

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 61 nr. 06 2024

Søvnvansker i habilitering

Vitenskapelig artikkel
Griffiths et al.

HINDRINGER I TRAUMETERAPI

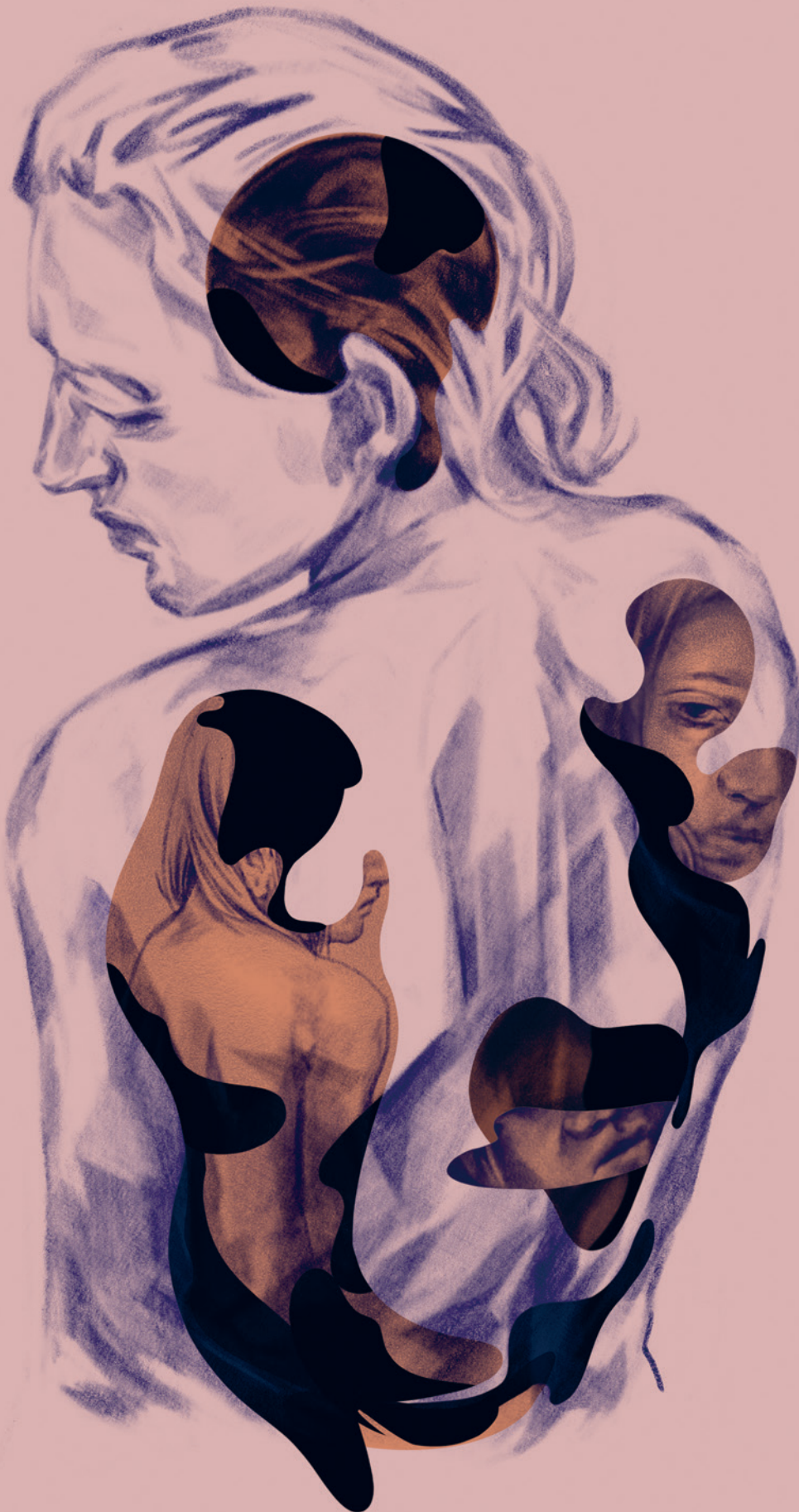
Fra praksis
Irene Michalopoulos

OCD-behandling på 70-tallet

Fagessay
Jordahl & Jordahl

Meningsløs medsignering

Kronikk
Langkaas & Kolsrud



TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

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

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

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams Katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Frist for bestilling av annonser 14.06, 18.07, 16.08

Denne utgaven ble godkjent til trykk 23.05.2024

Omslagsillustrasjon Bente Jørgensen **Form Bøk Oslo AS Trykk** Aksell AS

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

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

Les formålsparagrafen på www.psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen

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

Journalist Matt Oxman, **Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, **Teknisk redaktør** Christian von Schack, **Redaktører** Heidi Wittrup Djup, Patrick Michael Palmelund Faaland, Daniel Gunstveit, Ida Sund Morken, **Markedsansvarlig** Unni Sandland, **Visuelt ansvarlig/desk** Nora Skjerdingsstad

Redaksjonsråd

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1. juni 2022, publiseres under åpen tilgang (Open access) med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Bilder, illustrasjoner og figurer omfattes av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/figurteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

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



BILDE: FARTEN RUDJORD



Ole Jacob Madsen overrasker selv om han skriver om velkjente tema, mener Helén Ingrid Andreassen. Bokanmeldelse. Side 416

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



Rusmiddelavhengighet behandles og straffes – dobbeltheten påvirker klinisk praksis. Etikkpanelet. Side 400



Psykologtidsskriftet presenterer sine ferske Nye stemmer. Nye stemmer. Side 368

Innhold

- 366 Pris for artikkel om evidensbasert praksis**
Aktuelt | Nora Skjerdingsstad
- 368 Nye stemmer**
Aktuelt
- 370 Psykologen som forsker og behandler**
Fagessay | Jordahl og Jordahl
- 377 Å gjenkjenne og overkomme hindringer i traumebehandling**
Fra praksis | Irene Michalopoulos
- 388 Søvnvansker blant barn og unge i habiliteringstjenesten**
Originalartikkel | Griffiths et al.
- 394 Gruppebehandling for menn med tilbakevendende depressiv lidelse**
Fra praksis | Dahlberg og Richardsen
- 400 Sykdom eller kriminell atferd?**
Etikkpanelet | Fredrik Dreyer Moe
- 404 MENINGER**
Debatt: Spesialiseringen i samfunns- og allmennpsykologi er i stadig utvikling (s. 404), Etos og menneskesyn i psykoterapi (s. 406), Fintenkning om menneskesyn og etos (s. 408) Kronikk: Illusorisk kvalitetssikring | Tomas Formo Langkaas og Anya Kolsrud (s. 411)
- 414 Svaret er ikke alltid psykisk helsehjelp**
Nye stemmer | Rebin Badkan
- 416 INNTRYKK**
Anmeldelser: Tilbake til den terapeutiske kultur (s. 416)
- 419 Minneord**
- 424 Annonser**
- 425 Stillingsannonser**

Pris for artikkel om evidensbasert praksis

Andreas Høstmælingen tildeles Bjørn Christiansens minnepris for 2024.

TEKST OG

ILLUSTRASJON

Nora Skjerdingstad

Det er en soleklar vinner, ifølge juryen som nylig har utdelt prisen til Høstmælingen for hans vitenskapelige artikkel om behandlingsmetoders rolle i evidensbasert praksis.

I artikkelen «Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis» går Høstmælingen teoretisk til verks for å undersøke hvordan klinikere kan ta velinformerte beslutninger om behandlingsmetoder innenfor rammen av kunnskapsbasert praksis.

– Jeg har forsøkt å oppsummere noen tanker om kunnskapsbasert praksis som jeg har jobbet med i mange år. Det er en fin anerkjennelse at noe jeg synes har vært viktig og interessant å jobbe med, gir gjenklang hos leserne i tidskriftet, sier Høstmælingen.

GRYENDE INTERESSE

Høstmælingens interesse for evidensbasert praksis ble vekket til live under hans første landsmøte med Psykologforeningen i 2007. Diskusjonen om evidensbasert praksis den gangen fascinerte ham, og siden har han viet seg til å forstå hva det er og innebærer.

Høstmælingen peker på den komplekse dynamikken mellom behandlingsmetoder og

evidensbasert praksis, og mener at psykologifaget er preget av skiller mellom ulike tradisjoner og terapimetoder.

– Under studietiden og inn i arbeidslivet strevde jeg med å se hva det var som bandt faget vårt sammen. Evidensbasert praksis forsto jeg etter hvert som en plattform som gjør at profesjonen vår har et felles utgangspunkt.

Høstmælingen beskriver at det tidvis kan oppleves som at terapiretninger står i skyttergraver for å kjempe om hva som er den mest riktige tilnærmingen.

– Ideen om at én terapeutisk tradisjon har rett og alle de andre har feil, den kjøper jeg ikke.

FORLATE SKUTA

– For å praktisere kunnskapsbasert terapi mener jeg likevel at det er nødvendig å velge en behandlingsmetode. Det er viktig å ha en teoretisk modell som kan hjelpe oss til å forstå pasientens tilstand og hvordan man kan hjelpe dem. Dette er noe jeg tror de fleste har med seg, enten bevisst eller ubevisst.

Men valget av metode hviler ikke på at metoden er ensbetydende med å være den eneste sannheten når det kommer til å behandle og forstå psykiske lidelser, mener Høstmælingen.



PRISVINNER Andreas Høstmælingen skriver om evidensbasert praksis i vinnerartikkelen fra marsutgaven 2023.

– Mange metoder kan være like effektive. Derfor er det viktig å være åpen for å forlate en metode hvis den ikke gir ønsket effekt. Det handler om å tilpasse seg pasientens behov og være fleksibel i tilnærmingen for å oppnå best mulig resultat.

JURYENS BEGRUNNELSE

Juryens begrunnelse legger vekt på betydningen av Høstmælingens arbeid. Artikkelen presenterer prinsipperklæringen og drøfter implikasjonene av erklæringen på en klar og nyansert måte. Evidensbasert psykologisk praksis er et begrep det fremdeles hersker uenighet og misforståelser om. Språket i teksten kan overføres og brukes i feltet, også på tvers av spesialiseringer. Artikkelen kaster lys over selve kjernen og det mest komplekse i feltet; hvordan man velger behandlingsmetode, spesielt i tilfeller med begrenset forskning, og bidrar på denne måten til å synliggjøre og potensielt videreutvikle psykologiprofesjonen. Artikkelen oppfyller videre faglige krav og er relevant både for kliniske og ikke-kliniske psykologer.

Bjørn Christiansens minnepris tildeles årlig for et betydningsfullt fagfelleverdert bidrag som har blitt publisert i Psykologtidsskriftet. x

Nye stemmer

Psykologtidsskriftet har satt sammen et nytt panel med psykologstemmer som det kommende året skal dykke ned i saker som rører seg i psykologifeltet. Felles for psykologene i panelet er at de befinner seg i en tidlig fase av psykologkarrieren. Bortsett fra det, er de ganske forskjellige. Førstemann ut er Rebin Badkan, som spør om psykisk helsehjelp er svaret på alt som er vanskelig (s. 414). Her kan du lese en kort presentasjon av våre nye stemmer.



FOTO PRIVAT

SILJE STEVENS (31)

Jeg jobber i Stavanger kommune med mennesker som bor i bofellesskap og har ROP-lidelser. Jeg har tidligere jobbet i Bufetat, der arbeidet mitt rettet seg mot barn som bor på barnevernsinstitusjon (Digresjon: så Brennpunkt-dokumentarserien «Instukids» – veldig interessant. Burde kanskje skrevet noe om det!). Ellers har jeg en tendens til å bli lett engasjert rundt tematikk som pirker borti sosial ulikhet, makt, diskriminering og religion. Utenom dette er jeg glad i å se på reality-TV, drikke eksklusiv te og tilbringe tid med andre.

AMAN DIP SINGH (28)

Psykolog med en brennende interesse for å utforske fenomener knyttet til individ, samfunn og det imellom og utenfor. Mitt engasjement og fokus – utenfor terapirommet – retter seg mot hvordan psykologien kan bidra til å avdekke og utfordre underliggende dynamikker som fremmer urettferdighet og lidelse i samfunnet. Jeg mener at psykologisk kunnskap, trofast anvendt etter våre faglige prinsipper, kan gjøre mer for å skape en bedre verden for alle, inkludert meg og deg.



FOTO PRIVAT



FOTO PRIVAT

MARIA IGLAND (25)

Jeg er snart ferdigutdannet psykolog (ferdig jul 2024), og jobber på døgnpost med psykose og på ruspoliklinikk i Oslo. På siden av studiene sitter jeg i sentralstyret til Sosialistisk Venstreparti. Her jobber jeg med feminisme og likestilling. Innen psykologi har jeg mange ulike interesser; ROP-lidelser, hvordan å snakke om makt i terapirommet, sosial ulikhet og at vi skal engasjere oss politisk. Når jeg ikke gjør det, er jeg glad i å tegne, lese bøker, høre på musikk og møte folk.

REBIN BADKAN (31)

Eg har jobba som psykolog i to ulike kommunar og er oppteken av korleis kommunen kan tilby god og rask hjelp. For å oppnå dette målet, har eg dei siste åra engasjert meg i utvikling av gruppetilbod som kan gis raskt og kjennast relevante for alle som deltar på det. Eg er generelt interessert i forskning, såpass mykje at eg driv podkasten «Psykologisk dukkert», der me gjennomgår og diskuterer ein konkret forskingsartikkel i kvar episode. Spesielt er eg interessert i eit transdiagnostisk perspektiv på psykisk helseproblematikk. I tillegg er eg opptatt av samfunnsstrukturar som er uheldige for vår psykiske helse. På fritida ser eg på stand-up og kleine humorseriar.



FOTO PRIVAT



FOTO PRIVAT

ELISABETH EVJE (34 ÅR)

Jeg jobber på en døgnpost for eldre på Blakstad sykehus i Asker. Tidligere har jeg jobbet på DPS og i barnehabiliteringen. Jeg er engasjert i mange temaer knyttet til psykisk helsevern og folkehelse. Noe av det som opprører meg mest, er utenforskap og diskriminering, og for tiden er jeg spesielt opptatt av å skrive om eldre. Jeg tenker ofte over livets store spørsmål og at livet ikke er lett for noen. Utover det er jeg veldig glad i språk (særlig fransk), salt lakris og høy musikk!

ANDERS LØKKEBERG (29)

Jeg jobber i Skeiv Verden, som er en nasjonal interesseorganisasjon av og for skeive med minoritetsbakgrunn, der jeg for det meste driver med terapi og kunnskapsformidling. I tillegg til å være psykolog er jeg dermed også aktivist, en rollekombinasjon som så langt har gått overraskende godt sammen. Det er kanskje fordi aktivismen retter seg mot å endre samfunnet dithen at alle får likeverdige muligheter til å leve gode liv som den de er, og det er vel ikke å forakte som psykolog heller.



FOTO SKEIV VERDEN

Psykologen som forsker og behandler

Kan en OCD-behandling i 1975 ha vært et tidlig eksempel på evidensbasert psykologisk praksis – før det fantes?

TEKST Atle Jordahl og Helge Jordahl

KONTAKT

atlejordahl@gmail.no,
helgejordahl@wemail.no

MERKNAD

Kasus er endret og anonymisert. Figurer er fra hovedoppgaven til A. Jordahl, 1975. Bakgrunnen for behandlingen var at forfatterne i 1974 var på Neevengården sykehus (senere Sandviken), HJ som nylig ansatt psykolog ved Ettervernsavdelingen og AJ i praksis som psykologstudent. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Diskusjonen om hvilken type psykoterapi eller psykologisk behandling som er best for spesifikke lidelser, har pågått i mange år. Vi har fulgt den gjennom den lange karrieren vår som psykologer, som startet da vi var ferdig utdannet i 1969 (HJ) og 1975 (AJ).

Nå for tiden preges fagfeltet av at psykologen ser på hva som skal til for at pasienten oppnår målene sine og er fornøyd med behandlingen. Det er da opp til terapeuten å finne frem til en metode som fungerer, og som gir de resultatene som pasienten ønsker. Dette synes vi ble godt illustrert av Høstmælingens artikkel «Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis» (2023) i *Psykologtidsskriftet*. Mange av formuleringene hans gir mening, blant annet at det er en forutsetning for virkning at pasienten forstår, aksepterer og opplever metoden som meningsfull med tanke på problemene sine. Dette gjelder ikke bare pasienten, men også terapeuten, som må oppleve metoden som meningsfylt for å kunne presentere den på en genuin måte. Høstmælingen skriver (s. 147): «Terapeutens evne til å gjøre rede for behandlingen på en overbevisende måte er derfor en sentral terapeutisk ferdighet.» Vi er enige med Høstmælingen (s. 144) om at: «Teoriene fungerer som et grunnlag for å forstå og tolke pasientens problemer, men ingen av dem kan påstås å være mer objektivt sanne enn andre. Det avgjørende er å finne

frem til effektiv psykologisk praksis, gjennom å lære hva som virker for hvem.»

Formuleringene brakte frem et minne hos oss fra 50 år tilbake, om behandlingen av en pasient med uttalt tvangsatferd som var innlagt på en døgnpost i Bergen på 1970-tallet. Når vi tenker tilbake på behandlingen av denne pasienten, kjenner vi igjen mange av de momentene som blir nevnt av Høstmælingen om evidensbasert psykologisk praksis. Utfordringen vår var hvordan vi skulle tilby pasienten en effektiv behandlingsmetode som var i samsvar med hennes ønsker, og som ga mening både for henne og for oss som behandlere.

Den gangen leste vi en artikkel, *New approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorders* (Marks, 1973). Artikkelen var en beskrivelse av status for behandling av OCD i 1973 og beskrev de nye metodene som var tatt i bruk, som eksponering og responsprevensjon. Den henviste også til at disse metodene i stor grad var utviklet av Meyer (1966). Etter at vi hadde gjennomgått artikkelen, begynte vi å reflektere over hvorfor eksponering og responsprevensjon kunne fungere i behandling av OCD. Er det noe teoretisk grunnlag som kan forklare at det å utsette pasienten for det som utløser tvangsatferd og hindrer hen å utføre ritualer, vil hjelpe? Vi kom da frem til at Mowrers teori om unngåelseslæring (1951) var en plausibel forklaring på hvorfor metodene kunne fungere. Mowrers teori, også kalt to-faktor-teorien, kombinerer

klassisk betinging og operant betinging. Vi ble også klar over eksperimenter om ekstinksjon av unngåelseslæring. Vi syntes da at det var lett å forstå at en person som utførte tvangshandlinger gjorde det fordi hen var redd for hva som ville skje dersom ikke handlingene ble utført. Responsprevensjon førte til at vedkommende fikk oppleve at ingen katastrofe skjedde dersom tvangshandlingene ble stoppet, og at angsten avtok. Dette forklarte vi pasientene.

Det vil ikke si at vi anså andre metoder enn de som er basert på læringsteori, som uriktige. Men som nevnt tidligere kan ingen teori påstås å være mer objektivt sanne enn andre. Det avgjørende er å finne frem til effektiv psykologisk praksis.

Vi ble også inspirert av de mange, særlig atferdsterapeuter, som ivret for at klinikerne skulle se hvert enkelt behandlingsforløp som et eksperiment. Dette gjorde at vi undersøkte nærmere med pasienten hvilke problemer hun særlig ønsket hjelp for. Som det kommer frem av kasuistikken nedenfor, anså hun vasketvungen som det mest plagsomme. Når vi reflekterer over dette kasuset nå, slår det oss at det å forklare pasienten bakgrunnen for behandlingsmetoden og inngå en avtale med henne om å prøve ut metoden var en viktig forutsetning for en god arbeidsallianse. Det var også viktig å undersøke om behandlingen virkelig hadde effekt, og om pasienten opplevde at den hadde betydning for livet hennes. Vi var opptatt av å måle effekten av tiltakene på en objektiv måte, slik at det skulle være lett å se om det hadde funnet sted en endring.

Etter hvert er vi blitt klar over at denne måten å arbeide på, hvor en på en systematisk og vitenskapelig måte tester ut om en behandlingsmetode har effekt, faller inn under scientist-practitioner-modellen (også kalt Boulder-modellen). «The scientist-practitioner model is founded on the ideology that trained professional psychologists should be knowledgeable in both research and clinical practice» (Jones & Mehr, 2007). Vi kjente ikke til Boulder-modellen den gangen, men det var likevel naturlig for oss å finne objektive metoder for å undersøke om pasienten hadde oppnådd ønskemålene sine gjennom behandlingen.

Vi tenker at denne kasuistikken også kan være et tidlig eksempel på evidensbasert psykologisk praksis (EBPP): «Integrering av den best tilgjengelige forskningen med klinisk eksper-

tise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.»

EN KASUSBESKRIVELSE

AJ var i praksis ved Neevengården sykehus og kom der i kontakt med pasienten. Samtidig gjennomgikk vi faglige artikler på psykologmøtene, blant annet om tvangslidelser. Vi kom da over Marks' 1973- artikkel. Dette førte til at AJ bestemte seg for å prøve modell-læring, eksponering og responsprevensjon og skrive en hovedoppgave om behandlingen (A. Jordahl, 1975). Jan Skjerve var veileder for hovedoppgaven. Da pasienten ble utskrevet fra en sengeavdeling, overtok HJ ansvaret for ettervernet.

Pasienten, som var en gift kvinne med to barn, rundt 40 år, fortalte at hun første gang ble syk seks-syv år før hun kom i kontakt med oss. Hun hadde hatt flere innleggelse, hvor hun ble behandlet både med store mengder nevroleptika og serier med ECT. Lobotomi ble også vurdert.

Ved innleggelsen i sykehuset var det i den første tiden umulig å få henne til å delta i avdelingens forskjellige aktiviteter, og hun utførte ingen av de oppgavene som pasientene på avdelingen hadde. Hun lå enten i sengen, sto og vasket seg, eller gikk rastløs frem og tilbake i korridorene. Hun ba om hjelp fra avdelingspersonalet til alle handlinger som kunne føre til støv eller skitt på hendene. Alle rutinemessige gjøremål, som å stå opp, gå til sengs, personlig stell og måltider, måtte foregå til nøyaktig samme tidspunkt hver dag. I løpet av dagen klaget pasienten mye over rastløshet, tvangstanker og depressive tanker.

Vi orienterte henne om bakgrunnen for behandlingen og hva den ville innebære. Personalet på avdelingen ble sterkt involvert, både når det gjaldt observasjoner og behandlingstiltak. Da vi satte i gang behandlingen i 1974, var den helt uvanlig i Norge, men vi valgte den både på grunnlag av artikkelen til Marks og fordi vi forsto og aksepterte det teoretiske grunnlaget for eksponering og responsprevensjon.

FREMANGSMÅTE / DESIGN N = 1

Vi gjennomførte en behandling som vi evaluerte som en kasus-studie ($N = 1$). (Kazdin, 1973; Leitenberg, 1973; Øst, 1973). Vi begrunnet dette ut fra at psykoterapi-forskningen i stor grad bygget på gruppedata, hvor en eksperimentgruppe blir sammenlignet med en kon-

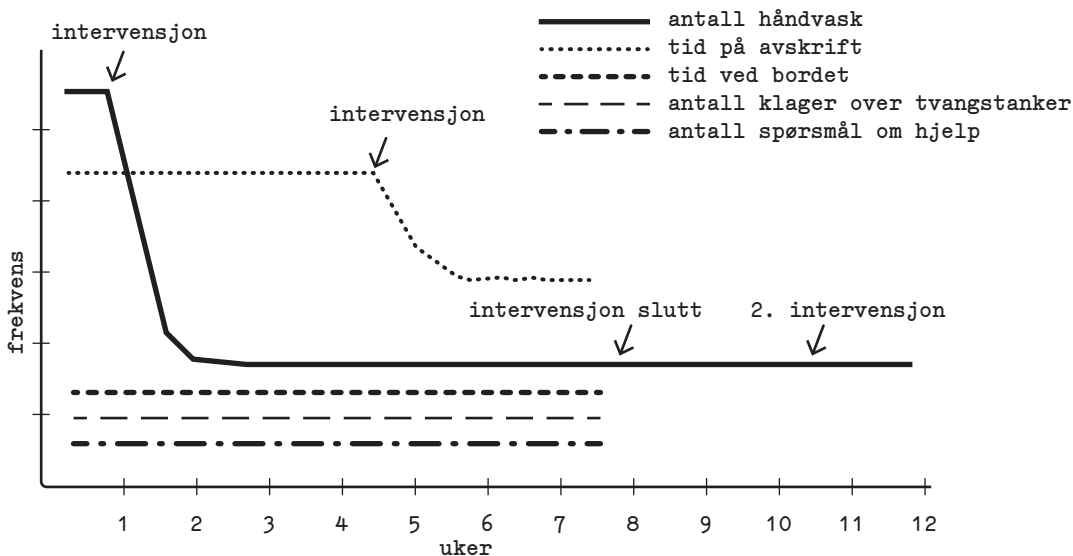


... det er en forutsetning for virkning at pasienten forstår, aksepterer og opplever metoden som meningsfull



Figur 1

Illustrasjon av behandlingsforløpet



trollgruppe. Med et slikt design, hvor konklusjoner trekkes på grunnlag av forskjeller i gruppegjennomsnitt, mister en mye informasjon om behandlingens effekt på det enkelte individ. En kassustudie har sin styrke her og gir dessuten mulighet til å bruke individet som sin egen kontroll, noe som klart er å foretrekke.

Vi valgte et multiple baseline-design (se figur 1) og brukte den aktuelle behandlingsteknikken på to typer atferd. Samtidig hadde vi flere andre atferdskategorier under observasjon.

Figur 1 viser det multiple baseline-designet som ble brukt i undersøkelsen, med hypotetiske frekvenser av de forskjellige variablene (f.eks. håndvask, tid ved bordet, antall spørsmål om hjelp). Som det fremgår, ble intervensjonene på begge målatferdene det ble intervertert på (altså håndvask og tid på avskrift), avsluttet etter syv uker. Intervensjonen på håndvasking ble satt inn igjen for andre gang ved begynnelsen av den 11. uken. Etter den 12. uken ble pasienten utskrevet.

