi vil i denne studien vurdere SCQ opp mot klinisk ASF-diagnose (basert på all informasjon fra utredningen). I tillegg har vi studert de diagnostiske grenseverdiene for ASF på de to instrumentene 3Di og ADOS-2.

Vi hadde følgende forskningsspørsmål:



Hvor nøyaktig identifiserer screeninginstrumentet SCQ en klinisk ASF-diagnose?

Hvor nøyaktig identifiserer SCQ ASF-diagnoser klassifisert med 3Di og ADOS-2?

## METODE

### Deltagere og prosedyre

Utvalget bestod av 92 barn og unge henvist til BUP Øvre Romerike i tidsrommet 01.06.2014–31.12.2019 og internt videre til spesialteamet for utredning av ASF. Basisutredninger inkluderte anamnese med foreldre, samtaler med foreldre, barn og lærere, skoleobservasjon, kognitiv utredning og legeundersøkelse. Gjennomsnittlig alder var 11.5 år (standardavvik (S) = 3.3 år, spredning 6–17 år), og 68.5 % var gutter. Blant dem som ble diagnostisert med ASF, var jentene to år eldre enn guttene. Gjennomsnittlig IQ var 92.1 (S = 13.4, spredning 64–121), og 74 % hadde IQ  $\geq$  85. ASF og tilleggsdiagnoser (hyperkinetisk forstyrrelse, adferdsforstyrrelser og angst/depresjon) ble registrert. Av de 92 som ble screenet med SCQ, ble alle også utredet med 3Di. Videre ble 75 av 92 utredet med ADOS-2.

### Mål

SCQ er et mål på grad av alvorlighet for autismesyntomer hos barn  $\geq$  4 år med en mental alder på minst 2 år. SCQ er basert på modifiserte spørsmål fra ADI-R (Lord et al., 1994) og viste en sterk korrelasjon med dette instrumentet i den opprinnelige studien ( $r = .71, p < .001$ ) (Berument et al., 1999). SCQ består av 40 spørsmål stilet til foreldre, som skal rapportere om hvorvidt adferdsmessige utviklingskjennetegn som er typiske ved ASF, er til stede (1) eller ikke (0). Den norske SCQ (2005) sammen med den engelske manualen (Rutter et al., 2003) fås hos Hogrefe forlag. SCQ kan skåres både for barn som har utviklet språk, og barn som ikke har det. Det kan også skåres ut fra nåtid eller i et livsløpsperspektiv med en grenseverdi på  $\geq$  15 for sannsynlig ASF. Vi benyttet skjemaet i et livsløpsperspektiv, og alle de inkluderte deltagerne hadde utviklet språk. Til forskjell fra nåtidsutgaven skal man i livsløpsutgaven skåre halvparten av spørsmålene ut fra barnets adferd i 4–5 års alder. Her presenterer vi sumskåren på SCQ, hvor spredningen i vårt utvalg var på 1–30 med gjennomsnitt 10.8 (S = 7.1).

3Di er et databasert foreldreintervju med 135 spørsmål ut fra tre dimensjoner: 1) barnets utvikling, 2) ASF-symptomer og 3) diagnostisk konklusjon i henhold til ICD-10-kriteriene for ASF (Skuse et al., 2004). Instrumentet ble oversatt til norsk i 2010. I vår undersøkelse skåret en trent kliniker intervjuvarene fortløpende i et dataprogram. Programmet oppsummerer ASF-

symptomene i en rapport som også gir ICD-10-diagnose og en sumskår. Høyere skårer på 3Di indikerer økende avvik. Vi har ikke funnet andre norske 3Di-studier utover vår egen hvor vi fant akseptabel verdi for hvor nøyaktig 3Di var til å skille mellom barn med og uten klinisk ASF-diagnose i BUP (sensitivitet/spesifisitet  $> 70\%$ ) (Berntsen et al., 2021).

ADOS-2 er en revidert utgave av et standardisert, semi-strukturert intervju og en adferdsobservasjon av barn og unge for å vurdere ASF. ADOS-2 inneholder fire moduler tilpasset alder og språklig funksjonsnivå (Lord et al., 2012). Høyere skårer indikerer økende avvik, og grenseverdien for ASF-diagnose er 8. Psyk-TestBarn påpekte at det ennå er noe begrenset dokumentasjon på måleegenskaper for den norske utgaven av ADOS-2 (Brøndbo & Høyland, 2018). Imidlertid viste en tysk studie gjennomført i BUP god nøyaktighet av modul 3 i ADOS-2 for diagnostisering av ASF (AUC  $> 0.80$ ) (Medda et al., 2019). I denne studien ble ADOS-2 modul 3 benyttet (unntatt to barn med modul 2) av erfarne klinikere med kurs i ADOS-2.

Endelige kliniske diagnoser ble fastsatt i møter med alle som deltok i utredningene basert på all innhentet informasjon fra basisutredningen og resultatene fra 3Di og ADOS-2. Her ble ICD-10-kriteriene benyttet for ASF og tilleggsdiagnoser (WHO, 1990). Vi benytter disse og samlebetegnelsen ASF for alle som fylte kriteriene for barneautisme, Asperger syndrom, atypisk autisme og uspesifisert autisme.

### Statistisk bearbeiding

Statistiske analyser ble utført i SPSS (versjon 25) og ved [www.medcalc.com](http://www.medcalc.com). Forskjeller i gjennomsnitt mellom grupper ble beregnet med t-tester. Receiver operating characteristics (ROC)-analyser beregner sensitivitet og spesifisitet for de mulige grenseverdiene, og gir en grafisk fremstilling i form av en ROC-kurve. Fra ROC-kurven estimeres arealet under kurven (AUC), som gir nøyaktighet av SCQ (for alle par av sensitivitet og spesifisitet per grenseverdi). En AUC-verdi på .50 er ikke-signifikant, og betyr at målet ikke gir relevant informasjon (opp mot det valgte utfallsmål). AUC-verdiene ble vurdert slik:  $< 0.70$  dårlig,  $0.70$ – $0.79$  middels,  $0.80$ – $0.89$  god og  $0.90$ – $1.00$  svært god (Swets, 1988). Vi vurderte nøyaktigheten av SCQ opp mot klinisk ASF-diagnose, og mot ASF klassifisert ved 3Di og ved ADOS-2. For den anbefalte SCQ-grenseverdien (15) opp mot denne studiens tre ASF-kategorier ble det estimert sensitivitet (Se; sannsynlighet for at et mål ga korrekt klassifisering av barn med ASF) og spesifisitet (Sp; sannsynligheten for at et mål ga korrekt klassifisering av barn uten ASF). Vi beregnet positiv og negativ prediktiv verdi (PPV/NPV), som gir et mål

på sannsynlighet for om et positivt/negativt testresultat tilsier at en person har / ikke har ASF. Vi beregnet også positive og negative sannsynlighetsrater: SR+ og SR-. SR+/SR- er sannsynligheten for at et barn som har / ikke har ASF, tester henholdsvis positivt/negativt, delt på sannsynligheten for at et barn som ikke har / har ASF, tester henholdsvis positivt/negativt. SR 0–1 antyder at diagnose ikke er til stede, SR = 1 antyder ingen verdi av diagnostisk test, mens SR > 1 antyder tilstedeværelse av diagnose (McGee, 2002). Vi vurderte hvilke SCQ-grenseverdier som ville gi økt Se (minst 70 %), med lavest mulig tap i Sp.

### Etikk

Prosjektet er godkjent av PVO-AHUS (saksnr. 2019\_59, personvernr. 18/12414).

### Resultater

I denne studien ble 37 av 92 barn (40 %) vurdert å fylle kriteriene for en klinisk ASF-diagnose. Kun 2 av 37 fikk ICD-10-diagnosen barneautisme, 22 fikk Asperger syndrom og 13 atypisk eller uspesifisert autisme. De med en klinisk ASF-diagnose hadde signifikant høyere gjennomsnittsskårer på SCQ sammenlignet med de resterende 60 % som ikke fikk ASF-diagnose (tabell 1). Det var også signifikant høyere SCQ gjennomsnittsskårer for de med ASF klassifisert ved 3Di, men ikke for

de med ASF klassifisert ved ADOS-2 (tabell 1). Det var ingen signifikant forskjell i SCQ-skårer mellom de som hadde ASF med (62 %) og uten (38 %) tilleggsdiagnoser.

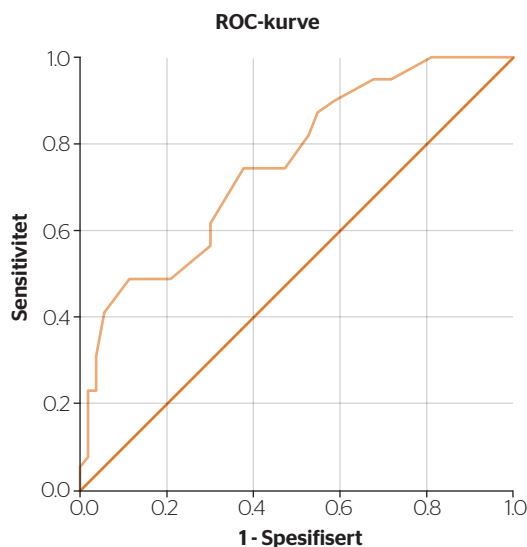
Som kontinuerlig mål skilte ikke SCQ signifikant mellom sanne positive og sanne negative tilfeller av klinisk diagnostisert ASF, men det var en tendens (AUC = .61 (konfidensintervall (Ki) .49–.73,  $p = .07$ )). SCQ skilte signifikant og middels godt mellom de klassifisert med og uten ASF ved 3Di (AUC = .75 (Ki 65–85),  $p < .001$ ; se figur 1), og ikke-signifikant ved ADOS-2 (AUC = .53 (Ki .39–.67),  $p = .67$ ).

SCQ-grenseverdi 15 ga lav sensitivitet for korrekt å identifisere klinisk diagnostisert ASF og ADOS-2-klassifisert ASF med henholdsvis Se = 38 % og 30 %, og tilhørende Sp = 78 % og 76 %. For SCQ-grenseverdi 15 opp mot 3Di-klassifisert ASF var det noe høyere sensitivitet (49 %) og spesifisitet (86 %), med den beste PPV i dette utvalget (.73).

ROC-kurvene for SCQ mot ASF klassifisert klinisk og ved ADOS-2 var ikke-signifikante, og en gunstig grenseverdi kunne ikke identifiseres. ROC-kurven for SCQ opp mot 3Di-klassifisert ASF ses i figur 1. Sammenlignet med anbefalt grenseverdi ga SCQ-grenseverdi 9 bedret sensitivitet (74 %) for 3Di, men spesifisiteten falt (53 %). Totalt sett ga senkningen i grenseverdi lite, med fall i PPV og +SR sammenlignet med den anbefalte SCQ-grenseverdien (tabell 2).

**Figur 1**

ROC-kurve som illustrerer hvor nøyaktig SCQ identifiserer ASF klassifisert ved 3Di



*Merknad.* ROC Receiver Operating Characteristics, SCQ Social Communication Questionnaire, 3Di The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview

**Tabell 1**

Gjennomsnittlige SCQ-skårer for barn med og uten ASF klassifisert ved klinisk diagnostisk konklusjon, 3Di og ADOS-2

	Antall	SCQ gjsn. (Sa.)		Statistikk	
		ASF / Ikke ASF	Ikke ASF	t	p
Klinisk diagnose ASF	37/55	12.8 (8.1)	9.4 (6.0)	-2.2	.03
3Di diagnose ASF	39/53	14.4 (7.2)	8.2 (5.7)	-4.5	< .001
ADOS-2 diagnose ASF	33/42	11.8 (7.9)	10.3 (5.8)	-1.0	.35

*Merknad.* ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule; SCQ: Social Communication Questionnaire; 3Di: The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview; Sa.: standardavvik; gjns.: gjennomsnitt.

**Tabell 2**

SCQ-grenseverdiers diagnostiske nøyaktighet for klinisk diagnose ASF og 3Di- og ADOS-2-klassifisert ASF

Prediktorer	N/n*	Se (%) (95 % Ki)	Sp (%) (95 % Ki)	PPV (95 % Ki)	NPV (95 % Ki)	+SR (95 % Ki)	-SR (95 % Ki)
SCQ, grenseverdi 15 / klinisk diagnose ASF	92/14	38 (23–55)	78 (65–88)	.54 (.38–.69)	.65 (.59–.62)	1.73 (0.91–3.32)	0.80 (0.60–1.06)
SCQ, grenseverdi 15 / ASF 3Di	92/19	49 (32–65)	86 (75–95)	.73 (.56–.85)	.70 (.63–.76)	3.69 (1.72–7.90)	0.59 (0.43–0.82)
SCQ, grenseverdi 9 / ASF 3Di	92/29	75 (58–87)	53 (39–67)	.53 (.45–.62)	.74 (.61–.84)	1.58 (1.12–2.21)	0.49 (0.27–0.88)
SCQ, grenseverdi 15 / ASF ADOS-2	75/10	30 (16–49)	76 (61–88)	.42 (.25–.60)	.60 (.48–.71)	1.27 (0.60–2.69)	0.91 (0.69–1.21)

*Merknad.* \*N = Totalt antall barn med aktuell test, n = antall med sann positiv klinisk ASF-diagnose. Andelen barn som nådde kriteriene for ASF for henholdsvis endelig klinisk diagnose, 3Di og ADOS-2 var 40 %, 42 % og 36 %.

Se Sensitivitet; Sp Spesifisitet; PPV/NPV positiv/negativ prediktiv verdi; +SR/-SR positiv/negativ sannsynlighetsrate; Ki konfidensintervall; ADOS-2 Autism diagnostic observation schedule; SCQ Social Communication Questionnaire, 3Di The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview

## Diskusjon

I samsvar med den regionale retningslinjen ble ASF-diagnose i denne studien satt etter en samlet klinisk vurdering (RKT, 2019). Vi fant at SCQ skilte dårlig mellom sanne positive og sanne negative barn (AUC = .62), i tråd med den norske populasjonsstudien av 3-åringer (Surén, Saasen-Havdahl et al., 2019). Ved SCQ anbefalt grenseverdi (15) fant vi særlig lav sannsynlighet for å identifisere riktig de med klinisk ASF-diagnose (sensitivitet = 38 %). Dette var skuffende, da SCQ er utviklet for å bidra til å identifisere ASF hos barn. Resultatet skiller seg også fra det utviklerne fant (Berument et al., 1999) og funn fra kliniske utvalg barn og unge (Corsello et al., 2007; Eaves et al., 2006) og fra barn med tilrettelagt undervisning (Chandler et al., 2007; Charman et al., 2007), hvor variasjonen lå mellom middels til god sensitivitet og spesifisitet. Våre funn er også betydelig svakere enn resultatene fra en tysk BUP, hvor SCQ viste sensitivitet og spesifisitet på rundt 90 % (Bolte et al., 2008). Vi undersøkte om våre svakere funn kunne ha sammenheng med den norske oversettelsen, men ved en gjennomgang fant vi at denne var helt i overensstemmelse med originalen.

Av faktorer som kan påvirke nøyaktighet av screeningskjemaer, vet vi at sider ved utvalget står sentralt (Chesnut et al., 2017). Mens utvalget i den tyske studien bestod av et flertall med diagnosen barneautisme (81 %) (Bolte et al., 2008), hadde vi bare 5 % i vårt utvalg. Den svake sensitiviteten vi fant for SCQ opp mot klinisk diagnose, kan dermed ha sammenheng med at SCQ inneholder mange av de mer typiske kjennetegnene for barneautisme (som håndledning, neologismer og åpenbare stereotype ytringer/bevegelser). Det var også ulik symptombyrde i

det tyske utvalget og i vårt. Den tyske studien rapporterte gjennomsnittlige SCQ-skårer på 24.2 (S = 5.9) ved barneautisme og 17.5 (S = 3.5) ved de andre ASF-tilstandene, begge betydelig høyere enn sammenligningsgruppene deres (barn med adferdsvansker (8.4) og alderstypiske kontroller (5.9)). I vår studie var SCQ-gjennomsnittet for de med klinisk ASF vesentlig lavere (12.8, S = 8.1), noe som ga lavere differanse til gjennomsnittsskåren til gruppen uten klinisk ASF (9.4, S = 6.0). I tillegg hadde vi større variasjon (standard avvik) innad i gruppene enn den tyske studien. Bare 40 % av de henviste barna i vårt utvalg fikk en klinisk ASF-diagnose, som er lavere enn i en amerikansk studie, der 61 % fikk klinisk ASF-diagnose (Monteiro et al., 2015). Her utgjorde for øvrig barneautisme den største undergruppen (59 %).

I likhet med andre sammenlignbare studier fikk et flertall av de med klinisk ASF-diagnose i vårt utvalg psykiatriske tilleggsdiagnoser (62 %). Antallet var tilnærmet likt det som ble funnet i en multisenterstudie (66 %) (Lecavalier et al., 2019), og kjønnsfordelingen (68.5 % gutter) gjenspeilte en ratio på 3 : 1, som er foreslått som mest sannsynlig (Loomes et al., 2017).

Vi fant at spørreskjemaet SCQ skilte signifikant mellom barn klassifisert med og uten ASF i henhold til foreldreintervjuet 3Di, noe som ikke er overraskende av to grunner: 1) Foreldre er informanter, og 3Di er et foreldreintervju med både strukturerte og ustrukturerte spørsmål, noe som ytterligere kan tenkes å øke samsvaret mellom instrumentene. 2) SCQ ble opprinnelig utviklet basert på spørsmål fra foreldreintervjuet ADI-R. Funn fra foreldreintervjuet benyttet i vår studie (3Di) samsvarer med funn fra andre studier som viste god enighet mellom SCQ og

ADI-R (Berument et al., 1999; Bishop & Norbury, 2002; Chandler et al., 2007).

Vi fant lav sensitivitet (49 %) for å fange opp 3Di-klassifisert ASF ved den anbefalte SCQ-grenseverdi (15), men god spesifisitet (86 %). SCQ ved denne grenseverdien var dermed best til å klassifisere riktig de som ikke fikk ASF ved 3Di. Likevel gir det nyttig klinisk informasjon at av de barna med SCQ ved anbefalt grenseverdi eller høyere så fikk omtrent tre av fire også klassifisert ASF ved 3Di (PPV .73).

For å øke sannsynligheten for at SCQ skulle identifisere de med ASF ved 3Di, ble det nødvendig å senke grenseverdien. Vi fant at grenseverdi 9 ga sensitivitet > 70 %, men tapte da spesifisitet ved at vi fikk flere falske positive. Bare 1 av 2 barn ble klassifisert med ASF ved 3Di (PPV .53) med denne grenseverdien. Valg av grenseverdi blir dermed en avveining mellom hva som er hensikten med screeningen, og relativ byrde knyttet til falske positive (som kan gi økt foreldrebekymring og uheldig ressursbruk) og falske negative (hvor foreldre blir sittende med alt ansvar og barnet trolig ikke får den hjelpen det trenger).

Da vi sammenlignet SCQ med ASF vurdert ved ADOS-2, skilte ikke SCQ bedre enn forventet ved gjetting (AUC = .53). Dette kan ha sammenheng med at ADOS-2 vurderes uavhengig av foreldre. Vårt funn peker i samme retning som en stor studie av barn med ASF, hvor det var høyere korrelasjon mellom SCQ og foreldreintervjuet ADI-R (.79) enn med ADOS-2 (.42) (Chandler et al., 2007).

### Styrker og svakheter ved studien

Styrker ved studien er at den er utført i en vanlig klinikk ved et spesialteam i BUP. Svakheter inkluderer at vår utvalgsstørrelse ikke oversteg 100 deltagere, slik det er anbefalt for vurdering av kriterierelatert validitet (Evers et al., 2013). Videre var kun sumskåren på SCQ tilgjengelig. Vi har ikke kunnet beregne intern konsistens eller vurdere om enkeltspørsmål på SCQ var spesielt sensitive opp mot diagnose ASF. Kun 75 av 92 deltagere ble utredet med ADOS-2, men SCQ-skårene var tilnærmet lik 11 hos dem med og uten ADOS-2. Vi har en kontrastgruppe som består av barn med sosiale kommunikasjonsvansker (henvist for vurdering av ASF), noe som gjør det vanskelig å skille mellom gruppene. Den svake nøyaktigheten mellom SCQ og klinisk diagnose kan ha sammenheng med at klinikerne har vektlagt både ADOS-2, som var uten samsvar med SCQ, og funn fra annen (ikke-standardisert) informasjon når de konkluderte.

