

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 61 nr. 12 2024



TEMA:
**KLINISK
HELSE-
PSYKOLOGI**

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 09.12, 17.01, 17.02

Denne utgaven ble godkjent til trykk 21.11.2024

Omslagsillustrasjon og illustrasjon temadelere Mari Kanstad Johnsen

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, bókannmeldelser, 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, Daniel Gunstveit, Ida Sund Morken,

Markedsansvarlig Unni Sandland, **Visuelt ansvarlig/desk** Kristin Bø og Maria Astrup

Redaksjonsråd

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

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

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



Innhold

- 806 **Paradigmeskifte for helsevesenet og psykologprofesjonen**
Forord | Schjødt, Berge og Finset
- 808 **Lappeteppe av klinisk helsepsykologi**
Reportasje | Matt Oxman
- 818 **Fra dualisme til en helhetlig forståelse av smerte**
Fagessay | Borrik Schjødt
- 829 **Barndomstraumer og langvarige smerter hos barn, ungdom og unge voksne**
Oversiktsartikkel | Baumann-Larsen et al.
- 843 **Langvarig, ikke kronisk smerte**
Språkfølelse | Borrik Schjødt
- 844 **Placebo og nocebo – potente krefter i psykologisk behandling**
Fagessay | Schjødt & Finset
- 855 **Klinisk praksis med tre psykologiske tilnærminger for behandling av langvarig smerte**
Fra praksis | Heidi Trydal
- 864 **Foreldres diagnosekunnskap, helsekompetanse og myndighet før og etter veiledning om sjeldne diagnoser**
Originalartikkel | Vatne et al.
- 876 **Sykehus-BUP: Tverrfaglig biopsykososial praksis i somatikken**
Fagessay | Diseth & Herner
- 882 **Å skape trygge samtaler når et barn kan dø**
Fra praksis | Ragnhild Avdem Fretland
- 888 **Funksjonelle somatiske symptomer og den prediktive hjernemodellen**
Fra praksis | Herner & Pedersen
- 896 **Langvarig utmattelse ved sykdom: forekomst, årsaker, konsekvenser for arbeidsfunksjon og klinisk helsepsykologiske tiltak**
Oversiktsartikkel | Berge & Fjerstad
- 907 **Mind-Body ReprogrammeringsTerapi (MBRT): ny behandling for long covid**
Fagessay | Jacobsen & Reme
- 915 **Klinisk helsepsykologisk kartlegging ved sammensatte symptomtilstander**
Fagessay | Arnstein Finset
- 924 **Hjerteinfarkt og posttraumatisk stressreaksjon: en kvalitativ studie**
Originalartikkel | Næss et al.
- 933 **Kartleggingsoversikt over sammenhengen mellom diabetes type 1 og 2 og psykiske lidelser**
Evidensbasert psykologisk praksis | Wilhelmsen-Langeland et al.
- 941 **Klinisk hypnose i møte med barn og unge på sykehus**
Fra praksis | Maren Østvold Lindheim
- 947 **Julehilsen fra sjefredaktøren**
Katharine Cecilia Williams
- 948 **MENINGER**
Debatt: Ville veier om veiledning (s. 948)
Kronikk: Veien videre for spesialiseringen i klinisk helsepsykologi (s. 950)
- 954 **INNTRYKK**
Anmeldelse: Selvhjelp for langvarige helseplager (s. 954)
- 956 **Minneord**
- 959 **Annonser**
- 967 **Stillingsannonser**



Rettelse

Omslagsillustrasjon nr. 11/2024 av Jon Arne Berg

På kolofonsiden til tidsskriftet nr. 11/2024 ble feil illustratør oppgitt for omslagsillustrasjonen. Illustrasjonen er laget av Jon Arne Berg / byHands. Vi beklager feilen.

Paradigmeskifte for helsevesenet og psykologprofesjonen



TEKST Borrik Schjødt, Torkil Berge, Arnstein Finset, gjesteredaktører

Mens tidligere generasjoner fryktet epidemier og en tidlig død, er vår tids bekymring å leve med langvarig sykdom. En stadig større andel av befolkningen lever med vedvarende helseproblemer. Derfor er en av helsevesenets viktigste oppgaver å bidra til et godt liv til tross for sykdom. I tillegg lever mange med senvirkninger av alvorlig sykdom, som for eksempel kreftoverlevende.

Sykdom utvikles gjennom et komplekst samspill av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, der både genetikk og miljø, sårbarhet og beskyttelse spiller inn. Forløp og prognose påvirkes ikke bare av sykdommen eller skadene, men også av personens sykdomsforståelse, mestringsevne og etterlevelse av behandling, samt av sosiale forhold som sosial støtte, utdanningsnivå og økonomi.

Klinisk helsepsykologi anvender psykologiske verktøy for å hjelpe pasienter med å mestre helseproblemer og ivareta ulike roller i livet. Med en solid kunnskapsbase og godt dokumenterte intervensjoner publiseres et betydelig antall vitenskapelige artikler hvert år. Noen eksempler finner du i dette nummeret av *Psykologtidsskriftet*.

Klinisk helsepsykologi bygger på en biopsykososial forståelse og tverrfaglig samarbeid. Psykologer med fordypning i klinisk helsepsykologi arbeider i primærhelsetjenesten, på sykehus, i poliklinikker i psykisk helsevern, i ambulante tjenester, palliative team, rehabiliteringssenter, privatpraksis og i NAV.

Internasjonalt har klinisk helsepsykologi de siste tiårene vært et av fagfeltene innenfor psykologien som har vokst raskest. Flere har argumentert for et paradigmeskifte der psykologprofesjonen går fra å være en profesjon primært rettet mot psykisk helse, med helsepsykologi som et underområde, til å bli en bredere helseprofesjon der psykisk helse er en integrert del av kompetansen.

Klinisk helsepsykologi kan spille en viktig rolle på flere samfunnsområder. Mange unge voksne opplever vansker i arbeidslivet, med høyt sykefravær og et økende antall på trygd. En stor andel av fraværet skyldes en kombinasjon av psykiske og somatiske lidelser. Fravær på grunn av psykiske plager og lidelser øker mest, særlig i aldersgruppen 25–39 år, mens muskel- og skjelettlidelser utgjør den største gruppen blant de sykmeldte. Langvarig sykefravær fører til et voksende utenforskap, med store negative konsekvenser for den enkelte og samfunnet.

Vi har en sterk tro på at klinisk helsepsykologi kan bidra til å snu utviklingen. Ikke minst bør vi styrke psykologtilbudet i førstelinjetjenesten slik at personer med langvarig sykmelding kan få tidlig tilgang til personell med helsepsykologisk kompetanse. Et lavterskeltilbud vil kunne forebygge kronifisering og hjelpe flere raskere tilbake i jobb. Gjennom tverrfaglig samarbeid kan vi arbeide forebyggende mot utenforskap og fremme bedre helse. Mest av alt kan vi styrke forståelsen av samspillet mellom somatiske og psykiske plager slik at vi unngår unødige lidelser.

Selv om en biopsykososial forståelse i dag er allment akseptert i medisinen, er spesialisthelsetjenestene fortsatt delt i to separate systemer med ulik lovgivning og finansiering: det somatiske og det psykiske helsevesenet. Denne todelingen skaper uønskede barrierer for pasientene. Psykiske plager ved somatisk sykdom og somatiske plager ved psykisk lidelse blir ofte underdiagnostisert og underbehandlet. Levealderen blant personer med alvorlige psykiske lidelser er betydelig lavere enn i den generelle befolkningen. Det finnes evidensbaserte tiltak for å møte dette problemet, men oppdelingen mellom fysisk og psykisk helse hindrer tiltakene i å nå de som trenger dem. Vi behøver derfor et paradigmeskifte også i helsevesenet: Sinn og kropp må sees i sammenheng. Nettopp dette var budskapet i den omfattende rapporten fra Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon «Koble kropp og sinn»: Det er behov for mer kompetanse om sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse i alle deler av hjelpeapparatet.

I Norge har klinisk helsepsykologi hatt fremgang på flere områder. Vi har etablert en spesialitet, et populært valgfritt program og inspirerende og godt besøkte fagkonferanser. Både samarbeidspartnere, politikere og folk flest ønsker feltet velkommen. Det første kullet har fullført spesialiseringsprogrammet, og det neste er godt i gang. Mange psykologer har valgt å ta klinisk helsepsykologi som et valgfritt tema i spesialiseringen sin. For å kunne utvikle feltet videre trengs det flere stillinger for kliniske helsepsykologer. Ved å styrke helsepsykologisk kompetanse både i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten kan vi forbedre tilbudet til mange pasientgrupper med sammensatte helseproblemer, inkludert psykiske og somatiske plager, og avhengighetsproblematikk. ✘



Gjennom tverrfaglig samarbeid kan vi arbeide forebyggende mot utenforskap og fremme bedre helse



SKINNET BEDRAR Nina Lang går i hvitt og jobber på sykehus, men hun er psykolog. Lang leder Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Foto: Matt Oxman

Lappeteppe av klinisk helsepsykologi

Tilbud om psykologisk hjelp er mangelvare i somatikken. Descartes og dualismen hjemsøker utdanningene og helsevesenet.

TEKST Matt Oxman, journalist

Nina Lang går i blendahvit kittel og bukse på Diakonhjemmet Sykehus i Oslo, men hun er ikke sykepleier eller lege. Hun er en av få psykologer i hvit habitt.

– Vi er en spydspiss, sier Lang om Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, som hun leder.

Enheten inkluderer psykologspesialister, psykolog, psykiater, lege i spesialisering og en sykepleier som er spesialist i selvmordsforebygging. De hjelper pasienter på sykehuset med å psykisk håndtere fysisk sykdom. Enheten var først ute med psykisk helsetjeneste for voksne i somatikken.

– Jeg kommer faktisk fra en samtale nå der pasienten sa: «Hvorfor er det ikke sånn tilbud mange steder? Det er jo veldig rart.»

Ifølge både pasienter og fagfolk er det utilstrekkelig tilbud om psykologisk hjelp i det somatiske helsevesenet. De peker på dualistisk tenkning og derav et oppstykket helsevesen, samt mangel på praksis- og arbeidsmuligheter.

MANGELVARE

Anette Remme jobber ved Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO). Hun har ansvar for FFOs arbeid med psykisk helse, inkludert rapporten «Koble kropp og sinn», som ble publisert i fjor (2023).

Rapporten presenterte funn fra dybdeintervjuer med personer med funksjonsnedsettelse og en spørreundersøkelse blant medlemsorganisasjonene.

– Vi intervjuet folk som har vært gjennom traumatiske opplevelser og er i krevende situasjoner. Flere av dem sier de har blitt fortalt av helsepersonell at «Nå har du bra verdier på prøvene, så nå må du være glad», forteller Remme.

Tjuesyv av de 31 medlemsorganisasjonene som besvarte undersøkelsen, valgte mer kunnskap om psykisk helse i hjelpeapparatet som viktigst for at deres medlemmer skal få en bedre psykisk helse.

Funnene til FFO samsvarer med resultater fra andre undersøkelser, inkludert Helsepolitisk barometer, en årlig spørreundersøkelse blant et representativt utvalg nordmenn. I 2022 svarte 42 % ja på spørsmål om de ville ønsket å snakke med en psykolog for å håndtere de psykososiale konsekvensene av alvorlig fysisk sykdom.

I undersøkelsen til FFO og Helsepolitisk barometer i 2023 og 2024 sier svargiverne også »



SAVNER KONKRETE TILTAK Anette Remme er ansvarlig for arbeidet til Funksjonshemmedes fellesorganisasjon rundt psykisk helse. Foto: Sveinung Arnestad/FFO

”

... det er for tilfeldig hvem som får hvilket tilbud

Anette Remme, seniorrådgiver i FFO

FOTO: THALE C. HARTMANN



FOTO: JOMAS EKSTROMER / PRESSENS BILD AB



TIDLIG UTE Anne-Mette Bredahl er spesialist i helsepsykologi fra Danmark. Hun er blind og har hatt kreft, erfaringer hun trekker inn i arbeidet sitt på Sunnaas. Bredahl har deltatt i flere paralympiske leker, her i Nagano i 1998 hvor hun vant gull.

at de ønsker tverrfaglig samarbeid for å håndtere fysisk og psykisk sykdom.

I februar publiserte Riksrevisjonen en rapport om Rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten (2024). Konklusjonen var at «nesten ingenting» hadde blitt bedre siden tilsvarende undersøkelse i 2012.

I rapporten står det at én av fem kommuner hadde psykolog tilgjengelig i arbeidet med rehabilitering, på tross av at kompetansen er lovpålagt.

Remme sier rapporten til FFO skapte engasjement hos medlemsorganisasjoner, enkeltpersoner med funksjonsnedsettelse og fagfolk, men konkrete politiske tiltak lar vente på seg.

– Det er noen ildsjeler som ser sammenhengen mellom psykisk og somatisk helse. Men det er for tilfeldig hvem som får hvilket tilbud.

TIDLIG UTE

– Det har vært noen pionerer her og der, men det er altfor få psykologer i somatikken i Norge, sier Anne-Mette Bredahl ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser ved Sunnaas sykehus.

I 2019 vedtok landsmøtet i Psykologforeningen at klinisk helsepsykologi skulle bli ny spesialitet. Bredahl har vært spesialist i helsepsykologi i over 20 år, fordi hun tok spesialiseringen i hennes hjemland, Danmark. Hun har jobbet i somatikken i over 30 år.

Bredahl beskriver å komme til Norge som å komme til en annen verden når det gjelder klinisk helsepsykologi – både når det gjelder lavterskeltilbud til pasienter og synet til psykologer på å jobbe i somatikken.

– På studiet mitt ville alle jobbe i somatikken, mens i Norge, når jeg kom hit, var det liksom sånn at de riktige psykologene jobber i psykiatrien med de riktige syke.

Bredahl er blind og har hatt kreft. Når hun uttaler seg, bruker hun egne erfaringer både som psykolog og pasient.

På sykehuset jobber hun med pasienter som har medfødte sykdommer. Hun sier det er utrolig fint, men også litt trist.

– Jeg synes det er vanskelig å finne steder å henvise dem til. Noen ganger blir de avvist på bakgrunn av at de har normalpsykologiske reaksjoner. Og reaksjonene er jo nor-



HJERTE FOR KLINISK HELSEPSYKOLOGI Professor Silje Endresen Reme leder forskningsgruppen The Mind-Body Lab ved Psykologisk institutt. Foto: Matt Oxman

male, men pasienten og kanskje deres familie kan med relativt lite hjelp få et utrolig mye bedre liv.

– De havner mellom stoler. Jeg tenker det er utrolig mye upløyd mark.

DESCARTES' SPØKELSE

– Dualismen lever i beste velgående, sier Silje Endresen Reme. Hun er professor ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, og forsker på effektene av tiltak innen klinisk helsepsykologi.

Reme viser til ideen formulert av den franske filosofen René Descartes på 1600-tallet og hans skille mellom kroppen, som representerer det fysiske, og sjelen, som representerer det psykiske.

– Dualismen gjennomsyrrer alt ifra utdanningene til organiseringen av helsevesenet, fortsetter hun.

– Helsevesenet er separert i avdelinger og klinikker basert på organ, noe som ikke gir mening, spesielt med tanke på langvarige symptomidelser. De pasientene faller mellom alle stoler. »

”

Dualismen gjennomsyrrer alt ifra utdanningene til organiseringen av helsevesenet

Silje Endresen Reme, professor ved UiO



INSPIRERT OG ETABLERT

Else-Marie Molund leder Psykisk helseteam i somatikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Hennes team har lagt seg tett opp til Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Foto: privat





FØRST Trine Helen Hunhammer sier den største endringen hun opplevde etter å ha blitt spesialist, er å stadig bli presentert som Norges første spesialist i klinisk helsepsykologi. Foto: privat

”

- Det var ingenting om somatikk når jeg studerte psykologi

*Trine Helen Hunhammer,
spesialist i klinisk helsepsykologi*

Mangelen på tverrfaglig samarbeid står ikke på somatisk helsepersonells vilje til å jobbe med psykologer, ifølge Else-Marie Molund og andre intervjuet til denne reportasjen.

Molund er prosjektleder for Psykisk helseteam i somatikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Sykehuset vedtok å etablere teamet fra 2025, etter en toårig prosjektperiode. Teamet er inspirert av enheten ledet av Nina Lang ved Diakonhjemmet sykehus.

- Jeg opplever at det somatiske helsepersonellet er veldig glade for tjenestene som teamet vårt leverer, sier Molund.

Molund sier psykologer i somatikken må lære å tenke annerledes på flere måter.

- Det går veldig fort. I klassisk psykisk helsevern sitter vi på kontoret vårt og har samtaler. Vi må på en måte ut av boksen. Vi er heller ikke så veldig godt opplært i somatikk.

Trine Helen Hunhammer ble tidligere i år Norges første spesialist i klinisk helsepsykologi (Tidsskift for Norsk psykologforening, 2024). Hun har jobbet ved Haukeland universitetssykehus i syv år.

- Den største endringen jeg har opplevd siden jeg ble spesialist, er at jeg stadig blir presentert som Norges første spesialist i klinisk helsepsykologi, sier hun med et smil.

Hunhammer var sykepleier før hun ble psykolog.

- Det var ingenting om somatikk når jeg studerte psykologi, så jeg forstår at psykologer kan være redde for at de vet for lite. Men den kunnskapen kommer etter hvert.

SAKTE FREMGANG

I november skulle det obligatoriske programmet i klinisk helsepsykologi gjennomføres for tredje gang. Foreningen avlyste på grunn av for få påmeldte.

Idun Heiret var interessert i programmet og sier hun ble skuffet når det ble avlyst. Hun jobber på en poliklinikk for kognitiv svikt og alderspsykiatri ved Sykehuset i Vestfold.

I utgangspunktet ønsket hun å ta det obligatoriske programmet i eldrepsykologi, som foreningen ikke hadde gjennomført på flere år, også på grunn av manglende interesse. Klinisk helsepsykologi fremstod som et relevant og spennende alternativ, skriver Heiret på e-post til Psykologtidsskriftet.

«Selv opplever jeg ofte at jeg kommer til kort når jeg møter pasienter med samtidige somatiske lidelser, fordi jeg ikke vet nok om disse lidelsene og hvordan de påvirker pasientenes psykiske og kognitive funksjon.»

Heiret sier hun reagerte på at Psykologforeningen ga henne beskjed om avlysningen flere dager før påmeldingsfristen. Når hun kontaktet foreningen, fikk hun muligheten til å selv »



TAR ANSVAR Borrik Schjødt er leder for fagutvalget for klinisk helsepsykologi. Han anerkjenner at utfordringer med kommunikasjon bidro til at tredje runde med obligatorisk program ble avlyst. Foto: Fartein Rudjord / Psykologforeningen

forsøke å rekruttere nok deltakere, men hun fikk ikke napp.

Borrik Schjødt er leder for fagutvalget. Han kontaktet psykologer interessert i klinisk helsepsykologi for å undersøke hvorfor det var så få påmeldte. Tilbakemeldingen var at det er vanskelig å finne praksisplasser, og informasjonen om godkjennbar praksis og veiledning har vært utydelig.

Schjødt anerkjenner at utfordringer med kommunikasjon bidro til avlysningen av programmet.

– Det er vi i utvalget som har ansvar og må være drivere, sier han.

Arnhild Lauveng beskriver avlysningen som en voksesmerte. Lauveng er visepresident for fag og profesjon i Psykologforeningen og seniorrydgiver og forskningsansvarlig i Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Hun sier det er fornuftig at fagutvalget ser på praksiskravene.

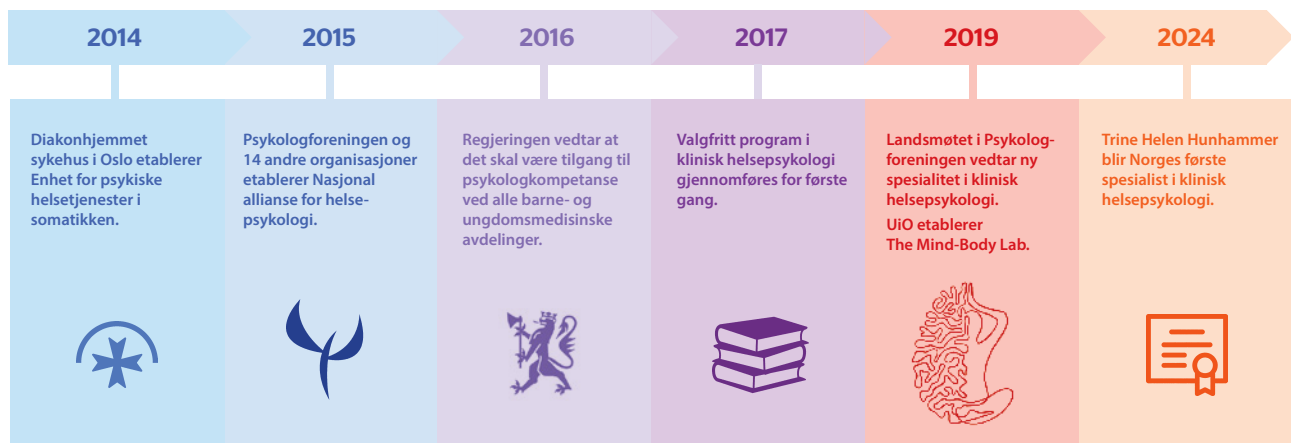
– Det trengs alltid justeringer.

Schjødt og Lauveng tar begge opp valgfritt program i klinisk helsepsykologi som kom før spesialiseringen. Schjødt sier det valgfrie programmet har vært så populært at det må organiseres to ganger i året.

Lauveng sier klinisk helsepsykologi i Norge må bygges stein på stein. Hun sammenlikner det å innføre en helhetlig tilnærming til fysisk og psykisk helse på tvers av helsevesenet som å snu et tankskip.

– Vi har ikke snudd skuten helt enda, men vi er på rett vei.

Klinisk helsepsykologi i Norge





”

Vi vet nå at forventninger styrer alt vi opplever

*Arnhild Lauveng, visepresident
i Psykologforeningen*

TING TAR TID Visepresident i Psykologforeningen, Arnhild Lauveng, sier utviklingen til psykisk helsepsykologi i Norge går i riktig retning.

PARADIGMESKIFTE FRA FORSKNINGEN

Å snakke om klinisk helsepsykologi med Reme, ved Universitetet i Oslo, er ikke helt ulikt å være på vekkelsemøte. Psykologer i somatikken kan mer enn å hjelpe pasienter med å håndtere fysiske plager; de kan kurere symptomer, sier hun.

– Jeg har jobbet i smertefeltet i snart 20 år, som kliniker og forsker. Vi er nå ved et paradigmeskifte i forståelsen av smerte og andre symptomer, som åpner helt nye muligheter for behandling. Vi vet nå at forventninger styrer alt vi opplever, både av informasjon fra den ytre verden og fra den indre, altså kroppen.

Reme viser til forskning på placebo- og naceboeffekter, og nye randomiserte studier av psykoterapeutiske tiltak med utfallsmål tradisjonelt forstått som somatiske.

I 2021 publiserte Yoni Ashar og kollegaer resultater fra en randomisert studie for å finne effekten av represseringsterapi på kronisk ryggsmerte (2022). En gruppe deltakere fikk terapien, en annen fikk placeboinnsprøytning, og en siste fortsatte med den vanlige behandlingen de fikk fra før studien.

Umiddelbart etter behandling var 33 av 50 deltakere som fikk terapien, uten eller nesten uten smerte, sammenliknet med 10 av 51 »

Hva er klinisk helsepsykologi?

Klinisk helsepsykologi handler om å bruke psykologisk kunnskap og ferdigheter i tverrfaglige utrednings- og behandlingstilbud, rehabilitering, palliasjon og helsefremming for pasienter med somatisk sykdom, skade eller funksjonshemming, og i møte med deres pårørende.

Kilde: Norsk psykologforening

i placebogruppen og 5 av 50 i gruppen som fortsatte med vanlig behandling. Effekten var omtrent den samme ett år senere.

Reme sier forskningsgrupper rundt i verden – inkludert The Mind-Body Lab ved Universitetet i Oslo, som hun leder sammen med Henrik Børsting Jacobsen – repliserer studien og tester effekten av psykologiske tiltak for andre lidelser tradisjonelt behandlet i somatikken. Forskningen har bidratt til å snu opp ned på forståelsen vår av helse, sier hun.

– Du har en stor andel pasienter i somatikken med plager som ikke kan forklares av strukturelle skader eller patologi. Ingenting av det biomedisinske hjelper. Men vi psykologer har masse verktøy som kan hjelpe. Og det er veldig oppmuntrende å se i litteraturen at vi kan hjelpe mange flere enn vi har trodd. ✖

Merknad. Borrik Schjødt er gjesteredaktør av nummeret som denne reportasjen inngår i. Han var ikke redaktør for reportasjen.

REFERANSER

Ashar, Y.K., Gordon, A., Schubiner, H., Uipi, C., Knight, K., Anderson, Z., Carlisle, J., Polisky, L., Geuter, S., Flood, T.F., Kragel, P.A., Dimidjian, S., Lumley, M.A., & Wager, T.D. (2022). Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical

Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(1), 13–23. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2021.2669>
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon. (2023). *Koble kropp og sinn*. Riksrevisjonen. (2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene*.

Tidsskrift for Norsk psykologforening. (2024). Norges første spesialist i klinisk helsepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 61(9), 571. <https://psykologtidsskriftet.no/aktuelt/2024/09/norges-forste-spesialist-i-klinisk-helsepsykologi>

Call for abstracts

Temanummer **Psykologen som utreder og tester**

Formålet med psykologisk utredning varierer. Psykologen som utreder skal innhente og sammenstille informasjon fra flere ulike kilder, spesielt psykologiske tester.

Tidsskrift for Norsk psykologforening ønsker med dette temanummeret å utforske, kritisere og forstå ulike aspekter ved utredning og testpraksis. Gjesteredaktører er Cato Grønnerød og Rudi Myrvang.

Vi ønsker artikler som omhandler teoretiske rammeverk, anvendelsesområder, kultursensitivitet, erfaringsdeling, ulike kartleggingsmetoder, ny teknologi og etiske dilemmaer knyttet til psykologfaglig utredning.

Send en kort beskrivelse av artikkelen (maks 250 ord) du/dere ønsker å skrive til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no. Oppgi «temanummer» i emnefeltet.

Frist for innsending: 2. januar 2025

I tillegg til vitenskapelige artikler kan alle våre tekstsjangere være aktuelle for temanummeret. Du finner Psykologtidsskriftets forfatterveiledninger under *Skriv for oss* på psykologtidsskriftet.no, eller ved å skanne QR-koden nedenfor.

Spørsmål kan rettes til sjefredaktør Katharine Williams katharine@psykologtidsskriftet.no

Skann QR-koden for å lese våre veiledninger



Smerte



Fra dualisme til en helhetlig forståelse av smerte

Oppfatningen av smerte har endret seg betydelig gjennom historien. Helsepsykologiens utvikling gjenspeiler disse endringene.

TEKST Borrik Schjødt, leder i Psykologforeningens fagutvalg for klinisk helsepsykologi

KONTAKT
borrik.s@gmail.com

MERKNAD
Artikkelen er en bearbeidet og oppdatert versjon av Schjødt, B. (2017). Smertepsykologiens historikk. I E.A. Fors & T. Stiles (Red.), *Smertepsykologi* (s. 21-32). Universitetsforlaget. Med tillatelse fra redaktørene og forlaget.

Smerte er et sentralt område for helsepsykologien, og smertefeltets utvikling er en gjenspeiling av helsepsykologiens utvikling. Et forholdsvis samlet internasjonalt miljø med forskere og klinikere er enige i at smerte er en opplevelse, med emosjonelle og somatiske komponenter, som må forstås i en sammenheng. Til tross for dette ser vi i praksis ofte eksempler på biomedisinske og reduksjonistiske syn på smerte, som kan oppleves som uverdige og nedvurderende for pasienten. Spesielt gjelder dette smertetilstander som er sammensatte, og der vi mangler kunnskap, for eksempel smerte ved fatigue, fibromyalgi og korsryggsmarter. Slike synspunkter har historiske røtter i dualistisk forståelse. Veien fra en dualistisk forståelse av helse til nyere psykologisk teori som bygger på et mer sammensatt syn, har vært lang.

SKILLET MELLOM KROPP OG SJEL

Med den vitenskapelige revolusjon på 1600-tallet ble det sett på som uvitenskapelig å hevde at

sjelen påvirker kroppen. Mens vitenskapen var opptatt av kroppens fysiske mekanismer, ble sjel og ånd kirkens domene. Denne todelingen bidro til flere medisinske oppdagelser. Oppmerksomheten ble rettet mot objektive årsaker til sykdom og lidelse, faktorer som kunne identifiseres og påvirkes. Samtidig medførte dette utviklingen av en reduksjonistisk biomedisinsk forståelse, som vektla kroppens fysiske mekanismer og utelot sjelens rolle i helse og sykdom, og det la grunnlaget for en dualistisk forståelse av forholdet mellom kropp og sjel.

René Descartes er kjent for å ha formulert dualismen, der kropp og sjel styres av fundamentalt forskjellige prinsipper. Han illustrerer dette ved å sammenligne kroppens nervesystem med en mekanisk prosess, som når en varmeimpuls mot foten overføres til hjernen, akkurat som en kirkeklokke ringer når man trekker snoren den er festet til (figur 1). Ifølge Descartes konvergerer impulser fra hele kroppen i epifysen – konglekjertelen, der sjelen kontrollerer selv de minste nervetråder. Han hev-

det at smerte ikke hadde egne nervebaner, men når sjelen oppfatter at kroppen blir påvirket såpass at den kan bli skadet, vil den føle smerte (Rey, 1993).

Et par hundre år senere ble et mer mekanistisk syn på smerte beskrevet. Max von Frey bygget på *spesifisitetstmodellen* da han studerte kulde og varme, og etter hvert også smerte (Melzack & Wall, 1965). Han antok at spesialiserte nervefibre ble trigget, og at hver nervefiber overførte impulser av én spesiell type. Han postulerte spesialiserte nervebaner fra det perifere og til hjernen som overførte spesifikke impulser som så ble oppfattet som smerte, kulde eller varme.

Spesifisitetsteorien bygget på en annen kunnskap om nervesystemet enn det Descartes hadde tilgjengelig, men prinsipielt lignet de på hverandre – perifere stimuli går i direkte bane til hjernen, der de oppfattes som smerte.

SMERTE OG MEDISIN

På 1800-tallet utviklet man enkelte nye remedier som kunne dempe smerte. Morfin ble framstilt i 1805, først brukt som søvnmiddel, og på midten av 1800-tallet oppdaget man at morfin også kunne lindre smerter. Eter-anestesi ble demonstrert ved Massachusetts General hospital i 1846 (Robinson & Toledo, 2012). I 1884 ble kokain tatt i bruk som lokalbedøvelse ved øyeoperasjoner. Noen få år senere produserte man et febernedsettende stoff som også hadde god smertelindrende effekt. Middelet (Phenacetin) viste seg å ha såpass store bivirkninger at bruken ble betydelig redusert. Det var først i 1955 at en metabolitt av Phenacetin med trygg smertelindrende effekt ble kommersielt tilgjengelig – og dette middelet kjenner vi i dag som paracetamol (Brune, 1997). Aspirin ble framstilt i 1899, og samme år ble spinalanestesi demonstrert.

Alt i alt var det en utrolig oppblomstring i tenkning og tiltak knyttet til smerte. Både modellbygging og nye metoder støttet imidlertid opp om et dualistisk perspektiv på smerter: Smerter ble forstått som et somatisk fenomen, med opphav i perifer stimulering og uavhengig av den som opplever smerten.

Medikamenter er fremdeles sentralt i smertebehandling. Farmasøytisk industri, pasienter og helsepersonell har lett etter og prøvd mange typer smertemedisin. I USA kulminerte det med opioidepidemien, der reseptbelagte opioider etter hvert resulterte i flere overdosedødsfall enn heroin (McDonald et al., 2023). Bruk av smertestillende, blokader og infusjoner baserer seg på en forhåpning om å hemme overføring av smerteimpulser. Nyere forskning setter spørsmålsteget ved effekten av smertedempende midler for langvarige smerter.

PSYKISKE PROSESSER OG KROPPSLIGE PLAGER

Somatiske forklaringer av smerte dominerte mot slutten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet. Etter hvert ble flere opptatt av hvordan psykologiske faktorer, læring og emosjoner påvirket kroppslige forhold. Synet på smerte og psykologi på 1900-tallet ble formet av pionerer som Freud, Cannon og Pavlov.

Sigmund Freud mente at enkelte personers mentale liv var fiksert på traumatiske hendelser, og denne fikseringen kunne gi seg utslag i somatiske plager. Hysterisk konversjon innebærer at energi som normalt ville bli uttrykt som sterke emosjoner, finner andre veier, som lamelse av en ekstremitet (Freud, 1910). Hvis personen hadde problemer



Synet på smerte og psykologi på 1900-tallet ble formet av pionerer som Freud, Cannon og Pavlov



Figur 1

Descartes' illustrasjon av smerte



Merknad. Hentet fra René Descartes «L' Homme», 1664 (Bibliothèque nationale de France)

med eller ikke klarte å uttrykke emosjoner, kunne energien omdannes eller gi seg utslag i smerte. Det samme kunne skje med uløste psykologiske konflikter, f.eks. ved at uakseptable seksuelle lyster kunne konverteres til smerter i bekken-området. Sigmund Freud beskrev med andre ord hvordan psykologiske forhold kunne resultere i somatiske plager, blant annet smerte. Behandlingen ble påstått å være effektiv hvis den ble rettet mot de psykologiske traumatiske opphavene til de aktuelle plagene. Ved å gjennomleve traumene som ligger til grunn for smertene, kan pasienten bli kvitt sine plager. Freud viste hvordan psykiske konflikter kunne medføre somatiske komplikasjoner, f.eks. smerte, uten at han vurderte vevsskader eller underliggende somatiske faktorer (Schore, 1997).

Walter Bradford Cannon var fysiolog, som delvis arbeidet i samme tidsepoke som Freud. Mens Freud så på det psykologiske innholdet, var Cannon opptatt av sammenhengen mellom emosjoner og kroppslige reaksjoner – og han så dette i en evolusjonsmessig sammenheng. Han viste at sterk aktivering (arousal) hos dyr setter i gang en sympatikus-aktivering, som blant annet innebærer frigjøring av adrenalin, en omfattende endring i blodgjennomstrømming i ulike deler av kroppen og frigjøring av blodsukker. Dette skjedde samtidig med en emosjonell aktivering. De fysiologiske reaksjonene, antok han, har vært viktige for overlevelse i et evolusjonsmessig perspektiv. Han kalte dette en «fight-or-flight»-respons (Cannon, 1927). Smerte ble ikke oppfattet som en enkel sansing, men en sansing som forekom samtidig med en emosjon, og som avstedkom kroppslige responser.

Ivan Pavlov er kjent for observasjonen av at en hunds salivering kan betinges til en i utgangspunktet nøytral stimulus, f.eks. lyden av en dør som åpnes. Senere viste han at forventning om mat også kunne betinges til smertefulle stimuli. I et oppsett der hunden gjentatte ganger ble påført et kraftig, smertefullt elektrisk støt etterfulgt av mat, endret etter hvert responsen seg fra unnvikelse til salivering, smatting (smacking) med lepper, og at hunden snudde hodet mot maten vanligvis ble gitt. Han observerte at hunden etter hvert ikke viste tegn til smerte, og at dette var et resultat av at en nerveimpuls ble om dirigert fra en fysiologisk bane til en annen (Pavlov, 1927). Pav-

lov viste at smerte kunne undertrykkes eller forandres fra et ubehagelig signal og til noe som skapte forventning, gjennom gjentatte eksponeringer.

Cannon, Pavlov og Freud utviklet sine teorier uavhengig av hverandre, og de så på forskjellige sider ved sammenhengen mellom kropp og psyke. Felles for dem var at de postulerte en kobling mellom hva man opplever, sanser eller føler, og kroppslige reaksjoner. Mens forrige århundres smerteteorier omhandlet overføring av nerveimpulser fra det perifere og til det sentrale, beskrev Freud, Cannon og Pavlov hvordan psykologiske faktorer kunne påvirke somatiske forhold. Selv om psykologiske og somatiske forhold ble sett i en sammenheng, innebar det ikke noe egentlig brudd med et dualistisk perspektiv. Noe forenklet kan vi si at alle beskrev en enveis overføring av impulser, medisinerne med utgangspunkt i kropp, psykologene med utgangspunkt i psyken.

Smerte uten klar somatisk forklaring fikk en tiltagende dårligere status etter Freud sine beskrivelser av hysteri. Et tydelig eksempel på dette finner vi i en artikkel fra 1940 av uforklarlige smertetilstander med et tilsynelatende nevropatisk preg, det vi i dag kaller Complex Regional Pain Syndrome:

«That there is something basically at fault about the nervous system of certain of the individuals affected, is probable. Some are insurance problems. Others have grudges against the world, or are perhaps stupid, or even criminal» (Homans, 1940, s. 871).

Smerte som ikke kunne forklares, ble tolket som et forsøk på å lure omverden.

PSYKOSOMATISK MEDISIN

I den første artikkelen i tidsskriftet Psychosomatic Medicine i 1939 skriver Franz Alexander om den økende kunnskapen man har fått om hvordan emosjonelle faktorer påvirker kroppslige forhold. Alexander argumenterer for at det emosjonelle og kroppslige representerer to parallelle perspektiver som hører sammen. «Whereas physiology approaches the functions of the central nervous system in terms of space and time, psychology approaches it in the terms of those subjective phenomena which we call psychological and they are *the subjective reflections of physiological processes*» (Alexander, 1939, s. 13). Hans perspektiv er at psy-

kiske fenomen er subjektive aspekter ved visse kropps- eller hjerneprosesser. I «introductory statement» til tidsskriftet går de et skritt lenger, og snakker om gjensidige sammenhenger mellom psykologiske og fysiologiske aspekter (Alexander, 1939).

Med innføringen av psykosomatisk medisin ble det forsøkt å hente tilbake det åndelige, og gjøre psykologi til et område der man kunne studere den subjektive motparten til fysiologiske prosesser. Alexander møtte imidlertid motstand, og han refererer til advarsler fra faglig hold om at forsøk på å innføre psykosomatisk medisin innebar en ikke vitenskapelig tendens til «psykologisme».

I 1959 skrev George Engel om smerte med psykisk utgangspunkt (Engel, 1959). Han antar at opplevelse av smerte preges av ulike psykologiske prosesser, og jo mer sammensatt smertebeskrivelsen er, jo mer komplekse psykologiske prosesser regner han med er involvert. Han antar at en stor andel av pasienter med komplekse beskrivelser av smerter er spesielt utsatt på grunn av psykologiske mekanismer. Når smerte velges som symptom, kan det være fordi pasienten ubevisst søker en selvpåført straff, og skyldfølelse er sentralt. En rekke faktorer disponerer ifølge Engel for dette, blant annet oppvekstforhold og kjennetegn ved oppdragelsesmetoder, barnets aggresjon eller sykdom hos foreldre. Engel beskriver ulike forhold som kan utløse smerter, blant annet ubevisste behov for å lide, mestring av forbudte seksuelle følelser eller respons på tap. Også Engel anerkjenner at det må forekomme smertefull stimulering for at man skal oppleve smerte, og han beskriver smerte som en opplevelse. Deretter postulerer han et nivå der smerter kan forsterkes betydelig fordi det foreligger visse psykologiske behov.

Både Engel og Alexander beskriver en tøsighet i det somatiske og psykologiske. De opprettholder likevel et visst skille, og tillegger psykologiske prosesser en betydelig egen dynamikk ved ulike smertetilstander. I ettertid kan vi se at dette handler om formuleringer av smertetilstander man ikke helt forsto, med hovedvekt på psykologiske prosesser, enten disse var bevisste eller ubevisste. Smertetilstander som kan forklares, kan beskrives i somatiske termer. Uforklarlige smerter har på den andre siden et psykologisk utgangspunkt. Dette er oppfatninger som mange fortsatt gir



... Beecher viste at psykologiske faktorer kan ha en gunstig eller lindrende effekt på smerter som beviselig har opphav i somatiske forhold

uttrykk for i dag, men som ligger nærmere 1600-tallets dualistiske tenkning enn nyere formulering av smerte.

I dag finner vi parallellen til Alexander med psykosomatisk medisin og Engel med beskrivelse av den smerteutsatte pasient i nyere diagnose-manualer, både DSM-V og ICD-10: Somatoforme lidelser og Somatisering. Dette er diagnoser som på ulike måter refererer til somatiske tilstander, men der den psykologiske kraften er den drivende og forklarer hvorfor lidelsen blir så omfattende.

MOT EN HELHETLIG FORSTÅELSE

Henry Beecher gjorde fascinerende observasjoner av 215 skadde soldater fra fronten under andre verdenskrig. Alle hadde alvorlige krigsskader, men bare en fjerdedel av dem (23,7 %) opplevde smerter som var så intense at de ba om smertelindring. Beecher mente forskjellen mellom de som ikke ville ha, og de som ønsket smertelindring, ikke kunne forklares ved skadens omfang. Flere av soldatene som ønsket smertestillende, kunne hjelpes godt med barbiturater for å roe dem ned. Han refererer til et langt større behov for smertelindring blant sivile pasienter med tilsvarende skader (Beecher, 1946, 1955).

Beecher trekker fram to viktige forhold: Når en soldat opplevde alvorlig skade, var det to gode nyheter på en gang: (1) «jeg lever» og (2) «jeg blir tatt vekk fra fronten». Han antok at dette hemmet smerteopplevelser i så stor grad at soldaten ikke opplevde behov for smertelindring.

Beecher er også kjent for å framheve viktigheten av placebo (Beecher, 1955). Hans motivasjon var delvis å vise til det store potensialet som lå i å utnytte en psykologisk placeboeffekt, og delvis å bidra til at forskningen skulle bli mer treffsikker og troverdig. Som en konsekvens av dette anbefalte han tidlig dobbelt-blindet placebokontrollerte design, ved utprøving av medikamenter og andre intervensjoner (Schjødt & Finset, 2024).

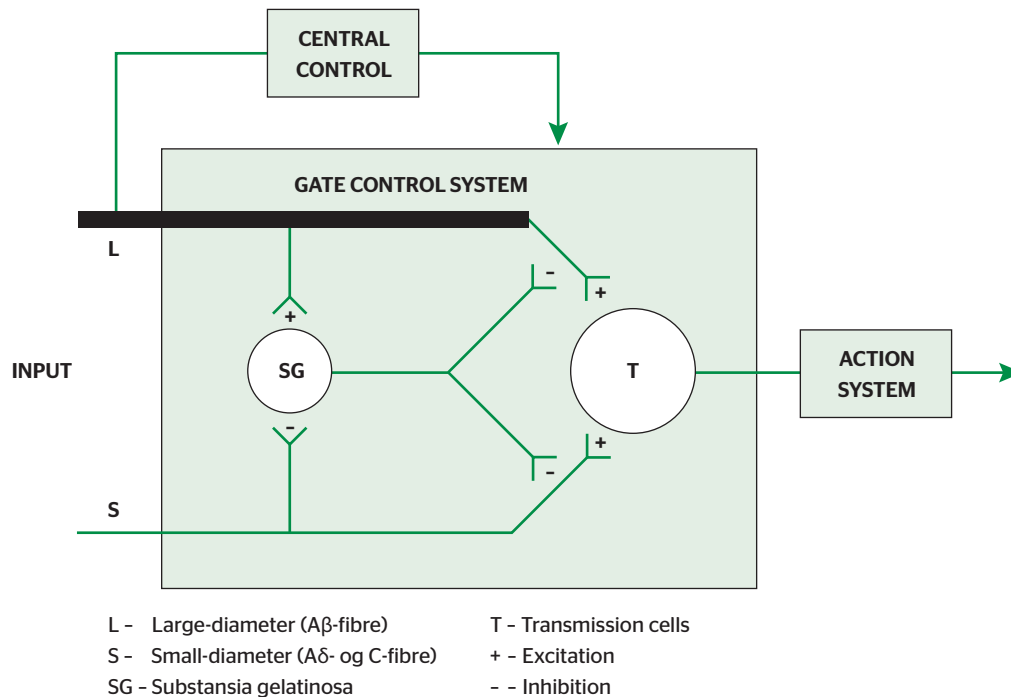
Ved å beskrive soldatene i fronten, og ved å trekke fram placebo, viste Beecher at psykologiske faktorer kan ha en gunstig eller lindrende effekt på smerter som beviselig har opphav i somatiske forhold. Når soldaten kjenner lite smerte etter en alvorlig kroppslig skade, må det bety at psykiske forhold kan bidra til å lindre eller hemme smerter. Å snu oppmerksomheten fra hvordan psykologiske faktorer skaper smerte, til hvordan de hemmer smerte, utfordret datidens oppfatning av smerte.

Hans Selye blir ofte omtalt som «the father of stress». Han introduserte stress som begrep knyttet til kroppslige reaksjoner, og beskrev det som ble kjent som General Adaptation Syndrome (Selye, 1950). Denne modellen omhandler fysiologiske reaksjoner på ytre press. Hans viktigste poenger er at kroppen reagerer på en generell og lik måte på mange ulike typer stressorer, og at stressorene i seg ikke er sentral i å forklare kroppens respons. På denne måten skaper hans teori en sammenheng mellom ytre faktorer (stressorer) og kroppslige faktorer (kroppens respons). Selyes arbeid fokuserte primært på fysiologiske prosesser, men ga grunnlaget for blant annet Richard S. Lazarus, som viste at tanker og opplevelse påvirker fysiologiske prosesser, og omvendt.

Richard S. Lazarus (1966) studerte stress og mestring hos mennesker. Han var spesielt opptatt av personens vurdering av potensielt stressfulle situasjoner. En stressor blir vurdert av en person som noe vedkommende kan gjøre noe med, eller bare må tilpasse seg. Hvis personen kan gjøre noe med situasjonen, snakker vi om *problemfokusert mestring*.

Figur 2

Portteorien



Merknad. Hentet fra «Pain Mechanisms: A New Theory: A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response» av R. Melzack & P.D. Wall, 1965, *Science*, 150(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>

Når korsryggsmertene gjør det vanskelig for deg å lage mat, kan det å heve kjøkkenbenken være en løsning. Denne typen mestring innebærer at personens forhold til omgivelsene endres, og at opplevd stress kan minskes. Når personen ikke kan påvirke stressorene, kan man endre måten man forholder seg til det som skjer, på. *Emosjonsfokuset mestring* kan være at man ikke tenker på en stressor som en fare, eller at man bortforklarer, benekter eller distanserer seg (Lazarus, 1993). Lazarus hevder at mestring påvirker emosjoner, og at psykologisk stress er viktig i forbindelse med emosjonene. En person med sterke korsryggsmarter kan dempe ubehaget ved å søke forståelse og støtte hos andre. Det vil dempe det emosjonelle ubehaget, men ikke påvirke smerteplagene direkte. Innenfor smertepsykologi er Lazarus' viktigste bidrag å kople inn mestring. Han viste at mestring handler om vur-

dering av situasjonen i en sammenheng, han beskrev ulike mestringsstrategier og påpekte sammenheng mellom mestring og stress. Med vektlegging av kognitive prosesser plasserer Lazarus seg i den kognitive revolusjonen som for alvor slo igjennom i amerikansk psykologi på 1970-tallet.

Et sentralt aspekt ved teorier om stress er at man ser på vurdering av egne ressurser i forhold til de utfordringer man møter. Dermed blir psykologiske forhold vesentlige. Det handler både om situasjonen, vurdering av situasjonen og vurdering av egne ferdigheter i møte med den aktuelle situasjonen. Selye bygger på Cannon sin beskrivelse av dyrs stressreaksjoner, og Lazarus bringer det et skritt videre ved å tilføre det et kognitivt perspektiv. Teorier om stressmestring inneholder mange spennende formuleringer som senere er blitt viktige i behandling og forståelse av smerte. »

NYERE SMERTETEORI OG TVERRFAGLIGHET

I siste halvdel av 1940-tallet var det en rivende utvikling både innen psykologi, medisin og generell tenkning. Krig, til tross for sine grusomheter, fører ofte med seg teknologisk nyvinning og nytenkning. Kybernetikk og generell systemteori hadde røtter som går tilbake til før krigen, men fikk stor innflytelse etter krigen. Etter krigen var det også behov for økt behandling av krigsskader og traumer. Dette førte til økt interesse for smertebehandling, og mer effektiv behandling av psykiske plager.

Den canadiske psykologen Ronald Melzack og den britiske legen Patrick Wall mente at hverken spesifisitet- eller mønsterteorier for smerte kunne forklare alle smertetilstander. Både Beechers beskrivelse av soldater i fronten, Pavlovs hunder som etter hvert ikke reagerte på smertestimuli, og nevrologiske smerter – dvs. smerter som skyldes at en nerve er skadd eller påvirket på grunn av sykdom – krever psykologiske forklaringer. Deres svar var portteorien (Melzack & Wall, 1965). Ved fysisk berøring overføres signaler fra et hudområde og gjennom nerver til ryggmargen, nærmere bestemt ryggmargens bakhorn. Smerteimpulser overføres gjennom mindre nerver som også går til ryggmargens bakhorn. De antok at berøringsimpulsene hemmet overføring av smerteimpulser, og at det skjer på ryggmargsnivå. Dette forklarer hvorfor vi automatisk stryker oss over ømme eller vonde områder. Berøring hemmer overføring av smerteimpulser – og dette skjer i ryggmargens bakhorn.

I tillegg beskrev Melzack og Wall nedadgående nerveimpulser, fra hjernen og ned til ryggmargens bakhorn, som også påvirker overføring av smerteimpulser. Disse nedadgående impulsene antok de var igangsatt av psykologiske prosesser, og de nevnte spesifikt oppmerksomhet, emosjoner og minner eller erfaring. Hos en person som har erfaring med at en type smerte er ufarlig og raskt forsvinner, som har rettet oppmerksomheten mot noe som opptar ham, og som er i en opprømt sinnstemning, vil nerveimpulser fra hjernen og til ryggmargens bakhorn hemme overføring av smerteimpulser.

Portteoriens essens er at psykologiske forhold, smerteimpulser og berøringsimpulser møtes i ryggmargens bakhorn, og hemmer eller fremmer overføring av smerteimpulser. Psykologiske faktorer påvirker med andre ord

overføring av smerteimpulser på ryggmargsnivå. Med dette grepet ble psykologiske prosesser integrert i forståelse av smerte, og det ga åpning for psykologi som en viktig disiplin innen et voksende smertefelt.

BIOPSYKOSOSIAL FORSTÅELSE

Psykiater og indremedisiner Georg Engel foreslo en biopsykososial modell. I 1977 skrev han en epokegjørende artikkel i *Science*: «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine» (Engel, 1977). Artikkelen er et oppgjør med en reduksjonistisk biomedisinsk forståelsesmåte, og et forslag til å utvikle en ny medisinsk modell. Dette var den første modellen som ga mulighet til å forstå helse og sykdom gjennom et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Postuleringen av en biopsykososial modell markerer et skille i tenkningen om sammenheng mellom somatiske og psykologiske fagområder.

Etter Engels artikkel oppsto helsepsykologi som et eget interessefelt innen American Psychological Association (APA), og Division on health psychology ble opprettet i 1978. Smertefeltet kunne referere til en helhetstenking som harmonerte godt både med nyere teorier (portteorien) og klinikk (tverrfaglig smerteklinisk praksis).

Nyere smertebehandling er basert på et biopsykososialt perspektiv, der somatiske, psykologiske og kontekstuelle forhold alle har betydning for den smerten en person erfarer. Smerte er ikke bare en isolert smertefull stimulering, men en opplevelse som sanses og påvirkes av en person i en sammenheng.

Melzack fremmet ideen om et sentralt smertenettverk i 1990. I en artikkel om fantomsmerter mente han at vi har et nettverk i hjernen som påvirkes av ytre input, og som han kalte en neuro-matrix (Melzack, 1990). Han videreutviklet ideen ut over 90-tallet (Melzack, 1999), og beskrev smerteopplevelse som et resultat av flere mindre sentrale nettverk som involverer sensoriske, emosjonelle, vurderende prosesser, og som bl.a. trigger stressresponser, opioidmodulering og aktivitet. Han brøt med den tradisjonelle forståelsen av smerte som en lineær prosess, og viste i stedet at smerte er et komplekst og dynamisk fenomen som involverer flere nivåer av hjernefunksjon. I tråd med dette beskriver Per Brodal nevronale nettverk, som involverer store deler av hjernen, og som bl.a.

involverer oppmerksomhet, motivasjon, emosjonelle forhold og minner, i tillegg til ytre input (Brodal, 2013).

Smertenettverksmodellen er et definitivt brudd med spesifisitetsteorier om smerte. Hvis smerter produseres i et sentralt nettverk, som er forskjellig fra person til person og fra situasjon til situasjon, betyr det at smerteopplevelse er kompleks, at vevsskade eller perifer stimulering bare spiller en viss rolle, og at det er en rekke mulige måter å behandle smerte på.

Nevronale nettverk, pain matrix eller smertenettverk beskriver hvordan sosiale, ytre forhold påvirker sentrale prosesser i hjernen, som samhandler med kroppslige prosesser og gir grunnlag for smerteopplevelse – det vil si en gjenspeiling av biopsykososiale faktorer. Denne modellen danner et viktig grunnlag for senere behandlingsmetoder for smerte.

TVERRFAGLIGHET I KLINIKKEN

Anestesiologen John J. Bonica betegnes som grunnleggeren av tverrfaglig smertebehandling. Han behandlet sårede krigsveteraner i Tacoma, Seattle fra 1947, og erfarte at ren medisinsk vurdering og behandling av pasienten ikke var tilstrekkelig. Pasientene trengte grundig undersøkelser, og legen måtte sette av en hel klokke til hver pasient. Selv med bruk av lang tid opplevde han at kompleksiteten var vanskelig å forstå. For å imøtekomme dette knyttet han til seg et tverrfaglig team, som deltok i ukentlige drøftinger av pasienter med sammensatte smerteplager. Denne praksisen tok han med seg til University of Washington i 1960, hvor han grunnla en sentral og velkjent tverrfaglig smerteklinikk. Klinikken ble modell for hvordan tverrfaglige smerteklinikker organiseres, og hvordan vi i dag tenker tverrfaglig om smertebehandling. I 1953 skrev Bonica første utgave av det som ble ett av standardverkene innen smertebehandling, *The management of pain* (Bonica, 1953).

Psykologen Wilbert Fordyce ble ansatt ved Department of Rehabilitation Medicine ved University of Washington i 1959. Han ble en av deltakerne i Bonicas tverrfaglige fredagsmøter, der de diskuterte pasienter som ble vurdert ved smerteklinikken den uka. Fordyce introduserte en helt ny tilnærming til smerte: å forstå pasienten i lys av pasientens smerteatferd (Fordyce et al., 1968). Han hevdet at «all kronisk smerte har en atferdskomponent» (Main et al., 2015). Han påpekte at vi kan studere relasjonen mellom pasienten og omgivelsene, og det kan avstedkomme endringer ved å manipulere forsterkningsbetingelsene ved smerteatferd og helseatferd. Dermed ble det unødvendig å slutte seg til underliggende psykologiske strukturer. Det ble tilstrekkelig å studere observerbare forhold – atferd. Han var ikke avvisende til psykodynamisk tenkning, men var svært kritisk til hvordan man søkte å finne årsaker til plager i pasientens psyke, noe han hevdet var en reduksjonistisk holdning til smerte (Fordyce, 1976).

Etter modell fra Seattle ble det etablert tverrfaglige smerteklinikker flere steder i verden, og i Norge fikk vi, som et samarbeid mellom Kreftforeningen og sykehuset, den første tverrfaglige smerteklinikken ved Haukeland sykehus i 1985.

UTVIKLING AV TERAPI INNEN SMERTEBEHANDLING

Mens Fordyce konsentrerte seg om smerteatferd, foreslo Dennis Turk et kognitivt atferdsperspektiv (KAT = kognitiv atferdsterapi) på smerte. Boka han skrev sammen med Donald Meichenbaum og Myles Genest, »



Smertenettverksmodellen er et definitivt brudd med spesifisitetsteorien om smerte



Sykdomsatferd, bevegelsesfrykt og verstefallstenkning er sentrale begreper i mye av den nye smertefokuserte forskningen

Pain and behavioral medicine (Turk et al. 1983), er viktig i smertepsykologiens historie. Med denne boka ønsket de å beskrive kognitive atferdsteknikker som virkemiddel for å fremme helse, forebygge sykdom og behandle lidelse. De kognitive og atferdsteoretiske tilnærmingene var i seg selv ikke nye, men å sette dem inn i en somatisk sammenheng var epokegjørende. KAT-intervensjoner er vanligvis aktive, tidsbegrenset og forholdsvis strukturerte, og tilnærmingen er basert på en antakelse om at følelser og atferd til en stor grad bestemmes av hvordan den enkelte tenker seg eller konstruerer verden. Terapien legges vanligvis opp for å hjelpe pasienten til å gjenkjenne, realitetsteste og korrigere forstyrrede og lite tilpasningsdyktige oppfatninger og antakelser. Ved KAT er det sentralt å endre personens typiske måter å tenke på slik at også følelser og handlinger endres i ulike situasjoner.

På 1980-tallet var tverrfaglighet, biopsykososial tenkning og KAT-tilnærminger i vinden. Rosenstiel og Keefe så på mestringsstil for pasienter med langvarige smerter. De utviklet et eget spørreskjema (Coping Strategies Questionnaire) (Rosenstiel & Keefe, 1983) og kunne vise at hvilke mestringsstrategier man typisk brukte, hadde store konsekvenser for funksjon, opplevd smerte og stemningsleie. De skilte mellom ulike mestringsfaktorer, var innom begrepene aktiv og passiv mestring og introduserte begrepet verstefallstenkning (catastrophizing). Det er vist at verstefallstenkning har stor betydning både for mestring, depresjon og funksjon, og det er blitt et begrep som brukes langt ut over psykologenes rekke.