Valg av målatferd

Selv om det var klart for alle at det var tvangsatferden som var det største problemet for pasienten ville vi gjerne vite fra henne hvilke problemer hun ønsket hjelp til.

Vi var opptatt av at behandlingen skulle ta utgangspunkt i de symptomene som var særlig plagsomme for pasienten. Opplysning

ger om dette ble innhentet gjennom en «target complaint»-liste (Battle et al., 1966), hvor pasienten rangerte plagene sine etter intensitet. Dette førte til følgende liste:

1. Vaske meg mindre (tåle mer urenheter)
2. Tvangstankene. Føler ikke at jeg gjør ting ordentlig
3. Rastløsheten
4. Er deprimert

Som det fremgår av tabell 1 nedenfor, ble dette («target complaint list») gjennomført før, under og etter behandlingen.

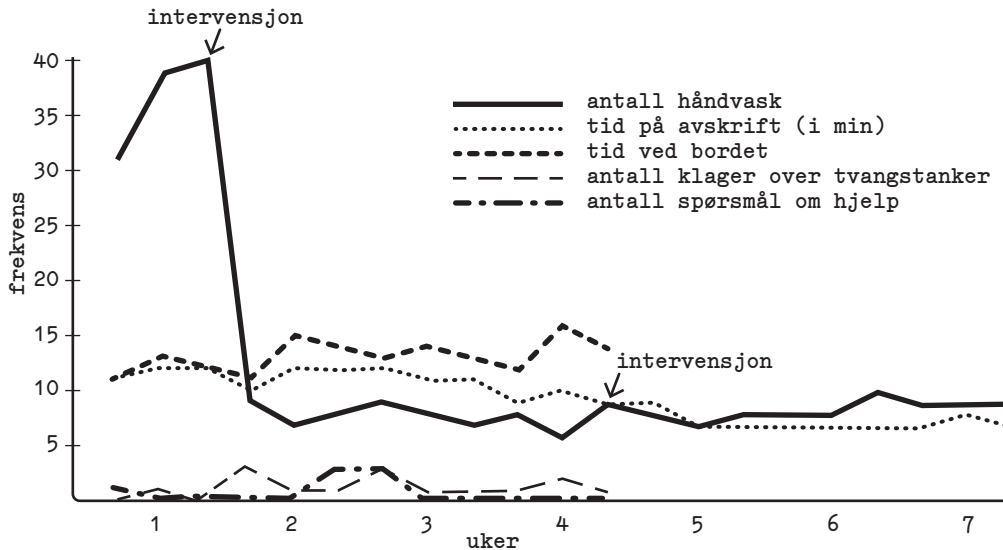
Det var viktig at målatferden skulle kunne operasjonaliseres. En må kunne avgrense de forskjellige målatferder, slik at de kan kvantifiseres og frekvensen uttrykkes tallmessig. Ettersom problemet til denne personen var at hun vasket seg hele dagen og ønsket å vaske seg mindre/sjeldnere var det naturlig å telle antall ganger hun vasket seg.

Atferdsobservasjonene måtte bygge på åtte timers «time sampling». Det vil si at atferdsobservasjonene blir gjort i bestemte tidsintervall i døgnet. Dette innebærer at de atferdskategoriene en vil observere, må forekomme innenfor disse intervallene, noe som begrenser valg av variabler betydelig.

På bakgrunn av de ovennevnte forholdene konstruerte vi et observasjonsskjema hvor føl-

Figur 2

Frekvens av de ulike målatferdene ilt. 7 uker



Note. Figuren viser frekvensen av målatferdene i de syv første ukene av observasjonsperioden. Det fremgår at observasjoner på målatferdene det ikke ble intervensert på, bare ble foretatt i fire uker, i motsetning til fremstillingen i figur 1.

gende atferdskategorier inngikk: antall håndvask, tid på morgenstell, tid ved bordet, klager om tvangstanker, spørsmål om hjelp og klager over fysiske plager. Alle disse atferdskategoriene ble imidlertid ikke inkludert i designet. Av kasusbeskrivelsen fremgår det at pasienten var plaget av at hun ikke ble ferdig med ting, men tok stadig opp igjen og korrigerste det hun tidligere hadde gjort. Dette ble det også intervensert på, men vil ikke bli beskrevet i detalj her.

Observasjonsmetode

Som nevnt måtte atferdsobservasjonene bygge på «time sampling»-prinsippet. Vi valgte tre perioder hvor en ville forvente at atferdskategoriene ville forekomme. Som det går frem av observasjonsskjemaet ble tiden i forbindelse med morgenstell, frokost, middag og aftens valgt ut. I disse periodene ble pasienten fulgt av en pleier som gjorde notater. Pasienten var altså oppmerksom på at hun ble observert. Det var to faste pleiere, en fra hvert dagskift, som gjorde dette.

Målatferder som det ble intervensert på. Vi valgte å behandle to atferdsvariabler innenfor et multiple baseline-design. De to variablene som ble gjort til gjenstand for behandling, var:

1. Håndvaskingen, øke toleransen for skitt på hendene.
2. Det å fullføre en oppgave ved å kopiere en tekst skriftlig.

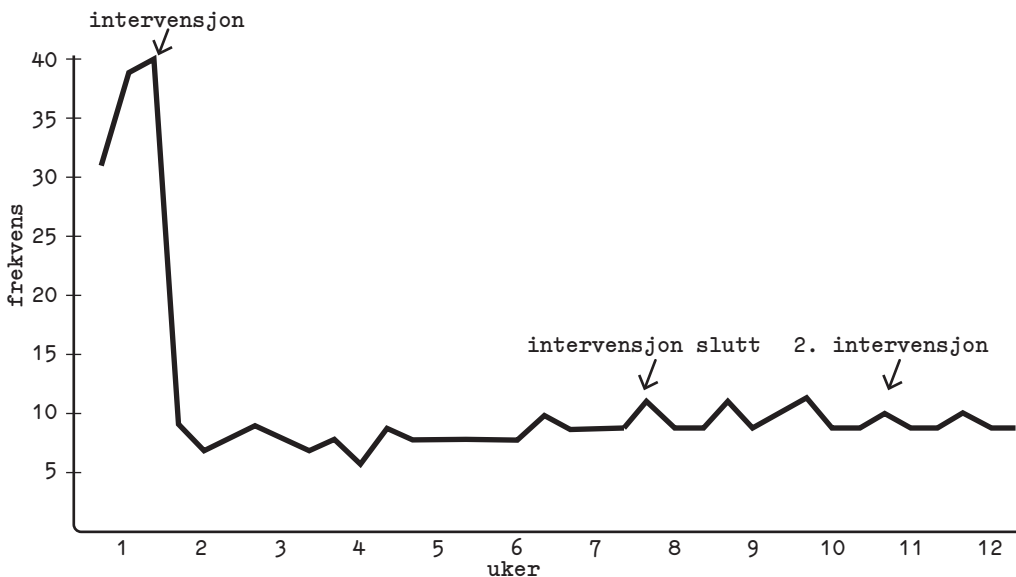
Av plasshensyn vil vi her kun beskrive behandlingsopplegget for håndvaskingen.

BEHANDLING FOR HÅNDVASKINGEN

Før behandlingen startet, ble det inngått en skriftlig avtale med pasienten hvor hun forpliktet seg til å gjøre øvelsene som ble vist henne under behandlingen, og å holde de avtaler som ble gjort med hensyn til når hun skulle vaske seg i avdelingen. Hun ble, før hun skrev under avtalen, informert om hva øvelsene gikk ut på. Dersom hun ikke holdt sin del av avtalen, ville behandlingsopplegget opphøre. Etter tre dagers baseline-observasjoner ble daglige øvelser i å være i kontakt med skitt innledet. Terapeuten utførte øvelsene først, og pasienten gjentok deretter nøyaktig det terapeuten hadde gjort. Innholdet i øvelsene var å få skitt på hendene og utføre bestemte handlinger med skitne hender. Hendene ble skitnet til ved å gni sigarettaske utover fingre og håndflater, stryke hendene under skosålene og over gulvet. Deret- »

Figur 3

Håndvaskfrekvens 12 uker



Note. Figur 3 viser frekvensen av håndvaskingen i hele observasjonsperioden.

ter skulle pasienten berøre klærne: Jakke, kåpe, hansker og skjerf ble tatt av og på. Selve øvelsen tok cirka 20 minutt. Etter at øvelsen var gjennomført, samtalte terapeuten og pasienten i omtrent like lang tid. Det ble da snakket om øvelsene som var gjennomgått, og ellers om løst og fast. Hensikten med samtalen etterpå var at pasienten skulle være rolig og ikke engstelig når hun forlot kontoret. Det å få skitt på hendene og deretter berøre klærne med dem var svært angstprovoserende for pasienten, og hun var engstelig når øvelsene var over. Pasienten forlot så kontoret uten å vaske seg og gikk på arbeidsstuen, hvor hun heller ikke kunne vaske seg. Hun fikk først vaske seg når hun kom tilbake til avdelingen før middag.

Samtidig som øvelsene pågikk, passet personalet på at pasienten ikke vasket seg utenom de avtalte tidene, som var ved morgen- og kveldsstell samt før og etter måltidene. Det ble aldri brukt makt for å avholde pasienten fra å vaske seg. Hvis hun gjorde tegn til å ville vaske seg mer enn avtalt, overtalte personalet henne til å la være og henviste til den inngåtte avtalen.

Etter at intervensjonene var avsluttet, holdt vi fortsatt frekvensen av håndvaskingen under observasjon i tre uker til. Intervensjonen på håndvaskingen ble deretter gjenopptatt i to

uker, og pasienten ble så utskrevet. Grunnen til at øvelsene ble gjenopptatt, var å oppnå en overlæring, som kunne redusere risikoen for tilbakefall etter utskrivelsen.

RESULTATER

Det vi ønsket å oppnå med undersøkelsen, var å se om den aktuelle behandlingsteknikken (*flooding*, responsprevensjon og modell-læring) førte til nedgang i frekvensen av tvangsatferden som var gjenstand for intervensjon. Som en ser av figur 2, fant det sted en drastisk nedgang i frekvensen av håndvaskingen etter at intervensjonen startet.

Av figur 3 fremgår det at reduksjonen holdt seg etter at behandlingen av håndvaskingen var avsluttet, og var stabil frem til intervensjonen på håndvaskingen ble gjenopptatt. Etter dette og frem til utskrivning holdt vaskingen seg fortsatt stabil. Tid på å fullføre en oppgave, som var den andre målatferden som det ble intervensjonert på, ble også redusert etter at intervensjonen på denne atferden startet. Det fremgår av figur 2 at det ikke fant sted systematiske forandringer av de andre målatferdene som ble observert, og som *ikke* var gjenstand for intervensjon. På denne bakgrunnen hevdet vi at det var den aktuelle intervensjonsprosedyren som

Tabell 1*Pasientens opplevelse av plagene*

		Lite	En del	Nokså mye	Mye	Svært mye	Kan ikke være verre
Hovedproblemer før behandling	1. Vaske meg mindre, tåle mer skitt						x
	2. Tvangstankene, må ta alt opp igjen						x
	3. Rastløsheten						x
	4. Er deprimert					x	
Hovedproblemer under behandling	1. Rastløsheten						x
	2. Tvangstankene					x	
	3. Vaskingen				x		
	4. Jeg er så nøye, tar alt opp igjen						x
Hovedproblemer etter behandling	1. Rastløsheten						x
	2. Tvangstankene, må telle alt		x				
	3. Er deprimert		x				
	4. Vaskingen		x				

Note. Tabell 1 viser pasientens oppfatning av plagene sine i rang og intensitet før, under og etter behandlingen. Pasientens egne uttrykk er gjengitt, og benevnelsene varierer noe fra gang til gang.

var årsaken til forandringene i de to nevnte målatferdene – håndvask og tid på å avslutte en oppgave. Hypotesen vår om at modell-læring, eksponering og responsprevensjon ville lede til reduksjon av tvangsatferd, ble altså bekreftet. Om det bare var disse tiltakene som var avgjørende, vil vi diskutere nedenfor.

ETTERORD OM METODE OG RESULTATER

Vi vil anføre at en viktig del av behandlingen var designet, hvor en beskriver en pasient og måler effekten av tiltakene på observerbar atferd, i dette tilfellet tvangsatferd. Vi mener single-case-designet er et godt alternativ til gruppedata som ofte anvendes ved psykoterapiforskning. I fra praksis-artikkelen «Når eksponeringsterapi for OCD ikke hjelper» henviser psykolog Gilad Beck (Beck, 2023) til undersøkelser hvor en har anvendt spørreskjemaet Y-BOCS for å undersøke effekten av eksponering og responsprevensjon. Han viser til at i en studie (Hansen et al., 2018) var det mellom 27 og 36 % av pasientene som ikke var i remisjon. Vi tror at det ville vært lettere å finne ut hvorfor noen *ikke* har nytte av tiltakene dersom en hadde valgt et kasuistisk

design med $N = 1$ og kunne monitorere effekten nøyaktig på hver enkelt pasient. En kan tenke seg at en slik observasjonsmåte vil kunne føre til at en må endre noe på gjennomføringen av tiltakene. For eksempel: Er eksponeringen nøyaktig nok? Må eksponeringen forlenges? Kan det være forhold i miljøet som fungerer som ytre forsterkere for tvangsatferden? Hvilken betydning har modell-læring?

Det vil også være diskusjon av hvordan effekten skal måles. Vi telte antall tvangshandlinger, mens i studien som Beck refererer til, brukte man et spørreskjema. Vår erfaring er at det er nyttig å følge den enkelte pasient nøye og justere standardprosedyren (eksponering og responsprevensjon) når virkningen ikke blir som ønsket.

Behandlingen vår pasient gjennomgikk, besto i hovedsak av modell-læring, eksponering og responsprevensjon, og behandlingen ga positiv effekt på de områdene som særlig plaget pasienten, altså tvangsvasking og det å kunne avslutte en arbeidsoppgave. Vi har likevel spurt oss om modell-læring, eksponering og responsprevensjon kan ta hele æren for behandlingseffekten. Pasienten var inn-



Vi mener single-case designet er et godt alternativ til gruppedata



lagt til behandling i cirka en måned, og i løpet av denne tiden lærte både vi som terapeuter og personalet pasienten å kjenne. Gjennom samtaler på kontoret og samvær i avdelingen ble det enklere å ha samtaler om hvordan hun opplevde sykdommen sin med flere anledninger til å svare på spørsmål knyttet til selve behandlingen og hvordan det hadde seg at plagene avtok.

AVSLUTNING

Vi var opptatt av flere forhold ved denne saken. Slik vi oppfattet pasienten, så vi tvangsatferden som det mest sentrale, og det var klart at det gjorde også pasienten. Spørsmålet var om det fantes noen spesifikke metoder for å behandle slik atferd. Det fant vi altså i Marks' 1973-artikkel. Og det var metoder som vi forsto og som ga mening for oss. Deretter gjaldt det å finne en metodikk som kunne dokumentere effekt av tiltakene, og som etter vårt syn var så konkret som mulig.

Saken må også sees i lys av tidsånden på 70-tallet. Som det heter i en mellomtittel i Psykologtidsskriftets jubileumsnummer om 1970-tallet: «Psykodynamisk teori mister hege-
moni.» (2023, s. 577). Behandling basert på sosial

læringsteori og kommunikasjonsteori fikk økende innflytelse, blant annet med utgangspunkt i Sissel Reichelts artikkel: «Er psykoanalytisk egopsykologi en modell som har mistet sin relevans i moderne barne- og ungdomspsykiatri?» (1972). Det bør også legges til at det faglige miljøet på Neevengården sykehus på 70-tallet støttet opp om en slik faglig utvikling.

Behandlingen ble gjennomført som del av en hovedoppgave til embetseksamen i psykologi. En var derfor nøye på at metodikken skulle være så god og nøyaktig som mulig, både når det gjaldt måling av effekt og gjennomføring av behandlingen. Vi er i tvil om den samme systematikken vil la seg gjennomføre i vanlig klinisk praksis, blant annet på grunn av tidspress og faglig uenighet. Som nevnt var ikke Boulder-modellen aktuell for oss som referanseramme tidlig på 70-tallet, men vi synes absolutt systematikken i den er relevant i dag og bør kunne følges opp i større grad i praksis. Vi tror det vil føre til et bedre samarbeid mellom kliniker og pasient. ✕

TAKKSIGELSE

Takk til Lena Antonsen Stabell for teknisk hjelp med manus.

REFERANSER

- Battle, O.C., Imber, S.D., Hoenh-Saric, R., Stone, A.R., Nash, E.R. & Frank, J.B. (1966). Target complaint as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 184–192.
- Beck, G. (2023). Når eksponeringsterapi for OCD ikke hjelper. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(4), 227–231. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2023/03/nar-eksponeringsterapi-ocd-ikke-hjelper>
- Hansen, B., Hagen, K., Øst, L.G., Solem, S. & Kvale, G. (2018). The Bergen 4-day OCD treatment delivered in a group setting. 12 month follow-up. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00639>
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3) 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>
- Jones, J.L. & Mehr, S.L. (2007). Foundations and Assumptions of the Scientist-Practitioner Model. *American Behavioral Scientist*, 50(6), 766–771. <https://doi.org/10.1177/0002764206296454>
- Jordahl, A. (1975). Atferdsterapeutisk behandling av tvangsadferd. En kasusstudie (Hovedoppgave til embetseksamen i psykologi, praktisk klinisk linje). Universitetet i Bergen.
- Kazdin, A.E. (1973). Methodological and assessment considerations in evaluating reinforcement programs in applied settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 517–531. <https://doi.org/10.1901/jaba.1973.6-517>
- Leitenberg, H. (1973). The use of single-case methodology in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(1), 87–101. <https://doi.org/10.1037/h0034966>
- Marks, I. (1973). New approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorders. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 156(6), 420–426. <https://doi.org/10.1097/00005053-197306000-00007>
- Meyer V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research & Therapy*, 4, 273–280. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90023-4)
- Mowrer, O.H. (1951). Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychological Review*, 58(5), 350–354. <https://doi.org/10.1037/h0058956>
- Redaksjonen. (2023). Metoder i vinden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(10), 576–588. <https://psykologtidsskriftet.no/jubileum-1973-2023/2023/10/metoder-i-vinden>
- Reichelt, S. (1972). Er psykoanalytisk egopsykologi en modell som har mistet sin relevans i moderne barne- og ungdomspsykiatri?. *Nordisk Psykologi*, 24, 147–170.
- Øst, L.G. (1973). Experimentelle designer vid N=1. En litteraturoversikt. *Beteendeterapi*, 77–95.



Å gjenkjenne og overkomme hindringer i traumebehandling

Det er gjennom arbeid med hindringene at pasienten blir bedre og heling kan finne sted.

MANDAG GÅR BARNET på skolen, selv om hun utsettes for seksuelle overgrep hjemme. Læreren spør hvordan helgen var. Hun svarer bare bra. Leker med de andre i friminuttet. Hjemme gjør hun lekser. Pappa lager middag. Mamma kjører henne på trening, men ser ikke på henne. På kvelden stiller hun seg på badet. Så kommer natten igjen. Da blir pappa monsteret.

Barnet kunne ha fortalt noen om det som skjer, men truslene, skammen og redselen preger hver celle i kroppen. Barnet vet ikke at ikke alle barn opplever det samme. Det er hennes hverdag. Hun mangler ord for det som skjer. Det vonde blir borte når hun flytter seg fra rom til rom i huset, og fra hjem til skole og til fritidsaktiviteter. Hverdagen blir til år. I løpet av barneskolen er hun blitt spesialtrent i å ikke huske, ikke fortelle og ikke kjenne. Hun er vant til den strenge stemmen i hodet som sier hun må ta seg sammen. Hun har blitt god på å dunke hodet i veggen for å få bort smerten.

Barnets dilemma blir terapeutens dilemma når den voksne pasienten søker behandling for uforklarlige symptomer. Traumehistorie gir langvarig taushet, i gjennomsnitt tar det 17,2 år før pasienter forteller (Steine et al., 2017). Pasienter med komplekse traumer kan gå i terapi i mange år uten bedring, eller terapien avsluttes for tidlig (Brand et al., 2022). Terapeuten kan oppleve det som vanskelig å hjelpe. Vi må anta at det har oppstått hindringer i behandlingsforløpet.

Traumepoliklinikken Modum Bad i Oslo tar årlig imot rundt 200 pasienter, i hovedsak pasienter med kompleks dissociativ lidelse. Klinisk erfaring har tydeliggjort typiske utfordringer i terapien, som kan hindre behandlingsprogresjon. Hindringene kan systematiseres rundt fem sentrale kjernefenomener, som vil påvirke relasjonen: mistillit, fobi for indre opplevelser, et fragmentert selv, destruktive overlevelsestrategier og traumatisk overføring/motoverføring. Når terapeuten kjenner hind-

TEKST Irene Michalopoulos, Traumepoliklinikken Modum Bad i Oslo

KONTAKT irene.michalopoulos@modum-bad.no

MERKNAD De kliniske eksemplene er fiktive og ment å vise hvordan terapeuten kan forholde seg til utfordringene som oppstår. Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.

ILLUSTRASJON Bente Jørgensen





Tilstrekkelig traumekunnskap bidrar til at terapeuten kan tilrettelegge terapisisituasjonen

ringene og har måter å håndtere dem på, legger man til rette for gode terapiforløp. Det teoretiske utgangspunktet for artikkelen er teori om strukturell dissosiasjon av personligheten og nevrobiologisk forskning om utviklingstraumer (se tekstboks).

Barnet blir en kvinne på 35 år. Hun fungerer i jobb og har venner, men får stadige kriser. Hun overveldes av håpløshet, selvmordstanker og impuls til å skade seg. I perioder mister hun evnen til å ta vare på seg selv, blir redd og forstår ikke hva som skjer. Hun oppsøker hjelp, først legevakt, og blir lagt inn på akuttavdeling. Hun er tydelig på at hun ikke vil dø, men kan ikke gjøre rede for hvorfor det er vanskelig. Hun får spørsmål som antyder at hun selvskader for å få oppmerksomhet. Hun som er så ressurssterk, må ta seg sammen og slutte med det tullet. Hun forsøker å unngå kontakt med helsevesenet, men det blir mange turer inn og ut av akuttavdelinger. Hun får tilbud om korte behandlingsforløp ved DPS uten ønsket effekt. Når hun kommer til Traumepoliklinikken, har hun hatt mange år i behandling.

MISTILLIT

Utviklingstraumer forstyrrer evnen til å gå inn i en tillitsfull relasjon (Fisher, 2014; Herman, 2001; van der Kolk, 2014). Relasjonelle forventninger kan være at psykologen ikke kan eller vil hjelpe. Å bli stilt spørsmål, eller få et vennlig blikk, kan aktivere usikkerhet og redsel for å gjøre feil. Tilstrekkelig traumekunnskap bidrar til at terapeuten kan tilrettelegge terapisisituasjonen fra første møte. Forståelse gjenspeiles i språket, spørsmålene og hvordan de stilles. Terapeuten er åpen, rolig og vennlig, og tar aktivt ansvar for samtalen. Hvis pasienten i første time unngår blikkontakt og svarer «vet ikke» på alle spørsmål, kan terapeuten si: *Det er ikke så rart at det er vanskelig å komme hit og snakke. Vi kjenner ikke hverandre ennå. Tillat deg å bruke tid, se meg litt an, og sjekk ut om jeg er en du kan tenke deg å snakke med.* Den grunnleggende holdningen er å møte det som kommer fram, med forståelse, nysgjerrighet, respekt og aksept (Ogden & Fisher, 2015).

Reorientering til trygghet

Siden relasjonen trigger, flyttes fokus til å orientere seg i rommet via de ulike sansene. Terapeuten kan si: *Hvordan er det å sitte slik vi sitter nå?* Pasient: *Jeg føler meg så dum når jeg ikke klarer å svare på spørsmålene. Jeg blir så redd.* Terapeut: *Det er mange som synes det er ubehagelig å sitte slik og se rett på meg. Om du vil, kan vi dra stolene litt lenger fra hverandre og legge merke til om det gjør noen forskjell for deg? Blir du roligere eller mer urolig?*

Å føle seg trygg er assosiert med en fysiologisk tilstand regulert av det autonome nervesystemet (Porges, 2011). Terapeuten inviterer til små eksperimenter for å regulere kroppslig aktivering (Ogden, 2015): *Vil du prøve å bevege bena litt, minne deg om at du kan gå om du vil. Bruk litt tid og se om du blir mer eller mindre til stede?*

Ogden og Fisher (2015) vektlegger at det alltid er gode grunner til et symptom. Å unngå blikkontakt kan være et forsøk på å holde seg trygg for barn som lever i vold. Vansker med å snakke kan være fysiologisk betinget. Terapeuten kan si: *Hvordan kan det ha hjulpet deg til å overleve?* Pasient: *Det føles farlig, jeg blir så redd for straff.* Terapeuten kan forklare at traumeerfaringer huskes som følelser, sanse- og kroppsminner: *Det er ikke så rart at kroppen låser seg når du husker vonde ting. Så*

Begreper

Utviklingstraumer eller *komplekse traumer* brukes om gjentatte og alvorlige barndomstraumer som emosjonell neglekt, psykiske, fysiske og seksuelle overgrep (Courtois & Ford, 2009; van der Kolk, 2014).

Komplekse traumelidelser henviser til et spekter av traumerelaterte lidelser, fra kompleks PTSD til den mest alvorlige diagnosen dissosiativ identitetslidelse (DID).

Kompleks dissosiativ lidelse (KDL) inkluderer diagnosene F44.81 dissosiativ identitetslidelse (DID) og annen spesifisert dissosiativ lidelse i ICD-10. Sistnevnte brukes

når ikke hele klusteret av dissosiative symptomer er oppfylt (se Steele et al., 2017, for utredning av KDL).

Det tar 5-12 år før kompleks dissosiativ lidelse diagnostiseres (Spiegel et al., 2011), og i gjennomsnitt er fem andre diagnoser satt først (Brand et al., 2009).

Epidemiologiske prevalensstudier på DID antyder prevalens i psykiatrisk populasjon på 5 % (Sar, 2011).

Det er faglige kontroverser rundt DID: Eksisterer DID-diagnosen? Har splittelsen av selvet opphav i

tilpasning til traumatisk oppvekst, eller er det heller et resultat av terapi? (Dalenberg et al., 2012).