### Konklusjon og kliniske implikasjoner

I vårt BUP-utvalg viste SCQ liten nøyaktighet i å identifisere en klinisk ASF-diagnose. Dette kan ha

sammenheng med at SCQ inkluderer en rekke spørsmål som er særlig typisk for barneautisme, og som kun to av barna i vårt utvalg fikk diagnostisert. Likevel fant vi at SCQ viste et akseptabelt samsvar med det diagnostiske foreldreintervjuet 3Di. Klinikere bør være oppmerksomme på at de relativt få barna som får SCQ-skår tilsvarende anbefalt grenseverdi eller høyere, vil ha høy sannsynlighet for også å bli vurdert å ha ASF ved diagnostisk intervju. Ved å senke grenseverdien vil nødvendigvis screening med SCQ identifisere flere barn med ASF, men også flere uten ASF, slik det alltid vil være ved bruk av kartleggings-skjemaer. At SCQ ikke skiller ut klinisk diagnostisert ASF og ADOS-2-klassifisert ASF, kan ha sammenheng med at alle i vårt utvalg ble henvist for vurdering av vansker med sosial kommunikasjon. Slik sett kan vi anta at våre funn viser at det ofte er små forskjeller og uklare grenseopp ganger mellom de som vurderes å fylle / ikke fylle diagnosekriteriene når ASF vurderes ved BUP. Vår studie tyder på at SCQ ikke er særlig nyttig for utredning av ASF i en BUP-populasjon, der de fleste har aldersgjennomsnittlig evnenivå og få diagnostiseres med barneautisme. Flere studier er imidlertid nødvendig. Fremtidige studier bør særlig vurdere SCQs egenskaper i et bredt utvalg av barn med ASF, som inkluderer barn med forsinket utvikling, og der grunnlaget for de diagnostiske konklusjonene beskrives i detalj (som funn på de diagnostiske instrumentene, skoleobservasjon eller annet). ✘

### Referanser

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Ashwood, K. L., Buitelaar, J., Murphy, D., Spooren, W. & Charman, T. (2015). European clinical network: autism spectrum disorder assessments and patient characterization. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(8), 985–995. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0648-2>
- Berntsen, H. J., Ørbeck, B. & Romvig Øvergaard, K. (2021). Utredning av autismespekterforstyrrelser i BUP – hvor godt samsvar er det mellom instrumenter og endelig klinisk diagnose? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(10). <https://doi.org/10.52734/N27qU88p>
- Berument, S. K., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A. & Bailey, A. (1999). Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *British Journal of Psychiatry*, 175(5), 444–451. <https://doi.org/10.1192/bjp.175.5.444>
- Bishop, D. V. & Norbury, C. F. (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardised diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 917–929. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00114>



- Bolte, S., Holtmann, M. & Poustka, F. (2008). The Social Communication Questionnaire (SCQ) as a screener for autism spectrum disorders: additional evidence and cross-cultural validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(6), 719–720. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816c42bd>
- Brøndbo, P. H. & Høyland, A. L. (2018). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2). *PsykTestBarn*, 1(4). <https://doi.org/10.21337/0059>
- Chandler, S., Charman, T., Baird, G., Simonoff, E., Loucas, T., Meldrum, D., Scott, M. & Pickles, A. (2007). Validation of the social communication questionnaire in a population cohort of children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1324–1332. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31812f7d8d>
- Charman, T., Baird, G., Simonoff, E., Loucas, T., Chandler, S., Meldrum, D. & Pickles, A. (2007). Efficacy of three screening instruments in the identification of autistic-spectrum disorders. *British Journal of Psychiatry*, 191, 554–559. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040196>
- Chesnut, S. R., Wei, T., Barnard-Brak, L. & Richman, D. M. (2017). A meta-analysis of the social communication questionnaire: Screening for autism spectrum disorder. *Autism*, 21(8), 920–928. <https://doi.org/10.1177/1362361316660065>
- Corsello, C., Hus, V., Pickles, A., Risi, S., Cook, E. H., Jr., Leventhal, B. L. & Lord, C. (2007). Between a ROC and a hard place: decision making and making decisions about using the SCQ. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(9), 932–940. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01762.x>
- Eaves, L. C., Wingert, H. D., Ho, H. H. & Mickelson, E. C. (2006). Screening for autism spectrum disorders with the social communication questionnaire. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2 Suppl), S95–S103. <https://doi.org/10.1097/00004703-200604002-00007>
- Evers, A., Muñiz, J., Hagemester, C., Høtmælingen, A., Lindley, P., Sjöberger, A. & Bartram, D. (2013). EFPA review model for the description and evaluation of psychological and educational tests. <http://assessment.efpa.eu/documents/>
- Kiselev, Y., Handal, M., Hjellvik, V., Reichborn-Kjennerud, T., Stoltenberg, C., Surén, P., Havdahl, A. & Skurtveit, S. (2020). Nationwide Study of Neuropsychiatric Comorbidity and Medicines Use in Children With Autism Spectrum Disorder in Norway. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 596032. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.596032>
- Kaasbøll, J., Jozefiak, T. & Aanonsen, C. M. (2021). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Social Communication Questionnaire (SCQ). *PsykTestBarn*, 1(2). <https://doi.org/10.21337/0071>
- Lai, M. C., Lombardo, M. V. & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383(9920), 896–910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1)
- Lecavalier, L., McCracken, C. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., McCracken, J. T., Tierney, E., Smith, T., Johnson, C., King, B., Handen, B., Swiezy, N. B., Eugene Arnold, L., Bearss, K., Vitiello, B. & Scahill, L. (2019). An exploration of concomitant psychiatric disorders in children with autism spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 88, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.012>
- Loomes, R., Hull, L. & Mandy, W. P. L. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G. & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Lord, C., Rutter, M., Dilavore, P. C., Risi, S., Gotham, K. & Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1–4*. Western Psychological Services.
- Lord, C., Rutter, M. & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659–685. <https://doi.org/10.1007/BF02172145>
- McGee, S. (2002). Simplifying likelihood ratios. *Journal of General Internal Medicine*, 17(8), 646–649. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10750.x>
- Medda, J. E., Cholemkery, H. & Freitag, C. M. (2019). Sensitivity and Specificity of the ADOS-2 Algorithm in a Large German Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(2), 750–761. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3750-3>
- Monteiro, S. A., Spinks-Franklin, A., Treadwell-Deering, D., Berry, L., Sellers-Vinson, S., Smith, E., Proud, M. & Voigt, R. G. (2015). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Children Referred for Diagnostic Autism Evaluation. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 54(14), 1322–1327. <https://doi.org/10.1177/0009922815592607>
- Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi ved Helse Sør-Øst [RKT]. (2019). *Regional retningslinje for utredning og diagnostisering av autismspekterforstyrrelse (ASF)*. Oslo universitetssykehus.
- Rutter, M., Bailey, A. & Lord, C. (2003). *The Social Communication Questionnaire. Manual*. Western Psychological Services.
- Skuse, D., Warrington, R., Bishop, D., Chowdhury, U., Lau, J., Mandy, W. & Place, M. (2004). The developmental, dimensional and diagnostic interview (3di): a novel computerized assessment for autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5), 548–558. <https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00008>

- Surén, P., Havdahl, A., Oyen, A. S., Schjolberg, S., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., Bakken, I. J. L. & Stoltenberg, C. (2019). Diagnostisering av autismespekterforstyrrelser hos barn i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139(14). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0960>
- Surén, P., Saasen-Havdahl, A., Bresnahan, M., Hirtz, D., Hornig, M., Lord, C., Reichborn-Kjennerud, T., Schjølberg, S., Øyen, A. S., Magnus, P., Susser, E., Lipkin, W. I. & Stoltenberg, C. (2019). Sensitivity and specificity of early screening for autism. *BJPsych Open*, 5(3), e41. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.34>
- Swets, J. A. (1988). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240(4857), 1285–1293. <https://doi.org/10.1126/science.3287615>
- Weintraub, K. (2011). The prevalence puzzle: Autism counts. *Nature*, 479(7371), 22–24. <https://doi.org/10.1038/479022a>
- World Health Organization (WHO). (1990). *International Classification of Diseases and related health problems (ICD-10)* (10. utg.). World Health Organization.



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

**HEDVIG MONTGOMERY**, psykologspesialist

## *Eksponeringens pris*

Hva gjør det med et menneske å få livet sitt brettet ut i tv og andre medier?

**Arbeidet med reality-tv**, som jeg litt tilfeldig kom inn i for over 20 år siden, har lært meg mye både om mennesker, eksponering og makt. Temaet «eksponering», som er blitt brennhett i den sosiale medier-revolusjonen, berører nå de aller fleste av oss på et eller annet vis. For ja, det er en revolusjon at alle kan fremstille seg selv. Man trenger ikke å vente på å bli oppdaget for noe av en journalist eller prestere noe spesielt. En smarttelefon eller et pc-tastatur er alt som skal til for at vi kan begynne å vise frem det vi ønsker av vår kunnskap, av vårt ytre eller fra vårt eget liv. Som psykologer er vi på ingen måte forskånet. Vi eksponerer både oss selv og kanskje også klienter. Hva gjør det med dem og oss, og hva bør vi tenke på for å ha en etikk også innen det å bruke både egne og klienters historie?

### REALITY-TV

**Starten på mitt** arbeid med reality-tv var Robinsonekspedisjonen, sesong 2. Vi skal tilbake til 1999, og jeg var nyutdannet og i gang med å prøve å lage meg et fotfeste som psykolog. Å jobbe med tv var verken en del av planen eller et ønske. Men en streng venninne jobbet i kanalen som sender programmet. De sto plut-

selig uten psykolog, og jeg ble kommandert ut. Jeg sverget på at det skulle bli med den ene gangen, forbannet min venninne og gikk inn for å gjøre mitt beste når jeg nå først var der.

**Jeg ble øyeblikkelig** fascinert av muligheten til å utvikle metoder, til å skape forståelse i et stort system om psykisk helse og hvordan behandling av folk påvirker systemet. Og ikke minst av deltagerne selv, som var liketil, vanlige folk og fra et langt bredere spekter av samfunnet enn det man vanligvis møter på et psykologkontor.

**For første gang** slo det meg hvor tilpasset mye av psykologvirksomheten er middelklassen. Vi treffer sånne som oss selv og føler oss kloke. I realityformatet ligger det at all slags folk skal med, og tv-bransjen har lykkes bedre med dette enn de fleste andre bransjer. Jeg lærte mye av å treffe folk som ikke oppsøkte psykolog for problemene sine. Hva gjorde de i stedet, og hvordan levde de? Hva opplevde de som problemer, og hva slags hjelp hadde de ønsket seg? Denne oppgaven som ble «tvunget» på meg av en god venninne, har påvirket hvordan jeg tenker om faget vårt og klientene våre. Jeg er blitt mer nedpå og mindre selvhøytidelig, noe som sikkert er bra.

### PRISEN FOR Å «VISE ALT»

**Det har også** gitt et sterkt innblikk i hvordan vi påvirkes av å bli eksponert og vist frem, også når vi ikke kan pynte på virkeligheten. Det å bli filmet dag etter dag i omgivelser uten kjente, uten dine eiendeler og uten at du kan kontrollere hva som skjer, skaper en enorm sårbarhet. Du er prisgitt andre, og det som kommer frem, er deg selv uten det vi vanligvis



pakker oss selv inn i; ritualer, klær, mulighet til å trå til siden. Det er deg på ditt mest nakne, der det ikke finnes stort å gjemme seg bak. Av dette har jeg lært meg én ting: Vi har alle noe å skjule, og vi har alle et behov for å ha et sted som ikke er offentlig. Kontroll over eget liv innebærer også muligheten til å ha noe som er privat, noe som bare jeg og kanskje mine aller nærmeste vet om. Prisen for å «vise alt» er uro og rastløshet.

**Man skulle kanskje** tro at så fremt historien gjør at du kommer godt ut av det; at det er en lykkelig slutt, så vil de negative effektene av eksponering utebli eller dempes. Jeg treffer ofte tv- og filmskapere som sier «men hun kommer så godt ut av det!». Fordi de har pyntet litt på det, tatt bort noe som kanskje er for tungt å vise. Bakgrunnsfaktorer, ting som kunne ha forklart det som skjer, eller bare en eller flere uheldige episoder. Kanskje er det bare lagt til en tekstplakat på slutten om at nå går alt bra. En del av sannheten er brukt, men siden det er gjort et utvalg, er historien på et vis også blitt usann. Da skjer det to ting: Det ene er at deltageren ikke helt kjenner seg igjen. For det var jo faktisk ikke sånn det var.

**Og viktigere, de** nærmeste rundt deltageren blir fortalt en historie som ikke er helt sann, som de kanskje til og med begynner å tro på. For dem blir dette sannheten, og da blir muligheten for nærhet mye lavere i ettertid. For i nære relasjoner er det sannhet som er valutaen. Prisen for å vise usannhet kan altså vise seg å være enda høyere.

”

Vi har alle noe å skjule, og vi har alle et behov for å ha et sted som ikke er offentlig

»





Instagramkontoene deres er en del av det selvbildet de tar med seg til våre timer

**All fremstilling er** en evig kamp. Min gamle mentor Per Eriksen minnet meg hele tiden om at terapi er et spørsmål om punktuering. Hvor du setter nåla for startpunkt, og hvor du velger å sette sluttpunkt. Makten over å velge start og slutt er et viktig grep i terapi – og i all historiefortelling.

**Hvorfor er det** viktig å vite dette for oss psykologer? Fordi vi møter dette hele tiden. Dels hos klienter, historiene de forteller og det de viser offentlig påvirker også det vi snakker om i terapirommet. Insta-kontoene deres er en del av det selvbildet de tar med seg til våre timer. Å forstå synlighet i vår tid er også å forstå klienter i vår tid.

### TIL NYTTE ELLER LYST?

**Det er også** å viktig å kjenne til dette når vi fremstiller klienter eller kommenterer i media. Psykologer er yndede intervjuobjekter. Vår kunnskap gir næring til mang en reportasje. Når en psykolog uttaler seg, blir det sant på en ny måte både for journalisten og publikum. Nettopp derfor skal vi bruke populariteten vår på en klok måte. På samme måte som vi er i terapirommet for klienten, så er vi i media for noen. Det er særlig den vi kommenterer eller forholder oss til i historien, men også for øvrig publikum. Er vi til nytte, eller er vi bare underholdning? Det er ofte lett å miste dette av syne, rett og slett fordi vi ikke ser den vi snakker til. Om det treffer eller ikke, blir ikke like synlig når den som blir berørt ikke er i rommet.

**Til slutt en** liten advarsel. Fordi jeg kan kjenne på det selv, og kanskje gjelder det bare meg: Men å bli mye spurt, gjør at man får en kognitiv feilslutning og tror at man har tilsvarende mye rett. Fordi jeg så ofte sitter i terapirommet eller i intervjustolen og blir spurt, er det lett å tenke at jeg sjelden tar feil. Men det gjør jeg jo. Hele tiden. I den enkeltes liv er det alltid den ene personen som eier sannheten.

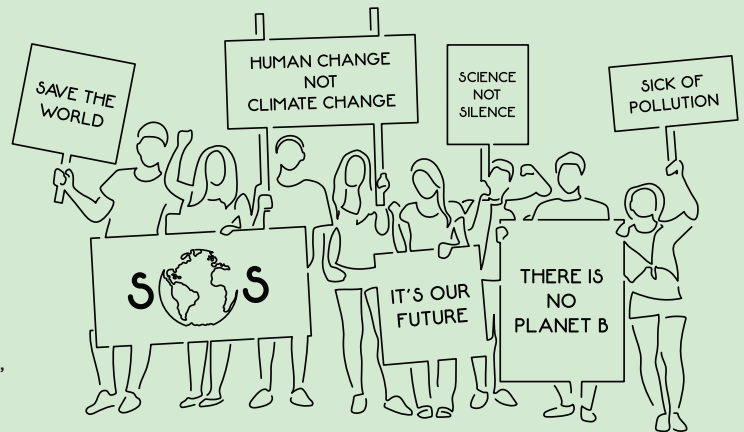
**Vi kan aldri** gjøre annet enn å prøve å være til hjelp, med den kunnskapen vi har. Psykologiens ekspertrolle er høyst diskutabel fordi feltet vårt er så fullt av usikkerhet og kompleksitet. Den enkeltes sannhet havner til tider på siden av den aggregerte kunnskapen. Sosiale medier og det raske mediebildet har endret hvordan vi viser oss frem, hvem vi sammenligner oss med, hva vi leser og hvordan vi påvirkes. Sårbarheten i det enkelte menneske er dog den samme som før, og et viktig punkt som få andre faggrupper forstår eller forsvarer, og som verken sosiale medier eller reality-tv har endret. Heller tvert imot. Hurtigheten i mediene kan lure oss med raske slutninger og behov for raske svar – som sjelden finnes. Når så mye av overflaten vises, er psykologiens jobb med både å forstå og vise verdien av dybden enda viktigere. ❌

## Klimaendringer og ungdommers mentale helse

I en nylig publisert studie i tidsskriftet *Clinical Psychological Science* har Francis Vergunst og Helen L. Berry sett på hvordan klimaendringene påvirker ungdommers psykiske helse fra et utviklingsperspektiv.

Klimaendringer påvirker vår mentale helse. Varmere temperaturer og hyppigere hetebølger er assosiert med mer psykisk stress, selvskadning og selvmord, samt innleggelses på psykiatriske institusjoner i befolkningen. Ekstremvær og katastrofer vil ha tilsvarende negative konsekvenser for den mentale helsen. Forskningslitteraturen som ser på sammenhengen mellom hendelser knyttet til klimaendringene og psykiske plager øker stadig, men vi vet mindre om hvordan barn blir påvirket.

Forskerne beskriver hvordan et utviklingsperspektiv kan informere og strukturere tenkningen rundt effektene av klimaendringer på barn og unges psykiske helse. En kjerneantagelse i utviklingspsykopatologi er at individets utvikling blir påvirket av en rekke faktorer på ulike nivåer. Fysiologiske, genetiske, kognitive, emosjonelle, sosiale og miljømessige faktorer – og samspillet mellom disse – påvirker alle utviklingen av psykiske plager. Ut ifra denne forståelsen vil klimaendringer utgjøre en risiko som kan påvirke utviklingen i alle ledd. Det kan være gjennom biologiske stressresponser, økt familiestress og redusert foreldreinvolvering, redusert tilgang til helsetjenester, eller at man blir tvunget til å migrere som følge av klimaendringene. Effektene av klimaendringer kan følgelig påvirke den mentale helsen på direkte (akutte stressorer slik som katastrofer) og indirekte måter (økonomisk ustabilitet).



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK / NTB

I artikkelen viser forfatterne hvordan ulike former for stressorer knyttet til klimaendringene er assosiert med de ulike utviklingsmessige stadiene. For eksempel vil man i den prenatale perioden være mer sårbar for biologiske og akutte stressorer hos mor, mens i ungdomstiden vil typiske risikofaktorer være tap av mening og manglende muligheter til å skaffe seg arbeid på grunn av klimaendringene.

Forskerne formidler til slutt hvordan denne måten å tenke på klimaendringer og utvikling, kan være med på å informere videre forskning og tiltak for å forhindre akkumulering av psykiske vansker hos barn og unge.

### REFERANSE

Vergunst, F., & Berry, H. L. (2022). Climate change and children's mental health: a developmental perspective. *Clinical Psychological Science*, 10(4), 767-785. <https://doi.org/10.1177/21677026211040787>

## Behandling av pasienter med spiseforstyrrelser og barndomstraumer

**Spiseforstyrrelser i kombinasjon med barndomstraumer kan ikke utelukkende forstås som spiseforstyrrelsesproblematikk, og behandlingen må innlemme kompleksiteten i sykdomsbildet.**

Malin Elisabeth Olofsson disputerte nylig med sin doktorgrad om spiseforstyrrelsespasienter med barndomstraumer. Barndomstraumer er vanligere hos pasienter med spiseforstyrrelser sammenlignet med den øvrige befolkningen. I tillegg har denne pasientgruppen ofte mer alvorlige spiseforstyrrelsessymptomer, flere psykiske lidelser, og mer suicidalitet sammenlignet med pasienter uten barndomstraumer. Evidensbasert behandling for spiseforstyrrelser er ikke tilstrekkelig for denne pasientgruppen, og vellykkede behandlingsforløp er sjeldne. Vi vet også lite om behandlingsopplevelsene gruppen sitter på, påpeker Olofsson.

I doktorgradsprosjektet har Olofsson gjennomført en behandlingsstudie som har sammenlignet kognitiv atferdsterapi med medfølelsesfokuset terapi for spiseforstyrrelser med eller uten barndomstraumer. Datagrunnlaget bestod av intervjuer etter behandling, og omhandlet pasientenes konseptualisering av lidelsen, endringsprosesser i et bra versus dårlig langtidsutfall, og mikroprosesser ved et dårlig langtidsutfall innhentet med video-assistert intervju.

Resultatene fra doktorgradsprosjektet viste at pasientene beskrev lidelsen sin som selvbevarende og beskyttende. De beskrev at lidelsen regulerte forholdet mellom nærhet og distanse, at de opplevde mestring gjennom spiseatferden sin, og at det hjalp dem å regulere følelsene. Å adressere pasientenes traumeopplevelser viste seg å være assosiert med bedre behandlingsutfall, samt at de fikk frihet til å utforske sine egne opplevelser. Relasjonsdynamikk mellom terapeut og pasient ble også løftet frem som et viktig element i behandlingen.

# Meninger

## DEBATT

# Unngåelse er roten til alt vondt

Hvis psykologer og andre helsearbeidere unngår anerkjente psykologiske metoder i møte med smertepasienter, vil det bety et stort tilbakeskritt for alle som lever med langvarige smerter.



**TEKST** Silje Endresen Reme og Henrik Børsting Jacobsen, The Mind Body Lab, UiO og Regional kompetansetjeneste for smerte, OUS

## SMERTE-BEHANDLING

**OPPLEVELSEN AV SMERTE** er livsviktig. Kjenner vi ikke smerte, lever vi ikke lenge. Smertesystemet vårt er utviklet for å oppdage farer og mulig skade, men kan også gi mestring og velbehag dersom det trigges for å oppnå noe vi virkelig vil ha. Dersom du våkner en morgen og kjenner den samme smerten som du kjenner under en knallhard treningsøkt, så vil du antagelig ringe 113. Under trening representerer smerter i stedet mestring, et middel for å nå et verdsatt mål.

Smerter er avhengig av kontekst. Meningen vi tillegger smerten, avgjør hvordan den oppleves. For smerter som varer over tid, er kontekst særlig viktig. Jo lenger vekk vi kommer fra den utløsende årsaken i tid, jo mer kompleks blir smerten å håndtere. Fysiologi og funksjon endrer seg også, noe som reflekteres i ICD-11, som klassifiserer en betydelig andel langvarige smerter som en sykdom i seg selv (Treede et al., 2019).

### TRE VIKTIGE ASPEKTER

Ved langvarige smerter er det alltid tre aspekter vi som behandlere bør være interessert i og forklare godt for pasienten: *Intensiteten* (hvor sterk smerten føles), *plagsomheten* (hvor forstyrrende smerten er) og *generaliserbarheten* (hvor stor del av livet smertene styrer).

Skillet mellom de to første aspektene ved smerte kan sammenliknes med å lytte til en bilalarm. Etter hvert som volumet på alarmen

øker, kan vi spørre deg hvor høyt det høres ut, og hvor ubehagelig det er for deg. Intensitet i smertene er som volumet, men ubehaget du føler, avhenger ikke bare av intensiteten, men også av flere andre faktorer. Er du redd? Hvilke minner har du om slike situasjoner? Hvem er rundt deg?

Det tredje punktet vårt, generaliserbarheten, handler om hvor mange situasjoner du opplever ubehag i, og hvor mange flere du unngår for å ikke måtte oppleve mer. Unngåelsen av bevegelser, aktiviteter og situasjoner begrenser livsutfoldelsen og kan bli et vel så stort problem som smertene i seg selv (Ojala et al., 2015).

### KRITISK TIL ENKEL SMERTEBEHANDLING

Med bakgrunn i egen erfaring fra smertebehandling er Siv Hilde Berg kritisk til en utvannet versjon av kognitiv terapi, hvor budskapet om at «det er ikke farlig å ha vondt», ikke er til særlig hjelp, men kan risikere å påføre pasienten skade (Berg, 2021). Det er vanskelig å være uenig i at det fins tilfeller der pasienten blir verre. Men ved å avvise å problematisere forsøkene på å utvide perspektivet fra en biomedisinsk modell for smerte, kan vi gjøre mer skade enn godt. Hvis vi som psykologer ikke veileder og inkluderer andre helsearbeidere i hvordan de kan forstå psykologiske elementer i smertebehandling, kan vi risikere at nysgjerrige leger, fysioterapeuter og sykepleiere får berøringsangst for sentrale deler

av smerteproblemet og veien videre. Vi ønsker det motsatte for både pasienter og behandlere. Behandlinger uten psykologiske elementer er langt dårligere alternativer. Verken medisiner eller kirurgi er gode enkeltstående løsninger for de fleste med langvarige smerter (McDonagh, 2020; Mirza & Deyo, 2007).