Sykdomsatferd, bevegelsesfrykt og verstefallstenkning er sentrale begreper i mye av den nye smertefokuserte forskningen. Johan Vlaeyen er en europeisk helsepsykolog, som så på smerter som resultat av unngåelsesatferd. Sammen med Stephen Linton skrev han om bevegelsesfrykt i 2000 (Vlaeyen & Linton, 2000): Hvis en person frykter at bruk av ryggen kan føre til skader, er det sannsynlig at vedkommende vil oppføre seg på en måte som øker risikoen for langvarige ryggplager. Når personen opplever smerter i ryggen og frykter at det er tegn på en alvorlig skade, er det store sjanser for at vedkommende blir passiv, endrer bevegelsesmønsteret og overvåker kroppen nøye. Dette mønsteret kan føre til økte smerter på grunn av endret og redusert bruk av ryggmuskulaturen. De har utviklet behandlingsstrategier basert på modellen, og viser til gode resultater – gitt en seleksjon av pasienter som har bevegelsesfrykt. Begrepet bevegelsesfrykt eller bevegelsesfobi er veletablert og danner grunnlag for mange behandlingstiltak.

Nye behandlingsmetoder som kom på slutten av 90-tallet og framover, sammenfalt med andre tendenser: Wadell skrev en bok med tittelen *The Back Pain Revolution* i 1998. Bokas hovedbudskap er at vi må legge til rette for aktivitet, ikke hvile ved rygg smerter. Det markerte et skifte av perspektiv – fra passiv behandling og til en aktiv, medvirkende pasient. Den samme tendensen til økt vekt på pasientmedvirkning, aktivitet og mestring er gjennomgående i en annen velkjent publikasjon: Seligman og Csikszentmihalyi om positiv psykologi i 2000.

De siste 20 årene har vi sett gode implementeringer av Acceptance and Commitment Therapy (ACT, eller aksept- og forpliktelsesterapi), av psykodynamiske tilnærminger til smerte, og i det senere Pain Reprocessing Therapy.

ACT er omtalt som tredje bølge KAT. Verdier, aktiv tilstedeværelse, å forholde seg til situasjonen som den er, og å forplikte seg til det man gjør, er sentralt (Andersen & Elen, 2023). For å få et bedre liv må man finne

fram til forhold som det faktisk går an å gjøre noe med. *Mens du venter på at du skal bli bedre, hva kan du gjøre for å få et best mulig liv akkurat nå?*

Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) kombinerer nyere kunnskap om nevronale nettverk og mer etablert erfaring om psykodynamisk terapi i behandling av bl.a. vanskelige langvarige smertetilstander (f.eks. Abbass, 2021). ISTDP har fått en forholdsvis stor utbredelse i det norske fagmiljøet.

Pain Reprocessing Therapy (PRT) er en ny tilnærming til smertebehandling, utviklet av Alan Gordon. De innfører et nytt begrep: nevroplastisk smerte. Langvarig smerte er en feiltolkning av situasjonen, der impulser tolkes som farlige og derfor avstedkommer smerte. Behandlingen legges opp for å lære opp sentralnervesystemet (retrain the brain) til å tolke og reagere på nervesignaler på en mer adekvat måte. De hevder at deres mål er å eliminere smerte (Ashar et al., 2022; Gordon & Ziv, 2021).

Det finnes ikke én rett behandling for personer med smerte. Vi trenger et bredt spekter av tilnærminger, tilpasset den enkeltes situasjon og behov. På samme måte som medisinsk behandling må prøves ut og justeres, må også psykologisk behandling tilpasses pasienten gjennom selvstendig og grundig klinisk vurdering.

Mange med smerter kan ha nytte av standardiserte tiltak, men pasienter med sammensatte plager trenger ofte skreddersydde tiltak. KAT er godt dokumentert gjennom mange studier, og anbefales av flere. PRT har færre studier, men påstår å kunne eliminere smerte hos pasienter. Forhåpentligvis vil både disse og andre tilnærminger fortsette å være tilgjengelige.

De ulike behandlingstilnærmingene har lært av hverandre. For eksempel kan PRT inneholde elementer fra ACT og KAT, mens mer psykodynamisk orienterte tilnærminger kan inkludere konkrete teknikker fra ACT. Det bør være rom for en pragmatisk og eklektisk tilnærming, som er basert på klinisk kompetanse og tilpasset pasientens behov.

OPPSUMMERING

Helsepsykologien har utviklet seg i takt med smerteteorier og -behandling. Biopsykososiale perspektiver på smerte har en solid posisjon innen smertemiljøer, både nasjonalt og internasjonalt. Likevel ser vi altfor ofte eksempler på dualistiske perspektiver som oppleves krenkende for den det gjelder, spesielt i omtale av somatiske tilstander som er vanskelig å forklare, enten det er langvarige muskulære smerter, betydelig fatigue eller smerter som synes å være nevrologiske, men uten åpenbar skade eller sykdom.

Nyere kunnskap om kropp og hjerne, teorier om hvordan smerte produseres i sentrale nevronale nettverk, og hvor sammensatt opplevelser av kroppslige plager er, har åpnet opp for en helhetlig og tverrfaglig enighet om at psykologi har en sentral plass, og gitt opphav til mange nyere tilnærminger til smertebehandling, f.eks. ACT, ISTDP og PRT.

Mens man før så på hvordan man kunne behandle årsak til smerte, ser man nå oftere på hvordan man kan sette personen i stand til å mestre eller påvirke egne smerter. Pasienten er blitt en aktiv, samarbeidende person, ikke en passiv mottaker av behandling. I tråd med dette er behandlingsmålet oftere optimal funksjon og livskvalitet, sjelden kun smertelette.

Psykologi som fag har fått en selvfølkelig plass innen smertefeltet, og store deler av somatikken. ❌

REFERANSER

- Abbass, A. (2021). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Methods, Evidence, Indications and Limitations. *TNPF*, 58(10), 874–879.
- Alexander, F. (1939). Psychological Aspects of Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1(1), 7–18.
- Andersen, T. & Elen, A.T. (2023). Aksept og verdibasert atferdsterapi. *TNPF*, 60(12), 792–801. <https://doi.org/10.52734/QEMF2838>
- Ashar, Y.K., Gordon, A., Schubiner, H., Uipi, C., Knight, K., Anderson, Z., Carlisle, J., Polisky, L., Geuter, S., Flood, T.F., Kragel, P.A., Dimidjian, S., Lumley, M.A. & Wager, T.D. (2022). Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain. *JAMA Psychiatry*, 79(1). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
- Beecher, H.K. (1946). Pain in Men Wounded in Battle. *Ann Surg*, 123(1), 96–105.
- Beecher, H.K. (1955). The powerful placebo. *J Am Med Assoc*, 159(17), 1602–1606. <https://doi.org/10.1001/jama.1955.02960340022006>
- Bonica, J. (1953). The management of pain with analgesic block. I *The management of pain* (s. 166–184). Henry Kimpton.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utgave). Universitetsforlaget.
- Brune, K. (1997). The early history of non-opioid analgesics. *Acute Pain*, 1(1), 33–40. [https://doi.org/10.1016/S1366-0071\(97\)80033-2](https://doi.org/10.1016/S1366-0071(97)80033-2)
- Cannon, W.B. (1927). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. D. Appleton and company.
- Engel, G.L. (1959). Psychogenic pain and pain-prone patient. *The American Journal of Medicine*, 26(6), 899–918. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(59\)90212-8](https://doi.org/10.1016/0002-9343(59)90212-8)
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Mosby.
- Fordyce, W.E., Fowler, R.S. & DeLateur, B. (1968). An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 6(1), 105–107. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(68\)90048-x](https://doi.org/10.1016/0005-7967(68)90048-x)
- Freud, S. (1910). The origin and development of psychoanalysis. By Sigmund Freud, 1910. *Am J Psychol*, 21(2), 181–218.
- Gordon, A. & Ziv, A. (2021) *The Way Out: A Revolutionary, Scientifically Proven Approach to Healing Chronic Pain*. Vermilion.
- Homans, J. (1940). Minor Causalgia: A Hyperesthetic Neurovascular Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 222(21), 870–874. <https://doi.org/10.1056/NEJM19400523222102>
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol*, 44, 1–21. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Main, C.J., Keefe, F.J., Jensen, M.P., Vlaeyen, J.W. & Vowles, K.E. (2015). *Fordyce's behavioral methods for chronic pain and illness: republished with invited commentaries*. Lippincott Williams & Wilkins.
- McDonald, R., Eide, D., Skurtveit, S. & Clausen, T. (2023). Pills and the damage done: the opioid epidemic as man-made crisis. *Front Public Health*, 11, 1241404. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1241404>
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends Neurosciences*, 13(3), 88–92. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(90\)90179-e](https://doi.org/10.1016/0166-2236(90)90179-e)
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain, Suppl 6*, 121–126. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00145-1](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00145-1)
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Pavlov, I. (1927). *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex* (G. Anrep, Trans.). Oxford University Press.
- Rey, R. (1993). *History of pain* (L. Wallace, J.A. Cadden & S.W. Cadden Trans.). Éditions La Découverte.
- Robinson, D.H. & Toledo, A.H. (2012). Historical Development of Modern Anesthesia. *Journal of Investigative Surgery*, 25(3), 141–149. <https://doi.org/10.3109/08941939.2012.690328>
- Rosenstiel, A.K. & Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33–44. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(83\)90125-2](https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90125-2)
- Schore, A.N. (1997). A century after Freud's project: is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand? *J Am Psychoanal Assoc*, 45(3), 807–840. <https://doi.org/10.1177/00030651970450031001>
- Schjødt, B. (2017). Smertepsykologiens historikk. I E.A. Fors & T. Stiles (Red.), *Smertepsykologi* (s. 21–32). Universitetsforlaget.
- Schjødt, B. & Finset, A. (2024). Placebo og nocebo – potente krefter i psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 61(12), 844–854.
- Seligman, M.E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.5>
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *Br Med J*, 1(4667), 1383–1392. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective* (Vol. 1). Guilford Press.
- Vlaeyen, J.W. S. & Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00242-0)
- Wadell, G. (1998). *The back pain revolution* (first ed.). Churchill Livingstone.

OVERSIKTSARTIKKELTIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 12 S. 829-842 DOI: <https://doi.org/10.52734/LSNU7172>

Barndomstraumer og langvarige smerter hos barn, ungdom og unge voksne

Monica Baumann-Larsen^{1,2,3}, Silje Endresen Reme^{4,5}, Synne Øien Stensland^{2,3}

Sammendrag

Mobbing, fysisk vold, seksuelle overgrep, tap av nære, ulykker, katastrofer eller andre potensielt traumatiserende hendelser eller situasjoner i barndommen er forbundet med en rekke helseplager. Nye norske forskningsresultater tyder på at slike barndomstraumer kan føre til at unge utvikler langvarige smerter med hyppig bruk av smertestillende medisiner allerede fra barne- og ungdomsårene. Den høye risikoen for uheldige utviklingsforløp kan tyde på at unge som utvikler smerter etter barndomstraumer, mangler tilgang til tidlige effektive tiltak. Traumeutsatte barn og unge med langvarige smerter og andre ledsagende posttraumatiske reaksjoner kan ha liten nytte av etablert smertebehandling. Kunnskap om risiko, resiliens og sentrale mekanismer for smerteutvikling etter barndomstraumer kan styrke den kliniske håndteringen. Denne oversiktsartikkelen utforsker teoretiske og empiriske perspektiver på hvordan barndomstraumer og relaterte biologiske, psykologiske og sosiale forhold og reaksjoner kan bidra til utvikling av langvarige smerter og bruk av smertestillende medisiner blant barn og unge.

Nøkkelord: barndomstraumer, PTSD, posttraumatisk stress, langvarig smerte, smertestillende medisiner

¹ Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin

² Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Seksjon for traumer, katastrofer og tvungen migrasjon barn og unge

³ Oslo universitetssykehus, Forskning og utvikling Nevrokliviken

⁴ Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt

⁵ Oslo universitetssykehus, Avdeling for smertebehandling

KONTAKT monica.baumann-larsen@medisin.uio.no

MERKNAD Ingen oppgitte interessekonflikter. Reme er styremedlem i Norsk Smerteforening

FAGFELLEVDERT

Bakgrunn

Barn og unge utsatt for potensielt traumatiske hendelser reagerer ofte umiddelbart med kroppslige eller psykiske symptomer eller atferdsendringer. Reaksjonene kan omfatte hodepine, andre smerter, utmatelse, søvnvansker, redsel, tristhet, sinne, utagering eller tilbaketrekning. Hendelsene som kan utløse slike plager, omfatter vold, seksuelle overgrep, mobbing, tap av nære, katastrofer, ulykker og andre svært truede eller grufulle hendelser eller situasjoner (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019). Når barn og unge (0–18 år) utsettes for slike hendelser, omtales dette ofte som *barndomstraumer*.

Tidlig symptom og langvarig plage

For noen vedvarer reaksjonene etter barndomstraumer over tid. Funn fra nyere prospektive studier med ungdom og unge voksne viser en klar sammenheng mellom barndomstraumer og utvikling av langvarige smerter (Baumann-Larsen et al., 2024; Bussi eres et al., 2023; Jones et al., 2009; Nelson et al., 2020; Stensland et al., 2018). Disse funnene samsvarer med tidligere forskning, der man i l opet av de siste ti arene har blitt gradvis mer oppmerksom p a en overhyppighet av langvarige smerter blant personer utsatt for barndomstraumer (Bussi eres et al., 2023). Et flertall av de tidlige studiene p a sammenhengen begrenses av at de er gjennomf ort som tverrsnittsstudier der barndomstraumer er undersøkt retrospektivt, ofte i en studiepopulasjon best ende av voksne med langvarige smerter. At vi n a i prospektive studier og blant unge finner at eksponering for barndomstraumer, b ade enkelthendelser og repeterte hendelser, umiddelbart  ker risiko for vedvarende, hyppig hodepine, inkludert migrene og tensjonshodepine (Stensland et al., 2018), samt andre langvarige smerter og smerter med h oy symptombelastning allerede i ungdomstiden (Baumann-Larsen, Dyb, et al., 2023; Baumann-Larsen, Zwart, et al., 2023; Sonagra et al., 2022; Stensland et al., 2013), er viktig ny kunnskap.

Hva er smerte?

Den internasjonale foreningen for smerteforskning (International Association for the Study of Pain, IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som er forbundet med eller likner opplevelsen forbundet med faktisk eller potensiell vevsskade» (Raja et al., 2020; Treede et al., 2019). Smerte er alts a en subjektiv opplevelse som ikke n odvendigvis er forbundet med vevsskade. Overordnet

defineres *langvarig smerte* som smerte som vedvarer over tre m aneder, eller utover forventet tid for tilheling av underliggende vevsskade (Treede et al., 2019). I siste versjon av det internasjonale diagnostiske klassifikasjonssystemet ICD-11 har man valgt  a gruppere langvarige smerter ut fra hvorvidt den underliggende  rsaken til smertene antas kjent eller ikke (Treede et al., 2019; World Health Organization, 2019). Smerter knyttet til en kjent underliggende  rsak, som for eksempel smerte relatert til kreft, kirurgiske inngrep eller kjent nerveskade, klassifiseres som *sekund er smerte*, mens langvarige smerter som ikke er direkte relatert til kjent underliggende skade eller sykdom, klassifiseres som *langvarig prim er smerte*. Kombinerte tilstander med b ade langvarige prim ere og sekund ere smerter anses   foreligge i de tilfeller der det er en kjent underliggende  rsak til smertene, men symptombelastning, varighet og funksjonstap overg ar det som forventes ut fra vevsskade eller sykdomsaktivitet.

Smerte, kj onn og alder

I denne artikkelen vil vi prim ert presentere kunnskap om barn, ungdom og unge voksnes smerter og mulige traumerelaterte  rsaksmekanismer. Vi bruker betegnelsen ungdom om barn og unge i alderen 10–19  r (World Health Organization, 2023) og unge voksne om unge i alderen 20–35  r (Lachman, 2001).  kt forst aelse av hvilke mekanismer som bidrar til helseplager og resiliens i disse utviklingsstadiene, er avgj orende for   kunne fremme enkeltindividers helse fra ung alder (Viner et al., 2017; World Health Organization, 2023). I et utviklingsperspektiv ser vi en markant  kning av smerter og bruk av smertestillende fra pubertetsalder, etterfulgt av en jevn  kning inn i ung voksen alder (Nahman-Averbuch et al., 2023; Stangeland et al., 2022). Fra puberteten ser man ogs a en kj onnforskjell i forekomst av smerter og psykiske lidelser, der langt flere jenter enn gutter har slike helseplager (Nahman-Averbuch et al., 2023; Sawyer et al., 2012).

Psykisk komorbiditet og funksjonstap

I tillegg til smerteplager  ker barndomstraumer risiko for et bredt spekter av psykiske lidelser med debut i ung alder (Copeland et al., 2018; Stangeland et al., 2024). Psykiske lidelser og smerteplager er ofte komorbide tilstander (Vinall et al., 2016), og komorbiditeten mellom langvarige smerteplager og psykiske lidelser antas   skyldes en kombinasjon av genetiske faktorer og milj ofaktorer (Scaini et al., 2022; Vinall et al., 2016). Barndomstraumer kan v re en viktig underliggende milj ofaktor som bidrar til den hyppige

komorbiditeten mellom smerter og psykiske lidelser (Vinall et al., 2016). Tidlige høye nivåer av smerter og andre somatiske plager etter traumatiske hendelser synes å spille en viktig rolle for vedvarende posttraumatiske psykiske og somatiske reaksjoner blant unge (Stensland et al., 2020). Kliniske studier av barn og voksne med langvarige smerter tyder på at om lag en tredjedel har posttraumatiske stressreaksjoner av klinisk betydning, ofte knyttet til opplevelser av vold, overgrep eller tap av nære (Linnemørken et al., 2020; Noel et al., 2016). Psykisk komorbiditet kan øke risikoen for vedlikehold eller forverring av smerter over tid (Vinall et al., 2016).

Blant unge pasienter med langvarige smerter er barndomstraumer forbundet med høyere symptombelastning og lavere funksjonsnivå (Sonagra et al., 2022). Disse faktorene er forbundet med en økt risiko for at smertene vedvarer inn i voksen alder. Det er også funnet at pasienter utsatt for traumatiske hendelser responderer dårligere på etablert behandling (Tidmarsh et al., 2022), noe som kan medvirke til ugunstige utviklingsforløp med langvarige smerter.

Årsaksmekanismer

Overordnet er utvikling av langvarig smerte knyttet til en rekke biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som kan medføre sårbarhet for, utløse eller vedlikeholde smerter. Årsaksmekanismer for langvarige smerter hos barn og unge kan derfor, på samme måte som for andre ikke-smittsomme sykdommer, best forstås innenfor et biopsykososialt rammeverk, hvor man anerkjenner at et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer kan bidra til debut, opprettholdelse og forverring av smerter over tid (Eccleston et al., 2021; Engel, 1977). Vi vil her oppsummere nåværende kunnskap om mekanismer som virker å være sentrale for sammenhengen mellom barndomstraumer og smerter.

Biologiske faktorer

Opplevelsen av smerte utvikles og endres gjennom barndommen, noe som henger sammen med funksjonell modning av involverte hjernestrukturer. For friske barn vil smerteterskelen stadig øke frem til voksen alder (Eccleston et al., 2021). Vår forståelse av smerte og dens underliggende mekanismer har økt betydelig de siste årene, og vi har fått ny innsikt i hvordan endringer i nervesystemet og smertesignaler kan være en viktig årsak til smertepilager (Treede et al., 2019). Opplevelsen av smerte er ikke knyttet til en enkelt struktur i hjernen. Tvert imot prosesseres smertesignaler gjennom et komplekst nettverk av nevroner i ulike deler av

hjernen og det perifere nervesystemet (Treede et al., 2019). Thalamus, amygdala, prefrontal cortex og anterior cingulate cortex er sentrale strukturer for smertesignaler og prosessering, og signaler fra hjernen kan også fasilitere eller hemme smertesignaler fra perifere nerver.

Forbigående økt smertefølsomhet kan sees i forbindelse med skader eller inflammasjon og er knyttet til strukturelle og funksjonelle endringer i deteksjon, modulering og fortolkning av smertesignaler. Slike endringer reverseres normalt ved tilheling av vevsskade (Eccleston et al., 2021). Nevroplastisitet, altså det sentrale og det perifere nervesystemets evne til å endre seg, er det som gjør dette mulig. Økt smertefølsomhet kan være involvert også i langvarige smerter, og i smerter uten vevsskade, og vi bruker begrepet sensitisering om den økte smertefølsomheten (Fitzcharles et al., 2021). Sentral sensitisering brukes om økt smertefølsomhet som involverer nerveceller i hjernen og ryggmargen, og perifer sensitisering brukes om økt smertefølsomhet i det perifere nervesystemet.

Opplevelser av smerte og stress i barndommen anses å være av betydning for vedvarende sensitisering, som ofte er en del av bildet ved langvarige smertetilstander (Eccleston et al., 2021). Barndomstraumer kan være spesielt potente til å disponere personer for sensitisering, og vi vil her beskrive noen viktige underliggende mekanismer for dette.

Betydningen av stressresponsen

Opplevd alvorlig trussel eller livsfare utløser barnets stressrespons. Stressresponsen medfører en rekke fysiologiske endringer som kan være gunstige på kort sikt, da det mobiliserer ressurser og iverksetter reaksjonsmønstre som er hensiktsmessige i en akutt situasjon. Den nevroendokrine hypothalamus-hypofyse-binyrebark-aksen (HPA-aksen) er sentral i stressresponsen (Sheng et al., 2020). Når HPA-aksen aktiveres, resulterer dette blant annet i produksjon av stresshormoner. Forhøyet nivå av stresshormon vil normalt gi signal om nedregulering av stressresponsen, slik at produksjonen av stresshormoner avtar og stabiliseres på normalt fysiologisk nivå. Ved barndomstraumer kan reell eller opplevd trussel vedvare over tid og føre til forstyrrelser i aktivering og nedregulering av HPA-aksen (Agorastos et al., 2018; Hakamata et al., 2022). Slike forstyrrelser er forbundet med langvarige smerter, og forstyrrelser av HPA-aksen antas å være en av mekanismene som kan forklare en høyere forekomst av langvarige smerter blant personer utsatt for barndomstraumer (Burke et al., 2017; Vinall et al., 2016).

Forstyrrelser i stressresponsen kan påvirke immunsystemet, og barndomstraumer er forbundet med forhøyede nivåer av inflammasjonsmarkører (interleukin-6, tumornekrosefaktor- α og C-reaktivt protein) hos voksne (Chen et al., 2021; Hakamata et al., 2022). Dette proinflammatoriske skiftet er forbundet med økt smertefølsomhet og langvarig smerte (Ji et al., 2018). Forhøyede nivåer av inflammasjonsmarkører sees også ved psykiske lidelser som depresjon og angst (Jarkas et al., 2024; Michopoulos et al., 2017).

Nevrobiologiske endringer

Hjernen er i stor endring gjennom hele barndommen, og den raske utviklingen vedvarer inn i ung voksen alder (Society for Adolescent Health and Medicine, 2017). Nevrale nettverk og forbindelser utvikles kontinuerlig og påvirkes av biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Barndomstraumer kan derfor ha et spesielt stort potensial for å påvirke hjernens struktur og funksjon sammenliknet med traumer senere i livet (Cay et al., 2022).

Barndomstraumer er forbundet med strukturelle endringer i blant annet prefrontal cortex, hippocampus og amygdala (Antoniou et al., 2023; Cay et al., 2022; Cross et al., 2017; Hart & Rubia, 2012). Disse strukturene er viktige for fortolkning av smerteinformasjon og emosjonell respons på smerte, og langvarige smerter er assosiert med endringer i de samme strukturene (Yang & Chang, 2019). Barndomstraumer er også forbundet med endringer i hvordan amygdala, hippocampus og prefrontal cortex aktiveres og interagerer, og slike endringer antas også å medvirke til langvarige smerter (Cay et al., 2022; Vinall et al., 2016).

Regulering av smerte og belønning

Det foregår en kontinuerlig regulering og justering i systemene for smerteopplevelse og belønningsrespons i hjernen. Opioidsystemet, i samspill med dopaminsystemet, spiller en avgjørende rolle i å opprettholde en fysiologisk balanse mellom smerte og smertelindring, samt i belønningsprosesser (Ballantyne & Sullivan, 2017). Endringer i opioidtonus kan disponere individer for langvarig smerte (Borsook et al., 2018), og slike endringer antas å bidra til den økte forekomsten av langvarig smerte blant personer utsatt for barndomstraumer (Burke et al., 2017). Videre er lav dopaminaktivitet knyttet til langvarige smerter, hvor det sees en sammenheng mellom redusert dopaminaktivitet og økt smertesensitivitet (Borsook et al., 2018).

Endringer i det endocannabinoide systemet kan også føre til en økt forekomst av smerte blant unge som har vært utsatt for barndomstraumer. Dette sys-

temet spiller en viktig rolle i reguleringen av smerterespons og kan bli påvirket av stress (Burke et al., 2017).

Samspill med genetiske faktorer

Tvillingstudier peker på genetiske faktorer og miljøfaktorer som viktige for komorbiditet mellom smerter og psykiske lidelser (Khan et al., 2020; Mascheretti et al., 2023; Scaini et al., 2022), og samspill mellom visse genvarianter og miljøfaktorer kan medvirke til en høyere forekomst av smerter blant personer utsatt for barndomstraumer (Vinall et al., 2016). De samme mekanismene kan øke risikoen for psykiske lidelser (Vinall et al., 2016; Warrier et al., 2021). Genetisk sårbarhet for PTSD omfatter gener involvert i prosesser som også anses å være viktige ved utvikling av langvarige smerter (Nievergelt et al., 2024). Eksempler på gener hvor visse genvarianter knyttet til regulering av ekspresjon eller håndtering antas å kunne bidra til økt risiko for langvarige smerter og psykiske lidelser, er gener som påvirker nivået av BDNF (brain derived neurotrophic factor) og serotonin (Vinall et al., 2016).

Epigenetiske endringer, altså endringer som påvirker hvordan gener uttrykkes, er trolig en viktig mekanisme for samspillet mellom stress og gener (Cecil et al., 2020). Slike endringer antas å være sentrale for å forklare ugunstige helseutfall etter barndomstraumer, blant annet gjennom dysregulering av HPA-aksen (Cecil et al., 2020; Nie et al., 2022; Parade et al., 2021).

Psykologiske faktorer

Unge med erfarte barndomstraumer er spesielt utsatt for smerter med psykisk komorbiditet (Baumann-Larsen, Zwart, et al., 2023). Langvarige stressrelaterte forstyrrelser som beskrevet over kan forklare den økte risikoen for psykiske plager blant unge utsatt for barndomstraumer (Hakamata et al., 2022; Jarkas et al., 2024; Michopoulos et al., 2017). Psykisk komorbiditet generelt og posttraumatiske stressreaksjoner spesielt kan også påvirke utviklingsforløpet for smerteplagene, og det er funnet at slik komorbiditet er forbundet med høyere symptombelastning (Ando et al., 2013), lavere funksjonsnivå (Fichtel & Larsson, 2002) og et utviklingsforløp med vedvarende smerter (Neupane et al., 2020; Soltani et al., 2019). Posttraumatiske stressreaksjoner omfatter *gjenopplevelse* av hendelsene i form av tilbakevendende vonde minner eller mareritt, *unngåelse* av påminnere, *negative endringer i følelser og tanker*, i tillegg til de traumerelaterte endringene i *fysiologisk alarmberedskap og aktivering* beskrevet over, som ofte kommer til uttrykk i form

av forstyrret søvn, oppmerksomhet, konsentrasjon og hukommelse, og som vedvarer over fire til seks uker etter hendelsen (American Psychiatric Association, 2013).

Gjensidig vedlikeholdelse

En av mekanismene som antas å forklare den hyppige observerte komorbiditeten mellom smerter og psykiske lidelser, er gjensidig vedlikeholdelse (Soltani et al., 2019; Vinall et al., 2016). Ettersom barndomsstraumer øker risikoen for en rekke psykiske lidelser, inkludert angst, depresjon og PTSD, som er observert å ofte være komorbide til langvarige smerter, kan denne mekanismen være relevant for mange traumeutsatte unge med langvarige smerter. Relevante psykologiske faktorer som kan forverre smertene, er frykt og unngåelsesatferd, som bidrar til å forsterke smerteintensitet og funksjonstap (Soltani et al., 2019; Vinall et al., 2016). Smerte kan også i seg selv utløse frykt, katastrofetanker og håpløshet, og på den måten øke den psykologiske symptombelastningen (Vinall et al., 2016), som igjen kan forverre smerteplagene.

Det er stort overlapp mellom symptomer forbundet med posttraumatisk stress og symptomer som anses å kunne vedlikeholde og forverre smerter, og det er utviklet en modell for å vurdere gjensidig vedlikeholdelse som medvirkende årsak til forverring av langvarige smerter og symptomer på posttraumatisk stress hos unge utsatt for barndomstraumer (Holley et al., 2016).

Katastrofetanker og unngåelsesatferd

Et vanlig symptom på posttraumatisk stress er økt fokus på potensielle trusler, altså en form for oppmerksomhetsbias rettet mot potensielt truende stimuli (Ehlers & Clark, 2000). For individer med både posttraumatiske stresssymptomer og langvarige smerter kan dette medføre økt oppmerksomhet rettet mot smertene (Asmundson & Katz, 2009; Holley et al., 2016). Økt oppmerksomhet på smerter og fortolkning av smerte som en trussel kan gi økt risiko for et annet symptom som er forbundet med forverring av smerter, nemlig frykt og katastrofetanker som respons på smertene. Katastrofetanker som respons på smerter, er funnet å være økt blant unge med posttraumatiske stresssymptomer (Janssen et al., 2022), og slike tanker er igjen forbundet med atferdsmønstre preget av unngåelse.

Unngåelse av stimuli som minner om den traumatiske hendelsen, er et sentralt symptom ved posttraumatisk stress. Det gjør at man unngår situasjoner, tanker og følelser som minner om den traumatiske hendelsen (Ehlers & Clark, 2000). Unngåelsesatferd i relasjon til smerter kan føre til at en unngår akti-

viteter og situasjoner som fremprovoserer smertene. Dette atferdsmønsteret er forbundet med forverring av smerter (Delgado-Sanchez et al., 2023). Hyppig bruk av smertestillende medisiner kan også betraktes som en form for unngåelsesatferd, ettersom det gir umiddelbar symptomlindring, men ikke påvirker mekanismer som vedlikeholder smerte og funksjonstap (Asmundson et al., 2012).

Sosiale faktorer

Sosiale faktorer kan beskytte mot eller disponere for smerteplager. En lavere sosioøkonomisk status er forbundet både med mer smerteplager og forhøyet risiko for å oppleve en traumatisk hendelse (Battaglia et al., 2020; Hatch & Dohrenwend, 2007). Årsaksammenhengene for disse observasjonene er ikke fullstendig kartlagt, men den økte forekomsten av barndomstraumer blant individer med en lavere sosioøkonomisk status kan potensielt forklare den høyere forekomsten av smerteplager i denne gruppen (Tidmarsh et al., 2022).

Foreldre og familie

Visse familiefaktorer er forbundet med økt risiko for langvarige smerter hos barn (Vinall et al., 2016). Barn fra familier med et høyere konfliktnivå og lavere samhold har økt risiko for langvarige smerter (Skrove et al., 2015). Opplevelse av støtte og høy deltakelse fra foreldre er forbundet med lavere risiko for langvarige smerter hos unge (Asmundson et al., 2012). Det er holdepunkter for at beskyttende foreldrefaktorer kan være lavere på gruppenivå blant personer med lavere sosioøkonomisk status, og at slike familiefaktorer kan være noe av forklaringen på sosiale ulikheter i helse generelt (Hoffmann et al., 2022). Dette kan være tilfellet også for smertetilstander etter barndomstraumer.

Posttraumatisk stress hos foreldre er forbundet med dårligere respons på konvensjonell smertebehandling hos barn, og posttraumatisk stress er vanligere blant foreldre til barn med langvarig smerte enn hos foreldre til barn uten slike helseplager (Noel et al., 2016). Dette kan tyde på at både barn og foreldres traumatiske erfaringer og komorbiditetsprofil kan påvirke barns risiko for å utvikle vedvarende smerteplager etter traumatiske hendelser.

Sosiale fellesskap og utdanning

For barn og unge er det å bygge relasjoner til andre en sentral utviklingsoppgave. Barndomstraumer kan disponere for vansker med å etablere gode relasjoner (Menon & Neumann, 2023), med tap av tilgang til omsorg og støtte som konsekvens. Symptomer på traumatisk stress kan gjøre det vanskelig å delta i sosi-

ale fellesskap gjennom skole og fritid og etter hvert studier og arbeidsliv. Barn og unge med helseplager etter traumatiske hendelser har økt risiko for frafall fra skole sammenliknet med utsatte unge uten slike tilleggsbelastninger (Strøm et al., 2023). Tiltak for å sikre unge utsatte med helseplager tilgang til utdanning kan være av stor betydning. Tidligere studier indikerer at et flertall av unge traumeutsatte som får mulighet til å forbli i skolesystemet, klarer seg bra over tid (Strøm et al., 2016).

Ensomhet og den sosiale smerten ensomhet medfører, er funnet å henge tett sammen med økt kroppslig smerte blant unge og voksne utsatt for barndomstraumer (Eisenberger, 2012; Stensland et al., 2014). Gode relasjoner basert på trygghet og tillit kan være en viktig kilde til sosial støtte, som er assosiert med gunstigere utviklingsforløp for smerter (Franqueiro et al., 2023). Unge utsatt for traumatiske hendelser kan ha redusert tilgang til denne beskyttende faktoren.

Tilgang til behandling

Sosiale faktorer kan tenkes å påvirke behandlingsvalg og -muligheter ved smertetilstander. Smertestillende legemidler er rimelige og lett tilgjengelig for de aller fleste. Andre behandlingsformer kan være mer krevende å delta i, blant annet i form av individuelle, administrative og materielle ressurser. En lavere sosioøkonomisk status er i seg selv en risikofaktor for stress for familier (Bøe et al., 2018), og et barns smerteplager kan være en ytterligere belastning for familien (Sieberg & Manganella, 2015). Det kan oppleves krevende å skulle administrere et behandlingsforløp med samtalebehandling eller fysioterapi, og kravet til ressurser kan overstige familiens kapasitet, både økonomisk og praktisk.

Generelt er sosioøkonomiske forhold, barndomstraumer og relaterte somatiske og psykologiske helseutfall tett sammenvevde. Det er argumenter for at helseutfall relatert til barndomstraumer i størst mulig grad betraktes i en større sosial kontekst, ettersom den helhetlige konteksten er viktig for stressrespons og langsiktige helseutfall (Lopez et al., 2021).

Diskusjon

Den samlede litteraturgjennomgangen gir solid støtte for at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer øker risikoen for tidlige smerteplager hos unge etter barndomstraumer. Mange av mekanismene som bidrar til å øke risikoen for smerter, kan også øke risikoen for psykiske lidelser, og unge som har opplevd barndomstraumer, kan være spesielt utsatt

for smerter med psykisk komorbiditet, også utover posttraumatiske stresssymptomer og PTSD (Cay et al., 2022).

Posttraumatiske stressreaksjoner blant barn og unge omfatter psykiske, somatiske og atferdsmessige reaksjoner. Disse kan grupperes i de traumespesifikke symptomkriteriene gjenopplevelse og unngåelse, samt endret fysiologisk reaktivitet, som søvnmvansker, konsentrasjonsvansker, økt skvettenhet eller vaksomhet. Mange barn og unge som opplever traumer, utvikler også negative tanker og følelser om seg selv, sin relasjon til andre og verden for øvrig, i form av følelse av å være verdiløs, avskåret fra andre, skam, skyld eller sinne. I ICD-11 knyttes slike posttraumatiske endringer i tanker og følelser til diagnosen kompleks PTSD (World Health Organization, 2019), mens i DSM-5 er denne symptomgruppen integrert som ett av fire symptomkriterier i diagnosen PTSD (American Psychiatric Association, 2013). Da symptomgruppen ble tatt inn i de diagnostiske kriteriene, var det en utbredt oppfatning at den var særlig forbundet med erfarte utviklingstraumer, inkludert vedvarende interpersonlig vold i nære relasjoner, og at utviklingstraumer også er spesielt sterkt assosiert med risiko for utvikling av både langvarige smerter og andre kroppslige helseplager (Cruz et al., 2022; Gregorowski & Seedat, 2013). Resultater fra forskningsstudier etter enkelt hendelser som terrorangrep viser imidlertid at også unge utsatt for ekstreme enkelthendelser synes å ha betydelig økt risiko for å utvikle både negative endringer i tanker og følelser og langvarige smerter og andre kroppslige helseplager (Stensland et al., 2018; Undset et al., 2024). Dette indikerer at mekanismene som er beskrevet for sammenhengen mellom traumatiske hendelser og smerte, har generell relevans for personer utsatt for barndomstraumer.

Smerte med psykisk komorbiditet er forbundet med dårligere respons både på konvensjonell smertebehandling og på avanserte multidisiplinære tilnærminger hos barn og unge sammenliknet med smerter uten psykisk komorbiditet (Johnston & Huckins, 2023; Tidmarsh et al., 2022; Vinall et al., 2016). Psykologiske faktorer kan også være relevante for valg av behandlingsform og mulighet for etterlevelse og oppfølging av ulike behandlingsløp (Baweja et al., 2022; Tidmarsh et al., 2022). Dårligere respons på behandling kan disponere for ugunstige forløp med langvarige smerteplager. Dette understreker viktigheten av å identifisere barndomstraumer som mulig underliggende årsak til langvarige smerter, og å avdekke eventuell psykisk komorbiditet når unge søker hjelp for vedvarende smerteplager.

Dagens anbefalinger for håndtering av langvarige smerter hos barn og unge generelt er at de og deres familier møtes med en multidisiplinær tilnærming rettet mot biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som bidrar til smertetilstanden (World Health Organization, 2020). Smertestillende legemidler kan inngå, men smertestillende medisiner skal som hovedregel ikke gis i fravær av andre behandlingstiltak. Det finnes lite forskning på bruk av vanlige smertestillende medisiner i behandling av langvarige smerter hos barn og unge (Cooper, Fisher, Anderson, et al., 2017; Cooper, Fisher, Gray, et al., 2017; Eccleston et al., 2017; Eccleston et al., 2019; Fisher et al., 2022), men det er liten grunn til å forvente store effekter basert på forskningen på voksne (Cashin et al., 2023; Dowell et al., 2022).

Unge med komorbid smerte og psykisk lidelse har forhøyet risiko for hyppig bruk av smertestillende legemidler, inkludert opioider (Battaglia et al., 2020; Battaglia et al., 2023; Fichtel & Larsson, 2002). Barndomstraumer kan være en underliggende risikofaktor for denne observerte forhøyede risikoen, og ungdom og unge voksne som har opplevd barndomstraumer, bruker mer reseptfrie smertestillende medisiner enn jevnaldrende uten slike erfaringer (Baumann-Larsen, Dyb, et al., 2023; Baumann-Larsen, Zwart, et al., 2023). De får også mer smertestillende på resept, inkludert opioider (Baumann-Larsen et al., 2024). Langvarige smerter og psykiske plager i ungdomstiden er relatert til den hyppige bruken av smertestillende både i ungdomstiden og i ung voksen alder.

Å motta flere resepter på smertestillende medisiner som ungdom er en risikomarkør for senere langvarig bruk og misbruk av opioider (Lambarth et al., 2023). Opioidresepter i ungdomstiden er spesielt sterkt forbundet med senere langvarig bruk og misbruk av opioider (Miech et al., 2015), også når disse gis kortvarig (Harbaugh et al., 2018; Kelley-Quon et al., 2021). Risikoen for at bruk av opioider utvikler seg til misbruk, er spesielt høy blant personer som har opplevd barndomstraumer (Rogers et al., 2023; Santo et al., 2022; Williams et al., 2020). Den observerte hyppige bruken av reseptfrie og reseptbelagte smertestillende, inkludert opioider, blant unge utsatt for barndomstraumer kan derfor representere en risiko for senere ugunstige helseutfall forbundet med langvarig bruk og misbruk av opioider.

Den hyppige bruken av smertestillende medisiner som vedvarer fra ungdomstid og inn i voksen alder, kan være et signal om at traumeutsatte unge med smerter i dag ikke mottar effektiv behandling for sine smerteplager. Nyere forskning gir likevel håp om at vi kan tilby denne gruppen mer effektiv behand-

ling i fremtiden. Strukturelle og funksjonelle nevrobiologiske endringer som antas å medvirke til å forklare sammenhengen mellom barndomstraumer og langvarige smerter, kan være reversible, og målrettet behandling av posttraumatisk stress hos barn har vist seg å ha en effekt på relevante strukturer og funksjonalitet (Garrett et al., 2019; Garrett et al., 2021; González-Alemañy et al., 2024; Munguia et al., 2024). Smertebehandling er også vist å ha en reverserende effekt på funksjonelle endringer som er assosiert med langvarige smerter hos voksne (Becerra et al., 2014; Flodin et al., 2015; Zhang et al., 2024). Studier på voksne viser at behandlingsformer for PTSD, som kognitiv atferdsterapi og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), kan ha positiv effekt både på langvarige smerter og PTSD (Ma et al., 2024).

Kunnskap om underliggende mekanismer kan være utgangspunkt for målrettet smertebehandling til unge utsatt for barndomstraumer. Søvnforstyrrelser er funnet å være viktige for sammenhengen mellom PTSD og smerte (Noel et al., 2018; Pavlova et al., 2020), og en av mekanismene som forklarer sammenhengen, kan være en økning av psykiske symptomer som angst og endret stemningsleie (Pavlova et al., 2017). Traumatiske hendelser og PTSD er assosiert med smertetilstander der utmattelse utgjør en vesentlig del av symptom bildet (Gasperi et al., 2021). Søvnforstyrrelser og utmattelse kan representere en stor tilleggsbelastning og medvirke til å vedlikeholde smerter (Duo et al., 2023; Yoon et al., 2019). På bakgrunn av dette kan behandlingstiltak rettet mot søvnforstyrrelser og utmattelse tenkes å være spesielt nyttige ved håndtering av langvarige smerter blant unge utsatt for barndomstraumer. Søvnforstyrrelser som del av symptom bildet ved posttraumatisk stress bør håndteres som del av traumebehandlingen (Colvonen et al., 2018). Effektiv søvnbehandling kan ha stor effekt også på andre posttraumatiske symptomer (Lumley et al., 2022), og kan utgjøre et viktig supplement til annen traumebehandling.

Både posttraumatiske stressreaksjoner og vedvarende smerter med funksjonstap kan redusere barn og unges mulighet til å etablere gode relasjoner og delta i sosiale fellesskap. Trygge, gode og stabile relasjoner og miljø reduserer nevroendokrine, immunologiske, metabolske og genetiske markører for toksisk stress og bedrer helsen (Nelson & Cunningham, 2020). Sosiale faktorer kan derfor være sentrale i behandlingen av både langvarige smerter og andre posttraumatiske reaksjoner. Familie, skole og fritidsaktiviteter er sentrale arenaer hvor man bør sette inn tiltak for å sikre støtte og mulighet for deltakelse i inkluderende fellesskap.

Implikasjoner

Kunnskapen vi nå har om sammenhengen mellom barndomstraumer og smerter i ung alder, samt risikoen for psykisk komorbiditet og hyppig bruk av smertestillende, bør ha implikasjoner for hvordan vi håndterer langvarige smerter hos unge. Vi ser av reseptene de får, at mange unge utsatt for barndomstraumer er i kontakt med helsevesenet for hjelp med smerter allerede som ungdommer. Vi ser også at de allerede da har smerteplager og psykiske plager som er viktige for den hyppige bruken av smertestillende både i ungdomstiden og i ung voksen alder. Dette indikerer at det kan være mulig å fange opp denne sårbare gruppen med forhøyet risiko for ugunstige utviklingsforløp allerede som ungdommer. Mekanismene som er beskrevet i denne artikkelen, tilsier at barndomstraumer er en generell risikofaktor for smertetilstander, men det er behov for mer forskning på hvordan barndomstraumer påvirker smertetilstander hos de yngste barna.

Vi har lite kunnskap om viktigheten av sosiale faktorer, som tilgang til omsorg, fritidsaktiviteter, deltakelse i idrett og tilgang til andre sosiale fellesskap for sammenhengen mellom barndomstraumer og smerte. Vi vet også lite om betydningen av ulike mestringsstrategier for sammenhengen mellom barndomstraumer og senere bruk av smertestillende, og hvorvidt strukturelle faktorer som tilgang til helsetjenester har noe å si for sammenhengen mellom barndomstraumer og smerter. Forskning på slike faktorer kan bedre vår forståelse av mekanismer for risiko og resiliens. Dermed kan vi utvikle forebyggende tiltak overfor barn og unge som kan hindre at de får langvarige smerter og andre posttraumatiske helseplager.

Generelt mangler det studier på behandling av langvarige smerter med psykisk komorbiditet blant unge (World Health Organization, 2020), og vi trenger mer forskning på hvordan vi best kan behandle langvarige smerter hos ungdom og unge voksne utsatt for barndomstraumer. Forskning på voksne indikerer at det finnes behandlingsformer som kan ha effekt både på psykologiske symptomer etter traumatiske hendelser og langvarige smerter, eksempler er EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) og kognitiv atferdsterapi (Ma et al., 2024). Også ACT (Acceptance and Commitment Therapy) har vist seg å ha effekt både på psykiske symptomer og langvarige smerter (Martinez-Calderon et al., 2024). Fokus på tolkning av kroppslige signaler, interosepsjon, er en ny, lovende behandlingsstrategi overfor voksne (Ashar et al., 2022), som i lys av teorien om gjensidig vedlikeholdelse kan tenkes å ha relevans for smer-

tebehandling hos personer utsatt for barndomstraumer.

Et første steg for å kunne tilby målrettet behandling er at vi fanger opp de individene som potensielt kan ha utbytte av den. Vi i helsevesenet bør være oppmerksomme på barndomstraumer som risikofaktor for smerteplager hos unge. Barn og unge bør møtes av behandlere som har kunnskap om barndomstraumer som risikofaktor for langvarige smerter. Det er naturlig at det spørres spesifikt om barndomstraumer når barn og unge oppsøker hjelp for vedvarende eller tilbakevendende smerteplager. En slik tilnærming kan representere en viktig mulighet for barn og unge til å fortelle hva de har vært utsatt for. Mange venter lenge før de forteller om barndomstraumer, og unnlater å søke hjelp for psykososiale plager, til tross for stort behov. Kunnskap hos helsepersonell om sammenhengen mellom barndomstraumer og smerte, og om at det kliniske bildet ofte omfatter psykisk komorbiditet og hyppig bruk av smertestillende, kan være nyttig også i tilfeller der barn og unge ikke er i stand til å sette ord på sine traumatiske erfaringer.

Ettersom psykiske lidelser og langvarige smerter etter barndomstraumer opprettholdes av de samme underliggende mekanismene, vil det antakelig være fordelaktig at pasienter som trenger behandling for begge symptomgrupper, mottar integrert behandling rettet både mot PTSD, andre psykiske lidelser og smerter. Med tanke på den forhøyede risikoen for ugunstige utviklingsforløp med langvarige smerter, psykiske plager og hyppig bruk av smertestillende medisiner kan man også argumentere for at det er spesielt viktig at symptombelastning og medisinbruk monitoreres tett i denne gruppen.

Kunnskap om økt forekomst av smerter og risiko for hyppig bruk av smertestillende hos unge som har opplevd barndomstraumer, har relevans også utenfor helsevesenet. Denne innsikten kan være verdifull for alle voksne som har en rolle i barnas liv, inkludert lærere, trenere og foreldre. Dersom disse voksne kjenner til at fysiske symptomer som langvarig smerte eller høyt forbruk av smertestillende kan ha mange årsaker, inkludert barndomstraumer, kan de snakke med barn og ungdom for å finne ut hva som ligger bak og om de trenger hjelp og støtte for å håndtere smerten. En slik åpen tilnærming kan bidra til å avdekke underliggende barndomstraumer på et tidlig tidspunkt, så unge kan få tilgang til nødvendig hjelp og behandling, i stedet for at smertene betraktes som uforklarlige. Voksne utenfor helsevesenet kan på denne måten spille en vesentlig rolle for at unge i risiko fanges opp, og med dette bidra til å bryte en syklus av smerter og hyppig bruk av smertestillende. ❌

Referanser

- Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G.P. & Kolaitis, G. (2018). Early life stress and trauma: developmental neuroendocrine aspects of prolonged stress system dysregulation. *Hormones (Athens)*, 17(4), 507-520. <https://doi.org/10.1007/s42000-018-0065-x>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ando, S., Yamasaki, S., Shimodera, S., Sasaki, T., Oshima, N., Furukawa, T.A., Asukai, N., Kasai, K., Mino, Y., Inoue, S., Okazaki, Y. & Nishida, A. (2013). A greater number of somatic pain sites is associated with poor mental health in adolescents: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 13, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-30>
- Antoniou, G., Lambourg, E., Steele, J.D. & Colvin, L.A. (2023). The effect of adverse childhood experiences on chronic pain and major depression in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth*, 130(6), 729-746. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.03.008>
- Ashar, Y.K., Gordon, A., Schubiner, H., Uipi, C., Knight, K., Anderson, Z., Carlisle, J., Polisky, L., Geuter, S., Flood, T.F., Kragel, P.A., Dimidjian, S., Lumley, M.A. & Wager, T.D. (2022). Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(1), 13-23. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
- Asmundson, G.J. & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depress Anxiety*, 26(10), 888-901. <https://doi.org/10.1002/da.20600>
- Asmundson, G.J., Noel, M., Petter, M. & Parkerson, H.A. (2012). Pediatric fear-avoidance model of chronic pain: foundation, application and future directions. *Pain Res Manag*, 17(6), 397-405. <https://doi.org/10.1155/2012/908061>
- Ballantyne, J.C. & Sullivan, M.D. (2017). Discovery of endogenous opioid systems: what it has meant for the clinician's understanding of pain and its treatment. *Pain*, 158(12), 2290-2300. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001043>
- Battaglia, M., Garon-Carrier, G., Brendgen, M., Feng, B., Dionne, G., Vitaro, F., Tremblay, R.E. & Boivin, M. (2020). Trajectories of pain and anxiety in a longitudinal cohort of adolescent twins. *Depress Anxiety*, 37(5), 475-484. <https://doi.org/10.1002/da.22992>
- Battaglia, M., Groenewald, C.B., Campbell, F., Scaini, S., De Koninck, Y., Stinson, J. & Quinn, P.D. (2023). We need to talk: The urgent conversation on chronic pain, mental health, prescribing patterns and the opioid crisis. *J Psychopharmacol*, 37(5), 437-448. <https://doi.org/10.1177/02698811221144635>
- Baumann-Larsen, M., Dyb, G., Wentzel-Larsen, T., Zwart, J.A., Storheim, K. & Stensland, S. (2023). Exposure to traumatic events and use of over-the-counter analgesics in adolescents: cross-sectional findings from the Young-HUNT study. *BMJ Open*, 13(3), e066058. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066058>
- Baumann-Larsen, M., Storheim, K., Stangeland, H., Zwart, J.A., Wentzel-Larsen, T., Skurtveit, S., Dyb, G. & Stensland, S. (2024). Childhood trauma and the use of opioids and other prescription analgesics in adolescence and young adulthood: The HUNT Study. *Pain*, 165(6), 1317-1326. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003131>
- Baumann-Larsen, M., Zwart, J.A., Dyb, G., Wentzel-Larsen, T., Stangeland, H., Storheim, K. & Stensland, S. (2023). Killing pain? A prospective population-based study on trauma exposure in childhood as predictor for frequent use of over-the-counter analgesics in young adulthood. The HUNT study. *Psychiatry Res*, 327, 115400. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115400>
- Baweja, R., Arshad, S.H., Samsel, C. & Friedberg, R.D. (2022). Chronic Pain and Its Impact on Child Mental Health: Management Challenges and Clinical Guidance for Child and Adolescent Psychiatrists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 61(12), 1411-1414. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.04.008>
- Becerra, L., Sava, S., Simons, L.E., Drosos, A.M., Sethna, N., Berde, C., Lebel, A.A. & Borsook, D. (2014). Intrinsic brain networks normalize with treatment in pediatric complex regional pain syndrome. *Neuroimage Clin*, 6, 347-369. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.07.012>
- Borsook, D., Youssef, A.M., Simons, L., Elman, I. & Eccleston, C. (2018). When pain gets stuck: the evolution of pain chronicification and treatment resistance. *Pain*, 159(12), 2421-2436. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001401>
- Burke, N.N., Finn, D.P., McGuire, B.E. & Roche, M. (2017). Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: Clinical and preclinical evidence and neurobiological mechanisms. *J Neurosci Res*, 95(6), 1257-1270. <https://doi.org/10.1002/jnr.23802>
- Bussi eres, A., Hancock, M.J., Elklit, A., Ferreira, M.L., Ferreira, P.H., Stone, L.S., Wideman, T.H., Boruff, J.T., Al Zoubi, F., Chaudhry, F., Tolentino, R. & Hartvigsen, J. (2023). Adverse childhood experience is associated with an increased risk of reporting chronic pain in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 14(2), 2284025. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2284025>
- B oe, T., Serlachius, A.S., Sivertsen, B., Petrie, K.J. & Hysing, M. (2018). Cumulative effects of negative life events and family stress on children's mental health: the Bergen Child Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(1), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1451-4>
- Cashin, A.G., Wand, B.M., O'Connell, N.E., Lee, H., Rizzo, R.R., Bagg, M.K., O'Hagan, E., Maher, C.G., Furlan, A.D., van Tulder, M.W. & McAuley, J.H. (2023). Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), Cd013815. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013815.pub2>
- Cay, M., Gonzalez-Heydrich, J., Teicher, M.H., van der Heijden, H., Ongur, D., Shinn, A.K. & Upadhyay, J. (2022). Childhood maltreatment and its role in the development of pain and psychopathology. *Lancet Child Adolesc Health*, 6(3), 195-206. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(21\)00339-4](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00339-4)

- Cecil, C.A. M., Zhang, Y. & Nolte, T. (2020). Childhood maltreatment and DNA methylation: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*, *112*, 392-409. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.02.019>
- Chen, M.A., LeRoy, A.S., Majd, M., Chen, J.Y., Brown, R.L., Christian, L.M. & Fagundes, C.P. (2021). Immune and Epigenetic Pathways Linking Childhood Adversity and Health Across the Lifespan. *Front Psychol*, *12*, 788351. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.788351>
- Colvonen, P.J., Straus, L.D., Stepnowsky, C., McCarthy, M.J., Goldstein, L.A. & Norman, S.B. (2018). Recent Advancements in Treating Sleep Disorders in Co-Occurring PTSD. *Curr Psychiatry Rep*, *20*(7), 48. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0916-9>
- Cooper, T.E., Fisher, E., Anderson, B., Wilkinson, N.M., Williams, D.G. & Eccleston, C. (2017). Paracetamol (acetaminophen) for chronic non-cancer pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, *8*(8), Cd012539. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012539.pub2>
- Cooper, T.E., Fisher, E., Gray, A.L., Krane, E., Sethna, N., van Tilburg, M.A., Zernikow, B. & Wiffen, P.J. (2017). Opioids for chronic non-cancer pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, *7*(7), Cd012538. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012538.pub2>
- Copeland, W.E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R.F., Aberg, K.A., Fairbank, J.A., van den Oord, E. & Costello, E.J. (2018). Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. *JAMA Netw Open*, *1*(7), e184493. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>
- Cross, D., Fani, N., Powers, A. & Bradley, B. (2017). Neurobiological Development in the Context of Childhood Trauma. *Clin Psychol (New York)*, *24*(2), 111-124. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12198>
- Cruz, D., Lichten, M., Berg, K. & George, P. (2022). Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment. *Front Psychiatry*, *13*, 800687. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.800687>
- Delgado-Sanchez, A., Brown, C., Sivan, M., Talmi, D., Charalambous, C. & Jones, A.K. P. (2023). Are We Any Closer to Understanding How Chronic Pain Develops? A Systematic Search and Critical Narrative Review of Existing Chronic Pain Vulnerability Models. *J Pain Res*, *16*, 3145-3166. <https://doi.org/10.2147/jpr.S411628>
- Dowell, D., Ragan, K.R., Jones, C.M., Baldwin, G.T. & Chou, R. (2022). CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*, *71*(3), 1-95. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>
- Duo, L., Yu, X., Hu, R., Duan, X., Zhou, J. & Wang, K. (2023). Sleep disorders in chronic pain and its neurochemical mechanisms: a narrative review. *Front Psychiatry*, *14*, 1157790. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1157790>
- Eccleston, C., Cooper, T.E., Fisher, E., Anderson, B. & Wilkinson, N.M. (2017). Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for chronic non-cancer pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, *8*(8), Cd012537. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012537.pub2>
- Eccleston, C., Fisher, E., Cooper, T.E., Grégoire, M.C., Heathcote, L.C., Krane, E., Lord, S.M., Sethna, N.F., Anderson, A.K., Anderson, B., Clinch, J., Gray, A.L., Gold, J.I., Howard, R.F., Ljungman, G., Moore, R.A., Schechter, N., Wiffen, P.J., Wilkinson, N.M. R., . . . Zernikow, B. (2019). Pharmacological interventions for chronic pain in children: an overview of systematic reviews. *Pain*, *160*(8), 1698-1707. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001609>
- Eccleston, C., Fisher, E., Howard, R.F., Slater, R., Forgeron, P., Palermo, T.M., Birnie, K.A., Anderson, B.J., Chambers, C.T., Crombez, G., Ljungman, G., Jordan, I., Jordan, Z., Roberts, C., Schechter, N., Sieberg, C.B., Tibboel, D., Walker, S.M., Wilkinson, D. & Wood, C. (2021). Delivering transformative action in paediatric pain: a Lancet Child & Adolescent Health Commission. *Lancet Child Adolesc Health*, *5*(1), 47-87. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(20\)30277-7](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(20)30277-7)
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, *38*(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Eisenberger, N.I. (2012). The neural bases of social pain: evidence for shared representations with physical pain. *Psychosom Med*, *74*(2), 126-135. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182464dd1>
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fichtel, A. & Larsson, B. (2002). Psychosocial impact of headache and comorbidity with other pains among Swedish school adolescents. *Headache*, *42*(8), 766-775. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2002.02178.x>
- Fisher, E., Villanueva, G., Henschke, N., Nevitt, S.J., Zempsky, W., Probyn, K., Buckley, B., Cooper, T.E., Sethna, N. & Eccleston, C. (2022). Efficacy and safety of pharmacological, physical, and psychological interventions for the management of chronic pain in children: a WHO systematic review and meta-analysis. *Pain*, *163*(1), e1-e19. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002297>
- Fitzcharles, M.A., Cohen, S.P., Clauw, D.J., Littlejohn, G., Usui, C. & Häuser, W. (2021). Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*, *397*(10289), 2098-2110. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00392-5)
- Flodin, P., Martinsen, S., Mannerkorpi, K., Löfgren, M., Bileviciute-Ljungar, I., Kosek, E. & Fransson, P. (2015). Normalization of aberrant resting state functional connectivity in fibromyalgia patients following a three month physical exercise therapy. *Neuroimage Clin*, *9*, 134-139. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.08.004>
- Franqueiro, A.R., Yoon, J., Crago, M.A., Curiel, M. & Wilson, J.M. (2023). The Interconnection Between Social Support and Emotional Distress Among Individuals with Chronic Pain: A Narrative Review. *Psychol Res Behav Manag*, *16*, 4389-4399. <https://doi.org/10.2147/prbm.S410606>