Det er ulike synspunkter om traumebehandling. Traumebehandling dreier seg ofte om eksponering av «de tidligste og de verste» traumeminnene. Nødvendigheten av ferdighetstrening og gradvis eksponering diskuteres (Rydberg, 2017). Eksponeringsmetoder har drop-out på 49,4 % (Doran & Deviva, 2018), noe som innebærer at mange pasienter ikke «passer inn».

Teorien om strukturell dissosiasjon

Ifølge teorien antar man at dissosiative lidelser befinner seg langs et spekter av kompleksitet.

Det uløselige dilemmaet barn opplever når omsorgspersonen som skal representere trygghet, samtidig utgjør en trussel, vil befestes i nervesystemets og hjernens utvikling. Det gir grunnlag for en splittelse av selvet, der en eller flere deler husker hverdagen og andre deler husker traumeerfaringene (van der Hart et al., 2006; Schore, 2006).

Evnen til å dele opp i separate verdener hjelper barnet å opprettholde tilknytning til omsorgspersonene.

Personen vil ikke fungere som en integrert helhet, men være preget av indre konflikt mellom deler med ulike behov. Sårbare deler henviser til selvtilstander som er fastlåst i barnets umøtte behov og ubearbejdede forsvarsreaksjoner som flukt, frys og underkastelse, mens sterke deler henviser til selvtilstander som er fastlåst i kampforsvar.

Dissosiative deler kjennetegnes av en egen agens med unik forståelse av seg selv, andre og verden (van der Hart et al., 2006). Hvor avspaltet deler er, kan variere fra opplevelsen «det er meg, men det føles ikke sånn», til å kjennes helt fremmed; «det er ikke meg.»

Det er anbefalt å basere traumebehandling på en samarbeidsmodell, der terapeuten har en aktiv rolle i å lære pasienten nye ferdigheter, og der målet er å øke den integrerende kapasiteten (Nijenhuis, 2017; Steele et al., 2017).

viktig at vi fikk tak i det, det er noe vi kan finne mer ut av sammen.

Terapeuten ber om tilbakemelding for å justere tilnærming: Hvordan ble timen for deg? Hva ble viktigst i dag? Pasient: Jeg er litt rolligere nå. Jeg følte meg litt mindre gal da du sa det er vanlig å være redd når man møter en ny man ikke kjenner.

Trygg nok base

Først når relasjonen blir trygg nok, er nysgjerrighet, refleksjon og læring mulig. Terapeuten undersøker hvordan terapirommet kan bli trygt, og hvordan trygghet kjennes i kroppen. Pasienten oppfordres til å prøve ut det nye mellom timene, for så å komme tilbake og reflektere over det. Tillit utvikles kun gjennom erfaring.

Det vil være en prosess før relasjonen er en trygg base. Pasienten kan streve med å tro på erfaringer der negative forventninger ikke bekreftes. Fonagy kaller det epistemisk mistillit (2015). Det vil ta tid før gode relasjonelle erfaringer tas inn. Å bli møtt med aksept for utryggheten, uten krav om å endre den, bygger opp tillit. *Det er ok å komme hit selv om du er utrygg eller skeptisk.* Små mestringserfaringer eller «act of triumph» (van der Hart et al., 2006) fremmer endring.

FOBI MOT INDRE LIV

Unngåelse starter som tilpasning til en traumatisk oppvekst, men blir integrert i personlighetsstrukturen som evne til å koble fra kropp og følelser (Knipe, 2015). Utviklingstraumer er assosiert med manglende evne til å gjenkjenne, uttrykke og ha språk for indre opplevelser (Fisher, 2014). Når invitasjonen til terapeutisk arbeid kommer, vet ikke alltid pasienten hvordan de skal gjøre det. Terapeuten legger til rette for samarbeid, så pasienten kan lære å få kontakt med og beskrive indre opplevelser. Terapeuten blir en organiserende og regulerende annen (Steele et al., 2017).

Å legge merke til

Å miste opplevelsen av tid og sted er beskyttende når den traumatiske hendelsen pågår (Frewen & Lanius, 2015), men forstyrrer når det blir en automatisert måte å være i verden på. Kapasiteten til å legge merke til tidlige tegn på å koble fra øves opp i terapien. Terapeuten gir rasjonale for hvorfor det er nødvendig: *Du kan ikke endre noe du unngår.* Terapeuten bremser

tempo for å undersøke det som skjer, og for å skape rom for refleksjon. Når pasienten får til å beskrive om synet blir tåkete, eller at bena blir numne, forutsetter det tilstedeværelse og vil være regulerende.

Terapeuten anerkjenner unngåelsen, som drives av frykt for å bli overveldet (Knipe, 2015): *Se for deg en skala fra 0 til 10. Hvor mye vil du ikke tenke på det?* Pasient: *(ler) Tror jeg er på 20, men jeg vil jo gjerne bli bedre også.* Terapeut: *Hva kan være gode grunner til å unngå?* Pasient: *Jeg havner helt tilbake ... det er så vondt.* Terapeut: *Jeg ser pusten stopper opp nå. Det er ikke rart du vil unngå når traumeminnene tar overhånd. Det er viktig å kommunisere innover at det vonde er over. Du skal ikke tilbake. Se deg rundt og minn deg om at du er akkurat her, akkurat nå med meg i terapirommet.*

Terapeuten fokuserer på å styrke evnen til dobbel oppmerksomhet (Knipe, 2015): å være til stede i rommet med terapeuten, og samtidig ta kontakt med det i seg som sitter fast i traumatisk fortid.

Unngåelsens funksjon

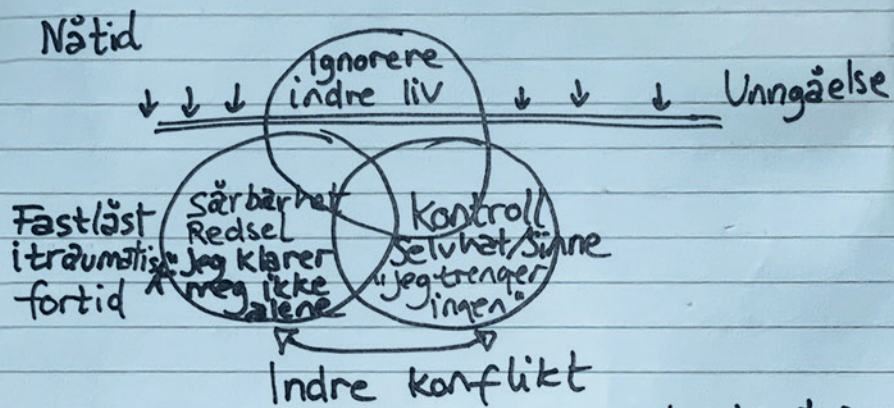
Unngåelse kan komme til uttrykk på alle tenkelige måter og skaper forvirring. Terapeuten har ansvar for å holde fokus og ikke bli med inn i unngåelsen. Terapeuten er nysgjerrig på hvordan og hva pasienten unngår. For eksempel kan det være å snakke mye uten kontakt med følelser, eller å veksle mellom tilstander – *fra jeg har ingen traumer* til total overveldelse i kriser. Terapeuten ser etter mønstre, sammenhenger og danner hypoteser som deles med pasienten. Bevisstgjøring av hvordan ytre hendelser påvirker indre opplevelser, er nødvendig. Å fortsette å ignorere det indre bidrar til at følelser og traumeminner forblir fastlåste og uregulerte. Ofte handler unngåelse om å ikke ta inn betydningen av traumehistorien, som er knyttet til redsel for å gå til grunne. Terapeuten har ansvar for å finne en trygg vei.

Gradvis eksponering

Arbeid med unngåelse innebærer å styrke kapasiteten til å forholde seg innover. Pasienten må erfare at det finnes alternativer til å holde alt unna. Det er nødvendig å øve på pendulering (Steele et al., 2017): å gå til og gå fra – nærme seg et minne eller en traumerelatert følelse, for så å flytte fokus til å være til stede med terapeuten (Knipe, 2015). Dosering er viktig for mest-

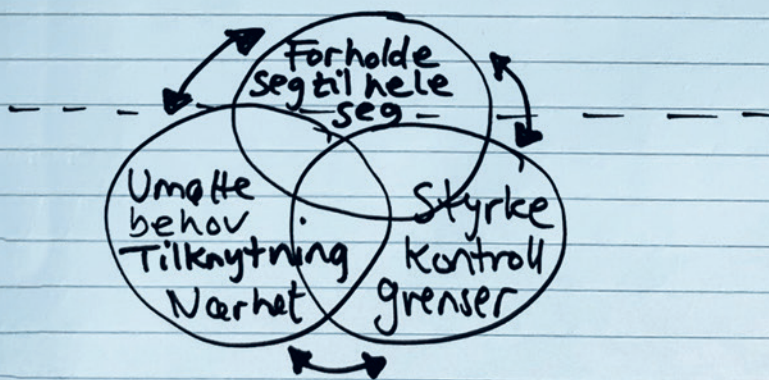
Tegning som brukes med pasienten i timen, for å bli kjent med den indre verden og undersøke indre dynamikk. Inspirert av Nijenhuis, 2017 og gjengitt med tillatelse.

Fastlåst fungering



Inspirert av Nijenhuis, 2017

Mål: Fleksibel fungering



ringen: *Er du villig til å gå til det vonde i noen sekunder (5–8 sekunder)?* Pasienten lærer å legge merke til grad av orientering: fra helt til stede i nåtid, til helt tilbake i gjenopplevelse (Knipe, 2015). Når pasienten erfarer å hente seg inn, blir det lettere å møte smerte. Det blir en gradvis eksponering, som er en balansekunst.

Unngåelsesforsvar kan «holdes» av noe i personen (Knipe, 2015). Veksling til en selvtilstand som ikke husker eller ikke kjenner smerte, er adaptivt i en traumatisk kontekst, men forstyrrer det terapeutiske utbyttet. Terapeuten etterspør om det terapeutiske arbeidet blir med pasienten inn i hverdagen: *Hvordan gikk det å øve på å roe redsel hjemme?* Pasient: *(ler) Jeg husker ikke sist time, jeg er visst litt dement, jeg har ikke tenkt mer på det.*

ET FRAGMENTERT SELV

En dissosiativ lidelse synes ikke på utsiden. Det blir en hindring fordi hverken pasient eller terapeut gjenkjenner splittelsen av selvet (Brand et al., 2022). Hvordan kan terapeuten fange det opp i terapirommet? Terapeuten kan lytte etter symptomer på deling av selvet. Veksling i framtoning og behov er forvirrende for begge parter, men når det blir tydelig, kan det undersøkes.

Et språk for den indre verden

Utviklingstraumer rammer opplevelsen av å være et sammenhengende, helt og integrert menneske (Steele et al., 2017). Vanlige spørsmål som «vil du / er du ...?» er krevende å besvare hvis innsiden føles kaotisk og fragmentert. Svar vil variere etter selvtilstanden som er framme i øyeblikket. For å kunne utforske og speile motsetninger må språket tilpasses, og vi kan bruke delspråk (Fisher, 2017; Schwartz, 1995). Terapeuten kan si: *Så noe i deg vil fortelle om overgrepene, mens noe annet i deg stopper ordene?* Et annet terapeutisk grep er å snakke til personen som et system (van der Hart et al., 2006): *Det er viktig at hele deg lytter. Kroppen er voksen, du bestemmer selv. La hele deg se ut av øynene dine og erfare at du er akkurat her – akkurat nå. Rommet er lyst og fredelig.*

Terapeuten åpner for å bli kjent med de ulike selvtilstandene, samtidig som personen ses som en helhet, med indre konflikt og multiple virkeligheter som ennå ikke er eid og realisert (Kluft, i Steele et al., 2017).

Hvem i deg skal ta ansvar?

Et traumatisert selv kan forstås som et system der mangel på kontakt mellom ulike «meg» skaper diskontinuitet. Pasienten kan gjøre viktige erkjennelser i en time, men være uten tilgang i neste. Pasient: *Når jeg er hjemme, blir du (terapeuten) borte for meg og også det jeg lærer her. En annen bevissthetsstrøm tar over, og jeg mister oversikt.* Pasienten opplever at «det bare skjer». Terapeuten prøver å styrke en selvtilstand som kan reflektere rundt skift i tilstand og ta ansvar for hele seg (Frewen & Lanius, 2015): *Hvem i deg gjør hva og av hvilken grunn?* (Nijenhuis, 2017). Hensikten er å fremme evnen til å forholde seg til det indre, forstå mer av hele seg og øke kontakt og fleksibilitet mellom selvtilstander. Traumebehandling innebærer å dele ny informasjon i hele systemet.

En helende indre dialog

Et terapeutisk mål er å øke evnen til å være en klok voksen for hele seg. De ulike selvtilstandene trenger å bli sett, hørt og forstått og erfare at trauma-

tisk fortid er over. Indre dialog basert på respekt og aksept mellom «meg i nåtid» og «meg i fortid» er essensielt for å mykne fastlåst indre konflikt.

Triggere i hverdagen utløser et skred av traumereaksjoner, som ofte bidrar til at pasienten kapitulerer: *Jeg er hva jeg føler*. Selvopplevelse forutsetter affektregulering (Fisher, 2014). Et terapeutisk grep er å anta at sterke reaksjoner er kommunikasjon fra en del (Fisher, 2017). Når pasienten føler seg redd hele tiden, øves det på å skille følelse fra person.

Terapeuten kan si: *Kan du ta kontakt med redselen samtidig som du skaper litt avstand ved å minne deg om at du er voksen her med meg? Hva legger du merke til?* Pasient: *Jeg kjenner hjertebank*. Terapeut: *Kan du spørre om noe i deg vet hva det handler om?* Pasient: *Jeg får et bilde av en liten, kald og redd jente som ligger alene*. Terapeut: *Kan du spørre hva hun er redd for?* Pasient: *At noe fælt skal skje*. Terapeut: *Hva trenger hun å høre?* Pasient: *Jeg vet ikke*. Terapeut: *Hva får du lyst til å gjøre?* Pasient: *Barn skal ikke ha det sånn*. Terapeut: *Kan du si det til henne? At du ser at hun har det vondt. Nå er hun ikke lenger alene. Hvordan reagerer hun?* Pasient: *Hun er ikke vant til at noen forstår. Hun ser roligere ut*.

Pasienten lærer seg å legge merke til og reflektere rundt opplevelsen heller enn å bli ett med den: *Hva trenger et redd barn?* Når kapasiteten til å forholde seg til seg selv med respekt og aksept er styrket, kan det blandes sammen igjen: *Spør redselen i deg om å dele litt av følelsen, ikke alt på en gang, slik at den voksne deg kan ta det imot uten å bli overveldet*.

Gradvis kan pasienten eie mer av egne opplevelser, anerkjenne det som skjedde, plassere det i tid og møte det empatisk: *Den lille er meg, det skjedde med meg, men det er over nå. Et lite barn kan ikke forsvare seg*. Dette er veien mot å bli mer integrert.

Terapeut for helheten

Terapeuten holder helheten oppe og etterspør og anerkjenner motstridende reaksjoner på det som skjer. Terapeuten tar ikke side i pasientens indre konflikt. Det er en grunn til at alt er der. Terapeuten spør: *Hvordan ble det for deg at jeg måtte avlyse timen sist?* Pasient: *Det gikk fint*. Terapeut: *La du merke til noe mer?* Pasient: *Det ble litt bråk på innsiden, noe i meg tenkte at nå gir hun oss opp også. Den stemmen som alltid er der, sa at det var det jeg visste, hun er ikke til å stole på*.

Terapeutisk arbeid med en del påvirker andre deler i systemet. Håp og framgang i terapi kan aktivere destruktive overlevelsesmekanismer. Endring kan oppleves uforutsigbart og trigge en følelse av å miste kontroll. Gode erfaringer kan gi paradoksal effekt.

STERKE DELER

Terapi aktiverer indre konflikt mellom sårbarhet og kontroll, og mellom avhengighet og selvstendighet. Å be om hjelp vekker redsel, skam, sinne og selvhat. Etter en god time kan det komme fram at pasienten har selvskadet. Bidrar terapien til forverring?

Steele et al. (2017) minner om at den indre dynamikken blir til i et barnesinn: «This predator of the interior is not at all what it seems. A closer look reveals an embodied survival guide written by a child ...» (s. 344). Kunnskap om overlevelsesmekanismer kan gi terapeuten økt trygghet til å undersøke destruktive krefter og indre konflikt. Terapeuten kan si: *Det virker som noe i deg jobber for å få det bedre, samtidig som noe i deg ikke tillater det?* Pasient: *Det blir så sterke reaksjoner etter timen. Hvis jeg får litt håp her, så kommer det straff etterpå. Jeg husker jeg gikk for å* »



Terapeutens evne til å kontinuerlig reflektere rundt motoverføringer er avgjørende

hente et glass vann, og så kom jeg til meg selv i en blodpøl på gulvet.

Hull i hukommelse og skift i tilstand er skremmende og opprettholder unngåelse. Terapeutens fokus blir å undersøke grunner til at pasienten reagerer destruktivt på positiv endring. Pasient: *Ja, håp blir slått hardt ned på, det gjør det verre, det er bedre å være forberedt på at livet er dritt.* Terapeut: *Det gir mening at noe i deg prøvde å holde håpet vekk for å beskytte deg.*

Nok smerte

For barn som vokser opp med frykt og ydmykelser som «jeg skulle ønske du aldri var født», er det å bli hard en tilpasning. Det er bedre å ikke fortjene kjærlighet enn å bli overveldet av lengsel. Motstanden mot selvomsorg er massiv – en luksus som ikke kan tillates når livet er farlig.

Deling av selvet skjer når barnet overveldes som verst. Noen deler husker redselen, andre deler vil beskytte en fra smerten. For å kjenne kontroll har sterke deler ikke tatt inn at de var maktesløse under overgrep. Det opprettholdes av en illusjon om at deler ikke har samme kropp (Steele et al., 2017).

Pasienten blir fastlåst i en repeterende sirkel av indre smerte, hvor sterke deler fortsetter å utsette sårbare deler for kritikk, straff og overgrep. Det undergraver et terapeutisk prosjekt. Terapeuten må gjenkjenne og stoppe destruktiv indre dynamikk (Brand et al., 2022; Steele et al., 2017). Selvomsorg er kanskje ikke nødvendig for å overleve, men må læres for å få det bedre. Nye ferdigheter krever øvelse og repetisjoner.

Allianse med det sterke

Terapeuten inviterer sterke deler inn i terapirommet så tidlig som mulig i forløpet for å få dem i tale. Målet er å skape allianse med hele pasienten. En fallgrube er at terapeuten ikke fanger opp sterke delers påvirkning. Selv om pasienten uttrykker takknemlighet for relasjonen, kan sterke deler oppfatte terapeuten som en mulig fare, mistro intensjoner og lete etter tegn på svik. Det som virker bra, kan snu til noe dårlig.

Sterke deler har fobi mot svakhet. Terapeuten toner seg inn og matcher deres energinivå. Holdningen er vennlig og bestemt, stemmen er klar og tydelig. En for varm og omsorgsfull stemme vil aktivere mistillit og avsky.

Sterke deler er et ekko av overgriperen og har lært å bruke makt, kontroll, ydmykelse som strategier. I det indre systemet er de fryktet og blitt unngått, og de har selv en grunnleggende frykt for å ikke være ønsket og at terapeuten vil ha dem vekk. Når terapeuten viser empati for sterke deler og tilbyr mening og ny informasjon, kan fobien minske (Steele et al., 2017).

Overlevelsesfunksjon

Terapeuten prøver å forstå den traumerelaterte logikken bak destruktiv atferd. Basert på et føre-var-prinsipp kan det å skade kroppen ha en beskyttende funksjon og være en beskjed om å være på vakt og sørge for at ingenting fortelles. Når pasienten forstår at det er en overlevelsesstrategi, ikke ondskap, kan det bli lettere å gå det sterke i seg i møte.

Pasient: *Du sier vi skal bli kjent med det sterke i meg og at jeg ikke skal være så redd. Men hvorfor er de så slemme? Alt det stygge de sier. Hvis jeg slipper dem til, så tar de helt over.* Terapeut: *Hvordan lærte de å snakke sånn? Hva tror du de prøver å få til?*

Et sentralt prinsipp er å be sterke deler om tillatelse til å prøve noe nytt og forhandle om trygge måter å jobbe i terapi på (Steele et al., 2017). Som et alternativ til destruktiv atferd kan det avtales stoppte tegn for å ha kontroll.

En fleksibel fungering

Det er viktig å avklare terapeutiske mål som helheten kan enes om. Terapeuten kan forklare at terapi ikke gjør personen svak, men bidrar til økt kontroll i hverdagen. Det er betydningsfullt når sterke deler som holder evnen til å si ifra og sette grenser, blir en støtte inn i terapien. Da kan man gå fra en fryktbasert, reaktiv og rigid selvorganisering til en mer fleksibel, nyansert og stabil selvorganisering (Fisher, 2014). Økt tilgang til hele seg gjør det mulig å lytte og ta hensyn til ulike behov, som bidrar til mindre skift i tilstand og mer kontroll. Et indre samarbeid i hverdagen fremmes. Pasient: *Det som hjalp, var at du forsto at jeg var flere.*

TRAUMATISK OVERFØRING- MOTOVERFØRING

I traumebehandling kan overføring og motoverføring få en liv-død-kvalitet (Herman, 2001). Pasienten går inn i alle relasjoner drevet av frykt. Indre arbeidsmodeller fra en traumatisk oppvekst preger terapirelasjonen fra første

møte. Mye handler om å holde terapeuten under kontroll. Relasjonen kan oppleves triadisk, og den farges av nærværet av en overgriper som ser og hører alt (Herman, 2001).

Traumatisk motoverføring (Herman, 2001) oppstår når terapeuten føler samme redsel, maktesløshet eller behov for å unngå som pasienten. Modeller kan hjelpe å sortere i kaos. Herman beskriver fire posisjoner som pasient og terapeut kan oppleve at en selv og den andre er i: uinvolvert vitne, offer, overgriper eller reddende engel.

Det er vanlig at terapeuten får behov for å bagatellisere og beskytte seg. Traumehistorien er dramatisk og ikke til å tro. Har det virkelig skjedd? Eller terapeuten kan bli strengere enn vanlig og ubevisst ta posisjonen til overgriper, for eksempel kjenne impuls til å si: «Ta deg sammen.» Terapeuten kan oppleve seg som et offer, hvor det føles uutholdelig å lytte til pasientens traumehistorie, og miste troen på at det går an å gjøre noe. En annen gjenkjennelig posisjon er å gjøre mer og mer uten at det er nok, og føle seg eller bli betraktet som den eneste som kan hjelpe.

Fallgruvene er mange. Terapeuten kan alliere seg med noen selvtilstander på bekostning av andre. Arbeidspress kan gjøre det fristende å foretrekke selvtilstander med lite kontakt innover, som tidlig lærte å skjule smerten. Pasienten kan ha lært å underkaste seg eller opptre forførerisk for å bli likt. Det er lettere å gå barnlige behov i møte enn å nærme seg destruktive krefter. Men hvis terapeuten kun ser sårbarhet, og kanskje blir overinvolvert, vil det få motsvar. Økt destruktiv atferd kan være tegn på at terapeuten har mistet helheten av syne.

Terapeutens selvregulering

I møte med hindringene vil reaksjoner som utilstrekkelighet, forvirring, irritasjon eller fordømmelse dukke opp. Ubearbeidet kan det føre til at ansvaret skyves over på pasienten. Prematur avslutning blir et nytt lag som forsterker traumerelaterte mønstre: *Jeg fortjener ikke å få det bedre.*

Terapeutens evne til å kontinuerlig reflektere rundt motoverføringer er avgjørende (Steele et al., 2017). Også terapeuten kan få kroppslige reaksjoner som tåkesyn og vansker med å tenke klart. Når terapeuten er forberedt på å møte motstridende overføringer, er det lettere å være fri og stå stødig i prosessen. Pasienten vil veksle mellom å oppleve terapeuten som støtte og å oppleve at ansiktet til terapeuten sammenblandes med overgriperens. Traumatiske relasjonsforventninger leves ut i terapeutrelasjonen og må gjenkjennes for å bli forstått. Da blir reparasjon og korrigerende erfaringer mulig. Å være i relasjon og bli verdsatt for den man er uten å bli misbrukt eller utnyttet, blir en ny erfaring.

Ikke stå alene

Terapeuten må opprettholde et overordnet blikk på prosessen: *Hva skjer her nå? Hva tilhører meg, og hva tilhører den andre? Hvem blir jeg for pasienten nå?* Terapeuter har «blinde flekker» til egne motoverføringer, og gjenkjenner ikke når pasienten blir dårligere (Flor, 2019). Det kreves tid og rom til veiledning for å forstå pasientens motsetningsfylte indre. Terapeuten bør ha et bevisst forhold til egne intervensjoner, tørre å dele feil og være nysgjerrig på hvordan situasjonen kan håndteres bedre neste time (Miller et al., 2020). Terapeuten har ansvar for å finne ressurser for å holde seg åpen, reflektert og til stede. Det er grunnlaget for å få til et godt terapeutisk samarbeid med håp, humor, kreativitet og utvikling. »



Det er vanlig at terapeuten får behov for å bagatellisere og beskytte seg

Anbefalt lesning

Brand, B. L., Schielke, J. H., Schiavone F. & Lanius R. A. (2022). *Finding solid ground. Overcoming obstacles in trauma treatment*. Oxford University Press.

Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors. Overcoming internal self-alienation*. Routledge.

Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. (2017). *Treating traumarelated dissociation. A practical, integrative approach*. W.W. Norton & Company.

OPPSUMMERING

Det er ubehagelig å innse at mange barn vokser opp under skadelige forhold. Terapeuten kan beskytte seg bak holdninger som «dissosiativ lidelse eksisterer ikke» eller «dette er for komplekst, så det jobber ikke jeg med». Det er ulike oppfatninger om hva som virker og ikke virker (Brand et al., 2009, 2022). Kontroverser og myter kan bidra negativt inn i et terapiforløp, og å bli møtt med mistro om diagnosen eller symptomene man søker hjelp for, vil bidra til forverring.