Kjernen i et behandlingssløp for langvarige smerter bør i stedet innebære validering, atferdsendring og re-konseptualisering, gjerne i den rekkefølgen (Edmond & Keefe, 2015; Flink et al., 2020). Hjernen må forstå og erfare at smertene ikke signaliserer skade. Dette kan ikke skje i et vakuum. Som Borrik Schjødt skriver i *Psykologtidsskriftet*; dette må skje i en kontekst, i rammen av en terapeutisk relasjon, og helst i et tverrfaglig team av behandlere (Schjødt, 2022).

### DRAMATISKE EFFEKTER

Driverne av langvarig smerte – bensinen på bålet – kan være både perifere og sentrale. Perifere prosesser kan for eksempel være inflammasjon, vevsskade eller muskelkramper, mens sentrale prosesser involverer aktivitet i hjerne-nettverk som i stor grad overlapper med emosjonelle nettverk. Alle med smerter vil kunne ha god nytte av kognitive tilnærminger, uavhengig av om smertene skyldes perifere eller sentrale prosesser (eller en kombinasjon av disse). Men i tilfeller hvor smertene er primært drevet av sentrale faktorer, kan psykologisk behandling ha dramatiske effekter. Som for eksempel i en ny studie fra Boulder, Colorado, som viste store og langvarige effekter av en psykologisk behandling på personer som hadde hatt rygg-smerter i mange år (Ashar et al., 2022).

Behandlingen inneholdt en re-konseptualisering av smertene som en hjernegenerert falsk alarm som pasientene selv kunne påvirke – hjernen er årsaken til smertene, men det er også her løsningen ligger. Behandlingen inneholdt også andre elementer, og var skreddersydd for denne pasientgruppen. Etter endt behandlingssløp var to av tre deltakere smertefrie eller nesten smertefrie, og effekten var langvarig. Slike studier gjør oss opptatt av mulighetene heller enn begrensningene som ligger i psykologisk modulering av smerter.

### RETT BEHANDLING TIL RETT PASIENT

For å kunne vite hvilke pasienter som kan ha nytte av en slik behandling, og hvilke pasienter som trenger en annen type behandling, trengs

kompetente, uredde psykologer og andre helsearbeidere. Mulighetene for å tilegne seg slik kompetanse eksisterer også i Norge, på tross av innlegg som har hevdet det motsatte (Montero, 2022; Regional kompetansetjeneste for smerte, 2022). Nå kan i tillegg psykologer bli spesialist i klinisk helsepsykologi, hvor nettopp smerte og smertebehandling har en sentral plass.

Psykologer i smertefeltet er kommet for å bli, og vi tror smertepsykologer vil bli stadig mer aktuelle. Vi ønsker flere psykologer velkomne til å jobbe med oss, og håper den siste tidens debatt har bidratt til mer nysgjerrighet enn frykt. ✕

### REFERANSER:

- Ashar, Y. K., Gordon, A., Schubiner, H., Uipi, C., Knight, K., Anderson, Z., Carlisle, J., Polisky, L., Geuter, S., Flood, T. F., Kragel, P. A., Dimidjian, S., Lumley, M. A. & Wager, T. D. (2022). Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 79(1), 13–23. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
- Berg, S. H. (2021). «Det er ikke farlig å ha vondt». *Psykologtidsskriftet*. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2021/12/det-er-ikke-farlig-ha-vondt>
- Edmond, S. N. & Keefe, F. J. (2015). Validating pain communication: current state of the science. *Pain*, 156(2). [https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2015/02000/Validating\\_pain\\_communication\\_\\_current\\_state\\_of.4.aspx](https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2015/02000/Validating_pain_communication__current_state_of.4.aspx)
- Flink, I. K., Reme, S., Jacobsen, H. B., Glombiewski, J., Vlaeyen, J. W. S., Nicholas, M. K., Main, C. J., Peters, M., Williams, A. C. C., Schrooten, M. G. S., Shaw, W. & Boersma, K. (2020). Pain psychology in the 21st century: lessons learned and moving forward. *Scand J Pain*, 20(2), 229–238. <https://doi.org/10.1515/sj-pain-2019-0180>
- McDonagh, M. S., Shelley, S. S., Buckley, D. I., Holmes, R. S., Mauer, K., Ramirez, S., Hsu, F. C., Dana, T., Fu, R. & Chou, R. (2020). *Nonopioid Pharmacologic Treatments for Chronic Pain. Comparative Effectiveness Review No. 228*. <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/nonopioid-chronic-pain/research>
- Mirza, S. K. & Deyo, R. A. (2007). Systematic review of randomized trials comparing lumbar fusion surgery to nonoperative care for treatment of chronic back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32(7), 816–823. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000259225.37454.38>
- Montero, C. (2022). Bør ikke hoppe over bio-delen. *Psykologtidsskriftet*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/01/bor-ikke-hoppe-over-bio-delen>
- Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T. & Piirainen, A. (2015). Chronic pain affects the whole person—a phenomenological study. *Disabil Rehabil*, 37(4), 363–371. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.923522>
- Regional kompetansetjeneste for smerte. (2022). *Tverrprofesjonell videreutdanning i smertebehandling*. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/tverrprofesjonell-videreutdanning-i-smertebehandling-tvis>
- Schjødt, B. (2022). *KAT mot smerte bommer uten relasjon*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/01/kat-mot-smerte-bommer-uten-relasjon>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., . . . Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>





Jill Thomson 20  
22

# Vi må slutte å lyve om sorg

Det er på tide å ta et oppgjør med sorgens tabu og innføre muligheten til å skrive ut sorgmelding.



**HVER DAG BLIR** personer rammet av tap av en elsket person. Døden møter oss ved livets høst – eller tragisk og brått, ved ulykker, dødfødsler, sykdom, overdoser, selvmord og mord. Etter å ha mistet et barn, en partner, en ektefelle, foreldre eller en annen elsket person kan akutt sorg slå hardt på mange fronter, og innebære at man i den akutte sorgen ikke klarer å arbeide. Når behovet for sykmelding etter et tap melder seg, blir mange overrasket over at sorg ikke er en god nok grunn for sykmelding. Ofte fører dette til at legen må lyve om grunnen for sykmelding.

## FARLIGE MYTER OM SORG

Sorg er måten vi reagerer på ved tap av en elsket person, og alle sorgprosesser er unike. Tidligere trodde vi feilaktig at det var faser i sorgen som måtte bearbejdes for å komme gjennom sorgprosessen. At relasjonen til den døde måtte avsluttes, slik at nye relasjoner kunne dannes og livet gå videre. Mange sørgende har ikke kjent seg igjen i sorgfasene, og derfor opplevd redsel for å sørge «feilaktig». Empirisk forskning har heller ikke funnet støtte for eksistensen av universelle sorgfaser. Selv om moderne sorgforskning har gått helt bort fra denne forældede fasetenkningen, lever dessverre denne tankegangen fortsatt sitt liv i samfunnet.

## SORG ER EN INDIVIDUELL PROSESS

Moderne forskning fra de siste tiårene har i stedet lært oss at sorg er en individuell prosess som uttrykker seg forskjellig fra person til person, og kan påvirke oss på mange ulike måter (Kristensen et al., 2021). Nyere sorgteorier fremhever at død er slutten på et menneskes liv, ikke relasjonen til vedkommende. Tilknytningen til den avdøde kan følge et menneske gjennom livet (Klass et al., 2014). Sorg kan man si er den form kjærligheten tar når en elsket dør og kjærligheten blir hjemløs.

Den første tiden etter et tap melder mange etterlatte at sorgen ofte oppleves mer intensiv. Lengsel og savn er sentrale elementer i sorg, og kan være ufattelig smertefullt. Akutt sorg kan ofte gi dårlig søvn, tankekaos og komplisere for kognitive evner som hukommelse, konsentrasjon og læring. Derfor er det ikke rart at sorg kan ha stor innflytelse på arbeidsevne. I en del yrker er funksjonsreducerende sorg problematisk å kombinere med jobb. For eksempel i arbeid der sikkerhetsaspekter krever full ytelse, som for en pilot med ansvar for sikkerheten til 200 passasjerer.

## LEGEN MÅ VÆRE KREATIV ELLER LYVE

I Norge er det sannsynligvis en del som blir sykmeldt etter dødsfall, men på papiret ikke sykmeldt med sorg som grunn. Dette fordi at det i Norge per i dag ikke finnes en ordning som ivaretar sørgende på en fair og åpen måte.

En sørgende som har mistet et barn, en bestevenn eller en livspartner, og som ikke er i stand til å arbeide, er avhengig av at legen er kreativ eller «lyver» om årsaken til sykefraværet. I stedet for å kunne sykmelde grunnet sorg må fastlegen melde at pasienten er deprimert, har angst, vondt i ryggen eller opplever en akutt belastningslidelse. Overraskende for de fleste er at nettopp sorg *ikke* gir rett til sykefravær. Dette til tross for at vanskelige tap for noen kan bli svært invalidiserende. Dessverre kan «falske» diagnoser, som eksempelvis depresjon, gi pasienter problemer med å tegne livsforsikringer, eller få arbeidsgodkjennelser på båter, oljeplattformer eller i industrien etc.

Sorgmelding må ikke forveksles med diagnosen forlenget sorgforstyrrelse, som er blitt inkludert i den oppdaterte diagnosemanualen ICD-11 (World Health Organization, 2022). Forlenget sorgforstyrrelse er en alvorlig lidelse som langvarig reduserer livskvalitet og funksjonen i hverdagen.

**TEKST** Erik-Edwin Leonard Nordström, psykologspesialist og doktorgradsstipendiat, Senter for krisepsykologi Universitet i Bergen og Helse Fonna, Stord

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

## SORGMELDING







I Norge er det sannsynligvis en del som blir sykmeldt etter dødsfall, men på papiret ikke sykmeldt med sorg som grunn

Forskning estimerer omtrent at prevalensen for å utvikle forlenget sorgforstyrrelse er opptil 10 prosent ved normale dødsfall og 50 prosent etter unormale traumatiske dødsfall ved voldsom brå død (Lundorff et al., 2017).

Ved forlenget sorgforstyrrelse går sorgen ut over hva som kulturelt og religiøst normativt kan forventes, og lidelsen kan i visse sammenhenger være livstruende hvis den ikke behandles.

Terapiene utviklet for forlenget sorgforstyrrelse, slik som forlenget sorgforstyrrelse-terapi (Shear, 2015), fremviser behandlingseffekter på ca. 60 prosent, hvilket i terapiforskning er et godt behandlingsresultat. Med riktig diagnostisering og behandlingsmetoder kan mange sørgende med avsporede sorgprosesser som lider av intens, langvarig og funksjons-hemmende sorg, få hjelp.

Det er forhåpningen som ligger bak innføring av diagnosen forlenget sorgforstyrrelse og de evidensbaserte sorgterapi-metodene som er tilgjengelige.

### SORGMELDING

For de fleste er arbeidsplassen en viktig sosial arena. En arbeidsplass med varme, omsorg, tilrettelegging og tilstedeværelse kan bety mye for en sørgende. Så å komme tidlig tilbake til jobb etter et dødsfall kan for mange være en svært god ting. Men en del sorgforløp kan være svært kompliserte og gi store funksjonsnedsettelse i både dagligliv og når det gjelder arbeidskapasitet, og da bør det finnes en mulighet til å bli sykmeldt nettopp på grunn av sorg. I vårt søsterland Danmark har man nylig innført at foreldre som mister et barn under 18 år, får rett til sorgmelding i 6 måneder. Sorgmelding er bestemt et skritt i riktig retning, der samfunnet viser den respekt og omsorg som kan kreves i en vanskelig tid, der arbeidsuførhet i en periode kan være helt normalt. Diagnosen forlenget sorgforstyrrelse har et tidskriterium og kan ifølge diagnosemanualen først diagnostiseres 6 måneder etter dødsfallet. Diagnosen kan derfor ikke brukes i den akutte sorgen i tiden etter et dødsfall. I den norske velferdsordningen vil derfor betegnelsen sorgmelding være en betydningsfull ordning i den akutte sorgen etter dødsfallet.

Jeg synes at det er på tide at vi som samfunn tar et skritt videre og tar et oppgjør med sorgens tabu. At vi kan være ærlige om at sorgen, for de fleste, er en naturlig følgesvenn i livet. Som psykologspesialist og sorgforsker vil jeg stille meg i rekken av dem som allerede kjemper for en mulighet til sorgmelding i Norge. Kan danskene få til dette, da burde også vi kunne finne gode og ærlige ordninger i en av livets vanskeligste situasjoner. ✕

### REFERANSER

- Klass, D., Silverman, P. R. & Nickman, S. (2014). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor & Francis.
- Kristensen, P., Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2021). *Sorg og komplisert sorg*. Fagbokforlaget.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I. & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160.
- World Health Organization. (2022). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). World Health Organization.

# Vi må unngå en reduksjonistisk psykiatri

Psykiatere bør gjøre mer enn å skrive ut medisiner og ta seg av somatikken.

## ANNE-KARI TORGALSBØEN KOMMENTERER

mitt tilsvar til hennes essay med at hun ikke driver profesjonskamp, men at hennes anliggende er å få både leger og psykologer til å ta et mer tydelig profesjonelt lederansvar innenfor psykisk helse. Det siste støttes fullt ut. Problemene oppstår når Torgalsbøen vil gjøre leger til leverandør av somatiske og psykofarmakologiske tjenester. Noe av det som bekymrer meg er hvordan slike holdninger påvirker leger i utdanning, og hvordan faglig utvikling påvirkes hvis psykologer med slik forståelse av psykiatere blir ledere.

Norsk psykiatrisk forening arbeider for å styrke psykiaterens posisjon og rolle i fremtiden, og et av målene er å styrke «generalisten» som har bred klinisk kunnskap innenfor det biopsykososiale feltet. Vi anbefaler alle psykiatere å fordype seg i psykoterapi også med veilederkompetanse.

Vi ønsker ikke at psykiatriutdanningen skal ende i en reduksjonistisk funksjon som handler om å skrive ut medisiner og ta seg av somatikken, fordi dette kan føre til dårlig kvalitet i behandlingen. Gjennom krav til innhold, læringsmål og læringsaktiviteter i medisinstudier og videreutdanning i psykiatri skal psykiateren ha innsikt i og erfaring med hele pasientens behov.

Psykiaterne skal ha spisskompetanse på psykofarmakologisk behandling og somatisk undersøkelse, men vi skal også dekke alle de andre behovene pasientene har, herunder et helhetlig blikk på hele pasientens liv, inkludert omgivelser, fortid pasienten har og med seg andre premisser for livet. Det er ingen motsetning mellom den biologiske og psykologiske og sosialmedisinske/sosiologiske retningen innen den medisinske disiplinen psykiatri. Alt dette må sees samlet. Den kliniske erfaringen (inkludert somatisk og sosialmedisinsk) leger får gjennom studiet, i turnus og i spesialisering, innebærer en unik kompetanse i praktisk og psykologisk behandling av hele mennesket. ✖

## DEBATT OM PSYKOLOGER OG MAKT

### Tidligere innlegg:

**Nr. 08 - 2022** Hvem ypper til profesjonskamp? (Anne-Kari Torgalsbøen)

**Nr. 07 - 2022** Nei takk til profesjonskamp (Lars Lien)

**Nr. 06 - 2022** Skepsis til makt hos psykologprofesjonen (Anne-Kari Torgalsbøen)



**TEKST** Lars Lien, leder i Norsk psykiatrisk forening

## PSYKOLOGER OG MAKT



Vi ønsker ikke at psykiatriutdanningen skal ende i en reduksjonistisk funksjon



# Tar seg friheter, innskrenker andres

Opphøret av retten til fritt behandlingsvalg skjer omtrent samtidig som vi får vite at våre folkevalgte selv har bevilget seg mulighet til umiddelbar, forhåndsbetalt helsehjelp.



**TEKST** Cecilie Løvåsdal, privatpraktiserende psykolog

**FRITT BEHANDLINGSVALG**

**ETTER ALLE SOLEMERKER** blir det slutt på ordningen med fritt behandlingsvalg allerede fra nyttår. Dette betyr at pasienter med rett til helsehjelp ikke lenger kan velge behandling ut fra ventetid, behandlingsform og geografi.

Til tross for skisserte overgangsordninger vil svært mange døgnplasser bli borte. Hardest rammes de aller svakeste: rusavhengige, mennesker med psykiske lidelser eller en kombinasjon.

Sentrale instanser som Helse Sør-Øst, Nasjonal kompetansetjeneste TSB (tværfaglig spesialisert rusbehandling) og Oslo universitetssykehus har gitt høringssvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a, 2022b, 2022d) De sier rungende ja til forslaget. Det argumenteres med at ventetid for behandling, spesielt i rusfeltet, ikke har gått ned etter avtale med private leverandører. Dette er feil. Det kan bekrefte av et raskt søk på Helsenorger.

Det argumenteres også med at tilbudene ikke er tilstrekkelig dokumentert. Det er lite oppdatert og relevant forskning på området. En prospektiv studie fra USA (American Addiction Centers, 2022) konkluderte imidlertid med at individuelt fokus i behandlingen er det som har størst sammenheng med et liv uten skadelig bruk av rusmidler flere år etter endt behandling. Det gir mening, siden rusavhengige ikke er en mer homogen gruppe enn for eksempel venstrehendte.

Innsnevring av behandlingstilbudet reduserer muligheten for å kunne gi individuell behandling.

Mange pasienter kan få hjelp av poliklinisk oppfølging eller ved et kort opphold i institusjon. Men en stor gruppe er så syke at de trenger langtidsopphold i spesialisthelsetjenesten. Noen har ressurser til å følge et intensivt program, andre har nok med å redde liv og helse. Dette krever ulik tilnærming. For den enkelte, for pårørende, arbeidsgivere og storsamfunnet er dette kost-

nadseffektive investeringer, uavhengig av om det er nødvendig med seks ukers eller tolv måneders innleggelse. I en rapport fra FHI (Bramness, 2022) fremkommer at ruslidelser gir markant lavere fysisk og psykisk helse, og dessuten at ruslidelser er sterkt underbehandlet i Norge.

NHO Geneo (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022c) påpeker at forslaget ikke er tilstrekkelig konsekvensutredet. Dette gjelder pasientperspektivet, ansattes situasjon, så vel som juridiske og konkurransemessige hensyn.

At opphold i privat institusjon ofte blir lengre enn i offentlig institusjon er ikke et faglig begrunnet argument for å avvike fritt behandlingsvalg. Det dreier seg om økonomi. Det er ingen tvil om at ordningen er dyr for helseforetakene. Og det trengs åpenbart bedre kvalitetskontroll av private leverandører. Spørsmålet er om kvalitet vil gå foran pris ved nye anbudsrunder.

Nasjonal kompetansetjeneste TSB hevder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a) at det blir mindre ressurser til forebyggende, akutt og poliklinisk arbeid ved fortsatt fritt behandlingsvalg. Det er imidlertid ikke realistisk å tro at det offentlige tilbudet blir godt nok innen sommeren 2023, når overgangsordningen er over. I denne perioden er det fare for ytterligere turnover blant helsepersonell som følge av usikkerhet rundt arbeidssituasjonen i private institusjoner og overbelastning av offentlige ansatte.

Det er liten tvil om at et offentlig samarbeid med seriøse private aktører til fornuftig pris, kunne bidra til fortsatt utvikling og forhåpentligvis bedre resultater av behandlingen.

I lys av dette undrer det meg hvordan Stortinget har kommet frem til at egne ansatte får umiddelbar og forhåndsbetalt helsehjelp. Og det fra en helprivat leverandør med timepris tilnærmet kostnader for et døgn på institusjon? Fordi det ikke er ventetid? Eller fordi privat psykolog vurderes som bedre? De som måtte bli



### PSYKOLOGHJELP PÅ STORTINGET

I lys av dette underer det meg hvordan Stortinget har kommet frem til at egne ansatte får umiddelbar og forhåndsbetalt helsehjelp, skriver artikkelforfatteren. Foto: Nora Skjerdingsstad

syke av angst for å måtte betale skatt for tjenestet bolig, eller sliter med skamfølelse, kunne blitt vurdert av bedriftslege eller fastlege. Deretter eventuelt bli henvist DPS/spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid tvilsomt at de ville ha blitt vurdert som rettighetspasienter. Da kunne de

som hadde god nok økonomi, henvendt seg til private aktører for egen regning. Da ville i alle fall ikke skattebetalerne finansiert privat helsehjelp for dem som mener seg fortjent til dette, men som samtidig fjerner den allmenne retten til å velge helsehjelp. ✕

### REFERANSER:

- American Addiction Centers. (2022, 14. januar). *American Addiction Centers Outcomes Study*. American Addiction Centers. <https://americanaddictioncenters.org/our-research/outcomes-study>
- Bramness, J. G. (2022, 15. juni). *Rusmiddellidelse i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelse/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022a, 24. juni). *Høringssvar fra Nasjonal kompetansetjeneste TSB - Høring—Avvikling av godkjenningensordningen i fritt behandlingsvalg*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-avvikling-av-godkjenningensordningen-i-fritt-behandlingsvalg/id2906819/?uid=db001e01-e198-461e-a410-6d6a46e7ea02>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022b, 27. juni). *Høringssvar fra Helse Sør-Øst RHF - Høring—Avvikling av godkjenningensordningen i fritt behandlingsvalg*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-avvikling-av-godkjenningensordningen-i-fritt-behandlingsvalg/id2906819/?uid=643163de-6061-4279-a493-ff72f2ddb8f9>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022c, 1. juli). *Høringssvar fra NHO Geneo—Høring—Avvikling av godkjenningensordningen i fritt behandlingsvalg*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-avvikling-av-godkjenningensordningen-i-fritt-behandlingsvalg/id2906819/?uid=aaf5a396-2bfd-4bac-a311-001d3f4bc91b>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022d, 1. juli). *Høringssvar fra Oslo universitetssykehus HF - Høring—Avvikling av godkjenningensordningen i fritt behandlingsvalg*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-avvikling-av-godkjenningensordningen-i-fritt-behandlingsvalg/id2906819/?uid=909c154f-492d-477c-a053-06ae3e8b80e4>



Innsnevring av behandlingstilbudet reduserer muligheten for å kunne gi individuell behandling



# Ikke undervurder sosionomenes kompetanse

Mange psykologer viser tidvis en litt smal forståelse av sosionomers bidrag i hjelpetjenestene.