- Garrett, A., Cohen, J.A., Zack, S., Carrion, V., Jo, B., Blader, J., Rodriguez, A., Vanasse, T.J., Reiss, A.L. & Agras, W.S. (2019). Longitudinal changes in brain function associated with symptom improvement in youth with PTSD. *J Psychiatr Res*, *114*, 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.021>
- Garrett, A.S., Abazid, L., Cohen, J.A., van der Kooij, A., Carrion, V., Zhang, W., Jo, B., Franklin, C., Blader, J., Zack, S., Reiss, A.L. & Agras, W.S. (2021). Changes in Brain Volume Associated with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Youth with Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*, *34*(4), 744-756. <https://doi.org/10.1002/jts.22678>
- Gaspero, M., Panizzon, M., Goldberg, J., Buchwald, D. & Afari, N. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and Chronic Pain Conditions in Men: A Twin Study. *Psychosom Med*, *83*(2), 109-117. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000899>
- González-Alemañ, E., Ostrosky, F., Lozano, A., Lujan, A., Perez, M., Castañeda, D., Diaz, K., Lara, R., Sacristan, E. & Bobes, M.A. (2024). Brain structural change associated with Cognitive Behavioral Therapy in maltreated children. *Brain Res*, *1825*, 148702. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2023.148702>
- Gregorowski, C. & Seedat, S. (2013). Addressing childhood trauma in a developmental context. *J Child Adolesc Ment Health*, *25*(2), 105-118. <https://doi.org/10.2989/17280583.2013.795154>
- Hakamata, Y., Suzuki, Y., Kobashikawa, H. & Hori, H. (2022). Neurobiology of early life adversity: A systematic review of meta-analyses towards an integrative account of its neurobiological trajectories to mental disorders. *Front Neuroendocrinol*, *100994*. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2022.100994>
- Harbaugh, C.M., Lee, J.S., Hu, H.M., McCabe, S.E., Voepel-Lewis, T., Englesbe, M.J., Brummett, C.M. & Waljee, J.F. (2018). Persistent Opioid Use Among Pediatric Patients After Surgery. *Pediatrics*, *141*(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2439>
- Hart, H. & Rubia, K. (2012). Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Front Hum Neurosci*, *6*, 52. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00052>
- Hatch, S.L. & Dohrenwend, B.P. (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: a review of the research. *Am J Community Psychol*, *40*(3-4), 313-332. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9134-z>
- Hoffmann, S., Sander, L., Wachtler, B., Blume, M., Schneider, S., Herke, M., Pischke, C.R., Fialho, P.M. M., Schuettig, W., Tallarek, M., Lampert, T. & Spallek, J. (2022). Moderating or mediating effects of family characteristics on socioeconomic inequalities in child health in high-income countries - a scoping review. *BMC Public Health*, *22*(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12603-4>
- Holley, A.L., Wilson, A.C., Noel, M. & Palermo, T.M. (2016). Post-traumatic stress symptoms in children and adolescents with chronic pain: A topical review of the literature and a proposed framework for future research. *Eur J Pain*, *20*(9), 1371-1383. <https://doi.org/10.1002/ejp.879>
- Janssen, J., Abou-Assaly, E., Rasic, N., Noel, M. & Miller, J.V. (2022). Trauma and pain sensitization in youth with chronic pain. *Pain Rep*, *7*(2), e992. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000992>
- Jarkas, D.A., Villeneuve, A.H., Daneshmend, A.Z. B., Villeneuve, P.J. & McQuaid, R.J. (2024). Sex differences in the inflammation-depression link: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*, *121*, 257-268. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.07.037>
- Ji, R.R., Nackley, A., Huh, Y., Terrando, N. & Maixner, W. (2018). Neuroinflammation and Central Sensitization in Chronic and Widespread Pain. *Anesthesiology*, *129*(2), 343-366. <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000002130>
- Johnston, K.J. A. & Huckins, L.M. (2023). Chronic Pain and Psychiatric Conditions. *Complex Psychiatry*, *9*(1-4), 24-43. <https://doi.org/10.1159/000527041>
- Jones, G.T., Power, C. & Macfarlane, G.J. (2009). Adverse events in childhood and chronic widespread pain in adult life: Results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Pain*, *143*(1-2), 92-96. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.02.003>
- Kelley-Quon, L.L., Kirkpatrick, M.G., Ricca, R.L., Baird, R., Harbaugh, C.M., Brady, A., Garrett, P., Wills, H., Argo, J., Diefenbach, K.A., Henry, M.C. W., Sola, J.E., Mahdi, E.M., Goldin, A.B., St Peter, S.D., Downard, C.D., Azarow, K.S., Shields, T. & Kim, E. (2021). Guidelines for Opioid Prescribing in Children and Adolescents After Surgery: An Expert Panel Opinion. *JAMA Surg*, *156*(1), 76-90. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.5045>
- Khan, W.U., Michelini, G. & Battaglia, M. (2020). Twin studies of the covariation of pain with depression and anxiety: A systematic review and re-evaluation of critical needs. *Neurosci Biobehav Rev*, *111*, 135-148. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.01.015>
- Lachman, M. E. (2001). Adult development, psychology of. I *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (s. 135-139). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/01650-8>
- Lambarth, A., Katsoulis, M., Ju, C., Warwick, A., Takhar, R., Dale, C., Prieto-Merino, D., Morris, A., Sen, D., Wei, L. & Sofat, R. (2023). Prevalence of chronic pain or analgesic use in children and young people and its long-term impact on substance misuse, mental illness, and prescription opioid use: a retrospective longitudinal cohort study. *Lancet Reg Health Eur*, *35*, 100763. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100763>
- Linnemørken, L.T. B., Granan, L.P. & Reme, S.E. (2020). Prevalence of Posttraumatic Stress Symptoms and Associated Characteristics Among Patients With Chronic Pain Conditions in a Norwegian University Hospital Outpatient Pain Clinic. *Front Psychol*, *11*, 749. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00749>
- Lopez, M., Ruiz, M.O., Rovnaghi, C.R., Tam, G.K., Hiscox, J., Gotlib, I.H., Barr, D.A., Carrion, V.G. & Anand, K.J. S. (2021). The social ecology of childhood and early life adversity. *Pediatr Res*, *89*(2), 353-367. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01264-x>

- Lumley, M.A., Yamin, J.B., Pester, B.D., Krohner, S. & Urbanik, C.P. (2022). Trauma matters: psychological interventions for comorbid psychosocial trauma and chronic pain. *Pain*, 163(4), 599-603. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002425>
- Ma, R., Romano, E., Ashworth, M., Smith, T.O., Vancampfort, D., Scott, W., Gaughran, F., Stewart, R. & Stubbs, B. (2024). The Effectiveness of Interventions for Improving Chronic Pain Symptoms Among People With Mental Illness: A Systematic Review. *J Pain*, 25(5), 104421. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.11.004>
- Martinez-Calderon, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J. & Cano-García, F.J. (2024). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews with Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *J Pain*, 25(3), 595-617. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.013>
- Mascheretti, S., Forni, D., Lampis, V., Fumagalli, L., Paquin, S., Andlauer, T.F.M., Wang, W., Dionne, G., Brendgen, M.R., Vitaro, F., Ouellet-Morin, I., Rouleau, G., Gouin, J.P., Côté, S., Tremblay, R.E., Turecki, G., Garon-Carrier, G., Boivin, M. & Battaglia, M. (2023). Adolescent anxiety and pain problems: A joint, genome-wide investigation and pathway-based analysis. *PLoS One*, 18(5), e0285263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285263>
- Menon, R. & Neumann, I.D. (2023). Detection, processing and reinforcement of social cues: regulation by the oxytocin system. *Nat Rev Neurosci*, 24(12), 761-777. <https://doi.org/10.1038/s41583-023-00759-w>
- Michopoulos, V., Powers, A., Gillespie, C.F., Ressler, K.J. & Jovanovic, T. (2017). Inflammation in Fear- and Anxiety-Based Disorders: PTSD, GAD, and Beyond. *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 254-270. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.146>
- Miech, R., Johnston, L., O'Malley, P.M., Keyes, K.M. & Heard, K. (2015). Prescription Opioids in Adolescence and Future Opioid Misuse. *Pediatrics*, 136(5), e1169-1177. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1364>
- Munguia, A., Ostrosky, F., Lozano, A., Castañeda, D., Lujan, A., Diaz, K., Perez, M., Lara, R. & Sacristan, E. (2024). The relationship between changes in functional networks and cognitive changes and PTSD symptoms in maltreated children before and after TF-CBT. *Behav Brain Res*, 471, 115091. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2024.115091>
- Nahman-Averbuch, H., Li, R., Boerner, K.E., Lewis, C., Garwood, S., Palermo, T.M. & Jordan, A. (2023). Alterations in pain during adolescence and puberty. *Trends Neurosci*, 46(4), 307-317. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2023.01.006>
- Nelson, C.A., Scott, R.D., Bhutta, Z.A., Harris, N.B., Danese, A. & Samara, M. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *Bmj*, 371, m3048. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
- Nelson, S. & Cunningham, N. (2020). The Impact of Posttraumatic Stress Disorder on Clinical Presentation and Psychosocial Treatment Response in Youth with Functional Abdominal Pain Disorders: An Exploratory Study. *Children (Basel)*, 7(6). <https://doi.org/10.3390/children7060056>
- Neupane, S., Lallukka, T., Pietiläinen, O., Rahkonen, O. & Leino-Arjas, P. (2020). Trajectories of multisite musculoskeletal pain in midlife: Associations with common mental disorders. *Eur J Pain*, 24(2), 364-373. <https://doi.org/10.1002/ejp.1492>
- Nie, Y., Wen, L., Song, J., Wang, N., Huang, L., Gao, L. & Qu, M. (2022). Emerging trends in epigenetic and childhood trauma: Bibliometrics and visual analysis. *Front Psychiatry*, 13, 925273. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.925273>
- Nievergelt, C.M., Maihofer, A.X., Atkinson, E.G., Chen, C.Y., Choi, K.W., Coleman, J.R. I., Daskalakis, N.P., Duncan, L.E., Polimanti, R., Aaronson, C., Amstadter, A.B., Andersen, S.B., Andreassen, O.A., Arbisi, P.A., Ashley-Koch, A.E., Austin, S.B., Avdibegović, E., Babić, D., Bacanu, S.A., . . . Koenen, K.C. (2024). Genome-wide association analyses identify 95 risk loci and provide insights into the neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Nat Genet*, 56(5), 792-808. <https://doi.org/10.1038/s41588-024-01707-9>
- Noel, M., Vinall, J., Tomfohr-Madsen, L., Holley, A.L., Wilson, A.C. & Palermo, T.M. (2018). Sleep Mediates the Association Between PTSD Symptoms and Chronic Pain in Youth. *J Pain*, 19(1), 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.09.002>
- Noel, M., Wilson, A.C., Holley, A.L., Durkin, L., Patton, M. & Palermo, T.M. (2016). Posttraumatic stress disorder symptoms in youth with vs without chronic pain. *Pain*, 157(10), 2277-2284. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000642>
- Parade, S.H., Huffhines, L., Daniels, T.E., Stroud, L.R., Nugent, N.R. & Tyrka, A.R. (2021). A systematic review of childhood maltreatment and DNA methylation: candidate gene and epigenome-wide approaches. *Transl Psychiatry*, 11(1), 134. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01207-y>
- Pavlova, M., Ference, J., Hancock, M. & Noel, M. (2017). Disentangling the Sleep-Pain Relationship in Pediatric Chronic Pain: The Mediating Role of Internalizing Mental Health Symptoms. *Pain Res Manag*, 2017, 1586921. <https://doi.org/10.1155/2017/1586921>
- Pavlova, M., Kopala-Sibley, D.C., Nania, C., Mychasiuk, R., Christensen, J., McPeak, A., Tomfohr-Madsen, L., Katz, J., Palermo, T.M. & Noel, M. (2020). Sleep disturbance underlies the co-occurrence of trauma and pediatric chronic pain: a longitudinal examination. *Pain*, 161(4), 821-830. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001769>
- Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F.J., Mogil, J.S., Ringkamp, M., Sluka, K.A., Song, X.J., Stevens, B., Sullivan, M.D., Tutelman, P.R., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rogers, A.H., Garey, L., Viana, A.G., Williams, M.W. & Zvolensky, M.J. (2023). Posttraumatic stress and pain-related anxiety among trauma-exposed adults with chronic pain in terms of opioid misuse and dependence. *Addict Behav*, 142, 107668. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107668>

- Santo, T., Jr., Campbell, G., Gisev, N. & Degenhardt, L. (2022). Exposure to childhood trauma increases risk of opioid use disorder among people prescribed opioids for chronic non-cancer pain. *Drug Alcohol Depend*, 230, 109199. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109199>
- Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S.J., Dick, B., Ezeh, A.C. & Patton, G.C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379(9826), 1630-1640. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60072-5)
- Scaini, S., Michelini, G., De Francesco, S., Fagnani, C., Medda, E., Stazi, M.A. & Battaglia, M. (2022). Adolescent pain, anxiety, and depressive problems: a twin study of their co-occurrence and the relationship to substance use. *Pain*, 163(3), e488-e494. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002400>
- Sheng, J.A., Bales, N.J., Myers, S.A., Bautista, A.I., Roueifar, M., Hale, T.M. & Handa, R.J. (2020). The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Development, Programming Actions of Hormones, and Maternal-Fetal Interactions. *Front Behav Neurosci*, 14, 601939. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.601939>
- Sieberg, C.B. & Manganello, J. (2015). Family Beliefs and Interventions in Pediatric Pain Management. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 24(3), 631-645. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.006>
- Skrove, M., Romundstad, P. & Indredavik, M.S. (2015). Chronic multisite pain in adolescent girls and boys with emotional and behavioral problems: the Young-HUNT study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24(5), 503-515. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0601-4>
- Society for Adolescent Health and Medicine. (2017). Young Adult Health and Well-Being: A Position Statement of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health*, 60(6), 758-759. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.03.021>
- Soltani, S., Kopala-Sibley, D.C. & Noel, M. (2019). The Co-occurrence of Pediatric Chronic Pain and Depression: A Narrative Review and Conceptualization of Mutual Maintenance. *Clin J Pain*, 35(7), 633-643. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000723>
- Sonagra, M., Jones, J., McGill, M. & Gmuca, S. (2022). Exploring the intersection of adverse childhood experiences, pediatric chronic pain, and rheumatic disease. *Pediatr Rheumatol Online J*, 20(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12969-022-00674-x>
- Stangeland, H., Handal, M., Skurtveit, S.O., Aakvaag, H.F., Dyb, G., Wentzel-Larsen, T., Baumann-Larsen, M., Zwart, J.A., Storheim, K. & Stensland, S. (2022). Killing pain?: a population-based registry study of the use of prescription analgesics, anxiolytics, and hypnotics among all children, adolescents and young adults in Norway from 2004 to 2019. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02066-8>
- Stangeland, H., Aakvaag, H.F., Baumann-Larsen, M., Wentzel-Larsen, T., Ottesen, A., Zwart, J.A., Storheim, K., Dyb, G. & Stensland, S. (2024). Prevalence and risk of psychiatric disorders in young people: prospective cohort study exploring the role of childhood trauma (the HUNT study). *Br J Psychiatry*, 1-8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.98>
- Stensland, S., Dyb, G., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T. & Zwart, J.A. (2013). Potentially traumatic interpersonal events, psychological distress and recurrent headache in a population-based cohort of adolescents: the HUNT study. *BMJ Open*, 3(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002997>
- Stensland, S., Thoresen, S., Jensen, T., Wentzel-Larsen, T. & Dyb, G. (2020). Early Pain and Other Somatic Symptoms Predict Posttraumatic Stress Reactions in Survivors of Terrorist Attacks: The Longitudinal Utøya Cohort Study. *J Trauma Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.22562>
- Stensland, S., Zwart, J.A., Wentzel-Larsen, T. & Dyb, G. (2018). The headache of terror: A matched cohort study of adolescents from the Utøya and the HUNT Study. *Neurology*, 90(2), e111-e118. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004805>
- Stensland, S.O., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Zwart, J.A. & Dyb, G. (2014). Recurrent headache and interpersonal violence in adolescence: the roles of psychological distress, loneliness and family cohesion: the HUNT study. *J Headache Pain*, 15, 35. <https://doi.org/10.1186/1129-2377-15-35>
- Strøm, I.F., Dyb, G., Wentzel-Larsen, T., Stene, L.E., Schultz, J.H. & Stensland, S. (2023). Terror leaves adolescents behind: Identifying risk and protective factors for high-school completion among survivors of terrorism. *J Trauma Stress*, 36(4), 750-761. <https://doi.org/10.1002/jts.22935>
- Strøm, I.F., Schultz, J.H., Wentzel-Larsen, T. & Dyb, G. (2016). School performance after experiencing trauma: a longitudinal study of school functioning in survivors of the Utøya shootings in 2011. *Eur J Psychotraumatol*, 7, 31359. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31359>
- Tidmarsh, L.V., Harrison, R., Ravindran, D., Matthews, S.L. & Finlay, K.A. (2022). The Influence of Adverse Childhood Experiences in Pain Management: Mechanisms, Processes, and Trauma-Informed Care. *Front Pain Res (Lausanne)*, 3, 923866. <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.923866>
- Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M.I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N.B., First, M.B., Giamberardino, M.A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., . . . Wang, S.J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Undset, A., Jensen, T.K., Dyb, G., Wentzel-Larsen, T., Ormhaug, S.M., Stensland, S. & Blix, I. (2024). A parallel investigation of trauma exposure, maladaptive appraisals and posttraumatic stress reactions in two groups of trauma-exposed adolescents. *Eur J Psychotraumatol*, 15(1), 2402193. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2402193>
- Vinall, J., Pavlova, M., Asmundson, G.J., Rasic, N. & Noel, M. (2016). Mental Health Comorbidities in Pediatric Chronic Pain: A Narrative Review of Epidemiology, Models, Neurobiological Mechanisms and Treatment. *Children (Basel)*, 3(4). <https://doi.org/10.3390/children3040040>

- Viner, R.M., Allen, N.B. & Patton, G.C. (2017). Puberty, Developmental Processes, and Health Interventions. In D.A. P. Bundy, N.D. Silva, S. Horton, D.T. Jamison & G.C. Patton (Eds.), *Child and Adolescent Health and Development*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank © 2017 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0423-6_ch9
- Warrier, V., Kwong, A.S. F., Luo, M., Dalvie, S., Croft, J., Sallis, H.M., Baldwin, J., Munafò, M.R., Nievergelt, C.M., Grant, A.J., Burgess, S., Moore, T.M., Barzilay, R., McIntosh, A., van, I.M. H. & Cecil, C.A. M. (2021). Gene-environment correlations and causal effects of childhood maltreatment on physical and mental health: a genetically informed approach. *Lancet Psychiatry*, 8(5), 373-386. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30569-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30569-1)
- Williams, J.R., Cole, V., Girdler, S. & Cromeens, M.G. (2020). Exploring stress, cognitive, and affective mechanisms of the relationship between interpersonal trauma and opioid misuse. *PLoS One*, 15(5), e0233185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233185>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2020). WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. In *Guidelines on the management of chronic pain in children*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) - Second edition*.
- Yang, S. & Chang, M.C. (2019). Chronic Pain: Structural and Functional Changes in Brain Structures and Associated Negative Affective States. *Int J Mol Sci*, 20(13). <https://doi.org/10.3390/ijms20133130>
- Yoon, I.A., Sturgeon, J.A., Feinstein, A.B. & Bhandari, R.P. (2019). The role of fatigue in functional outcomes for youth with chronic pain. *Eur J Pain*, 23(8), 1548-1562. <https://doi.org/10.1002/ejp.1431>
- Zhang, C., Zhang, Z., Li, Y., Yin, Y., Feng, C., Zhan, W., Fu, R., Yu, Q., Jiang, G. & Wang, C. (2024). Alterations in functional connectivity in patients with non-specific chronic low back pain after motor control exercise: a randomized trial. *Eur J Phys Rehabil Med*, 60(2), 319-330. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.24.08087-0>



Langvarig, ikke kronisk smerte

Betegnelsen langvarig smerte kan styrke håp om bedring – og er mer i tråd med forskningen.

Begrepet *langvarig smerte* er i lengre tid forsøkt innført som erstatning for *kronisk smerte* i Norge. Den viktigste begrunnelsen for å erstatte *kronisk smerte* med *langvarig smerte* er forskjellen i de implisitte betydningene av kronisk og langvarig. Både i norsk faglitteratur og offentlige dokumenter er det etter hvert blitt mer vanlig å bruke *langvarig smerte*.

Begrepet *kronisk* stammer fra det greske «khronikos» og gir assosiasjoner til noe vedvarende som er vanskelig å endre, mens *langvarig* har en enklere, mer direkte betydning på norsk: noe som varer lenge, men likevel kan ha en slutt. I Bokmålsordboka er *kronisk* definert som «langvarig eller uhelbredelig», noe «som er vanskelig å endre», eller «til stadighet», mens *langvarig* er definert rett fram som «noe som varer lenge».

Selv om *chronic pain* fortsatt dominerer internasjonalt, finnes det kulturelle og språklige forskjeller som gjør *langvarig smerte* mer hensiktsmessig i norsk kontekst. Hvordan vi omtaler smerte, kan påvirke både pasientens og behandlerens oppfatning av plagene som enten håndterbare eller uoverkommelige – og dermed påvirke muligheten for bedring.

Nyere forskning viser at smerte er en kompleks opplevelse som påvirkes av flere faktorer,

både biologiske og psykologiske. Når hjernen mottar en smerteimpuls, bearbeides den i et nevralt nettverk som integrerer signalene med annen informasjon, blant annet hukommelse og forventninger. Opplevelse av fare synes også å spille en viktig rolle, ofte knyttet til tidligere erfaringer. Impulser som vurderes som potensielt skadelige eller farlige, kan forsterkes i smertene-nettverket og bidra til langvarige smertetilstander. Hvordan vi beskriver smerten – som enten kronisk eller langvarig – kan derfor påvirke pasientens opplevelse av fare og smerteintensitet.

Å forholde seg til noe som er *langvarig* og mulig å påvirke, gir et annet perspektiv enn å forholde seg til noe som er *kronisk* og forstås som uhelbredelig. Det gjør en forskjell å kommunisere realistiske behandlingsmål og optimisme til personer med smerte.

Ved å bruke begrepet *langvarig smerte* kan vi styrke håp om bedring og åpne for en mer optimistisk innstilling til behandling. Et slikt språklig skifte kan få stor betydning for personer med smerte ved å gi dem et konkret håp om bedring.

Derfor bør vi bruke *langvarig smerte* og unngå begrepet *kronisk smerte*.

TEKST Borrik Schjødt, leder i Psykologforeningens fagutvalg for klinisk helsepsykologi

KONTAKT
borrik.s@gmail.com

Placebo og nocebo - potente krefter i psykologisk behandling

Psykologiske prosesser kan påvirke biokjemiske og nevropsykologiske prosesser. Klinikere kan gjøre nytte av kjennskap til fenomenet.

TEKST

Borrik Schjødt &
Arnstein Finset

KONTAKT

borrik.s@gmail.com,
arnstein.finset@
medisin.uio.no

MERKNAD

Ingen oppgitte
interessekonflikter

Mange forhold påvirker resultatet av en behandling. Placebo og nocebo er tiltak eller intervensjoner som i seg selv er antatt ikke å ha en effekt. Likevel ser vi at et placebo gjennom psykologiske mekanismer påvirker biokjemiske, nevrologiske og fysiologiske prosesser på en gunstig måte, mens nocebo gjør tilsvarende på en ugunstig måte.

Placebo/nocebo-litteraturen gir derfor viktig innsyn i samspillet mellom psykologiske og kroppslige prosesser.

I denne artikkelen skal vi diskutere hvordan placebo- og noceboeffekter i vid forstand kan ha betydning for klinisk praksis. Vi vil gjennomgå de antatt mest sentrale mekanismene (forventninger, emosjoner og læring) og spesielt legge vekt på placebo- og nocebofenomener ved smertebehandling. Til slutt vil vi se nærmere på hvordan disse mekanismene kan utnyttes i psykologisk behandling.

PLACEBO SOM KONTROLL OG BEHANDLING

Ordet placebo kommer fra latin, er avledet fra placere (behage) og betyr «jeg skal behage». Placebo kan anvendes på to forskjellige måter. I forskning kan placebo benyttes som en *kontroll* for å skille mellom effekt av en spesifikk

intervensjon og *konteksten* for intervensjonen. Placebo kan også brukes som en *behandling* (Finniss, 2013).

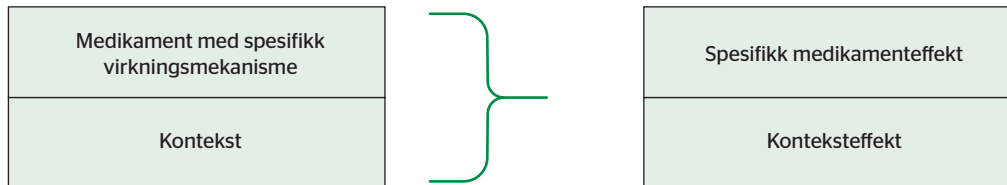
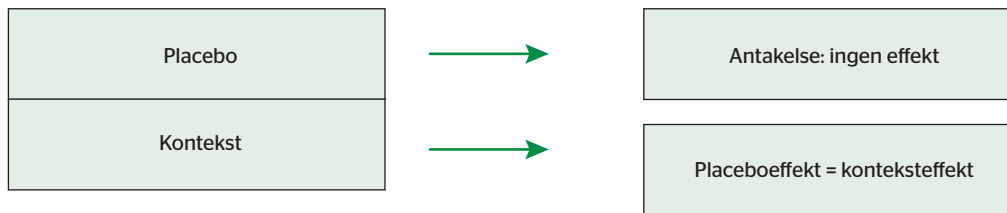
Placebo som *kontroll* er kjent fra såkalte placebo-kontrollerte studier. Her får en gruppe pasienter et virksomt medikament, mens en annen gruppe får et placebo. Deltakerne i studien får på forhånd informasjon om at noen vil få virksom intervensjon, mens andre får placebo. Deltakerne vet ikke hvilke av disse de vil få.

Effekten av behandling under de ulike betingelsene i en placebokontrollert studie er vist i figur 1. Gruppen som får en virksom intervensjon, erfarer effekten av selve intervensjonen, men samtidig mulige effekter av behandlingskonteksten, for eksempel en lege som skaper en forventning hos pasienten. Utfordringen er at det er vanskelig å skille disse elementene fra hverandre. For å kunne gjøre dette skillet får noen pasienter et placebo i stedet for den virksomme intervensjonen. Hvis de likevel får en bedring, det vi kaller en placeborespons, har vi greid å skille ut det vi kan kalle en konteksteffekt, fra den spesifikke intervensjonseffekten. Men vi vet fortsatt ikke nøyaktig hva det er i denne konteksten som gir effekt.

I forskningen om placebo som en kontroll i placebo-kontrollerte studier forsøker en

Figur 1

Effekter ved placebokontrollerte studier

Behandling med virksomt medikament**Behandling med placebo**

Merknad. Ved å gi et placebo fjernes den spesifikke medikamenteffekten, mens effekten av kontekst står igjen.

nettopp å kartlegge *hvilke* trekk i konteksten som gir en placeboeffekt. Kan det være legens kjønn eller atferd, eller er det formen eller fargen på en tablett som pasienten får? Er det trekk ved lege-pasient-relasjonen, og de ulike ritualene som setter ramme rundt behandlingen, og som kan sammenlignes med for eksempel ritualene til en sjaman (Benedetti, 2013). Eller kan pasienter bli påvirket av å få et medikament, selv om de ikke vet om det er «ekte» eller ikke?

Et placebo kan også gis som et behandlingstilbud alene, for eksempel i form av en sukkerpille (Park & Covi, 1965) eller annen uvirksom behandling (Kaptchuk et al., 2008). Når et placebo på denne måten gis som behandling, vet behandleren og av og til også pasienten at den ikke har noen spesifikk biologisk effekt i seg selv. Likevel viser det seg at behandlingen kan ha effekt, som blant annet er vist i forskningen om Open Label Placebo (OLP) (von Wernsdorff et al., 2021; Spille et al., 2023), noe vi kommer tilbake til.

PLACEBOEFFEKT VED SMERTEBEHANDLING

Majoriteten av placebolitteraturen har vi fra studier på smertebehandling. En pioner på dette feltet var Henry Beecher, som satte

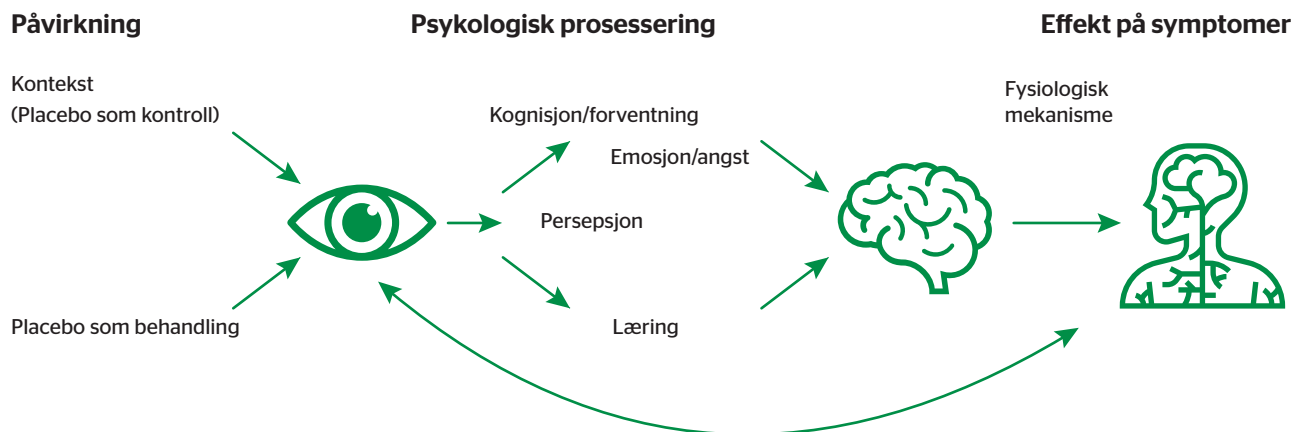
placebo på dagsorden i moderne medisin. Han hevdet at 35 % responderer godt på placebo, og at placebo gjennomgående hadde ca. 30 % smertelindrende effekt. Beecher mente at placebo kan ha en god effekt ved behandling av subjektive plager på en rekke områder, men at det også er dokumentert toksisk effekt (Beecher, 1946). Fordi placebo utgjør en såpass stor andel av medisineffekter, argumenterte han for at placebo må brukes som kontroll ved utprøving av nye medikamenter. Undersøkelsene bør videre være blindet, og randomiserte, slik at placeboeffekter kan skilles fra medikamenteffekter (Beecher, 1955). I etterkant ble hans forskning kritisert, blant annet for ikke å ha sammenlignet med forløp der pasienten ikke har fått behandling (Kienle & Kiene, 1997). Senere studier har også vist at placeboeffekten varierer betydelig fra tilstand til tilstand, og på tvers av ulike behandlinger (Benedetti, 2016). Beecher har likevel hatt stor innflytelse på bruk av placebo i forskning.

I tillegg til smerte er det beskrevet placeboeffekt i studier av pasientpopulasjoner som Parkinsons sykdom, angst, ADHD, depresjon, astma og kreft, for å nevne noen (Colloca, 2019). I en Cochrane-review fra 2010 oppsummerte Hróbjartsson og Gøtzsche (2010) studier på pla-



Figur 2

Tre trinn i placebo- og noceboeffekter



Merknad. Arnstein Finset har laget modellen.

ceboeffekt på en rekke kliniske tilstander. De fant en liten effekt av placebo på smerte, astma, kvalme og fobier, men ingen signifikant effekt på andre tilstander. I en senere review kritiserte Frisaldi et al. (2023) Hróbjartsson for hvilke kriterier de hadde valgt blant annet for måling av effekt. Frisaldi dokumenterte det de betegner som meningsfulle resultater på en rekke kliniske betingelser, blant annet smerte, Parkinsons sykdom, migrene, søvn, intellektuelt funksjonstap, depresjon, angst, demens, avhengighet, gynekologiske plager og ADHD. (Frisaldi et al., 2023).

VIRKNINGSMEKANISMER

Placeboeffekten er mer enn bare en subjektiv opplevelse av bedring. Placeboeffekten kan beskrives som en prosess i tre trinn, som vist i figur 2. Første trinn er den påvirkningen pasienten eksponeres for. I studier med placebo som en kontrollbetingelse kan alle stimuli som opptrer i konteksten for en behandling, bidra til en placeboeffekt. I forskningen om placeboeffekter er målet å spesifisere hvilke trekk ved konteksten som har betydning.

Andre trinn er det psykologiske nivået, pasientens vurdering og opplevelse av konteksten eller av det å få et placebo. Placeboeffekten er først og fremst psykobiologiske mekanismer. Trekk ved konteksten som behandlingen skjer i, eller kvaliteter ved et placebo som pasienten

får, blir oppfattet av pasienten. Placeboeffekten er altså resultatet av pasientens persepsjon av selve behandlingen og av alle mulige trekk ved omgivelsene, som setter i gang en kognitiv og emosjonell prosessering. De viktigste psykologiske mekanismene er forventninger, emosjoner og betinging.

Tredje trinn handler om at disse psykologiske prosessene, sanseintrykk som bearbejdes kognitivt og emosjonelt, utløser fysiologiske prosesser som kan påvirke symptomer. Flere fysiologiske mekanismer for placeboeffekter er dokumentert. For eksempel er det vist at positive forventninger kan utløse naturlige endogene opioider som bidrar til smertereduksjon som en placebo-respons (Benedetti et al., 2022). En annen viktig mekanisme er stress. En pasient som eksempelvis får negativ informasjon relatert til behandlingen presentert på en klønete måte, kan reagere med en fysiologisk stressrespons som igjen bidrar til mer smerte, i dette tilfelle en noceborespons. I denne artikkelen behandler vi i hovedsak psykologiske faktorer (trinn 2).

KOGNITIVE FAKTORER: FORVENTNINGER

Positive forventninger er i dag betraktet som den mest sentrale mekanismen og er tatt med i flere definisjoner av placeboeffekt. Tilsvarende er negative forventninger sentrale for å gi en noceboeffekt.

Flere studier av smerte påført i laboratorium under kontrollerte betingelser har dokumentert at manipulerede forventninger kan påvirke smerte både positivt og negativt (Koyama et al., 2005). Vi vet for eksempel at positive forventninger er assosiert med aktivering av nucleus accumbens, som igjen aktiverer endogene opioider og derved bidrar til smertelindring (Benedetti et al., 2022). Også andre biokjemiske effekter kan utløses av forventninger, som endorfiner, endocannabinoider, oksytocin og serotonin (Pardo-Cabello et al., 2022). På den andre siden er det vist at negative forventninger kan hemme frigjøring av endogene opioider og endocannabinoider, og dermed motvirke smertelindring (Benedetti et al., 2013).

Forventninger kan påvirkes på mange ulike måter, både gjennom den kliniske settingen, hvordan pasienten får informasjon om behandlingen, tidligere erfaringer og pasient–behandler-relasjonen. En god illustrasjon på forventninger er forskjellen på effekt av smertelindrende midler/analgetika om de gis åpent eller skjult. Ved åpen administrasjon observerer personen at analgetika blir administrert. Ved skjult administrasjon injiseres analgetika av en maskin eller en sprøytepumpe, uten at personen observerer det som skjer. Åpen administrasjon medfører langt større smertelette enn skjult (Amanzio et al., 2001; Price et al., 2008). Hvis du vet at du får analgetika, har det større effekt enn hvis du ikke gjør det. Forventning om smertelette er antatt å utgjøre forskjellen mellom disse to betingelsene.

Til tross for en tilsynelatende enighet om at forventninger er sentralt i smertelindring, ser det ikke ut til å finnes noen konsensus om hvordan forventninger skal defineres. Flere har påpekt at forventninger har flere dimensjoner, og kan måles på ulike måter. Juhl Lunde et al. (2023) beskriver forventninger som en antakelse eller prediksjon om hva som kommer, og argumenterer for å dele begrepet i to: (1) sannsynligheten for at noe vil forekomme, og (2) forventet størrelse på en eventuell forekomst. Sagt på en annen måte: Vil behandlingen gi symptomlette, og i tilfelle hvor stor? I studier av forventninger er det åpenbart at disse to måtene å uttrykke forventninger på må undersøkes på forskjellige måter, og at det ikke er noen gitt sammenheng mellom dem.

Et annet spørsmål er graden av bevissthet om forventninger hos pasienten. Når vi i studier spør om pasienters forventninger, forutsetter vi at pasienten er bevisst på sine forventninger. I klinisk sammenheng er det imidlertid nærliggende å tenke at forventninger både kan være en uttrykt antakelse og en mer diffus fornemmelse som pasienten ikke selv er klar over eller setter ord på.

Bingel (2020) hevder at forventninger er påvirket både av psykologiske (for eksempel angst og stress), nevrobiologiske og kontekstuelle faktorer. Forventninger er med andre ord ikke noe enkelt begrep, og det er noe som påvirkes på mange ulike måter. At forventninger er et produkt av en rekke biopsykososiale faktorer, er en antakelse det er lett å slutte seg til.

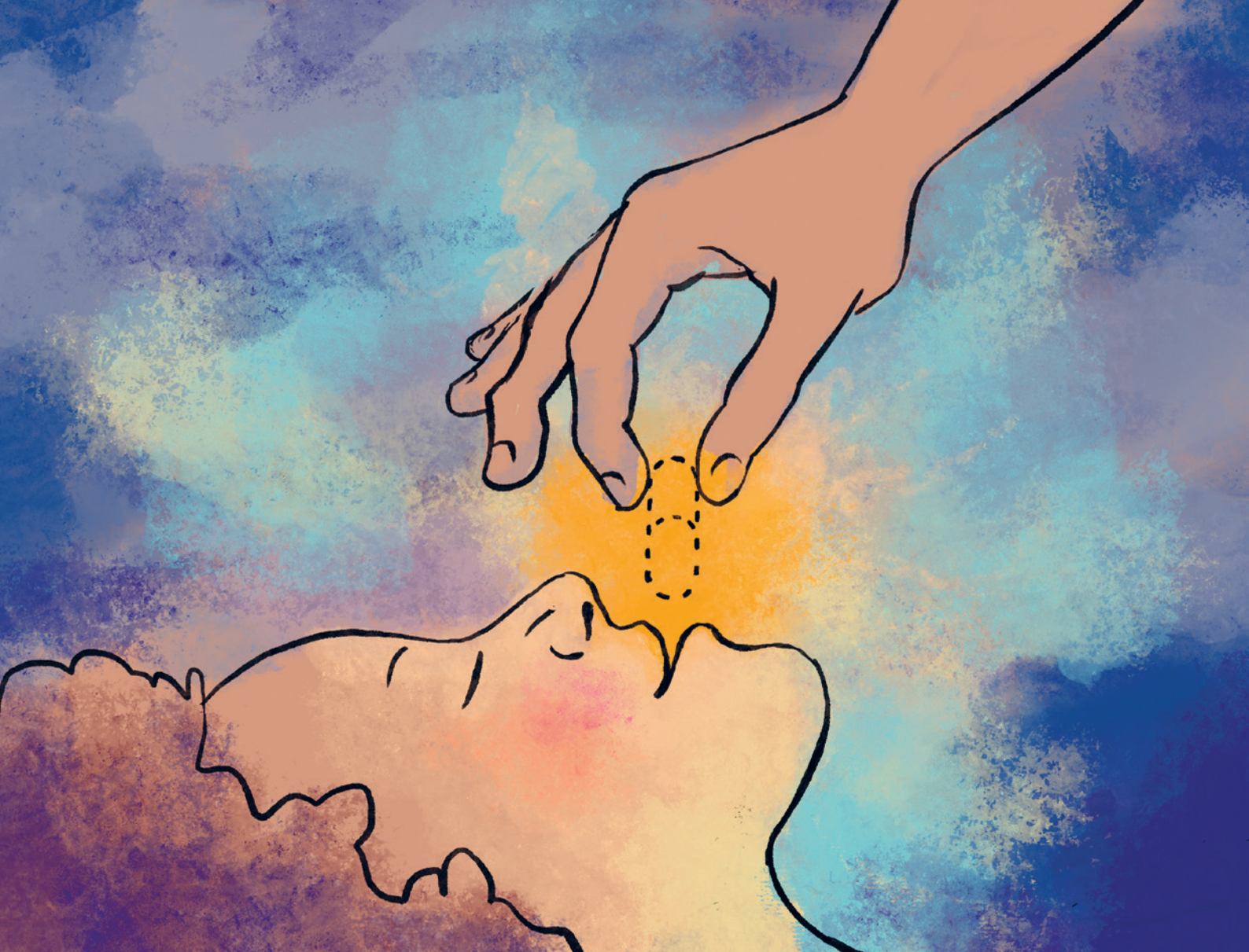
En rekke studier har vist at negative forventninger nærmest kan oppheve effekten av analgetika. Omvendt kan positive forventninger bidra til økt placeboeffekt og smertelindring (Benedetti et al., 2013; Bingel, 2020).

Oppsummert ser vi en enighet om at forventninger er et sammensatt fenomen, og en viktig mekanisme ved placeboeffekter. Vi bør skille mellom forventninger om effekt og forventninger om størrelsen av effekten. Flere faktorer påvirker forventninger, og både angstreduksjon og betingelse kan antas å være mellomliggende variabler.



... manipulerede forventninger kan påvirke smerte både positivt og negativt





ILLUSTRASJON: KRISTIN BØ

EMOSJONELLE FAKTORER

Når positive forventninger kan bidra til placeboeffekter, kan det være et emosjonelt element i virkningsmekanismene. En positiv forventning bidrar ofte til en positiv emosjon som igjen kan bidra til symptomreduksjon, for eksempel ved smerte. Som vi skal komme tilbake til, kan en empatisk kommunikasjonsstil bidra til en positiv emosjonell respons hos pasienten, som igjen kan gi smertereduksjon.

Flere forskere har sett på forholdet mellom placeboeffekter og negative emosjoner, og da spesielt angst. Sternbach (1968) antok at placebo fungerer gjennom reduksjon av angst. Når pasienten tror at det blir satt inn tiltak mot en plage, senkes beredskapen, angsten blir mindre, og plagene reduseres. Undersøkelser av sammenhengen mellom angst og placebo er uklare. Placebo kan ifølge enkelte studier redusere angst, og i mindre grad også depresjon (Downing & Rickels, 1983). Andre

har ikke klart å vise noen direkte sammenheng mellom placeboeffekt og redusert angst (Butler & Steptoe, 1986). I Cochrane-reviewen referert til over mener Hróbjartsson og Gøtzsche å vise at placebointervensjoner har liten effekt på angstnivå (Hróbjartsson & Gøtzsche, 2010). Senere oppsummeringer har imidlertid pekt på redusert angst som en viktig mediator (Flaten et al., 2013). Administrering av placebo kan bidra til forventning om smertelette, som medfører redusert engstelse, og i neste omgang ytterligere reduksjon av angst (Vase et al., 2005).

Det er også dokumentert at angst svekker placeboanalgesi (Aslaksen & Lyby, 2015; Colloca & Benedetti, 2007). Angst framstår altså som en viktig mellomliggende faktor, men ikke en mekanisme som alene kan forklare placeboeffekter. Redusert angst kan bidra til symptomlette ved mange tilstander, og redusert angst kan også legge til rette for økt placeboeffekt.

LÆRING VED BETINGING

Wickramasekera (1980) antok at placebo egentlig var betinget læring. Ved klassisk betinging assosieres en såkalt betinget stimulus til en aktiv stimulus. Når en sykepleier gir en pasient en sprøyte med smertestillende medisin, for eksempel morfin (ubetinget stimulus), vil pasienten assosiere den aktive substansen til både sprøyten, sykepleier og kanskje settingen det administreres i (betinget stimulus). For hver gjentatt administrasjon av smertestillende blir det dannet en sterkere assosiasjon mellom aktiv substans (morfin) og betingede stimuli (sykepleier, sprøyte, behandlingsrom). Gjennom denne prosessen vil betingede stimuli i seg selv kunne vekke den ubetingede responsen – smertelindring.

Gjentatt administrering av behandling medfører at responsen (symptomlette) kan bli knyttet til en betinget stimulus – den som administrerer behandlingen, til behandlingssituasjonen eller andre forhold. Etter hvert kan pasienten oppleve at nærvær av betinget stimulus i seg selv kan gi smertelindring.

Forbindelsen mellom placebo og læring er senere vist i flere forsøk. Voudouris et al. (1990) mente for eksempel å vise at klassisk betinging hadde større påvirkning på placeboeffekten enn forventninger. I senere tid har flere andre kommet med motforestillinger mot betinging som forklaring. Disse argumenterer imot at betinging kan forklare placebo, men mener at betinging kan bidra til å skape forventninger (Price, 1999; Flaten, 2013). Andre har argumentert for at betinging kan være en av mange mekanismer som bidrar til en placeboeffekt (Benedetti et al., 2022; se også Price et al., 2008).

OPEN-LABEL PLACEBO OG PERSEPSJON

Beecher (1955) hevdet at det ikke spilte noen rolle hva placebo var laget av, så lenge det ikke ble oppdaget som et placebo. Hans påstand er imøtegått av en serie undersøkelser der poenget nettopp er at placebo åpent presenteres som et ikke-virksomt tiltak. Park og Covi (1965) benyttet seg av det de kalte et Nonblind Placebo, så tidlig som i 1965. Pasienter med psykiske problemer ble åpenlyst gitt sukkerpill, med beskjed fra behandler at man antok at det ville kunne hjelpe dem. De fleste var fornøyd med behandlingen, og ca. 2/3 ønsket å fortsette med pillene etter at behandlingen formelt var avsluttet. Studien er det første kjente eksempelet på det som er blitt kalt open-label placebo (OLP). I en annen kjent studie fra 2008 ble barn med ADHD gitt placebo med beskjed om at det var en ikke-aktiv medisin. Forfatterne konkluderte med at behandlingen ble godtatt av barn og foreldre, og var effektiv (Sandler & Bodfish, 2008). Da Kaptchuk publiserte en studie der man brukte OLP i behandling av irritable tarm, forkortet til IBS (irritable bowel syndrome) (Kaptchuk et al., 2010), fikk tilnærmingen ny interesse. I årene etter har det fulgt en rekke OLP-studier (von Wernsdorff et al., 2021; Spille et al., 2023).

En nyere systematisk oversikt og metaanalyse på OLP omfattet forskjellige tilstander – bl.a. ryggsmerte, ADHD, migrene, depresjon, IBS, kreftrelatert fatigue og hetetokter knyttet til overgangsalder (von Wernsdorff et al., 2021). Totalt elleve studier ble inkludert i denne kvantitative analysen, hvor forfatterne konkluderte at OLP har en god og signifikant effekt. Spille et al. (2023) så på OLP i eksperimentelle studier gjort på friske personer. De inkluderte 17 studier som bl.a. omhandlet smerte, stress, velvære, tristhet, kløe og angst i undersøkelses-situasjoner. De fant effekt av OLP på selvrapporterte mål, men ikke på objektive mål. »



En positiv forventning bidrar ofte til en positiv emosjon som igjen kan bidra til symptomreduksjon



... en følelse av trygghet og positive forventninger kan fremme ønskede kroppslige endringer hos pasienten

Empirien på OLP er begrenset, studiene er av varierende kvalitet, og de påviste effektene varierer. Likevel utfordrer foreliggende studier Beechers antakelse om at placebo kun er placebo så lenge personen ikke vet om det.

Prediktiv koding eller prosessering er foreslått som en mulig forklaringsmodell på hvorfor OLP har vist effekt (Otten et al., 2017). Prediktiv koding forutsetter at hjernen ikke passivt mottar input, men aktivt forsøker å forutse hva som kommer til å skje. Når en person registrerer at det settes inn et tiltak, påvirker det sansingen. OLP innebærer to motstridende informasjonsbiter. Selv om personen på et bevisst nivå oppfatter at tiltaket ikke skal ha noen effekt, kan spontane og ubevisste prosesseringsmekanismer tre i kraft. Slike antakelser om effekt påvirker sansing av symptomer og naturlige endringer i symptomer på en måte som kan bidra til selvoppfyllende profetier.

Foreliggende forskning på OLP indikerer at forventninger er sentralt for forklaring av placebo- og noceboeffekt.

PLACEBO OG KLINISK PRAKSIS

Første kjente kliniske bruk av placebo som vi finner i medisinsk litteratur, er av den britiske legen William Cullen (1710–1790). Når han ikke hadde andre tilgjengelige muligheter, ga han behandling han visste ikke hadde effekt. Han brukte ordet «placebo» om denne fremgangsmåten for å lindre og trøste alvorlig syke pasienter (Kerr et al., 2008). På 1950-tallet ble placebo til nød akseptert, dersom andre tiltak ikke var tilgjengelig (Anonymous, 1954).

Gaab (2023) hevder at placebo er psykoterapi, og at psykoterapi kan forstås som placebo. Utsagnet er knyttet til Open-Label Placebo, og støtter seg på Kirsch (2005), som hevder at «most psychotherapy is a placebo by definition» (Kirsch, 2005, s. 797).

I dag ser det ut til å være en enighet om at de viktigste psykologiske variablene med betydning for placeboeffekter er forventning, angst/emosjoner og læring ved betingning. Forventninger er antatt å ha størst betydning. Forventninger påvirkes av ulike psykologiske faktorer, sammen med betingingslæring, informasjon og kontekstuelle faktorer (Montgomery & Kirsch 1996; Juhl Lunde et al., 2023).

Fra et psykologisk perspektiv kan innsikt i hvilke mekanismer som er aktive, gi oss informasjon vi kan bruke når vi legger opp klinisk

behandling. Kunnskapen kan vi bruke til å påvirke mekanismene til pasientens beste i behandlingen. Vi skal illustrere dette gjennom tre områder – terapeutisk relasjon, kommunikasjon og hypnose.

RELASJON OG FORVENTNINGER

Forventninger handler om mer enn en kognitiv innstilling. Forventninger er prosesser og mekanismer som har en faktisk betydning for kroppslige og psykologiske forhold. Negative forventninger kan bidra til en noceboeffekt i form av uønskede bivirkninger eller uønskede biokjemiske og nevropsykologiske konsekvenser. Positive forventninger kan på den annen side bidra til gunstige biokjemiske og nevropsykologiske konsekvenser. Derfor er det viktig at vi legger godt til rette for positive forventninger i all behandling.

Lambert & Barley (2001) oppsummerte det de beskrev som de viktigste reviews av forskningslitteratur på psykoterapi-utbytte. Som et grovt estimat konkluderte de med at 40 % av terapeutiske effekter kan tilskrives utenom-terapeutiske forhold, 15 % den spesifikke metoden, 15 % forventninger og 30 % fellesfaktorer. Fellesfaktorer er først og fremst forhold knyttet til den terapeutiske relasjonen – som empati, varme, akseptering, terapeutisk allianse og konfidensialitet. Med andre ord utgjør den terapeutiske relasjon en betydelig del av behandlingseffekter. Norcross og Lambert har senere videreutviklet og supplert disse analysene (Norcross & Lambert, 2019), men står fremdeles fast ved at forventninger og fellesfaktorer forklarer en betydelig del av variansen i målte terapieffekter.

Betydningen av relasjon i terapi er gammelt nytt. Både Beck og Ellis viste at investering i en god terapeutisk relasjon er nødvendig for å drive endringsarbeid (Beck et al., 1979; Ellis, 1962). I psykoanalysen er den terapeutiske relasjonen – inkludert terapeutisk allianse, overføring og motoverføring og den reelle relasjonen – en sentral del av terapien (Gelso et al., 2019). At det er en sammenheng mellom relasjon og forventninger i terapi, er en selvfølge: En god terapeutisk relasjon legger grunnen for pasientens tillit til behandler, og en god tillit må vi anta gir økte forventninger.

I en systematisk oversikt viste Howick et al. (2018) at empati og det at behandler kommuniserer et positivt budskap, har en gunstig

effekt på en rekke kliniske forhold. Posternak og Zimmerman (2005) viste i en metaanalyse at jo flere legebekker en pasient hadde, jo større placeboeffekt ble målt i utprøving av antidepressiv medisin. Kaptchuk et al. (2008) viste hvordan økt vekt på empatisk relasjon og aktiv lytting ga betydelig bedre effekt av falsk akupunkturbehandling for pasienter med irritabel tarm-syndrom. Kelley et al. (2014) viste i en systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse at behandlingsrelasjonen hadde en liten, men signifikant effekt på utbytte av behandlingene.

Gjennom å bygge en god behandlingsrelasjon til pasienten økes muligheten til å bidra til positive forventninger og redusere negative forventninger, og derigjennom bidra til gode kroppslige endringer.

KOMMUNIKASJON

En pasient fortalte at hun overraskende fikk følgende beskjed av legen sin: «Du har kreft. Vi skal gjøre så godt vi kan, men du må være forberedt på det verste.» Hun levde to år etter dette, og var hele tiden forberedt på det verste. Budskapet om at hun måtte være forberedt på det verste, ble en instruksjon som ga varige negative konsekvenser. En intervensjon som i utgangspunktet ikke burde ha noen effekt, satte i gang en serie negative responser som har likhetstrekk med placebo.

Samspillet mellom pasient og behandler er en viktig del av konteksten for enhver behandling, og flere studier har brukt et placebodesign for å studere effekten av både verbal og nonverbal kommunikasjon i konsultasjoner i helsetjenesten. Et eksempel er en studie av Kaptchuk et al. referert over (Kaptchuk et al., 2008). Ingen av pasientene fikk behandling som var ment å være virksom mot tilstanden deres (irritabel tarm). Pasientene som inngikk i studien, ble delt i tre grupper. Én gruppe pasienter ble satt på venteliste, mens de to andre gruppene fikk et placebo i form av en falsk akupunkturbehandling. Én av behandlingsgruppene fikk behandling av en behandler som var utpreget nøytral og formell, mens den andre fikk behandling av en behandler som tilbød godt tilrettelagt og pasientsentrert kommunikasjon etter en fast protokoll. De skulle vise spesiell interesse for pasienten, være opptatt av hvordan pasienten forstod sin sykdom, og skape positive forventninger om bedring. Behandlerne skulle vektlegge aktiv lytting og å holde

en varm og empatisk holdning til pasienten. Pasientene i den tredje gruppen hadde vesentlig større bedring av sine symptomer enn pasientene i de øvrige gruppene. Funnene samsvarer godt med annen forskning på feltet. Både empatisk anerkjennelse av pasientens bekymringer og god, lett forståelig informasjon har vist sammenheng med symptombedring i flere studier (DiBlasi et al., 2001; Finset, 2013). Blant annet kan empatisk kommunikasjon påvirke fysiologiske faktorer forbundet med sykdom. Ved diabetes er det for eksempel vist en lavere forekomst av metabolske komplikasjoner (Del Canale et al., 2012) og bedre blodsukkerverdier (Hojat et al., 2011). For å fremme god kommunikasjon er det derfor viktig å trene opp helsepersonell gjennom systematisk kommunikasjonstrening.

Placebolitteraturen har vist at når behandleren skaper en følelse av trygghet og positive forventninger, kan dette fremme ønskede kroppslige endringer hos pasienten. God kommunikasjon bidrar også til å forebygge placebo, ved å redusere negative forventninger og samtidig styrke pasientens oppmerksomhet på helsefremmende prosesser.

HYPNOSE - SPRÅK OG RELASJON

Hypnose er ikke en behandling i seg selv, men en tilnærming som brukes i sammenheng med mange behandlingsmetoder. Gjennom hypnose forsøker behandleren først å få personen inn i en transe, og deretter gi forslag eller suggestjoner om hva personen kan erfare, sanse, tenke eller gjøre. Ut over dette er det mange synspunkter på hva hypnose egentlig er, og hvordan det virker.