Retningslinjer for forståelse og behandling av komplekse dissosiative lidelser er basert på tilgjengelig forskning og klinisk konsensus blant eksperter på DID (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Behandling som tar utgangspunkt i disse prinsippene, viser lovende resultater. Det er få behandlingsstudier på komplekse dissosiative lidelser. I 2015 startet Traumepoliklinikken et prosjekt om behandlingseffekt, og den første internasjonale RCT-studien herfra (Bækkelund et al., 2022) fant bedring i funksjon, men ikke symptomendring etter 20 ukers gruppebehandling. Dybdeintervjuer fra studien analyseres nå kvalitativt for å forstå pasientenes opplevelse av gruppebehandling og endring (Holbæk, under utarbeidelse 2022–2025). Pasientene har rapportert at de følte seg mer sammenhengende og bedre i stand til å påvirke egen situasjon og forholde seg til seg selv (Holbæk, 2024). Dette tydeliggjør behovet for å finne flere måter å måle endring i behandlingsforløpene på.

Jeg ønsker å inspirere andre til å se hindringene som en forventet og meningsfull del av prosessen. Hindringene framtrer ikke som de er presentert her, en etter en. Alle er der på en gang. Når terapeuten har oversikt, gjenkjenner og holder fokus på fastlåst indre dynamikk, vil det åpne for pasientens ressurser. Det er gjennom arbeid med hindringene at heling kan skje. Utviklingstraumer er dypt forankret i hjerne, nervesystem og i organiseringen av personligheten, og det finnes ingen enkle løsninger. Traumebehandling handler om reorganisering av selvet: fra å være tilpasset en traumatisk oppvekst til orientere seg mot trygghet, fleksibilitet og mer sammenheng. ✖

REFERANSER

- Brand, B.L., Classen, C.C., McNary, S.W. & Zaveri, P. (2009). A Review of Dissociative Disorders Treatment Studies. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(9), 646–654. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa>
- Brand, B.L., Schielke, J.H., Schiavone, F. & Lanius, R.A. (2022). *Finding solid ground. Overcoming obstacles in trauma treatment*. Oxford University Press.
- Bækkelund, H., Ulvenes, P., Boon-Langeaan, S. & Arnevik, E.A. (2022). Group treatment for complex dissociative disorders: A randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 22(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03970-8>
- Courtois, C. A & Ford, J.D. (Red.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders. An evidence-based guide*. Guilford Press.
- Dalenberg, C.J., Brand, B.L., Gleaves, D.H., Dorahy, M.J., Loewenstein, R.J., Cardeña, E. & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>
- Doran, J.M. & Deviva, J. (2018). A naturalistic evaluation of evidence-based treatments for veterans with PTSD. *Traumatology*, 24(3), 157–167. <https://doi.org/10.1037/trm0000140>
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors. Overcoming internal self-alienation*. Routledge.
- Fisher, S.F. (2014). *Neurofeedback in the treatment of developmental trauma. Calming the fear-driven brain*. W.W. Norton & Company.
- Flor, J.A. & Ottesen Kennair, L.E. (2019). *Skadelige samtaler – myten om bivirkningsfri terapi*. Tiden.

- Fonagy, P., Luyten, P. & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575–609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Frewen, P. & Lanius, R. (2015). *Healing the traumatized self. Consciousness, neuroscience, treatment*. W.W. Norton & Company.
- Herman, J.L. (2001). *Trauma and Recovery. From domestic abuse to political terror*. Pandora Rivers Oram Press.
- Holbæk, I., Vrabøl, K. & Halvorsen, M.S. (2024). «Now there are fewer of me». A qualitative study of the impact of psychoeducative groups for complex dissociative disorders. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100390>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Knipe, J. (2015). *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. Springer Publishing Company.
- Miller, S.D., Hubble, M.A. & Chow, D. (2020). *Better results: Using Deliberate Practice to Improve Therapeutic effectiveness*. American Psychological Association.
- Nijenhuis, E.R. (2017). *The Trinity of Trauma: Ignorance, fragility and control. Volume III. Enactive Trauma Therapy*. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Ogden, P. & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy. Interventions for trauma and attachment*. W.W. Norton & Company.
- Porges, S.W. (2011). *The polyvagal theory. Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self-regulation*. W.W. Norton.
- Rydberg, J.A. (2017). Research and clinical issues in trauma and dissociation: Ethical and logical fallacies, myths, misreports, and misrepresentations. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1(2), 89–99. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.03.011>
- Sar, V. (2011). Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. *Epidemiology Research International*, 2011, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2011/404538>
- Schore, A.N. (2010). Relational trauma and the developing right brain. The neurobiology of broken attachment bonds. I T. Bardón (Red.), *Relational trauma in infancy: psychoanalytic and neuropsychological contributions to parent-infant attachment*. Routledge.
- Schwartz, R.C. (1995). *Internal Family System Therapy*. Guilford Press.
- Spiegel, D., Loewenstein, R.J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardena, E. & Dell, P.F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852. <https://doi.org/10.1002/da.20874>
- Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. (2017). *Treating traumarelated dissociation. A practical, integrative approach*. W.W. Norton & Company.
- Steine, I.M., Winje, D., Krystal, J.H., Bjorvatn, B., Milde, A.M., Grønli, J., Nordhus, I.H. & Pallesen, S. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 65, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.008>
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural dissociation and the Treatment of chronic Traumatization*. W.W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. (2014). *The Body keeps the score. Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.

Søvnvansker blant barn og unge i habiliteringstjenesten

Silja Torvik Griffiths¹, Siril Straume Storemark¹ og Sonja Helgesen Ofte¹

¹Habiliteringstjenesten for barn og unge, Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland universitetssjukehus

KONTAKT

silja.torvik.griffiths@helse-bergen.no

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Introduksjon: Søvnvansker er et vanlig og ofte omfattende problem med stor betydning i hverdagslivet, og barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser (NDD) har økt risiko for søvnrelaterte vansker. Formålet med studien var å kartlegge forekomsten av ulike typer søvnvansker blant barn og unge habiliteringspasienter, og å undersøke behovet for økt fokus på søvnvansker. **Metode:** Barn og unge fra 0 til 18 år / foresatte med poliklinisk time ved habiliteringstjenesten ble invitert til å fylle ut et spørreskjema om søvn. Diagnosegrupper omfattet cerebral parese, syndromer/genetiske tilstander, forsinket psykomotorisk utvikling, psykisk utviklingshemming, muskelsykdommer og andre. **Resultater:** Nittitre pasienter deltok. Førte ble angitt å ha søvnvansker, 47 ikke søvnvansker og seks usikre. Innsøvningsvansker og hyppige oppvåkninger på natt var de vanligste søvnvanskene. Flertallet hadde fått råd om søvn og mente at søvn var viktig for helsen, men ikke alle var blitt spurt. **Fortolkning:** Studien gir en deskriptiv oversikt over søvnvansker hos barn og unge med NDD, og viser at søvnvansker er utbredt i denne gruppen. Fokus på søvnvaner hos barn og unge i habiliteringen bør derfor prioriteres.

Nøkkelord: søvnvansker, nevroutviklingsforstyrrelser, habilitering, barn og unge

Adekvat søvn er en forutsetning for god kognitiv utvikling og fysisk og psykisk helse hos både barn og voksne, men det er først de senere årene at søvnens betydning har fått større oppmerksomhet internasjonalt (Carter et al., 2014; Gruber et al., 2014; Mindell et al., 2006). Det er derfor urovekkende at svært mange barn og unge strever med søvn: en av fem fireåringer rapporteres å ha søvnvansker, 84 % av ungdommer får mindre søvn enn anbefalt, og prevalensen av søvnvansker hos den generelle barnepopulasjonen angis i noen studier fra 9 og helt opp til 50 % (Carter et al., 2014; Hysing et al., 2009; Saxvig et al., 2021; Steinsbekk et al., 2013). God søvn er kjennetegnet ved god søvnkvalitet, adekvat søvnlengde, normal døgnrytme og fravær av søvnsykdommer, mens mangel på søvn kan ha negativ påvirkning på kognitiv fungering, konsentrasjon og adferd med mer (Hysing et al., 2016; Spruyt, 2019).

Omtrent to prosent av befolkningen lever med nevrotviklingsforstyrrelser (NDD), som er tilstander der psykomotorisk utvikling er forsinket eller avvikende fra tidlig alder. Studier har vist betydelig økt risiko for søvnvansker i denne gruppen sammenlignet med den generelle barnepopulasjonen (Angriman et al., 2015; Belli et al., 2022; Blackmer & Feinstein, 2016). Disse barna/ungdommene er spesielt utsatt for søvnvansker relatert til den bakenforliggende tilstanden. Dette kan skyldes smerter, anfall, medikamenter, lærevansker og redusert forståelse, medfødte eller ervervede endringer i hjernens struktur og funksjon, samt ulike bieffekter av medisinsk behandling (Hysing et al., 2016; Owens & Weiss, 2017). Dårlig søvn har negativ innvirkning på livskvalitet og fungering i hverdagen både for barnet/ungdommen og familien. Det øker sannsynligheten for fravær fra skole og jobb og er derfor et omfattende samfunnsproblem (Hysing et al., 2016; Lewandowski et al., 2011; Verschuren et al., 2017).

Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) finnes ved en eller flere barneavdelinger i alle helse-regioner i Norge. Her får pasienter under 18 år utredning og behandling knyttet til et bredt spekter av NDD, som cerebral parese, syndromer, muskelsykdommer, psykisk utviklingshemming og lignende. Kartlegging og videre kontroller for søvnvansker er ikke en del av standardoppfølgingen, og det er opp til hver enkelt behandler hvorvidt man tar opp dette temaet. Generelt blir det lagt vekt på oppfølging og tilrettelegging med tanke på å bedre pasientens og familiens livskvalitet og funksjon i hverdagen. Vi vet fortsatt ikke nok om betydningen av søvnvansker for fungering i hverdagslivet, eller om behovet for hjelp og råd i denne gruppen. I litteraturen er det imidlertid bred støtte for at flere personer med NDD opplever søvnvansker som

påvirker livskvaliteten negativt (Angriman et al., 2015; Belli et al., 2022; Robinson-Shelton & Malow, 2016).

Formålet med studien var å kartlegge insidensen av søvnvansker blant pasienter tilknyttet HABU samt å kartlegge i hvilken grad pasienter og foresatte opplevde at helsepersonell har tilstrekkelig fokus på søvnvansker.

Materiale og metode

Målgruppe for studien var dagpasienter til tverrfaglige team, som inkluderte lege, ved Barne- og ungdomsklinikken på Haukeland universitetssjukehus fra september 2018 til september 2019. Lege forespurte pasienter/foresatte om å fylle ut et anonymt spørreskjema i etterkant av timen (se appendiks i nettversjon av artikkel). Skriftlig samtykke til å innhente data ble gitt enten fra samtykkekompetente pasienter over 16 år eller foresatte. REK Vest godkjente studien (REK Vest 2018/582), der vilkårene var ikke å innhente informasjon om kjønn eller å tilkjenne data fra små diagnosegrupper.

Spørreskjemaet ble utarbeidet av lege og psykolog ved HABU, og spørsmålene er basert på kjente søvnvansker hos barn og unge. Skjemaet besto av 11 spørsmål, som inkluderte deltagerens hoveddiagnose, tilstedeværelse av søvnvansker, type søvnvansker (innsovningsvansker, pustestopp på natt, tidlig oppvåkning, flere nattlige oppvåkninger, skriking/lyd/uro, nattlige epilepsianfall og annet), bruk av sovemedisin (ja/nei/type), hvorvidt de hadde blitt spurt om søvnvansker og eventuelt fått hjelp for dette, samt hvorvidt HABU burde ha større fokus på søvn. Deskriptive statistiske analyser ble utført i Microsoft Excel og SPSS 25.0, og tall angis i antall og prosent.

Resultater

Utvalget besto av 93 deltagere fra 0 til 18 år, med gjennomsnittsalder på 7 år og 9 måneder (standardavvik 5 år og 3 måneder). Fem deltagere oppga ikke alder. Fjorten deltagere i alderen 11 til 18 år fylte ut skjema selv eller sammen med foresatte, resterende skjema ble fylt ut av foresatte. Kun antall returnerte spørreskjema er registrert. Vi mangler data på antall forespurte som ikke ønsket deltagelse.

Femtien prosent av deltagerne anga ikke søvnvansker, 43 % bekreftet søvnvansker, og 8 % rapporterte at de var usikre (noen krysset av på flere). Til sammen 86 tilfeller av søvnvansker ble rapportert hos 46 deltagere. Noen hadde flere diagnoser (1–3), og enkelte hadde ulike typer søvnvansker (1–6). Tjueni prosent oppga snorking, 62 % at barnet ikke snorket, og 9 %

Tabell 1

Prevalens av type rapporterte søvnvansker

Type søvnvanske rapportert	Antall	Prosent av rapporterte plager
	<i>n</i>	%
Innsøvningsvansker	21	26
Pustestopp på natt	4	5
Tidlig oppvåkning	12	15
Flere nattlige oppvåkninger	24	29
Skriker/lyd/uro	11	13
Nattlige epilepsianfall	5	6
Annet / ikke spesifisert	5	6

Note. Tabellen viser type søvnvansker i antall og prosent av totalt antall rapporterte søvnvansker, angitt av pasienter/foresatte ved HABU i perioden september 2018 til september 2019.

Den største pasientgruppen var cerebral parese (CP, $n = 37.40\%$), deretter syndromer / genetiske tilstander ($n = 26.28\%$), forsinket utvikling ($n = 16.20\%$), psykisk utviklingshemming ($n = 11.12\%$) og 'annet' inkludert muskelsykdommer for å identifisere en liten gruppe ($n = 19.16\%$), se figur 1 for grafisk fremstilling.

visste ikke. Fordeling av type søvnvansker blant deltagerne er gjengitt i tabell 1.

Syttini prosent av deltagerne oppga at de hadde blitt spurt om eventuelle søvnvansker i møte med HABU, 17 % ble ikke spurt, og 3 % var usikre. De fleste med søvnvansker hadde fått råd om søvn, men 39 % anga å ikke ha fått råd. Tjuefire pasienter ble allerede behandlet med sovemedisin (Melatonin, Vallergran, Apodorm eller annet). Hovedandelen (85 %) av deltagerne mente at søvn var viktig for helsen, og 63 % anga at det var tilstrekkelig fokus på søvn ved HABU, mens 31 % mente det ikke var stort nok fokus på søvn.

Diskusjon

Formålet for studien å skaffe en bedre oversikt over søvnvansker hos barn og unge som følges ved HABU. Det ble funnet at 43 % av pasientene (hvorav alle hadde en NDD-diagnose i varierende alvorlighetsgrad) opplevde søvnvansker. Dette ligger litt lavere enn tidligere publiserte studier, som angir en prevalens på nærmere 80–86 % hos barn med NDD (Blackmer & Feinstein, 2016; Robinson-Shelton & Malow, 2016). Hva som defineres som søvnvansker, vil alltid variere ut ifra hva man selv/foresatte anser som forventet med tanke på livssituasjon, og i denne studien var det ikke angitt spesifiserte kriterier. Dette ser vi også i forskjellige studier av barn i den generelle befolkningen, der prevalens kan variere fra 20 til 50 % (Carter et al., 2014; Hysing et al., 2009). En mulig forklaring er at familiene til barn og unge med NDD forventer å møte større vansker generelt i livet enn andre foresatte, og dermed kanskje ikke rapporterer like høy forekomst som for-

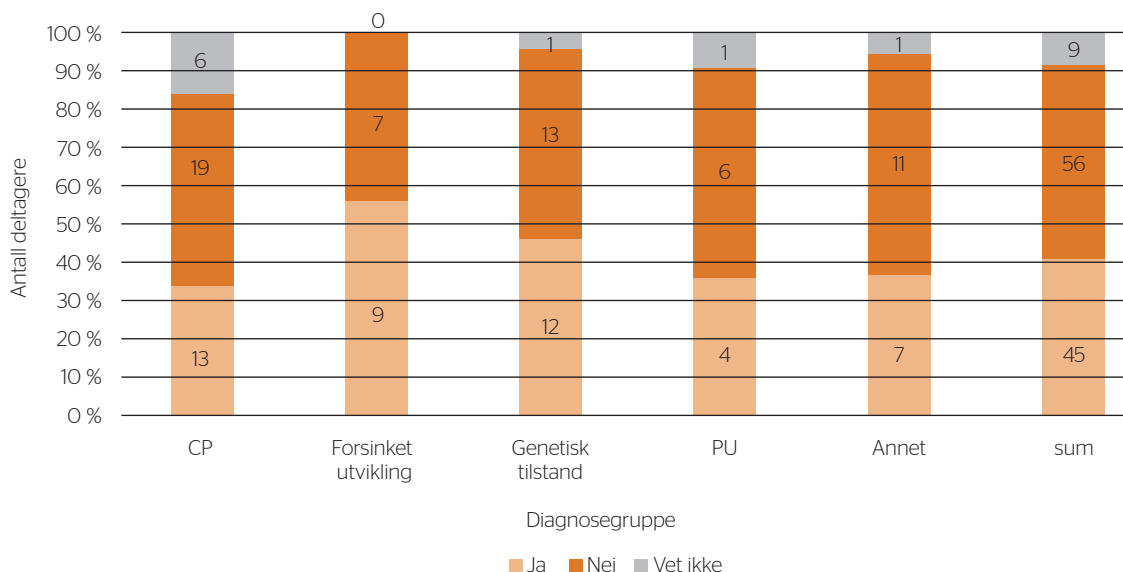
eldre av barn og unge i den generelle befolkningen. Undersøkelsen inkluderte ikke objektiv eller klinisk vurdering av søvnvanskene, og prevalensen baseres kun på egenrapporterte symptomer.

Studien indikerer at flere nattlige oppvåkninger var den mest fremtredende søvnvansken, mens innsøvningsvansker, tidlig oppvåkning og gråt/uro på natt også var hyppige vansker. Dette er i overensstemmelse med andre studier, som viser økt forekomst av innsøvningsvansker og vansker med å opprettholde søvn hos barn med kronisk sykdom (Hysing et al., 2009). Disse søvnvanskene kan ha sammenheng med økt prevalens av obstruktiv søvnapne, refluks, anfall, generell uro og smerter hos barn med NDD, som alle kan føre til redusert søvnkvalitet (Belli et al., 2022; Blackmer & Feinstein, 2016; Robinson-Shelton & Malow, 2016). I tillegg er det mulig at flere av deltagerne har utfordringer med å forstå og samarbeide om gode søvnrutiner. Dette kan være en tilleggsutfordring for foresatte med stor omsorgsbyrde, som ofte er tilfelle i disse familiene. Dette er en av grunnene til at flere internasjonale artikler om emnet anbefaler screening for søvnvansker, ikke bare for å ivareta barnet, men også familien (DelRosso et al., 2021). Med utgangspunkt i prevalensen og vår kliniske vurdering støtter vi at kartlegging av søvnvansker bør inkluderes hos barn med NDD, og vi mener en bør vurdere å innføre tiltaket ved HABU.

I flertallet av konsultasjonene ved HABU ble søvn tatt opp som tema. Samtidig mente mange at problematikken burde få større fokus, og flere ble ikke spurt om søvn. Svaret tyder på at HABU er bevisst på problemstillingen, men at søvnvansker kanskje ikke føl-

Figur 1

Forekomst av søvnvansker ved ulike diagnosegrupper



Note. Figur viser forekomst i prosent og antall (ja/nei/vet ikke) av søvnvansker i ulike diagnosegrupper og total(sum) forekomst hos deltagere fra HABU september 2018 til september 2019.

ges godt nok opp. Resultatene antas å være overførbare til de fleste habiliteringsavdelinger av tilsvarende størrelse både nasjonalt og internasjonalt. Hvorvidt man kan adressere denne utfordringen ved å endre rutiner, innføre screening for søvnvansker ved NDD og kurse ansatte, er noe man bør se nærmere på.

Vår studie gir et begrenset, men likevel viktig bidrag til å forstå utbredelsen av søvnvansker hos barn og unge med NDD. En svakhet ved studien er at vi ikke tar opp hvordan søvnvanskene påvirker hverdagslivet, som er et veldig viktig aspekt i habiliteringsoppfølgingen. En annen utfordring med undersøkelse av subjektive søvnvansker er at det er vanskelig å sammenligne med andre studier. Sammen med behovet for kvantitative mål, som hyppighet og varighet av oppvåkninger, mener vi det er behov for flere og større studier på søvnvansker hos barn og unge med NDD fra ulike geografiske områder.

Vår studie viser økt prevalens av søvnvansker i denne gruppen. Neste spørsmål blir da hvorvidt man skal fokusere mer på forebygging i denne populasjonen. Det finnes flere studier som viser effekt av informasjon, økt fokus på vanskene, råd om søvnhygiene og farmakoterapi (Bruni et al., 2019; Shatkin & Pando, 2015). Bruken av søvnmedikamenter synes å være relativt høy blant HABU-pasientene. Dette kan indikere at søvnvanskene i gruppen er større og mer kompli-

serte enn i resten av barnebefolkningen og ikke lar seg behandle med søvnhygieneråd alene. Barna vokser heller ikke alltid av seg søvnvanskene, men ser i en del tilfeller ut til å være preget av dem også i ungdoms- og voksenlivet (Sivertsen et al., 2009). Dette tilsier at det er behov for større fokus på søvnbehov og betydningen av søvnvansker blant disse barna (Spruyt, 2019; Verschuren et al., 2017), noe som også støttes av våre resultater.

Ytterligere studier med større populasjoner og validerte måleinstrumenter trengs i fremtiden. Resultatene understøtter hvor viktig det er å fokusere på søvn, da det er et hyppig og ifølge andre studier også langvarig problem hos denne pasientgruppen og deres familier. Habiliteringsavdelingene bør notere seg behovet og legge temaet inn i sine prosedyrer.

Konklusjon

Resultatene fra studien peker på en viktig, men sannsynligvis underrapportert trend med relativt høy utbredelse av søvnvansker blant barn og ungdommer med NDD ved HABU. Til tross for at flertallet av deltagere som var berørt av problematikken, oppga at det allerede er et tema som tas opp på HABU, ønsket flere et enda større fokus på dette. Søvnvansker blant HABU-pasientene bør undersøkes nærmere som en del av rutinemessig klinisk oppfølging. ✘

REFERANSER

- Angriman, M., Caravale, B., Novelli, L., Ferri, R. & Bruni, O. (2015). Sleep in children with neurodevelopmental disabilities. *Neuropediatrics*, 46(3), 199–210. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1550151>
- Belli, A., Breda, M., Di Maggio, C., Esposito, D., Marcucci, L. & Bruni, O. (2022). Children with neurodevelopmental disorders: how do they sleep? *Current Opinion in Psychiatry*, 35(5), 345–351. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000790>
- Blackmer, A.B. & Feinstein, J.A. (2016). Management of Sleep Disorders in Children With Neurodevelopmental Disorders: A Review. *Pharmacotherapy*, 36(1), 84–98. <https://doi.org/10.1002/phar.1686>
- Bruni, O., Angriman, M., Melegari, M.G. & Ferri, R. (2019). Pharmacotherapeutic management of sleep disorders in children with neurodevelopmental disorders. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(18), 2257–2271. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1674283>
- Carter, K.A., Hathaway, N.E. & Lettieri, C.F. (2014). Common sleep disorders in children. *American Family Physician*, 89(5), 368–377. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24695508>
- DelRosso, L.M., Picchietti, D.L., Spruyt, K., Bruni, O., Garcia-Borreguero, D., Kotagal, S., Owens, J.A., Simakajornboon, N., Ferri, R. & International Restless Legs Syndrome Study, G. (2021). Restless sleep in children: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 56, 101406. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101406>
- Gruber, R., Carrey, N., Weiss, S.K., Frappier, J.Y., Rourke, L., Brouillette, R.T. & Wise, M.S. (2014). Position statement on pediatric sleep for psychiatrists. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 174–195. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25320611>
- Hysing, M., Harvey, A.G., Linton, S.J., Askeland, K.G. & Sivertsen, B. (2016). Sleep and academic performance in later adolescence: results from a large population-based study. *Journal of Sleep Research*, 25(3), 318–324. <https://doi.org/10.1111/jsr.12373>
- Hysing, M., Sivertsen, B., Stormark, K.M., Elgen, I. & Lundervold, A.J. (2009). Sleep in children with chronic illness, and the relation to emotional and behavioral problems – a population-based study. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(6), 665–670. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn095>
- Lewandowski, A.S., Ward, T.M. & Palermo, T.M. (2011). Sleep problems in children and adolescents with common medical conditions. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 699–713. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.012>
- Mindell, J.A., Emslie, G., Blumer, J., Genel, M., Glaze, D., Ivanenko, A., Johnson, K., Rosen, C., Steinberg, F., Roth, T. & Banas, B. (2006). Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*, 117(6), e1223–1232. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1693>
- Owens, J.A. & Weiss, M.R. (2017). Insufficient sleep in adolescents: Causes and consequences. *Minerva Pediatrica*, 69(4), 326–336. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.17.04914-3>
- Robinson-Shelton, A. & Malow, B.A. (2016). Sleep Disturbances in Neurodevelopmental Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 6. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0638-1>
- Saxvig, I.W., Bjorvatn, B., Hysing, M., Sivertsen, B., Gradisar, M. & Pallesen, S. (2021). Sleep in older adolescents. Results from a large cross-sectional, population-based study. *Journal of Sleep Research*, 30(4), e13263. <https://doi.org/10.1111/jsr.13263>
- Shatkin, J.P. & Pando, M. (2015). Diagnosis and Treatment of Common Sleep Disorders in Adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 5(3), 146–163. <https://doi.org/10.2174/2210676605666150521232247>
- Sivertsen, B., Hysing, M., Elgen, I., Stormark, K.M. & Lundervold, A.J. (2009). Chronicity of sleep problems in children with chronic illness: a longitudinal population-based study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-22>
- Spruyt, K. (2019). A review of developmental consequences of poor sleep in childhood. *Sleep Medicine*, 60, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.11.021>
- Steinsbekk, S., Berg-Nielsen, T.S. & Wichstrom, L. (2013). Sleep disorders in preschoolers: prevalence and comorbidity with psychiatric symptoms. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(9), 633–641. <https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49>
- Verschuren, O., Gorter, J.W. & Pritchard-Wiart, L. (2017). Sleep: An underemphasized aspect of health and development in neurorehabilitation. *Early Human Development*, 113, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.07.006>

Kognitive vansker hos pasienter i rusbehandling

Kartlegging av kognitive vansker hos pasienter i rusbehandling er avgjørende for å tilpasse behandlingen.