**TEKST** Tor Amund Storaas, psykolog og Carina Løvlie, sosionom med videreutdanning i rus- og avhengighetsproblematikk

## PRIVATØKONOMI

**I INGILD STJERNEN TISLØVS** bidrag i august-utgaven av Psykologtidsskriftets spalte Etikk-panelet fremkommer sterke argumenter for, og fagperspektiver på, betydningen av økonomi i en helhetlig forståelse av psykisk helse. Vi applauderer teksten. Vi mener at tett samarbeid mellom sosionomer og psykologer er én måte å sikre at sosialfaglige perspektiver innlemmes i den psykologiske fagutøvelsen. Som et tillegg til Tisløvs innlegg, heller enn et svar, vil vi derfor benytte anledningen til å løfte frem sosionomers kompetanse og «bruksområder» som bredere enn det vi erfarer at mange psykologer tenker at den er.

Psykologer er blitt sterke premissleverandører i det norske hjelpeapparatet, arbeidslivet og populærkulturen. Det innebærer en definisjonsmakt over hvilke fagfelt, og tilhørende fag-

grupper, som skal supplere det psykologiske i arbeid med menneskers livsutfordringer. Det er gjerne først når man selv kommer til kort, at man etterspør andres bidrag. Da blir vår meta-kompetanse, det vil si innsikten i hvor ens egen kompetanse både starter og slutter, viktig, men også at psykologer som gruppe har tilstrekkelig forståelse av hvor andre faggruppers hjemmebane ligger i forhold til sin egen.

## SMAL FORSTÅELSE

Vi vil påstå at mange psykologer, i tråd med hjelpeapparatet for øvrig, tidvis kan vise en litt smal forståelse av sosionomers faglige nedslagsfelt i utøvelsen av hjelpetjenester. For å sette det på spissen ser vi en trend hvor «sosionom» kan virke ensbetydende med «økonomi-hjelp».

Sosionomer er en yrkesgruppe utdannet i sosialarbeidets ånd, med et sosiologisk samfunnsvitenskapelig grunnlag kombinert med etikken og profesjonsutviklingen til en gammel og stolt hjelpertradisjon. De har en bred grunnutdanning som, ifølge forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanningen gjør dem i stand til å hjelpe individer, familier og grupper til å forebygge, redusere og mestre sosiale og helsemessige problemer. Videre kan man lese at dette skal gjøres med et akademisk og praksisorientert kunnskapsgrunnlag sammenslått av forsknings-, erfarings- og brukerkunnskap samt egne yrkesetiske standarder. Lesere kjent med prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis vil se at her ligger et grunnlag for tett tverrprofesjonelt samarbeid. I tillegg har sosionomer flerfoldige muligheter til videre spesialisering og fordypning etter endt grunnutdanning, og kan jobbe i mange ulike typer tjenester.

I klinisk praksis kan en sosionom altså bidra med et bredt sosialfaglig blikk på helse og livskvalitet på flere fronter, ikke kun den økonomiske. Når det er tapte muligheter i utdanning og arbeidslivet som hemmer helsemessig bedring, kjenner sosionomen hvilke muligheter for tilrettelegging eller støtte for skoloring som finnes, eller kan hjelpe med jobb-søkingen eller sykmeldingsoppfølgingen. Hvis ensomheten rår, kan sosionomens oversikt over den lokale frivillige sektoren eller kjennskap til kommunens ordning for utlån av idrettsutstyr hjelpe. Eller kanskje litt god gammeldags nettverkskartlegging og -aktivering kan få de sosiale tannhjulene i gang igjen? I andre tilfeller er det i familielivet at skoen trykker vondest, enten for barnet, forelderen, partneren eller den pårørende, og da er både systemteori, barnevernskompetanse og evnen til å stable på beina en individuell plan og ansvarsgruppe viktig.

### GULLET

For i alle disse eksemplene er det nettopp kombinasjonen av teori og rå pragmatikk som er «gullet» en sosionom kan by på. Å finne løsningene i det lokale systemet, i nettopp den konteksten som brukeren befinner seg i, med oversiktsblikk over velferdstjenestene. For det sosionomen ikke vet om det norske velferdsapparatet og lovverket, vet de vanligvis hvor de kan finne ut av. «Man skal være frisk for å være syk», sies det, når velferdsmaskineriet blir vanskelig og overveldende. Da er det godt med en sosionom på laget til å navigere gjennom byråkratskjerene. ✕



... i alle disse eksemplene er det nettopp kombinasjonen av teori og rå pragmatikk som er «gullet» en sosionom kan by på

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

### DELTA I DEBATTEN

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

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

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

### HOVEDKRONIKK

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

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



# Mer enn medisinerings og tvang

Tar en helt bort tvangsmedisinering som mulighet, holder det ikke med forbedring og utvikling innen de eksisterende rammene i psykisk helsevern. Da må vi utvikle et helt nytt tilbud.



**TEKST** Asbjørn Kolseth, sjefpsykolog, avdeling for akutt-psykiatri, Oslo universitetssykehus

## TVANG I PSYKISK HELSEVERN

**PSYKOLOGTIDSSKRIFTET HAR I** flere utgaver rettet oppmerksomhet mot tvang i helse- og omsorgstjenestene. I nyhetssaken *Vil ha tvangspraksis for retten* i julinummeret ble jeg spurt om hva jeg tror konsekvensene et forbud mot tvangsmedisinering ville få for akutt psykisk helsevern. Jeg ønsker her å gi et mer utfyllende perspektiv på akutt psykisk helsevern for å vise hvordan ulike behandlingstilbud og tiltak er avhengige av hverandre.

Akutt psykisk helsevern har følgende samfunnsmandat:

1. Å ivareta helsetjenestenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til mennesker med psykiske lidelser med en alvorlighetsgrad som gjør sykehusinnleggelse nødvendig.
2. Å ivareta et samfunnsvern der det foreligger fare for skade på andre.

Slik jeg ser det, vil det ligge noen grunnleggende prinsipper til grunn for god akutt behandling. Jeg ser for meg fire søyler.

### 1. MENNESKER I ALVORLIG KRISE TRENGER ANDRE MENNESKER

Når folk er i krise, overmannet av angst eller forvirring, er vennligsinnete, trygge mennesker det første de trenger. Vi tenker gjerne at våre primære forsvarsmekanismer er «fight, flight & freeze», men først kommer rop om hjelp. Og like primært er det å vende seg mot ropet for

å hjelpe. «Hva er det som plager deg, hva har hendt, er det noe vi kan gjøre?» En akuttpost er en forsikring fra «hjelperne» om at de plagene pasienten har, er noe vi er kjent med, og at pasienten er på rett sted for å få hjelp. Vi oppnår stort sett alltid å gi en lindring og en bedring. Tilbud om kontakt og tilstedeværelse er alltid riktig. Isolasjon skal ikke være en del av behandlingen. Isolasjon skal kun brukes ved akutt fare for andre eller ved fare for større materielle skader, og kun kortvarig.

Samtykke er det helserettslige utgangspunktet for all behandling, tvang er unntaket. Når tvang er vurdert som det riktige alternativet, skal en allikevel forsøke å oppnå samarbeid der det er mulig. En bør ha en klar plan for hvordan en gradvis skal utfase tvangen. Behandling blir selvsagt best når pasienten selv føler et eierskap til sine vansker og til behandlingen.

Det bør alltid være et selvstendig mål å unngå tvang, og dette bør være en del av den langsiktige strategien, ikke minst i en akutfase hvor grunnlaget for videre behandling legges. Samarbeidsevner hos personalet er vesentlig. Godt samarbeid starter alltid med at pasienten føler seg hørt og forstått.

### 2. MEDISINSK TILSYN OG BEHANDLING, INKLUDERT PSYKOFARMAKA

Alle symptomer på psykisk lidelse kan ha en underliggende medisinsk årsak, spesielt gjelder dette ved brått oppståtte symptomer. Forvir-



Faksimile fra jultugaven.

ringen og angsten kan skyldes en infeksjon, paranoiaen en begynnende demens, humørsvingningene en svulst, den dårlige emosjonelle kontakten en uoppdaget epilepsi osv. Alle kombinasjoner er mulige. Uansett vil en grundig medisinsk undersøkelse være en nødvendig del av akutt psykisk helsevern.

Psykofarmaka og annen angstdempende eller søvnfremmende medikasjon er også helt sentralt i behandlingen. Symptomer og plager pasientene kommer inn med, oppleves vanligvis som svært ubehagelige og skremmende. Sterk angst og en følelse av aldri å få ro eller nok søvn er smertefullt og belastende over tid. De fleste opplever at medisiner gir lindring. Spesielt hvis medisinene gis med gode forklaringer og under tett oppfølging. Pasienten må gis mulighet til å gi tilbakemeldinger om virkninger, også bivirkninger. At medikamentell behandling er effektivt i en akutt fase, er det bred enighet om i fagfeltet. Det er langtidsvirkningene av særlig antipsykotika som det er kontroverser rundt. Likevel er det en del pasienter som ikke ønsker medisiner, spesielt antipsykotika er det flere som vegrer seg imot. Det kan komme av tidligere dårlige erfaringer eller mer prinsipielle holdninger til medisiner, eller at pasienten er helt uenig i at han eller hun har en psykisk lidelse som trenger behandling. Noen kan være overbevist om at de styres av en chip som er implantert i hjernen av en uvennlignsinnet makt, eller at de er skyld i stor menneskelig lidelse og nasjonale katastrofer bare ved sitt blotte nærvær. Behandling med medisiner eller for den saks skyld psykologisk behandling virker da absurd for pasienten. Det vedkommende ønsker, er at vi opererer ut chipen eller sørger for en passende straff.

I slike tilfeller vil pasienten oftest mangle sykdomsinnsikt og samtykkekompetanse. Det vil da være en vurdering om det bør fattes et vedtak om tvungen behandling.

### 3. MENNESKERETTIGHETER

Hensynet til menneskets iboende verdighet, autonomi og integritet er et bærende element i menneskerettighetene og norsk helserett. Samtykke

”  
 En akuttpost er en forsikring fra «hjelperne» om at de plagene pasienten har, er noe vi er kjent med





Samtykke er utgangspunktet for all behandling, også i psykisk helsevern

er utgangspunktet for all behandling, også i psykisk helsevern. Tvang er et unntak som kun skal anvendes der frivillighet er forsøkt eller er åpenbart formålsløst. Men tvang må også begrunnes menneskerettslig. Når det foreligger fare for andre, er begrunnelsen i teorien enkel: andre borgeres rett på sikkerhet. Det blir mer komplisert når en i praksis må vurdere hvor stor og hvor nærliggende faren er. For pasienter som kun er til fare for seg selv, eller bare står i fare for å forbli syke eller gradvis sykere, vil begrunnelsen være retten til nødvendig helsehjelp. Retten til helsehjelp gjelder for alle, ikke minst for dem som har en sykdom eller tilstand som gjør at de ikke forstår at de er syke, eller ikke greier å oppsøke og/eller motta helsehjelp. Før en beslutning om tvungent psykisk helsevern må en derfor alltid gjøre en avveining mellom minst to grunnleggende rettigheter, mest vanlig mellom autonomi og retten til nødvendig helsehjelp. Vi står altså med et reelt etisk dilemma. Den vedtaksansvarlige må balansere mellom pasientens selvbestemmelsesrett og helsevesenets omsorgsplikt. Det er et ekte dilemma som ikke lar seg endelig løse, kun belyses og drøftes. Problemet blir når en ikke ser at det nettopp er to verdier og en balansegang mellom disse. Det er da en lett kan havne i en av grøftene: ansvarsløshet eller hard paterernalisme. Grøfter som i hvert fall ikke vedtaksansvarlige psykologer og psykiatere bør havne i.

#### 4. SIKKERHET

Akuttinnlagte pasienter har til felles at de har redusert mestringssevne på flere områder, med redusert selvivaretagelse og dårlig emosjonsregulering. Ofte er de redde og forvirret. Men deres problemer og aktuelle situasjon kan ellers være høyst ulike. Noen pasienter har lidd over lang tid i ensomhet og føler stor lettelse over at de endelig skal få hjelp. Andre skjønner ikke helt hvor de er, og er forvirret og engstelige. Enkelte har vært utsatt for krenkelser, vold eller overgrep og ønsker hjelp, og er redde for å oppleve nye krenkelser og er spesielt redd for sinte, høylytte pasienter. Noen har ankommet med politi etter at de har oppført seg skremmende, truende eller voldelig. De føler seg urettferdig behandlet, misforstått og er nå enda mer sinte og kanskje redde fordi de føler seg fanget og inneperret. Alle disse ulike sterke følelsene og behovene blir samlet på ett sted, hvor de har krav på at deres personlige sikkerhet ivaretas, og at de får god og sikker behandling. Behov for og krav på sikkerhet har også personalet. Et utrygt og direkte skremt personell gir ikke god behandling og virker på ingen måte betryggende for pasientene.

#### ALT HENGER SAMMEN MED ALT

Jeg har her forsøkt å vise hvordan akutt psykisk helsevern hviler på noen helt gjensidig avhengige «søyler». Tar en bort én av søylene, vil fundamentet for helsetilbudet slik vi kjenner det i dag, forsvinne. Det vil bli nødvendig med en helt annen organisering av tjenestene. Tar en helt bort tvangsmedisinering som mulighet, holder det ikke med forbedring og utvikling innen de eksisterende rammene. Vi må da ha helt nye rammer, utvikle et helt nytt helsetilbud. Hvis ikke vil den mest sårbare og trenge gruppen – psykosepasienter uten samtykkekompetanse – falle utenfor. Da mener jeg at vi som samfunn og helsevesen har sviktet vår omsorgsplikt. ✕

# EIBI bedrer autisters livskvalitet

Den atferdsanalytiske behandlingsmetoden EIBI (Early Intensive Behavioral Intervention) er viktig for å øke autisters livskvalitet, autonomi og selvstendighet i ungdoms- og voksenårene.

**ANVENDT ATFERDSANALYSE (ABA)**, som EIBI er basert på, er den praktisk anvendte delen av atferdsanalysen. ABA har vist seg svært effektiv i behandlingen av selvskading, depresjoner, spiseforstyrrelser og annen uønsket og skadelig atferd.

En interessant ting med prinsippene i ABA er hvor mye de har til felles med prinsipper fra vanlig oppdragelse og utdanning. Erfarne foreldre vil antagelig kjenne igjen mange av prinsippene og prosedyrene som benyttes i ABA uten at de noen gang har satt seg inn i temaet.

## KRITIKKEN AV EIBI

EIBI er en evidensbasert intervensjon for barn i alderen 2–5 år med autisme. Intervensjonen er intensiv, helst 20–40 timer i uken over to år, og har som mål å bedre autisters livskvalitet, autonomi, kommunikasjon og så videre. (*Autismespekterforstyrrelser 0-6 År*, 2015; Glenne regionale senter for autisme, 2015)

På nettet florerer det med usannheter om EIBI. Eksempler er påstander om at behandlingen kan medføre posttraumatisk stress for mottageren som en følge av at behandlingen er tortur, at målet med behandlingen er å fjerne autismen, eller at man blir tvunget til å maske sine vansker, noe som medfører utmatelse, sykdom og lidelse.

Mye av kritikken er direkte importert fra utlandet, som USA, hvor det er helt andre praksiser enn i Norge, eller er basert på gammel praksis. EIBI er basert på at behandlingen skal være noe barnet opplever som positivt.

Hvordan noe blir gjort i utlandet eller ble gjort før i tiden, er lite relevant når en skal diskutere dagens tilbud. Jeg pleier å sammenlikne kritikken med skolevesenet, hvor svært få mener at skolen må legges ned på bakgrunn

av at man tidligere og fremdeles i andre land slo/slår elevene når de ikke oppførte/oppfører seg. Det er på ingen måte relevant, og etter min mening er det direkte ødeleggende for debatten når argumenter hentes fra hendelser i utlandet eller som skjedde for 30 år siden.

Gjennom mitt virke som leder i Autismeforeningen i Norge Vestfold lokallag er jeg blitt kjent med flere tilfeller der foreldre/foresatte mottar ubehagelige meldinger eller blir hengt ut på nettet som følge av at de valgte å la sitt autistiske barn få EIBI.

## NY OPPFINNELSE

En betydelig andel som er motstandere av EIBI og ABA har imidlertid selv ikke mottatt denne intervensjonen. Hvordan kan jeg si det? Jo, fordi EIBI er en forholdsvis ny oppfinnelse og ble ikke tilbudt i Norge før på 90-tallet, og var (og er fremdeles i stor grad) forbeholdt de som har nokså omfattende fremvisning av autismesymptomer og vansker.

Løkke et al. skrev i 2019 en artikkel i Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse med tittelen «Misforståelser om anvendt atferdsanalyse i nevrodiversitetsbevegelsen» hvor de oppklarte åtte av de vanligste misforståelsene nevrodiversitetsbevegelsen har om anvendt atferdsanalyse:

1. «Anvendt atferdsanalyse bruker samme teknikker på alle dyr, inkludert mennesker.
2. Hva straff er og omfattende bruk av straff i anvendt atferdsanalyse (AA).
3. Anvendt atferdsanalyse virker ikke.
4. Lydighet er et mål med anvendt atferdsanalyse og atferdsanalytiske terapeuter lytter ikke til personer med autisme.
5. Anvendt atferdsanalyse (AA) er mishandling og traumatiserer autistiske personer.



**TEKST** Sondre Bogen-Straume, autist, produsent av Autismepodden og leder av Autismeforeningen i Norge Vestfold lokallag

## AUTISME







Formålet med EIBI er å lære autisten å fungere best mulig i en verden som i svært liten grad er tilpasset eller egnet for oss på autismespekteret

6. Ethiske beslutninger er ikke viktige i anvendt atferdsanalyse (AA).
7. Normalitet er et mål i anvendt atferdsanalyse (AA) og anvendt atferdsanalyse undertrykker individualitet.
8. Anvendt atferdsanalyse (AA) trigger aggresjon og negative emosjoner.» (Løkke & al., 2019, s. 58–60)

Misforståelsene har imidlertid fått godt fotfeste, spesielt i nevrodiversitetsbevegelsen, og er hyppig brukt i kritikken av anvendt atferdsanalyse og EIBI. Det er derfor ikke rart at foreldre blir usikre på hva som er riktig å velge for sitt barn.

#### KOMPENSERENDE VERKTØY

Formålet med EIBI er å lære autisten å fungere best mulig i en verden som i svært liten grad er tilpasset eller egnet for oss på autismespekteret. Det være seg å kunne stå i kø, kommunisere, gjøre hverdagslige oppgaver, osv. Det betyr på ingen måte at autisten må kamuflere sine vansker, men heller at man forsøker å gi hen ulike kompensereende verktøy som kan gjøre livet betydelig enklere.

Og effektene av behandlingen er tydelige. Mange som i utgangspunktet var nonverbale, lærer å kommunisere verbalt eller via andre kommunikasjonsformer, og man ser en signifikant økning i IQ etter gjennomført behandling (Eldevik et al., 2010, s. 401), noe som i stor grad predikerer livskvalitet og funksjon senere i livet.

Jeg vil anbefale foreldre og foresatte som får tilbud om EIBI til sitt barn, å høre på fagpersonenes råd. Det fins selvsagt eksempler på at EIBI, som all annen behandling, ikke oppnår ønsket effekt, og fra tid til annen møter en på folk som ikke burde jobbe med barn med autisme. Men totalt sett er dette den behandlingsformen med best dokumentert effekt, og det er sjelden behandlingen faktisk gir uønskede, negative konsekvenser.

Til syvende og sist er det autistens fungering i hverdagen som avgjør livskvalitet, selvstendighet og om personen må bo på institusjon eller ikke. Institusjonalisering er noe ingen foreldre i utgangspunktet ønsker for sine barn. Det er uten tvil best for alle, uavhengig av autisme eller ikke, å klare seg mest mulig selv som voksen. Og for å kunne det er en avhengig av å inneha visse ferdigheter, noe EIBI er til for å trene inn. ✖

#### DEBATT OM AUTISME

##### Tidligere innlegg:

- Nr. 07 - 2022** Kunsten og kaste stein i glasshus (Veslemøy Krey Stubberud)
- Nr. 06 - 2022** Tynt grunnlag for motstand mot EIBI (Svein Eikeseth)
- Nr. 05 - 2022** Det er ikke fordi vi er autister, noen av oss trenger behandling (Veslemøy Krey Stubberud)
- Nr. 04 - 2022** Bør autisme egentlig behandles? (Svein Eikeseth)

#### REFERANSER:

- Autismespekterforstyrrelser 0-6 år: Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI)*. (2015). Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/autismespekterforstyrrelser-eibi-early-intensive-behavioral-intervention>
- Eldevik, S., Hastings, R., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2010). Using Participant Data to Extend the Evidence Base for Intensive Behavioral Intervention for Children With Autism. *American journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(5), 381–405. <https://doi.org/10/dzv2c2>
- Glenn regionale senter for autisme. (2015, april 25). *EIBI | Glenn regionale senter for autisme*. Glenn regionale senter for autisme. <http://www.glennesenter.no/tioba/>
- Løkke, J. A., Orm, S., & Dechsling, A. (2019). Misforståelser om anvendt atferdsanalyse i nevrodiversitetsbevegelsen. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 46(1), 55–63.

# Lav epistemisk status betyr ikke dårligere behandling

Som faggruppe bør vi ta større ansvar for å formidle at behandling med lav epistemisk status også kan være god og virksom behandling.

**I SITT FAGESSAY** i juliutgaven argumenterer Ole Magnus Vik med at psykoterapifeltet er i en epistemologisk krise (Vik, 2022). Dette begrunner han med at dagens konseptualisering av psykoterapi i all hovedsak baserer seg på vitenskapelig kunnskap med høy epistemisk status. Kunnskap med høy epistemisk status er sikker kunnskap, og vitenskapelig kunnskap assosieres med høy epistemisk status. Med et strengt vitenskapelig perspektiv på psykoterapi risikerer vi å gå glipp av de mange viktige elementene som ikke lar seg måle i virksom psykoterapi. Dette støttes også av forskning på psykoterapi.

Vik foreslår derfor at vi hovedsakelig bør forstå psykoterapi ut fra et filosofisk-fenomenologisk epistemisk perspektiv, og erkjenne at kunnskapsgrunnlaget er bredere enn det vi i dag fremstiller det som. Han etterspør en utvidelse av evidensbegrepet for psykoterapi slik at et førvitenskapelig kunnskapsgrunnlag får større plass, og at man derfor i større grad anerkjenner de prosesser i psykoterapi som vanskelig lar seg manualisere og replisere.