Hypnose handler blant annet om godt tilrettelagt kommunikasjon, det vil si hvordan behandler kan kommunisere for at det skal være større sjanser for at pasienten tar imot og følger suggestjonene. Derfor er språk slik det brukes ved hypnose, interessant. Kirsch (1994, 2023) omtaler hypnose som «a nondeceptive placebo», fordi hypnose produserer terapeutiske endringer gjennom å endre forventninger.

Noen grunnleggende prinsipper og teknikker kan enkelt overføres fra hypnose til samhandling med pasienter i andre sammenhenger. For å få en person i transe (induksjon) og deretter foreslå endringer (suggestjoner) er det vanlig å bruke et enkelt, positivt språk. Som hovedprinsipp er det viktig å forklare hva som





Behandlerne skulle vektlegge aktiv lytting og å holde en varm og empatisk holdning til pasienten

skal skje, ikke hva som ikke skal skje. For eksempel er «ikke tenk på smerte» uheldig. Positive formuleringer om hva pasienten bør oppleve (behag, avspenning, ro, gode kroppsfunnelser), vil virke gunstige (Lindheim, 2024).

Strategier for å få pasienten i transe handler som regel om å øke personens forventninger og positive opplevelser. Ett eksempel er yes-set (Erickson et al., 1976). Her stilles en serie spørsmål som pasienten typisk besvarer med «ja», som en forberedelse til å gå inn i transe eller komme med suggestjoner. «Er du nervøs for det som skal skje? Men du gleder deg kanskje til å bli ferdig? Ligger du forholdsvis komfortabelt? Kan du si ifra hvis det er noe vi skal endre på? Er du klar til å begynne?»

Hypnose handler om å stimulere forventninger – i en terapeutisk sammenheng først og fremst positive forventninger. I transearbeid rettes oppmerksomheten typisk mot det som fungerer, og som bidrar til generell trygghet. Med andre ord strategier som bygger på de samme mekanismene som er antatt aktive ved placebo – bruk av forventning, redusere angst gjennom å skape trygghet, bidra til gjentatte positive opplevelser og assosiere dette til en generell parasympaticus-aktivering.

AVSLUTNING

Nyere placebolitteratur har vist at psykologiske prosesser som forventninger, betinging og persepsjon i en gitt kontekst kan påvirke biokjemiske og nevrologiske prosesser. Kroppslige og psykologiske prosesser er ikke atskilte, men går inn i hverandre og er ulike sider av samme sak.

Å bygge en god relasjon, bruke kjente og gode kommunikasjonstilnærminger og bruke erfaringer fra hypnose er eksempler på strategier som kan påvirke forventninger, persepsjon eller opplevelsen av det som skjer, og gi opphav til god læring, slik at det støtter opp om gunstige endringer og forebygger negative reaksjoner – forutsatt at det brukes på en fornuftig måte. Placebolitteraturen har vist oss hvor viktig det er med et bevisst forhold til kommunikasjon og relasjonsbygging i all behandling. ✘

REFERANSER

- Amanzio, M., Pollo, A., Maggi, G. & Benedetti, F. (2001). Response variability to analgesics: a role for non-specific activation of endogenous opioids. *Pain*, 90(3), 205–215. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00486-3](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00486-3)
- Anonymous. (1954). The humble humbug. *Lancet*, 264(6833), 321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(54\)90245-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(54)90245-7)
- Aslaksen, P.M. & Lyby, P.S. (2015). Fear of pain potentiates nociceptive hyperalgesia. *Journal of Pain Research*, 8, 703–710. <https://doi.org/10.2147/jpr.S91923>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Beecher, H.K. (1946). Pain in Men Wounded in Battle. *Annals of Surgery*, 123(1), 96–105. <http://dx.doi.org/10.1097/00000658-194601000-00008>
- Beecher, H.K. (1955). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*, 159(17), 1602–1606. <https://doi.org/10.1001/jama.1955.02960340022006>
- Benedetti, F. (2013). Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev*, 93(3), 1207–1246. <https://doi.org/10.1152/physrev.00043.2012>
- Benedetti, F. (2016). Beecher as Clinical Investigator: Pain and the Placebo Effect. *Perspectives in Biology and Medicine*, 59(1), 37–45. <https://doi.org/10.1353/pbm.2016.0022>
- Benedetti, F., Frisaldi, E. & Shaibani, A. (2022). Thirty Years of Neuroscientific Investigation of Placebo and Nocebo: The Interesting, the Good, and the Bad. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 62, 323–340. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-052120-104536>

- Benedetti, F., Thoen, W., Blanchard, C., Vighetti, S. & Arduino, C. (2013). Pain as a reward: changing the meaning of pain from negative to positive co-activates opioid and cannabinoid systems. *Pain*, 154(3), 361–367. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.11.007>
- Bingel, U. (2020). Placebo 2.0: the impact of expectations on analgesic treatment outcome. *Pain*, 161(Suppl 1), S48–S56. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001981>
- Butler, C. & Steptoe, A. (1986). Placebo responses: an experimental study of psychophysiological processes in asthmatic volunteers. *British Journal of Clinical Psychology*, 25(Pt 3), 173–183. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1986.tb00693.x>
- Colloca, L. (2019). The Placebo Effect in Pain Therapies. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 59, 191–211. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010818-021542>
- Colloca, L. & Benedetti, F. (2007). Nocebo hyperalgesia: how anxiety is turned into pain. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(5), 435–439. <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e3282b972fb>
- Del Canale, S., Louis, D.Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M. & Gonnella, J.S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243–1249. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf>
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A. & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 357(9258), 757–762. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)04169-6)
- Downing, R.W. & Rickels, K. (1983). Physician prognosis in relationship to drug and placebo response in anxious and depressed psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(3), 182–185. <https://doi.org/10.1097/00005053-198303000-00009>
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. & Rossi, S.I. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. Irvington.
- Evers, A.W. M., Colloca, L., Blease, C., Annoni, M., Atlas, L.Y., Benedetti, F., Bingel, U., Büchel, C., Carvalho, C., Colagiuri, B., Crum, A.J., Enck, P., Gaab, J., Geers, A.L., Howick, J., Jensen, K.B., Kirsch, I., Meissner, K., Napadow, V., ... Kelley, J.M. (2018). Implications of Placebo and Nocebo Effects for Clinical Practice: Expert Consensus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 204–210. <https://doi.org/10.1159/000490354>
- Finniss, D. (2013). Historical Aspects of Placebo Analgesia. I L. Colloca, M.A. Flaten & K. Meissner (Red.), *Placebo and Pain* (s. 1–8). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397928-5.00001-5>
- Finset, A. (2013). How Communication between Clinicians and Patients may Impact Pain Perception. I L. Colloca, M.A. Flaten & K. Meissner (Red.), *Placebo and Pain* (s. 243–256). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397928-5.00024-6>
- Flaten, M.A. (2013). Placebo responses, antagonistic responses, and homeostasis. I L. Colloca, M.A. Flaten & K. Meissner (Red.), *Placebo and Pain: From Bench to Bedside* (s. 103–113). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397928-5.00011-8>
- Flaten, M., Aslaksen, P. & Lyby, P. (2013). Positive and Negative Emotions and Placebo Analgesia. I L. Colloca, M.A. Flaten & K. Meissner (Red.), *Placebo and Pain: From Bench to Bedside* (s. 73–81). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397928-5.00008-8>
- Frisaldi, E., Shaibani, A., Benedetti, F. & Pagnini, F. (2023). Placebo and nocebo effects and mechanisms associated with pharmacological interventions: an umbrella review. *BMJ Open*, 13(10), e077243. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077243>
- Gaab, J. (2023). Why psychotherapy is an open-label placebo and open-label placebos are psychotherapy. I L. Colloca, J. Noel, P.D. Franklin, C. Seneviratne, L. Colloca, J. Noel, P.D. Franklin & C. Seneviratne (Red.), *Placebo Effects Through the Lens of Translational Research* (s. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197645444.003.0018>
- Gelso, C.J., Kivlighan, D.M. & Markin, R.D. (2019). The Real Relationship. I J.C. Norcross & M.J. Lambert (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (s. 351–378). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0010>
- Hojat, M., Louis, D.Z., Markham, F.W., Wender, R., Rabinowitz, C. & Gonnella, J.S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359–364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T.R., Lewith, G., Bishop, F.L., Mistiaen, P., Roberts, N.W., Dieninytė, E., Hu, X.Y., Aveyard, P. & Onakpoya, I.J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240–252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
- Hróbjartsson, A. & Gøtzsche, P.C. (2010). Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003974.pub3>
- Juhl Lunde, S., Kirsch, I., Bingel, U., Büchel, C. & Vase, L. (2023). Expectations: What do we know and where do we need to go? I L. Colloca, J. Noel, P.D. Franklin, C. Seneviratne, L. Colloca, J. Noel, P.D. Franklin & C. Seneviratne (Red.), *Placebo Effects Through the Lens of Translational Research*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197645444.003.0002>
- Kaptchuk, T.J., Friedlander, E., Kelley, J.M., Sanchez, M.N., Kokkotou, E., Singer, J.P., Kowalczykowski, M., Miller, F.G., Kirsch, I. & Lembo, A.J. (2010). Placebos without deception: a randomized controlled trial in irritable bowel syndrome. *PLoS One*, 5(12), e15591. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015591>
- Kaptchuk, T.J., Kelley, J.M., Conboy, L.A., Davis, R.B., Kerr, C.E., Jacobson, E.E., Kirsch, I., Schyner, R.N., Nam, B.H., Nguyen, L.T., Park, M., Rivers, A.L., McManus, C., Kokkotou, E., Drossman, D.A., Goldman, P. & Lembo, A.J. (2008). Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *Bmj*, 336(7651), 999–1003. <https://doi.org/10.1136/bmj.39524.439618.25>

- Kelley, J.M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J. & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 9(4), e94207. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>
- Kerr, C.E., Milne, I. & Kaptchuk, T.J. (2008). William Cullen and a missing mind-body link in the early history of placebos. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(2), 89–92. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2007.071005>
- Kienle, G.S. & Kiene, H. (1997). The powerful placebo effect: fact or fiction? *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(12), 1311–1318. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(97\)00203-5](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(97)00203-5)
- Kirsch, I. (1994). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 95–106. <https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403122>
- Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: synonym or oxymoron? *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 791–803. <https://doi.org/10.1002/jclp.20126>
- Kirsch, I. (2023). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 65(3), 246–257. <https://doi.org/10.1080/00029157.2022.2119023>
- Koyama, T., McHaffie, J.G., Laurienti, P.J. & Coghill, R.C. (2005). The subjective experience of pain: where expectations become reality. *Proceedings of the National Academy of Sciences US A*, 102(36), 12950–12955. <https://doi.org/10.1073/pnas.0408576102>
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lindheim, M. (2024). Klinisk hypnose i møte med barn og unge på sykehus, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 941–946.
- Montgomery, G. & Kirsch, I. (1996). Mechanisms of Placebo Pain Reduction: An Empirical Investigation. *Psychological Science*, 7(3), 174–176. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00352.x>
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationships: The third task force. I.J.C. Norcross & Lambert, M.J. (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (s. 1–23). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0001>
- Ongaro, G. & Kaptchuk, T.J. (2019). Symptom perception, placebo effects, and the Bayesian brain. *Pain*, 160(1), 1–4. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001367>
- Otten, M., Seth, A.K. & Pinto, Y. (2017). A social Bayesian brain: How social knowledge can shape visual perception. *Brain and Cognition*, 112, 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.05.002>
- Pardo-Cabello, A.J., Manzano-Gamero, V. & Puche-Canas, E. (2022). Placebo: a brief updated review. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*, 395(11), 1343–1356. <https://doi.org/10.1007/s00210-022-02280-w>
- Park, L.C. & Covi, L. (1965). Nonblind Placebo Trial: An Exploration of Neurotic Patients' Responses to Placebo When Its Inert Content Is Disclosed. *Archives of General Psychiatry*, 12(4), 336–345. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720340008002>
- Peerdeman, K.J., van Laarhoven, A.I. M., Keij, S.M., Vase, L., Rovers, M.M., Peters, M.L. & Evers, A.W. M. (2016). Relieving patients' pain with expectation interventions. *Pain*, 157(6), 1179–1191. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000540>
- Posternak, M.A. & Zimmerman, M. (2005). Is there a delay in the antidepressant effect? A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(2), 148–158. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0201>
- Price, D.D. (1999). *Psychological mechanisms of pain and analgesia*. IASP press.
- Price, D.D., Finniss, D.G. & Benedetti, F. (2008). A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought. *Annual Review of Psychology*, 59, 565–590. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.113006.095941>
- Sandler, A.D. & Bodfish, J.W. (2008). Open-label use of placebos in the treatment of ADHD: a pilot study. *Child: Care, Health and Development*, 34(1), 104–110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00797.x>
- Spille, L., Fendel, J.C., Seuling, P.D., Göritz, A.S. & Schmidt, S. (2023). Open-label placebos—a systematic review and meta-analysis of experimental studies with non-clinical samples. *Scientific Reports*, 13(1), 3640. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-30362-z>
- Sternbach, R.A. (1968). *Pain: A psychological analysis*. Academic Press Incorporated.
- Vase, L., Robinson, M.E., Verne, N.G. & Price, D.D. (2005). Increased placebo analgesia over time in irritable bowel syndrome (IBS) patients is associated with desire and expectation but not endogenous opioid mechanisms. *Pain*, 115(3), 338–347. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.03.014>
- von Wernsdorff, M., Loef, M., Tuschen-Caffier, B. & Schmidt, S. (2021). Effects of open-label placebos in clinical trials: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11(1), 3855. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83148-6>
- Voudouris, N.J., Peck, C.L. & Coleman, G. (1990). The role of conditioning and verbal expectancy in the placebo response. *Pain*, 43(1), 121–128. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)90057-k](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)90057-k)
- Wickramasekera, I. (1980). A conditioned response model of the placebo effect. *Biofeedback and Self-regulation*, 5(1), 5–18. <https://doi.org/10.1007/BF00999060>

Klinisk praksis med tre psykologiske tilnærminger for behandling av langvarig smerte

En fleksibel og transparent veksling mellom intervensjoner fra ulike behandlingsmetoder er nyttig i smertebehandling.

Omtrent en tredjedel av Norges befolkning har langvarige smerter, altså smerter som har vedvart minst tre måneder (Steingrimsdottir et al., 2023). De fleste av pasientene får oppfølging i primærhelsetjenesten. De kan også få hjelp ved rehabiliteringssentre, der det ofte er et helhetlig blikk på opptrening som ivaretar både fysiske og psykiske forhold. Pasienter som prioriteres til smerteklinikker, har som regel fått oppfølging i primærhelsetjenesten uten tilstrekkelig effekt. Det kan være behov for videre hjelp fra spesialisthelsetjenesten, hvor pasienten følges opp ved tverrfaglig smerteklinikk for mestringshjelp med psykologsamtaler og/eller lege- eller fysioterapioppfølging.

Teksten tar utgangspunkt i mine kliniske erfaringer gjennom tjue år som psykolog ved Smertesenteret, St. Olavs hospital. Formålet er å vise hvordan man kan forstå og arbeide med langvarig smerte i et psykologisk perspektiv. Vi vet fra både praksis og fra forskningsfeltet at psykososial belastning, utviklingstraumer og relasjonelle traumer i barndommen kan øke

risiko for somatisk sykdom hos voksne (Fellitti et al., 1998). Traumer og psykisk belastning øker også sannsynligheten for langvarig smerte, og traumer kan forklare, forsterke og opprettholde smerter. Behandling med ensidig søkelys på smerten blir altså ikke riktig for de fleste med langvarig smerte. De trenger også behandling av den psykiske problematikken som forklarer, forsterker og opprettholder smertene. I teksten ønsker jeg å presentere hvordan og hvorfor jeg anvender særlig tre ulike terapitilnærminger – hypnose, aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) og intensiv psykodynamisk korttidsterapi (ISTDP) – i mitt kliniske arbeid med pasientgruppen. Jeg belyser arbeidsmåten gjennom pasientkasuset Andrea.

KLINISK KONTEKST

Smertesenteret ved St. Olavs er en tverrfaglig poliklinikk der pasienter med langvarige smerter blir prioritert til utredning og eventuelt behandling. Pasienten blir vurdert av flere faggrupper, og lege, psykolog og fysio-

TEKST Heidi Trydal,
Smertesenteret
St. Olavs hospital

KONTAKT
heidi.trydal@stolav.no

MERKNAD
Pasientkasuset
Andrea er fiktivt og
konstruert fra virkelige
erfaringer med
mange ulike pasienter.
Ingen oppgitte
interessekonflikter.



rapeut samarbeider tett i tverrfaglig team. På den måten får vi et best mulig helhetsbilde av pasientens totalfungering. I dialog med pasienten finner vi ut av om det kan være nyttig med oppfølging fra én eller flere faggrupper på Smertesenteret, eller om det er mer egnet oppfølgingstilbud andre steder, f.eks. i kommunen eller ved rehabiliteringssenter.

Pasientene jeg utreder, har smerter som gir begrensninger i daglig fungering, ofte med nedsatt livskvalitet. De fleste tilfredsstiller ikke kriteriene for en diagnose, de preges av normalreaksjoner. En del kjenner på sorg over å ha tapt god fungering og savner livet de hadde før smertene satte begrensninger. Mange kjenner mangel på glede, og frustrasjon og bitterhet. Smerter setter en demper på positive tanker og følelser.

Dersom den tverrfaglige utredningen kommer til at videre oppfølging er hensiktsmessig, erfarer jeg det som nyttig å kunne ta i bruk *ulike* psykoterapimetoder. Smertepasienter er som alle andre ulike og vil dra nytte av ulike tilnærminger. Noen får nok hjelp med en type terapimetode, andre kan trenge en kombinasjon av flere. Valg av tilnærming avhenger bl.a. av pasientens personlighet, bakgrunn og problemet de spesifikt trenger hjelp med for å få en bedre hverdag. Noen preges av bekymring og uro over smertene, andre sliter med å tilpasse seg begrensningene smertene gir, mens en annen gruppe primært har uforløste psykiske traumer og belastninger til grunn for smerteuttrykket. Jeg har med bakgrunn i pasientvariasjonene over tid tatt videreutdanning og lent meg på

tre ulike behandlingsretninger som jeg mener favner de vanligste problemområdene. På den måten opplever jeg å kunne hjelpe flest mulig. Det er hypnose, som kan bidra med økt kroppslig og mental ro hos en utrygg og smertepreget pasient. Det er videre tredjegerasjons kognitiv terapi (ACT), som kan gi pasienten hjelp til å tilrettelegge livet med tilstrekkelig vekt på livsverdier tross smertene, og psykodynamisk korttidsterapi (ISTDP), som kan gi god hjelp med traumer og livsbelastninger.

Noen pasienter trenger kun én tilnærming for å oppnå tilstrekkelig behandlingsutbytte, mens andre trenger flere. Pasientens behov blir oftest synlig gjennom terapiprosessen. Hjelp til et problemområde kan til enkelte gi tilstrekkelig bedring, eller så kan prosessen avdekke behov for hjelp på et annet problemområde. Pasienten og jeg drøfter og evaluerer underveis i fellesskap hva som blir den mest hensiktsmessige veien.

Jeg har god erfaring med å gi pasienten informasjon om arbeidsmetode og invitere til samarbeid om valg av metode og behandlingsmål. Det bidrar til god relasjonsbygging og øker pasientens engasjement i terapiprosessen. Jeg ser gjennomgående at behandling som oppleves relevant for pasienten, har bedre nytte.

UTFORDRINGER

Pasienter med langvarig smerte har behov for at behandler både respekterer og viser tillit til pasientens opplevelse av smertene. Mitt inntrykk er at det kan være utfordrende for helsepersonell å møte pasientene med en slik

Langvarig smerte

- Langvarige smerter er smerter som har vedvart i minst tre måneder.
- Rundt 50 % av uføretillfellene i Norge kan tilskrives langvarig smerte (Landmark et al., 2013; Nielsen, 2008).
- Flere kvinner enn menn rammes.
- Muskel- og skjelettsmerter er den oftest forekommende diagnosen ved legemeldt sykefravær i Norge (NAV, 2022).
- Langvarige smerter behandles ikke som akutt smerte. Det er ikke anbefalt å bruke sterke smertestillende som opioider ved langvarig smerte, da sannsynligheten for bivirkninger og toleranseutvikling er høy, og vil kunne skape tilleggsproblematikk som medikamentavhengighet og redusert fungering i dagliglivet (helsenorge.no).

grunnholdning, fordi smertene er usynlige og vedvarer tross at det ikke foreligger skade eller sykdom.

Jeg har møtt for mange pasienter som har opplevd å bli avvist og mistrodd av helsevesenet. Langvarige smerter kan sjelden påvises gjennom billeddiagnostikk eller blodprøver. Noen pasienter forteller meg om krenkende uttalelser fra helsepersonell. Eksempler kan være: «Vi finner ingenting, så det kan ikke stemme at du har så intense smerter», eller «Undersøkelsen du etterspør, er allerede gjennomført, så du må godta at du er frisk». Pasienten har i disse tilfellene verken blitt møtt med anerkjennelse eller hjelp til å mestre utfordringene smertene gir. Dessverre kan krenkelsene forsterke og bidra til å vedlikeholde smertetilstanden. Vi vet at negativt stress bidrar til forverring av smerter (Ogden, 2012). Å bygge allianse og godt behandlingsgrunnlag er mer krevende med pasienter som allerede har mange dårlige erfaringer bak seg. Dårlige erfaringer med helsepersonell kan skape frykt eller forventning om at det samme vil skje igjen.

HYPNOSE, ACT OG ISTDP

Pasienter med smerte har behov for og etterspør spesifisert behandling rettet mot mestring av smerter. Jeg har erfart at det er ulikt hvilken behandlingstilnærming pasientene profitterer på. Personlighetsstruktur og tidligere livsbelastning er sentrale faktorer for valg av behandlingstilnærming, mens kjønn og alder har liten betydning i denne sammenhengen. Noen pasienter jeg møter, strever med tankemønsteret rundt smertene; de lar for eksempel skremmende tanker ta for mye plass. Det kan være tanker som at «smertene må bety farlig sykdom», tross at leger har avkrefte det. Andre er ikke nødvendigvis så plaget med slike tanker, men plages mer av kroppslig uro og vansker med å finne hvile i en smertefull kropp. En siste gruppe har med seg svært vonde og belastende opplevelser som de trenger psykologisk hjelp til. Jeg mener alle de tre inngangsmåtene kan bidra med god smertebehandling, men pasientene trenger ulike ting. Sammen med pasienten gjør jeg en vurdering av hva hver enkelt trenger når de møter meg. Det kan også vise seg at én pasient drar nytte av ulike tilnærminger ved ulike tidspunkt i behandlingsprosessen.

I min kliniske praksis har jeg altså vekslet mellom å bruke hypnose, ACT og ISTDP. Jeg vil i neste avsnitt kort beskrive tilnærmingene og beskrive hvordan jeg vurderer bruk og veksling mellom metodene basert på pasientens psykologiske problemstilling knyttet til smertene.

Hypnose

Hypnose er en viktig tilnærming i helsepsykologi og var den første retningen jeg fordypet meg i. Hypnose handler om å hjelpe pasienten inn i en transelignende tilstand og deretter jobbe med fokusert og målrettet oppmerksomhet. Bevisstheten snevres inn og sanseintrykk stenges ute, hypnose kan derfor være nyttig ved mestring av smerter (Jensen, 2011). Jeg ser at pasientens forventninger påvirker smerte. Pasienten kan oppnå smertelindring når smertefull erfaring blir endret fra negativ til positiv gjennom verbale suggestjoner.

Jeg lærer pasienten selvhypnose dersom de ønsker å bruke hypnose som et mestringsverktøy i dagliglivet. Jeg erfarer at selvhypnose kan være et nyttig mestringsverktøy hvis pasienten strever med uro, søvnvaner og bekymring for smertene. Gjennom selvhypnose kan pasienten på egen hånd ta seg inn i en transelignende tilstand ved at de forestiller seg trygge og gode opplevelser gjennom sine sanser, det kan gi lindring og



Jeg har erfart at det er ulikt hvilken behandlingstilnærming pasientene profitterer på



pause i hverdagen. Det kan for eksempel være å forestille seg behagelig og betryggende lyd, lys, lukt og omgivelser.

Hypnose er imidlertid ikke en metode som passer for alle. Pasienter med lav forestillingsevne kan streve med sanseinnlevelse og uttrykker ofte begrenset utbytte. Noen er også generelt utrygge eller skeptiske til hypnose og ønsker annen type mestringshjelp. Jeg har også erfart at enkelte pasienter med høy grad av verstillingsfallstening og overdrevet oppmerksomhet på smertene får begrenset utbytte av hypnose.

Aksept- og forpliktelsesterapi

For å arbeide med pasienter som primært trenger hjelp til å endre tankemønsteret knyttet til smertene, har jeg videreutdannet meg i ACT for å styrke mine ferdigheter innen kognitiv terapi.

ACT kan være nyttig for langvarig smerte, på lik linje med atferdsterapi og kognitiv atferdsterapi (McCracken & Vowles, 2014). Denne retningen har vært anvendelig da mange pasienter sliter med å forholde seg til smertene. For mye vektlegging av å bli smertefri forsterker paradoksal nok smerteopplevelsen. Smertene får for mye oppmerksomhet og oppfattes sterkere. Pasienten kan komme i en ond sirkel der andre viktige ting i livet får for lite oppmerksomhet. Hjelp til å godta plagene kan frigjøre muligheten til å bruke kreftene på å oppnå så god livskvalitet som mulig. ACT- intervensjoner har som hensikt å fremme aksept av smerter og samtidig øke oppmerksomhet på viktige livsverdier. Det kan for eksempel dreie seg om å øke deltakelse sosialt eller i arbeidslivet. Å anvende ACT verdikompass er en av flere konkrete behandlingsintervensjoner (Harris, 2013). Verdikompasset kan hjelpe pasienten med å bli bevisst egne verdier og f.eks. jobbe mot å øke sosial omgang på tross av smertene. Det vil kunne gi endring i form av økt livskvalitet og daglig fungering.

Min erfaring er at ACT har begrensninger når pasienten har tunge og ubearbejdede livsbelastninger og relasjonelle traumer. Denne gruppen kan streve med tillit og bære preg av utrygghet, og det er vanskeligere å etablere god relasjon. Jeg har opplevd flere som er følelsesmessig avstengt, og sårbare og mer krenkbare. En del har fått diagnoser innenfor personlighetsspekteret eller traumelidelser. De snakker om traumer og vonde opplevelser med liten innlevelse eller kontakt med følelser, og

uttrykker isteden intens smerte og kroppslig ubehag, et fenomen kjent som somatisering. Dette er en pasientgruppe som kan oppleves som krevende å hjelpe. Pasientene kan i tillegg være mer sårbare for å bli retraumatisert når de ikke blir møtt slik de har behov for.

Intensiv dynamisk korttidsterapi

For å kunne ivareta pasienter med livsbelastninger og vansker med følelsesregulering vurderte jeg at jeg burde ha en psykodynamisk metode i verktøykassen. Da ISTDP er en retning som kan være egnet ved psykologisk behandling av langvarig smerte og somatisering (Lilliengren et al., 2020), tok jeg denne videreutdanningen.

I ISTDP rettes søkelyset mot undertrykte følelser som oppleves vanskelige å integrere. Det kan for eksempel være en blanding av ubearbejdet sinne, skyldfølelse og kjærlighet rettet mot en viktig person i livet. Man antar at de vanskelige følelsene kan gi endokrinologisk ubalanse og muskulær spenning som kan bidra til å forsterke og vedlikeholde smerter (Abbass, 2005). Modellen postulerer at pasienten ikke er bevisst manglende kontakt med følelsene eller hva som er årsak til den manglende kontakten. Å undertrykke de vanskelige følelsene kan ha vært en «overlevelse» i en vanskelig hverdag, men på lengre sikt har det gitt helsemessige og relasjonelle negative konsekvenser. Det er derfor nødvendig å hjelpe pasienten med å identifisere forsvaret mot følelsen, tydeliggjøre forsvarets funksjon og videre gi slipp på forsvaret. Jeg erfarer at vanlige forsvarsmekanismer hos pasienten er intellektualisering, rasjonalisering eller somatisering. Forsvaret kompenserer for det følelsesmessige, og følelsene blir utilgjengelige. Som psykolog blir oppgaven å bevisstgjøre pasienten om at det kognitive forsvaret hindrer tilgang til følelser og muligens også skaper, forsterker og opprettholder plagene de oppsøker hjelp for.

ISTDP er heller ikke en retning som passer alle pasienter, dybdefokus er f.eks. ikke nødvendig hvis det ikke er uforløste vanskelige følelser som skaper vansker i hverdagen. ISTDP er den retningen jeg har opplevd som mest avansert å lære. Å beherske metoden godt krever mye veiledning og fordypning i litteratur. Det er spesielt viktig med god opplæring i metoden slik at man ikke risikerer at de alle-

rede belastede pasientene opplever retraumatisering og forverring av psykisk helse og smerter.

ACT, HYPNOSE OG ISTDP I ET FORLØP

Jeg vil nå mer detaljert vise frem integrasjonen av de tre tilnærminene, illustrert gjennom et behandlingsforløp med den fiktive pasienten Andrea. Både hypnose, ACT og ISTDP blir tatt i bruk på ulike tidspunkt i prosessen. Formålet med presentasjonen av behandlingsforløpet er å tydeliggjøre hvordan de ulike metodene kan bidra til endring i en terapiprosess.

Andrea var ung voksen og ble henvist pga. nylig diagnostisert alvorlig tarmsykdom. Kirurgisk inngrep, opioider og smertestillende var kontraindisert og ville kunne føre til dårligere tarmfungering. Forløpet gikk over åtte måneder, og vi hadde ukentlige samtaler de tre første månedene, etter det hver andre uke.

Andrea

Da jeg møtte Andrea, hadde hun spennende planer for fremtiden. Hun ville utdanne seg og se verden. Gastroavdelingen foreslo samtaler med psykolog, men hun var i utgangspunktet lite interessert. Det ble tydelig gjennom utsagn som «hva er poenget med å snakke om smertene? Jeg trenger hjelp til å bli smertefri, det blir bare verre av at vi snakker om det». Utsagnene viste at hun verken så relevans eller nytte av psykolog.

Tidlig allianse

Det er viktig å uttrykke interesse og tillit til pasientens smerteopplevelse fra første stund. Det tilrettelegger for en god allianse og inviterer til håp, positive forventninger og samarbeid. Som psykolog ønsker jeg å samarbeide med pasienten om å utarbeide en arbeidsplan og valg av arbeidsmetode. Jeg har i årene som psykolog erfart at det er avgjørende for behandlings-progresjonen at god alliansebygging med vekt på smertemestring helst skjer fra første samtale. Jeg må forklare på hvilken måte jeg kan være til hjelp, slik at møtet med meg blir relevant. Dersom jeg ikke lykkes, blir konsekvensen at jeg aldri kommer i behandlingsposisjon.

Å gjøre mestring relevant

Jeg brukte de første samtalene på å utforske Andreas refleksjoner rundt konsekvenser smertene ville kunne få for hennes daglige fungering og livskvalitet. Hun mente at hun bare kunne glemme studier og reising. Jeg uttrykte forståelse for at det måtte føles vanskelig, men spurte videre om det var greit om jeg fikk dele noen av mine perspektiver og erfaringer. Jeg kunne åpenbart ikke fullt ut sette meg inn i hennes situasjon, men hadde lært mye gjennom å hjelpe andre som var i liknende situasjon. Det medførte bevegelse i samtaleprosessen. Hun ble synlig nysgjerrig og ville vite mer om hvordan jeg hadde hjulpet andre. Jeg utforsket da om hun hadde merket om enkelte ting forsterket eller reduserte smerteopplevelsen. Hun bekreftet at flere livsstilsfaktorer virket inn. Det kom frem at kostholdsrutiner, søvnrytme, fysisk aktivitet og håndtering av stress var faktorer hun slet med. Jeg delte kunnskap og erfaringer om at forbedring av disse faktorene ville kunne dempe symptomer og gjøre det enklere å leve med plagene, tross at det ikke fjernet tarmsykdommen. Hun valgte ut noen faktorer som kunne påvirkes i riktig retning, og vi ble enige om hvordan disse kunne jobbes med.



God tverrfaglighet bidrar med trygghet og troverdighet i møte med pasienten



Tverrfaglig troverdighet

Jeg snakket i tillegg om tilpasning og justeringer som kunne ha betydning for å nå målene hun hadde satt seg om utdanning og reising. Målene kunne fortsatt nås, men sannsynligvis på en annen måte enn hun hadde sett for seg. Jeg hadde i forkant satt meg inn i hva tarmlidelsen innebar, for å ha dekning for å si det, inkludert en samtale med hennes gastroenterolog. Jeg kjente til prognosen og sannsynlige begrensninger som kunne komme. Innenfor smertefeltet er det sentralt å samarbeide tett med somatisk helsepersonell. God tverrfaglighet bidrar med trygghet og troverdighet i møte med pasienten. Vi utviklet i denne fasen en god relasjon, og hun ønsket videre hjelp av meg.

ACT og selvhypnose

Jeg var åpen om metodene jeg brukte overfor Andrea, og det viste seg viktig med felles enighet når det gjaldt valg av behandlingsretning. Vi etablerte en felles forståelse av hvorfor metoden var egnet, og sikret oss samtidig at vi valgte en retning som ivaretok det som var viktig for henne.

Vi ble i den første behandlingsfasen enige om behandlingsprinsipper basert på ACT. Målet var at plagene skulle ta mindre plass i livet, og at livet i større grad skulle styres i retning av viktige verdivalg og gjøremål. Utdanning var fortsatt fullt mulig, men ville kunne kreve tilrettelegging. Reising lot seg også gjøre, men med forholdsregler og god ivaretagelse av faktorer som kunne påvirke sykdommen. Vi brukte ACT verdikompas som verktøy i denne prosessen. Hun klarte å ta steg i retning utdanning ved å snakke med studieveiledere og NAV om behov for tilpasning og tilrettelegging. Hun kjente sakte, men sikkert at dette førte smertefokuset i bakgrunnen. Hun var i en endringsprosess.

Hun hadde over tid kjent på mye anspenning og kroppslig stress; jeg introduserte derfor hypnose som en måte å roe ned sentralnervesystemet på. Hun hadde nytte av hypnose, og vi fant ut at selvhypnose fungerte som et mestringsverktøy som hun kunne bruke mellom samtalene. Hun klarte gjennom selvhypnose å oppnå både dyp fysisk og mental avspenning ved å visualisere et trygt og godt sted der hun kunne klare å snevre inn oppmerksomheten og være i kontakt med gode følelser i kroppen og ikke bare smerter. Selvhypnose ble en nyttig mestringssteknikk for henne, og hun greide å slappe bedre av.

Dypere med ISTDP

Økt kroppslig ro ga økt indre kontakt både på godt og vondt, og hun ble etter hvert klar over et emosjonelt ubehag. Det var merkbart i sosiale situasjoner der sinne og bitterhet ble trigget og rettet mot jevnaldrende som var friske. Dette var skamfullt å sette ord på, men hun opplevde det som dypt urettferdig å bli rammet. Sinnet mot andre ga dårlig samvittighet og skyldfølelse. Det var ikke det at hun ikke unte andre å være friske, hun ville bare så gjerne være frisk selv. Jeg så nå indikasjon for å hjelpe Andrea med å regulere vanskelige følelser som hun over tid hadde unngått, det var tydelig at hun ikke hadde vært klar over unngåelsen før nå. Jeg forklarte at følelsesregulering på dette tidspunktet virket viktig, og hvordan undertrykking av sterke og vanskelige følelser kan gi kroppslige spenninger og forsterkning av symptomer og smerter. Bedre følelsesregulering kunne gi fysisk og psykisk bedring. Nysgjerrigheten hennes ble på nytt vekket, og hun ønsket å finne ut om hun kunne ha nytte av ISTDP. Vi jobbet tett sammen med at hun gradvis slapp taket på beskyt-

telsen mot de vanskelige følelsene. Økt tilgang og kontakt til følelsene gjorde vondt, men også godt. Vi fant ut at sinnet fungerte som en beskyttelse mot undertrykt sorg og tristhet over friheten hun mistet gjennom sykdommen. Hun hadde også med seg vanskelige familiære opplevelser med sykdom og begrensninger, og det skapte frykt for at hun skulle ende opp som dem. Å være i ærlig kontakt med disse opplevelsene og følelsene kjentes befriende ut. Hun kjente at hun kom videre meg seg selv, hun utviklet ny selvinnsikt og kunne gi seg selv forståelse og bedre selvivaretagelse. Samtidig med at hun fikk økt kontakt og forståelse for de vanskelige følelsene, opplevde hun en merkbar fysisk lettelse. Hun ble mindre anspent, og hun kjente seg rolig og lett. Hun erfarte og uttrykte hvor overraskende det var å kjenne at kroppen responderte så positivt på at hun kunne uttrykke følelsene på en fri og ærlig måte.

Behandlingsavslutning

Andrea og jeg evaluerte jevnlig terapiprosessen for å sikre at vi var på riktig kurs og ivaretok det som var viktig for henne. Vi fant ut at hun hadde behov for flere intervensjoner innen ulike psykoterapimodeller i behandlingsprosessen, og intervensjonene ble relevante på ulike tidspunkt i terapiprosessen. Hun uttrykte takknemlighet ved avslutningssamtalen og beskrev psykologhjelpen hun hadde fått, som uvurderlig. Hun hadde nå tro på et godt liv tross sykdom og smerteplager.

DRØFTING

Jeg har presentert tre ulike behandlingsretninger som jeg har erfart som relevante ved psykologisk behandling av langvarig smerte. For Andrea viste det seg nødvendig å ta i bruk intervensjoner fra alle retningene for å oppnå tilstrekkelig behandlingsprogresjon. I andre pasientsaker er det ikke nødvendigvis slik. I noen saker kommer vi i mål med én av tilnærmingene, det kan være saker der for eksempel aksept av smerter er hovedproblem, og hvor ACT kan bidra til at pasienten oppnår god smertehåndtering og tilstrekkelig bedring. Dette blir først synlig gjennom behandlingsprosessen og krever at psykolog og pasient evaluerer prosessen jevnlig. I evalueringen kan det også bli tydelig at pasienten ikke har utbytte av eller klarer å gjennomføre behandling, uavhengig av tilnærmingen. Det kan handle om livshendelser som tar for mye oppmerksomhet og krefter, for eksempel dødsfall, tap av jobb, eller annen livsomveltning. Noen innser også at de ikke ønsker endring likevel, og velger å holde fast i måten de lever på. Det kan dreie seg om en situasjon der en står alene om pleie til et nærstående familiemedlem, eller en yrkesrelatert konflikt der det blir større negative konsekvenser å slutte i jobben enn å bli. Det kan være forståelige grunner til å velge å stå i en usunn situasjon, vi kan alle havne i fastlåste situasjoner som er vanskelig å komme ut av. Jeg har selv opplevd gode avslutninger der vi med gjensidig respekt og ærlighet har snakket om at endring rett og slett ble for vanskelig. Endring *er* vanskelig. Tidspunkt og timing for behandlingen var ikke god nok, eller vi fant ikke noen god måte å jobbe på sammen. For meg er fleksibiliteten i å veksle mellom behandlingsretninger sammen med en åpen og transparent holdning og relasjon til pasienten viktig. Det gjør at jeg holder det positive engasjementet oppe slik at jeg gleder meg til å gå på jobb, og det forebygger mistrivsel og utbrenthet.

Det har vært en spennende reise å få jobbe som psykolog i smertefeltet gjennom 20 år. Jeg har aldri følt at psykologer er så godt etablert og vik-



Endring krever spesifikke psykologiske behandlingsintervensjoner som utføres med faglig kompetanse



tig for smertefaget som nå. Det har skjedd mye i positiv retning: Psykologen har fått mer plass og oppmerksomhet i somatikken. Samfunnet har i tillegg endret seg, det er større forståelse og kunnskap om at det ikke er noe klart skille mellom fysiske og psykiske plager. Jeg opplever et økt søkelys på mestring i tilfeller der man ikke kan kurere sykdom eller plager. Der jeg før var en eventuell tilleggsressurs, anses jeg nå som en naturlig del av et tverrfaglig team. Jeg er overbevist om at godt tverrfaglig samarbeid der pasienten inkluderes som en del av teamet, er viktig. Pasienten får da anledning til felles drøfting av problemstilling og videre plan med alle relevante faggrupper til stede. Alle parter har mulighet til å stille spørsmål, eller komme med forslag som kan bli aktuelt i den videre planen. Grunnleggende alliansebyggende faktorer som empati, åpenhet og samarbeid om fremgangsmåte bør

ligge til grunn for god endring. Forståelse av smertefysiologi og somatikk er også nyttig, men kommer i andre rekke. Endring krever i tillegg spesifikke psykologiske behandlingsintervensjoner som utføres med faglig kompetanse.

Selv om psykologiens bidrag i smertefeltet og somatikken har mer plass enn noen gang, må vi fortsatt jobbe med bedre integrering. Jeg har i mange år hørt legene etterlyse egne psykologstillinger på somatiske avdelinger som nevrologen, gastro- eller kreftavdeling. De ser i større grad behovet for mestringshjelp der somatiske intervensjoner kommer til kort. Det er nok psykologer som kunne tenke seg å jobbe på nettopp slike avdelinger, men det skorter på ressurser og stillinger. Min ønskedrøm er at fremtidens sykehus har integrert somatikk og psykisk helse som en enhet, og at pasientens psyke og soma kan ivaretas på én plass. ✕

REFERANSER

- Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *The Journal of Family Practice*, 54(3), 231–239, 243.
- Colloca, L., Klinger, R., Flor, H. & Bingel, U. (2013). Placebo analgesia: psychological and neurobiological mechanisms. *Pain*, 154(4), 511–514. <https://doi:10.1016/j.pain.2013.02.002>
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Harris, R. (2013). *ACT – enkelt og greit – en innføring i aksept og forpliktelsesterapi*. Gyldendal Akademisk.
- Jensen, M.P. (2011). *Hypnosis for Chronic Pain Management. Workbook. Treatments That Work*. Oxford university press.
- Lien, L., Green, K., Thoresen, M. & Bjertness, E. (2011). Pain complaints as risk factor for mental distress: a three-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 509–16. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-011-0211-3>
- Lilliengren, P., Cooper, A., Town, J.M., Kisely, S. & Abbass, A. (2020). Clinical- and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for chronic pain in a tertiary psychotherapy service. *Australasian Psychiatry*, 28(4), 414–417. <http://dx.doi.org/10.1177/1039856220901478>
- McCracken, L. & Vowles, K.E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178–187. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035623>
- Landmark, T., Romundstad, P.R., Dale, O. & Borchgrevink, P. (2013). Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scandinavian Journal of Pain*, 4(4), 182–187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.07.022>
- NAV. (30.08.2022). Sykefraværstatistikk - kvartalsstatistikk. Statistikk for 1. kvartal 2022. NAV.no. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
- Nielsen, C.N., Stubhaug, A., Price, D.D., Vasend, O., Cszikowski, N. & Harris, J.R. (2008). Individual differences in pain sensitivity: genetic and environmental contributions. *Pain*, 136(1-2). <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.008>
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2019). *Psychotherapy Relationships that Work, Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness*. Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.001.0001>
- Ogden, J. (2012). *Stress Health Psychology*. Open University Press.
- Solis, C.B., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudéry, M., Torrisani, J., Lang, T. & Delpierre, C. (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1417325112>. <https://doi.org/10.1073/pnas.1417325112>
- Steingrimsdottir, O.A. et al. (2023). Langvarig smerte i Norge. I *Folkehelse rapporten*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/smerte/?term=>

Barn



ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 12 S. 864-875 DOI: <https://doi.org/10.52734/AQDI3055>

Foreldres diagnosekunnskap, helsekompetanse og myndighet før og etter veiledning om sjeldne diagnoser

Torun M. Vatne¹,Jeanette U. Miller², Mina Susanne Weedon-Fekjær² og Una Stenberg^{1,3}

¹Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser

²Senter for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus HF (OUS HF)

³Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, OUS HF

KONTAKT

tva@frambu.no

MERKNAD

Studien er finansiert av Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD), Oslo universitetssykehus HF

FAGFELLEVURDERT

Sammendrag

Foreldre til barn med sjeldne diagnoser har ofte ansvaret for diagnoseinformasjon til tjenesteytere og koordinering av tjenester. Dette krever diagnosekunnskap, innsikt i tjenester og tro på seg selv. Kompetansesentre for sjeldne diagnoser gir fellesveiledning av foreldre og tjenesteytere for å sikre god ivaretagelse av barnet. Studiens mål var å beskrive foreldres helsekompetanse og opplevd myndighet før veiledning, og opplevd endring av dette og diagnosekunnskap etter veiledning. Deltakerne var 42 foreldre fra 38 familier (23,8 % fedre) til barn med sjeldne diagnoser (1-16 år). Helsekompetanse og myndighet ble målt med Health Literacy Questionnaire (HLQ) og Family Empowerment Scale (FES) før og to måneder etter veiledning. To måneder etter veiledning ble et underutvalg ($n = 27$) intervjuet om opplevd endring i kunnskap og helsekompetanse. Innholdsanalyse av intervjudata og statistiske analyser av sammenhenger mellom foreldrenes og barnas alder, gruppeforskjeller (kjønn, utdanning og økonomi) og endringer i utfallsmålene ble gjennomført. Barnas alder og foreldrenes utdanningsnivå var relatert til helsekompetanse, og utdanningsnivå også til opplevd myndighet før veiledning. Intervjuene viste økt kunnskap og helsekompetanse etter veiledning. Ingen signifikant endring i helsekompetanse ble funnet med HLQ. En signifikant økning i myndighet ble funnet for foreldre med opptil fire års høyere utdanning. Foreldre med lav helsekompetanse og myndighet initialt viste størst økning etter veiledning. Felles veiledning for tjenesteytere og foreldre er en viktig helsepsykologisk arbeidsmetode som styrker foreldre i rollen deres når barnet har en sjelden diagnose.

Nøkkelord: sjeldne diagnoser, helsekompetanse, foreldremyndighet, veiledning, tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning er sentralt i helsepsykologisk arbeid med mennesker med kroniske tilstander (Berge & Lang, 2011; Norsk psykologforening, u.å.). Er tilstanden sjelden og pasienten et barn, kan dette være ekstra utfordrende, både på grunn av pasientens forutsetninger og fordi mange ulike tjenester er inne i bildet (Regjeringen, 2021; Tøsebro et al., 2023).

Sjeldne diagnoser er medisinske tilstander som rammer 1: 2000 individer eller færre (EURODIS, u.å.). De er ofte medfødte og arvelige, og kan for eksempel være av metabolsk, muskulær, nevrologisk eller hematologisk natur. Diagnosen kan utgjøre et syndrom, innebære medfødte misdannelser, utviklingshemning eller gradvis funksjonstap (se Helsenorge.no for en diagnoseoversikt). Mange mennesker med sjeldne diagnoser har komplekse og sammensatte tilstander som krever tjenester både i primær- og spesialisthelsetjeneste, og tilrettelegging av tilbud i barnehage, skole, jobb og fritid. Selv om hver enkelt diagnose er sjelden, er det ikke uvanlig å ha en sjelden diagnose; cirka 320 000 personer lever med dette i Norge (Ferreira, 2019).

I den nasjonale strategien for sjeldne diagnoser skriver den norske regjeringen at kunnskapen om disse diagnosene ofte er mangelfull i helse- og omsorgstjenestene (Regjeringen, 2021). For å spre kunnskap og sikre likeverdige tjenester finnes det derfor ni landsdekkende kompetansesentre for sjeldne diagnoser i Norge (se Helsenorge.no for informasjon). Kompetansesentrene tilbyr kurs, informasjon og veiledning til både personer med diagnose, pårørende og tjenesteytere. Flere av kompetansesentrene tilbyr tverrfaglige veiledninger (heretter kalt veiledning). Dette er videokonferanser hvor personen med den sjeldne diagnosen, representanter fra personens helse- og omsorgstjenester samt pårørende er invitert. I møtet gir kompetansesenteret informasjon om den sjeldne diagnosen og mulighet til å dele erfaringer, drøfte utfordringer og finne felles løsninger.

Når et barn har en sjelden diagnose, er det foreldrene som deltar på kompetansesentrenes veiledninger og ivaretar brukerperspektivet i møte med de andre deltakerne. Barn med sjeldne diagnoser faller inn under gruppen som Helsedirektoratet beskriver at har et særskilt stort og sammensatt tjenestebehov hvor samarbeid med pårørende er sentralt (2019), men nettopp det siste beskrives som utfordrende av foreldrene selv. En litteraturgjennomgang av von der Lippe et al. (2022), som omfatter 33 kvalitative studier, viser at foreldre til barn med sjeldne diagnoser opplever langvarige og komplekse diagnostiseringsprosesser, manglende kunnskap og erfaring med diagnosen i tje-

nestene og manglende koordinering av tjenestene. De blir ofte sittende igjen med opplevelsen av å ha ansvar for å formidle diagnoseinformasjon, koordinere og sørge for tilrettelegging i barnets hverdag. Men bildet er ikke kun negativt. Foreldre opplever det å møte engasjerte og støttende fagpersoner som anerkjenner kunnskapen og erfaringene deres, som en lettelse, og at det vekker tillit når fagpersoner er tydelige på egen kunnskap.

I lys av litteraturgjennomgangen til von der Lippe et al. (2022) synes det å være viktig at kompetansesentrenes veiledninger styrker foreldrene i foreldrerollen. Et sentralt bidrag kan være å sikre at foreldre har nok diagnosekunnskap. Med dette mener vi her kunnskap om diagnosens navn, symptomer, årsak, behandling, konsekvenser og forløp over tid, i tråd med modellen for sykdomsforståelse til Leventhal et al. (1992). Foreldre til barn med sjeldne diagnoser har beskrevet at de ønsker mer diagnosekunnskap for å ha et bedre grunnlag for å kunne følge opp barnets tjenester, bli bedre på å forklare diagnosen til andre (Starke & Möller, 2002), å kunne legge bedre til rette for optimal utvikling av barnets potensial (Riggan et al., 2023) og fordi ny kunnskap kan gi mestringfølelse, takknemlighet og håp (Sørensen et al., 2012). Det mangler studier av faktorer som er relatert til foreldres kunnskap om sjeldne diagnoser, men forskning på andre diagnosegrupper som hjertefeil og diabetes viser at barnas alder, foreldres alder og utdanningsnivå er positivt assosiert med foreldres kunnskapsnivå (Cheuk et al., 2004; Çınar & Yaz, 2021; Yang et al., 2013).

Økt helsekompetanse blant foreldrene er også et ønsket utbytte av kompetansesentrenes veiledninger. Helsekompetanse forstås i denne studien som tilgangen de har på helseinformasjon og evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon og tjenester på måter som ivaretar barnas helse (World Health Organization, u.å.). Forskning på helsekompetanse blant foreldre til barn med sjeldne diagnoser mangler. Studier av foreldre til barn med sammensatte vansker og epilepsi beskriver foreldres helsekompetanse som avgjørende for hensiktsmessig samarbeid med tjenesteapparatet, av stor betydning for barnets helsetilstand og viktig for foreldres mestringstillit i foreldrerollen (Keim-Malpass et al., 2015; Tschamper et al., 2022). Tidligere studier viser at eldre og høyere utdannede foreldre har høyere helsekompetanse enn de som er yngre og har lavere utdanning (de Buhr & Tannen, 2020).

Et annet ønskelig utbytte av kompetansesentrenes veiledninger er at foreldrene får større motivasjon og tro på egen evne til å hjelpe og påvirke livskvaliteten til sitt eget barn. Begrepet myndighet (*empower-*

ment) brukes i denne artikkelen om opplevd myndighet i motsetning til gitt myndighet (f.eks. gjennom lov). Foreldres myndighet kan omhandle familielivet, møter med tjenester og møter med samfunnet (f.eks. beslutningsorganer) (Koren et al., 1992). Vi har ikke funnet studier av myndighet blant foreldre til barn med sjeldne diagnoser. En litteraturgjennomgang av forskning på foreldremyndighet i helsetjenesteesettinger beskriver at myndighet har betydning for foreldrenes involvering i daglig omsorg og symptomhåndtering, og i hvilken grad de kjemper for barnets rettigheter og tjenester (Ashcraft et al., 2019). En tidligere studie av myndighet blant foreldre til barn med cerebral parese i Norge finner at foreldres utdanningsnivå er negativt assosiert med myndighet i familielivet, og at barnets alder er positivt assosiert med myndighet i møte med samfunnet (Kalle-son et al., 2020).

Kort oppsummert viser tidligere forskning at foreldre til barn med sjeldne diagnoser opplever å ha et stort ansvar med tanke på å sikre at barna har et godt tjenestetilbud, og at diagnosekunnskap, helsekompetanse og myndighet kan være av betydning for hvordan foreldre mestrer dette. Da forskningen på feltet er mangelfull, ønsker vi med denne studien å undersøke helsekompetanse og myndighet blant foreldre til barn med sjeldne diagnoser før veiledning. Vi vil undersøke hvordan dette samvarierer med barnets og foreldrenes alder, og kartlegge gruppeforskjeller med hensyn til foreldres kjønn, utdanning og økonomi. Kompetansesentrene søker å styrke kompetansen i nettverket rundt barn med sjeldne diagnoser gjennom veiledninger, men foreldres utbytte av denne tjenesten er ikke tidligere kartlagt. I denne studien ønsker vi å finne ut om foreldre opplever å ha mer diagnosekunnskap, økt helsekompetanse og styrket myndighet etter å ha deltatt i veiledning. Vi ønsker også å undersøke om det er gruppeforskjeller i det opplevde utbyttet med hensyn til foreldres kjønn, utdanning og økonomi, og om opplevd utbytte samvarierer med barnets og foreldrenes alder.

Metode

Design

Studien er en multisenterstudie, og data ble samlet inn på Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser, Senter for sjeldne diagnoser (SSD) og Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne epilepsirelaterte diagnoser (NK-SE) ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Trenings- og rehabiliteringssenteret ved Sunnaas sykehus HF (TRS) i perioden 2020–2021. Dette er en blandet metode-studie med et pretest- og posttest

design med fire målepunkter: før (T1), rett etter (T2), to måneder etter (T3) og seks måneder etter (T4) veiledning. Data fra de tre første målepunktene ble benyttet til denne studien.

Prosedyre

Prosjektet ble vurdert og godkjent av SIKT 07.07.2020 (referansenummer 60624) og av personvernombudet OUS 31.03.2020 (referansenummer 20/08079). Inklusjonskriterier var å være foreldre til et barn mellom 0 og 18 år med en sjelden diagnose og ha søkt om veiledningstjeneste fra ett av sentrene, der hovedformålet var å få informasjon om den sjeldne diagnosen. Eksklusjonskriterier var konflikt med tjenesteapparatet, akutt krise eller språklige utfordringer. Sentrene vurderte om inklusjonskriteriene ble møtt ved mottatt søknad, og aktuelle foreldre fikk tilsendt digitalt informert samtykkeskriv.

Elektronisk spørreskjema om demografiske forhold, helsekompetanse og foreldremyndighet ble tilsendt samtykkende deltakere ved T1 og skjema om helsekompetanse og foreldremyndighet ved T3. Samtykkende deltakere ble også kontaktet for deltakelse i intervju ved T3. Senterrepresentanten som var ansvarlig for veiledningen (heretter kalt veileder), fikk tilsendt elektronisk spørreskjema om veiledningen ved T2.

Deltakere

Det ble i prosjektperioden gjennomført 100 veiledninger som møtte kriteriene ved sentrene. Ved 75 av disse veiledningene ble foreldre forespurt om deltakelse. Ved 25 av søknadene om veiledning ble rekrutteringsprosedyren ikke fulgt og anledningen til å rekruttere forspilt. Av de forespurte samtykket 53 foreldre, men da fire ikke besvarte henvendelser etter samtykket og syv responderte så mangelfullt at data ikke kunne benyttes for denne studiens formål (kun demografiske spørsmål ved T1 eller kun på spørreskjema ved T3), ble det endelige antallet deltakere i studien 42 foreldre (23,8 % fedre) fra 38 familier. Responsraten var 88,0 % ved T1 ($n = 37$, 24,3 % fedre), 66,7 % ved T3 ($n = 28$, 21,4 % fedre) og 64,3 % ved intervju T3 ($n = 27$, 11,1 % fedre). Fem av studiens deltakere (11,9 %) besvarte ikke spørreskjema ved T1 eller T3, men deltok kun på intervju ved T3. For bakgrunnsinformasjon om de samtykkende deltakerne se tabell 1.

I studien inngikk 38 veiledninger (39,5 % fra SSD, 34,2 % fra Frambu, 13,2 % fra TRS og 13,2 % fra NK-SE). For 36 av veiledningene oppga veileder informasjon om veiledningenes organisering på elektronisk spørreskjema ved T2. For informasjon om veiledningene og veilederne se tabell 1.

Tabell 1

Bakgrunnsinformasjon om deltakerne og veiledningene

	Prosent	Gjennomsnitt (variasjon) SD
Kjønn (% fedre) (<i>n</i> = 42)	23.8	
Alder i år (<i>n</i> = 41)		35.6 (27–54) 6.2
Utdanning (<i>n</i> = 42)		
Høyere utdanning over fire år	31.0	
Høyere utdanning inntil fire år	40.5	
Videregående skole	28.6	
Grunnskole	0.0	
Økonomisk situasjon (<i>n</i> = 42)		
Svært god	2.4	
God	52.4	
Middels	45.2	
Dårlig	0	
Barnets alder (<i>n</i> = 42)		5.6 (1–16) 4.0
Tid siden diagnose (<i>n</i> = 42)		3 (0–11) 3.1
Veiledningene (<i>n</i> = 35)		
Antall deltakere		11.8 (5–21) 3,3
Varighet totalt (min)		95,3 (30–180) 39.1
Varighet info fra senteret i minutter		53.7 (0–150) 32.8*
Varighet info fra tjenester i minutter		8.3 (0–40) 12.8
Varighet drøfting i minutter		32.1 (0–70) 18.4
Tjenester representert S/K/O/A/B**	36.1/88.9/91.7/30.6/2.8	
Veileders fagbakgrunn M/P/F/Psy*** (<i>n</i> = 34)	41.2/29.4/23.5/2.9	

*Ved en anledning ble diagnoseinformasjon fra kompetansesenteret ikke gitt separat, men som ledd i drøfting.