Pasienter i rusbehandling opplever ofte kognitive utfordringer som svekket oppmerksomhet, hukommelse, resonneringsevne og problemløsning. Disse kan direkte påvirke behandlingsresultatene og hindre bedring. Identifisering av slike kognitive vansker er derfor sentralt for å tilby best mulig behandling og oppfølging.

Psykolog og spesialist i klinisk samfunnspsykologi, Jens Hetland, disputerte nylig med sin doktorgrad om kognitive svekkelser hos ruspasienter. Her undersøkte han forekomsten av kognitive vansker blant pasienter i rusbehandling, samt om screening for slike vansker ved behandlingsstart kunne forutsi rusmiddelinntak og psykologisk lidelsestrykk ett og fem år senere.

I rusbehandlingsmiljøer er det utfordrende å oppdage kognitive vansker på grunn av mangel på kvalifisert personell til å utføre omfattende nevropsykologiske undersøkelser. Derfor må klinikere ofte bruke enkle screeningverktøy, selv om deres nytte for å forutsi behandlingsutfall er usikker.

Hetlands forskning viste at forekomsten av kognitive vansker i pasientgruppen bestående av 208 pasienter med rusmiddellidelse, var høy, og at korte kognitive screeningverktøy har begrenset verdi for å forutsi langsiktige behandlingsutfall.

Doktorgradsprosjektet understreker behovet for mer presise utredningsprosedyrer for pasienter med rusmiddellidelser og kognitive utfordringer. Dette kan forbedre behandlingsutfallene ved å bedre tilpasse støtte og oppfølging for denne sårbare gruppen.

Forskningen ble gjennomført i samarbeid med Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) og Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen.

Kilde: UiB

FOTO: ANNETTE ØVRELIID



JENS HETLAND

Cognitive impairment as a predictor of outcomes in SUD rehabilitation

DISPUTAS 05.04.24,
Universitetet i Bergen

Familiebehandling av anoreksi fra innsiden

Hvordan opplever unge med anoreksi og deres familier døgninnleggelse?

I sin avhandling utforsker psykologspesialist og PhD Jan-Vegard Nilsen familiebasert døgnbehandling for ungdommer med alvorlig anoreksi. Gjennom dybdeintervjuer samlet han inn perspektiver fra 37 innlagte ungdommer, 14 foreldre og 10 søsken som har erfaring fra døgninnleggelse ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo Universitetssykehus.

Nilsens forskning understreker betydningen av å forstå behandlingens innvirkning fra brukernes perspektiver, og sentralt i funnene står behovet for samarbeid og skreddersydd behandling. Mange ungdommer og foreldre tar til orde for at behandlingen må tilpasses den enkelte for at den skal oppleves som nyttig.

Forskningsresultatene indikerer videre at familiebasert døgnbehandling er en klok tilnærming for anoreksibehandling. Både de unge pasientene og deres familiemedlemmer beskriver at familieinnleggelsen kan ses på som et mulighetsrom – et rom hvor familiene kan forene krefter, lære av hverandre og personalet, og arbeide mer intensivt sammen for å få til varig bedring.

Samtidig legger funnene også vekt på at døgnbehandling for alvorlig anoreksi er en svært krevende og kompleks behandlingssituasjon for alle involverte. Diskusjoner rundt hvordan behandlingen best kan tilpasses individuelle behov, er nødvendig.

Avhandlingen understreker viktigheten av å kontinuerlig forbedre tilbudet av døgnbehandling for anoreksi, med fokus på å optimalisere samarbeidet mellom pasienter, familier og behandlere for å oppnå varig bedring.

Kilde: UiO

FOTO: PRIVAT



JAN-VEGARD NILSEN

Family-based inpatient treatment for adolescent anorexia nervosa: A qualitative study of patients' and family members' experiences with inpatient care

DISPUTAS 15.05.24,
Universitetet i Oslo

Gruppebehandling for menn med tilbakevendende depressiv lidelse

Oppmerksomt nærvær og mindfulness var blant temaene som mennene oppfattet som mest nyttig.

TEKST Hanne M.K. Dahlberg, PPT i Rogaland fylkeskommune og Vilde Richardsen, UNN Åsgård, Psykose- og rusenhet

KONTAKT
hannedahlberg@hotmail.com

MERKNAD
Deltakerne i gruppen er anonymisert og har skriftlig samtykket til publisering av teksten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

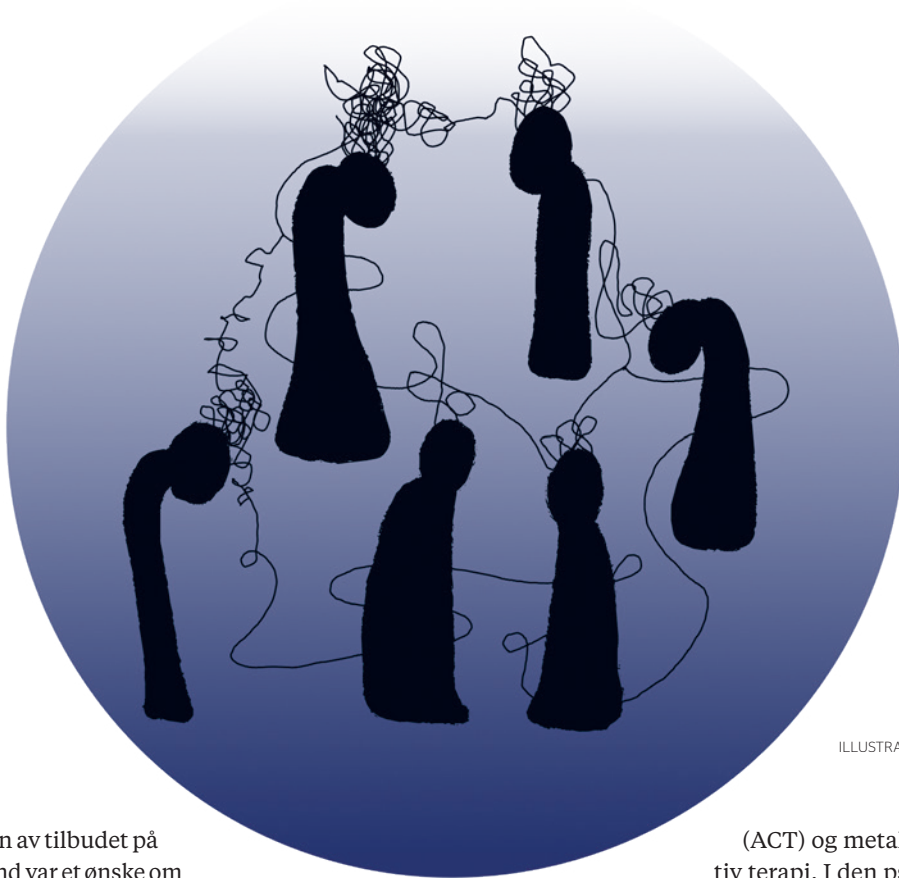
DEPRESJON ER EN utbredt psykisk lidelse, og mange av pasientene i spesialisthelsetjenesten har hatt mer enn én depressiv episode i løpet av livet. Tilbakevendende depressiv lidelse karakteriseres ved gjentatte episoder med depresjon, uten tidligere episoder med hevet stemningsleie og overaktivitet som oppfyller kriterier for mani (World Health Organization [WHO], 2011). Mange vil oppleve en depresjon i løpet av livet, men kjønnsforskjellene er store. Studier fra både vestlige og ikke-vestlige land angir at kvinner er dobbelt så ofte diagnostisert med depresjon sammenlignet med menn (WHO, 2017). I Norge får 7–12 prosent av alle menn og 15–25 prosent av alle kvinner en depressiv episode i løpet av livet som krever behandling (Midtgård, 2020). Det er verdt å merke seg at dette gjelder diagnostisert depressiv episode. Det kan ikke utelukkes at det er mørketall for menn og depresjon, da menn langt sjeldnere oppsøker helsetjenester enn kvinner (Statistisk sentralbyrå, 2021). Tall fra Samdata forteller at nesten 120 000 kvinner i aldersgruppen 18 pluss, mot bare 80 000 menn, var i behandling innenfor psykisk helsevern i 2020 (Helse- direktoratet, 2020). Til tross for at flere kvinner oppsøker helsetilbudet, går i behandling og diagnostiseres med depresjon hyppigere enn

menn, er to tredjedeler av de 500–600 som dør av selvmord i Norge hvert år, menn (Folkehelseinstituttet, 2021).

Mange flere kvinner oppsøker helsehjelp for depresjon. En kan undre seg over om kvinner generelt har større risiko for å utvikle depresjon, eller om det også kan handle om menns holdning til å søke profesjonell hjelp for plagene sine. Da vi skulle starte opp et gruppetilbud for pasienter med tilbakevendende depressiv lidelse ved voksenpsykiatrisk poliklinikk i Tromsø, ventet vi at det ville være en overvekt av kvinner som ble henvist. Det interessante var at det kun ble henvist menn til tilbudet, og gruppen besto til slutt av kun mannlige deltakere. Dette synes vi var såpass spennende og nytt – især fordi vi ofte hører at det er en overvekt av kvinner som oppsøker behandling – at vi ønsker å dele våre erfaringer fra gruppen.

UTVIKLING AV GRUPPETILBUDET

Gruppetilbudet ble opprinnelig startet ved voksenpsykiatrisk poliklinikk på Silsand, som er et DPS tilhørende Universitetssykehuset Nord-Norge. Her ble gruppetilbudet utformet og ledet av psykolog Sarah Dalan og psykolog Hanne M.K. Dahlberg. Bakgrunnen for utvik-



ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSTAD

lingen av tilbudet på Silsand var et ønske om å utvide et allerede eksisterende tilbud ved allmennpolikliniken, som hadde en pågående gruppe med fokus på selvhevdelse. Vi ønsket i tillegg å skape et tilbud for pasienter med tilbakevendende depressiv lidelse, en pasientgruppe som ofte har flere individuelle terapiforløp i behandlingshistorikken. Til forskjell fra depresjonskurs som gjennomføres i kommunen, ble vårt tilbud utviklet for personer med såpass alvorlige depresjonsplager at tilstanden var rettingstilt innenfor spesialisthelsetjenesten. Gruppen på Silsand gikk over elleve uker, og pasientene pauset enten sin individualterapi eller var i avslutningsfasen av den. Den første gruppen på Silsand besto av fem kvinner og en mann.

Faglig orientering

Vi utviklet gruppen på Silsand som en hybrid mellom kurs og gruppeterapi, med 50/50 fokus på psykoedukasjon og dialog mellom gruppedeltakerne og gruppelederne. Den psykoedukative delen var eklektisk sammensatt med komponenter fra kognitive undergrupper som Acceptance and Commitment Therapy

(ACT) og metakognitiv terapi. I den psykoedukative delen brukte vi også noen komponenter fra emosjonsfokuserert terapi. Alle tre er evidensbaserte terapiretninger for behandling av depresjon (Bai et al., 2020; Greenberg & Watson, 2022; Normann & Morina, 2018). I tillegg kan spesielt ACT og metakognitiv terapi fint kombineres, da de har til felles hvordan en skal håndtere og møte utfordringer. Både metakognitiv terapi og ACT har elementer av mindfulness, som ble brukt i gruppetilbudet. Enkelte studier viser at kognitiv terapi basert på mindfulness har større effekt på depressive symptomer sammenlignet med metoder som ikke inkluderer mindfulness-intervensjoner (Van Aalderen et al., 2011). Vårt mål var at deltakerne skulle forstå de depressive plagene og få verktøy til å håndtere depresjon og forebygge senere episoder.

DEPRESJONGRUPPE I TROMSØ

Vi ønsket etter hvert å gjennomføre gruppetilbudet ved en poliklinikk i Tromsø. Gruppen hadde samme temaer som på Silsand, men med modifikasjoner av innholdet de ulike dagene basert på tilbakemeldinger på at det kunne vært mindre psykoedukasjon og mer dialog



Oppbygningen av gruppetilbudet

- 1) Bli kjent, forventninger, grupperegler
- 2) Kjennetegn ved depresjon
- 3) Årsaker til depresjon
- 4) Depresjon og angst
- 5) Avspenning og oppmerksomt nærvær
- 6) Grubling og bekymring
- 7) Aktivitet og depresjon
- 8) Følelser og selvmordstanker
- 9) Søvn
- 10) Depresjon og forholdet til familie og venner
- 11) Oppsummering: forebygging av depressive episoder
- 12) Veien videre, tilbakemeldinger

innad i gruppen. Én ekstra kurs-gang ble lagt inn for å gå nærmere inn i depresjon og angst, som også var et ønske i første gruppe. Istedenfor å anvende mindfulness kun en gang brukte vi det nå i hvert møte, i form av 5–10 minutters øvelse.

Deltakerne

Gruppen var for personer som enten hadde tilbakevendende depressiv lidelse som hoveddiagnose, eller bipolar lidelse hvor aktuell episode var depressiv og ikke hypomani/mani. Det var åpent for alle kjønn og uansett alder. Deltakerne måtte være motivert til å delta i gruppen over tolv uker. De kunne henvises uavhengig av hvor de befant seg i individualterapien. Alle henvisninger vi fikk til gruppen, gjaldt mannlige pasienter, og de ble henvist internt fra poliklinikken. Etter å ha vurdert henvisningene satt vi igjen med åtte deltakere. Alder varierte fra 24 til 57 år. Alle hadde gjennomgått basisutredning forut for gruppen, som ofte ikke inkluderer personlighetsutredning. Syv av åtte deltakere fullførte.

Gangen i gruppetilbudet

Gruppen gikk over tolv uker. Hver økt varte i én time og 45 minutter. Fast innhold for hvert møte var en presentasjon av dagens tema, etterfulgt av en runde med deling, hvor deltakerne kunne si noe om hvordan de hadde det, tanker siden sist eller andre ting de ønsket å dele med gruppen. Vi gikk deretter i gang med dagens tema, hvor det alltid var et innslag av psykoedukasjon før vi åpnet for mer fri samtale. Etter pausen alle dager gjorde vi en mindfulness-øvelse. Øvelsen ble gjennomført både for å komme tilbake til her og nå etter pause og for å skape kontinuitet i en ferdighet vi oppfordret deltakerne til å øve seg på.

VÅRE ERFARINGER

Å utforme et gruppetilbud for tilbakevendende depressiv lidelse i poliklinikk er ikke i seg selv revolusjonerende. Det som ble spesielt for oss, var at gruppen bare besto av mannlige pasienter, siden det er kjent at det er en overvekt av kvinner som oppsøker behandlingsapparatet. Vi vet ikke hvorfor kjønnsfordelingen ble homogen. Vi har spekulert på om det kan handle om forskjeller mellom hvordan menn og kvinner presenterer problemene sine når de kommer i poliklinisk behandling og behandles forståelse av pasientene ut ifra problembeskrivelsen. Vi lurer på om kvinner med depresjonsdiagnoser i større grad, eller hurtigere, forteller behandler om underliggende problematikk, som så blir temaet for individualterapien, og at kvinnene dermed ikke ble vurdert som kandidater for depresjonsgruppen av individualbehandler. Inklusjonskriteriene til gruppen var at pasientene skulle ha hatt flere enn én depressiv episode gjennom livet og være diagnostisert med tilbakevendende depressiv lidelse. Det vi har erfart gjennom poliklinisk praksis, er at personer som får depresjonsdiagnose, ofte har underliggende vansker som tidligere traumatiske erfaringer, relasjonelle utfordringer, sosial engstelse, lav selvfølelse, smerteproblematikk, ensomhet eller problemer knyttet til lav sosioøkonomisk status. Ut ifra diagnosekriteriene vil en moderat/alvorlig depresjon ofte ha forrang foran mange andre problemområder. Den underliggende problematikken, særlig hos menn som bruker lenge tid på å åpne seg, kan ende med å bli «kamouflert» av en depressiv episode, som utviklet seg som en konsekvens av det pasienten grunnleggende sett sliter med.

Konkrete råd og verktøy

Sammenlignet med grupper med flere kvinner erfarte vi at manngruppen i enda større grad var opptatt av å bruke og få informasjon om konkrete råd og verktøy. De stilte oss gruppeledere flere konkrete spørsmål, for eksempel hvordan gå frem for å mestre grubling, bekymring og søvnplager. Paradoksalt nok ga mange tilbakemelding ved avslutning om at de kunne ønsket seg mindre psykoedukasjon i gruppen. Grunnen kan være at deltakerne ved avslutning opplevde mer trygghet i gruppen, både når det gjaldt å dele og å kunne motta innspill fra de andre deltakerne. Det å holde seg til det konkrete med råd og tips kan ha gitt en trygghet i starten av gruppeforløpet. Tilliten var enda ikke bygget opp, men etter hvert som deltakerne ble bedre kjent, utviklet behovet seg til noe annet. En annen erfaring var at i manngruppen brukte de lengre tid på å være aktivt deltakende og åpen enn i den kvinnedominerte gruppen. Etter hvert observerte vi det som er nevnt over: at deltakerne ble mer komfortable og trygge på hverandre ved at de delte erfaringer, råd og ga støtte. Vi opplevde det sistnevnte som en positiv overraskelse, da vi på forhånd hadde tenkt at en mannsdominert gruppe kunne bli preget av at deltakerne var stille og mer tilbakeholdne, og hvor vi som gruppeledere ville måtte lede ordet mye. Her slo fordommene våre heldigvis ikke til, og vår erfaring var at med tiden ble det en gruppe med godt klima for åpenhet.

Kvinnelig gruppeledelse

Vi lurte også på hvordan gruppen ville oppleve å ha to kvinnelige behandlere, og om det ville prege gruppedynamikken. Vi fikk ikke inntrykk av at dette var problematisk, og fikk ingen tilbakemeldinger som skulle tilsi det. Vi opplevde at det var lett å skape dialog med deltakerne, og brukte litt humor for å skape allianse og trygghet. Samtidig forsøkte vi også å utfordre dem til å være sårbare omkring vonde følelser og tanker. Det var en fin opplevelse å se at deltakerne åpnet seg, støttet hverandre og kunne stille spørsmål til hverandre som – uten å være kritisk – skapte refleksjon.

Mer om selvmord

Vi vet ut ifra dystre statistikker at langt flere menn enn kvinner dør i selvmord. Vi vet også at flere kvinner enn menn oppsøker hjelp for psykisk sykdom. Med dette i mente opplevde vi det som verdifullt at det her var samlet åtte menn med depresjon som delte sine erfaringer, snakket åpent om sine plager og støttet hverandre. Det er også verdt å merke seg at mange av deltakerne ønsket enda et møte med temaet «følelser og selvmordstanker». Dette tolker vi som et uttrykk for at det var et viktig tema for flere av deltakerne. Vår oppfatning er at vi lever i en tid hvor vi som samfunn har fokus på å få menn i tale om vanskelige tanker og følelser. For eksempel vil et raskt googlesøk som «mann, snakk om det», eller «snakk om det, mann», gi mange ulike treff. Ofte foregår samtalene våre i individualterapeutiske settinger i spesialisthelsetjenesten. Vi tenker at gruppeterapi var mer betydningsfullt for å få til et fellesskap og redusere ensomhet omkring slike tanker, enn å ha disse samtalene i det lukkede individualterapeutiske rom.

Tilbakemeldinger

Mot slutten av gruppebehandlingen hentet vi inn kvalitative tilbakemeldinger fra deltakerne, og brukte BDI-II for å evaluere symptomtrykk før og etter gruppebehandlingen. Det flertallet i gruppen var enige om



... i manngruppen brukte de lengre tid på å være aktivt deltakende og åpen



som mest nyttig, var å møte andre med tilnærmet samme plager, og at de gjennom dette fikk følelsen av å ikke være alene. Når det gjaldt det helhetlige opplegget, ønsket flere enda mindre psykoedukasjon og mer dialog.

Med hensyn til det konkrete innholdet fikk vi tilbakemelding på temaet oppmerksomt nærvær/mindfulness ble oppfattet som mest nyttig. Vi ble overrasket over at deltakerne var såpass fornøyde med at vi inkluderte dette som en del av gruppetilbudet, og at de i tillegg ønsket seg enda mer av det. Da deltakerne ba om konkrete verktøy, var vi usikre på om de ville se på mindfulness som noe «alternativt». Det var nok en fordom vi som behandlere hadde, som viste seg å ikke stemme. Videre fikk vi tilbakemelding om at deltakerne ønsket at temaet «følelser og selvmord» kunne gått over to ganger, da de opplevde temaet som viktig og nyttig tema for å forstå seg selv. Rundt halvparten av deltakerne sa de ikke kjente seg igjen da vi gjennomgikk «depresjon og angst». Flere av deltakerne hadde ikke opplevd merkelig angst samtidig med sin depresjon.

Når det gjelder erfaringer med gruppeterapi, sa de fleste at de satt igjen med endret holdning til å gå i gruppebehandling. I starten uttrykte flere skepsis til å være åpen i en gruppe, men at de etter hvert satte mer pris på det, og at det ble lettere. Vi ønsket eksplisitt tilbakemelding på hvordan deltakerne opplevde å være en gruppe kun bestående av menn. Ingen av deltakerne ga tilbakemelding på at det hadde vært problematisk. Flere oppga at gruppedynamikken hadde fungert bra, og at homogeniteten i kjønn gjorde det enklere å snakke om enkelte temaer. Eksempelvis var det lettere å snakke om temaet «forhold til venner og familie» og generelt sett dele hvordan de hadde det i gruppen. På anonymisert tilbakemeldingsskjema oppga deltakerne at de følte seg trygge på oss som gruppeledere.

Av hensyn til personvern og at det var såpass få gruppedeltakere, ønsker vi ikke å oppgi målene fra BDI-II-kartleggingen. Siden det kan være vanskelig å evaluere utbytte basert på et rent symptomkartleggingsskjema, ville vi trolig hatt mer nytte av å bruke et prosessmål som evaluering. Det handler blant annet om at noen av de rapporterte plagene kan sammenfalle med andre, underliggende plager, slik som personlighetsproblematikk. I tillegg måler ikke BDI-II hvordan du nå mestrer

symptomene. Basert på den muntlige deltakelsen var det vårt kliniske inntrykk at samtlige utviklet seg eller var i noe bedring fra start til slutt. Det er verdt å nevne at noen av deltakerne ved oppstart kjente seg igjen i diagnosen dystymi, altså en mer langvarig depresjonstilstand, og delte dette åpent i gruppen. Et annet viktig moment var at ingen av deltakerne var utredet for personlighetsproblematikk før gruppetilbudet. Dog viste det seg i etterkant at noen av deltakerne oppfylte kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. Dermed kan en undre seg om depresjon i disse tilfellene var en primær lidelse eller sekundær til personlighetsproblematikk. Dette er faktorer som bør spille inn når en vurderer pasientens bedring gjennom et såpass kortvarig tilbud. Slike diagnoser krever ofte behandling over en lengre tidsperiode.

OPPSUMMERING

Avslutningsvis mener vi at gruppen var et vellykket prosjekt, også med et rent mannsdominert utvalg. Vi ønsker å rette en stor takk til alle deltakerne i gruppen som turte å si ja til et såpass nytt prosjekt, og for at de med sin åpenhet gjorde gruppen mulig. Vår erfaring er at det mest nyttige for deltakerne var å møte andre med tilnærmet samme plager som dem selv, og at dette ga dem følelsen av å ikke være alene. Mange hadde opplevd «oppmerksomt nærvær» som det mest nyttige temaet, og de ønsket mer fokus på følelser og selvmordstanker. De fleste ga uttrykk for at de satt igjen med endret holdning til det å gå i gruppebehandling. Da de aller fleste hadde prøvd individualterapi tidligere, ble gruppen et nytt tilbud som nesten ingen hadde forsøkt tidligere. Kanskje det viktigste av alt var at de etter hvert følte på mindre ensomhet omkring depresjonsplagene, noe vi trenger i et samfunn hvor mange menn ofte strever i det stille. ✕

REFERANSER

- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L. & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Elsevier*, 260, 728–737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Selvmord i Norge*. <https://www.fhi.no/he/folkehelsereporten/psykisk-helse/selvmord-i-norge/?term=>

- Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2022). Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 54, 152–156. <https://doi.org/10.1037/cbs0000317>
- Helsedirektoratet. (2020). *Bruk av tjenester innen psykisk helsevern*. Rapport <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tjenester-i-psykisk-helsevern-og-tsb-2020>.
- Midtgård, S.E. (2020, 24. juni). *Menn i terapi*. NAPHA, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/content/21411/menn-i-terapi>
- Normann, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Allmennelegjetjenesten* [Statistikk]. <https://data.ssb.no/api/v0/no/table/10141/>
- Van Aalderen, J.R., Donders, A.R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H.P. & Speckens, A.E. (2011). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(5). <https://doi.org/10.1017/S0033291711002054>
- World Health Organization. (2011). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. utg.). Helsedirektoratet.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=73978B2240D90A5F173760AA99540D4C?sequence=1>

FOTO: PRIVAT

**TEKST** Fredrik Dreyer Moe**MERKNAD** Ingen oppgitte interessekonflikter

Sykdom eller kriminell atferd?

Forståelsen av rusmiddelavhengighet som en moralsk svikt henger fortsatt igjen i behandlingsapparatet.

Rusmiddelavhengighet behandles ikke bare ulikt i den politiske sfæren, men også i forskning og behandling. Mye kunnskap tilsier at alvorlig rusmiddelavhengighet er en langvarig lidelse. Likevel er behandlingen ofte akutt, og forskningen følger pasientene over kort tid. Kan det være at vår forståelse av rusmiddelavhengighet som både en sykdom og forbrytelse gjør at den ikke blir behandlet rettfærdig?