Dette fikk meg til å undres over hva som vil skje idet faggruppen åpner opp for at psykoterapiens kunnskapsgrunnlag har en lavere epistemisk status enn det diskursen hittil tilsier. Vik argumenterer for at en slik endring i anerkjennelsen av psykoterapiens kunnskapsgrunnlag ikke nødvendigvis må innebære en reduksjon i fagfeltets status. Et spørsmål er

likevel om politikere, og samfunnet som helhet, vil klare å forstå verdien av denne anerkjennelsen.

- Vil en slik anerkjennelse føre til at det bevilges færre midler øremerket til psykoterapi?
- Kan vi forvente at en behandling basert på kunnskap med lavere epistemisk status skal bli prioritert ressursmessig?

Det er forståelig at politikere, så vel som samfunn, ønsker at den behandling som innvilges ressurser, hovedsakelig skal baseres på kunnskap med høy sikkerhet. Samtidig må man ikke ukritisk blande sammen *god* og *virksom* behandling med behandling fundert på et kunnskapsgrunnlag med høy epistemisk status.

En viktig implikasjon av denne erkjennelsen er derfor at vi som faggruppe må finne måter å formidle at behandling med lavere epistemisk status også kan være god og virksom behandling. ✕

## REFERANSE

Vik, O. M. (2022). Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag. *Tidsskriftet for Norsk psykologforening*, 59(8), 734–739.



**TEKST** Rebecka Mikkelsen, psykolog

**PSYKOTERAPIENS GRUNNLAGS-PROBLEMER**

# Psykoterapiens tragedie

Det beste Ole Magnus Vik sine tekster om grunnlagsproblemer kan bidra til, er at vi terapeuter kan tåle oss selv som utilstrekkelige.

FOTO: INGAR SØRENSEN



## TEKST

Kaja Asbjørnsen Betin

**I EN NYLIG** påstartet essayserie har psykolog og filosof Ole Magnus Vik tatt for seg å gjøre rede for det han betegner som psykoterapiens grunnlagsproblemer. Så langt har han belyst henholdsvis psykoterapiens grunnverdier, dens etos (Vik, 2022a), og kunnskapsgrunnlag (Vik, 2022b). Dette er et modig, viktig og etterlengtet bidrag til diskursen om hva psykoterapi er, og hvordan vi som bedriver psykoterapi forholder oss til de iboende utfordringene ved vår praksisutøvelse.

Psykoterapiens virkelig store tragedie er imidlertid ikke at disse grunnlagsproblemene eksisterer og at vi ennå ikke har funnet den beste måten å håndtere dem på, men at faget mangler en robust selvfølelse og dermed evnen til å bære skammen over egen utilstrekkelighet. Denne manglende evnen fører til en direkte risiko for at utøvere av psykoterapi gjør mer skade enn nytte, noe jeg kommer mer inn på senere. Selvfølelse kan defineres som «en avbalansert kontakt med egne sterke og svake sider på en slik måte at personen føler seg trygg i samspill med andre» (Malt, 2020).

Min påstand er at psykoterapi som fagområde forsøker å dekke over sine svake sider i stedet for å ha kontakt med dem, først og fremst gjennom å forlede seg selv og omgivelsene til å tro at det er mulig å operasjonalisere og kartlegge den menneskelige sjels natur. Som følge av frykten for egen svakhet lever psykoterapien derfor i en kollektiv fornektelse av disse helt sentrale problemstillingene. Psykoterapi som fagområde prøver å løse det umulige, i en ligning med et ukjent antall ukjente. Menneskets sjeleliv kan imidlertid ikke reduseres til en operasjonaliserbar størrelse. En slik fore-

stilling og praksis, det Vik betegner som scientisme (Vik, 2022b), er ikke bare dypt problematisk, men også uetisk. Bør vi dermed slutte å forske på virksomme elementer i terapi og erklære oss som kvakksalvere? Nei, vi trenger vitenskapelige metoder for å forstå det vi kan klare å forstå. Det er når vi antar at én form for vitenskap eller innsikt alene har fanget psykoterapiens fulle essens, at vi har tapt. Slik kunnskap er altså nødvendig, men ikke tilstrekkelig, og jeg er derfor enig med Vik i at vi må utvide kunnskapsgrunnlaget utover det psykologien kan tilby oss. Jeg tror samtidig at vi aldri vil være i stand til å fullt ut forstå et så komplekst, mystisk og diffust fenomen som menneskets sjeleliv og ikke minst lindringen av det. Spørsmålet er derfor om vi tåler skammen som følger med å vite at vi beskjefter oss med noe vi ikke kan forstå.

Når et enkeltmenneske har utilstrekkelig selvfølelse, går det kanskje først og fremst ut over personen selv, men det går også ut over andre rundt. Manglende evne til å tåle egen svakhet kan for eksempel bidra til at personen går i forsvar og blir sint når vedkommende får rettmessig kritikk, eller at personen har blinde flekker overfor sine mindre hensiktsmessige væremåter eller egenskaper. Når det samme skjer med en hel yrkesgruppe, er det enda mer problematisk. Det er svært risikabelt å ikke anerkjenne iboende svakheter ved psykoterapeutisk praksis. Vi kan komme til å skade våre pasienter dersom vi blir for opptatte av å forsvare forestillingen om at det finnes et svar eller en mal. For eksempel kan vi ubevisst ignorere viktig informasjon fra pasienten som ikke passer inn i det vi har lært, eller vi kan gi inntrykk

av at hvis pasienten bare gjør sånn og sånn, så vil det og det skje, og dermed påføre pasienten skam og ytterligere håpløshet når det forventede ikke inntreffer. Vi har også gjennom vår kollektive fornektelse pådratt oss helt urealistiske forventninger fra omgivelsene, som for eksempel at vi kan forutse selvmord, i mine øyne det kanskje det mest hårreisende bedraget begått i vår iver etter å gjøre oss etterrettelige. Så klart skal vi ha fokus på å forstå og forebygge selvmord, først og fremst gjennom å løfte temaet i møtet med den andre og gjøre det trygt for pasienten å snakke om, men å tro at vi kan forutse hvem som tar livet sitt, og når, er ikke annet enn stormannsgalskap. At vi som psykologer og psykoterapeuter hver eneste dag kommer i møte med noe som er større enn oss selv, er en ubehagelig sannhet som vi enten kan lukke øynene for eller finne en måte å leve med.

Jeg er sterk tilhenger av psykoterapi og kunne ikke tenke meg å ha et annet levebrød. Jeg har klokkeetro på at vi trenger det psykoterapeutiske rommet som en arena der det virkelig dype menneskelige møtet kan få utspille seg. Der smerte og lidelse kan deles og normaliseres, og der pasienten kan hjelpes til å erfare på nytt. Jeg ønsker ikke å overlate sjelen til hverken legevitenskapen, algoritmene eller naturvitenskapen. Samtidig har jeg etter over ti års praksis og to fullførte samt en pågående videreutdanning i psykoterapi innsett at det er mange sorte hull i virkets kunnskapsfundament, og disse sorte hullene er det mitt ansvar som terapeut å bære. Byrden er tung nok i seg selv, fordi jeg i møtet med det andre mennesket må forholde meg til en erkjennelse om at jeg ikke har svaret på hva dette mennesket trenger, og hvorvidt jeg har evne til å hjelpe det dit det vil. Børen blir desto tyngre dersom jeg i tillegg skal bli fortalt at så lenge jeg bare trener mer, lærer mer, så vil jeg omsider nå frem til et slags innsiktsnirvana. Ja, jeg ønsker å lære

og trene, men hverken jeg eller andre psykoterapeuter blir noen gang fullgode sjelsmekanikere. Det eneste vi kan håpe på, er å foredle de ferdighetene som er innenfor vår personlige rekkevidde, og øke kunnskapen om det lille vi faktisk kan vite noe om.

Jeg tror ikke den enkelte psykoterapeut er problemet i seg selv. Jeg tror de aller fleste psykoterapeuter virkelig ønsker å være til så god hjelp som overhodet mulig. Vi må imidlertid ta inn over oss at det krever en hel del av et menneske å bære denne uvissheten rundt hva som er god psykoterapi i akkurat dette møtet med akkurat denne Andre. Å tåle usikkerhet, forvirring og skam, og likevel ha tro på at psykoterapi kan bedre og attpåtil redde liv. For at vi alle skal kunne gjøre en så god gjerning som mulig, trenger vi å støtte hverandre i at vi står overfor en ligning med et ukjente antall ukjente, og at det strevet vi alle opplever ikke nødvendigvis er noe vi kan frigjøres fra. Særlig ikke med mer psykoterapiforskning og teknikktraining alene. Vi trenger å forsøke å gripe og begripe det ukjente fra flere hold, både i utdanningsforløpene og i praksis. Vi må også tørre å si høyt at psykoterapi skiller seg fra mer konkret vitenskap som for eksempel medisin, uten at det betyr at den ikke har en plass i behandling av psykisk syke og lidende. Tvert imot. Det er psykoterapeutene som har best forutsetning for å romme kompleksiteten i sjel livet, nettopp fordi vi kan øve oss i å tåle det komplekse. I så fall må vi våge å innrømme at det er dette vi er til for, og vi må sammen bygge kapasitet til å romme det utilstrekkelige og ukjente.

Jeg håper derfor at Viks glimrende prosjekt er starten på en fundamental endring, ikke bare i diskursen om psykoterapi og i utdannings- og veiledningspraksis, men også i evnen til å tåle oss selv som utilstrekkelige. Da er jeg håpefull på psykoterapiens vegne. Og ikke minst pasientsikkerhetens. ✘

”

Det er svært risikabelt å ikke anerkjenne iboende svakheter ved psykoterapeutisk praksis

## REFERANSER

Malt, U. Selvfølelse. I *Store norske leksikon*. Hentet 7. august 2022 fra <https://snl.no/selvfoelse>  
 Vik, O.M. (2022a). Psykoterapiens etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7), 656-663.

Vik, O.M. (2022b). Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(8), 734-739.

## KOMMENTERT

Vik, O.M. (2022). Psykoterapiens etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7), 656-663.

Vik, O.M. (2022). Psykoterapiens kunnskapsgrunnlag. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(8), 734-739.



# Lenge leve en verdiåpen psykoterapi

Jeg er uenig med Henrik Berg i at forsøket på å definere grunnetos er uforenelig med et verdipluralistisk samfunn.



FOTO: JULIE BRUNDTLAND

**TEKST** Ole Magnus Vik

**JEG LESER BERG** sin hoveduenighet slik: Vi bør kun *peke på eksistensen av* konstitutive verdier i psykoterapi og ikke forsøke å definere dem, fordi resultatet aldri vil være universelt nok til å ha gyldighet i et verdipluralistisk samfunn. Her er vi grunnleggende uenige.

Berg synes også å være uenig i mine valg og operasjonalisering av grunnetos. Det ville være overraskende at jeg ene og alene skulle klare å definere psykoterapiens grunnetos i *ett fagesay*. Det er heller debatten rundt, mer enn en arbitrær liste med grunnverdier som er målet. Derfor ønsker jeg Bergs påpekninger velkommen. Jeg tillater meg likevel å anføre mine egne før jeg går videre til vår hoveduenighet.

## DISTINKTE ETOSER?

Berg problematiserer hvorvidt psykoterapiens etos er distinkt. Psykoterapien har en unik posisjon i helsevesenet fordi den i større grad forholder seg til immaterielle *sinn* heller enn kropp, noe jeg mener også sannsynliggjør unike grunnetoser. Og dette gjelder mange grupper i helsevesenet, f.eks. palliative avdelinger som skal fasilitere en *god død* heller enn god helse. En rimelig antakelse er at dette også fordrer unike, konstitutive etoser. Vi er nok best tjent med å se *alle* behandlingstradisjoner i helsevesenet; palliative, somatoterapeutiske og psykoterapeutiske, som ganske distinkte når det gjelder grunnverdier. Det betyr ikke at de ikke også har felles *helsetiske* så vel som *kontekstuelle* etos.

Berg synes dessuten å tro at jeg mener at psykoterapiens etoser er så særegne at de aldri har blitt utforsket før. Dette mener jeg selvfølgelig ikke. Psykoterapiens etos er særegen i helsevesenet, ikke i filosofien.

## MISTENKELIGGJØRING OG TILLIT

Berg problematiserer flere av de grunnetosene jeg trekker frem. Blant annet viljen til å stå i

den paradoksale bevegelsen mellom *mistenkelligjøring og tillit*, fordi man fint kan tenke seg en terapitime uten mistenkeliggjøring. Men tenkte unntak forhindrer ikke at en etos kan sees som grunnleggende for en praksis. Verdien *mot* kan f.eks. være en grunnetos for praksisen profesjonell brannslukking, men det er likevel mulig å se for seg mange brannkonstabelopp-gaver som ikke krever mot.

Jeg fastholder derfor at vi i psykoterapien bør strebe mot en *fenomenologisk åpenhet* der vi ikke tar noe av det pasientene våre sier for gitt. En slik åpenhet, som dessverre noen ganger blir mistenkeliggjørende, er ekstra viktig i psykoterapeutiske møter med diskriminerte minoriteter. Å anerkjenne verdien av tillitsmistenkelligjørings-dialektikken er derfor ekstra viktig for hvite, relativt privilegerte menn som Berg og meg selv.

Berg er også uenig i at autentisitetsbegrepet kan forstås som moralsk normativt og viser til eksistensfilosofen Heideggers begrepsforståelse. Heidegger synes å være en yndet eksistensfilosof blant de som har sitt hovedvirke i academia. Vi som hovedsakelig jobber klinisk, anser eksistensfilosofen som Kierkegaard og Sartre som vel så viktige. Hos dem forstås autentisitet som normativt, altså som noe man i aller høyeste grad bør strebe mot (Macquarie, 1972).

Berg synes også å være uenig i at værens iboende fragmenterthet fremprovoserer en eksistensiell sorg. De fleste eksistensfilosofen anerkjenner at væren har en iboende *tomhets-helhets-konflikt* som skaper ubehag for oss (Cox, 2009) og blant andre Kierkegaard vektlegger hvordan *sorgen* er en unngåelig respons på dette ubehaget (Grelland, 2007). Berg står selvfølgelig fritt til å se bort fra værens-betingelsene slik de defineres i eksistensialismen, men han kan ikke *bevise* at de er feilaktige, like lite som jeg kan bevise at de er riktige. Å legge dem til

grunn er derfor like rimelig som å ikke gjøre det. Min erfaring er uansett at disse værensbetingelsene er usedvanlig klinisk relevante.

### SKAL MAN LETE ETTER GRUNNETOS?

Så til det mer grunnleggende spørsmålet: er det noen vits i å forsøke å definere grunnetos? Her virker det som om Berg ikke bare vil svare nei, men også mener at grunnene han oppgir er så gode at man ikke bør etterprøve dem. Å forsøke å definere grunnetos er *per definisjon* uforenelig med et verdipluralistisk samfunn, iht. Berg. Dette mener jeg er feilslått.

Berg synes å legge til grunn at psykoterapiens etos kan *unngå* å havne i konflikt med samfunnets etos. Dette er jeg uenig i. Psykoterapiens grunnetos er *alltid* i et spenningsforhold med samfunnets etos. Enten vi snakker om verdiene i norsk kultur eller verdiene i andre kulturer, vil en for stor overlapp med samfunnsverdiene svekke psykoterapiens mulighet til å problematisere og gyldiggjøre pasienters normative og ikke-normative livsvalg, noe som vil gjøre den *mindre* åpen, ikke mer. Vi trenger derfor en *verdiåpen* psykoterapi som, ut fra sine egne konstitutive grunnverdier både kan anerkjenne spenningene ovenfor – og være i dialog med – verdipluralistiske så vel som verdimonistiske samfunnssetos. Uten kjennskap til våre egne grunnverdier blir den jobben vanskelig.

Jeg mener også at det er problematisk å hevde, slik Berg gjør, at siden det ikke går an å lage en fullstendig *krysskulturell* og *krysshistorisk* liste over grunnetos, så skal man heller ikke forsøke å finne noen mer representative etoser. Det beste kan noen ganger bli det godes fiende.

Å bare være *bevisst* at psykoterapi har konstitutive grunnetoser er dessuten ikke nok for at psykoterapien skal kunne sies å være *moralsk god* (Tjeltveit, 2005). Vi er derfor moralsk forpliktet til å i alle fall *forsøke* å kartlegge og definere hvilke spesifikke verdier vi løfter frem for våre pasienter. Å forsøke å identifisere psykoterapiens grunnetoser er derfor alt annet enn bortkastet. Selv om det skulle vise seg å være umulig å fremheve noen verdier på bekostning av andre, så er *forsøket* likevel verdifullt. Ikke minst gjennom den økte verdibevisstheten vi som profesjon uansett da utvikler.

Forhåpentligvis slutter hverken vi som arbeider klinisk, eller de som forsker på kliniske tema, å diskutere om det er mulig å identifisere et felles verdigrunnlag og hva verdigrunnlaget er og bør være. Den fruktbare dialektikken lenge leve! ✘

### REFERANSER

- Cox, G. (2009) *How to be an Existentialist*. Bloomsbury  
 Grelland, H. H. (2007) *Tausheten og øyeblikket – Kierkegaard, Ibsen, Munch*. Høyskoleforlaget.  
 Macquarrie, J. (1972). *Existentialism*. The Westminster Press  
 Tjeltveit, A. C. (2005) *Ethics and Values in Psychotherapy*. Routledge

”

Berg synes å legge til grunn at psykoterapiens etos kan *unngå* å havne i konflikt med samfunnets etos.

Dette er jeg uenig i

### KOMMENTERT

- Berg, H. (2022). Jakten på psykoterapiens grunnetos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 59(8), 754-755.

## BOKESSAY

# Kritisk blikk på tradisjonell selvmordsforebygging

Heidi Hjelmelands bok *Selvmordsforebygging* er et mangefasettert oppgjør med tradisjonell suicidologi, og stiller sentrale spørsmål om hva som er gyldig kunnskap.

**TEKST** Per Are Løkke og Birgit Nordtug

**ILLUSTRASJON** Nora Skjerdingsstad

Som terapeuter arbeider vi med det negative i pasientenes indre og ytre verden, eller kanskje snarere effekten av indre og ytre destruktive krefter. Det ultimate negative er selvmordet og også redselen for selvmordet. Terapeuters erfaringer med pasienter som befinner seg i det vi kan kalle selvmordsonen, bærer på viktig kunnskap for faget vårt. Likeledes alle de som tar livet sitt i kontekster hvor psykologien og psykiatrien ikke er involvert, og hvor de nærstående kan være en kilde til viktig kunnskap. Psykologien som vitenskap favoriserer imidlertid en annen type kunnskap enn den erfaringsbaserte; nemlig evidensbasert forskning.

Hjelmelands kritikk av selvmordsforskningens favorisering av kunnskap som er basert på metoder i evidenshierarkiet for gyldig kunnskap, er derfor også relevant for vårt fag. Kvalitative studier med et første-personsperspektiv eller andre former for systematisert erfaringsbasert kunnskap, for eksempel basert på klinisk praksis, inngår ikke i dette hierarkiet. Resultatet er at mye god kunnskap går under radaren i politikernes kunnskapsbaserte beslutninger, i behandlingsapparatets tilnærminger og i den enkeltes forståelse av hva selvmord og andre psykiske helsetemaer kan handle om, og hva vi kan bidra med.

## OVERBEVISENDE ARGUMENTASJON

Boken bærer preg av at Hjelmeland har 30 års erfaring med forskning i dette kunnskapsfeltet både nasjonalt og internasjonalt, og med bruk av avanserte



statistiske metoder i de første årene og senere med bruk av kvalitative forskningsmetoder. Denne dobbelkompetansen, som utfylles av relevante kunnskapsteoretiske resonnementer, gjør at boken i undervisningssammenheng både kan brukes i psykisk helsearbeid og i metode og vitenskapsteori, noe som er kjærkomment for studentenes bokbudsjett. Doblekompetansen bidrar også til at hennes kritikk av den rådende forskningsbaserte kunnskapen om selvmord og selvmordsforebygging, fremstår som overbevisende. Det gjelder både kritikken av risikofaktorforskningen generelt, og mer spesielt av den såkalte 90 %-sannheten om selvmord; at 9 av 10 som tar livet av seg, har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Som lesere sitter vi igjen med forundring over at denne typen forskning favoriseres gjennom direkte bevilgninger over statsbudsjettet: Flere hundre millioner til Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging siden 1996 (Hjelmeland, 2022, s. 40), og også store summer til Folkehelseinstituttet brukt på lignende forskning (s. 384).

Boken er delt i tre. Den første delen har overskriften «Kritisk blikk på mainstream

suicidologi». Vi har allerede nevnt noe av det som Hjelmeland tar opp: Kritikken av risikofaktorforskningen og favoriseringen av evidenshierarkiets metoder, der den normgivende gullstandarden for gyldig kunnskap er statistiske effektstudier med metaanalyser av veldefinerte, målbare forhold (jf. Nielsen & Malterud, 2019). Hjelmeland viser hvordan dette bidrar til å selektene bort mye relevant kunnskap, og til at selvmordsforskningen går på tomgang. «Selvmordsforskningen går for en stor del i ring. Igjen og igjen leter forskerne etter og finner, de allerede godt kjente risikofaktorene» (Hjelmeland, 2022, s. 79). Med Luhmann (1995) kan man si at den rådende selvmordsforskningen synes å ta form av en *autopoiesis* hvor forskningen blir lukket om seg selv – ikke fordi den er uavhengig av omverden, men fordi den selv skaper omverden gjennom sine iakttagelser og handlinger. Følgen er at det forskningsbaserte kartet som tegnes over omverdenen, ikke er relevant for livene slik de leves og avsluttes under ulike omstendigheter, eller *kontekster*, som er Hjelmelands begrep, og som hun etterlyser mer oppmerk-

»



somhet mot i selvmordsforskningen og i selvmordsforebyggingen.

Den andre delen har overskriften «Hvordan kan suicidalitet forstås?». Her løfter Hjelmeland frem et utvalg teorier om selvmord, kvalitative intervju med nærstående og med personer som har forsøkt å ta sitt liv, og selvbiografier hvor sistnevnte er et sentralt tema. Del tre har overskriften «Implikasjoner for selvmordsforebygging». Hjelmeland diskuterer her blant annet regjeringens nullvisjon mot selvmord, og faren for at det igangsettes tiltak som innskrenker handlingsrommet så mye at det fremmer heller enn å forebygge suicidale handlinger. Vi kan ikke gardere oss mot selvmord, men vi kan alle bidra til forebygging gjennom å være til for hverandre – på et politisk plan, på ulike arenaer, i relasjoner og gjennom å utvide meningsrommet i defineringen av oss selv og andre. Vi leser dette som kjerne i Hjelmelands argumentasjon i del 3.