**S = spesialisthelsetjeneste, K = kommunehelsetjeneste, O = barnehage eller skole, A = avlastning eller assistanse, B = barnevern

***M = lege, sykepleier eller ernæringsfysiolog, P = spesialpedagog og vernepleier, F = fysioterapeut eller ergoterapeut, Psy = psykolog

Intervensjon

Deltakerne deltok i veiledningstjeneste over videokonferanse. Veiledningene ble gjennomført på følgende måte: 1) Foreldre eller tjenesteapparat søkte veiledning. 2) Tjenesteytere rundt barnet ble invitert til en veiledning over Helsenet. 3) Fagperson fra senteret ledet veiledningen, som inneholdt a) informasjon om den sjeldne tilstanden fra sjeldensenter, b) eventuell informasjon fra barnets tjenester om barnet og c) drøfting av problemstillinger.

Måleinstrumenter

Intervju om utbytte av veiledningen

For denne studien ble det utviklet et semistrukturert intervju for å kartlegge foreldres opplevelse av økning i egen kunnskap om den sjeldne diagnosen og endring i tjenestetilbudet til barnet etter veiledningen. Intervjuets første del var inspirert av modellen for sykdomsforståelse til Leventhal et al. (1992) og organi-

sert rundt dimensjonene navn, symptomer, kroppsfleksjon, behandling/tiltak, konsekvenser og tidslinje (diagnosens utvikling over tid). For hver av dimensjonene ble det stilt følgende spørsmål: 1) Har du fått ny kunnskap om (dimensjonen)? 2) Hva slags ny kunnskap? 3) Har den nye kunnskapen betydning for din rolle som forelder og hvordan? Intervjuets andre del omhandlet tjenestene som hadde vært representert på veiledningen. For hver tjeneste ble det stilt spørsmål om 1) nye kartlegginger/observasjoner/utredninger, 2) nye behandlinger, 3) nye tiltak, 4) nye mindre tilrettelegginger, 5) endringer i samarbeid og relasjon. Foreldrene ble oppfordret til å snakke og reflektere fritt om opplevde endringer.

Spørreskjema om helsekompetanse

Foreldres helsekompetanse ble kartlagt med foreldreversjonen av Health Literacy Questionnaire (HLQ; Osborne et al., 2013). HLQ består av 21 spør-

Tabell 2

Opprinnelige og endelige kategorier for helsekompetanse med spesifisering av endringer

a) Kategori i Osborne et al. (2013)*	b) Beskrivelse av endring i studien	c) Kategori som formulert i studien
(1) Føle seg forstått og støttet av helsepersonell	«Helsepersonell» endret til «tjenesteytere»	Føle seg forstått og støttet av tjenesteytere
(2) Ha tilfredsstillende informasjon til å kunne ivareta barnets helse	«... og funksjon» lagt til for å omfatte kognisjon, språk og sosialt liv	Ha tilfredsstillende informasjon til å kunne ivareta barnets helse og funksjon
(3) Kunne aktivt ivareta barnets helse	Som for 2	Kunne aktivt ivareta barnets helse og funksjon
(4) Ha sosial støtte for helse	Som for 2	Sosial støtte for helse og funksjon
(5) Å kunne vurdere helseinformasjon	«Helseinformasjon» endret til «diagnoseinformasjon» for å omfatte pedagogiske, psykologiske og sosialmedisinske aspekter	Å kunne vurdere diagnoseinformasjon
(6) Å kunne aktivt engasjere seg med helsepersonell	«Helsepersonell» endret til «tjenesteytere»	Å kunne aktivt engasjere seg med tjenesteytere
(7) Å kunne navigere i helse-tjenesten	«Helsetjenesten» endret til «tjenesteapparatet»	Å kunne navigere i tjenesteapparatet
(8) Evne til å finne god helseinformasjon	Som for 5	Evne til å finne god diagnoseinformasjon
(9) Å kunne forstå helseinformasjon bra nok til å vite hva man skal gjøre	Som for 5	Å kunne forstå diagnoseinformasjon bra nok til å vite hva man skal gjøre

*tilsvarende skalaene i HLQ

mål som dekker ni skalaer (for spesifisering av skalaene se tabell 2 kolonne a). Skalaene inneholder fire til ni utsagn. For de første fem skalaene bes deltakerne om å indikere nivå av enighet på en skala fra 1 til 4 (sterkt uenig til sterkt enig). De resterende skalaene inneholder utsagn om egen kompetanse og kan gis en av følgende fem skårer: klarer ikke, veldig vanskelig, ganske vanskelig, ganske lett, veldig lett. God reliabilitet, prediktiv validitet og innholdsvaliditet er rapportert, også i norske populasjoner (Wahl et al., 2024).

Spørreskjema om foreldremyndighet

Foreldres myndiggjøring ble kartlagt med Family Empowerment Scale (FES; Koren et al., 1992). Skjemaet kartlegger foreldrenes myndighet på tre områder: familieliv, tjenesteapparat og samfunnet. FES består av 34 utsagn som skåres på en fempunkts likertskala fra aldri (1) til veldig ofte (5). God reliabilitet og innholdsvaliditet er rapportert (Singh et al., 1995), også i norske studier (Kalleson et al., 2020).

Demografiske data og data om veiledningen

Demografiske variabler kartlagt ved T1 som ble benyttet i denne studien, var foreldres alder, kjønn, utdanning, økonomi, barnets alder og tid siden diagnose. Informasjon om veiledningen kartlagt ved T2 som ble benyttet i denne studien, er tidsbruk, antall

deltakere, tjenester representert og veileders fagbakgrunn.

Analyser

Analyser av intervjudata – kunnskap

Deltakernes opplevelse av økning i egen kunnskap etter veiledningen ble analysert ved at førsteforfatter (TMV) leste gjennom deltakernes svar på del 1. Basert på foreldrenes svar ble det for hver av sykdomsdimensjonene (Leventhal et al., 1992) registrert i en SPSS-fil om foreldrene bekreftet eller avkreftet å ha fått ny kunnskap (verifisert gjennom at de beskrev hva), og om den nye kunnskapen var betydningsfull for foreldrerollen. Deskriptive statistiske analyser ble så gjennomført.

Analyser av intervjudata – helsekompetanse

Deltakernes opplevelse av økning i egen helsekompetanse etter veiledningen ble analysert med en rettet innholdsanalyse av intervjuenes del 1 og 2. En tilpassing av Osborne et al.'s (2013) kategorier for helsekompetanse utgjorde forhåndsbestemte kategorier i analysen, og «turer» (definert som den perioden man har eksklusiv rett til å ha ordet i en samtale) hvor deltakeren uttrykte økt helsekompetanse i tråd med disse kategoriene, ble kodet. Analysens trinn var: 1) Konsensuskodning ved forfatterne US og TMV av to intervjuer

Tabell 3

Samvariasjon mellom foresattes alder, barnets alder og helsekompetanse og myndighet for deltakelse i veiledning (n = 37)

	Alder	AlderB	FES _{tot}	FES1	FES2	FES3	HLQ _{tot}	HLQ1	HLQ2	HLQ3	HLQ4	HLQ5	HLQ6	HLQ7	HLQ8	HLQ9
Alder	-															
AlderB	.45**	-														
FES _{tot}	.05	-.07	-													
FES1	-.17	-.04	.70***	-												
FES2	.02	-.06	.45**	.60***	-											
FES3	.20	-.10	.77***	.26	.70***	-										
HLQ _{tot}	-.22	-.34*	.64***	.77***	.50**	.45**	-									
HLQ1	-.09	-.40*	.40*	.40*	.35*	.28	.71***	-								
HLQ2	-.29	-.29	.60***	.60***	.48**	.43**	.79***	.48**	-							
HLQ3	.09	-.05	.26	.26	.37*	.40*	.28	.21	.20	-						
HLQ4	.01	-.15	.39*	.39*	.39*	.23	.69***	.44**	.55***	.15	-					
HLQ5	-.13	-.10	.44**	.44**	.53***	.41*	.53***	.36*	.28	.34*	.28	-				
HLQ6	-.09	-.28	.25	.25	.17	.14	.72***	.54***	.599***	.01	.42**	.06	-			
HLQ7	-.13	-.43*	.42**	.42**	.34*	.35*	.92***	.61***	.68***	.19	.59***	.42*	.76***	-		
HLQ8	-.07	-.01	.45**	.45**	.41*	.37*	.71***	.32	.58***	.06	.44**	.49**	.45**	.65***	-	
HLQ9	.08	.04	.39*	.39*	.25	.23	.77***	.46**	.46**	.05	.20*	.35*	.65***	.73***	.86***	-

Merknad. Alder = foresattes alder, AlderB = barnets alder, FES = Family Empowerment Scale, HLQ = Health Literacy Questionnaire, tot = totalskår. Tallene bak FES og HLQ i tabellen indikerer kategori slik de er spesifisert i artikkelen.

* $p = 0.1$ ** $p = 0.05$ *** $p = 0.001$

for å tilpasse kodene og etablere enighet. For beskrivelse av koder og endringer som ble gjort, se tabell 2 kolonne a, b og c. 2) Reliabilitetskoding ved forfatterne US og TMV av fem intervjuer med tilfredsstillende samsvar mellom koderne ($k = 0.685$). 3) Seksten intervjuer ble fordelt mellom TMV og US for koding. 4) Intervjuene gjennomført ved T4 ($n = 4$) ble konsensuskodet av forfatterne MSWF og JUM og gjennomgått av TMV. Resultatene av innholdsanalysen ble kvantifisert ved at antallet turer kodet inn i hver kategori ble telt opp og registrert i SPSS.

Statistiske analyser

Alle kvantitative data ble analysert med IBM SPSS 25. Analyse av utfallsvariablenes fordeling viste at forutsetningene for parametriske tester var oppfylt. Grufforskjeller ble undersøkt med uavhengig t -test og samvariasjon med Pearson korrelasjon. Endringer i helsekompetanse og myndighet fra T1 til T3 ble undersøkt ved å bruke parett t -test. Effektstørrelsen ble beregnet med Cohens d (Cohen, 1988).

Antatt tilfeldig manglende data ble behandlet som manglende, og kun komplette datasett ble benyttet for de aktuelle analysene. Manglende data som ikke var tilfeldig, ble imputert. Dette var tilfellet ved ett ledd i FES, hvor en systematisk feil hadde skjedd i det elektroniske skjemaet i skalaen for familieliv og svar på ett

utsagn manglet for alle deltakerne. Gjennomsnittsskåren for skalaen for hver deltaker ble imputert for det manglende leddet i tråd med FES skåringsmanual.

I fire tilfeller deltok begge foreldrene i en familie i denne studien. Analyser av kjønnsforskjeller ble derfor gjennomført både på det totale utvalget og på et utvalg der disse fire familiene var utelatt for å ta hensyn til eventuelle effekter av familietilhørighet.

Resultater

Samvariasjoner i datamaterialet for veiledning

Barnets alder korrelerte signifikant negativt med foreldrenes totale HLQ-skår, HLQ-skår kategori 1 «Føle seg forstått og støttet av helsepersonell» og skår på kategori 7 «Å kunne navigere i helsetjenesten» og med total helsekompetanse før veiledningen. Se tabell 3 for detaljer.

Total FES-skår korrelerte signifikant positivt med total helsekompetanse. Total HLQ-skår korrelerte signifikant positivt med alle FES-kategorier. Total FES-skår korrelerte signifikant positivt med alle HLQ-kategorier, men ikke med HLQ-kategori 3 «Kunne aktivt ivareta barnets helse og funksjon» og 6 «Å kunne aktivt engasjere seg med tjenesteytere». FES-kategori 1 «myndighet i familielivet» korrelerte signifikant positivt med alle HLQ-kategorier, men ikke med kate-

Tabell 4

Andelen av deltakerne ($n = 27$) som opplever økning i kunnskap om ulike dimensjoner av diagnosen etter veiledning, og opplevd betydning for ivaretagelse av barnet

Diagnose-dimensjon	Ny kunnskap % (n)	Eksempel	Ny kunnskap har betydning %* (n)
Symptomer	44 (12)	«Før veiledningen da kunne jeg veldig lite, så nå fikk jeg jo info om hva jeg skal se etter – slapp, kvalm, vondt i hodet, alt dette, og det syntes jeg var veldig fint (...)»	83 (10)
Behandling	33 (9)	«(...) i forhold til medikamenter, viktigheten og hvor farlig det er da og konsekvenser av om at hen ikke tar medisiner sine, og at hen alltid må ha dem med seg (...)»	78 (7)
Konsekvenser	33 (9)	«(...) i forhold til hvordan en kan tilrettelegge hverdagen slik at hen ikke ... at hens hverdag blir lettere i forhold til smerter og i forhold til fysioterapi og tøyning og trening.» «Ja, det ble jo sagt hva vi kan forvente (...) At det ikke er noe vi kan gjøre med det. Det er ofte forventet at for eksempel hen vil slite litt mer med skole, lesing, lære nye ting.»	89 (8)
Kroppsaffectsjon	26 (7)	«Ja, vi gjorde det. Det er jo lungene også som er berørte, de også, ettersom de har operert og dratt litt i ting og tang og ...»	57 (4)
Årsak	18.5 (5)	«Nei, det var mer, vi vet at det handler om gen, men det ble veldig godt forklart hvilke gener og i forhold til den problematikken der da – jeg er ikke så god på terminologien der. Jeg føler at vi økte forståelsen noe i hvert fall.»	40 (2)
Navn	15 (4)	«Altså, jeg tror ikke jeg har brukt ordet 'delesjon' før etter den veiledningen. Det ble en slik ny – et nytt språk, ja.»	50 (2)
Tidslinje	11 (3)	«Vi ble kanskje klar over at hen må jevnlig testes da for å teste hvordan ujevn modning og utvikling går, og kanskje vi bare fikk litt sånn innføring i at det at man vet ikke helt hvordan det går med disse barna.»	100 (3)

*andel av de som rapporterer ny kunnskap

gori 3 og 6 (definert over). FES-kategori 2 «myndighet i møte med tjenester» korrelerte signifikant positivt med alle HLQ-kategorier, men ikke med kategori 6 (som definert over) og 9 «Å kunne forstå helseinformasjon bra nok til å vite hva man skal gjøre». FES-kategori 3 «myndighet i møte med samfunnet» korrelerte signifikant positivt med alle HLQ-kategorier, men ikke med kategori 1 «Føle seg forstått og støttet av helsepersonell», 4 «Ha sosial støtte for helse», 6 og 9 (definert over).

Gruppeskjeller i utfallsmålene før veiledning

Foreldre med høyere utdanning inntil fire år hadde en signifikant lavere skår enn foreldre med over fire års høyere utdanning på HLQ-kategori 1 «Føle seg forstått og støttet av helsepersonell» ($df = 24, p = .043, d = 2.14$) og kategori 7 «Å kunne navigere i helsetjenesten» ($df = 24, p = .013, d = 4.31$). Det var ingen gruppeskjeller i HLQ-skårer med hensyn til økonomi eller kjønn ved T1.

Foreldre med høyere utdanning inntil fire år hadde signifikant lavere skår på FES-kategori 3 «myndighet i møte med samfunnet» enn foreldre med mer enn fire års høyere utdanning ($df = 24, p = .025, d = 0.66$). Det var ingen gruppeskjeller i FES-skårer med hensyn til kjønn eller økonomi ved T1.

Foreldres diagnosekunnskap etter veiledning

Av intervjudeltakerne ($n = 27$) rapporterte 70 % ($n = 19$) å ha fått ny kunnskap om minimum en diagnosedimensjon. Deltakerne rapporterte om økning i kunnskap på gjennomsnittlig 1.8 diagnosedimensjoner (variasjonsbredde 0–6, $SD = 1.7$). For informasjon om andelen deltakere som opplever økning i kunnskap om ulike dimensjoner, og andelen ny kunnskap av betydning for ivaretagelse av barnet, se tabell 4.

Antallet dimensjoner deltakerne opplevde å ha fått økt kunnskap om, var ikke signifikant korrelert med barnas alder eller foreldres alder, HLQ- eller FES-skårer. Det var heller ingen gruppeskjeller med hensyn til kjønn, økonomi eller utdanning.

Tabell 5

Eksempel på beskrevet endring på helsekompetansedimensjonene og andel deltakere som beskriver endring ($n = 27$)

Kategori	Eksempel fra intervju	Andel som beskriver økning % (n)
1. Føle seg forstått og støttet av tjenesteytere	«Hen blir jo mer tatt på alvor hos fastlegen nå [etter veiledning], og vi har planlagt hyppigere kontroller av vekt på helsestasjonen.»	59 (16)
2. Ha tilfredsstillende informasjon til å kunne ivareta barnets helse og funksjon	«De [veiledere] har fått meg til å forstå hva det er helt konkret, uten at fantasien min trenger å gå ut og lage skrekkszenarioer. Det ble håndgripelig.»	70 (19)
3. Kunne aktivt ivareta barnets helse og funksjon	«Hen setter lett i halsen, så det er lurt at jeg gir ham god tid til å spise.»	66.6 (18)
4. Ha sosial støtte	«Besteforeldrene ble også med [på veiledningen], fordi det er tungt å være den eneste som vet. For jeg er jo ikke i lag med faren, og samboeren min har jeg aldri involvert (...). Så jeg synes at det til tider har vært litt tungt å sitte med all informasjonen alene og må gjenfortelle alt hele tiden (...). Så det er utrolig deilig at andre har fått hørt hvordan alt er.»	3.7 (1)
5. Å kunne vurdere helseinformasjon		0 (0)
6. Å kunne aktivt engasjere seg med tjenesteytere	«Jeg fikk beskjed [under veiledningen] om at jeg måtte presse på [for å få en tjeneste], presse skikkelig på, og det har jeg gjort.»	29.6 (8)
7. Å kunne navigere i tjenesteapparatet	«Veiledningen er jo betryggende da for meg som mor, at vi har hatt et møte da med noen som kan det ordentlig, så det er en positiv ting. At vi kan ringe dem og ha kontakt med dem om det skjer noe.»	25.9 (7)
8. Evne til å finne god diagnoseinformasjon		0 (0)
9. Å kunne forstå diagnoseinformasjon bra nok til å vite hva man skal gjøre		0 (0)

Endring i helsekompetanse etter veiledning Endring i helsekompetanse som beskrevet i intervju

Av de 27 deltakerne som ble intervjuet, beskrev 98 % ($n = 24$) en opplevd positiv endring i egen helsekompetanse på minimum en dimensjon. For eksempler på beskrivelser av økt helsekompetanse for de ulike dimensjonene og andelen av deltakerne som beskrev endring, se tabell 5.

Foreldres beskrevne endring i helsekompetanse målt i antall «turer» ble ikke funnet signifikant korrelert med barnas alder eller foreldrenes alder, FES- eller HLQ-skårer. Det var heller ingen gruppeforskjeller i uttrykk for økt helsekompetanse med hensyn til foreldrenes kjønn, økonomi eller utdanning.

Endring i helsekompetanse rapportert med HLQ

Paret t -test viste ingen signifikant endring i total helsekompetanse eller på noen av underkategoriene fra T1 til T3.

Endring i total helsekompetanse ble funnet signifikant negativt korrelert med HLQ-skår på kategori 4 «Ha sosial støtte for helse» ($r = -.399, p = .039$), 7 «Å kunne navigere i helsetjenesten» ($r = -.390, p = .044$) og total helsekompetanse ($r = -.432, p = .024$) ved T1.

Ingen andre signifikante korrelasjoner med foreldres alder, barnets alder, eller HLQ- og FES-skårer ved T1 ble funnet, og det var ingen gruppeforskjeller med hensyn til kjønn, økonomi eller utdanning.

Endring i opplevd myndighet i foreldrerollen

Paret t -test viste ingen signifikant endring i total myndighet, myndighet i familielivet, myndighet i møte med tjenester eller i møte med samfunnet fra T1 til T3.

Foreldre med videregående skole og de med høyere utdanning inntil fire år rapporterte en signifikant større endring i total myndighet fra T1 til T3 enn foreldre med mer enn fire års høyere utdanning (hhv. $df = 14, p = .019, d = 0.9$ og $df = 18, p = .049, d = 0.73$). En paret

t-test basert på et underutvalg ($n = 20$) med deltakere med inntil fire års høyere utdanning, videregående og grunnskole viste signifikant positiv endring fra T1 til T3 i total myndighet ($df = 19, p = .02, d = 0.84$).

Endring i total myndighet fra T1 til T3 var signifikant negativt korrelert med skåren på FES-skalaen «tjenester» ($r = -.483, p = .009$) og total myndighet ($r = -.423, p = .025$) ved T1. Ingen andre signifikante korrelasjoner mellom endring i FES-skår fra T1 til T3 og barnets alder, foreldres alder, HLQ- og FES-skårer ved T1 ble funnet, og det var ingen gruppeforskjeller med hensyn til kjønn eller økonomi.

Diskusjon

I denne studien fant vi at barnas alder og foreldres utdanningsnivå var relatert til foreldres helsekompetanse, og at utdanningsnivå også var relatert til opplevd myndighet. Foreldrene beskrev i intervjuer økt kunnskap om diagnosen og økt helsekompetanse som resultat av veiledningen. Ingen signifikant endring i helsekompetanse fra før til etter veiledning ble vist ved bruk av HLQ, men de med lav helsekompetanse før veiledning så ut til å ha størst utbytte. En undergruppe med foreldre, de med inntil fire års utdanning eller lavere, hadde en signifikant positiv endring i myndighet fra før til etter veiledning målt med FES.

Tjenesteorganisering og helsekompetanse

At foreldre til yngre barn rapporterte høyere helsekompetanse enn de med eldre barn, spesielt når det gjaldt å orientere seg i tjenestene og føle seg forstått og støttet av helsepersonell, kan kanskje forklares av organiseringen av tjenester til barn under skolealder i Norge og den relative kompleksiteten i tjenestene til eldre barn. På helsestasjoner har småbarnsfamilier tilgang til hjemmebesøk, individuelle konsultasjoner og gruppeveiledninger med fagpersoner (sykepleier, lege og fysioterapeut) (Helsedirektoratet, 2022). Helsestasjoner har også rutiner for å samarbeide med kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2010). Også barnehager, som de fleste norske barn går i, har en høy andel pedagoger og tilgang til kommunale pedagogiske tjenester ved behov (Gulbrandsen & Eliassen, 2013). Når barna blir eldre, derimot, er bildet mer komplisert. Overganger, som fra barnehage til skole, er en spesielt sårbar fase for familier til barn med funksjonsnedsettelse, hvor gode relasjoner kan brytes og nye instanser og fagpersoner kommer inn i bildet (Haugen et al., 2012). Med alder øker ofte barnas behov for tjenester (Demiri & Gundersen, 2016), og dette tjenestetilbudet blir ofte sammensatt, fragmentert og dår-

lig koordinert for barn med sjeldne diagnoser (von der Lippe et al., 2022).

Høyt utdannet er en sårbar posisjon

I denne studien beskrev foreldre med høyere utdanning inntil fire år å oppleve mindre forståelse og støtte fra helsepersonell, større utfordringer med å navigere i tjenestene og mindre tro på egen evne til å påvirke i samfunnet til det beste for barnet, enn de med både lavere og høyere utdanning. Dette er til dels i tråd med tidligere studier som beskriver at de høyest utdannede har høyest helsekompetanse (Buhr & Tannen, 2020), best forutsetning for å være talspersoner for barnas behov (Taylor et al., 2019) og å være mer involvert i demokratisk medvirkning (Barstad & Sandvik, 2015) enn lavere utdannede.

At foreldre med inntil fire års høyere utdanning ikke opplever seg mer myndige og kompetente enn de lavest utdannede, slik man kan forvente basert på tidligere studier (f.eks. Buhr & Tannen, 2020; Kalle-son et al., 2020), kan kanskje skyldes yrkeserfaring som gir relevant fagkunnskap (f.eks. sykepleier, vernepleier eller pedagog), men ikke samtidig autoritet eller kontakter som spesialister. Tidligere forskning har vist at spesialister i helsevesenet kommuniserer best med pasienter med tilsvarende sosioøkonomiske status som dem selv (Verlinde et al., 2012). De høyest utdannede foreldrene kan også ha erfaringer og kontaktflater som utgjør en fordel med tanke på å orientere seg i systemet (Taylor et al., 2019). Satt på spissen kan foreldre med høyere utdanning inntil fire år ha høyere forventninger basert på utdanning og erfaringer i yrkeslivet enn de lavere utdannede, men likevel ikke komme i posisjon til å oppleve seg like mestrende og hørt som de høyest utdannede.

Veiledning gir viktig utbytte

Studiens resultater antyder at kompetansetjenestene når et viktig mål med sine veiledninger; foreldre opplever å få mer kunnskap om den sjeldne diagnosen, noe tidligere forskning har dokumentert at de ønsker (Sørensen et al., 2012). Det var likevel begrenset hvor mange dimensjoner den nye kunnskapen var om, og det varierte hvor betydningsfull informasjonen var for foreldrene. Ny kunnskap om diagnosen årsak ble ikke beskrevet som like betydningsfull som ny kunnskap om andre dimensjoner. Foreldrene i denne studien hadde fått formidlet barnets diagnose for gjennomsnittlig tre år siden. Vårt funn kan kanskje forklares av tidligere forskning, som beskriver at å få en genetisk årsaksforklaring oppleves viktig for foreldre ved diagnosetidspunkt, men at de skifter fokus til behandling og håndtering av symptomer når

diagnosen er satt (Mollison et al., 2020). Diagnosens utvikling over tid var tilsynelatende et betydningsfullt tema for foreldrene i vår studie. Likevel hadde få fått ny kunnskap om denne dimensjonen i veiledningen. Dette er i tråd med tidligere forskning, som har vist at foreldre til barn med sjeldne diagnoser ønsker å snakke om fremtid og prognose, men at kommunikasjonen med tjenesteytere ikke i tilstrekkelig grad berører temaet (von der Lippe et al., 2022). Det kan stilles spørsmål ved hvorvidt informasjonen som gis om den sjeldne diagnosen under kompetansesentrene veiledning, er spesielt tilpasset foreldrenes behov, eller om den er generell for å treffe den varierte gruppen med deltakere.

Resultatene i denne studien antyder også at kompetansesentrene veiledninger øker helsekompetansen for foreldre som trenger det, og på områder som er viktige. Den største endringen i helsekompetanse ble funnet blant foreldre som skåret lavt før veiledning. Under intervjuene beskrev foreldre også mest endringer med hensyn til å ha informasjon nok til å kunne ivareta barnets funksjon og ha kunnskap om hvordan man aktivt kan gjøre dette, noe som er beskrevet som svært viktig for foreldre også i tidligere studier (Riggen et al., 2023; Starke & Möller, 2002).

Studien indikerer at kompetansesentrene veiledning også kan påvirke foreldres opplevelse av myndighet positivt, da spesielt de med lav myndighet i utgangspunktet eller de med utdanning opp til fire år. Lavere utdannede er en gruppe foreldre som i tidligere studier er funnet å ha liten tro på egen evne til påvirkning og endring (Nachshen, 2005). Myndighet er viktig for at foreldre skal våge å ta sin kunnskap og kompetanse i bruk og kjempe om hjelp, slik foreldre til barn med sjeldne diagnoser er beskrevet å ofte måtte gjøre (von der Lippe et al., 2022). At sentrenes veiledning ser ut til å styrke foreldrenes opplevelse av myndighet er derfor veldig lovende.

Metodologiske utfordringer

Designet på denne studien var relativt komplekst, og variablene som ble inkludert, var mange med tanke på det lille utvalget. Studien ble også gjennomført under koronapandemien, en periode da personer med funksjonsnedsettelse led under spesielt store belastninger med hensyn til tjenestetilbud, psykisk helse og sårbarhet for smitte (Croft & Fraser, 2022). Til sammen kan dette ha påvirket både rekrutteringen og begrenset resultatenes generaliserbarhet.

Få fedre deltok i denne studien. Mødre har ofte mer kontakt med tjenesteapparatet enn fedre når et barn har en funksjonsnedsettelse (Docherty & Dimond, 2018; Vatne et al., 2023), noe som kan innebære mer

kunnskap og helsekompetanse. Manglende kjønnsforskjeller i denne studien kan kanskje forklares av lavt antall deltakende fedre.

Familier med lav utdanning og dårlig økonomi var underrepresentert i denne studien. Dette er grupper vi basert på tidligere forskning kan anta har både lavere kunnskap, helsekompetanse og myndighet enn de med høyere sosioøkonomisk status (Buhr & Tannen, 2020; Çınar & Yaz, 2021; Kalleson et al., 2020). Lavt utdannede anses som en sårbar gruppe i forskning, da det kan innebære en redusert mulighet til å forstå hva deltakelse i forskning innebærer (Ruyter et al., 2008). Studiens rekrutteringsprosedyrer hvor mange parter var involvert, kan ha forhindret at god og tilpasset informasjon om studien nådde ut til alle familier.

Denne studien er den første til å utforske helsekompetanse og myndighet blant foreldre til barn med sjeldne diagnoser ved bruk av skjemaene HLQ og FES. Enkelte korrelasjoner mellom skalaer i FES og kategorier i HLQ utfordrer skjemaenes validitet.

Et eksempel er at familielivskalaen i FES, med spørsmål om evne til å forstå og håndtere barnets utfordringer, ikke korrelerer som forventet med HLQ-kategorien «Kunne aktivt ivareta barnets helse». Psykometriske aspekter ved skjemaene bør utforskes i fremtidig forskning.

Det kan se ut som om HLQ ikke fanger opp kompetanse med hensyn til alle aspekter som er relevante for foreldre til barn med sjeldne diagnoser i ivaretagelse av barnet. I intervjuer hvor definisjonen av helsekompetanse ble endret ved for eksempel å inkludere begrepet «funksjon» i stedet for kun «helse», ble det rapportert endringer i helsekompetanse som ikke ble fanget opp av HLQ. Definisjonen av helsekompetanse og kartlegging av dette innen feltet «sjeldne diagnoser» bør være i fokus i fremtidig forskning.

Kliniske implikasjoner

Psykologer eller andre tjenesteytere som arbeider med familier med barn med komplekse og sammensatte tilstander, bør vurdere å invitere til møter hvor både tjenesteytere og foreldre er til stede, da dette kan styrke foreldres forutsetninger for å ivareta barnet.

Ved gjennomføring av felles samarbeidsmøter eller veiledning kan arrangør maksimalisere foresattes utbytte ved å i forkant kartlegge hvilke områder foreldre ønsker belyst eller trenger å få styrket sin kunnskap eller kompetanse om.

Psykologer eller andre tjenesteytere bør være bevisst på utfordringene foreldre kan oppleve i møte med tjenesteapparatet etter som barna blir eldre, og på at et godt tverrfaglig møte kan styrke dem i perioder med endringer i barnas helse eller tjenestetilbud.

Foreldre til barn med komplekse og sammensatte tilstander har komplekse foreldreoppgaver. Gode tverrfaglige møter kan gjennomføres som en helsepsykologisk intervensjon for å styrke foreldre som har lite kunnskap, lav helsekompetanse og myndighet i sin rolle. ✘

Referanser

- Ashcraft, L.E., Asato, M., Houtrow, A.J., Kavalieratos, D., Miller, E. & Ray, K.N. (2019). Parent empowerment in pediatric healthcare settings: a systematic review of observational studies. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 12, 199–212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsen. (SSB rapport 2015/51). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/248399?ts=15166c21c40
- Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(4), 323–331. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/04/manifest-klinisk-helsepsykologi-i-norge>
- Cheuk, D.K. L., Wong, S.M. Y., Choi, Y.P., Chau, A.K. T. & Cheung, Y.F. (2004). Parents' understanding of their child's congenital heart disease. *Heart*, 90(4), 435–439. <https://doi.org/10.1136/hrt.2003.014092>
- Cohen, J. (1988). Set Correlation and Contingency Tables. *Applied Psychological Measurement*, 12(4), 425–434. <https://doi.org/10.1177/014662168801200410>
- Çınar, D. & Yaz, Ş.B. (2021). Parents' awareness of type 1 diabetes: knowledge status. *Progress in Health Sciences*, 11(1), 97–103. [www.https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.9286](https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.9286)
- Croft, S. & Fraser, S. (2022). A scoping review of barriers and facilitators affecting the lives of people with disabilities during COVID-19. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 2, 784450. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.784450>
- de Buhr, E. & Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 20, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5>
- Demiri, A.S. & Gundersen, T. (2016). *Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse* (NOVA rapport 7/2016). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5107>
- Docherty, F. & Dimond, R. (2018). «Yeah that made a big difference!»: The importance of the relationship between health professionals and fathers who have a child with Down syndrome. *Journal of Genetic Counseling*, 27(3), 665–674. <https://doi.org/10.1007/s10897-017-0171-y>
- EURORDIS. (u.å.). *What is a rare disease?* Hentet 25. april 2024 fra <https://www.eurordis.org/information-support/what-is-a-rare-disease/>
- Ferreira, C.R. (2019). The burden of rare diseases. *American journal of medical genetics Part A*, 179(6), 885–892. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.61124>
- Folkhelseinstituttet. (2010). *Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_forebygging_kvalitetssystem_nov.pdf
- Gulbrandsen, L. & Eliassen, E. (2013). *Kvalitet i barnehager. Rapport fra en undersøkelse av strukturell kvalitet høsten 2012* (NOVA rapport 1/2013). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5062/6157_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Haugen, G.M. D., Hedlund, M. & Wendelborg, C. (2012). «Det går ikke an å bruke seg sjøl både på retta og vranga». Om helsebelastning, sårbarhet og forebygging i familier med barn med funksjonsnedsettelse. (SINTEF rapport). NTNU Samfunnsforskning AS. <http://hdl.handle.net/11250/2366147>
- Helsedirektoratet. (2019). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov* (veileder). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2022). *Helsestasjonsprogrammet 0–5 år* (retningslinje). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Helsestasjonsprogrammet-0-5.pdf/>
- Helsenorge. (u.å.). *Sjeldne diagnoser*. Hentet 14. august 2024 fra <https://www.helsenorge.no/sjeldne-diagnoser/>
- Kallesen, R., Jahnsen, R. & Østensjø, S. (2020). Empowerment in families raising a child with cerebral palsy during early childhood: Associations with child, family, and service characteristics. *Child: care, health and development*, 46(1), 19–27. <https://doi.org/10.1111/cch.12716>
- Keim-Malpass, J., Letzkus, L.C. & Kennedy, C. (2015). Parent/caregiver health literacy among children with special health care needs: a systematic review of the literature. *BMC Pediatrics*, 15, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0412-x>
- Koren, P.E., DeChillo, N. & Friesen, B.J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37, 305–321. <https://doi.org/10.1037/h0079106>
- Leventhal, H., Diefenbach, M. & Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143–163. <https://doi.org/10.1007/BF01173486>
- Mollison, L., O'Daniel, J.M., Henderson, G.E., Berg, J.S. & Skinner, D. (2020). Parents' perceptions of personal utility of exome sequencing results. *Genetics in Medicine*, 22(4), 752–757. <https://doi.org/10.1038/s41436-019-0730-8>
- Nachshen, J.S. (2005). Empowerment and families: Building bridges between parents and professionals, theory and research. *Journal on Developmental Disabilities*, 11(1), 67–76. oadd.org/wp-content/uploads/2016/12/nachshen.pdf

- Norsk psykologforening. (u.å.). *Valgfritt program i klinisk helsepsykologi*. Hentet 9. august 2024 fra <https://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning/valgfritt-program/valgfritt-program-i-klinisk-helsepsykologi>
- Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, M. & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 1–17. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
- Regjeringen. (2021). *Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser* (nasjonal strategi). Helse- og omsorgsdepartementet. www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-sjeldne-diagnoser/id2867121/
- Riggan, K.A., Gross, B., Close, S., Steinberg, A. & Allyse, M.A. (2023). «Knowledge is Power»: parent views on the benefits of early diagnosis and awareness of sex chromosome multिसomy among pediatric professionals. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 44(2), 119–125. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001153>
- Ruyter, K. W, Solbakk, J. H. & Waal, H. (2008). *Rusmiddelbrukeren og forskeren. Etiske prinsipper, erfaringer og ettertanker* (SERAF- og SME-rapport fra seminar om «Sårbare grupper – forskningsetiske retningslinjer og prinsipper», 2.–3. oktober 2008). Seksjon for medisinsk etikk og Senter for rus- og avhengighetsforskning. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2009/Rusmiddelbrukeren-og-forskeren.pdf#page=37>
- Singh, N.N., Curtis, W.J., Ellis, C.R., Nicholson, M.W., Villani, T.M. & Wechsler, H.A. (1995). Psychometric analysis of the family empowerment scale. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(2), 85–91. <https://doi.org/10.1177/106342669500300203>
- Starke, M. & Möller, A. (2002). Parents' needs for knowledge concerning the medical diagnosis of their children. *Journal of Child Health Care*, 6(4), 245–257. <https://doi.org/10.1177/136749350200600402>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brans, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Taylor, S., Conley Wright, A., Pothier, H., Hill, C. & Rosenberg, M. (2019). It's Like I Have an Advantage in All This: Experiences of Advocacy by Parents of Children with Disabilities from Professional Backgrounds. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 46(3). <https://doi.org/10.15453/0191-5096.4226>
- Tschamper, M.K., Wahl, A.K., Hermansen, Å., Jakobsen, R. & Larsen, M.H. (2022). Parents of children with epilepsy: Characteristics associated with high and low levels of health literacy. *Epilepsy & Behavior*, 130. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108658>
- Tøssebro, J., Berg, B., Bruteig, R., Caspersen, J., Hermstad, I.H. & Wendelborg, C. (2023). Bedre tjenester til barn og unge med sammensatte behov? (Delrapport 1: Utgangspunktet da lovendringene trådte i kraft). NTNU Samfunnsforskning AS. <https://samforsk.brage.unit.no/samforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/3089318/Bedre%2btjenester%2btill%2bbarn%2bog%2bunge%2bmed%2bsammensatte%2bbehov%2b-%2bDelrapport%2b1%2b2023%2b.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vatne, T.M., Dahle, S.S., Haukeland, Y.B. & Fjermestad, K.W. (2023). A qualitative study of men's experience of being a father in families with childhood disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 35(1), 111–131. <https://doi.org/10.1007/s10882-022-09847-8>
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M. & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International journal for equity in health*, 11, 1–14. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-12>
- von der Lippe, C., Neteland, I. & Feragen, K.B. (2022). Children with a rare congenital genetic disorder: A systematic review of parent experiences. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 17(1), 375. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02525-0>
- Wahl, A.K., Hermansen, Å., Tschamper, M.B., Osborne, R.H., Helseth, S., Jacobsen, R. & Larsen, M.H. (2024). The Parent Health Literacy Questionnaire (HLQ-Parent). Adaptation and validity testing with parents of children with epilepsy. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(1), 39–47. <https://doi.org/10.1177/14034948221123436>
- World Health Organization. (u.å.). Improving health literacy. Hentet 25. april 2024 fra <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
- Yang, H.L., Chen, Y.C., Wang, J.K., Gau, B.S. & Moons, P. (2013). An evaluation of disease knowledge in dyads of parents and their adolescent children with congenital heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(6), 541–549. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318260c308>

Sykehus-BUP: Tverrfaglig biopsykososial praksis i somatikken

Et helhetlig og multifaktorielt behandlingsperspektiv kan redusere belastning og risiko for psykisk uhelse hos barn med somatisk sykdom.

TEKST Trond H. Diseth og Linn B. Herner, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP), Barne- og ungdomsklinikken, Oslo Universitets-sykehus (OUS) Rikshospitalet

KONTAKT trond.diseth@ous-hf.no

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter

Barn er tydeligere og mer umiddelbare i sine behov og formidling enn voksne. Å komme til et sykehus kan være ubehagelig og skummelt for både voksne og barn, men ubehaget uttrykkes oftere i gangene på en barneklinnikk. Barn og unges behov for oversikt, forutsigbarhet og kontroll når de skal på sykehus, gjelder for hele livsløpet, og slik sett viser barna vei til god tverrfaglig praksis i somatikken.

De siste tiårene har det vært en endring i sykdomspanoramaet hos barn og unge. Biomedisinske teknologiske fremskritt har bidratt til at flere overlever ekstremt premature fødsler, medfødte misdannelser, alvorlig sykdom og fysiske traumer. Samtidig har forekomsten av sammensatte, stressrelaterte tilstander økt. Behovet for en helhetlig tverrfaglig kompetanse i somatikken er betydelig, det er et behov vi ser daglig i våre møter med barn og unge med somatisk sykdom og somatiske plager. Det biopsykososiale perspektivet er grunnleggende for både utredning, behandling og forankring av hjelpetilbudet lokalt, og for samarbeid mellom øvrige linjer av helsetjenesten og andre

instanser. En fremvoksende helhetlig forståelse basert på en biopsykososial tilnærming utfordrer et fortsatt dualistisk helsevesen og dets organisering av helsetilbudet til somatisk syke barn. Utviklingen av sykdomspanoramaet hos barn og unge understreker behovet for en helhetlig tilnærming, som gjør det nødvendig med et tett, nært og respektfullt samarbeid på tvers av somatikk og psykisk helse.

Ved Barne- og ungdomsklinikken på Oslo universitetssykehus (BAR OUS) inngår oppfølging av psykisk helse som en integrert del av sykehusets totale helsetilbud til barn og unge innlagt for en somatisk lidelse eller symptomatologi. Med en biopsykososial sykdomsforståelse og tilnærming organiseres psykososialt fagpersonell i tverrfaglige team rundt pasientløp som barnekreft, medfødte misdannelser, syke nyfødte og premature, hjerte- og lungesyke, revmatologiske, nevrologiske og endokrinologiske tilstander, ulykker, intoks, mishandling, samt funksjonelle somatiske symptomtilstander. Mandatet og målet er å bidra til god sykdomsmestring og forebygge uheldige psykososiale sykdomskonsekvenser

for både pasient og familie gjennom pasientbehandling, veiledning og undervisning av sykehuspersonale, samt tverrfaglig klinisk forskning.

HISTORISK PERSPEKTIV

Den første barnepsykiatriske avdelingen i Norge ble etablert i 1950 på Rikshospitalets Barneklinikk (BUP-RH). Rikshospitalets overlegeråd ønsket en egen BUP-avdeling integrert i klinikken, den gang med mandat om å gjennomføre utredninger for vergeråd, skoler og barnehjem. Dette var en ren sengeavdeling (11 senger) ledet av egen overlege og dosent i barnepsykiatri. Mellom 1953 og 1968 var Rikshospitalets Barneklinikk eneste godkjente utdanningsinstitusjon for leger innen barne- og ungdomspsykiatri. I forbindelse med etableringen av Statens Senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) i 1968 ble BUP-RHs både faglige ressurspersoner og senger overført dit, slik at RH sto igjen uten et BUP-tilbud. RHs ledelse så imidlertid behovet for et BUP-tilbud til Barneavdelingens pasienter og ansatte dermed i 1970 en egen psykolog, som ble starten for et nytt psykososialt tilbud. Utover 1970-tallet var det fra helsemyndighetenes side et uttalt ønske om å knytte barne- og ungdomspsykiatri og somatikk nærmere sammen, og RH fikk øremerkede midler til å opprette et tverrfaglig BUP-team. Landets første barnepsykiatriske sykehusteam (S-BUP) ble således opprettet i 1976. Teamet hadde tre fagpersoner og ble organisert som en egen seksjon på Barneklubben.

Etter etableringen av Oslo universitetssykehus i 2010 har teamet vokst. I omorganiseringsfasen var det en utfordrende prosess om BUP-seksjonen på RH skulle beholde tilhørighet til pediatrien eller organiseres under den generelle barne- og ungdomspsykiatrien; etter sterkt tverrfaglig engasjement endte prosessen med fortsatt organisering under pediatrien. Fremveksten fra én psykologstilling i 1970 til en avdeling med 50 stillinger i 2024 viser at pediatrien virkelig har *ønsket* et fullt integrert psykososialt team i egen klinikk. Dette ønsket har altså rot i positive erfaringer med å ansette én psykolog i egen barneavdeling; nesten 50 år etter stadfester den nye sykehusloven (2016) det samme behovet for psykologer inne på alle landets barne- og ungdomsmedisinske avdelinger. Fremveksten av de til nå over 50 stillingene viser at både somatikken og sykehusledelsen

ser at et integrert tilbud på tvers representerer en avgjørende forskjell for våre felles barnepasienter og deres familier. Men hvorfor trenger vi biopsykososial behandling, og hva innebærer behovet for helsevesenet?

SOMATISK SYKDOM OG PSYKISK UHELSE

For 25–30 % av barna som er på norske sykehus i løpet av oppveksten, bruker vi nå mer og mer fagressurser på såkalte livsløpssykdommer (Diseth, 2014). Av norske barn og unge har 15–18 % en kronisk somatisk sykdom, 8–12 % har en alvorlig kronisk somatisk sykdom med behandling som påvirker dem gjennom hverdagen; de vanligste tilstandene her er astma, allergi og eksem. Tilstanden som har økt mest, er gruppen vi kan kalle overleverne, som tallet være dagens høyteknologiske medisinske utvikling overlever sin medisinske tilstand som barna før døde av. I løpet av de siste 30–40 årene har overlevelse for kreftsykdom økt fra 30 til 90 %, og organtransplantasjon fra 0 til 85 %. Vi redder livet til alvorlig premature helt ned til overkant av 300 gram. I disse tallene ligger også en økende andel barn og unge med negative sykdoms- og sykehuserfaringer i form av smerte-, stress- og traumatiske erfaringer. En annen gruppe som også har økt de senere 10–15 år, er de stressrelaterte funksjonelle somatiske symptomtilstandene, som i dag utgjør 15–25 % av norske barn (Helgeland & Diseth, In press).

Gruppen barn og unge med en alvorlig kronisk somatisk sykdom inkluderer mange flere betydningsfulle forhold enn selve den somatiske diagnosen. I vår tverrfaglige tilnærming står det helt sentralt å arbeide frem formaliserte prosedyrer for å minske separasjon, tap av kontroll og erfaring med smerte, stress og traumer ved sykehusinnleggelse og under behandlingsprosedyrer. Videre står også det å etablere rutiner og arbeidsformer for å sikre gode samarbeidsrelasjoner, økt forutsigbarhet, kontroll og oversikt gjennom hele pasientforløpet sentralt. Bakgrunnen er en rekke elementer som betegner gruppen, som vi vil nevne her.

Sykehusinnleggelse

Innleggelse på sykehus før 5 års alder utgjør *fremdeles* risiko for senere psykisk uhelse. Forskning viser at risikoen varierer noe basert på antall og varighet av innleggelse, samt type utrednings- og behandlingsprosedyrer. Risi-



Innleggelse på sykehus før 5 års alder utgjør fremdeles risiko for senere psykisk uhelse



koen for psykisk uhelse etter innleggelser bunnert i ulike belastninger:

Adskillelse – separasjon – kan representere en betydelig belastning ved sykehusinnleggelser. Det omfatter fravær av nær omsorgsperson og adskillelse fra alt det kjente. Allerede på 1970-tallet påviste studier alvorlige krisereaksjoner hos barn ifm. hospitalisering, samt risiko for langvarige følelses- og atferdsmessige vansker. Kunnskapen om dette førte til at vi i Norge etter hvert fikk «Forskrift om barn og unges opphold i helseinstitusjon», men da så sent som i 1988. Forskriften definerer barns rett til egne avdelinger tilpasset deres utviklingspsykologiske behov, rett til aktivisering og undervisning, samværsrett med pårørende og dermed dekning av pårørendes utgifter, samt rett til alderstilpasset informasjon. En viktig oppgave for et psykososialt team er å være forskriftens «fanebærer» og å heve fanen høyt når stadig økte krav om produktivitet, effektivitet og lønnsomhet truer forskriftens formål.

Tap av kontroll er en annen belastning, som utgjør for barnet å måtte underkaste seg vanskelige situasjoner i utrednings- og behandlingsprosedyrer. Et viktig mål i arbeidet, utover forebygging gjennom informasjon og forberedelse, blir å hjelpe barnet til raskest mulig å gjenvinne kontroll over situasjonen bl.a. via innlærte mestringsstrategier som avspenning, avledning, eksternalisering og hypnoterapi. Et grunnleggende element er at foreldre skal støttes i rollen som samarbeidspartner, trøster og heilagjeng for barnet, og ikke delta aktivt som utøvere av prosedyrer som kan representere tap av kontroll for barnet.

Smertefulle prosedyrer, altså medisinske prosedyrer og operative inngrep, utgjør en siste hovedgruppe av belastninger. Frem til de siste 30 årene ble flere inngrep og prosedyrer utført uten tilstrekkelig smertestillende medisin eller narkose. Det skjedde ut fra myter om at sped- og småbarn ikke føler smerte grunnet en ikke ferdig utviklet smerterespons, og myter om at barn i hvert fall ikke husker smertefulle eller traumatiske opplevelser. Klinikker og forskning viser det motsatte; barn har en sterkere smerteopplevelse, kraftigere smerterespons og en større individuell variasjon i smerteresponsen enn voksne. Videre viser nyere studier at smerte, stress og traumer kan ha en negativ neurobiologisk effekt på en sårbar hjerne under utvikling, både fysiologisk og strukturelt

(Diseth, 2005; Teicher & Samson, 2016). I tillegg må helsepersonell være klar over mekanismer som innlært smerterespons og sensitisering av nervesystemet (Noel et al., 2010). Smerte «huses», og barnet vil ved gjentatte smertefulle stimuli oppleve smerten som mer og mer intens. Smerte, stress og traumer hos sykehusinnlagte barn er dessverre fremdeles underestimert og underbehandlet. Disse faktorene er assosiert med risiko for utvikling av følelses- og atferdsmessige problemer. For helsepersonell blir derfor holdninger og tiltak avgjørende for barnets opplevelser på sykehuset.

Barn som skal gjennom medisinske prosedyrer, trenger helsepersonell som erkjenner eventuelle tidligere smerteopplevelser, og som anerkjenner foreldrenes opplevelse og reaksjoner. Helsepersonellet bør alltid vurdere om aktuelle prosedyrer må gjennomføres, og hvis ja: om den kan gjennomføres på en annen måte. Hvis ikke bør man stille spørsmålet om prosedyren må gjennomføres nå, eller om det finnes tid til forberedelse. Hvis den faktisk må gjennomføres der og da, bør man tilstrebe mest mulig rolig og positiv atmosfære i egne behandlingsrom med aktiv deltagelse fra barnet hvor man gir barnet valgmuligheter: alt for å vektlegge mestring og kontroll. Det skal gis adekvat smertebehandling i form av både farmakologiske og ikke-farmakologiske intervensjoner, inkludert god informasjon og forberedelse, samt tilbud om ulike avlednings- og avslapningsteknikker, hypnoterapi og musikkterapi.

Kronisk og alvorlig somatisk sykdom

Somatisk sykdom kan i seg selv være en risiko for utvikling av emosjonelle, sosiale og familiære vansker. Vi ser en fordobling til tredobling av psykisk uhelse sammenlignet med somatisk friske barn (dvs. 12–15 % x 2–3); altså vil til enhver tid 30–50 % av sykehusinnlagte barn ha en barnepsykiatrisk diagnose i tillegg til sin somatiske tilstand (Diseth, 2014; Diseth, 2006).

Forskning tilsier at risikoen i stor del er avhengig av sykdommens symptomatologi, forutsigbarhet og synlighet (Diseth, 2014). Sykdommens alvorlighetsgrad har betydning, og moderat grad gir større risiko enn alvorlig. Videre påvirker grad av synlighet; skjulte symptomer gir større risiko enn synlige. I hvilken grad symptomene er forutsigbare, er også en prediktor; et ukontrollert symptom gir større

risiko enn et kontrollert symptom. I tillegg spiller utviklingspsykologiske, familiære og sosiale forhold inn.

Familieforhold og foreldrereaksjoner

Familieforhold og foreldrereaksjoner er sentrale for barns håndtering av sykdommen, og kan forsterke og vedlikeholde belastninger ved barnets somatiske sykdom. Forskning viser at fravær av depresjon hos foreldre, god tilpasning i ekteskapet, god støtte fra familie og nettverk og åpen foreldre-søsken-kommunikasjon er beskyttende faktorer (Diseth, 2014). Imidlertid ser vi ofte foreldrereaksjoner preget av sjokk, angst, usikkerhet, aggresjon, depresjon, sorg, skam- og skyldfølelse. Reaksjonene kan prege foreldre i årevis, også i generasjoner. De kan også påvirke parforholdet, det somatisk syke barnet og videre søsken negativt. Foreldres helsekompetanse er funnet å relatere til sykdomsutviklingen hos barn, der lavere helsekompetanse assosieres med mindre helsefremmende atferd (Mannsaker et al., 2021). Slike forhold stiller ekstra krav til god kommunikasjon i pediatrien.

Kunnskap om ulike somatiske, utviklingspsykologiske og familiære forhold belyser viktigheten av en arbeidsmodell som hviler på helhetlig multifaktoriell forståelse: en biopsykososial tilnærming.

DAGENS ARBEIDSMODELL OG FAGLIGE FUNDAMENT

Dagens moderne barne- og ungdomsmedisin har nå gått fra søkelys på «kasus» til «individ», fra det å fokusere på barnet som et «kasus» (latin; «sykdomstilfelle») til dagens vekt på det hele barnet: «individuus» (latin; «udelelig»). I tråd med dette er den moderne barne- og ungdomsmedisins faglige fundament en helhetlig, multifaktoriell sykdomsforståelse. I en slik biopsykososial sykdomstilnærming erkjenner vi at det foreligger komplekse interaksjoner mellom ulike biologiske, psykologiske og sosiale faktorer i forståelsen av predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer ved all sykdom. For å kunne innta og opprettholde en slik felles biopsykososial sykdomsforståelse må vi inneha kunnskap om tre viktige perspektiver: *biologiske perspektiv*, inkludert genetisk og fysisk sårbarhet, nevrologisk utvikling og somatisk sykdom, symptomer og behandling; *psykologiske perspektiv*, inkludert utviklingspsykologiske, kognitive, relasjonelle og tilknytningsfaktorer; og *sosiale perspektiv*, med foreldre- og familiefungering, samspill og kommunikasjon, sykdomserfaring, sykdomsforståelse, søskentematikk, skolemessige og sosioøkonomiske forhold.

Dette helhetlige, multifaktorielle fugleperspektivet på sykdom og helse representerer den felles himmelen vi beveger oss under. Men hvordan kan vi rent praktisk forholde oss til og gjennomføre dette i vår kliniske hverdag, der travelhet, subspecialisering og dikotom tenkning fortsatt råder? Hvilke metoder har vi i vår verktøykasse?

VERKTØYKASSE OG METODIKK

Verdens helseorganisasjon (WHO) stiller et overordnet krav om at vi gjennom biopsykososial kunnskap om barnets sykdom, symptomatologi og sykdomsbelastning, barnets utvikling og reaksjoner, familiesamspill og foreldrereaksjoner skal behandle og forebygge med mål om at barnet uavhengig av alder og familie skal leve med sin somatiske sykdom uten begrenset livskvalitet. For å oppfylle dette kravet mener vi at støtte til barnet og familien med tanke på best mulig sykdomsmestring må stå sentralt i alt vårt arbeid overfor barn på sykehus.



Familieforhold og foreldrereaksjoner kan forsterke og vedlikeholde belastninger ved barnets somatiske sykdom





... støtte til barnet og familien med tanke på best mulig sykdomsmestring må stå sentralt i arbeid overfor barn på sykehus

En biopsykososal tilnærming er i seg selv teorinøytral. Metodene vi bruker overfor barn på sykehus, hviler først og fremst på anerkjent evidens- og kunnskapsbasert individual- og familieterapeutiske tilnærminger valgt ut fra pasienten og dens behov. For helsepersonell som arbeider med psykisk helse i pediatrien, vil det i tillegg være viktig med metoder som bidrar til å gi barnet mulighet til å skaffe seg kontinuerlig oversikt, forutsigbarhet og kontroll. Ulike mestringsverktøy som å lese, endog lage eventyr sammen med barnet, eksternaliseringsteknikker som tegning og dataspill, avlednings- og avspenningsteknikker, hypnoterapeutiske teknikker, musikkterapi, friluftsterapi, korttidsterapi og familiesamtaler er sentrale her.

TVERRFAGLIGHET UNDER PRESS

Sykehusene er preget av stadig økte krav om effektivisering, som bl.a. viser seg i reduserte antall sykehusinnleggelses og liggedøgn. Situasjonen setter det helhetlige helsetilbudet under press. Oppgaven for den kliniske helsepsykologen og øvrige fagpersoner i det tverrfaglige teamet blir dermed enda viktigere, og en del av mandatet til den psykososiale helsetjenesten blir å fungere som veiledende instans inn mot somatikken. Både internasjonalt og nasjonalt brukes begrepet konsultasjons-liaison-tjeneste (KL-tjeneste) om psykososiale tjenester som er rettet mot somatiske avdelingers pasienter og personale. Begrepet kommer fra det engelske consultation-liaison (CL), basert på det latinske «consulere» = rådspørre og «ligare» = binde sammen.

Med *konsultasjonstjeneste* mener vi en psykososial fagpersons vurdering av en pasient, med bakgrunn i en somatikers tilkalling ved behov med tanke på diagnose og behandling. For en slik oppgave bruker vi vanlig BUP-diagnostikk og behandling. På en somatisk barneavdeling utføres konsultasjonsarbeid ved indirekte eller direkte vurdering av innlagte barn, foreldre, søsken med tanke på diagnose og behandlingsbehov, bl.a. ved fast deltagelse på tverrfaglige møter på barneposten. En tverrfaglig drøfting kan eksempelvis bidra til forlengelse av et barns innleggelse, utsettelse av et inngrep for å gi mer tid til forberedelse eller anbefaling om organisering av helsetjenesten i en palliativ fase.