KRONISK LIDELSE

Lidelser som skyldes en kombinasjon av genetiske, fysiologiske, miljømessige og atferdsmessige faktorer og har en lang varighet, defineres som *kroniske sykdommer*. Hva som er lang varighet, er det uenighet om. Det kan være fra minimum tre måneder til ett år. Tilstandsbildet ved alvorlig rusmiddelavhengighet tilfredsstillende kriteriene for kronisk lidelse, og alvorlig avhengighet behandles i spesialisthelsetjenesten. Fagfeltet har diskutert konseptualiseringen som kronisk lidelse siden

2000-tallet. Gitt at alvorlig avhengighet er kronisk, er det klart at den ikke behandles som det i tilbudet som er tilgjengelig for pasientene i dag. Sammenligner en retningslinjene «Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» og «Diabetes: nasjonal faglig retningslinje for behandling av diabetes type 2» (DT2), som er en annen kronisk lidelse, går det frem at DT2 behandles mer som en kronisk lidelse enn rusmiddelavhengighet. Siden alvorlig rusmiddelavhengighet og DT2 er ulike lidelser, krever de ulik behandling. Likevel bør det være en viss likhet i behandlingen av lidelsene med hensyn til deres kronisitet. Eksempelvis bør behandling inneholde systematisk langvarig oppfølging og utredning. Imidlertid er det kun retningslinjen for DT2 som spesifiserer oppfølgingens varighet, hyppighet av treffpunkt, og hvilken utredning som er relevant.

Det er sannsynligvis flere årsaker til at DT2 og rusmiddelavhengighet behandles ulikt, men en mulig forklaring kan ligge i rusavhengighetens forbindelse med moral.

MORALISME

Historisk sett har rusmiddelavhengighet blitt forklart med henvisning til en sviktende moral. Ofte har det vært svak selvkontroll og et svakt selv som har ført til avhengigheten, noe som har medført at disiplinerende behandling ofte har vært det foretrukne behandlingsvalget. Forklaring på DT2 bærer for øvrig også preg av moralisme. Personer med DT2 er



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

fete, late, spiser feil og har tatt gale livstilsvalg – og de har svak selvkontroll og -disiplin.

En historisk og nåværende forskjell mellom lidelsene er at rusmiddelavhengighet ses både som en sykdom og forbrytelse. Dette er ganske vesentlig – forstår vi rusmiddelavhengighet som en sykdom, betyr det at man trenger behandling for å bli bedre, å se avhengigheten som kriminalitet, innebærer at de samme menneskene trenger straff for å korrigere usømmelig atferd.

Denne dobbeltheten kan føre til at institusjonelt ansvar for rusmiddelavhengighet blir uklart, og til diskusjoner om hvorvidt rusmiddelavhengighet er en sykdom, forbrytelse eller begge deler. Tvetydigheten er til stede i norsk rusmiddelpolitikk, hvor det er straffbart med bruk og besittelse av illegale rusmidler, samtidig som helsetjenester deler ut gratis sprøytespisser og har overvåkete injeksjoner. Sannsynligvis har det en innvirkning på den rusmiddelavhengige å bli betraktet både som pasient og kriminell. Likeledes for klinikere som både er behandlere og kontrollører. Balanseringen mellom syk og kriminell kan gi klinikere etiske dilemma i behandling.

FORBRYTELSE OG STRAFF I BEHANDLING

Jeg antar at vekselvirkningen mellom helse- og moralforståelsen av avhengighet har bidratt til at en del praksiser i rusbehandling fortsatt bærer preg av straff. Altså at pasienten utsettes for noe ubehagelig eller uønsket som gjengjeldelse for ulydighet.

”

... en del praksiser i rusbehandling bærer fortsatt preg av straff

»



... klinikere i rusbehandling befinner seg i posisjoner hvor de sjonglerer mellom å være individets terapeut og samfunnets kontrollør

For en som skal oppsøke tverrfaglig spesialisert rusbehandling og har førerkort, er det en risiko for å bli meldt til statsforvalteren. Det gjelder spesielt dem med alvorlig avhengighet eller som blir innlagt i døgnbehandling. Da vil meldeplikt om førerkort ofte bli utløst fordi døgnbehandling tilsier at bruken er ute av kontroll og påvirker funksjonsnivået. Likevel kan det tenkes at pasienten opplever å bli straffet når hen søker helsehjelp. Meldeplikten kan kanskje virke avskrekkende for andre som trenger hjelp. Og den kan føre til ulike dilemma for klinikere når f.eks. pasienten gir sterkt uttrykk for å ha behov for førerkort når hen har blitt rusfri – eller for å bli rusfri. Det kan være utfordrende å danne allianse og samarbeid, noe som kan vanskeliggjøre videre behandling. Da kan meldeplikten stå i veien for å dra nytte av fellesfaktorene. Samtidig er det helsepersonellens plikt ut ifra helsepersonelloven å melde fra. Poenget er at om en ikke innfrir helsekravet, så øker trafikksikkerhetsrisiko som fører til trafikkutrygghet. Behandler, og teamet, må vurdere dette i hvert enkelt tilfelle. Selv om diagnosen ikke utløser plikten, vil de fleste trolig være strenge fordi de frykter at pasienten og andre skal komme til skade. Det er sannsynlig at ruspåvirkning er en av de sentrale årsakene til alvorlige trafikkulykker. Det ser også ut til å være en sammenheng mellom å kjøre i ruspåvirket tilstand og tidligere domfellelse for ruspåvirket kjøring. Samme statistikk viser at det er en sammenheng mellom å kjøre ruspåvirket og ha blitt domfelt for andre forhold. Samtidig er det ikke sikkert at dette er personene som har en rusmiddelavhengighet. Imidlertid bør kanskje et behandlingsapparat understreke om deres oppgave er å vurdere om det skal meldes til statsforvalteren etter en grundig utredning, eller om meldeplikten anses som utløst med en gang en blir innlagt i døgnbehandling.

DISIPLINERING VIA KROPPEN

Urinprøvetaking er vanlig i rusbehandling. Hensikten er å avdekke om pasienten har inntatt rusmidlene som hen ønsker å slutte med eller redusere. Implisitt formidler praksisen at pasientens ord ikke er til å stole på. Behandler trenger pasientens kroppsvæske for å avgjøre om vedkommende fortjener tillit. Urinprøvetaking kan være nedverdiggende å måtte gjennomgå. Det er tvilsomt at det bygger tillit mellom behandler og pasient. En mulig måte å forstå urinprøvetaking på, er som en praksis for å disiplinere pasienten via dets kropp. Målet er vel at pasienten til slutt skal slutte å bruke rusmidler fordi det vil bli avslørt uansett. Pasienten skal få mer selvkontroll via dette verktøyet, men også muligens bli mer dominert. Ellers kan urinprøver være motiverende for noen, ettersom de vet at de vil bli kontrollert for rusinntak. Kanskje spesielt i en sårbar fase kan det gi en form for målbevissthet og struktur.

I legemiddelassistert rehabilitering er det vanlig med henteordning av medisiner og urinprøvetaking. Om pasienten bruker rusmidler eller misbruker medikamenter, kan det føre til innskrenkning av henteordning og økning i antall urinprøver. Denne praksisen er også en form for disiplinering av pasientens kropp for at hen skal følge behandlingsregimet. I tillegg skal den sikre forsvarlighet, som f.eks. å unngå overdosering, men også unngå misbruk og at legemiddelet blir tilgjengelig for en tredjepart. Behandlingspraksisen skal både behandle sykdom og forhindre salg og deling av medikamentet.

Den baserer seg på en form for straff som virker gjennom negativ forsterkning. Behandler demonstrerer via innskrenking av henteordning

og hyppigere urinprøver at pasient må slutte å bruke rusmidler, ikke misbruke medikamenter eller ta medikamenter som ikke er foreskrevet. Om pasienten følger instruksjonene, vil henteordningen bli bedre (hente medisiner færre dager i uken) og det vil bli færre urinprøver. Ved å redusere hyppigheten av urinprøver og antall hentedager vil pasientens atferd om å ikke ta rusmidler bli forsterket. Målet med de to praksisene er å påføre pasienten noe uønsket som gjengjeldelse for ulydighet. De har ikke fulgt behandlingsprogrammet som avtalt. Praksisen formidler at pasienten ikke har nok selvkontroll og trenger å bli straffet for å lære seg å ta mer ansvar – og for å få mer selvkontroll. Spørsmålet er om det ikke fører til det motsatte? Praksisen bekrefter den avhengige som avhengig *av* noe eller noen, en som ikke kan klare seg selv, selv ikke dette. Dermed kan praksisen føre til at pasientene blir mindre selvstendige og håpefulle, og kanskje mer motløse og hjelpeløse.

MORALSK PRAKSIS

Praksisene minner om tidligere moralsk behandling, som bl.a. fokuserte på arbeidsaktivitet over lengre perioder for å disiplinere den avhengige. De nåværende praksisene ser ut til å underbygge en tendens til å betrakte rusavhengighet som både et moralsk og legalt problem og en lidelse. Det er noen disiplinerte elementer i praksisene i form av et ønske om at pasienten skal være lydig. Den disiplinerte tendensen er kompleks. Den påvirkes trolig av sosiale, politiske og historiske mulighetsbetingelser som er forbundet med behandlingsapparatets normative forutantakelser om rusavhengighet og den rusmiddelavhengige. Sannsynligvis er det flere og andre forklaringer på at avhengighet ikke blir behandlet som en kronisk lidelse, og at behandlingskomponenter inneholder moralske konnotasjoner. Likevel kan det være mulig at slike implisitte antakelser om rusbehandling og rusmiddelavhengighet forhindrer retningslinjer for rusbehandling i å ha et langsiktig perspektiv som er godt nok strukturert til å bli iverksatt i praksis. Det kan også henge sammen med at rusforskning ofte har kort varighet og fokuserer på rusreduksjon fremfor funksjonelle mål. Rusbehandling er som oftest kortvarig. I behandlingsretningslinjen mangler det konkrete tiltak for gjennomføring av planlagt og regelmessig oppfølging og

systematisk evaluering. Dette er besynderlig når alvorlig rusmiddelavhengighet innfrir kriteriene for kronisk lidelse. For noen fungerer akutt behandling, mens for andre trengs langvarig behandling, gjerne over flere år.

SKIFTE

Så lenge rusmiddelavhengighet kan straffes, vil klinikere i rusbehandling befinne seg i posisjoner hvor de sjonglerer mellom å være individets terapeut og samfunnets kontrollør. En grunn til at ruspolitikken ble endret i Portugal, var et ønske om å gå vekk fra å se på rusavhengighet som kriminalitet til å anse det som en kronisk lidelse. Det førte til et økt søkelys på forebygging, behandling og gjeninkludering. Et slikt skifte vil bidra til å redusere den tvetydige forståelsen av avhengighet. En konsekvens av å betrakte alvorlig rusmiddelavhengighet som en kronisk lidelse, er at behandlingsformatet blir langsiktig. I dette formatet blir *tilbakefall* betraktet annerledes enn i en akutt modell. Her anses ikke tilbakefall som et tegn på uvirksom behandling eller at pasienten er ulydig. Snarere tvert om blir tilbakefall en forventet del av prosessen mot å bli frisk, og en erfaring pasienten kan lære noe av. Et langsiktig fokus kan føre til at pasient og behandler allieres mot langsiktige mål for gjeninkludering i samfunnet og terapeutiske mål.

Dette forutsetter at retningslinjene har et langsiktig fokus og er tydelig og enkle å gjennomføre i praksis. Det gjør at klinikerer kan være mer behandler enn kontrollør og kan fokusere på behandlingstiltak som gradvis og langsiktig bidrar til positiv endring. ✕

Meninger

DEBATT

Spesialiseringen i samfunns- og allmennpsykologi er i stadig utvikling

Utdanningen gir rikelig anledning til at deltagere kan ta opp vanskelige og kritiske spørsmål underveis.



TEKST Fagutvalget for samfunns- og allmennpsykologi

KONTAKT
andrea.kanavin@nittedal.kommune.no

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter

VI I FAGUTVALGET for samfunns- og allmennpsykologi leste med interesse Helén Ingrid Andreassen (2024) sitt innlegg i Psykologtidsskriftet, «Spesialiseringen i samfunnspsykologi trenger omlegging». Vi er over gjennomsnittet begeistret for samfunnspsykologiske drøftinger og kritiske spørsmål, men har i tillegg brukt lang tid på å revidere nettopp målbeskrivelsen for obligatorisk program. Ny målbeskrivelse vil tre i kraft i februar 2025 og er basert på innspill fra tidligere kursdeltakere og kursledere i programmet. Noe av det Andreassen etterlyser i sitt innlegg, mener vi blir imøtekommet i den nye versjonen.

VILKÅRLIGE ENKELTTEMA

Andreassen hevder at enkelttemaene i spesialiseringssløpet virker vilkårlige. Temaene er imidlertid intensjonelt utvalgt for å ruste fremtidige samfunns- og allmennpsykologer i viktige felt som ikke dekkes av grunnutdanningen vår. Ett eksempel er intensjonen om å kunne påvirke hvordan politikere prioriterer ressurser, slik at samfunnet i større grad fremmer psykisk helse. Vi mener det er nødvendig at psykologer trener på å formidle dette viktige budskapet i kurset. Et annet eksempel er prosjektledelse. Hensikten er å tilrettelegge for at deltagerne får ferdigheter i å planlegge og lede utviklingsarbeid,

som ofte er organisert i små eller store samfunnspsykologiske prosjekter.

Kursdeltakere har tilbakemeldt i evalueringer at både formidling og prosess- og prosjektledelse er nyttige temaer. Derfor videreføres disse i den nye målbeskrivelsen. Vi har imidlertid endret læringsutbyttene fra et kunnskapsnivå til et ferdighetsnivå for å gi deltakerne større grad av reelle ferdigheter innenfor disse temaene. Dette hever nivået og gjør kursene enda mer relevante for det samfunnspsykologiske praksisfeltet.

TEORETISK FORANKRING

Psykologforeningens spesialistutdanning er praksisnær, i den forstand at praksis utgjør den mest sentrale læringsarenaen. Dette gjenspeiles i måten kursene gir psykologen verktøy, språk og refleksjoner rundt praksis på som har direkte relevans for arbeidet. Det er en fristende tanke at forskning og teori på samfunnspsykologi, sosialpsykologi og «community psychology» kan gi oss en tydelig rettesnor for hvordan vi skal forvalte rollen som samfunnspsykologer, slik Andreassen er inne på. Vår vurdering er imidlertid at feltet er så bredt og sammensatt at for mye teorigjengivelse vil kunne oppleves overordnet, generelt og dermed også fjernt fra praksis. Det er i tillegg en faglig og pedagogisk

utfordring at kursdeltakerne har ulike kunnskapsnivå fra før, noe som delvis skyldes ulikheter i grunnutdanningen. Her kan forhåpentligvis nye retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger (RETHOS) være til fremtidig hjelp, men kurslederne uttrykker at det er utfordrende å finne et teoretisk nivå som er tilpasset samtlige kursdeltagere.

GRIP SJANSEN

Uavhengig av hvorvidt den nye målbeskrivelsen svarer på Andreassens kritikk, ønsker vi å trekke frem en viktig faktor som vi dessverre litt for ofte opplever at ikke blir utnyttet godt nok i spesialistutdanningen. Det handler om grad av egenaktivitet på kurs. Deltagerne bør selv bidra og benytte anledningen når så mange samfunnsengasjerte psykologer er samlet, til å diskutere hva samfunnspsykologien som profesjon kan få til. Utdanningen gir rikelig anledning til at deltagere kan ta opp vanskelige og kritiske spørsmål underveis, og vi erfarer at kursledere og foredragsholdere er åpne for å fasilitere slike diskusjoner. Her mener vi det ligger et stort potensial for læring.

Andreassen fokuserer i sin kritikk på kursrekkens innhold og manglende sammenheng. Hun nevner verken veiledningsgruppens rolle og betydning, eller hvilke muligheter som ligger i kravet til det skriftlige arbeidet. Veiledningsgruppene er en viktig arena for de diskusjonene og kritiske refleksjonene som Andreassen etterlyser. De er også et egnet fora til å gå i dybden på temaene som hun savner. Problemstillingene hun trekker frem, er også svært aktuelle som utgangspunkt for det skriftlige arbeidet.

REVIDERT MÅLBESKRIVELSE

Den reviderte målbeskrivelsen inneholder seks kurs med relevante tema og har fått et større samfunnspsykologisk søkelys, der relativt omfattende teoretiske og praktiske områder skal dekket. Til forskjell fra de fleste andre spesialiteter, der obligatorisk program i større grad begrenser seg til et spesifikt fagfelt, en pasientgruppe eller metodikk, er samfunns- og allmennpsykologens lodd å forholde seg til hele bredden i psykologifaget.

Avslutningsvis vil vi gjerne takke for innspillet til Andreassen, som oppmuntrer til en interessant debatt om innholdet i det obligatoriske programmet. Vi oppfordrer fremtidige samfunns- og allmennpsykologer til å følge Andreassens eksempel, nemlig å tørre å ta tak i det spennende fagfeltet samfunnspsykologi faktisk er. Dette kan gjøres ved å benytte anledningen under spesialiseringen til å «ta sitt samfunnsansvar», og bidra med å stille kritiske spørsmål som fremmer gode faglige diskusjoner. Dette er viktig for å utvikle både spesialistutdanningen og den viktige og meningsfylte rollen vi som samfunns- og allmennpsykologer bør fylle. ✕

REFERANSER

Andreassen, H.I. (2024, 19. februar). Spesialiseringen i samfunnspsykologi trenger omlegging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/meninger-debatt/2024/02/spesialiseringen-i-samfunnspsykologi-trenger-omlegging>



Her mener vi det ligger et stort potensial for læring

Etos og menneskesyn i psykoterapi



Psykologiens empiriske beskrivelser hjemsesøkes av normativitet.

TEKST Henrik Berg



FOTO: PRIVAT

KONTAKT

henrik.berg@uib.no

DE SISTE ÅRENES økte oppmerksomhet på etikk i psykoterapi (se blant annet Vik & Stänicke, 2022) er etter mitt syn et faglig fremskritt. Etikdens betydning for psykoterapi kan nemlig knapt overvurderes. Etikk er ikke bare viktig som en ytre regulering, den er konstituerende for psykoterapi. Det er ikke meningsfullt å snakke om psykoterapi uten å inkorporere etikk; etikken angir den endringen som søkes bevirket gjennom psykoterapi.

Samtidig krever etikdens rolle i psykoterapi fint-tenkning. En mer bekymringsfull tendens er sammenblandingen av etos og menneskesyn. Hva et menneske er, og hva et menneske bør gjøre, er ikke det samme. Faktisk stilte Immanuel Kant dette som to distinkte spørsmål til filosofien. Relasjonen mellom disse spørsmålene er intrikat, men de bør ikke sammenblandes. Filosofen David Hume kalte slutningen fra «er» til «bør» den naturalistiske feilslutning. Vi kommer oss aldri direkte fra fakta til etikk.

NORMATIVITET HJEMSØKER PSYKOLOGIEN

La oss begynne i en annen ende. Empirisk psykologi kunne kanskje like gjerne blitt betegnet som antropologi. Den gir oss et bredt svar på det empiriske spørsmålet «Hva er et menneske?».

Fra samfunnspsykologiens søkelys på struktur til biologisk psykologis vekt på celler finnes en rik forføyning av perspektiver. Et menneske «er» celler, kropp/hjerne, personlighet, situasjon og kultur, for å nevne noe. Menneskesynet skapes minst like mye som det forutsettes. Hjerneplastisitet, epigenetikk, tilknytnings-teori, motivasjonsteori, lydighetsforskning og kulturpsykologi informerer menneskesynet vårt. Vi «er» alt dette.

Det er imidlertid to aspekt ved dette som er verdt å dvele ved. Det er ofte en implisitt normativitet i beskrivelsen av det menneskelige. Mennesket «er» aggressivt, men «bør» ikke være det (i alle fall ikke uinnskrenket). Mennesket «er» celler, men ikke alle celler gjør slik de «bør» for å sikre «god» fungering. Mennesker kan ha mange ulike komposisjoner av personlighetstrekk, men kun enkelte sammensetninger er assosiert med et «godt» liv. Mennesker lager ulike politiske strukturer, men «bør» søke rettferdighet. Psykologiens empiriske beskrivelser hjemsesøkes av normativitet.

ETIKK OG EGENVERDI

Ingen steder i psykologien viser dette seg klare enn i psykoterapi. De ulike psykoterapi-



KANT OG ETIKK Hva et menneske er, og hva et menneske bør gjøre, er ikke det samme. Immanuel Kant stilte dette som to distinkte spørsmål til filosofien, skriver artikkelforfatteren.

skolene søker å realisere tidvis svært ulike mål. En etos er slik en utmynting av psykoterapiskolers «bør». Er dette reduserbart til menneskesyn? Nei. Men mange vil kanskje hevde at vi må inkorporere menneskesynet i tekningen om «bør». Ingen «bør» uten «kan», hevder ofte etikere. Poenget er at det gir lite mening å ha påbud og normer mennesker ikke *kan* innfri. Vi kan lage abstrakte ideal som ingen mennesker kan innfri, men det vil ikke være relevant for å regulere *mennesker*. Men vi kan ikke dermed trekke en slutning fra kan til bør. Menneskelige egenskaper angir kort sagt ikke etikens rammer.

Utilitarisme, som kanskje er den mest innflytelsesrike etiske tradisjonen i vår tid, hevder at den gode handlingen er handlingen som fremmer velvære for sansende vesener. Vi kunne da si at godhet er proporsjonal til summen av velværet handlingen fører til. Det menneskelige er med andre ord ikke like interessant som det gode. Men også innad i de ulike psykoterapitradisjonene finner vi etikens «bør». Rasjonalitet, gode nære relasjoner, intrapsykisk harmoni, autentisitet, kongruens, produktivitet og hedonistisk nytelse er alle troverdige

kandidater. De utgjør det som i etikken kalles for en egenverdi.

EN AVSPORING

En egenverdi er verdt å søke som mål. Psykoterapeutisk arbeid har med etikens språk middelverdi til disse målene. Menneskesynet inngår som en del av, men er egentlig ikke det kritiske i denne ligningen. Det kritiske er de målene som angis, enten dette følger fra psykoterapiskolens etos eller en spesifikk behandlings evne til å fange ønskemålene til en individuell pasient (for å bruke det «paradigmatiske» eksempelet). Slik er spørsmålet om menneskesyn ikke uvesentlig, men potensielt en avsporing av etikens konstituerende rolle for psykoterapi. ✕

REFERANSER

Vik, O.M. & Stänicke, E. (2022). Menneskesyn i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1104–1111. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2022/12/menneskesyn-i-psykoterapi>



David Hume kalte slutningen fra «er» til «bør» den naturalistiske feilslutning

Fintenkning om menneskesyn og etos

Å tegne opp et sterkt skille mellom fakta og verdier i psykoterapi og klinisk praksis er problematisk.



TEKST Erik Stänicke & Ole Magnus Vik



FOTO: PSYKOLOGTIDSSKRIFTEI

FOTO: PRIVAT

KONTAKT

erik.stanicke@
psykologi.uio.no

MERKNAD

Ingen oppgitte
interessekonflikter

VI OPPLEVER DET som viktig og betryggende å ha likesinnede i diskusjonen om psykologi som et fag som er innvevd i verdier og etos. Henrik Berg har reist flere sentrale diskusjoner om grunnlagsproblemer i psykologifaget og har hatt viktige bidrag til temaet. Vi ønsker derfor å gå i dialog med ham når han adresserer vårt to år gamle fagessay om menneskesyn i psykoterapi (Vik & Stänicke, 2022) i mainnummeret av Psykologtidsskriftet (Berg, 2024). Vi er imidlertid usikre på om han forholder seg til de sentrale argumentene i vår tekst, og spør oss om hans argumentasjon har vært «fint-tenkt» nok denne gangen.

Slik vi forstår Berg vil han problematisere en tendens til å sammenblande psykologiens etos – som har med verdier å gjøre – med menneskesyn – som har med fakta å gjøre. Bakgrunnen for at han mener denne tendensen er problematisk, er filosofene David Hume og Immanuel Kant som sier at «Vi kommer oss ikke direkte fra fakta til etikk» (Berg, 2024). Dette er også av Hume kalt «den naturalistiske feilslutning».

Det bemerkelsesverdige med denne kritikken fra Berg er ikke at han refererer til Hume og Kant, som alltid er interessante å trekke frem i diskusjoner om etikk og menneskesyn. Det overraskende er heller at han gjengir den naturalistiske feilslutning som om den ikke har blitt problematisert, og kanskje vi kan si det så sterkt, har blitt forkastet. Det er også verdt å nevne at flere sentrale etiske tradisjoner, for eksempel neo-aristotelisk dydsetikk, anser det deskriptive spørsmålet om hva mennesket *er*, som helt sammenvevd med det normative spørsmålet om hvordan mennesket *bør* leve godt. Det er derfor ikke slik at skillet mellom *er* og *bør* heller er like klart i filosofien som Berg antyder.

Problemet med den naturalistiske feilslutning er at den opprettholder en forestilling om at fakta er «rene» kategorier, som menneske,

psyke, trær, hus, teater, mens verdier er bedømmelser av disse kategoriene. Dette har gitt opphav til en forenkende forestilling om at forskere kan være nøytrale, de forsker på fakta, mens politikere, prester og etikere tar seg av verdidommene. For eksempel at psykoterapiforskere undersøker hvilken behandlingsmetode som er mest effektiv, og helsepolitikere bestemmer implementeringen av metodene i offentlig psykisk helsevern. Debatten om medisinfri behandling har kommet i denne kryssilden; skal vi av verdimessige grunner tilby medisinfri behandling selv om vi enda ikke har robust evidens for den? Berg (2017) er også selv, slik vi leser han, en av de som har bidratt til å peke på urimelighetene i et slikt dikotomt skille mellom det deskriptive og normative i behandling, blant annet ved å problematisere det å bare vektlegge effekt og se bort fra etos i anbefalte behandlingsmetoder.