Boken berører mange temaer til ettertanke og påfyll av mening. Inspirert av Barthes' (1998, s.79) utsagn om at «Verket holdes i hånden, teksten i språket», har våre lesninger vært preget av en tekstskapende tilnærming. Det innebærer at vi har podet inn ulike greiner i teksten underveis i lesningen av boken (jf. Barthes' bruk av treet som metafor i beskrivelsen av hvordan teksten vokser i lesningen). Vi vil løfte frem noen av disse greinene.

### HADDE BARE ... VILLE DET IKKE HA SKJEDD

Det er mye skyld rundt selvmord. For noen fortøner skylden seg som et vedvarende *nachträglich* forsøk på å hele den traumatiske hendelsen: «Hadde bare ... ville det ikke ha skjedd». Men det har skjedd, og det vil skje igjen. Nullvisjonen kan gi næring til denne vedvarende skyldfølelsen fordi den skaper et allmektig bilde av at bare vi er gode nok, forutseende nok, faglige nok, følger retningslinjer nok, vil vi klare å forebygge selvmordet. Det skapes en illusjon der kampen mellom de gode og onde kreftene som vi gjenfinner i alle religioner, myter og livsfortellinger, oppheves.

Vi vil her spørre om ikke selvmordets vesen; at noe fatalt og ukontrollert skjer, som også kan være uhyggelig veloverveid, peker mot en splittelse som kanskje blir større og større i dagens helsevesen? Kløften mellom den virkeligheten

klinikerne lever i, og de ordene helsevesenet setter på deres virkelighet. Det kan synes som om den sammensatte og ofte uforutsigbare virkeligheten de som arbeider i klinikken står i, forsvinner når deres mellomledere, ledere, statsråder og politikere formulerer sine visjoner om psykisk helse. Styringsbyråkratene frafaller dermed sin forpliktelse overfor virkelighetens sammensatte natur og bevilger ofte penger til de som lover enkle løsninger.

I et psykoanalytisk perspektiv kan vi med Lacan (2006) hevde at de som er øverst i makt-hierarkiet – enten konteksten er politikk, helsevesen eller definering av hva som er gyldig kunnskap om selvmordsforebygging – ikke inndrar livets mangler i sitt perspektiv. Det tas ikke høyde for at vi som mennesker kan stå overfor noe uløselig. Tilværelsen er mangelfull, og den enkelte av oss er ikke ufeilbarlig. Det er en brist, en revne, noe ukjent, noe som ikke kan måles og kontrolleres i alle mennesker. Derfor eksisterer det også en imaginær drøm om å oppheve denne mangelen. Lacan-filosofen Kjell Roger Soleim (2009) beskriver denne mangelen som en ramme man ikke kan hoppe ut av. «Er det ikke dette hoppet dragingen mot selvmordet dreier seg om?» (s. 143). «Vekk fra løftene om at en dag vil alt bli så meget bedre. Vekk fra anerkjennelsens dialektikk og dens løfter om fremtidig «mestring» på de felter hvor man ble ydmyket» (s. 144). Å arbeide klinisk handler i tusen variasjoner ofte om å vise pasientene at mangelen kan leves med, og at den kortsiktige trøsten det imaginære gir, ikke gir gevinster på lang sikt. Et godt bilde på det imaginære er når forebyggingslandskapet tar mål av seg å oppfylle nullvisjonen for selvmord, og samtidig har reduksjonen av dødsulykker i trafikken som forbilde for arbeidet som skal gjøres. Å ikke se forskjellen på dødsulykker i trafikken og selvmord er en brist som tydeliggjør kraften i de imaginære drømmene: «hadde bare ... ville det ikke ha skjedd».

### ET PROFYLAKTISK HELVETE?

Den sagnomsuste barnepsykoanalytikerens Françoise Dolto (1990) hevdet at det største feiltrinnet i vår tids måte å behandle barn på, er troen på at psykisk lidelse kan forebygges.



**BOK** *Selvmordsforebygging. For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*

**FORFATTER**

Heidi Hjelmeland

**ÅR** 2022

**FORLAG** Cappelen

Damm Akademisk

**SIDER** 432

Til slutt ender vi opp med å forebygge livet selv og ender i et «profylaktisk helvete». For hva skjer? Det bygges ut et helt apparat av skrekkpropaganda og kartleggingsprosedyrer som barna eksponeres for. Dette er fornuft på avveie og et svik mot våre barn, skriver Dolto. Barna trenger en skole i kjærlighet og ikke i frykt. Mye kan tyde på at denne ideen kan overføres til selvmordsfeltet. Hjelmeland har flere referanser til forskning som kan tyde på at dagens fokus på å forhindre selvmord og retningslinjene knyttet til dette, har skapt en frykttkultur som hindrer forebygging mer enn den fremmer.

For hvordan skal selvmord forebygges? Når skal forebyggingen begynne? Hvem skal snakke til hvem? Som barne- og ungdomspsykolog har førsteforfatteren sett mange effekter av at det kommer velmenende folk fra krisesenter, rusfeltet, voldsfeltet, overgrepfeltet, seksuelt mangfoldsfeltet, psykisk helsefeltet, angst- og depresjonsfeltet for å informere (forebygge) barn og ungdom. Og hvor de unge ofte til slutt får forskjellige telefonnummer som de kan ringe dersom de føler seg truffet. Og dersom de ringer, hvem snakker de da med og hva slags svar får de? Vår erfaring er at denne typen forebygging som er opptatt av å informere, skaper mer frykt enn den åpner for at de unge kan fortelle om traumatiske erfaringer.

Vi glemmer ikke gutten som løp gråtende ut av klasserommet da to personer fra et krisesenter prøvde å oversette seksuelle overgrep til et barnespråk. «Det er ikke slik som dere forteller» ropte han, mens han løp ut.

Eller jenta som kom hjem i sjokk og fortalte om alle de skremmende bildene som hadde kommet inn i hodet hennes etter en time med forebygging, eller pubertetsgutten som var fullstendig forvirret etter at han ble fortalt at overgriperen ofte er i den nærmeste familien: en onkel, tante, bror, far eller mor.

Ideen om forebygging blir aldri bedre enn det leddet som møter den enkelte, klassen, gruppen. Og her er vi enige med Dolto; forebygging i sin alminnelige essens er å gå en skole i omsorg, lek, kjærlighet og kreativitet, ikke å forsterke frykttkulturen. Dette innebærer kanskje mer å styrke den enkelte voksnes kompetanser til å nå frem til de utsatte, enn å oppruste et korps av omreisende i generell forebygging.

## DET FINNES INGEN GARANTI

Forfatteren Kristin Ribe (2015) skrev boken «Ut av selvskading. Veier til forståelse» sammen med psykiateren Lars Mehlum. Mehlum tilhører det norske miljøet som Hjelmeland kritiserer. Ribe insisterer i boken på at det var en bestemt behandler som så, bekreftet og ga plass til henne. Det var akkurat denne behandlerens måte å være på og å møte henne på, som reddet henne. Han skilte seg ut fra psykiatriens svingdørvirksomhet, diagnosefokus og retningslinjer. Behandleren møtte henne i sin unike opplevelse av sin egen situasjon. Mehlum skriver på sin side at selvskading er et folkehelseproblem som samfunnet må få bedre forståelse for, og at et av svarene er å implementere den generelle og evidensbaserte metoden dialektisk adferdsterapi landet rundt. Vi opplever at spenningen som oppstår mellom Ribes erfaring av å bli møtt i sin unike opplevelse av situasjonen, og Mehlums oppmerksomhet på generelle metoder, forblir ubesvart i boken.



Som lesere sitter vi igjen med forundring over at denne typen forskning favoriseres gjennom direkte bevilgninger over statsbudsjettet





Å ikke se forskjellen på dødsulykker i trafikken og selvmord er en brist som tydeliggjør kraften i de imaginære drømmene: «hadde bare ... ville det ikke ha skjedd»

La oss følge Ribe litt lenger, og tenke på behandleren som hun beskriver, som møtte henne på en annen måte enn hun var vant til. Behandleren gikk henne i møte – og møtte henne som et menneske i krise – noe som reddet hennes liv. Ribe fortalte en historie med en lykkelig slutt, men i dette feltet av destruktivitet og psykisk smerte er det ingen garanti for hvordan det ender. I boken «Illusions and Disillusions of Psychoanalytic Work» skriver psykoanalytikerens Andre Green (2011) modig om mislykkede terapier. Aude, Melanie Blanche, Nanon, May og Ange gikk alle i analyse hos Green eller kollegaer han veiledet, og med mislykket utfall. Fire av pasientene begikk selvmord eller døde under tragiske omstendigheter, riktignok etter behandlingens slutt. Green er kjent for å tematisere de negative kreftene som arbeider på og i menneskene, med en forståelse av at noen mennesker lever på grensen til å være umulig å behandle og hjelpe uansett hvilken terapeutisk metode eller medisinerings som anvendes. Green spør ydmykt i boken: Hvorfor kunne jeg ikke hjelpe; hva slags krefter nådde jeg ikke inn til?

Green minner oss om at å være terapeut ikke er en søndagsskole, og at det er områder og krefter i alle mennesker som er utilgjengelige for det terapeutiske hjelpeapparatet. Han minner oss også om umuligheten for å forutsi eller vite hva som skjer når terapeuter beveger seg inn i de menneskelige og mørke brattskrentene. Og ikke minst, om at Aude, Melanie Blanche, Nanon, May og Ange var så forskjellige sammensatt og hadde så forskjellige livshistorier at det var umulig å predikere det tragiske utfallet. Hvert enkelt menneske må forstås på egne premisser og ut fra sin egen subjektive opplevelsesverden.

Det er svært sjelden at terapeuter skriver om mislykkede terapier. Dette bidrar til at de destruktive kreftene, menneskets iboende forandringstregghet og vanskeligheten ved å arbeide med dype terapier underkommuniseres. Og at avgrensede evidenssikrede metoder blir altfor lettkjøpte både av mennesker som søker hjelp, og av politikere som er på jakt etter lovnader. Det kan også skape en følelse av at terapeuter som beveger seg utenfor evidenssikrede områder, beveger seg på egen risiko på nesten forbudte områder. Problemet som oppstår da er det Ribe beskriver; at nettopp de som beveger seg utenfor, kan være de som kan

hjelpe. Men også at de kan møte strukturer, mangler og destruktivitet i mennesker som ingen kan hjelpe. Terapeuten våget, prøvde, men nådde ikke frem. I en terapikultur som dyrker nullvisjonen, er det ikke mange som våger å snakke om slike erfaringer.

## KOMPLEKSITETENS UBEGRIPELIGHET

Hjelmeland viser hvor feilslått det er å bevilge store summer til forskning som gjennom avanserte statistiske metoder skal fange opp de som kan komme til å ta sitt eget liv.

Vi må heller gi oppmerksomhet til kontekster som avgrenser den enkeltes handlings- og meningsrom på en negativ måte, og jobbe politisk for å endre disse, oppfordrer hun. Det er et godt korrektiv til den rådende tenkningen i feltet. Det er imidlertid en fare for at det kontekstuelle fokuset kan bidra til å redusere subjektivitetens ubegripelige *kompleksitet* til et *kompleks* av begripelige forhold (jf. Luhmanns, 1995, skille mellom de to kursiverte begrepene), og at den enkeltes meningsskapning oversettes til seige meningsstrukturer på gruppe- og samfunnsnivå.

I flere av de kvalitative studiene som Hjelmeland nevner, pekes det for eksempel på at snevre forståelser av maskulinitet kan fremme suicidale handlinger hos både menn og kvinner. Det er viktig å utvide det kjønne handlings- og meningsrommet. Men den enkeltes erfaringer med sin egen og andres kjønnet og av kjønnet posisjonering, er mer mangtydig og omskiftelig enn de seige meningsstrukturene på gruppe- og samfunnsnivå er. Det påminner oss om at den enkeltes subjektivitet står i forhold til en realitet som eksisterer hinsides symbolproduksjonen, og at det er en *grense* for hva vi kan begripe og gripe fatt i, i vår væren for hverandre. ✕

---

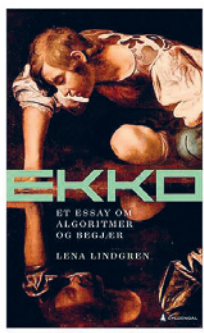
## REFERANSER

- Barthes, R. (1998). Tekstteori. I: Kittang, A., Linneberg, A., Melberg, A. og Skei, H. H. (red.) *Moderne litteraturteori. En antologi* (s. 70–85). Universitetsforlaget.
- Dolto, F. (1990). *De unges sag*. Forlaget Fremad.
- Green, A. (2011). *Illusions and Disillusions of Psychoanalytic Work*. Routledge.
- Hjelmeland, H. (2022). *Selvmordsforebygging. For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm Akademisk.
- Lacan, J. (2006). *Écrits: the first complete edition in English*. W.W. Norton.
- Luhmann, N. (1995). *Social systems*. Stanford University Press.
- Mehlum, L. & Ribe, K. (2015). *Ut av selvskading. Veier til forståelse*. Fagbokforlaget.
- Nielsen, H.B. & Malterud, K. (2019). Kunnskap for politikk og praksis? En analyse av Stoltenbergutvalgets kunnskapssyn. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 60(3), 274–284. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2019-03-04>
- Soleim, K.R. (2009). Refleksjoner over subjektkonstitusjon og selvmord. *Agora. Norsk filosofisk tidsskrift*. 44(2), 140–154. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2901-2009-02-05>



## Et ekko til ettertanke

Forfatter Lena Lindgren beskriver hvordan medieteknologien påvirker samtiden, og hvordan den har fått en betydelig makt over livet vårt.



**BOK** *EKKO, et essay om algoritmer og begjær*

**FORFATTER**

Lena Lindgren

**ÅR** 2021

**FORLAG** Gyldendal

**SIDER** 208

**LINDGREN TAR LESEREN** med på en reise til Silicon Valley, hvor hun håper å få et intervju med Pay Pal-gründeren Peter Thiel. Gjennom hennes reiseskildringer møter vi teknologigiganter som Google, Facebook, Instagram og YouTube. Lindgren viser hvordan vår oppmerksomhet har blitt en vare som kan selges på sosiale medier. I bytte får vi «gratis» tilgang til medieteknologien, som derved blir enda lettere vanedannende. På denne måten har teknologigigantene vokst seg store på bekostning av vår personlige autonomi. Forfatteren løfter frem James Williams, som tidligere jobbet som sjefsingeniør i Google. Han uttalte:

Det informasjonen konsumerer, er oppmerksomheten til sine mottakere.

Derfor vil en overflod av informasjon skape fattigdom på oppmerksomhet.

Williams sluttet i 2017 i Google for å finne tilbake til «oppmerksomhetens lys». Han ønsket å finne tilbake til noe hos seg selv som hadde gått tapt. Han trekker her blant annet frem styringen over egen tid.

I sin analyse av tiden vi lever i, og om hvorfor medieteknologien har fått så betydelig makt over livet vårt, bruker Lindgren den greske myten om Ekko og Narcissus som et verktøy. Ekko er nymfen som irriterer guden Hera med uro og snakk. Hera straffer Ekko slik at hun ikke lenger kan forme selvstendige setninger. Ekko mister evnen til å dele egne tanker og refleksjo-

ner. Etter denne dommen forelsker Ekko seg i Narcissus, og begynner å forfølge og imitere ham. Narcissus avviser henne, og Ekkos fortvilte kropp går i oppløsning. Hun blir usynlig, men fortsetter å eksistere som et ekko.

Jeg forstår myten slik at vi står i fare for å miste grepet om vårt selv som er kroppslig fundamentert, når vi tilstreber å etterligne vårt digitale jeg. Det kan føre til at vi lettere mister kontakten med vårt autentiske selv. Myten har fellestrekk med Winnicott (1967) sin teori om dannelsen av «det falske selv», som er en jegerstruktur som dannes for å beskytte selvet mot omverden. Det digitale jeg mangler som regel en helhet, og fremstår ofte med kun utvalgte deler av seg selv, et idealisert digitalt jeg. Der som en tilstreber å bli lik sitt digitale jeg i virkeligheten, så er det en fare for at en kan tape noe av kontakten med sine genuine følelser og det å være til stede i sine omgivelser.

Lindgren trekker paralleller mellom Ekko og dataalgoritmene. Hun viser til hvordan algoritmene blir en gjenspeiling, en forlengelse av oss, et ekko. Narcissus blir fanget i en lukket sirkel, og Ekko i gjentakelsens sirkel. Ekko blir en usynlig allestedsnærværende kraft som mimer oss.

Lindgren forteller at Peter Thiel var elev av den franske teoretikeren Girard, som hevdet at et av de mest grunnleggende menneskelige trekk er imitasjon, og at vi alle er formet av begjæret etter å etterligne hverandre. Dataalgoritmene er laget slik at de trigger vårt

**ANMELDT AV**

Kari Galaasen



**MYTISK MAKT** Myten om Ekko og Narcissus illustrerer hvordan vi står i fare for å miste grepet om vårt kroppslige selv når vi tilstreber å etterligne vårt digitale jeg, skriver anmelder Kari Galaaen. Maleri: John William Waterhouse (1903) / Wikimedia

mimetiske begjær. Vi har en tendens til å ta etter dem vi beundrer, eller som tar stor plass. Vi deler og gir likes. Det er lett å bli følgere, et ekko.

Gjennom dette fores algoritmene med informasjon om oss, som i sin tur gir oss informasjon tilbake som vi opplever som relevant. Informasjon som vi følger, deler og liker. Algoritmene fores i en spiral preget av vårt eget speilbilde, og som vi blir preget av. Dette understreker betydningen av at vi har kunnskap om hvordan algoritmene kan virke inn på vårt selvbilde og vår identitet.

Lindgren får aldri et intervju med Thiel. I stedet finner hun mye informasjon om ham på nettet. Hun beskriver at «stalkingen» av Thiel fører henne selv inn i en hermende loop, hun blir et ekko. Det å skrive et essay om hvordan medieteknologien påvirker oss, samtidig som hun selv skaper konspirasjonsteorier rundt Peter Thiel, er et elegant grep som skaper spenning gjennom hele essayet. Som leser fikk jeg økt bevissthet om hvordan medieteknologien påvirker vår psyke, kulturen, politikken og samfunnet. Ved at Lindgren bruker tidløse greske myter til å illustrere hvilke problemer vi

strir med i oppmerksomhetsøkonomiens tidsalder, ga essayet et interessant psykologisk perspektiv og trekker linjer fra antikkens Hellas til dagens samfunn.

Jeg savner imidlertid noen refleksjoner rundt forskjellen på avhengighet, dårlige vaner og mangel på bevissthet i drøftingen av sosiale mediers påvirkning.

Et spørsmål i forlengelsen av essayet er hvordan vi kan anvende teknologien på en mer pedagogisk og helsefremmende måte. Ved å studere Facebook kan vi lære mer om hvilke virkemidler og algoritmer som virker på endring av atferd. ❌

”

Hun viser til hvordan algoritmene blir en gjen-spelling, en forlengelse av oss, et ekko

#### REFERANSER

Winnicott, D.W. (1967). *Playing and reality*. Routledge.

# En bok for deg som tør se nærmere på alkoholbruken din

Etter mange timer i terapeutstolen og som forsker, har Fanny Duckert samlet «alt» hun har hørt og lært mellom to permer. Dette er en bok jeg mener er relevant for den som står i en endringsprosess, og for dem som skal følge på veien.



**BOK** *Bare et glass til*  
**FORFATTER** Fanny Duckert  
**ÅR** 2022  
**FORLAG** Gnistr  
**SIDER** 210

**PROFESSOR I PSYKOLOGI** og psykologspesialist Fanny Duckert har hele sitt yrkesliv hatt en tydelig stemme i samfunnsdebatten om det mest brukte rusmiddelet – nemlig alkohol. Hun var tidlig ute med å snakke om kontrollert drikking som et mål i behandling.

Å jobbe med rusrelaterte problemstillinger i Norge uten å ha møtt forfatteren i ulike sammenhenger er nærmest umulig. Som leser av boken er jeg derfor ikke helt nøytral.

Jeg husker jeg ble utfordret av ideen om kontrollert drikking da jeg som ung psykologstudent hadde praksis på en ruspoliklinikk. Min kunnskap om rusbehandling stammet fra filmer og bøker der avhold stort sett var den eneste løsning. I møte med pasienten lærte jeg fort at mange ønsket å drikke mindre, men beholde gleden. Men var det faglig forsvarlig å støtte det målet? Vi hadde mange diskusjoner, og min kunnskap økte.

Jeg lærte etter hvert at det å ha alkoholproblemer ikke var en ensartet ting. Alvorligheten varierer mye fra person til person, og behandlingsmålene må settes deretter. Innenfor teksten av en slik strategi er redusert drikking absolutt et faglig forsvarlig mål. Det er klart at det å redusere skadene er en god målsetting. Imidlertid synes jeg samtaler i offentligheten om alkohol fortsatt kan bære preg av en polarisert svart-hvit-tenkning. Enten er ikke alkohol så farlig, det er lovlig og tilgjengelig og en kaller ikke det å drikke for å ruse seg.

Men mister du kontrollen, er det kun avhold som er løsningen.

*Bare et glass til* er et godt bidrag til å nyanse denne samtalen, og gjør kunnskap om fagfeltet tilgjengelig.

## Å DRIKKE MINDRE, MEN BEHOLDE GLEDEN

Undertittelen «*Slik lykkes du med å bremse litt, drikke mindre– uten å gå glipp av gleden*» er nesten like fristende som ideen om drinken som er illustrert på bokomslaget. Den får meg også til å tenke på den danske filmen «Et glass» der tre litt slitne lærere går i gang med et prosjekt hvor de skal holde seg på en jevn promille på 0,5, den såkalte lykkepromillen. Både på jobb og i fritiden. Det har de stor suksess med – og ser ut til å bli lykkelige av – for en stund. Men de klarer ikke å holde seg der, de vil ha mer og møter dermed de negative konsekvensene av for mye alkohol. Så greier tre av dem å moderate seg og finne tilbake til et lavere forbruk, og de kan beholde gleden, mens for den fjerde får alkoholen et for sterkt grep. Sånn er det med vårt aller mest brukte rusmiddel. Til glede for mange, men for noen fører det til avhengighet og negative konsekvenser.

I boken *Bare et glass til* tar Duckert oss gjennom teorier om endring og hva som må til av konkret og realistisk målsetting for å lykkes med alkoholreduksjon når forbruket er for høyt. Leseren får økt kunnskap om hvordan kroppen og hjernen påvirkes av alkohol. Forfatte-





ren beskriver vanlige psykiske plager som angst, depresjon, søvnvansker og negativt selvsnakk som følger i kjølvannet av, eller er en årsak til for høyt alkoholbruk. Ved å redusere inntaket kan gleden over effekten av litt alkohol beholdes, samtidig som skadene reduseres.