Med *liaison*tjeneste menes at en psykososial fagperson er tilknyttet en somatisk enhet og fungerer som bindeledd («ligare») mellom pasientgruppen og personalet på avdelingen for økt vekt på psykologiske og psykososiale aspekter. Det innebærer kompetanseheving gjennom veiledning og undervisning. På en barneavdeling blir dermed liaisonarbeid en oppfølging av barneavdelingen gjennom previsit, visittgang, tverrfaglige møter, undervisning på avdelingsmøter og veiledning på gruppenivå for å sammenbinde psykologiske aspekter i møte med pasienten og personalet. Det innebærer også tolkning og «oversettelse» av foreldres normale krisereaksjoner overfor somatisk helsepersonell.

De tre viktigste oppgavene i et slikt KL-arbeid blir dermed å være barnets og familiens psykososiale «advokat» under sykehusinnleggelsen, med barnets emosjonelle og utviklingsmessige behov i fokus; å tilby råd og støtte til somatikeren i en vanskelig klinisk situasjon; samt formell undervisning og kompetanseheving av det somatiske teamet.

For å kunne oppfylle mandatet kreves det en ledelsesforankret anerkjennelse av behovet for samarbeid på tvers av somatikk og psykisk helse. Videre kreves det en anerkjennelse av at tilbudet er kontinuerlig tilgjengelig og geografisk nær, helst under samme tak. Samarbeidet på tvers må

dessuten være forankret i et felles faglig fundament og språk: et biopsykososialt sykdomsperspektiv. Tid og evne til tverrfaglighet og en gjensidig faglig respekt, tillit og lojalitet er en viktig forutsetning. En gjensidig forventning om disse egenskapene og ferdigheter på tvers bør bygge på en trygg, faglig identitet og tilhørighet i en større tverrfaglig gruppe. Innsikten om dette ligger hos og utøves av den enkelte, men er også et sentralt lederansvar.

I FREMTIDEN

I utgangspunktet er et fortsatt dualistisk helsevesen hverken organisatorisk eller faglig i stand til å fange opp, vurdere, forstå eller behandle den betydelige andel av pasienter med behov for tverrfaglig, biopsykososial tilnærming gjennom en utredning og behandling. Endringen i den norske barnebefolknings sykdomspanorama har gitt en økning av pasientgrupper som krever en helhetlig sykdomstilnærming allerede ved henvisning og mottak på somatisk barnepoliklinikk eller sengepost. Klinisk helsepsykologisk kompetanse står helt sentralt i dette. En dualistisk tilnærming kan bidra til forverring av både fysiske og psykiske helse-

parametre, og bidra til svekket livskvalitet og opplevelse av mestring.

Et helhetlig biopsykososialt behov kan imøtekommes med barne- og ungdomspsykiatriske enheter organisert i somatikken for der å representere en fullverdig integrert del av sykehusenes totale tilbud. Gjennom vår avdelings historie har vi sett at et tverrfaglig, gjensidig respektfullt samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern har stor betydning i den daglige pasientbehandlingen.

Helsepsykologens plass på en barnemedisinsk avdeling er en del av en *fremtidsrettet medisin*: en helhetlig barne- og ungdomsmedisin som innebærer en tverrfaglig tilnærming basert på en biopsykososial forståelse med individet, det «hele» barnet, i sentrum. Vi ser heldigvis i økende grad eksempler på at det helhetlige perspektivet også kan ivaretas i barnets hjemkommune, i et samarbeid mellom lokal barneavdeling, lokal BUP, fastlege, skole og PPT. Samtidig ser vi fortsatt et stort behov for en opprustning av stillinger og tjenester i både første-, andre- og tredjelinjen, slik at pasienter kan få god, helhetlig oppfølging, både under og etter behandling på sykehus. ✘

REFERANSER

- Diseth, T.H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 79–91. <https://doi.org/10.1080/08039480510022963>
- Diseth, T.H. (2006). Dissociation following traumatic medical procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and Psychopathology*, 18, 233–251. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060135>
- Diseth, T.H. (2014). Kronisk somatisk sykdom og symptomatologi hos barn og unge. I A.A. Dahl, J.H. Loge & T.F. Aarre (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 674–694). Cappelen Damm Akademisk.
- Helgeland, H. & Diseth, T.H. (In press). Funksjonelle symptomer og tilstander. I Norsk Barnelegeforening (Red.), *Generell veileder i pediatri*. Den Norske Legeforening.
- Mannsaker, I.K. R., Vågan, A., Geirdal, A.Ø. & Stenberg, U. (2021). Hospital social workers' contributions to increasing health literacy among parents of acutely and critically ill children. *European Journal of Social Work*, 26(1), 121–133. <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.2016645>
- Noel, M., McMurtry, C.M., Chambers, C.T. & McGrath, P.J. (2010). Children's memory for painful procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *Journal of pediatric psychology*, 35(6), 626–636. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp096>
- Teicher, M.H. & Samson, J.A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>

Å skape trygge samtaler når et barn kan dø

Når barnets liv er i fare og umulige valg skal tas, er faren for konflikter i behandlingen stor. Med konkrete grep kan psykologen styrke samarbeidet med foreldrene.

TEKST Ragnhild Avdem Fretland, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus (S-BUP), OUS og Regionalt palliativt team barn og unge (PALBU), Helse Sør-Øst

KONTAKT
rafret@ous-hf.no

MERKNAD
Pasienthistoriene er anonymiserte, og familiene til Julia og Teodor har samtykket til publisering. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Julia (13) har en aggressiv kreftsykdom som responderer dårlig på behandling. Målet har likevel vært at hun skal bli frisk, og planen er å fortsette behandlingen, til tross for at hun har hatt mange smertefulle komplikasjoner.

Under en sykehusinnleggelse blir Julia gradvis dårligere. Legene jobber på spreng for å finne medisinske løsninger, men det er ingen åpenbar årsak til forverringen. Foreldrene forsøker å holde motet oppe og samler på lyspunkter. Samtidig blir Julia sykere og vanskeligere å få god kontakt med.

I samtaler med foreldre blir kommunikasjonen nå vanskeligere. Behandlingsteamet forsøker å ta opp muligheten for at Julia kan dø, mens foreldrene vil undersøke hvilke andre behandlingstilbud som finnes. Samtalene blir i økende grad preget av at foreldrene ikke føler seg forstått og lyttet til, og frustrasjonen stiger.

Psykologens arbeid med barn og unge blir alltid bedre hvis vi har foreldrene med på laget. Når vi møter barn og unge med livstruende sykdom, som Julia, er likevel samarbeidet med foreldre ofte helt avgjørende for hvor god behandling vi klarer å gi.

Verdens helseorganisasjon definerer at barnepalliasjon er aktiv og helhetlig støtte til barn med livstruende/livsbegrensende sykdom og deres familie, og omfatter fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. I disse forløpene står vi stadig overfor krevende avgjørelser, sterke følelser og livsendrende kriser. Barnet eller ungdommen blir i økende grad avhengig av de voksne rundt seg etter hvert som kroppen blir svakere og sykere. Trygg, tydelig og tillitsfull kommunikasjon med pårørende er derfor en nødvendig grunnmur i barnepalliasjon (Feudtner, 2007).

Samtidig er det flere faktorer i et barnepalliativt forløp som kan gjøre foreldresamarbeidet ekstra krevende. Uenighet om målene for behandlingen, informasjon til barnet om dårlig prognose eller ulik vurdering av hva som er barnets beste, kan gjøre at kommunikasjonen mellom behandlingsteam og foreldre blir anspent – og i verste fall blir konfliktfylt eller stopper helt opp. Slike konflikter er svært krevende for både foreldre, behandlere og ikke minst det syke barnet.

I artikkelen kan du lese om de mulige konfliktområdene, og hvordan psykologen kan bidra til å forebygge og håndtere uenighet. Jeg

skal komme med konkrete forslag til hvordan psykologer kan bygge gode samarbeidsallianser med foreldre i krise.

UENIGHET OM BEHANDLINGSMÅL

Instinktet om å beskytte barnet sitt er grunnleggende i foreldre. Når alvorlig sykdom truer barnet, vil foreldre naturlig nok gjøre alt for å fortsatt klare beskytteroppgaven. I en verden av avansert medisin blir foreldre prisgitt helsepersonell for å få tilgang til behandling og å navigere i hva som er best for barnet.

Når barn blir født friske og får sykdommer som i utgangspunktet kan kureres, som kreft eller organsvikt, vil behandlingsmålet til enhver lege selvsagt være å gjøre barnet friskt. Da trenger man som regel ikke å drøfte behandlingsmål med foreldre. Problemene melder seg når prognosen ved slike tilstander forverres, som i Julias tilfelle, eller når prognosen er dårlig fra starten.

Hvis vi som psykologer, i rolige faser av alvorlig sykdom, klarer å skape trygge rom som tillater samtale med foreldrene om vanskelige temaer og får åpnet opp for at det finnes ulike behandlingsmål, kan vi forebygge vonde konflikter (Ragsdale et al., 2022). I engelsk faglitteratur er denne typen dialog kjent som «advance care planning», på norsk brukes betegnelsen «forhåndssamtaler». Et effektivt hjelpemiddel i slike forhåndssamtaler er en beredskapsplan.

En beredskapsplan er et dokument som gir tydelig informasjon om behandlingsmål, eventuelle begrensninger for behandlingen i en akutsituasjon og særlig viktige opplysninger som familien ønsker at helsepersonell skal kjenne til. Samtaler med foreldre om slike planer ser ut til å gi økt tillit mellom foreldre og behandlere (Mullin et al., 2022), mindre lidelse for barnet (DeCoursey et al., 2019) og lavere risiko for komplisert sorg hos foreldre etter barnets død (van der Geest et al., 2014).

En studie fra Danmark viser at mange foreldre opplevde at kommunikasjonen om barnets mulige død startet for sent (Lykke et al., 2022). Psykologer er særlig skolerte til å ta opp følelsesmessig krevende temaer på en ivaretagende måte, og bør derfor bidra til at slike forhåndssamtaler finner sted. Så lenge vi vet at foreldre har en realistisk oppfatning av sykdomssituasjonen, skal vi være med dem og lete etter håp, uansett hva håpet består i.

Vi setter av god tid til en samtale med Julias foreldre. Samtalen innledes med at vi på sykehuset tar ansvar for at kommunikasjonen ikke har vært god nok den siste tiden, og beklager dette. Deretter avtaler vi med foreldrene å ha faste samtaler med samme lege og psykolog. Dette skal ikke være typiske «informasjons-samtaler», som både legene og foreldrene er blitt vant med. Målet er å sammen lage en beredskapsplan som er i tråd med familiens verdier og ønsker, og som samtidig ivaretar behandlernes etiske og faglige føringer.

Temaene i samtalene endrer seg: Vi får høre om hvordan Julia var et barn som aldri ga opp, og om frykten for at Julias yngre bror skal bli enebarn. Denne informasjonen gir oss en nødvendig bakgrunn for å kunne forstå og validere foreldrene.

Ganske snart sier mor: «Det føles som vi står foran et veiskille, og prøver å ha én fot i hver vei. Den ene veien fører til at hun får massiv behandling og blir frisk, den andre fører til at hun dør. Men de to veiene er så langt fra hverandre at vi ikke klarer å stå støtt i noen av dem.»

Mors kloke metafor hjelper oss til å se at vi mangler en «behandlingsvei» der foreldrene kan stå støtt. Løsningen blir en mellomvei der behandlingsmålet blir at Julia skal leve så lenge som mulig, men også så bra som mulig.

Med et felles gjennomsnakket behandlingsmål kan foreldrene etter hvert stole på at legene gjør alt som står i deres makt for å redde Julia. Faste, forutsigbare samtaler gjør det trygget for oss alle også å snakke om muligheten for at behandlingen ikke fører frem slik vi håper, og hva som er viktig for familien dersom det skulle skje.

For foreldre til barn med medfødte livsbegrensende syndromer eller progredierende tilstander bør forhåndssamtaler og en beredskapsplan komme i stand så raskt som mulig. Disse foreldrene kan oppleve, med ujevne mellomrom og over flere år, at barnet deres går gjennom livstruende akutte situasjoner.

Ivaretagende samtaler om behandlingsmål, og om ønskede og ikke-ønskede behandlingstiltak, kan bidra til å gi disse familiene trygghet til å leve så godt og normalt som mulig. Foreldrene rapporterer også å ønske det selv, til tross for at samtalene kan være vanskelige (DeCoursey et al., 2019). Slike tilbakemeldinger kom-



Så lenge vi vet at foreldre har en realistisk oppfatning av sykdomssituasjonen, skal vi være med dem og lete etter håp, uansett hva håpet består i





En ganske vanlig kilde til uenighet mellom behandlingsteam og foreldre i barnepalliasjon er spørsmålet: Skal barnet få informasjon om dårlig prognose for overlevelse?

mer også fra foreldre til nyfødte med livstruende tilstander, som utgjør en stor gruppe i barnepalliasjon (Shaw et al., 2024).

Det er samtidig viktig å understreke at gode forhåndssamtaler ikke fullt og helt kan forberede foreldre på å miste barnet sitt. En interessant studie utforsket begrepet «å være forberedt», og fant at til tross for god planlegging rapporterte en majoritet av de spurte foreldrene at de ikke var forberedt på barnets siste levetid (Bogetz et al., 2020). Forfatterne anbefaler at psykologer i disse vanskelige samtalene må utforske hva som gjør at foreldrene kjenner seg som gode omsorgspersoner for sine barn, og hva som gir familien meningsfulle stunder.

Å bli inkludert i livsviktige beslutninger rundt barnet kan også oppleves skremmende for foreldre. Det må aldri uttrykkes tvil om at det er legen som tar beslutninger om for eksempel at barnet ikke skal ha hjertelunge-redning. En grundig litteraturgjennomgang understreker at byrden ved å inkluderes i slike samtaler kan lettes med bruk av tid, tillit, tilstrekkelig informasjon og at foreldre får lov å bevare et håp, samtidig med at man planlegger for forverring (Polakova et al., 2024). Ordet «hvis» kan være en viktig døråpner her, for eksempel: «Hvis dette ikke går slik vi håper, har dere tenkt på om dere ønsker å være hjemme eller på sykehus den siste tiden?» (Snaman et al., 2019).

INFORMASJON TIL BARNET OM PROGNOSE

Teodor (9) har en sjelden, medfødt nevrodegenerativ sykdom som gir økende helseplager og forkortet levetid. Det er svært få barn som har denne tilstanden, og det er derfor vanskelig å si nøyaktig hvordan forløpet vil arte seg.

Så langt i livet har Teodor klart seg godt, med normal kognitiv utvikling og relativt enkel tilrettelegging i barnehage og på skole. Han vet at han har en sykdom, men ikke hva den heter. Foreldre og behandlingsteam har vært enige om at det ikke er riktig å gi full informasjon om hvor dårlig prognosen hans er. Teodor har heller ikke hatt spørsmål om det selv.

De siste ukene har Teodor imidlertid vært mer irritabel og frustrert enn vanlig. Han har blitt mørkredd, og begynner å komme inn til foreldrene om natten. På legekontrollen viser det seg at synet hans er blitt redusert. Legene er sikre på at dette henger sammen med at grunnsykdommen hans forverrer seg. Teodor blir henvist til psykologisk oppfølging.

I den innledende foreldresamtalen blir det klart at både mor og far syns det er for tidlig å fortelle Teodor mer om prognosen på sykdommen han har. De syns likevel det er vondt å se ham redd og frustrert, og vi blir enige om at psykologen skal møte Teodor for noen samtaler alene for å etablere en trygg relasjon og se om han selv ønsker hjelp med noe. Psykologen ber om å få svare ærlig på spørsmål som kommer fra Teodor selv, og foreldrene forstår at det er nødvendig for å få en tillitsfull samtale.

En ganske vanlig kilde til uenighet mellom behandlingsteam og foreldre i barnepalliasjon er spørsmålet: Skal barnet få informasjon om dårlig prognose for overlevelse? For mange foreldre kjennes det naturstridig at barnet skal få vite at sykdommen er så farlig at man kan dø av den. Og det finnes nok av gode grunner for foreldre til å la være: At barnet ikke vil forstå, at barnet vil bli redd, at barnet ikke vil snakke, og at barnet oppleves for dårlig, er noen av årsakene som oppgis (van der Geest et al., 2015).

Hva som er riktig i dette spørsmålet, varierer fra pasient til pasient. Det kommer an på barnets prognose, modenhet, kognitivt nivå og barnets og

familiens egne ønsker. Informasjon bør uansett gis stegvis, slik at barnet får mulighet til å være involvert gjennom prosessen (Fretland, 2020).

Grunnholdningen i evidensbasert barnepalliativ behandling er likevel at barn og unge skal få alderstilpasset informasjon dersom de har en sykdom eller tilstand som det er overveiende sannsynlig at de kommer til å dø av (Stein et al., 2019). Så snart barnet er i stand til å reflektere rundt egen tilstand, bør temaet tas opp med foreldre, slik at vi får kartlagt deres tanker rundt dette. Vi vil også være åpne med foreldre om hvordan og hvorfor vi som helsepersonell tenker som vi gjør, og skape et rom for å snakke om det uten at vi må konkludere med én gang.

Dersom vi er i et forløp som går over noe tid, kan strategien vi valgte med Teodor, være meningsfull: Vi bringer inn barnets egne behov og spørsmål som en rettesnor for hvilken informasjon han trenger. Hvis barnet kommer med direkte spørsmål om fremtid og prognose, vil mange foreldre kjenne det riktige å dele denne informasjonen.

Noen ganger har vi ikke mulighet for denne typen prosesser, og behandlingsteamet kan kjenne at det haster å få gitt barnet informasjon om nært forestående forverring. Hvis foreldre er uenig i det, kreves respektfull, tilpasset og empatisk kommunikasjon for å unngå konflikt. Her kan psykologer med barne- og ungdomskompetanse være svært viktige medspillere.

I stedet for å gå inn i foreldresamtalene med et mål om å overbevise foreldre om at vi har rett, er målet å utforske hva som gjør at foreldrene vil holde informasjon tilbake. Samtidig bør vi dele den fagkunnskapen vi faktisk har: At barnet, med riktig informasjon, kan få delt redsler, håp og ønsker rundt døden, at vi må beholde barnets tillit, at vi kan bidra til at barnet kan få opplevelser de ønsker seg som de kanskje ikke deler før de kjenner hele situasjonen sin, og at barnet kan få mulighet til å gjøre viktig minnearbeid (Taub & Macauley, 2023).

Det finnes ikke evidens for at det å dele prognostisk informasjon med barnet skaper store problemer for familiene, men vi vet at tilbakeholdelse av informasjon i noen tilfeller har ført til forvirring, frustrasjon og følelse av ensomhet (Aldridge et al., 2017). Vi skal være særlig oppmerksomme på ungdommers rett til og ønske om å få vite viktig informasjon om egen helse (Rosenberg et al., 2016). Foreldre kan være med å påvirke på hvilken måte informasjon skal gis, hvilke ord som skal brukes, og hvem som skal være til stede.

Hos en del familier kan kulturelle og religiøse hensyn skape vansker i samarbeidet. Noen foreldre har god hjelp i å legge barnets skjebne i guds hender, og da kan det fremstå som uforståelig at vi skal forberede et barn på døden, fordi foreldrene fortsatt håper på et mirakel (Liaw et al., 2022). I slike tilfeller kan vi ha god nytte av å koble inn sykehusimam, sykehusprest eller andre samtalepartnere som kan støtte foreldrene og være med og be for barnet. Vi kan også understreke at vi alle står sammen med dem i håpet om et mirakel, samtidig som vi er forpliktet til å forberede oss på det verste. Vi bør være åpne med foreldre på hva vi kommer til å svare hvis barnet spør oss direkte om prognose, og også være ærlige på at vi ikke kan lyve for pasientene våre. En omfattende litteraturgjennomgang gir gode retningslinjer for møtene med kulturelle problemstillinger i barnepalliasjon (Wiener et al., 2013).

Uansett årsak til uenighet bør vi anerkjenne at ønsket om å skjerme barnet for denne vonde innsikten kommer fra den ubetingede kjærligheten foreldrene har til sitt barn. Videre kan vi vektlegge at det å være »



BARNET bør få informasjon om prognose stegvis. Foto: Polina Kuzovkova

en kjærlig forelder i en slik uutholdelig situasjon kan bety å gi barnet informasjon som vi vet at mange barn og unge ønsker hvis de selv får velge (Jacobs et al., 2015).

I første time jobber vi med følelsen «glede», og får en felles oversikt over hva som gjør Teodor trygg og glad. Neste time skal Teodor velge følelse, og han tar «sorg». Han forteller at han føler seg utenfor på skolen. Han skulle ønske de andre barna visste mer om sykdommen hans, slik at de bedre kunne forstå hvordan han har det, og hvorfor han ikke alltid klarer å være med på det de andre gjør.

Vi finner ut at jeg kan bli med i klassen og snakke om sykdommen, men da må vi to først avklare om det er noe han selv trenger å vite mer om. Han spør: «Finnes det en medisin for sykdommen min?», og jeg svarer at det dessverre ikke er funnet opp ennå, men at mange forskere jobber hardt med å prøve å lage noe som kan hjelpe. Teodors oppfølgingsspørsmål kommer raskt: «Er dette en sykdom jeg kan dø av?»

Med foreldrenes samtykke i ryggen bekrefter jeg at sykdommen kan bli verre, at man kan dø av den, og at vi skal passe godt på slik at han alltid får vite viktige ting om sykdommen så

snart vi vet mer. Jeg spør hva som blir viktig for ham når han hører dette.

Det ser nesten ut som at Teodor visste svarene på forhånd. Han kommenterer rolig mens han tegner: «Medisin mot min sykdom blir nesten som et fabeldyr, da. Man kan velge å tro på den hvis man vil.»

OPPSUMMERING

Foreldre som står i fare for å miste barnet sitt, trenger trygge og empatiske fagpersoner som legger til rette for de vanskeligste samtalen. Psykologen i tverrfaglige behandlingsteam kan være særlig egnet til å ta opp temaer som behandlingsmål og informasjon om prognose til barnet tidlig i forløpene, i tett samarbeid med lege og sykepleier. Slik kan vi forebygge krevende uenigheter når barnets tilstand forverrer seg. Beredskapsplanen er et konkret hjelpemiddel som gir et felles arbeidsrom for familien og helsepersonell. Målet er å sammen forberede oss på det verste, samtidig som vi håper på det beste.

Underliggende for alt arbeidet må være respekt for familiens egne verdier og styrker, og en visshet om at vi er gjensidig avhengige av foreldrene for å finne ut hvordan veien skal bli for hvert enkelt barn. ✕

REFERANSER

- Aldridge, J., Shimmon, K., Miller, M., Fraser, L.K. & Wright, B. (2017). «I can't tell my child they are dying». Helping parents have conversations with their child. *Archives of Disease in Childhood – Education and Practice*, 102, 182–187. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-311974>
- Bogetz, J.F., Revette, A., Rosenberg, A.R. & DeCoursey, D. (2020). «I Could Never Prepare for Something Like the Death of My Own Child»: Parental Perspectives on Preparedness at End of Life for Children With Complex Chronic Conditions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), 1154–1162. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.035>
- DeCoursey, D., Silverman, M., Oladunjoye, A. & Wolfe, J. (2019). Advance Care Planning and Parent-Reported End-of-Life Outcomes in Children, Adolescents, and Young Adults With Complex Chronic Conditions. *Pediatric Critical Care*, 47(1), 101–108. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003472>
- Feudtner, C. (2007). Collaborative Communication in Pediatric Palliative Care: A Foundation for Problem-Solving and Decision-Making. *Pediatric Clinics of North America*, 54, 583–607. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2007.07.008>
- Fretland, R.A. (2020). «Kommer jeg til å dø?». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 57(10), 734–739. <https://doi.org/10.52734/XCIM7748>
- Jacobs, S., Perez, J., Cheng, Y.I., Sill, A., Wang, J. & Lyon, M.E. (2015). Adolescent end of life preference and congruence with their parents' preferences: Results of a survey of adolescent with cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 62(4), 710–771. <https://doi.org/10.1002/pbc.25358>
- Liaw, K. R-L., Lois, B., McBee, J. & Collins, E. (2022). Relationships with children and ensuring their voices in decision-making. I J. Wolfe, P.S. Hinds & B.M. Sourkes (Red.), *Interdisciplinary Pediatric Palliative Care*. (2. utgave, s. 113–124). Oxford. <https://doi.org/10.1093/med/9780190090012.003.0009>
- Lykke, C., Ekholm, O., Schmiegelow, K., Olsen, M. & Sjøgren, P. (2022). End-of-life communication: a nationwide study of bereaved parents' perceptions. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12, 616–622. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001709>
- Mullin, J., Burgess, R. & Baker, J. (2022). Advance care planning along the care continuum. I J. Wolfe, P.S. Hinds & B.M. Sourkes (Red.), *Interdisciplinary Pediatric Palliative Care* (2. utgave, s. 177–198). Oxford. <https://doi.org/10.1093/med/9780190090012.003.0014>
- Polakova, K., Ahmed, F., Vlckova, K. & Brearley, S.G. (2024). Parents' experiences of being involved in medical decision-making for their child with a life-limiting condition: A systematic review with narrative synthesis. *Palliative Medicine*, 38(1), 7–24. <https://doi.org/10.1177/026921632312144>
- Ragsdale, L., October, T. & Scanlon, C. (2022). Practical aspects of palliative communication. I J. Wolfe, P.S. Hinds & B.M. Sourkes (Red.), *Interdisciplinary Pediatric Palliative Care* (2. utgave, s. 165–176). Oxford. <https://doi.org/10.1093/med/9780190090012.003.0013>
- Rosenberg, A.R., Wolfe, J., Wiener, L., Lyon, M. & Feudtner, C. (2016). Ethics, Emotions, and the Skills of Talking About Progressing Disease With Terminally Ill Adolescents. *JAMA Pediatrics*, 170(12), 1216–1223. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.2142>
- Shaw, K.L., Cummins, C., Ewer, A.K., Kilby, M.D. & Mancini, A. (2024). Advance care planning in perinatal settings: national survey of implementation using Normalization Process Theory. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 109, 135–142. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325649>
- Snaman, J., Feraco, A., Wolfe, J. & Baker, J. (2019). «What if?» – Addressing uncertainty with families. *Pediatric Blood Cancer*, 66, 1–5. <https://doi.org/10.1002/pbc.27699>
- Stein, A., Dalton, L., Rapa, E., Bluebond-Langner, M., Hanington, L., Stein, K.F., Ziebland, S., Rochat, T., Harrop, E., Kelly, B. & Bland, R. (2019). Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The Lancet*, 393, 1150–1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33201-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33201-X)
- Taub, S. & Macauley, R. (2023). Responding to Parental Requests for Nondisclosure to Patients of Diagnostic and Prognostic Information in the Setting of Serious Disease. *Pediatrics*, 152(4), 1–13. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063754>
- van der Geest, I.M., van der Heuvel-Eibrink, M.M., van Vliet, L.M., Pluijm, S.M., Michiels, E.M., Pieters, R. & Darlington, A.S. (2015). Talking about Death with Children with Incurable Cancer: Perspectives from Parents. *Journal of Pediatrics*, 167(6), 1320–1326. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.08.066>
- van der Geest, I.M., Darlington, A.S., Streng, I., Michiels, E., Pieters, R. & Heuvel-Eibrink, M. (2014). Parents Experiences of Pediatric Palliative Care and the Impact on Long-Term Parental Grief. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(6), 1043–1053. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.07.007>
- Wiener, L., McConnell, D.G., Latella, L. & Ludi, E. (2013). Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. *Palliative Supportive Care*, 11(1), 47–67. <https://doi.org/10.1017/S1478951511001027>

Funksjonelle somatiske symptomer og den prediktive hjernemodellen

Den nye forståelsen av symptompersepsjon åpner flere veier til bedring.

TEKST Linn B. Herner, S-BUP, Barne- og ungdomsklinikken, OUS Rikshospitalet og Maria Pedersen, overlege ved Barnenevrologisk seksjon, Barne- og ungdomsklinikken, OUS Rikshospitalet; Universitetet i Oslo

KONTAKT
berlin@ous-hf.no

MERKNAD
Forfatterne har bidratt likt i arbeidet med artikkelen. Teksten beskriver fiktive kasus.

Funksjonelle somatiske symptomtilstander (FSS) (også kjent som medisinsk uforklarte symptomer, bodily distress syndrome, somatoforme lidelser) refererer til langvarige somatiske symptomer, uten et klart vevskorrelat, dvs. der man ikke kan finne én fysisk årsak som forklarer tilstanden (Barsky & Borus, 1999; Fink & Schröder, 2010; Kangas et al., 2020; Sharpe & Carson, 2001). Personer med FSS er dobbelt belastet. De har betydelige kroppslige plager, som langvarig slitenhet, smerter og konsentrasjonsvansker, og svært redusert livskvalitet. I tillegg faller de mellom to stoler i et dualistisk helsevesen som fortsatt skiller mellom somatisk og psykisk helse. Somatisk eller psykologisk utredning konkluderer ofte med at pasientene er friske, og slik organiseringen er i dag, har ikke somatikken eller psykiatrien tilstrekkelig behandling å tilby. Helsevesenet dikterer i stor grad forståelsen av sykdom og helse, og håndteringen av pasientene kan lede til stor usikkerhet og symptomforverring. Selv om de fleste helsepersonell er klar over at kroppen ikke er todelt, så lever dualismen i beste velgående, både i språket og i den faglige forståelsen.

Den faglige utviklingen i nevrovitenskapen de siste 10–15 årene har betydning for forståelse og behandling av FSS. Kunnskap om hjernens og nervesystemets rolle i utvikling og opprettholdelse av symptomer har bidratt inn i den helhetlige, biopsykososiale forståelsen av slike tilstander (Reme, 2024). Den nye forståelsen av symptompersepsjon og den prediktive hjernen, dvs. hvordan hjernens prosessering og vurdering av stimuli bygger på tidligere erfaringer og forventninger, gir mulighet for flere veier til bedring for personer med FSS (Oslo Chronic Fatigue et al., 2023; Van den Bergh et al., 2017).

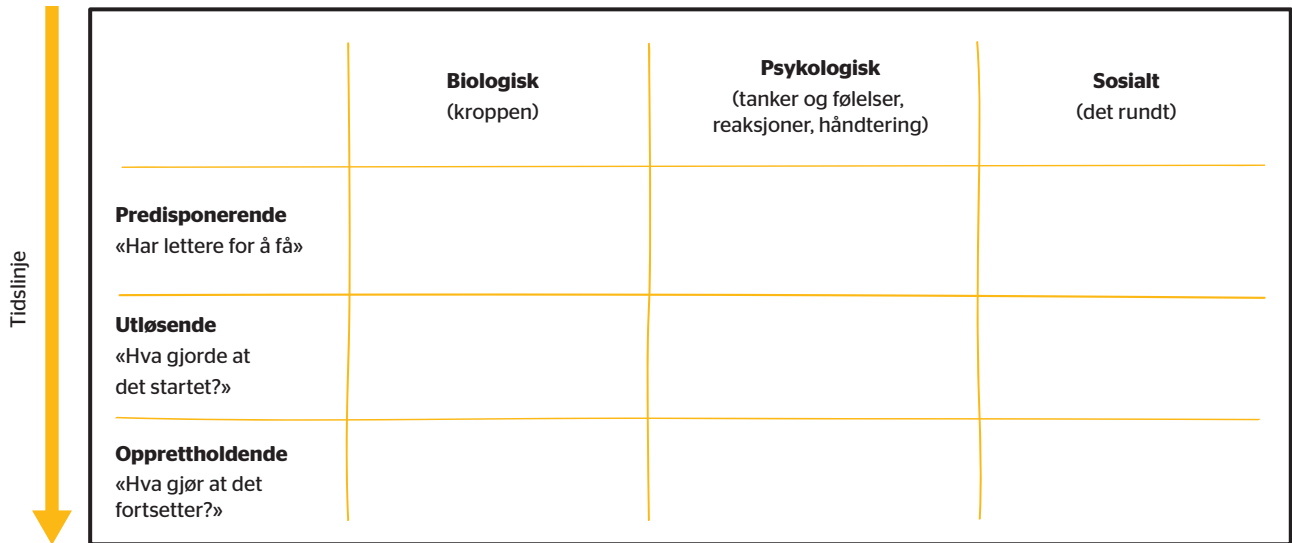
Her vil vi løfte frem den nye kunnskapen og betydningen den har for forståelse og forklaringer av FSS. Vi vil gi eksempler på hvordan FSS kan forklares i møter med barn, unge og deres foreldre som har vært til utredning og behandling av FSS ved Barne- og ungdomsklinikken på OUS Rikshospitalet.

SOMATISK UTREDNING FØRST

Pasienter med FSS har betydelige plager og ofte et stort funksjonsfall. De fleste har vært gjennom bred utredning uten at den har avdekket underliggende sykdom eller en somatisk årsak

Figur 1

Den biopsykososiale tavlen



RESSURSER:

til plagene. For å kunne stille riktig diagnose er første steg hos oss somatisk undersøkelse. Vi går igjennom tidligere utredninger og medisinske vurderinger. Vi tar oss tid til å forklare pasienten og pårørende hva tidligere og nåværende undersøkelser har vist, og hva som er den mest funderte faglige vurderingen i saken. Det hjelper pasienten og foreldrene til å føle seg tryggere på at det somatiske er ivaretatt, og bereder grunnen for videre arbeid med å forstå symptomene. Vi ønsker spesielt å unngå unødvendig utredning for pasientgruppen, fordi utredning er en opprettholdende faktor ved FSS (Fink et al., 2005).

Det er anbefalt å tematisere FSS som tentativ diagnose tidlig. Det å vise til positive indikasjoner på FSS i anamnese og klinisk undersøkelse i første møte vil gi pasienten og pårørende tillit og forståelse tidlig i forløpet, og man kan unngå nye, unødvendige runder med utredning. Vårt fortsatt dualistiske helsevesen og dualismen i vår tenkning gjør det vanskelig å snakke om funksjonelle diagnoser. Det er i dag lite undervisning om FSS for både leger og psykologer, og språket kommer også til kort. Hvis leger og psykologer klarer med samme trygghet å forklare

funksjonelle lidelser som de klarer å forklare astma eller angst, vil pasienten og pårørende lettere forstå og føle seg tryggere.

DEN BIOPSYKOSOSIALE TIDSLINJEN

Mange med FSS som kommer til OUS, har en langvarig og omfattende sykehistorie, uavklarte spørsmål og hypoteser om årsaker. Sykehistorien kan fremstå usammenhengende og uoverskuelig for både pasient og behandler. I de mest komplekse tilfellene gjøres grundig kartlegging av utvikling, fysiologiske og psykososiale sårbarhetsfaktorer og ressurser, viktige hendelser i barnets og familiens liv, sykehistorie, aktuelle plager og pasientens sykdomsforståelse. I dette arbeidet er den biopsykososiale tavlen et nyttig verktøy (Figur 1, les f.eks. Førde et al., 2022; Helgeland et al., 2022; Kangas et al., 2020 for detaljer).

For pasienter med mange *aktuelle* belastninger må behandlingstiltak rettes mot de spesifikke belastningene. For noen pasienter er belastningene hovedsakelig knyttet til symptombyrden og påvirkningen derfra. Da kan det være tilstrekkelig å snakke om sammenheng mellom biologiske og psykososiale

”

Vårt fortsatt dualistiske helsevesen gjør det vanskelig å snakke om funksjonelle diagnoser

»

Figur 2

Illustrasjoner til «eng-metaforen»



Merknad. A) viser en urørt eng som kan være en metafor på en «urørt» babyhjerne. B) viser en kjerrevei gjennom en eng som er en metafor på de nevralt koblingene som skjer når du lærer deg noe nytt. C) viser et enklere veinettverk som et bilde på hvordan nevralt nettverk er koblet sammen. D) viser et mer utbygget veinettverk med store, raske veier, som et bilde på hvordan en voksen hjerne har mange helautomatiserte, effektive hjernenettverk. Foto: Microsoft Word stockbilder.

”

For klinikerer er det viktig å vite at symptomer som smerte og slitenhet er knyttet til aktivitet i hjernenettverk som overlapper

faktorer mer overordnet, og fokusere mer på hva symptomer er, og hvordan de kan reduseres.

PSYKOEDUKASJON

«Symptomer er til for å beskytte deg!»

Symptomene pasienter med FSS opplever, har ikke noe direkte vevskorrelat, noe som gjør psykoedukasjon spesielt viktig. For klinikerer er det viktig å vite at symptomer som smerte og slitenhet er knyttet til aktivitet i hjernenettverk som overlapper. De overlapper ikke bare med hverandre, men også nettverkene for interoseptiv integrasjon og autonom og endokrin kontroll (Krupnik, 2024; Tamburro et al., 2020). Symptomer er en integrert del av hjernens «viktighetsnettverk» (saliency network) og kan bli trigget/aktivert av en rekke andre faktorer enn signaler fra kroppslig vev. Til pasientene sier vi at viktige og plagsomme symptomer som slitenhet og smerter er til for å beskytte oss, som en alarm som skal varsle om at noe er galt (Pedersen, 2019). Man kan sammenligne dem med en brannalarm som tydelig varsler så fort den blir utsatt for røyk. Det er bra, det redder mange liv hvert år. Men på samme måte som brannalarmer kan gå av uten brann, kan symptomer oppstå uten vevsskade.

Hva vi tidligere har erfart, hvordan vi tenker om og vurderer en gitt situasjon, og den emosjonelle koblingen vi har til denne vurderingen, er tett forbundet med symptomuttrykk (Van den Bergh et al., 2017). Det meste av prosesseringen skjer på et ubevisst plan; vi går ikke rundt og

er kognitivt bevisst vår symptompersepsjon og hva som påvirker den. Hjernen er imidlertid «på jobb» hele tiden og gir mening til alt som skjer med oss, basert på våre tidligere erfaringer. Dette forklarer hvordan noen som f.eks. har opplevd et beinbrudd, kan oppleve smerter i dette benet senere i livet i stressende livssituasjoner. Kroppen evner å «huske» symptomer, og under rett omstendigheter kan symptomene igjen bli mer fremtredende.

Eng-metaforen

For noen kan FSS starte med et kjent sykdomsforløp, f.eks. en virusinfeksjon med etterfølgende vedvarende utmattelse, eller et kraftig overtråkk hvor smertene ikke går over. For andre kan akkumulert belastning være veien inn i langvarige symptomer. For begge tilfeller finner vi det nyttig å bruke eng-metaforen til å forklare hvordan hjernen har en aktiv rolle i symptompersepsjon. Vi forklarer hvordan vi til enhver tid har erfaringer som setter spor i oss – vi «lærer», hvordan flere systemer i kroppen er koblet sammen på et sentralt plan, og hvordan symptomer kan bli koblet til andre opplevelser gjennom assosiativ læring (bokstavene i teksten viser til figur 2):

«En nyfødt baby-hjerne kan man se på som en urørt eng (A). Den har mange flere sammenkoblinger mellom nervecellene enn en voksen

hjerne. Man kan «gå alle veier», men alle veier er like tungvinte å gå. Når en baby så skal lære seg noe, for eksempel å gå, er det akkurat som en kode knekkes en dag – det lages en vei i den urørte engen (B). Etter hvert som babyen øver, kobles flere erfaringer på denne veien og det skapes et «veinett» for det å gå, og kunnskapen «å gå» blir automatisert (C). Babyen gjør det samme med alt den opplever, alle sanseopplevelser, fysiske ferdigheter, kognitive ferdigheter, så en voksen hjerne er full av mer eller mindre automatiserte hjernenettverk (D). Og jo mer man gjør noe, dess mer effektive blir veiene, og dess mer blir veinettet koblet med andre erfaringer. Når forskjellige veinett aktiveres samtidig, kobles de sammen. Det er dette som kalles «assosiativ læring». Mange har erfaring med å oppleve tydelig aversjon mot enkelte matvarer eller drikke etter å ha blitt syke like etter de spiste eller drakk noe. Da kan bare tanken på noe som tidligere har gjort oss dårlig, frembringe symptomer som kvalme. Dette er et tydelig eksempel på at symptomer kan oppstå uten direkte vevskorrelat. Det er bra og viktig at hjernen gjør slike koblinger; dette systemet er ment å beskytte oss – på samme måte som det beskytter et brent barn ved å få det til å sky ilden.»

Det er variasjon i hvor enkelt det er for pasientene å identifisere triggere av symptomer.

Den prediktive hjernen og symptompersepsjon

Det er intuitivt å anta at fysiske symptomer direkte gjenspeiler en objektiv fysiologisk dysfunksjon. Men nyere nevrovitenskap har gått bort fra en forståelse av hjernen som rent responsstyrt. Man vektlegger heller at hjernen prosesserer prediktivt, hvor tidligere erfaringer former hjernens prediksjoner. Det kalles den prediktive hjernemodellen. I modellen er symptompersepsjon et resultat av hjernens beste prediksjon eller gjetning i en gitt situasjon.

I de senere år har studier vist at hjerneregioner knyttet til utmattelse og smerte overlapper med andre hjerneområder ansvarlige for det som kalles saliensnettverket, motivasjon- og belønningssystemet, interoseptiv integrasjon, autonom og endokrin kontroll, og hjerne-immuninteraksjoner. Slike funn er med på å forklare samspillet mellom kontekstuelle faktorer og symptompersepsjon.

Les mer: Van Den Bergh, O., Witthöft, M., Petersen, S. & Brown, R. J. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 185-203. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.015>



Mange merker at de kan gjøre mer av noe de liker, mens ting de ikke liker, kan være vanskeligere. Et eksempel er ungdommer som kan spille dataspill i flere timer, mens det å delta i skoletimer via pc er vanskelig. Vi vet at negativ affektivitet, stress og bekymringer er knyttet til symptomer. Det er derfor logisk at ungdommer kan oppleve økte symptomer under skoletimer enn under gaming, selv om de fysiske stimuli og de kognitive kravene kan være like. For å forstå dette på et mer basalt nivå må man forstå symptompersepsjon som et resultat av aktivitet i forskjellige hjernenettverk, og ikke kun direkte koblet til faktiske ytre stimuli (se tekstboks).

Skole som trigger

For de fleste unge som strever med langvarige symptomer og plager, representerer skole stress og en aktivering. Skole er en arena som stiller krav. For pasienter som går på ungdomsskolen og videregående, vil karakterpress og tanken på å kunne «dumpe» et år være overhengende farer som kan virke symptomøkende. Som et bilde på opplevelsen kan vi bruke togmetaforen: «Det å få så redusert funksjon som det du har nå, kan føles som om man blir kastet av et ekspresstog, der venner og klassekamerater fyker videre mange stasjoner bare man er borte et par ukers tid.» Med det vi vet om generelle triggere av symptomer, er skole et tema som bør adresseres for alle pasienter som er skoleelever (Kangas et al., 2020; Pavlov, 2010). For å redusere skole som trigger kan det hjelpe med en tydelig og konkret plan for gjennomføring av skolegangen, inkludert hvilken tilrettelegging som trengs.

Andre faktorer enn det faglige kan også oppleves stressende for elever. Skole er en sosial arena, med grupper man ønsker eller ikke ønsker å høre til i. Sykdom og skolefravær øker risikoen for utenforskap og opplevelse av ensomhet. Kartlegging vil kunne avdekke hvilke situasjoner som oppleves som belastende, og tydeliggjøre relevante tiltak. Det kan eksempelvis være nødvendig å gjøre skolekonteksten mer forutsigbar, mer overkommelig, og derved tryggere. Videre kan kartlegging tydeliggjøre hvilke strategier som vil være hjelpsomme for barnet eller den unge. Her tenker vi bl.a. på mentale teknikker for å påvirke symptompersepsjon i tråd med ønsket endring.

«Ikke noe galt i kroppen?»

At symptomer ikke forutsetter vevsskade, er et konsept som kan være krevende å forstå. Vi bruker derfor konkrete eksempler. For å belyse hvordan ubevisste forventninger kan gi like sterke og plagsomme symptomer som vevsskader, kan følgende kasuistikk, beskrevet i BMJ i 1995, være nyttig (Fisher et al., 1995):

En 29 år gammel bygningsarbeider hoppet ned på en 15 cm lang spiker som gikk rett gjennom arbeidsskoen hans. Han fikk fryktelig vondt, og verken arbeidskollegaer eller ambulanspersonell fikk lov å røre foten hans, selv etter han hadde fått sterke smertestillende. Han ble tatt med til sykehuset og lagt i narkose. Da de hadde fjernet spikeren og skoen, så de at foten var helt fin. Spikeren hadde gått mellom tærne, og mannen hadde ikke så mye som en skramme på foten. Smertene han opplevde, var likevel høyst reelle.

Det er flere eksempler på det motsatte, altså vevsskade uten at man opplever symptomer. At soldater i krig kan ha store vevsskader uten å kjenne smerte, har man f.eks. visst lenge (Beecher, 1956).

Langvarige symptomer og stresssystemet

De fleste pasienter med FSS opplever mange forskjellige symptomer, hvor flere er koblet til det autonome nervesystemet. På gruppenivå finner man en ubalanse i det autonome nervesystemet, med økt sympatikusaktivering, redusert parasympatikusaktivering og redusert dynamikk i stresssystemet (Wyller et al., 2007). Pasientene strever med svimmelhet, kvalme, lyd/lys-sensitivitet, hjernetåke, feber som kommer og går, samt forhøyet infeksjonstendens. Patofysiologiske funn i gruppen peker i retning av en kronisk stresstilstand som også påvirker immunsystemet (Wyller et al., 2009). For pasienter som presenterer mange symptomer koblet til det autonome nervesystemet, pleier vi å forklare hvordan det autonome nervesystemet fungerer, illustrert gjennom hva som skjer hvis du møter en bjørn i skogen:

«Hvis du er ute og går i skogen og møter på en bjørn, hva skjer da i kroppen din? Hjernen skrur på stresssystemet ditt for å gjøre deg klar til å enten kjempe mot bjørnen eller løpe vekk fra den. Det sympatiske nervesystemet ditt

begynner å fyre, hjertet ditt begynner å pumpe fortere og hardere, du begynner å puste fortere og dypere, blodet flyttes fra tarmene til de store muskelgruppene – alt for å gjøre deg klar for kamp eller å flykte. Stresshormonene adrenalin og kortisol skilles ut og bidrar i stressresponsen. Du blir mer våken og får et superfokus; syn og hørsel skjerpes, og du kan oppleve en overmenneskelig evne til å få med deg «alt» i relasjon til bjørnen. Å huske handlelisten til butikkturen du hadde planlagt senere, blir derimot «umulig»; du får en slags teflonhjerne for andre ting. Immunforsvaret ditt blir også aktivert; skulle du ende i en kamp med bjørnen og få et sår, er immunforsvaret ditt klar til å ta opp kampen. Denne stressresponsen er livsviktig. Vi trenger den hver dag, hele tiden, for å klare hverdagen vår, og skulle du møte en bjørn, vil den være med på å redde livet ditt. For pasienter som deg har imidlertid dette systemet vært aktivert over lengre tid, i en langvarig stressrespons. Det påvirker balansene i kroppen, og det kan skape noen problemer.»

Bedre forståelse av normale og mer langvarige stressresponsen gjør det lettere for pasienten å se hvordan symptomene kan henge sammen.

UHELDIGE SYKDOMSMETAFORER

En ofte brukt metafor av både fagpersoner og pasienter med utmattelse er «batterimetaforen». Batteri som metafor for energinivået i kroppen kan ved første øyeblikk virke illustrativt og forklarende, men den er upresis og uheldig. Kroppens energimetabolisme fungerer ikke slik, og utmattelse som symptom oppfører seg heller ikke på den måten. Et oppladbart batteri lades opp til en viss mengde, og idet man starter å bruke det, går batteriet jevnt og trutt nedover i kapasitet, og til slutt blir det helt tomt. Slik er det ikke i kroppen. Rent biologisk klarer energimetabolismen å utnytte glukose, fett og protein til å lage energi alt etter tiden fra siste inntatte måltid, matens innhold og energi-behovet. Man går «aldri» helt tom. De forskjellige energimetabolisme-systemene overlapper hverandre, og holder blodsukkernivået stabilt under mange forhold. Så hva med utmattelse som symptom? Symptomtrykket for utmattelse varierer gjennom dagen og blir påvirket av mange faktorer. Noen pasienter kan si at de er like slitne hele tiden, men hvis man går gjennom en dag i detalj, vil pasienten ofte se at det

varierer. Det misvisende og uheldige med batterimetaforen er at pasienter kan få «ladeangst», lik den noen opplever når de kjører elbil: en angst som er lite produktiv. Vi ønsker å flytte perspektivet fra en tanke om at man har en gitt mengde energi per dag (og som kan gå tomt), til en mer fleksibel tanke om at det er mange forhold som er med på å påvirke hvor utmattet man føler seg, og hvor mye energi man har tilgang til.

DET NYE NARRATIVET

Endring i sykdomsnarrativ har vist seg å være helt essensielt for bedring hos pasienter med alvorlig FSS (Bakken et al., 2023). Mange pasienter og pårørende forstår symptomene som tegn på noe konkret galt i kroppen, selv om all utredning er fin. Vi ønsker å forklare at symptomene de er plaget med, representerer en ikke-farlig, reversibel hjernefunksjon. Barn og unge er opptatt av og er gode på å fange opp foreldres vurderinger, noe som gjør det viktig å få foreldrene «med på laget». Forklaringer må derfor gis til både barn og foreldre.

De spesifikke behandlingsmetodene som har vist effekt ved diverse FSS, går alle ut på eksponering for de funksjonene som er svekket, det være seg kognitiv adferdsterapi, eksponeringsterapi eller nyere «mind-body»-terapi (se Jacobsen & Reme, 2024 for utfyllende gjennomgang av en slik terapiform). Overordnet kan man si at tiltakene og behandlingen som gis, handler om å ta ned «trusselbildet» for nervesystemet og jobbe med å gi nervesystemet positive erfaringer å bygge videre på.

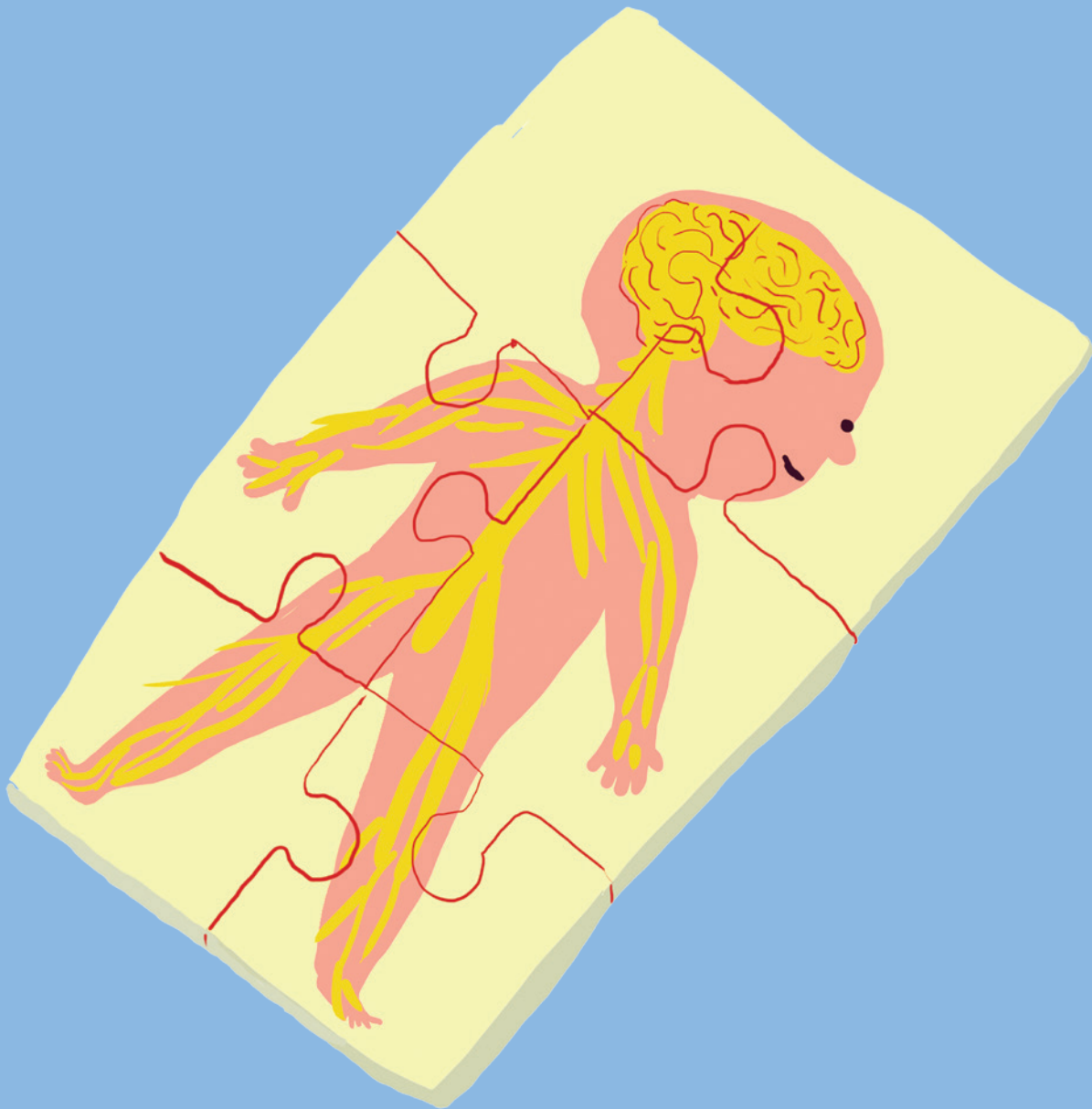
OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Noe av det aller viktigste behandlere kan gjøre for personer med FSS, er å gi gode forklaringer, håp og retning til hvordan man kan bli bedre. Som helsepersonell må vi være ydmyke for kompleksiteten i disse tilstandene, og erkjenne at helsetjenestene vi jobber i, kan ha bidratt til utviklingen og opprettholdelsen av pasientens plager. Vi vet at en ny forståelse av symptomene kan være første skritt på veien til bedring for personer med FSS. Det er vårt ansvar som helsepersonell å gi gode og dekkende forklaringer til barn, unge og voksne. Et skifte i sykdomsforståelsen krever faglig kunnskap og evne til å formidle kunnskapen på en enkel måte – noe vi har prøvd å vise eksempler på her. ✕ »

REFERANSER

- Bakken, A.K., Mengshoel, A.M., Synnes, O. & Strand, E.B. (2023). Acquiring a new understanding of illness and agency: a narrative study of recovering from chronic fatigue syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1), 2223420. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2223420>
- Barsky, A.J. & Borus, J.F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130(11), 910–921. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-130-11-199906010-00016>
- Beecher, H.K. (1956). Relationship of significance of wound to pain experienced. *Journal of the American Medical Association*, 161(17), 1609–1613. https://jamanetwork.com/journals/jama/articlepdf/323093/jama_161_17_002.pdf. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1956.02970170005002>
- Fink, P., Rosendal, M. & Olesen, F. (2005). Classification of Somatization and Functional Somatic Symptoms in Primary Care. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 772–781. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01682.x>
- Fink, P. & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415–426. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.004>
- Fisher, J.P., Hassan, D.T. & Connor, N.O. (1995). Minerva. *BMJ*, 310(6971), 70. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6971.70>
- Førde, S., Herner, L.B., Helland, I.B. & Diseth, T.H. (2022). The biopsychosocial model in paediatric clinical practice—an interdisciplinary approach to somatic symptom disorders. *Acta Paediatrica*, 111(11), 2115–2124. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.16517>
- Helgeland, H., Gjone, I.H. & Diseth, T.H. (2022). The biopsychosocial board—A conversation tool for broad diagnostic assessment and identification of effective treatment of children with functional somatic disorders. *Human Systems*, 2(3), 144–157. <http://dx.doi.org/10.1177/26344041221099644>
- Jacobsen, H.B. & Reme, S.E. (2024). Mind-Body Reprogramming Terapi: Håp for long covid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 907–914.
- Kangas, M., Kallesoe, K.H. & Rask, C.U. (2020). Functional somatic syndromes (FSS) in children and adolescents. *Zeitschrift für Psychologie*. <http://dx.doi.org/10.1027/2151-2604/a000401>
- Krupnik, V. (2024). I like therefore I can, and I can therefore I like: the role of self-efficacy and affect in active inference of allostasis [Hypothesis and Theory]. *Frontiers in Neural Circuits*, 18. <https://doi.org/10.3389/fncir.2024.1283372>
- Oslo Chronic Fatigue, C., Alme, T.N., Andreasson, A., Asprusten, T.T., Bakken, A.K., Beadsworth, M.B., Boye, B., Brodal, P.A., Brodwall, E.M., Brurberg, K.G., Bugge, L., Chalder, T., Due, R., Eriksen, H.R., Fink, P.K., Flottorp, S.A., Fors, E.A., Jensen, B.F., Fundingsrud, H.P., . . . Wyller, V.B. (2023). Chronic fatigue syndromes: real illnesses that people can recover from. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1–5. <https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2235609>
- Pavlov, P.I. (2010). Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. *Annals of neurosciences*, 17(3), 136. <http://dx.doi.org/10.5214/ans.0972-7531.1017309>
- Pedersen, M. (2019). Chronic Fatigue Syndrome and chronic pain conditions – vitally protective systems gone wrong. *Scandinavian Journal of Pain*, 19(4), 651–657. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2019-0072>
- Reme, S.E. (2024). Medically unexplained symptoms explained. *Lancet*, 403(10444), 2568–2569. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01138-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01138-3)
- Sharpe, M. & Carson, A. (2001). «Unexplained» somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Annals of Internal Medicine*, 134(9_Part_2), 926–930. http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-134-9_part_2-200105011-00018
- Tamburro, G., di Fronso, S., Robazza, C., Bertollo, M. & Comani, S. (2020). Modulation of Brain Functional Connectivity and Efficiency During an Endurance Cycling Task: A Source-Level EEG and Graph Theory Approach [Original Research]. *Frontiers in human neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00243>
- Van den Bergh, O., Witthoft, M., Petersen, S. & Brown, R.J. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74(Pt A), 185–203. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.015>
- Wyller, V.B., Eriksen, H.R. & Malterud, K. (2009). Can sustained arousal explain the Chronic Fatigue Syndrome? *Behavioral and Brain Functions*, 5, 10. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-5-10>
- Wyller, V.B., Saul, J.P., Amlie, J.P. & Thaulow, E. (2007). Sympathetic predominance of cardiovascular regulation during mild orthostatic stress in adolescents with chronic fatigue. *Clinical Physiology and Functional Imaging*, 27(4), 231–238. <https://doi.org/10.1111/j.1475-097X.2007.00743.x>

Sykdom/ Behandling



OVERSIKTSARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 12 S. 896-906 DOI: <https://doi.org/10.52734/EBNL1745>

Langvarig utmattelse ved sykdom: forekomst, årsaker, konsekvenser for arbeidsfunksjon og klinisk helsepsykologiske tiltak

Torkil Berge & Elin Fjerstad

Diakonhjemmet sykehus

KONTAKT torkil.berge@diakonsyk.no

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter. Forfatterne har bidratt likt i arbeidet med artikkelen.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Formål: Fysisk og mental utmattelse er en del av symptom bildet ved en rekke sykdommer, med negative konsekvenser for pasientenes funksjon og livskvalitet, og med store samfunnskostnader. Formålet var å presentere en oversikt over forekomst og de komplekse årsaksmekanismene som bidrar til langvarig utmattelse ved sykdom, samt å presentere dokumentasjon for kognitive atferdsterapeutiske tilnærminger.