I likhet med sentrale etikere fra de siste hundre – og noen fra de siste to og et halvt tusen år – mener vi at en streng inndeling i fakta og verdier som tilhørende ulike kategorier, ikke er bærekraftig. Et slående argument er fra nærhetsetikken til Hans Jonas (1984). Han argumenterer tydelig hvordan et *bør* kan være innvevd i det som *er*. Arne Johan Vetlesen (2007) oppsummerer det presist:

Det nyfødte menneskebarnet, hvis blotte pust retter et *bør* mot omverdenen – et ordløst imperativ om å bli tatt hånd om, om å bli ivaretatt i sin eksistens, i sin væren som hjelpeløst prisgitt menneskelige ivaretakere. Den nyfødte er et værende hvor et «*bør*» rettet mot andre er tydelig til stede. (s. 68)

Det er flere eksempler å nevne, som Emmanuel Lévinas (1991) sin utlegning om hvordan møtet med Den andres ansikt fordrer ansvar og

respekt. Nok et eksempel er Knud Løgstrups (1956) beskrivelse av de spontane livsytringer. Innen vitenskapsfilosofi har også skillet mellom fakta og verdi blitt problematisert. Det er ikke hensiktsmessig å ramse opp alle som har problematisert et slik skille mellom fakta og verdier her, men vi vil tillate oss å vise til den moderne klassikeren av filosofen Hilary Putnam (2002).

Berg synes dessuten å anlegge et premiss om at psykologen, uten alt for store problemer, kan komme til klientens «egentlige» mål via klinisk skjønn. Gitt dette premisset er nok menneskesyn underordnet i klinisk virksomhet. Men vi er ikke enige i premisset. Faktisk så mener vi det er problematisk å tro at klinikere i så stor grad kan overskride sine egne forforståelser, enten de er politisk-ideologiske, epistemologiske, faglige eller på grunn av menneskesyn. Ikke minst med tanke på det økende mangfoldet både i fag og praksis. At vi som hvite, heteroseksuelle menn skal forfekte en så sterk tro på at psykologen kan overskride egne blindsoner, er kanskje ekstra problematisk.

Vi mener derfor at spørsmålet om distinkte menneskesyn innenfor de ulike terapiretninger ikke bare sier noe om egenskaper og fakta ved mennesket, men også i praksis i aller høyeste grad er, og blir, normative. Blant annet fordi slike menneskesyn – selv om de nominelt sett fremstår som deskriptive – alltid impliserer hva et godt og friskt liv innebærer. For eksempel om vi forstår mennesket som i utgangspunktet rasjonelt og lykkelig, så vil behandlingen av en som lider, søke å oppnå – et bør – rasjonalitet og lykke. Derimot vil en behandler som forstår mennesket fra en mer tragisk synsvinkel, søke integrasjon eller toleranse for det smertefulle og konfliktfylte. Menneskesyn opererer ofte i samsvar med distinkte terapitradisjoner, men kan også spille seg ut uavhengig av terapeutisk skoleretning. Derfor vil det å bare se på terapitradisjonens iboende etos, slik Berg argumenterer for i sitt innlegg, være en høyst nødvendig, men ikke tilstrekkelig utforskning av de verdime ssige, førvitenskapelige premissene for norske psykologers kliniske virksomhet.

Vår kliniske praksis hviler på en rekke verdivurderinger som blant annet bestemmes av iboende etos og menneskesyn i psykologien som akademisk fag, normativitet og ideologi i kulturen som sådan, og av de forskjellige psykoterapiretningene. Å ikke kjenne til verdiene og

de underliggende menneskesynene vil risikere at psykologer ukritisk og ureflektert viderefører en lang rekke livsholdninger og livsanskuelser til klienter og pasienter på en måte som – i strid med våre fagetiske retningslinjer om å utforske og utfordre blindsoner i våre roller, praksis og fagtradisjon (Kompetanse 2.2) – risikerer å gjøre terapirommet til et pseudonøytralt, eller politisert, rom som begrenser subjektets mulighet for autentisk livsutfoldelse. For at psykoterapi og annen klinisk virksomhet skal forbli en verdiåpen, ikke-diskriminerende praksis som fasiliterer subjektets frie og helsefremmende meningssøken, må den også konstitueres av, og kritisk reflektere over sine, iboende etos (se Vik, 2022). Dette blir umulig uten den kontinuerlige utforskningen av den kliniske psykologiens grunnlagsproblemer som både vi og Berg prøver å gjøre.

På det overordnede opplever vi tross alt å stå på samme side som Berg i den ideologiske kampen som foregår i klinisk psykologi. Vårt høyeste ønske for den videre debatten er derfor at representanter fra andre fagmiljøer i større grad også melder seg på! ✕

REFERANSER

- Berg, H. (2017). Fakta og verdi i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(5), 480-483. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2017/05/fakta-og-verdier-i-psykoterapi>
- Berg, H. (2024). Etos og menneskesyn i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/05/etos-og-menneskesyn-i-psykoterapi>
- Jonas, H. (1984). *The imperative of responsibility*. The University of Chicago Press.
- Levinas, (1991). *Totality and infinity*. Kluwer.
- Løgstrup, K.E. (1956). *Den etiske fordring*. Gyldendal.
- Putnam, H. (2002). *The collapse of the fact/value dichotomy – and other essays*. Harvard University Press.
- Vetlesen, A.J. (2007). *Hva er etikk*. Universitetsforlaget.
- Vik, O.M. (2022). Psykoterapiens etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7), 656-663. <https://psykologtidsskriftet.no/fagesay/2022/07/psykoterapiens-etos>
- Vik, O.M. & Stänicke, E. (2022). Menneskesyn i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1104-1111. <https://psykologtidsskriftet.no/fagesay/2022/12/menneskesyn-i-psykoterapi>



... et bør kan være innvevd i det som er



Illusorisk kvalitetssikring

Pålagt medsignering på epikriser skaper flere problemer enn det løser.

VED FLERE DPS pålegges spesialister å medsignere på ikke-spesialisters epikriser. Psykologen som har vært ansvarlig for pasientbehandlingen, må innhente signatur fra en psykologspesialist eller overlege før epikrise sendes ut. Denne praksisen følger ikke av noen lovbestemmelse, men er iverksatt av enkelte helseforetak på eget initiativ, begrunnet som kvalitetssikring. Vi mener pålagt medsignering skaper flere problemer enn det løser. Det bidrar ikke til reell kvalitetssikring, men skaper uklarhet rundt roller og ansvar og kommer i mulig konflikt med gjeldende lovverk.

INGEN REELL KVALITETSSIKRING

Som kvalitetssikring er spesialistens signatur i seg selv lite relevant. Den har en signalfunksjon ved å signalisere til epikrisemottakere og andre at spesialisten har vært involvert i helsehjelpen som er gitt. Kvalitetssikringen ligger i hva spesialisten konkret har vært involvert i, som utredning, diagnostiske vurderinger, planlegging eller gjennomføring av behandling. Siden ingen av disse oppgavene krever medsignatur på epikrisen, er signaturen slik sett overflødig. Om formålet var å involvere spesialist på en

måte som kan ha reell innvirkning på helsehjelpens kvalitet, ville det ha vært mer naturlig å pålegge spesialister slike spesifikke oppgaver i stedet. Pålagt medsignering fremstår først og fremst som et tiltak egnet for å skape inntrykk av kvalitetssikring.

Å involvere spesialist ved endt behandling kunne muligens fungert som kontroll for kvaliteten på helsehjelp som gis, men en pålagt medsignatur på epikriser sikrer ikke dette. Psykologen med behandlingsansvaret er uansett lovpålagt å sende ut en epikrise som gjengir det som faktisk er gjort, ikke hva en kontrollør ved endt behandling eventuelt mener at burde ha vært gjort. Om spesialisten på forhånd er pålagt å medsignere uavhengig av kvaliteten på helsehjelpen og epikrise må sendes uansett, vil ikke spesialisten ha noe reelt handlingsrom, og praksisen med pålagt medsignering vil ikke ha noen reell kontrollfunksjon.

UKLARHET RUNDT ROLLER OG ANSVAR

Pålagt medsignering betyr at spesialister systematisk må signere på epikriser også i saker de ikke har vært involvert i, når behandling er avsluttet og epikrisen er skrevet. Dette er et



TEKST Tomas Formo Langkaas, psykologspesialist ved Drammen DPS og Anya Kolsrud, jurist og tidligere fagsjef ved Helseavdelingen, Fylkesmannen i Buskerud

KONTAKT tomas.langkaas@gmail.com

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen





Helsepersonell kan ikke pålegges oppgaver som bryter med andre plikter

kjent problem (Danielsen & Ringdal, 2011) og gjør det uklart for spesialister hvilken rolle og hvilket ansvar de påtar seg ved å signere. Uavhengig av hva det uttalte formålet med medsignatur er, vil psykologen og spesialisten som signerer, gi epikrisemottaker inntrykk av at de på selvstendig grunnlag bekrefter at helsehjelpen som beskrives, samsvarer med helsehjelpen som faktisk er gitt. De vil begge gi inntrykk av at de stiller seg bak vurderingene som gjengis, at de begge har vært delaktige i og delansvarlige for helsehjelpen underveis, at de begge har god kjennskap til den aktuelle pasienten, og at begge kan kontaktes for å drøfte saken. Selv i saker der spesialisten har vært involvert underveis, vil ikke nødvendigvis alle disse forutsetningene være til stede. En medsignatur kan da gi et misvisende inntrykk av hva slags rolle og ansvar spesialisten faktisk har hatt. Dette gir spesialisten et dilemma, der valget står mellom å signere på et dokument under falske forutsetninger eller å bryte en arbeidsinstruks.

Både Langfeldt og Høstmælingen (2010) og Danielsen og Ringdal (2011) har tidligere knyttet medsignering til en rapport fra et landsomfattende DPS-tilsyn (Helsetilsynet, 2010) som peker på at spesialister i spesialisthelsetjenesten er pålagt et stort ansvar i å kvalitetssikre ikke-spesialisters arbeid. Rapporten må etter vårt syn leses ut fra at det på rapporttidspunktet ved flere DPS var ansatt ikke-spesialister med treårig utdanning uten formell diagnose- og utredningskompetanse som hadde ansvar for utredning og behandling alene. I motsetning til andre ikke-spesialister er psykologer spesielt utdannet og autorisert til å kunne ha selvstendig faglig ansvar for utredning, diagnostikk og behandling i psykisk helsevern, noe som har vært et premiss for psykologers profesjonsutdanning og tittelbeskyttelse i Norge. I prinsippet skal en psykolog derfor kunne ha en arbeidskarriere i spesialisthelsetjenesten uten å være i spesialisering eller under løpende veiledning eller oppfølging av en spesialist. Det fremstår som en feiltolkning av rapporten at psykologer ikke lenger skulle kunne yte faglig forsvarlig hjelp i spesialisthelsetjenesten uten tett oppfølging av spesialist, slik pålagt medsignering på epikriser kan gi inntrykk av. En effektiv og hensiktsmessig forvaltning av ressursene i spesialisthelsetjenesten forutsetter at psykologer arbeider selvstendig og selv vurderer når det er behov for å innhente hjelp fra spesialist.

MULIG KONFLIKT MED LOVBESTEMMELSER

Selv om medsignering ikke følger av noen lovbestemmelse, kan helseforetak fritt innføre egne kvalitetssikringstiltak så lenge det ikke kommer i konflikt med lovverket. En sentral begrensning er at helseforetak er pålagt å organisere virksomheten «slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter» (helsepersonelloven (hpl), 1999, § 16), presisert som «at helsepersonellet gis handlefrihet til å overholde sine lovpålagte plikter» (Helsedirektoratet, 2018). Denne bestemmelsen begrenser arbeidsgivers styringsrett. Helsepersonell kan ikke pålegges oppgaver som bryter med andre plikter. De kan heller ikke pålegges å fremstå delansvarlige for helsehjelp de ikke har hatt reell handlefrihet til å påvirke.

Når det gjelder brudd med andre plikter, fører pålagt medsignering til systematisk forsinkelse av epikriser og binder opp spesialistressurser ved endt behandling når helsehjelpen til den aktuelle pasienten ikke lenger kan påvirkes. Dette kan bryte med plikten til å sende ut epikriser

uten unødig opphold (hpl § 45a) og plikten til å unngå unødig ressursbruk (hpl § 6).

UREDELIG PRAKSIS

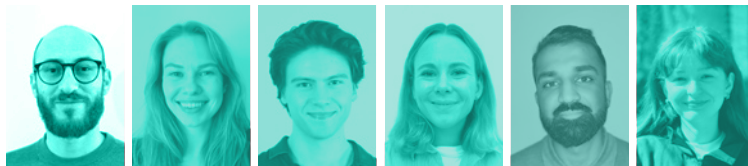
Å signere på behandlingsdokumenter på en måte som bidrar til å skape utydelighet rundt faktiske roller og ansvarsforhold i helsehjelpen som er gitt, kan i beste fall sies å være uredelig. I ytterste konsekvens, om det skulle oppstå en tilsynssak som følge av uforsvarlig helsehjelp, kan spesialisten som har medsignert på epikrisen, forvente å bli vurdert for brudd på plikten til forsvarlighet (hpl § 4).

Om det i en tilsynssak også kommer frem at spesialisten var pålagt å signere uten å ha hatt noen reell innvirkning på helsehjelpen i den aktuelle saken, vil dette både føre til spørsmål om helseforetaket har rutiner som gir misvisende inntrykk av ansvarsfordeling og kvalitetssikring, og spørsmål om spesialisten har forsøkt å melde fra om dette problemet.

Vi mener det er tydelig at praksisen med pålagt medsignering kun har ulemper. Det virker mer hensiktsmessig å la den som har hatt det reelle faglige ansvaret, stå ansvarlig for epikrisen alene og i stedet fokusere på kvalitetssikringstiltak som bidrar til reell kvalitetsforbedring. ✕

REFERANSER

- Danielsen, E. & Ringdal, E. (2011). Spesialist-ansvar. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(11). <https://psykologtidsskriftet.no/leserne-spor/2011/11/spesialist-ansvar>
- Helsedirektoratet (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet (2010). *Distriktspsykiatriske tenester – likeverdige tilbud?* Rapport fra Helsetilsynet 3/2010. <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/2010/distriktspsykiatriske-tjenester-likeverdige-tilbud/>
- Langfeldt, K.K. & Høstmælingen, A. (2010). Forholdet mellom spesialister og ikke-spesialister. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(7). <https://psykologtidsskriftet.no/leserne-spor/2010/07/forholdet-mellom-spesialister-og-ikke-spesialister>



REBIN BADKAN er spaltist i juniutgaven.

Svaret er ikkje alltid psykisk helsehjelp

I kriser må me våge å ha dei vanskelege samtalene med kvarandre.

KONTAKT

rebinbadkan
@hotmail.com

MERKNAD

Ingen oppgitte
interessekonflikter

Noreg har eit imponerende psykisk helseapparat som står klart til å hjelpe når behovet oppstår, enten det er gjennom kommunale tenester, spesialisthelsetenesta, privatpraktiserande terapeutar eller gjennom helseforsikringar. Likevel meiner eg det er på tide å vurdere kva helseapparatet eigentleg bør behandle, og kva som ville ha løyst seg med tida om me hadde brukt nettverket vårt. Har det profesjonelle hjelpeapparatet overtatt noko av funksjonen som tidlegare blei ivaretatt av familie og vener?

SJØLVSTENDE OG ANSVAR

Mitt inntrykk er at me som befolkning i mange tilfelle søker hjelp på feil plass. I staden for å søkje profesjonell hjelp hos ein terapeut eller psykolog kunne me kanskje ha fått den støtta og hjelpa me treng, frå vårt eige nettverk av familie og vener.

Dei fleste av oss har det stort sett fint i Norge. Me får dekkja våre grunnleggjande behov, og jo betre levekår me har, jo meir sjølvstendige blir me. Men dette sjølvstendet fører også til meir ansvar. Me føler eit individuelt ansvar for å takle livets utfordringar, og når me ikkje klarar det, kan det føre til skam og skyldkjensle. Dermed blir me også tilbakehaldne med å opne oss for vårt nettverk når livet blir vanskeleg, og vegen til å søkje profesjonell psykisk helsehjelp blir dermed kort.

Som psykolog i Noreg med kurdisk bakgrunn har eg erfaring med både individua-

listiske og kollektivistiske samfunn. I kollektivistiske samfunn er nettverket av familie og venner mykje meir aktivt involvert i kvarandres liv og utfordringar, både på godt og vondt. Eg trur me har mykje å lære av dei positive sidene ved kollektivistisk orienterte samfunn.

SORG OG FELLESSKAP

Når nokon er i sorg, er det ein større tendens i den individualistiske kulturen at den sørgjande treng og ønskjer å vere åleine. Tanken er at dei sørgjande ikkje skal bli forstyrra. Dette står i sterk kontrast til kollektivistiske kulturar, der omgjevnadene gjerne overnattar hos sørgjande over tid, og gir både emosjonell og praktisk støtte. Tanken er ikkje å unngå å forstyrre, men å vere der for dei som treng det mest.

Eg har tidlegare jobba i kriseteam i kommunen, og i krisetider skal kommunen stille opp med personar som kan støtte dei som har opplevd ein krise. Fleire gonger opplevde me i kriseteamet at det ikkje var naudsynt å tilby hjelp til kriseramma personar frå Midtausten. Dei hadde allereie fått besøk frå nære og perifere vener og familie. Dei takka for hjelpa, men opplevde ikkje det som naudsynt med hjelp frå kommunen sidan dei hadde så mange rundt seg. På mange måtar fylte vener og familie funksjonen som kriseteamet elles ville hatt. Med andre ord, nettverket tar aktivt kontakt med deg når dei får informasjon om at du har det tøft, og du sjølv tar også kontakt med nettverket ditt i vanskelege tider.

NYE STEMMER

En spalte hvor yngre psykologer deler sine betraktninger fra fagfeltet.

LÆRDOM FRÅ KOLLEKTIVISTISKE SAMFUNN

Eg trur ikkje det alltid er naudsynt å opprette spesifikke tiltak for ulike grupper med høgt symptomtrykk. Tvert imot kan me slik risikere å individualisere problem som egentleg høyrer til samfunnet som heilskap, og som kvart enkelt individ ikkje skal meistre aleine. Der som me oppmodar for mykje til å søkje hjelp når nokon har psykiske vanskar, kan me skape eit inntrykk av at det meste av symptom skal behandlast hos ein terapeut eller psykolog. Me må ikkje gå i fella med å patologisere livets ibuande smerter.

Me bør heller undersøkje korleis me nyttar oss av nettverket vårt som ein ressurs. Er me stort sett berre saman når me er glade? Eller er me like mykje saman når me er triste og engstelege? Og korleis kommuniserer me omkring smertefulle tema som stress, sjukdom, konflikt og død? Er me så vidt innom det før me skiftar tema? Eg trur me i større grad bør sjå på korleis me som medlem av samfunnet kan støtte kvarandre meir aktivt. Som psykologar bør me meir spesifikt også ta eit skritt tilbake og vurdere korleis me definerer terapi. Kven er det for, og kven er det ikkje for?

BEHOVET FOR EIN VEN

Det er, etter mitt syn, nyttig for mange å få moglegheita til å snakke om eigne utfordrin-

gar med ein utanforståande som kan identifisere og hjelpe med uheldige mønster. Likevel bør me vere merksame på om terapeutar eller psykologar fyller funksjonen til vener og familie. Treng pasienten egentleg ein ven? sVille pasienten ikkje ha trengt terapi dersom han eller ho hadde følt tilhøyrsløse? Dersom svaret på desse spørsmåla er ja, og me likevel startar med behandling, trur eg me risikerer å fortrenge rolla nærstående kan spele, noko som i sin tur kan oppretthalde einsemd på samfunnsnivå. Å oppfylle kriteria til ei psykisk lidning er ikkje i seg sjølv noko som alltid bør utløyse individuell hjelp. Ein bør sjå på årsaka bak lidinga og tilpasse hjelpen i tråd med kva det er behov for. Kanskje ville personen ha profittert betre og raskare på å delta på ein sosial møteplass enn å få individuell psykologisk behandling.

Dette er ikkje ei oppmoding om å unngå eller unnlate å gi profesjonell hjelp. Men det er ei påminning om at det bør finnast ein balanse mellom kva det profesjonelle hjelpeapparatet kan og bør fikse, og kva me som samfunn og medmenneske må ta ansvar for. Kanskje kan me alle lære noko av kollektivistiske kulturar og finne igjen noko av det som har gått tapt i vår jakt etter sjølvstende. Me treng opne og engasjerte naboar, vener og familie som er vilige til å dele og støtte. Me treng å våge å ha dei vanskelege samtalanene med kvarandre. ✕



Treng pasienten egentleg ein ven?

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

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

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

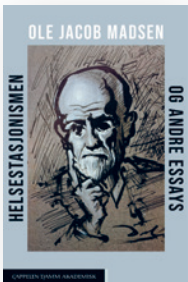
Inntrykk

Essay og anmeldelser

ANMELDT: BOK

Tilbake til den terapeutiske kultur

Ole Jacob Madsens skriver om velkjente temaer. Men selv når jeg tror jeg vet hvor han vil med et essay, blir jeg overrasket og må konfrontere min egen forutinntatthet.



BOK *Helsestasjonismen og andre essays*

FORFATTER

Ole Jacob Madsen

ÅR 2024

FORLAG

Cappelen Damm

SIDER 216

ANMELDT AV

Helén Ingrid

Andreassen, Oslo

kommune

MERKNAD Anmelder

er nestleder i Oslo

NPF og leder av Yngre

Psykologers Utvalg.

Psykologforeningen

omtales kort i

Madsens bok.

OLE JACOB MADSEN har gjennom mange år skrevet bøker og tekster som utfordrer psykologiprofesjonen, den terapeutiske kulturen og sannheter vi tar for gitt. *Helsestasjonismen og andre essays* er intet unntak. Denne boken gir leseren en rik samling av Madsens tekster som har blitt publisert i aviser og tidsskrifter gjennom de siste tiårene. Temaene han utforsker, inkluderer psykologi, selvhjelp, ideologi, mannskrisen, klimakrisen, ungdom og teknologi. Bokens mangfold gjenspeiler Madsens evne til å problematisere ulike aspekter ved samfunnet og se hvordan psykologien former vår kultur og samtid. Det er lettere å analysere historien enn samtiden, men Madsen er god til å løfte blikket og se hvilke underliggende premisser som preger nåtiden. Han er generelt kritisk til den terapeutiske kulturen, individualiseringen av samfunnet – og psykologers rolle i dette – manglende maktanalyse og dårlig bruk av forskning, for å nevne noe.

INSENTIVERENDE DIAGNOSER

Tittelessayet befinner seg i bokens første og største del, «Psykologi». Madsen beskriver på en gjenkjennelig måte hvordan foreldre føler seg forpliktet til å takke ja til all hjelp og utredning de får tilbud om, og hvordan psykiske helsebegreper brukes til å forklare barns atferd. Dette essayet festet seg hos meg som et tydelig eksempel på hvordan optimal helse er fokus

på stadig flere arenaer, og hvordan mye innen normalspekteret kan problematiseres. I vår iver etter å forebygge kan vi også ende med å sette for mange diagnoser, problematisere normal fungering og psykologisere. Madsen peker også på flere krefter som driver psykologisering og individualisering fremover. Når diagnoser blir inngangsporten til rettigheter for enkeltpersoner og økt bemanning for skole/barnehage, skaper det insentiver for systemer og enkeltpersoner til å fokusere på psykisk helse som årsaksforklaring.

Selv når jeg tror jeg vet hva Madsen vil med et essay, blir jeg overrasket og må konfrontere min egen forutinntatthet. I diskusjonene rundt barn og unges psykiske helse har UNGDATA-undersøkelsen blitt kritisert, og man kan se en tendens til tretthet rundt temaet. Her overrasker Madsen med å problematisere også denne problematiseringen. Hvorfor tar vi det for gitt at studentene overrapporterer? På mange måter er det tøffere å være student nå enn før, og det å redusere dette til en debatt om studenter/ungdom syter eller ikke, er en beleilig måte å slippe å debattere studentenes krevende levekår. Madsen viser gjennom mange eksempler hvordan psykologiens inntreden i alle samfunnsområder bidrar til å individualisere problemstillinger som egentlig er mer komplekse – heller enn å få til systemiske tiltak som koster penger og krever ubehagelige politiske prioriteringer.



GJENNOM MADSENS ØYNE Boken gir leseren en rik samling av Madsens tekster som har blitt publisert i aviser og tidsskrifter gjennom de siste tiårene, skriver anmelder. Foto: Fartein Rudjord

DE GODE INTENSJONERS TYRANNI

Et annet gjennomgangstema i boken er hvordan tilsynelatende gode intensjoner og økt kunnskap om psykisk helse kan føre til uheldige konsekvenser for individ og samfunn. Mange, inkludert meg selv, har betraktet økt kunnskap om psykisk helse som et gode. Men ønsket om å spre kunnskap og skape *empowerment* kan føre til at mange føler seg mislykket, fordi de ikke klarer å endre livene sine eller seg selv helt på egen hånd. Både mennesker og systemer krever mer enn bare viljestyrke og individuell innsats for å skape endring. Og som individ formes du og må forholde deg til betingelsene fra samfunnet rundt. Det kan psykologifaget godt ta mer til seg enn i dag. Psykologifaget har blitt en definerende del av vår kultur og samfunnsforståelse, men vi må samtidig ta innover oss at det er flere krefter som påvirker oss enn kun vårt eget fagfelt.

Jeg blir sittende igjen med en ekkel følelse av at psykologien kan brukes som en unnskyldning for å slippe å ta ansvar på et systemisk nivå. Det nyliberale toget ruller videre, og psykisk helse-rammen blir en beleilig kontekst å forstå samfunnsproblemer for de som sitter med makten til å gjøre systemendringer. Mental helse er i fokus, mens politikken abdiserer, og individualiseringen fører til at individet selv blir ansvarlig for å håndtere sine vansker. I dag

blir psykiske helseplager i liten grad betraktet i en sosial og politisk kontekst, noe som begrenser muligheten til å håndtere dem på en mer helhetlig måte (utover å øke tilbudet av psykologer og terapi).

HVEM ER MENINGSMOTSTANDERNE?