### SKAM STÅR I VEIEN FOR MESTRING

Formen i boken er som en terapeutisk intervensjon i seg selv. For meg som psykolog tror jeg at boken kan være et verktøy i møte med enkeltpasienter, fordi jeg synes den er skrevet på en måte som virker lindrende på skam og skyldfølelse. Måten boken er skrevet på anerkjenner alkoholens mange gleder og gode virkninger, men glir så umerkelig og uten moralisme over til dens ulemper.

Via kasuistikker får vi innsyn i at det er mange veier inn i et problematisk alkoholforbruk – og det er mange veier ut av det. Skildringene samsvarer med min egen kliniske erfaring. Duckert tilbyr verktøy for å

”

*Bare et glass til er et godt bidrag til å nyansere denne samtalen, og gjør kunnskap om fagfeltet tilgjengelig*

»





... den er skrevet på en måte som virker lindrende på skam og skyldfølelse

arbeide med det som ligger bak behovet for alkohol, og konkrete tips til hvordan en kan fylle tomrommet når alkoholbruk skal reduseres.

Boken veksler mellom å bruke du- og vi-form, et effektivt grep. Underveis i lesingen tok jeg meg selv i å ransake eget alkoholforbruk, noe som demonstrerer at boken virker etter sin hensikt.

Forfatteren bruker et lettfattelig språk og formidler psykologisk kunnskap på en måte som mange vil finne lett å forstå. Presentasjonen ligger tett på fenomener mange vil kjenne seg igjen i. Som fagperson savner jeg flere referanser, men jeg ser samtidig at det ville forstyrret teksten og skapt avstand til leseren den er ment for. Jeg vil hevde at alle som jobber med mennesker som ønsker å endre alkoholvaner, vil ha mye igjen for å lese boken.

### **DRIKK SÅ LITE SOM MULIG**

Forfatteren har utviklet og forsket på en modell for reduksjon og moderasjon av alkoholinntak. Et av prinsippene i modellen er at målene settes i samarbeid med pasienten. Når det er sagt, er ikke kunnskapen fra spesialisten fraværende, det er klare holdninger, råd og anbefalinger. For en som skal bruke boken i eget endringsprosjekt kan de mange rådene kanskje virke overveldende, men kunsten er å velge ut rådene som passer til egen situasjon:

- Start med en periode uten rus for å bli bedre kjent med deg selv uten rus
- Drikk så lite at kroppen og forhold til andre ikke tar skade av det
- Ansvar for barn skal alltid gå foran alkoholen
- Hør etter når andre uttrykker bekymring for ditt alkoholinntak
- Strategien er å arbeide med årsakene til hvorfor du drikker, og å fylle tomrommet når du legger bort alkohol
- Du skal forberede deg på tilbakefall, og gi deg selv perioder med avhold når det planlagte moderate forbruket sakte øker

### **ALKOHOL ER INGEN PRIVATSAK**

En av de tingene jeg likte godt med boken, er at den vier plass til de som står rundt den som drikker. Duckert inviterer oss inn i hvordan det er å være pårørende. Den giftige uforutsigbarheten de opplever, og hvor maktesløse de kan føle seg. Særlig er dette viktig for de små barna. De kan ikke forstå hva som skjer når mor eller far endrer seg når de drikker, det blir utrygt og potensielt skadelig.

Min erfaring er at for mange er jobben det siste de mister, men ofte har det vært kjent en god stund at personen har drukket for mye, uten at noen har tematisert det. I boken finner du anbefalinger til arbeidsgivere om hvordan håndtere bekymringer, og også hvordan en bør snakke om bruk av alkohol i regi av jobb.

Dette er i all hovedsak en bok om forebygging av avhengighet, og fastlegen blir gitt en viktig rolle i å gjøre samtalen om alkohol til en alminnelig del av helseundersøkelsen. Samtale om alkohol må ikke alltid ha en diagnostisk hensikt eller bare gjøres når en skal vurdere helsekrav til førerkort. Det å tidlig invitere til samtaler om overforbruk av alkohol og vansker som kan komme i kjølvannet av dette, er et viktig forebyggende tiltak.

Boken er rikholdig og har mange budskap, og kanskje kan den med fordel leses stykkevis og interessebasert. Her har jeg bare vært innom

noen av temaene. For å friste lesere med andre interessefelt kan jeg røpe at boken også inneholder stoff som rusmidlenes historie, alkoholens samfunnsøkonomiske kostnader, eldre og rus og mye mer.

### KONTROLLERT DRIKING VERSUS AVHOLD

I mitt virke som psykolog har jeg hovedsakelig arbeidet med mennesker som har utviklet avhengighet. For dem har bruken av alkohol eller andre rusmidler grepet sterkt inn i flere viktige livsområder. Det er mye som må bygges opp igjen. I avhengigheten ligger nettopp vansker med kontroll over inntaket. Rusen får førsteprioritet. En fortsetter tross negative konsekvenser og gir slipp på ting som tidligere ga glede og mening.

Er dette en sykdom spør mange, kan en behandles ut av avhengighet? Har skadene alkoholen har påført kropp og sjel blitt til en type sykdom? Vi har ikke klare svar på dette, men spørsmålene kan gi gode samtaler i endringsprosessen. Vi vet imidlertid at for å få kontroll over alkoholbruken er det viktig å bygge et liv der det ikke er nødvendig å søke kjemi for å finne ro og glede.

Dette synes jeg Duckert forteller om i de kasus hun beskriver i boken. Pasientene reduserer ikke bare bruken av alkohol, men de begynner å gi seg selv andre kilder til mening og glede.

### VI BEHANDLER FOR FÅ

Nylig publiserte Folkehelseinstituttet at det bare er rundt 7 % som får behandling for alkoholbrukslidelse (Bramness, 2022). Årsakene til dette kan være at mange ikke ber om hjelp fordi det er for skamfullt, de har ikke tro på at behandling virker eller kjenner ikke innholdet i evidensbasert behandling. For den enkelte og deres pårørende er dette bekymringsfullt, men problematisk drikkeatferd utgjør også et stort folkehelseproblem og får store samfunnsøkonomiske konsekvenser.

Fanny Duckert lykkes med å komme i møte mange av de utbredte motforestillingerene i møte. For mange vil denne boken være nok, for andre håper jeg de finner frem til rett behandling.

Jeg vil avslutningsvis låne et sitat fra forfatteren når hun blir spurt om det er tungt å jobbe med mennesker med alkoholproblemer:

Like viktig som å finne ut av folks problemer og utfordringer, er det å finne ut hvilke ressurser og positive muligheter de har, som kan mobiliseres (s. 12)

Slik viser Fanny Duckert en optimisme inn i en problematikk som mange nok tror har lite endringspotensial i seg. Den optimismen trenger alle som ønsker å gå i gang med et endringsprosjekt. ✘



Underveis i lesingen tok jeg meg selv i å ransake eget alkoholforbruk

### REFERANSER

Bramness, J. G. (2022) *Rusmiddellidelser*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>

# Hvordan hjelpe dem som er vanskelig å hjelpe?

Basal eksponeringsterapi (BET) er en relativt ny behandlingsmodell, som har fått internasjonal oppmerksomhet og anerkjennelse. Det er dermed på tide at terapiformen endelig presenteres utfyllende i bokform.



**BOK** *Basal eksponeringsterapi - Bærekraft i psykisk helsevern*

**FORFATTER**

Didrik Heggdal

**ÅR** 2022

**FORLAG** Gyldendal

**SIDER** 288

**DIDRIK HEGGDAL** fikk i 2017 årets Psykologpris av Norsk psykologforening for å ha utviklet BET. Modellen har også fått positiv omtale fra WHO og Europarådet, og er trukket frem som en behandlingsmetode som respekterer og støtter opp under menneskers autonomi. Boken *Basal eksponeringsterapi* beskriver utviklingen av BET-modellen, og er den første systematiske innføringen i terapiformen som er lansert på norsk. Vi lever i fusjonens tid når det gjelder utvikling av nye terapimodeller. Mange av de enkelte elementene modellen bygger på, er ikke nye, men velkjente og godt dokumenterte intervensjoner fra eksisterende terapitradisjoner. Modellen henter først og fremst inspirasjon fra kognitiv atferdsterapeutiske modeller (KAT) og Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), men støtter seg også på en rekke andre retninger.

Det nye med denne modellen er at BET henvender seg til en konkret pasientgruppe som tidligere har vist seg vanskelig å hjelpe. Heggdal skriver i boken at han observerte en del mennesker som strevde med store psykiske helseutfordringer, og som ikke fikk det bedre til tross for at de mottok omfattende og kostnadskreven psykiske helsetjenester. Modellen adresserer dette langvarige forholdet til helsetjenesten, og målet for behandlingen er å fremme menneskers autonomi og hjelpe dem med å leve selvstendige og meningsfulle liv. Heggdal hevder at dette er et særtrekk ved BET-modellen. Jeg undrer meg litt over dette. Jeg tenker at all helsehjelp og all terapeutisk aktivitet har som mål å gjøre seg overflødig ved

å fremme autonomi hos pasienter som søker hjelp, og hjelpe dem til å leve selvstendige og meningsfulle liv. Heggdal setter også opp BET som et alternativ til den biomedisinske modellen. Jeg er også litt undrende til hvor relevant dette er i dagens psykiske helsetjeneste, da jeg opplever at man har beveget seg bort fra dette ståstedet i løpet av de siste 30 årene. Jeg får en følelse av at dette er noe konstruerte konfliktlinjer som presenteres i boken, og som kanskje var mer aktuelle før.

## NYE PERSPEKTIVER PÅ REGULERING

BET presenteres som en autonomifremmende behandlingsmodell og introduserer begrepet komplementær ytre regulering (KYR) som rammeverk for autonomifremmende behandling. Dette er en teoretisk modell som synliggjør og virker bevisstgjørende for ulike grader av autonomi. Fra at pasienten er avhengig av at hjelperen overtar kontrollen og ansvaret i behandlingen, til at pasienten gradvis overtar ansvaret selv. Formulert på en litt annen måte: Målet er et skifte fra ytre-regulering til selvregulering i løpet av behandlingen. Reguleringsbegrepet brukes her litt annerledes enn i toleransevindu-teorien. Mens sistnevnte henviser til regulering av fysiologisk aktivering, bruker BET reguleringsbegrepet som en måte å ta ansvar for sitt eget liv på, noe som inkluderer både valg og atferd. Jeg synes boken (og modellen) er nyttig, fordi den synliggjør autonomi som en dimensjon i psykisk hjelparbeid på en pedagogisk måte. I tillegg til KYR bruker BET en rekke andre intervensjoner for å

**ANMELDT AV**

Tonje Lossius Husum

understøtte utvikling av autonomi og evne til å ta ansvar for sine handlinger, samt valg som tilpasses pasientenes ulike tilknytningsstrategier. Eksempel på dette er «bekreftende kommunikasjon» og «løsningsfokserte» intervensjoner.

### TEORI OG PRAKSIS

Boken henvender seg tidsriktig til et tverrfaglig publikum og beskriver relativt kompliserte psykologiske prosesser med et lett tilgjengelig språk, samtidig som den også vier plass til grunnleggende terapeutiske prosesser som relasjonsetablering og etablering av arbeidsallianse. Ved hjelp av kasuistikker og dialoger demonstrerer boken de terapeutiske intervensjonene i ulike situasjoner innen psykisk helsearbeid, og på denne måten integreres teori og praksis på en effektiv og gjenkjenne- lig måte.

Det holder ikke å lese boken for å bli en god BET-terapeut, men den vil være en nyttig læringskilde for terapeuter som er nysgjerrige på modellen. For personer som allerede har utdanning og trening innen KAT, ACT eller lignende, vil nok mange av intervensjonene være såpass gjenkjen- nelige at man vil kunne integrere BET-intervensjoner i sin eksisterende praksis. Likevel er det tydelige forskjeller mellom KAT og BET. Spesielt KYR-begrepet kan være et nyttig teoretisk rammeverk når det gjelder bevisstgjøring rundt viktige terapeutiske og eksistensielle temaer som autonomi, selvstendighet og avhengighet.

Moderne psykisk helsearbeid baserer seg i stor grad på samtykke og samarbeid mellom helper og bruker. BET som en autonomifremmende praksis kan derfor spille en viktig rolle her. Boken beskriver på en konkret og begripelig måte hvordan det er mulig å bryte uhensiktsmessige sam- spillsmønstre mellom den som søker hjelp og helsetjenesten, og hvordan man kan fremme autonomi, selvstendighet og muligheten til å leve et meningsfullt liv. En bok som gjør en grundig presentasjon av behand- lingsmodellen, er derfor et nyttig bidrag for å gjøre metoden tilgjengelig for flere, og kan herved anbefales. ✘



Vi lever i fusjonens tid  
når det gjelder utvikling  
av nye terapimodeller

## Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



## Lønnsoppgjør og prioriteringer

*Lønnsoppgjøret for størstedelen av våre medlemmer er ferdig: Dette er for psykologene i helseforetak som utgjør om lag 55 % av yrkesaktive medlemmer.*

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



**TEKST** Rune Frøyland, visepresident med ansvar for lønns- og arbeidsmarkeds-politikk

Ytterligere jobber om lag 8 % psykologer i spesialisthelsetjeneste hos hovedsakelig ideelle aktører, 9 % jobber i kommuner utenfor Oslo og 8 % i staten. Psykologer hos ideelle aktører, psykologer i kommuner utenfor Oslo og i stat skal ha sine lokale lønnsforhandlinger utover høsten.

Om lag 70 % av våre yrkesaktive medlemmer har fullt ut *lokale* kollektive forhandlinger der det forhandles om prosentvis lønnsvekst av våre medlemmers egen lønn. Resultater for disse blir minst den samme prosent som offentlige oppgjør for øvrig eller *høyere*. I år er den offentlige rammen på 3,84 %.

Å ha lokale forhandlinger på vår egen lønn gjør at vi slipper å bli en del av fordelingen av penger mellom yrkesgrupper. I år har fordelingsprioriteringene blitt svært aktualisert hos de yrkesgrupper som har såkalte *sentrale* forhandlinger som skjer i Oslo, og som har *ett* gjeldende oppgjør for hele landet. I de sentrale forhandlinger for kommunene er det 41 fagforeninger som kjemper om fordeling av én felles pengepott. Fordelinger av lønnsvekst skapte i år store konflikter mellom fagforeninger i kommuner og i staten. Akademikergrupper som Lektorlaget, som fremdeles har sentrale forhandlinger i kommunesektoren, har systematisk over år tapt i fordelingskampen og er nå i streik. Psykologforeningen med sin lønnspolitikk om *lokale* forhandlinger unngår kampen om sentral fordeling av en pengepott. Vi har for over 20 år siden kjempet frem vårt system med lokale forhandlinger som gir oss egen rådighet over bruken av vår prosentvise lønnsvekst. Vi må fremover beskytte vårt lokale forhandlings-system. Vi må ha grundig opplæring av lokale tillitsvalgte som gjør en stor forhandlingsjobb på vegne av fellesskapet.

### HVORDAN BLIR LØNNSVEKSTEN FORDELT OG BRUKT LOKALT?

Helseforetakene er den dominerende sektoren og setter i mange tilfeller lønnsstandard for øvrige sektorer. I flere år har Psykologforeningen og helseforetakene prioritert konkurransedyktig lønn for spesialister. Helseforetakene må ha spesialister og er avhengig av å lønne godt nok til å rekruttere og beholde. Siden iverksettelse av helseforetaksreformen i 2002, for 20 år siden, har spesialister hatt lønnsvekst betydelig høyere enn ikke-spesialister, og betydelig høyere enn gjennomsnitt i Norge. Spesialistene har fått mer av de fremforhandlede lønnsøkningene enn ikke-spesialister.

Det har ført til spørsmål fra ikke-spesialister i helseforetak om ikke de snart skal prioriteres. Mitt svar er at vi skal fortsette å bruke mest av lønnsvekstpengene på spesialistene. Spesialistlønn er fremdeles ikke god nok til å beholde spesialister i helseforetakene. Dessuten vil prioritering med mer penger til ikke-spesialister bety tilsvarende reduksjon av penger til spesialister, og tilsvarende lavere gevinst ved å bli spesialist. Dette er ugunstig for alle: Psykologer er ikke-spesialist i snitt i åtte år og rykker deretter automatisk opp til spesialistlønn. Psykologene er spesialister eller seniorspesialister resten av karrieren, kanskje opp mot førti år. I en «livsløpsvurdering» er det mest gunstig for psykologer at spesialistlønn er høy, og at denne prioriteres. Dette gjelder også for psykologers fremtidige pensjonsutbetalinger, ettersom høyere lønn tidlig i karrieren gir større innbetaling fra arbeidsgiver til psykologens pensjonsbeholdning.

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

# Tillitsvalgtes rettigheter i ansettelsesprosesser

*I hvilken grad har tillitsvalgte rett på å bli inkludert i ansettelsesprosesser på arbeidsplassen? Hva er viktig å tenke på? Forhandlingsavdelingen får jevnlig spørsmål vedrørende dette. Vi har derfor laget en samlet oversikt, samt oppsummert noen nyttige anbefalinger.*

## FÅ RETTIGHETER

I utgangspunktet har tillitsvalgte få lov- og avtafestede rettigheter i ansettelsesprosesser.

I statlig sektor er dette regulert i Statens personalhåndbok med klare regler for hvilken rolle tillitsvalgte skal ha.

Utenfor statlig sektor, typisk i kommunene og på helseforetakene, er det arbeidsgiver som bestemmer hvor mye de tillitsvalgte skal involveres, og om de i det hele tatt skal involveres. Det er begrunnet i arbeidsgivers styringsrett, som er retten til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet. Ansettelser er en naturlig del av styringsretten.

Enkelte virksomheter har imidlertid utarbeidet egne retningslinjer for ansettelsesprosesser som omhandler tillitsvalgtes involvering. Vi råder våre tillitsvalgte til å gjøre seg kjent med disse.

## VÅRE ANBEFALINGER

Til tross for få rettigheter er det svært vanlig at man som tillitsvalgt blir invitert med inn i disse prosessene. Tillitsvalgte har ofte en viktig rolle. Det er arbeidsgiver som står ansvarlig for hvem som faktisk ansettes, og som anses best kvalifisert, men tillitsvalgte er viktige bidragsyttere. Sannsynligheten for feilansettelser mener vi reduseres ved at tillitsvalgte som kjenner arbeidsmiljø og fagkompetanse, er til stede under intervju, og potensielt kan dette spare arbeidsgiver for mye kostnader.

For å kunne gi et godt bidrag inn må man få tilgang til all nødvendig dokumentasjon for å kunne gjøre seg kjent med kandidatene og deres kompetanse. Et minimum bør være at man får tilgang til utlysningstekst, søkerliste,

søknad og CV, samt vurderingskriterier for tilsettingsprosessen.

Før selve intervjuet gjennomføres, er det viktig å avklare med arbeidsgiver hvilken rolle de ulike aktørene skal ha, tidsperspektivet, hvilke spørsmål som skal stilles, og hvem som skal stille dem.

Videre skal man som tillitsvalgt sikre at intervjuprosessen går riktig for seg, og at arbeidsgiver ansetter den som er best kvalifisert til stillingen. I dette ligger at man skal påse at arbeidsgiver ikke stiller spørsmål de ikke har lov til etter lovverket. Det kan for eksempel være spørsmål om medlemskap i fagforening, seksuell legning, politisk ståsted, religion eller familieplanlegging.

Som tillitsvalgt skal man også representere dem som allerede er ansatt på arbeidsplassen. Med det menes at man kan stille spørsmål for å kartlegge om dette er riktig person inn i arbeidsmiljøet, typisk er det en person mine kollegaer vil trives med? Hvilket faglig utbytte kan vedkommende bidra med? Har kandidaten de faglige og sosiale kvalifikasjonene vi trenger?

## TA KONTAKT

Har du spørsmål knyttet til ansettelsesprosesser eller det å være tillitsvalgt? Forhandlingsavdelingen har advokater/jurister og erfarne jusstudenter tilgjengelig på telefon 23 10 31 20 hver dag mellom kl. 12.15–15.00 eller på e-post: [forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no](mailto:forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no).

Norsk psykologforening arrangerer også grunnkurs for tillitsvalgte to ganger per år. For mer informasjon, se [www.psykologforeningen.no/medlem/loenn-og-arbeidsvilkaar/for-tillitsvalgte/grunnkurs-for-tillitsvalgte](http://www.psykologforeningen.no/medlem/loenn-og-arbeidsvilkaar/for-tillitsvalgte/grunnkurs-for-tillitsvalgte).



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

## TEKST

Kari Helene Frøislie,  
advokatfullmektig




Utdanning:  
**Dialektisk atferdsterapi (DBT)**

DBT har en sterk evidensbase og har god effekt på suicidal atferd og selvskading både blant ungdom og voksne.

NSSF tilbyr DBT-utdanning, og har siden 2006 utdannet nærmere 450 terapeuter og over 50 DBT-team.

**Søknadsskjema for 2023 er nå åpent!**  
Søknadsfrist 15.10.2022, oppstart i januar.

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



UNIVERSITETET  
I OSLO



NSSF Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

**facebook**

**LIVSKOMPASS**

## ACT – takle stress og fremme helse

**Bli kursholder i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.**

Vitenskapelige studier viser at kurset blant annet reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse.

Du får en 300 siders manual, fire dagers utdanning, powerpoint-presentasjoner, filmer, samtalekort, ACT-online og andre materialer for å holde et variert og engasjerende kurs.

**Start 10. oktober, online**

Mer informasjon: [www.livskompass.se/norge/](http://www.livskompass.se/norge/)



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

## Ansvarsforsikring

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

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

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

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden [www.storebrand.no/akademikerne](http://www.storebrand.no/akademikerne)

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

Reservasjon, og bestilling, kan sendes på e-post til [medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)



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

### Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

som for tiden har ca 8 900 mottakere og sendes ut to ganger per måned

#### Annonseformat

Full bredde: 564 x høyde 120 piksler for kr 7 000

1/2 bredde: 264 x høyde 120 piksler for kr 4 000

For mer informasjon om annonsering, kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller telefon 23 10 31 33



*Nyhet!*  
*Manual på*  
*norsk*

## Mål flytende resonnering med gester eller språk

**SON-R 6-40** (Snijder Oomens Nonverbal Intelligence Test) er en ikke-verbal intelligens-test for vurderinger av både barn og voksne.