Metode: Vi søkte i databasene Medline, PsycInfo, Cochrane Library, Embase og Academic Search Elite med søkeord som «fatigue», «kognitiv atferdsterapi», «kronisk sykdom», «kreft» og andre diagnosespesifikke søkeord, og «systematiske litteraturoversikter», frem til mai 2024. Det var en ikke-systematisk, narrativ litteraturgjennomgang, med vekt på representative metaanalyser som kan gi et bilde av kunnskapstilstanden.

Resultater: Kognitive atferdsterapeutiske tilnærminger har dokumentert nytteverdi for utmattelse forbundet med en rekke ulike sykdommer.

Konklusjon: Utmattelse er et transdiagnostisk symptom på tvers av ulike sykdommer, noe som gir mulighet for generiske psykologiske behandlingstilnærminger som kan skreddersys individuelt. Pasienter bør evalueres for utmattelse og ved behov tilbys spesifikk kunnskap og dokumenterte strategier for mestring av utmattelse og styrking av funksjon.

Nøkkelord: utmattelse, kronisk sykdom, kreft, kognitiv atferdsterapi, klinisk helsepsykologi

Langvarig utmattelse er et symptom både under og i kjølvannet av en rekke sykdommer. Samtidig er langvarig utmattelse et generelt symptom på tvers av sykdommer, i hovedtrekk det samme fenomenen, noe som gjør det mulig med en generisk, transdiagnostisk klinisk helsepsykologisk behandlingstilnærming (Jones et al., 2009; Menting et al., 2018).

Langvarig utmattelse, også kalt *fatigue*, kjennetegnes av energiløshet og kraftløshet, og ofte av mental utmattelse med konsentrasjonsvansker og hukommelsesproblemer. Hos friske individer er tretthet vanligvis forbigående, mens hos personer med sykdom kan utmattelse være vedvarende til tross for daglig hvile. Sentralt er en uforholdsmessig energiløshet sett i forhold til premorbid fungering eller jevnaldrende (Skau et al., 2021).

Når utmattelsen har vart i over seks måneder, betegnes den som kronisk eller langvarig (Goërtz et al., 2021). Det er utviklet ulike kartleggingsskjemaer for grad av opplevd utmattelse, som brukes både i forskning og i behandling (se rammen under).

Forskjellige biologiske mekanismer kan være involvert, avhengig av diagnosen. Plagene hemmer i betydelig grad fungering i hverdagen, med store negative konsekvenser for pasienten og for samfunnet. Langvarig utmattelse er, ofte i kombinasjon med smerter, forbundet med arbeidsfravær og uførhet (Walsh et al., 2014). Utmattelse kan dessuten bidra til svekket selvfølelse og opplevelse av identitet (Fjerstad, Berge & Bull-Hansen, 2020; Schjoedt et al., 2016).

I denne artikkelen kan du først lese om kjennetegn og forekomst ved ulike sykdommer, om ulike årsaksammenhenger og om konsekvenser for arbeidsfunksjon og arbeidsdeltakelse. Så beskrives hvordan en biopsykososal forståelse åpner for intervensjoner basert på klinisk helsepsykologi. Vi vil legge vekt på kognitiv atferdsterapi rettet mot voksne pasienter, siden det her foreligger flest studier, med en gjennomgang av ulike metaanalyser om nytteverdien av behandlingstilnærmingen for utmattelse forbundet med ulike sykdommer. Referansene er innhentet gjennom søk i databasene Medline, PsycInfo, Cochrane Library, Embase og Academic Search Elite med søkeord som «*fatigue*», «*cognitive behavioral therapy*», «*chronic disease*», «*cancer*» og andre diagnosespesifikke søkeord, og «*systematic reviews*», frem til mai 2024. Det er en ikke-systematisk, narrativ litteraturgjennomgang, med vekt på å presentere nyere, representative metaanalyser som kan gi et bilde av kunnskapsstatus.

Forekomst av utmattelse ved sykdom

Forekomsten av utmattelse varierer, avhengig av sykdommen og hvilke kriterier og måleinstrumenter som brukes (Stebbing et al., 2010). Generelt er forekomsten betydelig høyere hos pasienter med kronisk sykdom enn i befolkningen ellers, noe som for eksempel er vist i en studie i Nederland med over 78 000 deltakere (Goërtz et al., 2021). I denne studien fremkom det også at personer med flere kroniske sykdom-

Kartleggingsskjemaer for langvarig utmattelse

Hewlett et al. (2011) gir en oversikt over ulike spørreskjemaer for utmattelse ved sykdom. De to spørreskjemaene her er oversatt til norsk. De er fritt tilgjengelig og kan brukes i behandling av pasienter med langvarig utmattelse som et supplement til klinisk intervju.

The Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ; Cella & Chalder, 2010) har elleve ledd, med to skalaer: en for fysisk utmattelse, som mangel på energi, følelse av å være svak, tap av styrke i musklene og behov for å hvile, og en for mental utmattelse, for eksempel vansker med konsentrasjon og hukommelse. Se norsk versjon av spørreskjemaet her: <https://www.helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sporreskjema#utmattelse>

Fatigue Severity Scale (FSS, norsk versjon; Lerdal et al., 2005) brukes i forskning på og behandling av pasienter med sykdommer og skader. Det har ni spørsmål om fysiske, sosiale og kognitive effekter av utmattelse. Les mer om skjemaet her: <https://www.diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/nkrri/klinisk-verktøykasse/a-til-a/fss-fatigue-severity-scale/>

mer hadde enda større risiko for langvarig utmattelse. Under er et utvalg av sykdommer der utmattelse er et ofte rapportert problem.

Revmatisk sykdom

En studie av over 6000 deltakere med 30 ulike former for revmatisk sykdom viste at en av to opplevde vedvarende alvorlig utmattelse (Overman et al., 2016). I en gjennomgang av 120 studier, som inkluderte 100 000 personer med revmatisk inflammatorisk sykdom, rapporterte mange om utmattelse, selv om de ikke lenger hadde sykdomsaktivitet eller den var betydelig redusert (Druce et al., 2016). En norsk oppfølgingsstudie med 2193 deltakere med revmatisk inflammatorisk sykdom i 2000–2011 viste at 28 % av dem med ingen eller lav sykdomsaktivitet rapporterte om alvorlig utmattelse (Olsen et al., 2016). Problemene vedvarer ofte lenge, noe som er vist i mangeårige oppfølgingsstudier (van Steenbergen et al., 2015).

Kreftsykdom

Ved kreftsykdommer er utmattelse vanlig både under og etter behandlingen, og kan vare i flere år etter at pasienten er friskmeldt, delvis som følge av bivirkninger av behandlingen (Berger et al., 2015). Graden av utmattelse minsker ofte i de første månedene etter behandling (Lawrence et al., 2004). I alt 25–33 % rapporterer imidlertid om langvarig utmattelse i opptil ti år etter at de fikk diagnosen (Bower, 2014). Forekomsten varierer avhengig av type kreftsykdom, hvilken behandling og hvilke målemetoder man har anvendt i de ulike studiene (Maqbal et al., 2021). Problemene er særlig store under behandling, særlig ved høydosebehandling med cellegift. Da vil nesten alle oppleve sterk utmattelse. Ved lymfekreft rapporterer over en firedel av kreftoverlevende at de har langvarig utmattelse (Seland et al., 2015; Smeland et al., 2019).

Hjerte- og lungesykdom

En studie fulgte 12 285 personer med hjerte- og karsykdommer i perioden 2001–2013 og fant at 39 % rapporterte om langvarig utmattelse (Williams, 2017). Utmattelse fremsto i denne studien som et såkalt klynnesymptom, da det ofte kom sammen med andre plager som pustebesvær, hjertebank og brystmerter.

Omtrent 250 000–300 000 mennesker i Norge har kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), vanligvis med en kombinasjon av kronisk bronkitt og emfysem (Mjell, 2011). Om lag en femtedel har sykdommen i et alvorlig eller svært alvorlig stadium. Pusteproblemer, smerter og utmattelse inngår i et negativt samspill

som reduserer livskvaliteten i alvorlig grad (Chwen et al., 2018).

Multipel sklerose

Multipel sklerose (MS) er en sykdom i sentralnervesystemet som fører til at isolasjonslaget (myelinet) rundt nervetrådene i hjernen og ryggmargen ødelegges. Et flertall av pasientene rapporterer om langvarig utmattelse i forskjellig grad, og utmattelsen kan være betydelig selv ved lav sykdomsaktivitet (Kister et al., 2013). En longitudinell nasjonal registerstudie i England konkluderte med at 56 % rapporterte om alvorlig utmattelse (van Zanten et al., 2021). Utmattelse er et vanlig symptom i alle stadier av sykdommen, uavhengig av alder, sykdomsvarighet og fysisk funksjon.

Opplevelsen av å være utmattet kan komme plutselig og være uten forvarsel, eller den kan være der fra morgenen av, selv etter en god natts søvn. Det mest vanlige er likevel at følelsen av utmattelse kommer gradvis utover dagen, sammen med smerte eller som et selvstendig symptom. Utmattelsen er også forbundet med mye usikkerhet. For hva skal man tenke om symptomet? Er man utmattet fordi man sov dårlig i natt, eller er det et tegn på at sykdommen forverrer seg? Er det et nytt MS-angrep på gang, eller er man utmattet fordi det tar på kreftene å stelle i huset? Bekymringene kan gjøre en både engstelig og nedstemt.

Diabetes

Diabetes er en sykdom som skyldes mangel på hormonet insulin (diabetes type 1) og/eller at man har nedsatt virkning av insulinet (diabetes type 2). Mangel på insulin gjør at blodsukkernivået i blodet stiger, og kroppen begynner å forbrenne fettstoffer og proteiner for å skaffe seg energi. Høyt blodsukker over lang tid kan føre til sykdom og senkomplikasjoner i hjerte, øyne, føtter, nyrer eller nerver. Utmattelse er et vanlig symptom ved diabetes, både hos personer som har senkomplikasjoner, og de som ikke har det (Weijman et al., 2004). Om lag 40 % av voksne med diabetes type 1 rapporterer om en vedvarende utmattelse som hemmer dem i hverdagen (Goedendorp et al., 2014). Når man tar hensyn til depressive plager, som er vanlig ved diabetes, og korrigerer for det, har 31 % av disse pasientene uten depressive plager langvarig utmattelse.

Mage-tarmsykdom

Crohns sykdom og ulcerøs kolitt er sykdommer der tarmen er betent. Ved ulcerøs kolitt er tykktarmen betent, mens ved Crohns kan hele fordøyelseskanaalen fra munnhule til endetarm være betent. Disse sykdommene rammer gjerne unge voksne. En meta-

analyse av studier konkluderte med en forekomst av langvarig utmattelse på 72 % i en aktiv sykdomsfase og 47 % for de som var i remisjon (D'Silva et al., 2021).

Hjerneslag

Slag er den tredje hyppigste dødsårsaken i verden, og den største årsaken til uførhet hos eldre (Lerdal et al., 2009). I en brosjyre utgitt av LHL Hjerneslag (2017) fremgår det at 23–72 % av de som rammes av slag, får langvarig mental og fysisk utmattelse, det vil si mellom 3000 og 8500 personer årlig. Grad av utmattelse har ikke nødvendigvis sammenheng med type hjerneslag og størrelsen på slaget. Personer som har vært rammet av mindre hjerneslag, kan også oppleve utmattelse. I en svensk studie rapporterte 40 % at de alltid eller ofte fortsatt hadde disse plagene to år etter slaget (Glader et al., 2002).

Kronisk utmattelsessyndrom / ME

Kronisk utmattelsessyndrom / ME kjennetegnes av utmattelse med energisvikt som varer over lang tid, minimum seks måneder. I tillegg kan pasientene plages av en rekke andre symptomer, blant annet nedsatt konsentrasjonsevne og hukommelse, og smerter i muskler og ledd. Noen har mange av disse plagene, mens andre bare har enkelte av dem. Symptombildet kan være i stadig forandring over tid, og har et svingende forløp, med noen dager og perioder som er bedre enn andre (Tate et al., 2023).

Utmattelse ved sykdom: to vignetter

Lillian er 26 år, er nyutdannet førskolelærer og har samboer. Hun fikk leddgikt som tenårings, og nå har hun i tillegg fått fibromyalgi. Leddgikten er heldigvis i remisjon, men medisinene har ikke hjulpet på smertene og utmattelsen. Siden betennelsen nå er borte, syns hun ikke hun har god nok grunn til å sykmelde seg. Dessuten er det hennes første jobb, og hun vil være i jobb. Hun følger alle de råd som er å få, spiser sunt og prøver å trene. Beina kjennes blytunge, og hun lengter etter å kunne dra hjem og sove. Det er krevende å komme seg gjennom arbeidsdagen, og hun vet ikke hvor lenge hun vil klare det.

Kjell Håkon er 42 år, journalist, skilt og har samvær med sønnen på 11 år. Etter cellegift og strålebehandling har han blitt kreftfri og har begynt å arbeid igjen. Han trives i jobben sin, og har ivret for å komme tilbake. Han gjorde likevel som fastlegen sa, og startet gradvis i 40 prosent. Men livet som kreftfri har vært tungt. Selv om han sover godt om natten, føler han seg aldri uthvilt. Han har fortsatt nevrologiske smerter og plages av fysisk utmattelse, men verst er opplevelsen

av at det går så tregt å tenke, og at han glemmer mye. Nå leter han ofte etter ordene som før kom så lett til ham, en fortvilet situasjon for en journalist.

Årsaker til utmattelse ved sykdom

Det er komplekse årsaker til langvarig utmattelse ved sykdom. Ved kreftsykdom og kroniske sykdommer er det bred enighet om at samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er sentralt, og det er laget forskningsbaserte biopsykososiale modeller for utmattelse, for eksempel ved revmatisk inflammatorisk sykdom (Hewlett et al., 2011). En skiller mellom faktorer som utløser og forhold som opprettholder utmattelse, og det er anerkjent at både sykdomsspesifikke og diagnoseuavhengige faktorer virker inn.

De underliggende årsakene ved kronisk utmattelsessyndrom / ME er uavklarte, men sykdommen kan trolig utløses av infeksjoner, gjerne i kombinasjon med stress og påkjenninger (Tate et al., 2023). Slike episoder kan også være starten på en langvarig forverring.

Ved inflammatoriske sykdommer kan inflammasjon være driveren i utmattelsen, og ved revmatisk inflammatorisk sykdom er det dokumentert at medikamentell behandling, spesielt med biologisk medisin, reduserer utmattelse (Farisogullari et al., 2023). Samtidig henger ikke utmattelsen alltid sammen med høy sykdomsaktivitet, og forekomsten er høy også ved ikke-inflammatoriske sykdommer, som artrose og fibromyalgi. Fibromyalgi er faktisk den revmatiske sykdommen der flest rapporterer om vedvarende problemer med utmattelse (Vincent et al., 2013). Det samme ser man i studier av mage-tarmsykdommer, der utmattelse ofte forekommer i minst like stor grad også ved ikke-inflammatorisk mage-tarmsykdom som irritable tarmsyndrom (Kim et al., 2024).

Andre sykdomsspesifikke kilder til utmattelse kan være ujevnt blodsukker og påfølgende dårligere blod-sirkulasjon, der cellene ikke får tilstrekkelig næring og oksygen, som ved diabetes, eller bivirkning av cellegift, stråling og immunterapi som ved kreftsykdom. Utmattelse kan også skyldes kroppslige endringer i kjølvannet av sykdommens påvirkning, for eksempel anemi, dårlig ernæring, jernmangel, smerter, infeksjoner, pustevansker, nedsatt kondisjon og muskelstyrke.

Mange pasienter har både vedvarende utmattelse og søvnproblemer. Et eksempel er kreftsykdom, der utmattelse og søvnproblemer antas å forsterke hverandre gjensidig, og der psykologisk behandling av søvnproblemer er forbundet med redusert utmattelse (Dean, 2022).

Generelle psykologiske faktorer inkluderer pasientens tanker om og forståelse av sykdom og utmattelse, bekymringer og grubling, sorg, depressive pla-

ger og under- eller overaktivitet. Ved for eksempel multipel sklerose kan passivitet, fryktunngåelse og depressive plager, bidra til langvarig utmattelse i kombinasjon med alvorlighetsgraden av sykdommen (Morrison & Stuifbergen, 2016; Wijenberg, Stapers, Köhler & Bol, 2016).

En sykdomsspesifikk psykologisk faktor ved diabetes er at pasienten må være sin egen behandler og passe på å ha tilstrekkelig insulin til enhver tid, måle blodsukker, ha oversikt over inntak og uttak og alle andre forhold som påvirker blodsukternivået. Pasienten må på sett og vis ta over bukspyttkjertelens funksjon. Sørger man ikke for å ha tilstrekkelig med insulin i kroppen til enhver tid, kan det gi alvorlige senkomplikasjoner som synsnedsettelse (retinopati), nyreskade (nefropati) og smertefulle nerveskader, og i verste fall være dødelig. Det er en emosjonell belastning som over tid kan gi «diabetisk slitasje» (Haug, 2017) og «diabetisk burnout» (Kierella et al., 2021).

De sosiale faktorene omfatter situasjonen man lever i: arbeid, skole, støtte eller mangel på støtte. Stikkord er omsorgsoppgaver, økonomiske problemer, ensomhet, familiebelastninger eller konflikt, og vansker med Nav og andre offentlige hjelpeinstanser.

Mens sykdom kan utløse utmattelse, kan altså en rekke psykososiale faktorer bidra til å forsterke og opprettholde den. Ved multipel sklerose vil både kognitive og atferdsmessige faktorer spille en sentral rolle for at utmattelsen holdes ved like over tid (Menting et al., 2017). Problemene opprettholdes blant annet av redusert aktivitetsnivå, søvnproblemer og forstyrret døgnrytme, u hensiktsmessig sykdomsforståelse og hemmende tenkemåter om utmattelse. Smarter og mangel på sosial støtte virker også inn.

Alle plager fra kroppen trekker til seg oppmerksomheten vår. Ved både langvarige smerter og utmattelse kan hjernen utvikle en vanemessig overvåking av kroppslige signaler, en form for selektiv oppmerksomhet som kan forsterke kroppslige plager (Pedersen, 2019).

Frykt for utmattelse kan på samme måte som frykt for smerte bidra til å forsterke og opprettholde symptomer gjennom såkalt assosiasjonslæring, der ulike kroppsfornemmelser eller situasjoner blir forbundet av hjernen med risiko for sterk utmattelse eller forverring av sykdom (Lenaert et al., 2018). Det kan føre til at man automatisk skanner kroppen for tegn på utmattelse, noe som i seg selv kan forsterke plagene og hemme funksjon. Et eksempel er en studie av personer etter hjerneslag, der mange fortalte om en stadig nærværende og hemmende angst for at utmattelsen var et varselsignal om et nytt slag (Flinn & Stube, 2010).

Følger for arbeidsfunksjon

Vedvarende utmattelse har negative følger for funksjon og livskvalitet. For eksempel rapporterer mange med kreftsykdom at utmattelsen er det symptomet som hemmer funksjonen i hverdagen mest, og at det går sterkt ut over livskvaliteten, med nedsatt fysisk, psykologisk og sosial funksjon (Hofman et al., 2007).

Vedvarende utmattelse er en årsak til at mennesker med ulike sykdommer faller ut av arbeidslivet, med enorme samfunnsmessige omkostninger (Oslo Economics, 2022; Walsh et al., 2014). I kvalitative studier av pasienter med revmatiske sykdommer er mental og fysisk utmattelse for mange det som svekker arbeidsfunksjonen mest (Connolly et al., 2015). Utmattelsen beskrives som uforutsigbar. Den mentale utmattelsen kan gi konsentrasjonsproblemer som fører til at man gjør feil, begynner å tvile på seg selv og må dobbeltsjekke at man har gjort ting riktig. Noen velger å informere ledelsen og kolleger om utmattelsen, mens andre holder problemet skjult. De kan være engstelige for å bli holdt øye med eller for ikke å bli møtt med forståelse. Mange av dem som har valgt å informere arbeidsplassen om sin situasjon, sier at de opplevde det som positivt og riktig, for eksempel ved at de fikk tilbud om tilrettelegging av arbeidsmiljø og arbeidstid. Men det å forklare selve utmattelsen er ofte vanskelig, fordi den er et usynlig symptom, og fordi de fleste av oss jo er slitne i perioder, selv når vi ikke er syke.

Også for mange personer med multipel sklerose er utmattelse det symptomet som i størst grad reduserer arbeidskapasitet og arbeidsevne (Flensner et al., 2013). Utmattelsen kan føre til at man ikke lenger klarer å være i jobb, med betydelige omkostninger for samfunnet (Berg et al., 2006). Langvarig utmattelse rapporteres tilsvarende å være det symptomet som i størst grad går ut over arbeidsfunksjon hos pasienter med inflammatorisk mage-tarmsykdom (Le Berre et al., 2019).

Vi anbefaler at du som behandler, dersom pasienten er i arbeid, spør om sammenhenger mellom langvarig utmattelse og arbeidsfunksjon: I hvilken grad virker utmattelsen inn på arbeidsutførelsen, og hvordan forsøker pasienten å håndtere utmattelsen i jobbhverdagen? Er kolleger og leder informert om problemet? Bruk av gradert sykmelding i vanskelige perioder, og tilrettelegging av arbeidsoppgavene, kan være et godt alternativ til full sykmelding.

Generelt er flere jobbredde programmer vist å kunne redusere sykefraværet ved somatisk sykdom, inklusive ulike tilnærminger basert på kognitiv atferdsterapi (Nazarov et al., 2019; Xu, 2024). Barrierer og tiltak for retur til arbeid er ofte de samme på tvers av ulike somatiske sykdommer og også psy-

kiske lidelser (Gragnano et al., 2017). En behandlingsveileder for jobbfokusert terapi ved angst og depresjon, med beskrivelse av åtte spesifikke intervensjoner, kan derfor være nyttig også i psykologisk behandling ved langvarig utmattelse (Berge et al., 2019).

Psykologisk behandling av utmattelse

Det finnes flere ulike psykologiske tilnæringer som har vist effekt for utmattelse ved somatisk sykdom, for eksempel mindfulness-baserte intervensjoner (Lin et al., 2022) og aksept- og forpliktelsesterapi (ACT; Maunick et al., 2023). I den følgende presentasjonen av evidensgrunnlaget for psykologiske intervensjoner har vi valgt å avgrense oss til kognitiv atferdsterapi. Begrunnelsen er at det er gjort flest studier av denne tilnærmingen, der man i større grad har inkludert utmattelse som et utfallsmål, og fordi tiltak i disse behandlingsoppleggene ofte er rettet spesifikt mot mestring av utmattelse.

Vi tar her for oss kognitiv atferdsterapi ved ulike sykdommer, men en gjennomgang av ulike studier har vist at kognitiv atferdsterapi for utmattelse ved ulike sykdommer har store fellestrekk (de Gier et al., 2023). Sentrale mekanismer for endring på tvers av diagnostiske grupper er reduksjon i hemmende tanke- og handlingsmønstre, for eksempel katastrofetenkning og fryktunngåelse, eller tankemønstre som bidrar til overbelastning, og tilrettelegging for styrket funksjon i hverdagens gjøremål, for eksempel jobbfokuserte tiltak. Mennesker med utmattelse og sykdom er en heterogen gruppe med ulike behov for tiltak. Det legges derfor vekt på individuell tilrettelegging av de ulike virkemidlene.

Kreftsykdom

Kognitiv atferdsterapi anbefales som tilnærming til kreftrelatert utmattelse i retningslinjene for American Society of Clinical Oncology (Bower et al., 2014). Man viser her til at en rekke metaanalyser indikerer at tilnærmingen kan redusere utmattelse hos mennesker som har overlevd ulike typer av kreftsykdommer, og at endringene opprettholdes ved lengre oppfølging. Retningslinjene anbefaler også edukativ tilnærming og mindfulness-basert tilnærming. Man vil i de ulike psykososiale tilnærmingene ofte inkludere tiltak for å styrke regelmessig fysisk aktivitet og bedret søvn.

Charles et al. (2021) utførte en syntese av fem internasjonale retningslinjer om ikke-farmakologiske intervensjoner ved kreftsykdom, og fant samstemmighet i anbefalinger om fysisk aktivitet, edukative tilnæringer og kognitiv atferdsmessig tilnærming, med moderat til høy grad av evidens. De fremhever at det er et kritisk behov for bruk av slike intervensjo-

ner ved kreftrelatert utmattelse, og at det er viktig å spre denne kunnskapen og iverksette slike tilbud for pasienter som ønsker det under og etter kreftsykdom.

Wu et al. (2019) inkluderte 182 studier i sin metaanalyse av ikke-farmakologiske intervensjoner ved kreftsykdom, med over 18 000 deltakere, der kognitiv atferdsterapi viste signifikante resultater for reduksjon i utmattelse. Det samme gjorde multimodal terapi og qigong.

Li et al. (2024) utførte en metaanalyse av 27 studier av tolv ulike ikke-farmakologiske intervensjoner for over 5000 pasienter med brystkreft. Her viste kognitiv atferdsterapi best resultater for kreftrelatert utmattelse. Abrahams et al. (2020) fikk tilsvarende resultater i sin metaanalyse av psykososiale intervensjoner for kvinner med brystkreft og menn med prostatakreft, og fant at ulike sosiodemografiske variabler eller grad av smerte ikke syntes å påvirke effekten. Intervensjoner som var spesifikt rettet mot kreftrelatert utmattelse, hadde gjennomgående best resultater.

Resultatene kan variere avhengig av hvilket stadium av kreftsykdom det er snakk om. Poort et al. (2017) konkluderte med at det for psykososiale intervensjoner for kreftsykdom i palliativ fase ikke er tilstrekkelig evidens med hensyn til kreftrelatert utmattelse. De påpeker at det er gjort få studier her, og at disse dessuten gjennomgående er av lav kvalitet.

Blumenstein et al. (2022) fant at resultatene av kognitiv atferdsterapi ikke var så gode for pasienter som nylig har fått kreftdiagnosen. Senere i sykdomsforløpet viste imidlertid denne gjennomgangen av 95 studier av kognitiv atferdsterapi signifikante resultater, for funksjonell helse generelt, men særlig for søvnproblemer og utmattelse.

Det er gjort enkeltstudier som viser at resultatene for bedring i symptomer og funksjon ved utmattelse etter kreftbehandling holder seg i to år etter intervensjonen (Gielissen et al., 2006, 2007). En studie viste gode resultater også med hensyn til styrket kognitiv funksjon (Goedendorp et al., 2014).

Revmatisk sykdom

I en metaanalyse tok Shen et al. (2020) for seg seks randomiserte, kontrollerte studier av kognitiv atferdsterapi ved revmatisk sykdom. I tillegg til signifikante resultater for reduksjon av symptomer på angst og depresjon ble også symptomer på utmattelse redusert.

Hewlett et al. (2019) evaluerte en kognitiv atferdsterapeutisk gruppetilnærming til utmattelse ved revmatisk sykdom for over 300 pasienter. Det var en signifikant reduksjon i utmattelse sammenlignet med «behandling som vanlig» og en høy grad av brukertil-

fredshet. Resultatene holdt seg ved to års oppfølging, og med indikasjoner på helseøkonomiske gevinster.

Andre sykdommer

Det er flere metaanalyser av kognitiv atferdsterapi for utmattelse ved multipel sklerose som viser at mange pasienter kan ha nytte av et slikt tilbud. En metaanalyse tok for seg 113 kontrollerte studier med ikke-farmakologiske intervensjoner, inklusive fysisk trening, med over 6000 deltakere (Harrison et al., 2021). Fjorten studier av kognitiv atferdsterapi var inkludert i denne metaanalysen, som konkluderte med moderat til høy effekt av kognitiv atferdsterapi. Det var generelt best resultater for intervensjoner som var direkte rettet inn mot utmattelse.

Det er også lovende studier av nettbasert kognitiv atferdsterapeutisk behandling, for eksempel ved utmattelse forbundet med diabetes 1 (Menting et al., 2017).

Resultatene for kognitiv atferdsterapi for kronisk utmattelsessyndrom / ME er under debatt, der studier er blitt kritisert for svakheter i inklusjonskriterier og mangel på objektive resultatmål. En oppsummering av både positive funn og feilkilder i forskningen finnes

i metaanalysen til Ingman et al. (2022). En litteraturgjennomgang av Kim et al. (2020) konkluderte med at det ikke er tilstrekkelig konsistent evidens for effekt, med en høy grad av variasjon mellom studier. En metaanalyse av Bermppohl et al. (2024), som inkluderte 15 studier med over 2000 deltakere, konkluderte med at kognitiv atferdsterapi synes å ha effekt for utmattelse og funksjonshemning forbundet med utmattelse, og opplevd helsestatus, også ved lengre tids oppfølging. Effekten på utmattelse var lav til moderat. En norsk enkeltstudie ga lovende resultater (Gotaas et al., 2021).

Ved inflammatorisk mage-tarmsykdom er det enda utilstrekkelig dokumentasjon når det gjelder effekt av kognitiv atferdsterapi for utmattelse, men det pekes på at enkelte studier har vist lovende resultater (Emerson et al., 2021; Farrell et al., 2020).

Avslutning

Langvarig utmattelse er et stort problem for mange mennesker med ulike sykdommer, og det svekker funksjon og livskvalitet og bidrar til sykefravær og uførhet. Siden utmattelse er et generelt symptom på tvers

Behandlingsopplegg på nett

Diakonhjemmet sykehus har med støtte fra Stiftelsen Dam gjennom Norsk revmatikerforbund, utviklet et behandlingsopplegg med kognitiv atferdsterapeutiske og klinisk helsepsykologiske intervensjoner for utmattelse ved sykdom (Berge & Fjerstad, 2023). En arbeidsbok for pasient og en veileder for behandler kan lastes ned fra nettsidene til Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken: <https://www.diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/voksenpsykiatrisk-avdeling-vinderen/enhet-for-psykiske-helsetjenester-i-somatikken/>

Arbeidsboken og veilederen er også tilgjengelige på nettsiden til Norsk forening for kognitiv atferdsterapi: <https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/utmattelse/>

På disse nettsidene har vi også lagt ut tilsvarende behandlingsprogrammer bygget på klinisk helsepsykologi og kognitiv atferdsterapi, for henholdsvis irriterbar tarmsyndrom, langvarige smerter og søvnproblemer.

Behandlingsopplegget for utmattelse ved sykdom er utformet både som behandling i gruppe og som individuell behandling. Det er et transdiagnostisk tilbud for pasienter med ulike sykdommer, for eksempel revmatisk sykdom, mage-tarmsykdom, kronisk utmattelsessyndrom / ME, stoffskiftesykdom, diabetes, hjerte- og karsykdom, langvarige smerter og utmattelse som ettervirkning av kreftsykdom og kreftbehandling.

I arbeidsboken er det også et kapittel om arbeidsrettede tiltak. Hvis pasienten står i fare for å bli langtids sykmeldt eller er i dialog med Nav, anbefales det å ta inn temaet tidlig i behandlingsforløpet.

Opplegget har vært evaluert i en naturalistisk studie med pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom (Fjerstad, Berge, Nymo et al., 2020). Det er også del av en pågående randomisert klinisk kontrollert studie ved Radiumhospitalet av personer som har overlevd lymfekreft, og som har langvarig utmattelse. Intervensjonen inkluderer i denne studien også pasientedukasjon, fysisk trening og individuelt tilrettede råd om ernæring (Bøhn et al., 2024).

av sykdommer, er det mulig med en felles behandlingstilnærming. Sentrale elementer i en klinisk helsetilnærming er formidling av informasjon og samarbeid om en biopsykososial forståelse av utmattelse, tiltak rettet mot styrket funksjon, balanse og variasjon i hverdagens gjøremål, og individuelt tilpassede mentale strategier. Tiltakene er et supplement til annen medisinsk og ikke-medisinsk behandling.

Takksigelse

Takk til Elise Davis-Keaveny, fagbiblioteket, VID vitenskapelig høgskole, for assistanse. ✕

Referanser

- Abrahams, H.J.G., Knoop, H., Schreurs, M., Aaronson, N.K., Jacobsen, P.B., Newton, R.U., Courneya, K.S., Aitken, J.F., Arving, C., Brandberg, Y., Chambers, S.K., Gielissen, M.F.M., Glimelius, B., Goedendorp, M.M., Graves, K.D., Heiney, S.P., Horne, R., Hunter, M.S., Johansson, B., Northouse, L.L., Oldenburg, H.S.A., Prins, J.B., Savard, J., van Beurden, M., van den Berg, S.W., Verdonck-de Leeuw, I.M. & Buffart, L.M. (2020). Moderators of the effect of psychosocial interventions on fatigue in women with breast cancer and men with prostate cancer: Individual patient data meta-analyses. *Psychooncology*, 29(11), 1772–1785. <https://doi.org/10.1002/pon.5522>
- Berg, J., Lindgren, P., Fredrikson, S. & Kobelt, G. (2006). Costs and quality of life of multiple sclerosis in Sweden. *The European Journal of Health Economics*, 7(Suppl 2), 75–85. <https://doi.org/10.1007/s10198-006-0379-5>
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2023). *Kognitiv atferdsterapi for vedvarende utmattelse. Arbeidsbok individuell behandling*. https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2021/07/arbeidsbok_individuell_behandling_utmattelse_netttutgave.pdf
- Berge, T., Heier, E.B., Wright, D., Hannisdal, M. & Gjengedal, R.G.H. (2019). *Jobbfokusert terapi ved depresjon og angstlidelser – en behandlingsveileder*. Diakonhjemmet sykehus. <https://www.diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/voksenpsykiatrisk-avdeling-vinderen/poliklinikk-psykisk-helse-og-arbeid/poliklinikk-psykisk-helse-og-arbeid2/jobbfokusert-terapi/behandlingsveileder/>
- Berger, A.M., Mooney, K., Alvarez-Perez, A., Breitbart, W.S., Carpenter, K.M., Cella, D., Cleeland, C., Dotan, E., Eisenberger, M.A., Escalante, C.P., Jacobsen, P.B., Jankowski, C., LeBlanc, T., Ligo, J.A., Loggers, E.T., Mandrell, B., Murphy, B.A., Palesh, O., Pirl, W.F., ... Smith, C. (2015). Cancer-related fatigue. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 13(8), 1012–1039. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2015.0122>
- Bermopohl, F.M.G., Kucharczyk-Bodenburg, A.-C. & Martin, A. (2024). Efficacy and acceptance of cognitive behavioral therapy in adults with chronic fatigue syndrome: A meta-analysis. *International Journal of Behavioural Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10254-2>
- Blumenstein, K.G., Brose, A., Kemp, C., Meister, D., Walling, E., DuVall, A.S. & Zhang, A. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in improving functional health in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 175, 103709. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103709>
- Bower, J.E. (2014). Cancer-related fatigue – mechanisms, risk factors, and treatments. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 11(10), 597–609. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2014.127>
- Bower, J.E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C.P., Ganz, P.A., Hill, H., Schnipper, C., Lacchetti, C., Ligo, J.A., Lyman, G.H., Ogaily, M.S., Pirl, W.F. & Jacobsen, P.B. (2014). Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 1840–1850. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.53.4495>
- Bøhn, S., Oldervoll, L.M., Reinertsen, K.V., Seland, M., Fosså, A., Kiserud, C., Skaali, T., Nilsen, T.S., Blomhoff, R., Henriksen, H.B., Lie, H.C., Berge, T., Fjerstad, E., Wisløff, T., Slott, M., Zajmovic, I. & Thorsen, L. (2024). The feasibility of a multidimensional intervention in lymphoma survivors with chronic fatigue. *Support Care in Cancer*, 32(22). <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08204-5>
- Cella, M. & Chalder, T. (2010). Measuring fatigue in clinical and community settings. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.007>
- Charles, C., Vaz Luis, I., Chiesa, S., Boiron, C., Bourcier, C., Cavalcanti, A., Dauchy, S., Favre, E., Ferrandez, J.C., Gueroult-Accolas, L., Karsenti, L., Mateus, C., Vansteene, D., Alla, F., Montagni, I. & Cambon, L. (2021). Synthèse actualisée des recommandations internationales sur le traitement de la fatigue par des interventions non pharmacologiques [An updated synthesis of the international recommendations about the use of non-pharmacological interventions in the treatment of fatigue]. *Bulletin du Cancer*, 108(7–8), 740–750. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.02.006>
- Chen, Y.W., Camp, P.G., Coxson, H.O., Road, J.D., Guenette, J.A., Hunt, M.A. & Reid, W.D. (2018). A comparison of pain, fatigue, dyspnea and their impact on quality of life in pulmonary rehabilitation participants with chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*, 15(1), 65–72. <https://doi.org/10.1080/15412555.2017>
- Connolly, D., Fitzpatrick, C., O'Toole, L., Doran, M. & O'Shea, F. (2015). Impact of fatigue in rheumatic diseases in the work environment: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 13807–13822. <https://doi.org/10.3390/ijerph121113807>
- Dean, R. (2022). Can improving quality of sleep reduce the symptoms of cancer-related fatigue in adults?: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 31(4), e13597. <https://doi.org/10.1111/ecc.13597>
- de Gier, M., Picariello, F., Slot, M., Janse, A., Keijmel, S., Menting, J., Worm-Smeitink, M., Beckerman, H., de Groot, V., Moss-Morris, R. & Knoop, H. (2023). The relation between cognitive-behavioural responses to symptoms in patients with long term medical conditions and the outcome of cognitive behavioural therapy for fatigue –

- A secondary analysis of four RCTs. *Behaviour Research and Therapy*, 161, 104243. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104243>
- Druce, K.L., Bhattacharya, Y., Jones, G.T., Macfarlane, G.J. & Basu, N. (2016). Most patients who reach disease remission following anti-TNF therapy continue to report fatigue: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register for Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology*, 55, 1786–1790. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kew241>
- D'Silva, A., Fox, D., Nasser, Y., Vallance, J., Quinn, R., Ronksley, P. & Raman, M. (2021). Prevalence and risk factors for fatigue in adults with inflammatory bowel disease: A systematic review with meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 20. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.06.034>
- Emerson, C., Barhoun, P., Olive, L., Fuller-Tyszkiewicz, M., Gibson, P.R., Skvarc, D. & Mikocka-Walus, A. (2021). A systematic review of psychological treatments to manage fatigue in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 147, 110524. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110524>
- Farisogullari, B., Santos, E.J.F., Dures, E., Geenen, R. & Machado, P.M. (2023). EULAR taskforce on Recommendations for the management of fatigue in people with inflammatory rheumatic diseases. Efficacy of pharmacological interventions: a systematic review informing the 2023 EULAR recommendations for the management of fatigue in people with inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. *RMD Open*, 9(4):e003349. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003349>
- Farrell, D., Artom, M., Czuber-Dochan, W., Jelsness-Jørgensen, L.P., Norton, C. & Savage, E. (2020). Interventions for fatigue in inflammatory bowel disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD012005. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012005>
- Fjerstad, E., Berge, T. & Bull-Hansen, B. (2020). Utmattede pasienter kan miste noe av sin identitet og selvfølelse. *Sykepleien*, 108, Artikkel e-80883. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80883>
- Fjerstad, E., Berge, T., Nymo, S. & Moe, R.H. (2020). Targeting specific factors in rheumatic inflammatory diseases: A cognitive behavioural approach. *Health Education and Care*, 5, 1–6. <https://doi.org/10.15761/HEC-1000177>
- Flensner, G., Landtblom, A.-M., Söderhamn, O. & Ek, A.C. (2013). Work capacity and health-related quality of life among individuals with multiple sclerosis reduced by fatigue: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 13, Artikkel 224. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-224>
- Flinn, N.A. & Stube, J.E. (2010). Post-stroke fatigue: Qualitative study of three focus groups. *Occupational Therapy International*, 17(2), 81–91. <https://doi.org/10.1002/oti.286>
- Gielissen, M.F.M., Verhagen, C.A.H.H.V.M. & Bleijenberg, G. (2007). Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. *British Journal of Cancer*, 97(5), 612–618. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603899>
- Gielissen, M.F.M., Verhagen, S., Witjes, F. & Bleijenberg, G. (2006). Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 24(30), 4882–4887. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.06.8270>
- Glader, E.L., Stegmayr, B. & Asplund, K. (2002). Poststroke fatigue: a 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke*, 33, 1327–1333. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000014248.28711.d6>
- Goedendorp, M.M., Knoop, H., Gielissen, M.F.M., Verhagen, C.A.H.H.V.M. & Bleijenberg, G. (2014). The effects of cognitive behavioral therapy for postcancer fatigue on perceived cognitive disabilities and neuropsychological test performance. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 35–44. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.014>
- Goedendorp, M.M., Tack, C.J., Stegink, E., Bloot, L., Bazelmans, E. & Knoop, H. (2014). Chronic fatigue in type 1 diabetes: Highly prevalent but not explained by hyperglycemia or glucose variability. *Diabetes Care*, 37(1), 73–80. <https://doi.org/10.2337/dc13-0515>
- Goërtz, Y.M.J., Braamse, A.M.J., Spruit, M.A., Janssen, D.J.A., Ebadi, Z., Van Herck, M., Burtin, C., Peters, J.B., Sprangers, M.A.G., Lamers, F., Twisk, J.W.R., Thong, M.S.Y., Vercoulen, J.H., Geerlings, S.E., Vaes, A.W., Beijers, R.J.H.C.G., van Beers, M., Schols, A.M.W.J., Rosmalen, J.G.M. & Knoop, H. (2021). Fatigue in patients with chronic disease: results from the population-based Lifelines Cohort Study. *Scientific Reports*, 11(1), Artikkel 20977. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-00337-z>
- Gotaas, M.E., Stiles, T.C., Bjørngaard, J.H., Borchgrevink, P.C. & Fors, E.A. (2021). Cognitive behavioral therapy improves physical function and fatigue in mild and moderate chronic fatigue syndrome: A consecutive randomized controlled trial of standard and short interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Artikkel 580924. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.580924>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. & Corbière, M. (2017). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215–231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Harrison, A.M., Safari, R., Mercer, T., Picariello, F., van der Linden, M.L., White, C., Moss-Morris, R. & Norton, S. (2021). Which exercise and behavioural interventions show most promise for treating fatigue in multiple sclerosis? A network meta-analysis. *Multiple Sclerosis Journal* 27(11), 1657–1678. <https://doi.org/10.1177/1352458521996002>
- Haug, J. (2017). *Diabetespsykologi – samspillet mellom kropp og sinn*. Gyldendal Akademisk.
- Hewlett, S., Almeida, C., Ambler, N., Blair, P.S., Choy, E., Dures, E., Hammond, A., Hollingworth, W., Kadir, B., Kirwan, J., Plummer, Z., Rooke, C., Thorn, J., Turner, N. & Pollock, J. (2019). Group cognitive-behavioural programme to reduce the impact of rheumatoid arthritis fatigue: the RAFT RCT with economic and qualitative

- evaluations. *Health Technology Assessment*, 23(57), 1–130. <https://doi.org/10.3310/hta23570>
- Hewlett, S., Chalder, T., Choy, E., Cramp, F., Davis, B., Dures, E., Nicholls, C. & Kirwan, J. (2011). Fatigue in rheumatoid arthritis: Time for a conceptual model. *Rheumatology*, 50(6), 1004–1006. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keq282>
- Hofman, M., Ryan, J.L., Figueroa-Moseley, C.D., Jean-Pierre, P. & Morrow, G.R. (2007). Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *The Oncologist*, 12(Suppl 1), 4–10. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.12-S1-4>
- Ingman, T., Smakowski, A., Goldsmith, K. & Chalder, T.A. (2022). Systematic literature review of randomized controlled trials evaluating prognosis following treatment for adults with chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine*, 52(14), 2917–2929. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002471>
- Jones, D.E.J., Gray, J.C. & Newton, J. (2009). Perceived fatigue is comparable between different disease groups. *QJM: An International Journal of Medicine*, 102(9), 617–624. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcp091>
- Kim, Y.-J., Lee, S.-G., Lee, J.-S., Choi, Y.-J. & Son, C.-G. (2024). Comparative characteristics of fatigue in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 177(8), Artikel 111589. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111589>
- Kim, D.Y., Lee, J.S., Park, S.Y., Kim, S.J. & Son, C.G. (2020). Systematic review of randomized controlled trials for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *Journal of Translational Medicine*, 18(1), 492. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02603-6>
- Kiriella, D.A., Islam, S., Oridota, O., Sohler, N., Dessenne, C., de Beaufort, C., Fagherazzi, G. & Aguayo, G.A. (2021). Unraveling the concepts of distress, burnout, and depression in type 1 diabetes: A scoping review. *eClinicalMedicine*, 40, Artikel 101118. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101118>
- Kister, I., Bacon, T.E., Chamot, E., Salter, A.R., Cutter, G.R., Kallina, J.T. & Herbert, J. (2013). Natural history of multiple sclerosis symptoms. *International Journal of MS Care*, 15(3), 146–158. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2012-053>
- Lawrence, D.P., Kupelnick, B., Miller, K., Devine, D. & Lau, J. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 40–50. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh027>
- Le Berre, C., Peyrin-Biroulet, L., Buisson, A., Olympie, A., Ravel, M.H., Bienenfeld, C. & Gonzalez, F. (2019). Impact of inflammatory bowel diseases on working life: A French nationwide survey. *Digestive and Liver Disease*, 51(7), 961–966. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2019.01.024>
- Lenaert, B., Boddez, Y., Vlaeyen, J.W.S. & van Heugten, C.M. (2018). Learning to feel tired: A learning trajectory towards chronic fatigue. *Behaviour Research and Therapy*, 100, 54–66. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.11.004>
- Lerdal, A., Bakken, L.N., Kouwenhoven, S.E., Pedersen, G., Kirkevold, M., Finset, A. & Kim, H.S. (2009). Poststroke fatigue – a review. *Journal of Pain Symptom Management*, 38, 928–949. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.028>
- Lerdal, A., Wahl, A., Rustøen, T., Hanestad, B.R. & Moum, T. (2005). Fatigue in the general population: A translation and test of the psychometric properties of the Norwegian version of the fatigue severity scale. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(2), 123–130. <https://doi.org/10.1080/14034940410028406>
- LHL Hjerneslag. (2017). *Fatigue – den usynlige fienden* (Brosjyre). <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/fatigue-etter-hjerneslag/>
- Li, Y., Gao, L., Chao, Y., Lan, T., Zhang, J., Li, R., Zhang, Z., Li, S., Lian, J., Wang, Z. & Chen, X. (2024). Various interventions for cancer-related fatigue in patients with breast cancer: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers of Oncology*, 14, Artikel 1341927. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1341927>
- Lin, L.Y., Lin, L.H., Tzeng, G.L., Huang, Y.H., Tai, J.F., Chen, Y.L., Wu, C.J., Chen, P.H., Lin, P.C. & Hung, P.L. (2022). Effects of mindfulness-based therapy for cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(2), 432–445. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09862-z>
- Maqbali, M., Sinani, M., Naamani, Z., Badi, K. & Tanash M.I. (2021). Prevalence of fatigue in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(1), 167–189. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.037>
- Maunick, B., Skvarc, D., Olive, L. & Mikocka-Walus, A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on fatigue for patients with cancer and other chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 171, Artikel 111366. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111366>
- Menting, J., Tack, C.J., Bleijenbergh, G., Rogier, D., Donders, R., Fortuyn, H.A.D., Franssen, J., Goedendorp, M.M., Kalkman, J.S., Strik-Albers, R., van Alfen, N., van der Werf, S.P., Voermans, N.C., van Engelen, B.G. & Knoop, H. (2018). Is fatigue a disease-specific or generic symptom in chronic medical conditions? *Health Psychology*, 37(6), 530–543. <https://doi.org/10.1037/hea0000598>
- Menting, J., Tack, C.J., van Bon, A.C., Jansen, H.J., van den Bergh, J.P., Mol, M.J.T.M., Goedendorp, M.M., Donders, R. & Knoop, H. (2017). Web-based cognitive behavioural therapy blended with face-to-face sessions for chronic fatigue in type 1 diabetes: A multicentre randomised controlled trial. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(6), 448–456. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30098-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30098-0)
- Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 209–242). Gyldendal Akademisk.
- Morrison, J.D. & Stuifbergen, A.K. (2016). Predictors of fatigue impact in persons with longstanding multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(3), 143–150. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000208>
- Nazarov, S., Manuwald, U., Leonardi, M., Silvaggi, F., Foucaud, J., Lamore, K., Guastafierro, E., Scaratti, C., Lindström, J. & Rothe, U. (2019). Chronic diseases and employment: Which interventions support the maintenance of work and return to work among workers

- with chronic illnesses? A systematic review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 16(10), 1864. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101864>
- Olsen, C.L., Lie, E., Kvien, T.K. & Zangi, H.A. (2016). Predictors of fatigue in rheumatoid arthritis patients in remission or low disease activity state. *Arthritis Care and Research (Hoboken)*, 68(7), 1043–1048. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez346>
- Oslo Economics. (2022). *Arbeid, helse og kreft* (OE-rapport 2022-81). <https://osloeconomics.no/publication/arbeid-helse-og-kreft>
- Overman, C.L., Kool, M.B., Da Silva, J.A.P. & Geenen, R. (2016). The prevalence of severe fatigue in rheumatic diseases: an international study. *Clinical Rheumatology*, 35(2), 409–415. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-3035-6>
- Pedersen, M. (2019). Chronic fatigue syndrome and chronic pain conditions – vitally protective systems gone wrong. *Scandinavian Journal of Pain*, 19(4), 651–657. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2019-0072>
- Poort, H., Peters, M., Bleijenberg, G., Gielissen, M.F., Goedendorp, M.M., Jacobsen, P., Verhagen, S. & Knoop, H. (2017). Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. *Cochrane Database Systematic Review*, 7(7), Artikkel CD012030. <https://doi.org/10.1002/14651858>
- Schjoedt, I., Sommer, I. & Bjerrum, M.B. (2016). Experiences and management of fatigue in everyday life among adult patients living with heart failure: a systematic review of qualitative evidence. *BI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(3), 68–115. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-2441>
- Seland, M., Holte, H., Bjoro, T., Schreiner, T., Bollerslev, J., Loge, J.H., Fosså, S.D. & Kiserud, C.E. (2015). Chronic fatigue is prevalent and associated with hormonal dysfunction in long-term non-Hodgkin lymphoma survivors treated with radiotherapy to the head and neck region. *Leukemia & Lymphoma*, 56(12), 3306–3314. <https://doi.org/10.3109/10428194.2015.1036258>
- Shen, B., Li, Y., Du, X., Chen, H., Xu, Y., Li, H. & Xu, G.Y. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 25(10), 1179–1191. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1736312>
- Skau, S., Sundberg, K. & Kuhn, H.G. (2021). A proposal for a unifying set of definitions of fatigue. *Frontiers of Psychology*, 12, Artikkel 739764. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.739764>
- Smeland, K.B., Loge, J. H, Aass, H.C.D., Aspelin, T., Bersvendsen, H., Bolstad, N., Fagerli, U.M., Falk, R.S., Fluge, Ø., Fosså, A., Holte, H., Lund, M.B., Murbræch, K., Reinertsen, K.V., Stenehjelm, J.S. & Kiserud C.E. (2019). Chronic fatigue is highly prevalent in survivors of autologous stem cell transplantation and associated with IL-6, neuroticism, cardiorespiratory fitness, and obesity. *Bone Marrow Transplantation*, 54(4), 607–610. <https://doi.org/10.1038/s41409-018-0342-y>
- Stebbins, S., Herbison, P., Doyle, T.C., Treharne, G.J. & Highton, J. (2010). A comparison of fatigue correlates in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: disparity in associations with disability, anxiety and sleep disturbance. *Rheumatology*, 49(2), 361–367. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kep367>
- Tate, W.P., Walker, M.O.M., Peppercorn, K., Blair, A.L.H. & Edgar, C.D. (2023). Towards a better understanding of the complexities of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome and Long COVID. *International Journal of Molecular Science*, 24(6), Artikkel 5124. <https://doi.org/10.3390/ijms24065124>
- van Steenberg, H.W., Tsonaka, R., Huizinga, T.W.J., Boonen, A. & van der Helm-van Mil, A.H.M. (2015). Fatigue in rheumatoid arthritis; a persistent problem: A large longitudinal study. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases Open*, 1, Artikkel e000041. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2014-000041>
- van Zanten, J.V., Douglas, M.R. & Ntoumanis, N. (2021). Fatigue and fluctuations in physical and psychological well-being in people with multiple sclerosis: a longitudinal study. *Multiple Sclerosis Related Disorders*, 47, Artikkel 102602. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2020.102602>
- Vincent, A., Benzo, R.P., Whipple, M.O., McAllister, S.J., Erwin, P.J. & Saligan L.N. (2013). Beyond pain in fibromyalgia: insights into the symptom of fatigue. *Arthritis Research and Therapy* 15(6), 221. <https://doi.org/10.1186/ar4395>
- Walsh, J.A., McFadden, M.L., Morgan, M.D., Sawitzke, A.D., Duffin, K.D., Krueger, G.G. & Clegg, D.O. (2014). Work productivity loss and fatigue in psoriatic arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 41(8), 1670–1674. <https://doi.org/10.3899/jrheum.140259>
- Weijman, I., Kant, I., Swaen, G.M., Ros, W.J.G., Rutten, G.E.H.M., Schaufeli, W.B., Schabracq, M.J. & Winnubst, J.A. (2004). Diabetes, employment and fatigue-related complaints: a comparison between diabetic employees, «healthy» employees, and employees with other chronic diseases. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 828–836. <https://doi.org/10.1097/O1.jom.0000135605.62330.ca>
- Wijenberg, L.M.L., Stapert, S.Z., Köhler, S. & Bol, Y. (2016). Explaining fatigue in multiple sclerosis: Cross-validation of a biopsychosocial model. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(5), 815–822. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9749-3>
- Williams, B.A. (2017). The clinical epidemiology of fatigue in newly diagnosed heart failure. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17, Artikkel 122. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0555-9>
- Wu, C., Zheng, Y., Duan, Y., Lai, X., Cui, S., Xu, N., Tang, C. & Lu, L. (2019). Nonpharmacological interventions for cancer-related fatigue: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(2), 102–110. <https://doi.org/10.1111/wvn.12352>
- Xu, H., Cai, J., Sawhney, R., Jiang, S., Buys, N. & Sun, J. (2024). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in helping people on sick leave to return to work: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation* 34(1), 4–36. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10116-4>

Mind-Body Reprogrammerings- Terapi (MBRT): ny behandling for long covid

Modellen er utviklet for pasienter med betydelig redusert funksjonsnivå som følge av long covid.

Long covid er et begrep som brukes om senfølger etter akutt eller sannsynlig covid-19-infeksjon. WHO definerer det som en tilstand som har vart i mer enn tre måneder, og det er rapportert om mer enn 200 symptomer assosiert med tilstanden (World Health Organization, 2024). Symptomene varierer mellom individer, men de vanligste er utmattelse, tung pust og hjer-netåke. I tillegg forteller mange om plager som anstrengelsesutløst utmattelse (PEM), søvnplager, smerte, tap av lukt/smak, angst og depresjon (Soriano et al., 2022).

VEDVARENDE SYMPTOMTILSTANDER

For å forstå langvarige sykdomstilstander som long covid skiller vi ofte mellom predisponerende, utløsende og opprettholdende faktorer. Mens genetiske faktorer, personlighetstrekk og tidligere traumatiske livshendelser kan øke sår-

barheten for å utvikle long covid (predisponerende faktorer), kan en infeksjon som covid-19 trigge tilstanden (utløsende faktor). Videre kan faktorer som bekymring, unngåelse og stress bidra til at tilstanden blir langvarig (opprettholdende faktorer) (Moss-Morris et al., 2011; Vincent & Evans, 2021).

Vedvarende symptomtilstander som trigges av akutte kroppslige belastninger er ikke ukjente i medisin og psykologi, de kan for eksempel oppstå etter skader eller større kirurgiske inngrep (Crombie et al., 1998). Når det gjelder virusinfeksjoner er det ikke så uvanlig å oppleve vedvarende symptomer som fatigue, smerter og hjer-netåke i etterkant. Et av de mest kjente eksemplene på dette er kyssesyken (Hickie et al., 2006; Pedersen et al., 2019). Et annet eksempel er mageviruset Giardia (Wensaas et al., 2012). Årsakene til dette er komplekse. Både fra forskning på long covid og andre langva- »

TEKST Henrik Børsting Jacobsen og Silje Endresen Reme, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo (UiO)

KONTAKT s.e.reme@psykologi.uio.no

MERKNAD Forfatterne har innhentet signert samtykke. Reme er styremedlem i Norsk Smerteforening.