Det er enkelt å være enig med Madsens kritikk og problematisering av psykologi som forklaringsmodell på det meste. Men jeg lurer også på hvem eller hva Madsen konkret kritiserer. Det er åpenbart at han stiller spørsmål ved og kritiserer den rådende tidsånden og mange av sannhetene vi tar for gitt, men hvem kjemper han egentlig mot? Hvem er det som forsterker og ønsker seg et samfunn med individfokus, der en selv må ta ansvar for sin psykiske helse, klimakrisen og utenforskap? Er det politikerne? Madsen kommer med en betimelig kritikk av venstresidens fravær i diskursene om psykisk helse, og som vanlig treffer han sylskarpt. Men det fremstår ikke som han mener at disse har skylda alene. Er det psykologenes feil? Nyliberalismen? Psykologforeningen? Det er vanskelig å identifisere nøyaktig hvem som er hans motstandere. Kanskje er det nettopp den terapeutiske kultur, som han har skrevet så godt om før, og da må vi også hente inn sosiologene, historikerne og statsviterne, som sammen kan finne gode svar på hvordan vi havnet her og

”

... vi må samtidig ta innover oss at det er flere krefter som påvirker oss enn kun vårt eget fagfelt

»

”

Jeg blir derimot sittende igjen uten helt å vite hva jeg skal gjøre annet enn å bekymre meg

hva vi kan gjøre med det. Det å kritisere kulturen blir jo også en ganske vag størrelse, for hvordan får man egentlig en kultur til å skjerp seg eller snu? Eller en profesjon? I forbindelse med lanseringen av *Helsestasjonismen* ble det sagt at Madsen har blitt anklaget for å «pisse i eget reir». Det er lett å forstå at mange føler seg truffet når kritikken handler om selve kulturen, profesjonen og tiden vi lever i. Jeg blir derimot sittende igjen uten helt å vite hva jeg skal gjøre annet enn å bekymre meg for kulturens og profesjonens utvikling.

SAVNER LØSNINGER

Et annet element jeg savner etter å ha lest boken, er noe Madsen selv har påpekt at han mangler: løsningene. Det er selvsagt legitimt å være kritisk uten å komme med konkrete forslag til løsninger. Kritikk i seg selv er viktig, både for å utvide horisonten og sette i gang diskurser om viktige temaer. Å alltid kreve at kritikere skal komme med løsningsforslag kan også være en måte å undertrykke kritikk på. Man kan derfor spørre seg om det er for få, snarere enn for mange, som føler seg truffet av Madsens kritikk. Som så mange andre nikker jeg og tenker over hvor interessant det er at noen legger merke til hvordan psykologien kan bidra til å legge sten til byrden, og utfordrer sannheter vi tar for gitt. I flere tiår har Madsen påpekt hvordan psykologien som fag kan bidra negativt og forsterke problemene i samfunnet, men jeg kan ikke se at han har fått så mange konkrete svar. Psykologene har gjort sin inntreden i kommunene, forvaltning og innen forebygging, mens vi fortsatt jobber primært individuelt og terapeutisk, selv om mange psykologer ønsker å jobbe mer tverrfaglig, systemisk og forebyggende. Psykologforeningen tar ofte til orde for tverrfaglig behandling og samhandling, men jeg får inntrykk av at både samfunnet og vi selv ser på oss som kun individ-behandlere.

Det er svært viktig at kritikken av psykologiseringen av samfunnet ikke medfører kutt i psykisk helsevern. Selv om alt ikke trenger å forstås i en individualpsykologisk løsning, vil det alltid være behov for et robust psykisk helssystem for de som trenger det. Jeg vil derfor utfordre premisset om at individfokus og individualterapi *alltid* fører til individualisering og at vi går i nyliberalismens ærend. For det første vil vi nok aldri forebygge oss ut av psykisk uhelse, noen vil alltid trenge behandling,

For det andre kan terapi også være frigjøring, plassering av ansvar der det hører hjemme og ekte empowerment som også er samfunnsendrende. Det å hjelpe mennesker ut av undertrykkelse, PTSD eller andre lidelser helt eller delvis forårsaket av urettferdighet, er med på å frigjøre den enkelte og skape samfunnsborgere som kan bruke sin historie til å endre verden.

VEIEN VIDERE

Psykologi er imidlertid ikke bare individualterapi. Kanskje ligger deler av svaret i samfunnspsykologien, et felt som ikke tar mye plass i psykologifaget her i Norge, men som står mye sterkere internasjonalt. Å ta tak i store samfunnsspørsmål med denne tilnærmingen er mulig, men lite diskutert. Det handler blant annet om forebygging, folkehelse, intervensjoner på gruppenivå. Et sentralt poeng her er at psykologprofesjonen ikke er enerådende i møte med samfunnet, som vi til en viss grad er når det gjelder behandling på individnivå. Diagnostisering og behandling av hele samfunnet er det mange som driver med, både akademisk og rent praktisk. Og kanskje er dette også den naturlige forlengelsen av Ole Jacob Madsens kritiske prosjekt – et punkt hvor vi ikke løser problemet med psykologisering med mer individualterapi, men vender oss ut samfunnet og mot andre faggrupper. Slik kan vi sammen ta fatt på å løse noen av problemene som *Helsestasjonismen* formulerer, uten å kaste ut babyen med badevannet. ✘

MINNEORD

SUSAN JOHNSON (1947-2024)



SUSAN JOHNSON, utvikler av emosjonsfokuserert parterapi (EFT), døde 23. april i år etter å ha vært kreftsyk i tre år. Mange norske familierapeuter vil kjenne på tapet, selv om de aldri har møtt henne personlig. Arbeidet hennes har berørt mange hjerter.

Jeg møtte Johnson første gang i 2011 på et seminar i Tromsø. Hun var et fyrverkeri av en foredragsholder, full av sterke meninger og historier fra terapirommet. Jeg husker særlig godt hennes beskrivelse av familierapifeltet som «a bag of tricks without a theory». Hun mente at familierapienterapi hadde utviklet mange gode intervensjoner, men at det manglet en klar teori som ga retning. Hennes budskap var tydelig: Kjærlighetsrelasjoner forstås best som tilknytningsbånd, og emosjonelle signaler organiserer systemet. Vi kan ikke bare intervensjonere på atferd eller kognisjon. Vi må jobbe direkte med følelser for å skape endring.

Johnson likte å fortelle historier fra livet sitt: om sin oppvekst på en engelsk pub, og hvordan hun opplevde den intenst konfliktfylte relasjonen mellom sine foreldre som åpenbart elsket hverandre; hvordan hun hentet styrke i sin

relasjon til faren den dagen hun forlot byen Kent i England til fordel for Canada, der hun fullførte sitt doktorgradsarbeid på University of British Columbia. Det var i denne forbindelsen at hun sammen med Leslie Greenberg utviklet emosjonsfokuserert parterapi. Hun viet så yrkeslivet sitt til utvikling og forskning på EFT.

EFT har blitt en utbredt metode i Norge. Når par søker hjelp, er det en stor sannsynlighet for at de vil møte elementer av modellen i sin behandling. De vil snakke om konfliktens dans som drives av ubesvarte tilknytningslengsler. De vil bli hjulpet til å vise og besvare sårbarhet, og styrke evnen til emosjonell kontakt.

Johnson hadde en dyp forståelse av og evne til å formidle tilknytnings-teori. Ikke bare når hun foreleste, men også som terapeut; måten hun kunne tone seg inn i tilknytningskanalen, se parets smerte og skape nye samspill, mangler sidestykke. Parterapi hadde vært et betydelig fattigere felt uten henne. Hun etterlater seg et mangfold av bøker, forskningsartikler, podkaster og undervisningsvideoer. Hun har også direkte og indirekte vært mentor til mer enn 70 EFT-undervisere verden over, som sikrer at hennes arbeid vil leve videre.

Dimitrij Kielland Samoilow

Psykologspesialist

Leder for Norsk senter for emosjonsfokuserert terapi (SEFT)

MINNEORD

JAN HØYERSTEN (1942-2024)



JAN HØYERSTEN forlot oss 22. april i år etter kort tids sykdom. Han ble født i juni 1942 på Borkenes i Kvæfjord kommune. I sitt første ekteskap fikk Jan to døtre. Senere møtte han Nora Sveaass, som han giftet seg med i 1983. Sammen adopterte de en sønn som ble født i Peru.

Jans liv var preget av varme vennskap og mange interesser. Gjennom hele livet sang han i kor og spilte i korps, og han behersket flere instrumenter. Båtliv og fiske var noen av Jans mange interesser. Han hadde et sterkt samfunnsengasjement mot urettferdighet, og hadde et varmt hjerte for de som står litt på siden i samfunnet. På sine eldre dager ble Jan deltidsbonde på gården Askheim i Modum, som Nora overtok i 2000. Her ble han også et naturlig og aktet medlem i lokalt musikkliv og elgjaktlag. Alle som fikk møte Jan, vil huske hans kloke og kjærlige nærvær i fellesskap med andre. I sitt nesten 82-årige liv rakk Jan også å bli bestefar og oldefar for henholdsvis fem og tre gutter.

Jan tok magistergraden i psykologi, oppnådde psykologautorisasjon og ble medlem i Norsk psykologforening i 1972. Han skulle vise seg å bli en akademiker med stor vilje og evne til å omsette teori til praksis og kunnskap til handling. Hans vitebegjær og innovative vilje og evne har satt mange spor.

I Psykologforeningens annaler ser vi første spor av Jan som protokoll-underskriver på landsmøtet i 1979. Året etter ble han valgt til leder – i dag president – som den andre lederen

etter at foreningen gikk over fra å være ledet av en generalforsamling til å bli ledet av et representativt landsmøte. Jan søkte å finne en løsning på Psykologtidsskriftes mangel på profesjonsstoff. En egen publikasjon ble utgitt første gang i 1982. Den ble døpt «Psykologiske meddelelser», og Jan skrev et innlegg om «Å være profesjonell».

Som leder var Jan var opptatt av at Psykologforeningen trengte en organisasjonsmessig oppgradering. I sin åpningstale til landsmøtet i 1981 snakket han om «profesjonalisering og organisasjonsmessige forhold», noe som førte til vedtak om ytterligere utredning om organisasjonsform for NPF. Han ble selvfølgelig med i organisasjonsutvalget, også etter at han gikk av som NPFs leder. Ideen om å ta konsekvensen av at NPF både er en profesjonsorganisasjon og fagforening, ved å innføre to hovedutvalg, ble faktisk født hjemme hos ham i Camilla Collets vei. Den langvarige prosessen mot en ny struktur i NPFs spesialistordninger startet også i Jans lederperiode. Han jobbet også for å styrke sekretariatet. Han støttet varmt et forslag om å gå til innkjøp av – intet mindre – en «mikrodatabaskin». Dermed ble NPF den første akademiske organisasjonen som tok datamaskinen i bruk.

Jan var alltid tett på Psykologforeningen, og i en periode etter han gikk av som leder, var han varamedlem i sentralstyret. Da Psykologforeningens medlemstall og sekretariat ble stort nok til å kunne tilsette en fagsjef, var det Jan som ble den første. Han var tilsatt fra februar 1988 til mars 1989.

Jan var også en drivkraft i Institutt for aktiv psykoterapi – et psykologdrevet fellesskap for videreutdanning og faglig spesialisering. Selv spesialiserte han seg i klinisk nevropsykologi og i gerontopsykologi. Han var den første psykologen som ble tilsatt på Sunnaas sykehus. Senere var han bl.a. sjefpsykolog i UD, og han skapte også egen privatpraksis i tråd med sine faglige interesser. Alle vi som har hatt noe med Jan å gjøre, kjenner ham som en raus, klok og ikke minst empatisk person.

En hedersmann er gått bort. Vi lyser fred over hans minne.

Halvor Kjølstad, Ellen Hartman, Hanne Haavind og Sverre L. Nielsen

En sprek nittiåring

Foreningens nittiårsjubileum er en god anledning til å se hvor vi står nå, samt kaste et blikk bakover og se på psykologprofesjonens utvikling siden den spede begynnelse. Det gir grunn til stolthet og takknemlighet, men også mulighet til å lære.



Håkon Kongsrud Skard, president i
Psykologforeningen
Foto: Fartein Rudjord

Hvor er vi i dag?

Psykologforeningen utgjør i dag over 11 000 medlemmer, med mer enn 500 frivillige i ulike verv og 55 ansatte. Vi opplever stadig medlemsvekst, og 86 prosent av autoriserte psykologer er medlemmer. Vi er en fagforening, en faglig forening som forvalter egen spesialisering og en samfunnsaktør med stor troverdighet på temaer som angår psykisk helse. Det kan sannelig kalles en forening ved god helse, og jeg er umåtelig stolt over å representere den i alle sammenhenger jeg deltar. Så vil sikkert noen påpeke at alt ikke er roserødt, og det er jeg enig i. Men de skyene som er på himmelen kan få oppmerksomhet alle andre dager, på et jubileum så skal det feires!

Hvordan kom vi hit?

I gangen i Psykologforeningens lokaler henger et gulnet stykke papir. Det er et brev signert Harald Schjelderup, hvor han kaller inn til et konstituerende møte for en forening av norske fagpsykologer. Møtet fant sted 10. april 1934. Jeg tror ikke deltagerne på det møtet kunne sett for seg dagens forening i sine villeste fantasier. Likevel så er det beslutninger fattet den gang og i årtiene siden, som har ført oss hit vi er i dag. Det er noen store milepæler og vendepunkt som er viktige å merke seg, fordi konsekvensene har vært så store.

På vår nettside har vi laget et lite dypdykk, men her er et lite utvalg: Det første var å jobbe for en profesjonsmodell, som ble vedtatt i 1948. Ikke uten motstand. I 1973 jobbet Turid Vogt Grinde frem Psykologloven i departementet, noe som i 1974 ga norske psykologer selvstendig behandlingsansvar. Et sjeldent unntak i europeisk lov, som fortsatt kan møte motstand. I 1999 ble psykologer regulert som helsepersonell, og fra år 2000 fikk

psykologspesialister med relevant spesialisering vedtaksansvar for tvungent psykisk helsevern. Heller ikke uten motstand.

Alle merker seg at fellesnevneren har vært at denne utviklingen ikke har vært enkelt, friksjonsfritt arbeid. Det har krevd stor innsats, det har utløst ekstern motstand og heftige interne diskusjoner i fagfeltet. Noen utviklinger har vært av det klart positive, noen har medført at noe ble vunnet, men også noe tapt.

Hva kan vi lære?

Aller først kan vi merke oss den enorme innsatsen lagt ned av våre forgjengere og være umåtelig takknemlig for den. Dette var i stor grad frivillig arbeid lagt ned av rent engasjement, og det tenker jeg på hver gang jeg passerer portrettene av våre æresmedlemmer som henger ved inngangen i foreningen. Det er fortsatt de samme prinsippene som styrer Psykologforeningen i dag, og medlemmene gjør klokt i å huske at det er over fem hundre av deres kolleger som jobber frivillig på deres vegne.

Dernest kan vi merke oss at alle endringer ikke fremsto like selvfølgelige som de gjør i etterkant. Det var alltid argumenter for og mot, tilhengere og motstandere. Men det vesentlige i disse diskusjonene var idégrunnlaget som lå under. Man fattet beslutninger som skulle tjene samfunnet, tjene faget og tjene medlemmene. Dette idégrunnlaget er det som gjennom syrer vårt prinsippprogram i dag, og styrer de beslutningene vi fatter hver eneste dag. Med denne rettesnoren er jeg sikker på at foreningen vil fortsette sin utvikling, tuftet på medlemmenes innsats og engasjement.

Gratulerer med nitti år!

Får du begynne på spesialisering ved oppstart i jobb ved landets helseforetak?



Ellen Ekre Engh, spesialrådgiver i
Psykologforeningens jus- og arbeidslivsavdeling
Foto: Felicia Rolf / Psykologforeningen

De aller fleste psykologer begynner i spesialisering ved oppstart i første jobb. Nå i det siste har Jus- og arbeidslivsavdelingen i Psykologforeningen fått henvendelser fra psykologer som er nyansatt eller har fått tilbud om jobb ved ett helseforetak hvor arbeidsgiver har innført en praksis hvor nyansatte psykologer ikke kan begynne på spesialiseringer før de har vært ansatt i 12 måneder.

Retten til spesialisering ved arbeid i landets helseforetak følger av særavtalen vi har med Spekter (arbeidsgiverforeningen til sykehusene), hvor det blant annet står:

«Psykolog i utdanningsgruppen er i videre kvalifisering til spesialitet i henhold til spesialistreglementet fastsatt i samarbeid mellom Helsedepartementet og Norsk psykologforening.

Psykologer i utdanningsgruppen utfører vanlig psykologarbeid og har krav på faglig veiledning fra psykologspesialist. Psykologen skal gjennomføre videreutdanning innenfor godkjente spesialiteter som kreves innen spesialisthelsetjenesten, heri med nødvendige enkeltstående kurs eller kurssekvenser som kreves. Det bør gis fri med lønn for å tilfredsstille spesialitetens krav til skriftlig oppgave.

Psykologer i utdanningsgruppen har plikt til å følge nødvendig spesialistutdanning som kreves innen virksomheten, uten unødig opphold.»

Videre følger det av Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 at utdanning av helsepersonell er en oppgave sykehusene særlig skal ivareta.

Vi vil understreke at de aller fleste helseforetak ikke har en slik praksis med å utsette oppstart av spesi-

sering til det andre året i jobb, og at tillitsvalgte der hvor dette er en utfordring er tett koblet på saken.

Vårt råd til medlemmer som møter slike begrensninger i retten til å starte spesialisering er å forsøke å forhandle på dette. Du må enten få det inn i arbeidskontrakten eller på annen måte skriftlig få bekreftet (for eksempel i en e-post) at du kan begynne på spesialiseringen med en gang du starter i jobb.

Hvis arbeidsgiver ikke ønsker å tilby dette, må du vurdere om du skal ta imot tilbudet om en stilling hvor du blir forsinket i spesialiseringen eller om du skal finne deg en arbeidsgiver som vil tilby spesialisering fra første dag.

Ta også gjerne kontakt med Jus- og arbeidslivsavdelingen via Min side på psykologforeningen.no, på ja@psykologforeningen.no eller via vår daglige telefonvakt mellom 12:15 og 15:00 om du har spørsmål knyttet til dette.



Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

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

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

SKRIV OG SEND INN

Vitenskapelige artikler skal sendes inn via vår manuskriptsentral:
<https://mc04.manuscriptcentral.com/psykologtidsskriftet>

Øvrige manuskripter sendes på e-post til: redaksjonen@psykologtidsskriftet.
Husk å angi sjanger i emnefelt.

Kontakt oss gjerne dersom du synes det er vanskelig å finne en sjanger som passer for din tekst. Du finner mer informasjon og forfatterveiledning på:
Skriv for oss på **psykologtidsskriftet.no**.

Skriv for oss:



Korrigerings i «Slutt på sjekklister», utg. 05/24

I Aktuelt-saken «Slutt på sjekklister» i maiutgaven ble sitat fra Kristin Østlie korrigeret i nettversjonen 07.05.2024: I den opprinnelige saken sto det «... fordi det virker som retningslinjene også er klare på at det skal gjøres selvmordsrisikovurderinger tidlig i utredningen». Dette er rettet til «... fordi retningslinjene også er klare på at det skal gjøres en avklaring av selvmordsproblematikken i første møte, for alle pasienter i alle kontekster.»

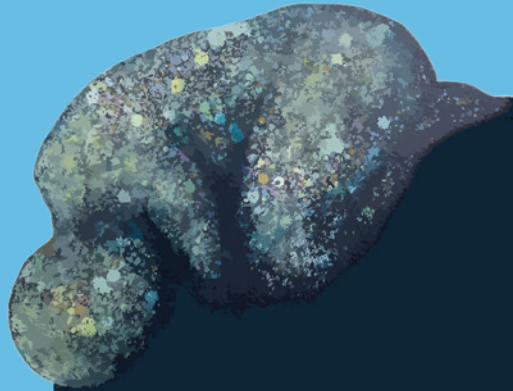
Velkommen til Schizofrenidagene 2024

ON THE EDGE

LISA FELDMAN BARRETT
THOMAS JOINER
JOEL PARIS
JESSICA YAKELEY
CAROLINE LOGAN
TOR WENNERBERG
FREDRIK WALBY
OTTAR NESS

GRY STÅLSETT
ATLE AUSTAD
ELLEN UGELSTAD
KEVIN DOUGLAS
ZEMIR POPOVAC
JO STRØMGREN KOMPANI
OG MANGE, MANGE FLERE

www.schizofrenidagene.no



ON THE EDGE

SCHIZOFRENI
DAGENE
I STAVANGER



GRUNNUTDANNING I EMDR

Fysisk oppmøte og digitalt

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen, EMDR Europe
Accredited Senior Trainer

The Art of EMDR

Røros, 17.–20. september 2024

Workshop med Roger Solomon, EMDR Institute
Senior Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Ønsker du å lære mer om arbeid med par? Meld deg på kurslederkurs i Bufferkurs for par!

Bufferkurs for par® er et anerkjent samlivskurs som holdes ved familievernkontorer i hele landet. I kurslederkurset lærer du grunnleggende teori og øvelser som kan benyttes i arbeid med par og samlivstematikk, både i samtaler og i kursform. Kurslederkurset er godkjent som tolv timers vedlikeholdsaktivitet for psykologspesialister.

Dato: 22. og 23. august

kl. 10-16/ 9-15.30

Sted: Oslo kongresssenter (Youngs gate 21)

Pris: Kr 6 000, inkludert lunsj og kursmateriell.

Rabatt for studenter, ektepar og ved flere deltagere fra samme arbeidssted.

Kursholdere: Anne Marie Fosse Teigen og Kaja Asbjørnsen Betin

Påmelding: Send en e-post med fakturaadresse til hallo@bufferkurs.no



Les mer på www.bufferkurs.no

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på Facebook



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

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

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

HELSE  SØR-ØST

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. juli**, frist for å bestille annonse til juli-utgaven er **14. juni**

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

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no **Min medlemsside**

eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no

PSYK KOL OGI

MATERIELLFRISTER OG PRISER 2024

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

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

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

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

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

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

ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

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

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

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

NYHETSBRUVFORMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
7	14.06	01.07
8	18.07	01.08
9	16.08	02.09
10	17.09	01.10
11	18.10	01.11
12	15.11	02.12

PRISER: STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

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

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

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

ANNONSEFORMATER

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

ABONNEMENT OG LØSSALG

Institusjons- abonnement	Privatabonnement i Norge
kr 2 650	kr 1 495

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

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

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

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng

913 17 162
arnhild@
psykologforeningen.no

Medlemmer

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

Siri Næs

902 68 699
Siri.naes@gmail.com

**Ann Birgithe Solheim
Eikholm**

971 29 052
abseikhom@gmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Chris Margaret Aanonsen

957 92 616
chris.m.aanonsen@
gmail.com

Lars Ravn Øhlckers

908 81 250
larsravnohlckers@gmail.com

Eldrid Robberstad

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

Andreas Vindenes

studentrepresentant
917 02 956
andreas.vindenes@gmail.
com

Varmedlemmer

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

**Sebastian Gulbrandsen
(2. vara)**

926 93 702
sebastian.gulbrandsen@
gmail.com

Kristin Haugholt (3. vara)

951 72 032
kristinhaugholt@
hotmail.com

**Jørgen Edvin Westgren
(4. vara)**

911 16 616
joergenwestgren@gmail.com

**Kristin Lothe Nordbø
(1. vara student-
representant)**

476 54 401
kristinnordb@hotmail.com

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

454 29 809
frida.tveiten@hotmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus**

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

Aust-Agder

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

Buskerud

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

Finnmark

Dagmar Patricia Steffan
dagmar.patricia.steffan@
finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark

Lene Engen Kleppe
leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland

Asiyah Michelle Farooqui
michelle.farooqui@
gmail.com
971 26 394

Møre og Romsdal

Bjørn Olav Henden
bjorn.olav.henden@
helse-mr.no
974 81 950

Nord-Trøndelag

Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland

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

Oppland

Eline Sørensen
eline.sorensen@hotmail.com
902 96 361

Oslo

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

Rogaland

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

Sogn og Fjordane

Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag

Kjersti Sandnes
sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark

Birgitte Lindøe
libi@siv.no
473 83 123

Troms

Ida Atalie Falch
Ida.atalie@gmail.com
916 99 270

Vest-Agder

Øyvind Buli Føreland
vestagder@
psykologforeningen.no
948 84 351

Vestfold

Paul André Myhrer
amyhrer@gmail.com
990 41 900

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

FAGETISK RÅD

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

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

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

**LØNNS- OG
ARBEIDSLIVS-
UTVALGET**

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

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

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

SPECIALITETSRADET

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

**FAG- OG
PROFESJONSRADET**

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

FAGUTVALGENE*Felleselementene*

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Helén Ingrid Andreassen,
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

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

Stat

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

Kommunal sektor

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

Avtalespesialister

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

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

SEKRETARIATET

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

Administrasjonsavdeling

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

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef,
ja@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen, fagsjef,
kim@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

- 366 Pris for artikkel om evidensbasert praksis**
Aktuelt | Nora Skjerdingsstad
- 368 Nye stemmer**
Aktuelt
- 370 Psykologen som forsker og behandler**
Fagessay | Jordahl og Jordahl
- 377 Å gjenkjenne og overkomme hindringer i traumebehandling**
Fra praksis | Irene Michalopoulos
- 388 Søvnevansker blant barn og unge i habiliteringstjenesten**
Originalartikkel | Griffiths et al.
- 394 Gruppebehandling for menn med tilbakevendende depressiv lidelse**
Fra praksis | Dahlberg og Richardsen
- 400 Sykdom eller kriminell atferd?**
Etikkpanelet | Fredrik Dreyer Moe
- 404 MENINGER**
Debatt: Spesialiseringen i samfunns- og allmennpsykologi er i stadig utvikling (s. 404),
Etos og menneskesyn i psykoterapi (s. 406), Fintenkning om menneskesyn og etos (s. 408)
Kronikk: Illusorisk kvalitetssikring | Tomas Formo Langkaas og Anya Kolsrud (s. 411)
- 414 Svaret er ikke alltid psykisk helsehjelp**
Nye stemmer | Rebin Badkan
- 416 INNTRYKK**
Anmeldelser: Tilbake til den terapeutiske kultur (s. 416)
- 419 Minneord**
- 424 Annonser**
- 425 Stillingsannonser**