Etttersom administrering av testen ikke krever talespråk, egner den seg spesielt godt for vurdering av personer med annet morsmål, nedsatt hørsel, språkproblemer eller verbale kommunikasjonsutfordringer.

Testen kan også brukes ved vurdering av personer med autisme (ASF), utviklingsforstyrrelser eller personer som kan være vanskelige å kartlegge, da dynamiske testinstruksjoner og prosedyrer for tilbakemelding underveis i testingen gjør test-situasjonen mer naturlig.

Les mer på [www.hogrefe.no](http://www.hogrefe.no).

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

 **hogrefe**





## Grunnutdanning i EMDR

Fysisk oppmøte og digitalt

**Digitalt oppfriskningskurs**

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Informasjon: [www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## EMDR og komplekse traumer

14. og 15. november 2022

Vi har igjen gleden av å invitere til to spennende dager i samarbeid med Dolores Mosquera. Mosquera har lang klinisk erfaring og skrevet flere bøker om behandling med EMDR og dissosiasjon.

Du vil få praktisk kunnskap og erfaring med dissosiasjon og EMDR og konkret hvordan jobbe med forsvar og affekt-toleranse.

Du vil få handouts og en kursmanual med nyttige verktøy.

**Velkommen!**

Dato: 14.–15. november 2022

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo

Tid: kl. 9.00–16.00

Kostnad: kr 7.500,-

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

Påmelding til: [www.emdrkurs.no](http://www.emdrkurs.no)



## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **3. oktober**, frist for å bestille annonse til oktober-utgaven er **19. september**

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

**12 dagers**

**Treningsprogram**

**i Acceptance and**

**Commitment Therapy (ACT), kull 5**



Kursholdere: Psykologspesialistene Asle T. Elen og Thorvald Andersen, samt Richard Bennett (Ph.D)

Vil du lære ACT eller videreutvikle eksisterende ACT-ferdigheter? Vi tilbyr et velutprøvd og omfattende program med nok dybdetrening til å kunne anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset gir også mulighet til å lære ACT direkte fra Richard Bennett som er en verdensledende ACT-trener med svært bred erfaring. Søkes godkjent som 72 timers vedlikeholdskurs for psykologspesialister.

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 23-25 november 2022. 8-10 februar 2023. 19-21 april 2023. 30 august-1 september 2023.

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

Hjemmeside: [www.bedreterapeuter.no](http://www.bedreterapeuter.no)

Kontakt: [kontekstuell@gmail.com](mailto:kontekstuell@gmail.com)

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
**Min medlemsside**

eller send e-post til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)



**Institutt for Psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt**  
*utlyser i samarbeid*

## **Obligatorisk program i spesialiteten i voksenpsykologi**

**Ekvivalerer med Norsk psykologforenings program**

Ønsker du å videreutvikle din ekspertise innen psykodynamisk terapi og psykoanalytiske perspektiver på helsearbeide? Kursene tar sikte på å fremme en psykodynamisk fagidentitet, utvikle fleksibel og konteksttilpasset psykodynamiske intervensjoner samt integrere en psykodynamisk psykopatologiforståelse med rådende diagnostiske vurderinger og vedtak.

Programmet er bygget opp etter målbeskrivelsen for det obligatoriske programmet i spesialiteten i voksenpsykologi, revidert i 2018. Det vil være 6 kullsamlinger á to dager over halvannet – to år.

Oppstart i januar 2023. For kursdatoer se hjemmesidene:

<https://instpsyk.no/> eller <https://www.psykoanalyse.no>

For et overordnet inntrykk av innholdet se:

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/maalbeskrivelser-for-spesialitetene-i-psykologi/voksenpsykologi>

*Kursene er en blanding av obligatorisk lesing på forhånd, diskusjon av teori, praktiske eksempler og veiledningssekvenser som kursdeltakerne forbereder. Alle lærerne er erfarne psykodynamiske psykoterapeuter og psykoanalytikere.*

Opptak forutsetter gjennomført fellesprogram, at man er i relevant praksis og har samtidighet i praksis, veiledning og kurs. Det stilles krav til et valgfritt program til denne spesialiteten. For øvrig viser vi til Psykologforeningens hjemmeside vedrørende spesialistordningen.

**Søknadsfristen er 15.10.22** Du søker via <https://instpsyk.no/>

Deltakerantall: maks 24, etter førstemann-til-mølla-prinsippet.

Kursavgift annonseres senere og følger takstene til Norsk psykologforening.

Påmelding er bindende og deltagelse på alle samlingene er obligatorisk.

Samlingene gjennomføres fysisk på henholdsvis Institutt for Psykoterapi i Nydalen og Norsk psykoanalytisk institutt på Majorstua i Oslo. I tilfellet det blir innstramninger i bevegelsesfriheten grunnet Covid-19 blir samlingene gjennomført digitalt.



## Fond til videre- og etterutdanning

I klinisk psykologi og psykoterapi for medlemmer  
av Norsk psykologforening. Tildeling 2023

Søknadsfrist 1. oktober 2022

Ved tildeling vil avtalespesialister prioriteres.

*Tapt arbeidsfortjeneste dekkes helt/delvis kun ved artikkelskriving for publisering.*

Fondets formål er å høyne det faglige kunnskapsnivå innen klinisk psykologi og psykoterapi.

### Dette skjer ved støtte til:

- 1 a. Videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 b. Styrking av veilederkompetanse i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 c. Formål som har sammenheng med etterutdanning av spesialister i klinisk psykologi.
- 2 a. Fondet kan gi hel eller delvis dekning av kurs- og reiseutgifter og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 2 b. Fondet kan gi midler til vitenskapelig forskning og til utarbeiding av skriftlige arbeider og publikasjoner i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 3 a. Fondets midler kan søkes av eller til psykologer i videreutdanning i klinisk psykologi og spesialister i klinisk psykologi.
- 3 b. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader fra privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi.
- 3 c. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader som ikke kan få støtte på annen måte.

### Utover ordinære tildelinger ønsker Fondsstyret også å gi midler til:

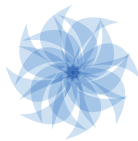
Skriving av artikler/essays om utfordringer i privatpraksis med formål publisering.

### Fondsstyret vil vurdere søknadene ut fra:


- Søkere uten driftstilskudd eller refusjonsrett vil ikke bli prioritert
- Hvor mye søkeren har mottatt fra fondet tidligere år
- Skrivning av artikler/essay om tema og utfordringer i privatpraksis med tanke på publisering
- Kursavgift vil bli prioritert over reise- og oppholdsutgifter
- At søknaden er i tråd med prinsipplæringen om evidensbasert praksis
- Åpne søknader der det ikke er tatt stilling til hva midlene skal brukes til utelukkes.
- Aktiviteter som anses å være kvalifiserende på en måte som gjør at søkeren blir aktuell til nye typer oppdrag blir ikke prioritert. Eksempelvis vil kvalifisering innen rettspsykiatri/arbeid for retten anses som utgifter til inntekts erverv.

Begrunnet søknad sendes fylles ut her: <https://response.questback.com/norskpsykologforening/soknadsskjema-fond>

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.



Norsk psykologforening  
Pb 419 Sentrum, 0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30  
e-post [nppost@psykologforeningen.no](mailto:nppost@psykologforeningen.no)



UNIVERSITETET  
I OSLO

Nasjonalt senter for selvmordsforskning  
og -forebygging (NSSF)

## 12. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging

Qui andi dis mos aut preperototi volu ptas cullorem iminuse  
eum ad. Ehentibusdae arumque velliscil.Occaboris ent hillu  
tate consequi beatur, sit aspe idusti quia corro occaborese

[www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no](http://www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no)

→ 9.-10. mai 2023, Oslo




Utdanning  
2023

## Forlenget sorg-terapi (FST)

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

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

Utdanningen går over fem dager fordelt på to  
samlinger, med veiledning mellom samlingene.  
Oppstart 25. januar 2023.  
Søkandsfrist 9. desember 2022.

[www.uio.no/fst](http://www.uio.no/fst)



UNIVERSITETET  
I OSLO

NSSF  Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging

## Vedlikeholdkurs for psykologer



## Radically Open Dialectic Behaviour Therapy (RO-DBT)

**Radical Open Dialectical Behaviour Therapy (RO-DBT) er  
en ny transdiagnostisk behandling utviklet av professor  
Thomas Lynch, rettet mot mennesker med psykisk helse  
knyttet til sterk rigiditet, ensomhet og overdreven behov  
for selvkontroll.**

### Undervisningsmetode:

Kurset består av både nettbaserte forelesninger og praktiske deler  
med fysisk oppmøte. Kurset strekker seg over 10 måneder og  
inkluderer 35 lærerledede timer, 21 nettførelsesninger, samt 2  
nettseminarer. Nettførelsesningene kan gjennomføres når kurs-  
deltakeren selv ønsker innenfor rammen av kurstidsangivelsene.

### Målet med kurset er:

Deltakerne får en grunnleggende innføring i hva RO-DBT er, og gitt  
muligheten til terapeutiske tilnærmingen i behandling. De skal få  
bruke manus og beredskapsstrategier for å håndtere problematisk  
overkontrollerende atferd i behandlingen samt bruke ferdigheter  
til å øke motivasjon og engasjement mot behandling. I tillegg vil del-  
takerne reflektere over og foreslå måter å implementere RO-DBT i  
klinisk praksis.

Målgruppen er autoriserte psykologer, medisinsk fagpersonell,  
psykoterapeuter, sosiologer, psykiatere, leger, ergoterapeuter,  
fysioterapeuter, rådgivere, sosialpedagoger, atferdsekspert,  
logoped, prester/diakoner, kostholdsveiledere og PTP-psykologer.  
Vi ser også flere mulige målgrupper som vi tror vil ha nytte av en  
fordypning i feltet.

### Dato:

Kursstart: 7. november 2022

### Sted:

Avsluttende verksteder gis i Stockholm. Øvrige kursdager gis  
digitalt.

Parallelt med kurset tilbyr vi også et spesialistkurs for psykologer.

### Kursavgift:

37 500 NOK + NVA

Kurspåmelding gjøres på [www.wisemind/kursanmalan/](http://www.wisemind/kursanmalan/)

### Påmeldingsfrist:

28 oktober 2022.

Hvis du har spørsmål eller bekymringer, ikke nøl med  
å kontakte oss.

[www.wisemind.se](http://www.wisemind.se) +46 76 325 49 58

[info@wisemind.se](mailto:info@wisemind.se)

- utdanninger siden 2000





## Kurs i takstbruk for avtalespesialister

Torsdag 27. oktober 2022 kl. 10.00-17.00

Kurset er primært rettet mot nye avtalespesialister som har lite erfaring med bruk av takstsystemet i avtalepraksis. Mer etablerte avtalespesialister som ønsker en gjennomgang av avtaleverk og takstsystem er også velkomne til å delta.

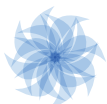
Riktig takstbruk er viktig for økonomisk inntjening i en avtalepraksis. God kjennskap til avtaleverk og takstsystem kan forhindre unødvendige henvendelser og sanksjoner fra myndighetene.

Tid: Torsdag 27. oktober kl. 10-17.00  
Sted: Grand Hotel Oslo  
Kursleder: Heidi Roald

Påmelding innen tirsdag 4. oktober til e-post [forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no](mailto:forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no).

Husk å oppgi fakturaadresse og eventuelle allergier ved påmelding.

Kursavgift: Kr 1 750,- inkludert lunsj.  
Kursavgiften er fradragsberettiget i regnskapet for din privatpraksis.



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

FORHANDLINGS-AVDELINGEN

### PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2022

#### SPESIALPLASSERING:

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

#### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/

hvitt kr 2 990, samme format i farger kr 4 313.

#### SMÅANNONSER:

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

#### NETTANNONSER:

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

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
10	19.09	03.10
11	19.10	01.11
12	18.11	01.12

#### ANNONSEFORMATER

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

#### PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

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

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

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

# Psykologspesialist/psykolog

## 100 % fast stilling



Psykisk helse- og rustjeneste er organisert i Virksomhet Psykisk helse og avhengighet. Avdelingen har 33 årsverk, og har et psykisk helseteam og et rusteam. Avdelingen har kortvarige (lavterskel) og behandlingstilbud som er vedtaksbasert. Stillingen som lyses ut er en av tre faste psykologstillinger i virksomheten.

Psykisk helseteam har både Kortvarig psykisk helsehjelp (KPH) og drop-in, og vedtaksbaserte tjenester. De vedtaksbaserte tjenestene er i hovedsak for personer med moderate psykiske plager. Vi bruker tilbakemeldingsverktøy (FIT) for å sikre medvirkning og virksomme tjenester.

Rusteamet har individuell oppfølging og rehabilitering av personer med rusavhengighet og psykiske lidelser, og deres pårørende. De kartlegger og henviser til spesialisthelsetjenesten, og vurderer og igangsetter tvangstiltak etter kapittel 10, Helse- og omsorgsloven. Brukerne som mottar tjenester tilhører forløp 2 og 3 i henhold til Sammen om Mestring.

Avdelingen har også flere gruppebehandlingstilbud og kurs.

Fra 1.1.23 vil aldersgrensen for brukere som mottar tjenester fra avdelingen være fra 16 år på rusfeltet og fra 18 år på psykisk helse.

### Arbeidsoppgaver:

- Samtalebehandling innenfor både kortvarige og vedtaksbaserte tjenester
- Veiledningsoppgaver til rustjenesten og virksomheten forøvrig
- Bistå i kriser/akuttsaker, samt selvmordsrisikovurderinger
- Bruk av tilbakemeldingsverktøy
- Samhandling internt og eksternt i kommunen
- Medvirke i faglig utvikling av tjenesten
- Dokumentere i fagsystemer

### Kvalifikasjonskrav:

- Psykologspesialist eller psykolog med autorisasjon
- Erfaring fra arbeid innenfor psykisk helse og/eller rusarbeid i kommune eller helseforetak er ønskelig. Det er ønskelig med noe kompetanse/erfaring på rusbehandling
- Gode og oppdaterte dataferdigheter
- Førerkort klasse B
- Beherske norsk både muntlig og skriftlig

Politiattest kreves.

Kommunen ber aldri om kontaktinformasjon eller kontoopplysninger i rekrutteringsfasen, verken over SMS, e-post eller i brev via Digipost.

**Kontaktpersoner:** Kate Ingeborg Rivø, tlf. 480 24 178 og Laila Stadsnes, tlf. 980 48 046.

Søknad sendes elektronisk på [www.tonsberg.kommune.no/Jobbe](http://www.tonsberg.kommune.no/Jobbe) i kommunen innen **1. oktober 2022**.

C R

U

X

CRUX foreldre og barn -  
Solstrand

CRUX FORELDRE OG BARN – SOLSTRAND SØKER:

**Psykolog/psykologspesialist**

To faste 20-100 % stillinger, fleksibel stillingsprosent.

Dagtid, men må kunne påberegne noe kveldsarbeid.

Tiltredelse: Snarlig

Søknadsfrist snarest, søknadene vurderes fort-  
løpende**Vil du vite mer?**se [www.stiftelsen-crux.no/stillinger](http://www.stiftelsen-crux.no/stillinger) eller kontakt  
avdelingsleder Heine Vestvik, mob. 951 60 688 eller  
på e-post [h.vestvik@stiftelsen-crux.no](mailto:h.vestvik@stiftelsen-crux.no)**Helse Sør-Øst RHF****Ledige avtalehemler  
i psykologi**Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950  
legespesialister og psykologspesialister gjennom  
avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene  
skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til  
Helse Sør-Øst RHF.Fullstendige stillingsannonser og elektroniske  
søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden:  
**[helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger](http://helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger)**HELSE  SØR-ØSTPSY  
KOL  
OGI**SØKER DU JOBB?**Ønsker du å lese stillingsannonsene fra  
Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender  
deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke  
på Internett. Alle stillingsannonsene som  
trykkes i Tidsskriftet finner du også på  
**[www.psykologtidsskriftet.no/ Stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)**Send e-post til  
**[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)**  
og meld din interesse.**PSYKOLOGTIDSSKRIFTET  
ANNONSER OG ABONNEMENT****ABONNEMENT:**Tidsskriftet utkommer den første i hver måned.  
Medlemskap i Norsk psykologforening inklu-  
derer abonnement. For ikke-medlemmer er  
abonnementsprisen for privatabonnement  
kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650,  
portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver  
kr 185 + porto/eksp.gebyr.**ANNONSER:**Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,  
e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller  
[www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører*  
for informasjon om annonsering.**Frist for bestilling av annonser:** 19.09, 19.10,  
18.11**Fagpressen**   
OPPLAGSKONTROLLERT

**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

juliebjerkevik@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****Anniken Lucia Willumsen****Laake**

annilaak@gmail.com

462 98 210

**Buskerud****Henriette Alsaker**

henriette.alsaker@gmail.com

997 22 725

**Finnmark****Dagmar Patricia Steffan**

dagmar.patricia.steffan@

finnmarkssykehuset.no

971 95 996

**Hedmark****Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com

924 53 116

**Hordaland****Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com

938 63 918

**Møre og Romsdal****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****Elin Bjøru**

elinbjoru@bufetat.no

957 35 974

**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 Øvrebø, 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

**SPECIALITETSRADET****Arnhild Lauveng, leder,**

e-post post@

arnhildlauveng.com

tlf. 913 17 162



**KVALITETSUTVALGET**

**Arnhild 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 evakarinoevaas@gmail.com, tlf. 916 64 076

**Eldrepsykologi**

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

**Psykoterapi**

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

**Voksenpsykologi**

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

**Nevropsykologi**

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

**Habiliteringspsykologi**

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

**Arbeidspsykologi**

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

**Samfunn- og allmennpsykologi**

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

**Organisasjonspsykologi**

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

**Klinisk helsepsykologi**

**Borrik Schjødt**, leder,  
e-post borrik.schjodt@helsebergen.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  
ryu@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  
**Per Olav Solberg**, nettredaktør,  
e-post perolav@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](http://www.psykologforeningen.no)

Ret24 UTE Baker og Konditor Bulbhereren  
 Audiografer mur-betong Erlik Utetiljø Musikkultur  
 I skolen Hageguiden Journalisten Gartneryrket Norsk Hagetidende Parc Fermé  
 enerWEno Selsagt Psykisk helse Magsinet Forskningselikk HealthTalk  
 Traa365no HX-nytt park & anlegg Kilden kjønnsforskning.no Høstesport Sosimar Marka  
 NFF UNGmagasin Norsk Veterinærtidsskrift Flynytt Kystmagasinet Finansfokus Fotterapeuten Farmasliv  
 Kjøkkensjefen Framtiden i våre hender Juristen Sunnheitsbladet Norsk Landbruk BobilVerden.no LO-Aktuelt  
 Sinn og samfunn Fri tanke Energi24no barnehageno Ambulansseforum Norsk Fiskerinæring Blikkenslageren  
 HMS Magasinet NBS-nytt Fjell og Vidde Norsk Tidsskrift for Sjøvesen forskning.no Gamer.no Økologisk Landbruk  
 Agenda 316 Kjømi Gravblassen Byggmesteren NorskLæraren Skolelederen Bioingeniøren Jakt & Fiske psykisk-kommunen  
 Traktor Bok og bibliotek Bobil og Caravan Magasinet Posthornet Agenda Magasin Horeca Fortene CP-bladet Apertif Sln Reiseliv I  
 GAFA Diabetes Yrkesstrykk Bonde og Småbruker Billedkunst Tunnhelsesekretæren Helsefagarbeideren Folkemusikk Uniforum Cupido  
 Skog Klatring Ergoterapeuten Utdanning Forskningspolitikk Universitetsavisen Folkehøgskolen Byggfakta KYSTEN  
 deQi Biolog Bondebladet Gatemagasinet ASFALT Tekna Magasinet Politiforum Traa og Galopp-nytt ParatLuffart Fortidsvern Forsterforum  
 Sko Magasinet STREK Bedriftsbladet Oslo Bedriftsbladet Oslo Bedriftsbladet Oslo Bedriftsbladet Oslo Bedriftsbladet Oslo Bedriftsbladet Oslo  
 Anlegg & Transport Arkitektnytt Sikkerhet SETLmagasinet VANN Magasinet for fagorganiserte Samora Forum Forsvarets forum Religioner.no  
 Din Hørsel Hold Pusten Appell KOM24 DRAMA-Nordisk dramapedagogisk tidsskrift Handikapnytt NFI.no Elektronikk Natur&Foto  
 Bedre Gardsdrift NNN-arbeideren Verrtoleieren i Delta Handikapnytt Kommunal Rapport Kjøttbransjen  
 Sykepleien Medier24no Fri Flyt Båtmagasinet Barnehagefolk Arkitektur N Gatemagasinet Sorgenfri Næringspolitikkno  
 ProBeer DayligvareSpesial ProBeer Uteliv Plan Frifagbevegelsenno Gatemagasinet Virkelig Gatemagasinet Sorgenfri Aldrimerno Optikeren  
 Bedre Skole Glass & Fasade Fysioterapeuten Frisør Brennaktueltno Salong Hud & velvære Norsk Skogbruk Arbeidsliv i Norden  
 Hjem og Skole RS-Magasinet Vinforum Apollon Cnyttno Yrke Tidsskrift for Den norske legeforening KUNST&LUSS Bistandsaktuelt  
 Negotia magasin Panorama Oslo Business Memo Tidsskrift for Norsk psykologforening KUNST&LUSS Bistandsaktuelt  
 Energiteknikk Lyngfposten Fuglehunden Samferdsel Diabetesfag Brannmannen Museumsnytt Hundearbeid  
 Første steg Ren Mat Norsk Golf Mestring Tannstikka Synkron magasin Energi og Klima  
 Kampanje Avfallstransjono Magma Dagligvarehandelen Flus & Bolig NFF-magasinet Veteran  
 Naturpress Advekstbladet NTL-magasinet Fagbladet Ledelse og teknikk Kjøkkenskrivern  
 Natur & miljø Arbeidsmanden Transit magasin Fyllingsfjell NFF-magasinet ParatStat Tenner & Helse  
 Norsk Farmaceutisk Tidsskrift seksualitet24no Khrono Michael LO Finans  
 Journalen Den norske tunnlegeforenings Tidende  
 Motor Terrengeyktel Offisersbladet Pensjonisten Parat  
 Dronemagasinet AquaVIT Tekstilforum  
 Tidsskrift for jordmadre  
 Moderne Transport  
 VVS aktuelt  
 hivorgeno  
 Nettverk

# Bli klokere på det du brenner for

Nyheter, perspektiver og innsikt  
innen faget eller interessefeltet du brenner for.  
Se utvalget på [fagpressen.no/utvalg](http://fagpressen.no/utvalg)

**F** Fagpressen