... selv om det finnes målbare biologiske avvik, ser det ikke ut til at disse avvikene er årsaken til symptomene

rige symptomtilstander vet vi at hormonsystemet og immunsystemet ofte endres. Vi vet at tankeprosesser eller kognitive funksjoner endres, og vi vet at det er endringer i det autonome nervesystemet (Kristiansen et al., 2019). Slike immunologiske, kognitive og biologiske endringer er både viktige og interessante å undersøke i alle langvarige symptomtilstander, men gir ikke i seg selv et fullverdig bilde av hva som foregår i hjernen og kroppen.

TILBAKEVISTE HYPOTESER

De siste årene er det gjort omfattende forskning for å avdekke mulige årsaker til long covid. Imidlertid har man ikke oppdaget en enkelt årsak, biomedisinsk eller psykologisk (Sneller et al., 2022). Mange hypoteser har derimot blitt tilbakevist. Tidlige hypoteser var for eksempel at rester av viruset eller virale proteiner ble værende i kroppen og forårsaket langvarige symptomer, eller at SARS-CoV-2 forårsaker direkte eller indirekte skader på nervesystemet. Det ble derfor gjort omfattende obduksjonsstudier av covid-19-pasienter. Disse viste at viruset ikke repliseres rundt i kroppen til andre organer slik noen fryktet, og det ble heller ikke funnet immunologiske reaksjoner eller direkte virusrelaterte organskader som kunne forårsake de langvarige symptomene (Stein et al., 2022). Dysfunksjonell pust, eller tung pust, er heller ikke vist å være forårsaket av strukturelle skader i respirasjonssenteret i hjernen eller andre steder i kroppen (Gaffney, 2024).

I omfattende gjennomganger av biomarkører knyttet til long covid er det ingen spesifikke tester eller biomarkører per nå som kan skille long covid fra andre sykdommer og langvarige tilstander. Enkelte studier indikerer at det kan eksistere ulike former og underdiagnoser av long covid, men lite tyder på at de er forårsaket av en unik patogenetisk mekanisme. De fleste biomarkører som er undersøkt, har vist manglende evne til å diagnostisere og predikere long covid (Tsilingiris et al., 2023).

PSYKOSOSIALE FAKTORER PREDIKERER BEDRE

Biologiske avvik er med andre ord godt dokumentert hos pasienter med long covid, slik de også er hos pasienter med andre langvarige symptomtilstander, som for eksempel langvarige smerter (Gerdle et al., 2017; Schistad et al., 2017), CFS/ME (Strawbridge et al., 2019) og depresjon (Miller & Raison, 2016). Det er imidlertid viktig å merke seg at disse avvikene ikke nødvendigvis impliserer kausalitet. Det betyr at selv om det finnes målbare biologiske avvik, ser det ikke ut til at disse avvikene er årsaken til symptomene. I stedet kan de være reversible konsekvenser av prosesser som langvarig stress.

Studier så langt viser at psykososiale faktorer kan bedre predikere utviklingen av long covid enn biologiske og sykdoms-spesifikke faktorer (Kikkenborg Berg et al., 2022; Selvakumar et al., 2023; Stephenson et al., 2022), noe som gir gode behandlingsutsikter for biopsykososiale tilnærminger. Samspillet mellom kropp og hjerne viser seg gjennom at et virus kan trigge et bestemt sett med beskyttende responser kjent som sykdomsatferd. Disse responsene (fatigue, hjernetåke, smerter) trigges gjennom systemisk inflammasjon, og nå er det stadig mer forskning som viser hvordan hjernen både starter og kan opprettholde sykdomsatferd over tid. Dette styrkes av den aller nyeste mekanistiske dyreforskningen, som viser hvordan hjernens evne til å forme kronisk stress påvirker cytokinstormer, slik vi så i covid-19, gjennom en spesifikk kropp-hjerne-krets i nucleus

tractus solitarius. Studien, nylig publisert i Nature, gir en biologisk forklaring på hvordan psykologiske intervensjoner kan gi fysiologiske endringer ved å modulere kroppens immunrespons (Jin et al., 2024).

Med dette som bakteppe ønsket vi som kliniske helsepsykologer å utvikle en skreddersydd biopsykososial behandling basert på kunnskapsgrunnet som finnes om long covid, samt på nyere funn fra stress- og smerteforskning. Sentralt i behandlingen er en forståelse av at alle symptomer er produsert av hjernen og ikke nødvendigvis skyldes skade eller sykdom i kroppen. De spesifikke teknikkene vi bruker, har vist god effekt ved flere liknende sykdomstilstander, blant annet ved langvarige smerter, og det er ikke rapportert om alvorlige bivirkninger knyttet til verken behandlingene eller teknikkene (Ashar et al., 2022; Pester et al., 2023). Foreløpige funn fra liknende tilnærminger tyder også på lovende effekt ved long covid (Donnino et al., 2023).

MIND-BODY REPROGRAMMERINGSTERAPI

Behandlingsprogrammet, som vi har kalt Mind-Body ReprogrammeringsTerapi (MBRT), er utviklet for pasienter med betydelig redusert funksjonsnivå som følge av long covid. MBRT består av to bestanddeler, som bygger på tre teoretiske pilarer.

Den første delen er en edukasjonsdel med fokus på å gi en grundig og god forklaring på symptomene pasientene opplever, mens andre del består av konkrete teknikker og øvelser målrettet mot stressregulering og hjernens prosessering av symptomalarmer.

De tre teoretiske pilarene intervensjonen hviler på, er 1) klassisk og operant betinging, 2) prediktiv prosessering og 3) relasjonell rammeteori.

Klassisk og operant betinging er sentrale elementer i læringsteori som forklarer hvordan hjernen lærer å assosiere stimuli med hverandre, og hvordan atferd endres gjennom konsekvenser.

Prediktiv prosessering er et overordnet rammeverk for å forstå hvordan hjernen fungerer, hvor hjernen kontinuerlig skaper og oppdaterer forventninger om sansedata og minimerer prediksjonsfeil for effektivt å navigere og tolke verden. Enkelt forklart fungerer hjernen som en dyktig meteorolog som hele tiden ligger ett skritt foran, og dersom forventningene

ikke stemmer med de innkommende sansedata (prediksjonsfeil), oppdateres forventningene (Barrett & Simmons, 2015; Clark, 2023).

Relasjonell rammeteori (RFT) er en teori om hvordan vi mennesker lærer språk og kognisjon gjennom deriverte rammer i stedet for direkte erfaringer (Hayes et al., 2005). Den hevder at vi forstår og utleder mening fra omgivelsene ved å relatere konsepter til hverandre på en fleksibel måte på tvers av forskjellige kontekster. Denne teorien har blant annet dannet grunnlaget for aksept- og forpliktelsesterapi (ACT).

MBRT er en tverrdisiplinær (lege, psykolog, psykiater), komprimert (7–10 dager) og aktiv behandling med en kombinasjon av individualsamtaler og digitale moduler. Behandlingen bygger på en moderne vitenskapelig forståelse av hvordan en hjernegenerert «alarm» gir en forventning om at kroppen er skadet eller syk. Denne alarmen aktiverer og re-aktiverer sykdoms-spesifikke hjernenettverk, som igjen gir symptomene pasientene opplever.

MBRT har som mål å oppdatere hjernens forventninger slik at alarmen slås av og symptomene reduseres og/eller forsvinner. De spesifikke teknikkene i MBRT er hentet fra evidensbaserte programmer som Pain Reprocessing Therapy (PRT) (Ashar et al., 2022), Unlearn Your Pain (Holens et al., 2021), Bergen 4-day treatment (B4DT) (Frisk et al., 2023), samt vårt tidligere arbeid med klinisk hypnose (Lind et al., 2021), aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) (Fimland et al., 2014; Jacobsen et al., 2017) og kronisk stress (Jacobsen et al., 2014; Munk et al., 2021).

Vår hypotese er at MBRT gitt over fire timer sammen med digital oppfølging er virkningsfull nok til å kunne gjøre voksne friske av long covid. Hypotesen undersøkes nå i en pågående randomisert kontrollert studie ved Akershus universitetssykehus (2024). Vi har grunn til å tro at MBRT også kan være en nyttig tilnærming ved andre vedvarende symptomlidelser, men dette er foreløpig ikke undersøkt. Videre beskriver vi MBRT i praksis sammen med Kristin, en av de første pasientene som fikk prøve denne behandlingen.

KASUS: KRISTIN

Historien til Kristin startet i mars 2022. Under pandemien var hun i perioder permittert fra jobben. Da hun ble smittet, hadde hun akkurat jobbet en liten periode. Uken før hadde hun fått





Det verste symptomet Kristin opplevde, var en intens og brennende følelse i halsen som ikke gikk over. Hun hadde også problemer med det hun kaller hjernetåke

vite fra en av kollegene hun jobbet med, at han var smittet med covid-19. De var på den tiden nøye med munnbind og smittevern, men Kristin hadde sittet i samme bil som kollegaen hjem fra jobb og fryktet derfor at hun hadde blitt smittet på bilturen. Om det var der eller ikke vet vi ikke sikkert, men det viste seg at hun hadde blitt smittet med covid-19 da hun litt senere utviklet symptomer som viste seg å bli langvarige.

Det verste symptomet Kristin opplevde, var en intens og brennende følelse i halsen som ikke gikk over. Hun hadde også problemer med det hun kaller hjernetåke, der hun strevde med å finne ord. Hun hadde tungt for å puste og kjente på mye motløshet. Heldigvis hadde hun en god fastlege som trygget henne på at dette ville gå bra. Hun fikk også oppfølging fra NAV. De ville at hun skulle omskolere seg som følge av de langvarige symptomene, men Kristin var fast bestemt på å komme tilbake til jobben sin.

Ved en tilfeldighet fikk Kristin høre om prosjektet og muligheten for å prøve MBRT. Dette ga Kristin håp, og hun tok kontakt med Ahus. Hun ble med i forstudien til forskningsprosjektet MINIRICO, hvor hun fikk MBRT. MINIRICO ble avsluttet i august 2024.

Time 1 - Grundig undersøkelse og forklaring

Dette var Kristins første møte med MBRT. I studien har to leger fått spesialtrening i å formidle en forklaringsmodell på long covid som er basert på nyeste hjerneforskning, som samsvarer med pasientens medisinske undersøkelser, og som er lett forståelig for pasienten. Under konsultasjonen følte Kristin seg sett og hørt; legen gjennomgikk først de medisinske funnene hos henne, og ga deretter en klar og betryggende forklaring på de ulike medisinske prøvesvarene. I Kristins tilfelle var det ikke nødvendig med flere tester, da alle prøvene hennes så fine ut.

I neste del av timen fikk Kristin presentert en forståelse av hvordan symptomer kan vedvare til tross for at kroppen ikke er syk lenger. Timen ble avsluttet med ulike konkrete øvelser som Kristin ble oppfordret til å gjøre, inkludert morgendusj i iskaldt vann og positive selvbekreftelser. I tillegg skulle hun reflektere hjemme over hvem og hva som er viktig for henne, og hva hun så som det ideelle resultatet fra behandlingen.

Time 2 - Verdier, mikroskop og mikrovalg

Først i andre time møter Kristin en psykolog. I timen fokuserte de på øvelser som hjalp Kristin med å komme i kontakt med de sentrale livsverdiene hennes. Behandleren brukte funksjonell analyse kombinert med validering som verktøy for å forstå og forklare Kristins opplevelser. Funksjonell analyse foregår gjennom en teknikk vi har kalt «mikroskopet». Mikroskopet blir introdusert for å analysere en problematisk situasjon hvor symptomene til Kristin tok overhånd og dikterte atferden hennes ved å forlange hvile. I den funksjonelle analysen ser vi hvilke relasjonelle rammer som er internalisert, for eksempel utmattelse = fare eller hvile = redning, hvile = skam, som bidro til Kristins opplevelser og atferd. Deretter ser vi på hvordan disse relasjonene kan avlede nye negative assosiasjoner, som utmattelse = ineffektivitet og «jeg er svak», som igjen forsterker negative følelser og tanker.

Til slutt analyserer vi hvordan relasjonelle rammer og avledede relasjoner fører til funksjonelle reaksjoner som unngåelsesatferd eller andre maladaptive mønstre som begrenser livskvaliteten. Tiltakene hjelper til med å identifisere atferdsmønstre samt språklige og kognitive pro-

sesser, som kan bli fokus videre i behandlingen. Lærdommene fra den funksjonelle analysen brukes til å gi Kristin en hjemmeoppgave. Ved å utføre konkrete aktiviteter hvor symptomer kan trigges, får hun i oppgave å *gjøre noe annet* i situasjoner hvor hun merker at symptomene hennes begynner å styre tanker og handlinger.

Time 3 - Defusjon og aktivitet som medisin

I den tredje timen introduserer vi konkrete øvelser for å hjelpe hjernen med å slå av falske alarmreaksjoner. Fokus hos Kristin og psykologen var på det vi kaller aktiv reprogrammering, en form for interoceptiv eksponering som skjer via guidet visualisering med spesifikke suggesjoner. Poenget med denne øvelsen er å hjelpe hjernen med å fortolke signaler som kommer fra kroppen som trygge. Mindfulness, suggesjoner og positive følelser er nøkkelementer i denne eksponeringen. De er nødvendige faktorer da mindfulness er virksomt, men kun i en ramme av trygghet i møte med symptomer. Det er svært vanskelig å utforske symptomer på en «mindful» måte dersom man er redd eller utrygg.

Kristin fikk også et aktivitetsprogram som hjemmeoppgave, med den samme instruksjonen om å *gjøre noe annet* ved symptomforverring. Behandleren og Kristin ble her utfordret på at symptomene kunne dukke opp under aktivitet, og at selv om det kunne være skremmende, skulle ikke det hindre Kristin i å gjennomføre aktiviteten. Hun ble instruert i at hun *måtte ta pillen* behandlingen krever. Her er vi ganske klare på å oppfordre behandlerne til å understreke at MBRT er en «gjøre-behandling», ikke en «tenke-behandling». Hvis pasientene ikke gjør visualiseringer, bekreftelser eller aktivitetene, vil ikke behandlingen fungere. Vi bruker her antibiotikakur som eksempel: Du må gjennomføre hele behandlingen og ikke avbryte selv om resultatene ikke er som forventet underveis. Det ville være dumt å avbryte en antibiotikakur etter dag to fordi symptomene fortsatt er der, når kuren skal gå over en uke. Slik er det også med MBRT.

Jeg fikk spørsmål fra behandleren om hva jeg gjorde når jeg våknet og følte meg dårlig. Jeg svarte at jeg pleide å sette meg på sofaen med en kopp kaffe og se på TV. Da spurte hun behandleren om det hjalp, og jeg svarte at det egentlig ikke gjorde det. Jeg hadde egentlig bare lyst til å gå tilbake til sengen igjen, og det

gjorde jeg ofte. Da foreslo behandleren at jeg skulle prøve å gjøre noe helt annet i rundt 20 minutter. Så jeg begynte å sette meg på kjøkkenet, skrudde på radioen og tok en stor kopp te i stedet. Etter rundt 20 minutter fikk jeg beskjed om at jeg gjerne kunne legge meg igjen hvis jeg følte behov for det. Men ofte merket jeg at jeg ikke lenger hadde lyst til å gå tilbake til sengen.

Time 4 - Visualisering og eksponering i hverdagen

I denne timen lærte Kristin om hvordan hun kunne bruke visualisering og reprogrammering i hverdagen. Først visualiserte hun en trigger-situasjon. Deretter jobbet hun og psykologen sammen med å gjøre situasjonen trygg. Behandler forklarte hvordan hjernen lærer assosiasjoner som kan føre til at visse situasjoner eller aktiviteter utløser symptomer, på samme måte som Pavlovs hunder lærte å assosiere en bjelle med mat.

Kristin ble veiledet i hvordan hun kunne gjenkjenne og reprogrammere disse triggerne for å få hjernen til å tolke dem som trygge, og dermed redusere symptomene. Denne øvelsen skulle hun også praktisere hjemme.

Jeg begynte å gå lengre turer på nye steder med hunden min, noe jeg vanligvis ikke pleide å gjøre. Jeg bestemte meg også for å besøke biblioteket og lese om ulike emner jeg ønsket å lære mer om. I en periode prøvde jeg meg også på strikking og kryssord. Alle disse aktivitetene, som for meg representerte å gjøre noe annet, bidro gradvis til å lindre symptomene mine. Jeg vil si at jeg i dag er 95 % frisk. Noen dager kan jeg fortsatt slite hvis jeg har vært mye sammen med mennesker og hjernen min er overbelastet. Da har jeg problemer med å være rundt folk, men det kan like gjerne skyldes alderen min.

For Kristin var time fire siste timen i MBRT. Det er også i tråd med ordinære forløp. Ved behov åpner manualen for å tilby inntil to ekstra timer. Dette er kun for pasienter hvor behandler opplever en klar hensikt med en slik utvidelse. Som hovedregel vil de gå videre til digitale moduler herfra.

DIGITALE MODULER

For å støtte pasienter i å håndtere symptomer og plager som fortsatt henger igjen, utviklet vi en rekke digitale moduler som et tillegg til den





Kristins historie om tilfriskning bidrar til å kaste lys over den komplekse og ofte symbiotiske forbindelsen mellom hjernen og resten av kroppen

intensive behandlingen. Disse modulene gir pasientene tilgang til mer oppfølging, og i tillegg utdypende informasjon og øvelser de kan bruke før, under og etter behandlingsperioden. Pasientene introduseres for de digitale modulene i starten av behandlingen, samtidig som behandleren kan foreskrive spesifikke moduler mot slutten av behandlingsforløpet.

De digitale modulene inneholder en kombinasjon av supplerende kunnskap, konkrete teknikker og elementer av MBRT som pasienter kan jobbe med selvstendig. Eksempler på slike elementer inkluderer søvnbehandling, håndtering av hjernetåke og utvikling av affektbevissthet. Vi har også en modul for stressregulering og en modul for pårørende som gir konkrete verktøy til hvordan de kan gi best mulig støtte. Dette gir pasient og pårørende gode verktøy for å fortsette tilfriskningen i det tempoet og omfanget de måtte ønske og ha behov for.

EN MER NYANSERT FORSTÅELSE

For Kristin var mikrovalg og det å bryte fastlåste mønstre det som gjorde den store forskjellen. Hun trekker i tillegg frem at hun gikk inn i behandlingen med høy motivasjon og et åpent sinn. Som også Kristin har fått merke på kroppen, har håndteringen av long covid vært gjensstand for en del uenighet, spesielt når det gjelder bruken av tilnærminger som MBRT. Kristins historie illustrerer behovet for en nyansert forståelse av samspillet mellom hjernen og kroppen. Til å begynne med var hun, som mange andre, bekymret for at fysisk aktivitet kunne forverre symptomene hennes, en bekymring støttet av mange pasienthistorier. Med MBRT ble trening gradvis introdusert for å bryte ned den betingede responsen som feilaktig knytter fysisk aktivitet til symptomforverring.

Psykologi er biologi

Kristins tilfriskning illustrerer nytten av de tre teoretiske pilarene i MBRT i møte med long covid. Vi avviser ikke med det noen biologiske faktorer, inkludert alt fra mikrotromber til mitokondrielle dysfunksjoner, selv om ingen av disse per nå kan forklare eller helbrede long covid. Vårt budskap er primært at symptomer produseres av og i hjernen. De organiseres i hjernenettverk og kan aktiveres av input fra kroppen (ved for eksempel skade eller infeksjon), men også av input utenfra kroppen og andre steder i hjernen, som lyd, lys, lukt, syn,

følelser eller minner – gjennom assosiativ læring (Bogaerts et al., 2023; Ishii et al., 2013; Van den Bergh et al., 2017). Disse prosessene er ikke under direkte viljestyrt kontroll, men er likevel mulig å påvirke.

Mange av oss har opplevd disse prosessene i andre sammenhenger: Hvis man en gang er blitt matforgiftet eller kvalm i forbindelse med et måltid, vil samme mat ofte gi kvalmefølelse i lang tid fremover selv om faren for matforgiftning ikke er der (falsk alarm). Denne typen læring er ikke valgfri eller viljestyrt, det skjer når en tidligere nøytral stimulus (kylling) kobles med en betinget respons (kvalme).

Psykologi er biologi, og ulike tanker og følelser vil selvfølgelig ledsages av fysiologiske endringer, samtidig som fysiologiske symptomer kan påvirke tanker og følelser. Det har for eksempel lenge vært kjent at langvarig stress øker sannsynligheten for å bli forkjølet og influensasyk dersom man utsettes for smitte (Cohen et al., 1991). Endringer i tankesett påvirker sammen trekningen av blodårer (Jamieson et al., 2012) og kardiovaskulær respons på stress (Yeager et al., 2022), og bare troen på at man er smittet av et virus, kan gi feber (Imataki & Uemura, 2021). Omvendt gir også mind-body-intervensjoner fysiologiske endringer, for eksempel ved å gi endringer i hjernen hos pasienter med langvarige ryggsmertor (Ashar et al., 2022), normalisere hjernenettverk hos barn med komplekst regionalt smertesyndrom (Becerra et al., 2014) eller forbedre glykemisk kontroll hos pasienter med diabetes (Sanogo et al., 2022), for å nevne noen.

AVSLUTNING

Kristins historie om tilfriskning bidrar til å kaste lys over den komplekse og ofte symbiotiske forbindelsen mellom hjernen og resten av kroppen, og understreker viktigheten av en biopsykososial tilnærming til long covid.

Mind-Body ReprogrammeringsTerapi er en ny og innovativ behandling for long covid. Gjennom en grundig utredning og forklaring, læringsteori og relasjonelle rammer får pasienten hjelp til å omprogrammere hjernen slik at «alermen» skrur av og symptomene reduseres og/eller forsvinner.

TAKKSIGELSE

Vi ønsker å rette en stor takk til «Kristin», som har delt sine erfaringer med MBRT i denne artikkelen. ✕

REFERANSER

- Akershus universitetssykehus. (2024). *Mental trening og nikotinamide riboside for senfølger etter COVID-19*. Ahus.
- Ashar, Y.K., Gordon, A., Schubiner, H., Uipi, C., Knight, K., Anderson, Z., Carlisle, J., Polisky, L., Geuter, S., Flood, T.F., Kragel, P.A., Dimidjian, S., Lumley, M.A. & Wager, T.D. (2022). Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(1), 13–23. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
- Barrett, L.F. & Simmons, W.K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature reviews. Neuroscience*, 16(7), 419–429. <https://doi.org/10.1038/nrn3950>
- Becerra, L., Sava, S., Simons, L.E., Drosos, A.M., Sethna, N., Berde, C., Lebel, A.A. & Borsook, D. (2014). Intrinsic brain networks normalize with treatment in pediatric complex regional pain syndrome. *NeuroImage: Clinical*, 6, 347–369. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.07.012>
- Bogaerts, K., Van Den Houte, M., Jongen, D., Ly, H.G., Coppens, E., Schruers, K., Van Diest, I., Jan, T., Van Wambeke, P., Petre, B., Kragel, P.A., Lindquist, M.A., Wager, T.D., Van Oudenhove, L. & Van den Bergh, O. (2023). Brain mediators of negative affect-induced physical symptom reporting in patients with functional somatic syndromes. *Translational Psychiatry*, 13(1), 285. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02567-3>
- Clark, A. (2023). *The Experience Machine – How Our Minds Predict and Shape Reality*. SD Books.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A. & Smith, A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325(9), 606–612. <https://doi.org/10.1056/NEJM199108293250903>
- Crombie, I.K., Davies, H.T. & Macrae, W.A. (1998). Cut and thrust: antecedent surgery and trauma among patients attending a chronic pain clinic. *Pain*, 76(1–2), 167–171.
- Donnino, M., Howard, P., Mehta, S., Silverman, J., Cabrera, M.J., Yamin, J.B., Balaji, L., Berg, K.M., Heydrick, S., Edwards, R. & Grossestreuer, A.V. (2023). Psychophysiological Symptom Relief Therapy (PSRT) for Post-acute Sequelae of COVID-19. *Mayo Clinic Proceedings. Innovations, Quality & Outcomes*, 7(4), 337–348. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2023.05.002>
- Fimland, M.S., Vasseljen, O., Gismervik, S., Rise, M.B., Halsteinli, V., Jacobsen, H.B., Borchgrevink, P.C., Tenggren, H. & Johnsen, R. (2014). Occupational rehabilitation programs for musculoskeletal pain and common mental health disorders: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 14, 368. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-368>
- Frisk, B., Jürgensen, M., Espehaug, B., Njøten, K.L., Søfteland, E., Aarli, B.B. & Kvale, G. (2023). A safe and effective micro-choice based rehabilitation for patients with long COVID: results from a quasi-experimental study. *Scientific Reports*, 13(1), 9423. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-35991-y>
- Gaffney, A. (2024). Dysfunctional breathing after COVID-19: recognition and ramifications. *European Respiratory Journal*, 63(4), 2400149. <https://doi.org/10.1183/13993003.00149-2024>
- Gerdl, B., Ghafouri, B., Ghafouri, N., Backryd, E. & Gordh, T. (2017). Signs of ongoing inflammation in female patients with chronic widespread pain: A multivariate, explorative, cross-sectional study of blood samples. *Medicine (Baltimore)*, 96(9), e6130. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006130>
- Hayes, S.C., Barnes-Homes, D. & Roche, B. (2005). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Springer New York, NY. <https://doi.org/10.1007/b108413>
- Hickie, I., Davenport, T., Wakefield, D., Vollmer-Conna, U., Cameron, B., Vernon, S.D., Reeves, W.C. & Lloyd, A. (2006). Post-infective and chronic fatigue syndromes precipitated by viral and non-viral pathogens: Prospective cohort study [Article]. *British Medical Journal*, 333(7568), 575–578. <https://doi.org/10.1136/bmj.38933.585764.AE>
- Holens, P.L., Rock, L., Buhler, J., Southall, M., Imbrogno, L., Desorcy-Nantel, C. & Romaniuk, A. (2021). A group-based chronic pain intervention using the method: A retrospective one-arm cohort study. *Journal of Military Veteran and Family Health*, 7, 43–53. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2021-0049>
- Imataki, O. & Uemura, M. (2021). Psychogenic fever due to worry about COVID-19: A case report. *Clinical Case Reports*, 9(8), e04560. <https://doi.org/10.1002/ccr3.4560>
- Ishii, A., Tanaka, M., Iwamae, M., Kim, C., Yamano, E. & Watanabe, Y. (2013). Fatigue sensation induced by the sounds associated with mental fatigue and its related neural activities: revealed by magnetoencephalography. *Behavioral and Brain Functions*, 9(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-9-24>
- Jacobsen, H.B., Bjørngaard, J.H., Hara, K.W., Borchgrevink, P.C., Woodhouse, A., Landrø, N.I., Harris, A. & Stiles, T.C. (2014). The role of stress in absenteeism: cortisol responsiveness among patients on long-term sick leave. *PLoS One*, 9(5), e96048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096048>
- Jacobsen, H.B., Kallestad, H., Landro, N.I., Borchgrevink, P.C. & Stiles, T.C. (2017). Processes in acceptance and commitment therapy and the rehabilitation of chronic fatigue. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(3), 211–220. <https://doi.org/10.1111/sjop.12363>
- Jamieson, J.P., Nock, M.K. & Mendes, W.B. (2012). Mind over matter: reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress. *Journal of Experimental Psychology: Generale*, 141(3), 417–422. <https://doi.org/10.1037/a0025719>
- Jin, H., Li, M., Jeong, E., Castro-Martinez, F. & Zuker, C.S. (2024). A body–brain circuit that regulates body inflammatory responses. *Nature*, 630(8017), 695–703. <https://doi.org/10.1038/s41586-024-07469-y>
- Kikkenborg Berg, S., Dam Nielsen, S., Nygaard, U., Bundgaard, H., Palm, P., Rotvig, C. & Vinggaard Christensen, A. (2022). Long COVID symptoms in SARS-CoV-2-positive adolescents and matched controls (LongCOVIDKidsDK): a national, cross-sectional study. *Lancet Child & Adolescent Health*, 6(4), 240–248. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(22\)00004-9](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(22)00004-9)
- Kristiansen, M.S., Stabursvik, J., O’Leary, E.C., Pedersen, M., Asprusten, T.T., Leegaard, T., Osnes, L.T., Tjade, T., Skovlund, E., Godang, K. & Wyller, V.B. B. (2019). Clinical symptoms and markers of disease mechanisms in adolescent chronic fatigue following Epstein-Barr virus infection: An exploratory cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 80, 551–563. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.04.040>

- Lind, S.B., Jacobsen, H.B., Solbakken, O.A. & Reme, S.E. (2021). Clinical Hypnosis in Medical Care: A Mixed-Method Feasibility Study. *Integrative Cancer Therapies*, 20. <https://doi.org/10.1177/15347354211058678>
- Miller, A.H. & Raison, C.L. (2016). The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nature Reviews Immunology*, 16(1), 22–34. <https://doi.org/10.1038/nri.2015.5>
- Moss-Morris, R., Spence, M.J. & Hou, R. (2011). The pathway from glandular fever to chronic fatigue syndrome: can the cognitive behavioural model provide the map? *Psychological Medicine*, 41(5), 1099–1107. <https://doi.org/10.1017/s003329171000139x>
- Munk, A., Reme, S.E. & Jacobsen, H.B. (2021). What Does CATS Have to Do With Cancer? The Cognitive Activation Theory of Stress (CATS) Forms the SURGE Model of Chronic Post-surgical Pain in Women With Breast Cancer. *Frontiers in Psychology*, 12, 872. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.630422>
- Pedersen, M., Asprusten, T.T., Godang, K., Leegaard, T.M., Osnes, L.T., Skovlund, E., Tjade, T., Øie, M.G. & Wyller, V.B. (2019). Predictors of chronic fatigue in adolescents six months after acute Epstein-Barr virus infection: A prospective cohort study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 75, 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.09.023>
- Pester, B.D., Yamin, J.B., Cabrera, M.J., Mehta, S., Silverman, J., Grossestreuer, A.V., Howard, P., Edwards, R.R. & Donnino, M.W. (2023). Change in Pain-Related Anxiety Mediates the Effects of Psychophysiologic Symptom Relief Therapy (PSRT) on Pain Disability for Chronic Back Pain: Secondary Results from a Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain Reserach*, 16, 3871–3880. <https://doi.org/10.2147/JPR.S416305>
- Sanogo, F., Xu, K., Cortessis, V.K., Weigensberg, M.J. & Watanabe, R.M. (2022). Mind- and Body-Based Interventions Improve Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, 29(2), 69–79. <https://doi.org/10.1089/jicm.2022.0586>
- Schistad, E.I., Stubhaug, A., Furberg, A.S., Engdahl, B.L. & Nielsen, C.S. (2017). C-reactive protein and cold-pressor tolerance in the general population: the Tromsø Study. *Pain*, 158(7), 1280–1288. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000912>
- Selvakumar, J., Havdal, L.B., Drevvatne, M., Brodwall, E.M., Lund Berven, L., Stiansen-Sonerud, T., Einvik, G., Leegaard, T.M., Tjade, T., Michelsen, A.E., Mollnes, T.E., Lund-Johansen, F., Holmøy, T., Zetterberg, H., Blennow, K., Sandler, C.X., Cvejic, E., Lloyd, A.R. & Wyller, V.B. (2023). Prevalence and Characteristics Associated With Post-COVID-19 Condition Among Nonhospitalized Adolescents and Young Adults. *JAMA Network Open*, 6(3), e235763. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.5763>
- Sneller, M.C., Liang, C.J., Marques, A.R., Chung, J.Y., Shanbhag, S.M., Fontana, J.R., Raza, H., Okeke, O., Dewar, R.L., Higgins, B.P., Tolstenko, K., Kwan, R.W., Gittens, K.R., Seamon, C.A., McCormack, G., Shaw, J.S., Okpali, G.M., Law, M., Trihemasava, K., . . . Lane, H.C. (2022). A Longitudinal Study of COVID-19 Sequelae and Immunity: Baseline Findings. *Annals of Internal Medicine*, 175(7), 969–979. <https://doi.org/10.7326/m21-4905>
- Soriano, J.B., Murthy, S., Marshall, J.C., Relan, P. & Diaz, J.V. (2022). A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infectious Diseases*, 22(4), e102–e107. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(21\)00703-9](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(21)00703-9)
- Stein, S.R., Ramelli, S.C., Grazioli, A., Chung, J.-Y., Singh, M., Yinda, C.K., Winkler, C.W., Sun, J., Dickey, J.M., Ylaya, K., Ko, S.H., Platt, A.P., Burbelo, P.D., Quezado, M., Pittaluga, S., Purcell, M., Munster, V.J., Belinky, F., Ramos-Benitez, M.J., . . . Consortium, N.C.-A. (2022). SARS-CoV-2 infection and persistence in the human body and brain at autopsy. *Nature*, 612(7941), 758–763. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05542-y>
- Stephenson, T., Pinto Pereira, S.M., Shafran, R., de Stavola, B.L., Rojas, N., McOwat, K., Simmons, R., Zavala, M., O'Mahoney, L., Chalder, T., Crawley, E., Ford, T.J., Harnden, A., Heyman, I., Swann, O., Whittaker, E. & Ladhani, S.N. (2022). Physical and mental health 3 months after SARS-CoV-2 infection (long COVID) among adolescents in England (CLoCk): a national matched cohort study. *Lancet Child & Adolescent Health*, 6(4), 230–239. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(22\)00022-0](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(22)00022-0)
- Strawbridge, R., Sartor, M.L., Scott, F. & Cleare, A.J. (2019). Inflammatory proteins are altered in chronic fatigue syndrome-A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 107, 69–83. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.08.011>
- Tsilingiris, D., Vallianou, N.G., Karampela, I., Christodoulatos, G.S., Papavasileiou, G., Petropoulou, D., Magkos, F. & Dalamaga, M. (2023). Laboratory Findings and Biomarkers in Long COVID: What Do We Know So Far? Insights into Epidemiology, Pathogenesis, Therapeutic Perspectives and Challenges. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(13). <https://doi.org/10.3390/ijms241310458>
- Van den Bergh, O., Witthoft, M., Petersen, S. & Brown, R.J. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74(Pt A), 185–203. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.015>
- Vincent, K. & Evans, E. (2021). An update on the management of chronic pelvic pain in women. *Anaesthesia*, 76(S4), 96–107. <https://doi.org/10.1111/anae.15421>
- Wensaas, K.A., Langeland, N., Hanevik, K., Mørch, K., Eide, G.E. & Rortveit, G. (2012). Irritable bowel syndrome and chronic fatigue 3 years after acute giardiasis: historic cohort study. *Gut*, 61(2), 214–219. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2011-300220>
- World Health Organization. (2024). *Post COVID-19 condition (Long COVID)*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition#:~:text=Definition,months%20with%20no%20other%20explanation>
- Yeager, D.S., Bryan, C.J., Gross, J.J., Murray, J.S., Krettek Cobb, D., H.F. Santos, P., Graveling, H., Johnson, M. & Jamiesson, J.P. (2022). A synergistic mindsets intervention protects adolescents from stress. *Nature*, 607(7919), 512–520. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04907-7>

Klinisk helsepsykologisk kartlegging ved sammensatte symptomtilstander

Å møte pasienter med sammensatte symptomtilstander kan være utfordrende. I klinisk helsepsykologisk kartlegging bør man nærme seg utfordringene på en klok og gjennomtenkt måte.

Mange pasienter som oppsøker fastlegen eller andre i helse-tjenesten, presenterer uklare symptombilder (Rometsch et al., 2024; Storla, 2016). Det kan handle om flere somatiske symptomer, så som muskelsmerter, utmattelse, hodepine, søvnplager, brystsmarter og irritabel tarm, men ofte også psykiske plager som angst, depresjon og konsentrasjonsvansker. Slike sammensatte tilstander har opp gjennom årene gått under mange ulike navn, og de har tradisjonelt vært dårlig forstått, noe som kommer til uttrykk i en vanlig betegnelse som *medisinsk uforklarte plager og symptomer* (MUPS). Å få denne diagnosen er misvisende og til liten hjelp for pasienten (Reme, 2024).

Andre sekkebetegnelser er *funksjonelle lidelser*, som tilsynelatende er en deskriptiv betegnelse, men som i praksis peker mot psykososiale årsaksforklaringer, og *somatoforme*

lidelser, som plasserer tilstanden som en psykisk lidelse med en F-diagnose (F45; Fors et al., 2024). Det er svakt empirisk grunnlag for en F-diagnose hos pasienter med somatiske plager uten uttalt grad av angst eller depresjon (Leiknes et al., 2010), og for mange pasienter oppleves det provoserende å få en diagnose for psykisk sykdom når symptomene i hovedsak er kroppslige. Det er derfor viktig å finne betegnelser som kan hjelpe pasienten til en bedre forståelse av tilstanden, og å velge terminologi som både gir faglig mening i forskning og helse-tjeneste, og som oppleves meningsfull for pasienten. Betegnelsen sammensatte symptomtilstander eller sammensatte lidelser er ment å fylle den funksjonen.

Sammensatte symptomtilstander er definert som «tilstander med betydelige somatiske symptomer der biopsykososiale faktorer er spesielt tett vevd sammen og der ingen

TEKST Arnstein Finset, Avdeling for atferdsmedisin, Det medisinske fakultet, UiO

KONTAKT
a-finset@online.no

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter. Takk til Kristine Finset, Elin Fjerstad, Ingrid Hyldmo, Borrik Schjødt og Sigrid Hørven Wigers for nyttige kommentarer.



Tabell 1

Utfordringer i kartlegging ved sammensatte symptomtilstander

Utfordringer	Konsekvenser for kartleggingsarbeidet
Pasienten har ofte lav tillit til helsetjenesten	Legg vekt å etablere et tillitsforhold; tro på pasienten og ta pasienten på alvor
Pasienten kan være skeptisk til psykolog og til psykologiske forklaringer	Ta utgangspunkt i pasientens somatiske tilstand
Langvarige forløp som krever mestring over tid	Kartlegg pasientens fortelling om symptomer og forløp
Diagnoser og annen terminologi gir liten forståelse av tilstanden	Kartlegg pasientens egen forståelse av sine symptomer
Pasientens ressurser og mestrings-strategier er ofte oversett	Utforsk pasientens ressurser, mestrings- strategier og aktivitet i dagliglivet
Pasienten har sterke emosjonelle reaksjoner på sykdommen	Kartlegg emosjonelle reaksjoner og eventuelle tidligere traumer
Svake sosiale nettverk, av og til sosiale relasjoner, som kan bidra til å forsterke plagene	Kartlegg sosiale relasjoner og eventuell sosial forsterkning av bekymringer og symptomer
Pasienten kan trenge hjelp til å se sammenhenger	Utforsk sammenhenger mellom tanker, følelser, symptomer og livssituasjon
Høy grad av kompleksitet, mange ulike symptomer og sammenhenger	Se kartleggingen i et biopsykososialt forløpsperspektiv
Utilstrekkelig samarbeid mellom ulike faggrupper	Bidra til en tverrfaglig kartlegging

Merknad. Eksempler på noen av de utfordringene psykologen står overfor ved klinisk helsepsykologisk kartlegging av pasienter med sammensatte symptomtilstander.

anerkjent diagnose fullt ut kan forklare symptomene» (Borchgrevink et al., 2009). Terminologien passer godt med nyere forståelse av slike symptomer, som for eksempel «bodily distress syndrome» (BDS; Budtz-Lilly et al., 2015). Her beskrives sammensatte symptomtilstander, riktignok under betegnelsen funksjonelle lidelser, som tilstander, med en genetisk predisposisjon, og multifaktoriell biopsykososial etiologi der kroppslig ubehag (bodily distress) er en fellesnevner, og der flere biologiske og psykologiske faktorer virker sammen, ofte i onde, selvforsterkende sirkler. Frykt, antesi- pering og negative forventninger kan bidra til at plagene oppstår og vedlikeholdes (Nadinda et al., 2024; Reme, 2024).

KARTLEGGINGEN

Formålet med klinisk helsepsykologisk kartlegging av pasienter med sammensatte symptomtilstander varierer med konteksten. Noen ganger er det viktig å avklare om pasienten tilfredsstillende diagnostiske kriterier for en psykisk lidelse i tillegg til å ha kroppslige symptomer.

Men en grundig kartlegging er viktig selv om så ikke er tilfellet. Ofte er kartleggingen første ledd i psykologens behandling av pasienten, for eksempel i en rehabiliteringskontekst. Et viktig formål kan også være å gi tilbakemelding til henviser eller et behandlingsteam som psykologen er en del av, og derved fremme økt forståelse av sammensatte tilstander hos andre instanser som jobber med pasienten. Tilbakemelding til og samarbeid med fastlegen er særlig viktig her.

Uansett formål fremstår pasienter med sammensatte symptomtilstander som utfordrende for leger og andre behandlere (Storla, 2016), og ikke minst for psykologer. Noen av utfordringene er oppsummert i tabell 1 og blir behandlet videre i artikkelen.

Etablér tillit og start med somatikken

I en samtale med en pasient som søker hjelp eller er henvist med en somatisk tilstand, er det naturlig å starte kartleggingen med spørsmål om det somatiske. Det er flere grunner til det. Mange pasienter, for eksempel med fibromy-

algi, opplever at de ikke blir trodd og ikke blir tatt på alvor av helsepersonell (Haugli et al., 2004). Pasientene er ofte opptatt av at symptomene deres må ha en medisinsk forklaring. Når legen eller psykologen i stedet legger vekt på psykososiale forhold, frykter pasienten at tilstanden oppfattes som «bare psykisk», og føler at symptomene ikke blir forstått. Det er lett å skjønne at en da kan være skeptisk til å snakke med psykologen.

Vanligvis er det heller ikke pasienten selv som har bedt om timen. I de fleste tilfeller i klinisk helsepsykologi vil psykologen enten møte pasienten som en del av rutinene i et team, eller at pasienten kommer til psykologen med en henvisning, oftest fra en lege. Pasienten kan da være på vakt for hvorfor en skal til psykolog. Å starte i den somatiske enden vil derfor være et signal til pasienten om at jeg tror deg og tar deg på alvor.

Hvis pasienten nylig har snakket med lege, er det naturlig å ta opp tråden fra legesamtalen. Da kan en utforske hvordan pasienten opplever at smertene eller andre somatiske plager begrenser hverdagen, men også hvilke mestringserfaringer pasienten har. Det kan være nyttig å sjekke om legens forklaring var meningsfull og forståelig.

En måte å gjøre det på er at lege og psykolog sammen har inntakssamtale med pasienten. Det fungerer som et signal til pasienten om at psykologen også er opptatt av de somatiske plagene. Der gir samtidig psykologen mye medisinsk informasjon, og pasienten slipper å fortelle alt to ganger.

Når pasienten kommer til psykolog som en del av en tverrfaglig utredning, kan man si noe sånt som dette: «Når du kommer hit og snakker med meg som er psykolog, er det en del av det vi pleier å tilby her. Når du lever med langvarige smerter (og/eller andre plager), tror vi på at det er nyttig å se på problemet fra flere vinkler. Det er også fordi vi vet at det ofte er vanskelig å finne medisiner som alene er til god hjelp, og at ikke-medikamentelle tiltak for å hjelpe på smertene kan være et viktig supplement som ofte må til for å gjøre noe med årsaken til symptomene. Medikamenter tilbyr bare kortvarig lindring.»

Plan for samtalen

Etter å ha etablert kontakt og fått viktig informasjon om pasientens symptomer og forståelse av sine plager legges en plan for den videre kartleggingen. Her er det minst to ting vi må ta standpunkt til. For det første: *Hva* skal vi spørre om? Hvilke temaer er viktig? Skal vi fortsette med en grundig kartlegging av sykehistorien? Når skal vi kartlegge eventuelle psykologiske symptomer? For det andre må vi også ta stilling til *hvordan* vi skal legge opp intervjuet. Et klinisk intervju kan gjennomføres på ulike måter. En metode er å sitte med en sjekklister og gjennomgå systematisk punkt for punkt. Et alternativ er å følge pasientens forståelse, tema for tema. Det kan ved første øyekast virke rotete og ustrukturert, men gjort på den rette måten kan det danne et godt utgangspunkt for den videre jobbingen med pasienten.

Her vil vi først se litt på *hvilke temaer* som er viktige, og deretter diskutere *hvordan* intervjuet kan gjennomføres, med vekt på å legge sjekklister til side og følge pasientens temaer.

Kartlegg pasientens sykdomsforløp

Pasienter med sammensatte symptomtilstander har ofte lange sykdomsforløp. Som regel kommer psykologen altfor sent inn i pasientens forløp. For å få et godt bilde av sykdommen og sykehistorien er det nødvendig



Å starte i den somatiske enden vil være et signal til pasienten om at jeg tror deg og tar deg på alvor





Like viktig som sykehistorien er «friskehistorien»

å gi pasienten god tid til å fortelle sin historie om hvordan plagene har oppstått, hvordan de arter seg, og hvilke konsekvenser pasienten tenker seg det vil kunne ha for videre livsutfoldelse. Det signaliserer samtidig en interesse fra psykologen og viser at psykologen tar pasienten på alvor.

Kartlegg pasientens forståelse

For den kliniske helsepsykologen vil kartleggingen av pasientens *forståelse* alltid gå hånd i hånd med kartleggingen av selve symptomene. I somatikken er ikke det alltid en selvfølge. Ofte legger somatiske utredninger nesten all vekt på *beskrivelse* av symptomer. Det er imidlertid viktig å skille mellom beskrivelsen av symptomer og pasientens tolkning (Fors et al., 2024). Det er dokumentert at det er sammenheng mellom pasientens forståelse av symptomene og det videre forløpet (Wigers et al., 2024). I klinisk helsepsykologi vil pasientens egen forståelse av de somatiske plagene være selve inngangsporten til arbeidet med pasienten. God kommunikasjon som sikrer en adekvat forståelse, har betydning for videre mestring og andre utkommemål (Street et al., 2009).

Utforsk ressurser, mestring og aktivitet

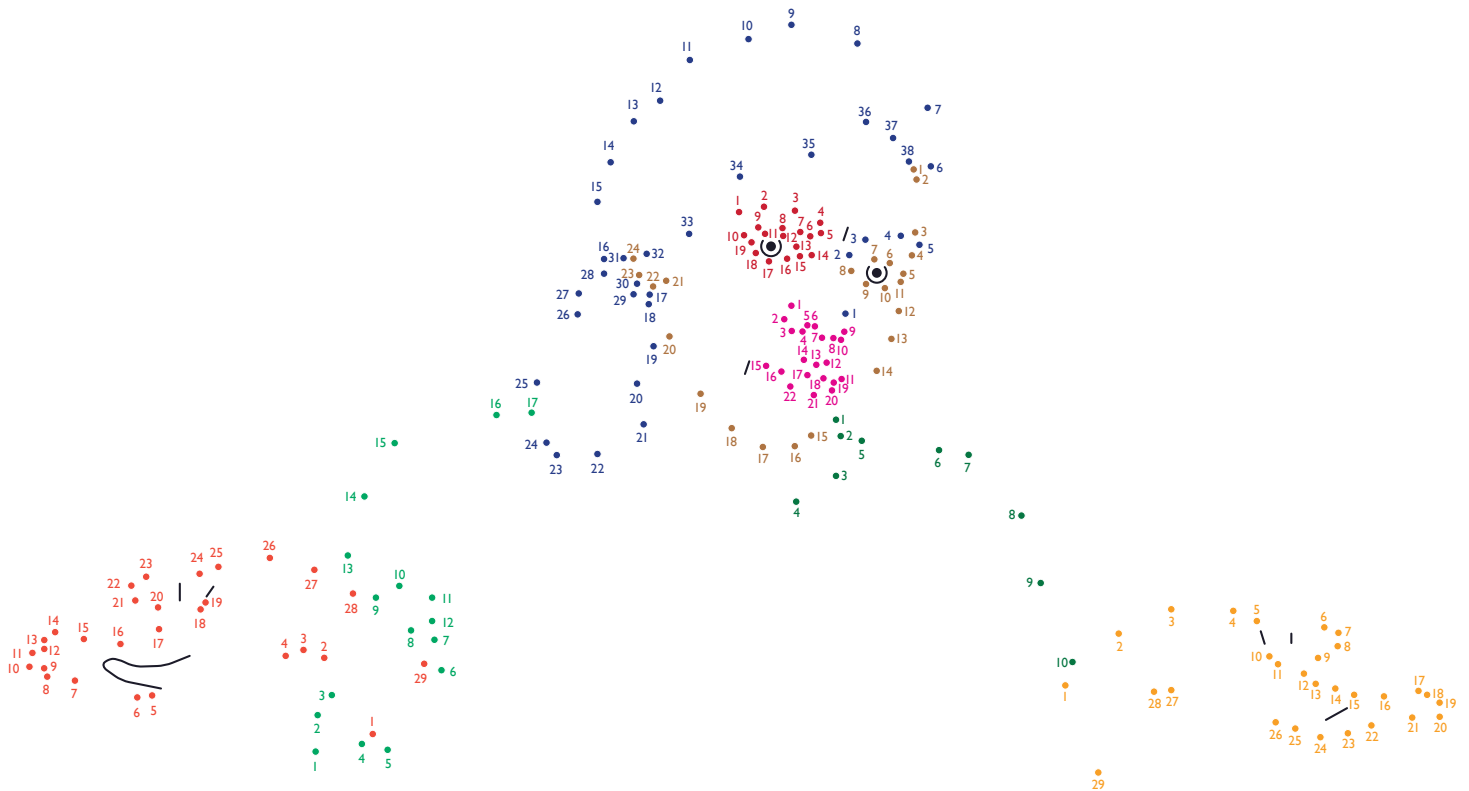
Like viktig som sykehistorien er «friskehistorien» (Fjerstad, 2010). Det innebærer å utforske hva pasienten liker, har fått til og mestrer opp gjennom forløpet av sykdommen. Mange sentrale begreper fra positiv psykologi er relevante her (Joseph & Wood, 2010). Erfaringen er at temaet får for liten plass i kartlegging av pasienter i somatikken, for eksempel i fastlegens møte med pasienten (Lundeby et al., 2015).

Aktivitet i dagliglivet på et passe nivå er viktig for pasientens mestring. Noen pasienter strever med å regulere aktivitetsnivået. For eksempel kan de pendle mellom for mye og for lite aktivitet, noe som kan tappe pasienten helt for krefter. Utforskning av aktivitetsmønstre i dagliglivet er derfor en svært viktig del av kartleggingssamtalen.

Kartlegg emosjonelle reaksjoner

Når vi arbeider med pasienter med somatisk sykdom, er det viktig å kartlegge de emosjonelle reaksjonene på sykdommen. Vi vet fra forskning om medisinsk kommunikasjon at pasientene innen somatisk medisin oftest ikke spontant forteller om følelsene sine. I de fleste tilfellene kommer følelser ut i form av antydninger og hint, i mindre grad tydelige bekymringer (Zimmermann et al., 2007). Derfor er det spesielt viktig å lytte etter hint og gi pasienten en anledning til å utdype. Noen ganger er pasientens følelser en naturlig emosjonell reaksjon på sykdom, og psykologens uttrykk for empatisk forståelse kan være en god hjelp. I andre tilfeller kan pasientens engstelse og bekymring være av mer alvorlig art og komme til uttrykk i verstefallstanker som bidrar til å opprettholde symptomene, ofte påvirket av traumatiske erfaringer. Noen ganger må vi derfor gå litt dypere i kartleggingsarbeidet for å forstå pasienten. I hvilken grad er pasientens fortvilelse en akutt respons på sykdom eller en reaksjon der traumeerfaringer eller en grunnleggende personlighetsmessig sårbarhet spiller en rolle? Rett forståelse av slike sammenhenger kan være viktig for å gi pasienten adekvat hjelp.

Noen pasienter har en angst- eller depresjonslidelse i tillegg til de somatiske plagene, noe som igjen kan forsterke de somatiske symptomene. Ved fibromyalgi, for eksempel, vil sameksisterende angst og/eller depresjon bidra til økte smerter og utmattelse. Det er derfor ekstra viktig med



ILLUSTRASJON: MARIA ASTRUP

en grundig kartlegging og å stille en diagnose for å sikre at pasienten får innfridd sine rettigheter om helsehjelp innen psykisk helsevern. Dersom den psykologiske kartleggingen viser at pasienten faktisk har en behandlingstrengende psykisk lidelse, er det naturlig å henvise pasienten til psykisk helsevern, oftest den lokale DPS. Det er velkjent at de fleste DPS-er er presset på kapasitet. Det er derfor ikke uvanlig at pasienter med sammensatte symptomtilstander får avslag hos DPS med den begrunnelse at den psykiske lidelsen ikke er alvorlig nok eller ikke anses som hovedproblemet. Når den kliniske helsepsykologen skal henvise til DPS, er det derfor fristende å smøre tykt på i henvisningsbrevet for å øke sjansen for at pasienten får et tilbud. Dette er et uheldig utgangspunkt, også for pasienten. En bør ikke sykeliggjøre pasienten for å få et behandlingstilbud, men peke på at det er stor risiko for forverring av somatisk sykdom dersom ikke den psykiske lidelsen blir behandlet. En god dialog mellom kolleger i somatikk og psykisk helsevern er essensielt for å hindre at pasienten blir en kasteball, og sikre at vedkommende får best mulig behandling.

Kartlegg sosiale relasjoner

Mange pasienter med sammensatte lidelser har et svært begrenset sosialt nettverk. Det kan ha flere årsaker. Mange pasienter gir uttrykk for at de i liten grad har overskudd til å delta i sosiale sammenkomster, både grunnet smerter, utmattelse og vansker med konsentrasjon og oppmerksomhet. Et godt sosialt nettverk kan være en viktig ressurs, men kan også ha en negativ funksjon. Psykologen bør derfor kartlegge i hvilken grad familied medlemmer og venner forsterker pasientenes bekymringer og verstefallstenkning (Fors et al., 2024).

Utforsk sammenhenger

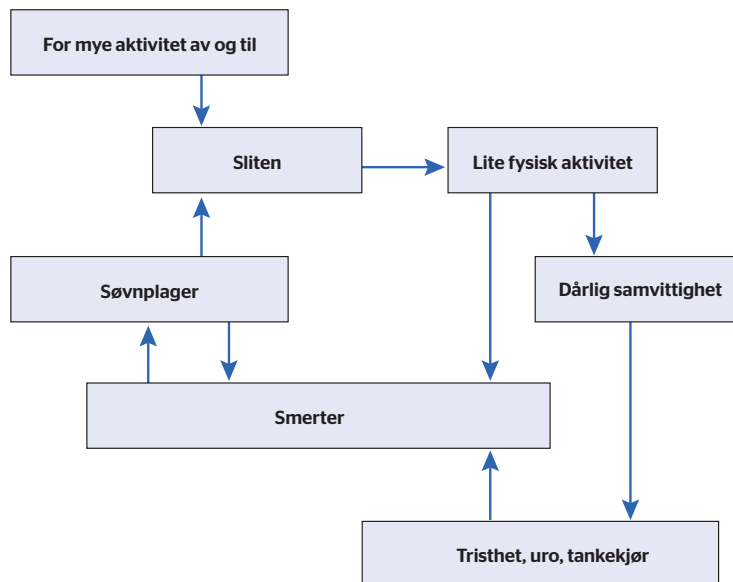
Det er mange elementer å holde styr på i et klinisk intervju med en pasient med sammensatte symptomtilstander. Symptomer, tanker og følelser henger ofte sammen på en måte som ikke nødvendigvis er tydelig for pasienten.

Et nyttig grep for å hjelpe pasienten til å se sammenhenger kan være å bruke den kognitive diamanten (Berge et al., 2019). Diamanten kan være et godt utgangspunkt for samtale om



Figur 1

Eksempel på et tankekart



hvordan kroppen vår påvirker tanker og følelser, og hvordan tanker, følelser og handlinger kan påvirke kroppen.

Et tankekart, «mind map» eller «concept map», er en annen metode å utforske sammenhengene på. Tankekartet ble utviklet spesielt som et hjelpemiddel i en idédugnad (brainstorming) innen utdanningsfeltet og næringslivet, men er også anvendt i arbeid med pasienter. Det klassiske «mind map» tar enten utgangspunkt i en sentral idé og utvikler ulike assosiasjoner eller bygger opp et hierarkisk system av begreper (Williams et al., 1997). Tankekart har også vært anvendt i klinisk sammenheng, for eksempel ved behandling av angst og depresjon hos kreftpasienter (Chen et al., 2021).

Ved tankekartmetoden starter vi med et tema som er viktig for pasienten, og tegner temaet opp i en boks, gjerne midt på arket.

Figur 1 viser et eksempel på et tankekart. Det er et autentisk kart anvendt i en pasientsamtale fra egen praksis, med små justeringer. Hos denne pasienten er utbredte smerter et sentralt symptom. «Smerter» blir skrevet inn i en boks midt på arket. Neste spørsmål blir: Hva skjer når du har mye smerter? Jo, da får jeg ikke sove. Og når du ikke får sove? Da får jeg mer vondt og blir sliten. Slik fortsetter vi til vi har en modell med sju elementer. Det som for pasienten var et litt kaotisk sammensurium, har fått en viss struktur.

Når sant skal sies, var tankekartet litt rotete da timen var over. Til neste time ryddet jeg litt opp i kartet og tegnet det på ny i PowerPoint, og gav det deretter til pasienten (figur 1). Vi brukte det renskrevne kartet som et utgangspunkt for en samtale om tiltak. Her stilte jeg spørsmålet: Er det noe av dette vi kan gjøre noe med? Hvor skal vi starte? Som psykologer vil vi lett starte nederst til høyre med «uro, tristhet og tankekjør».

Det kan selvsagt være et naturlig utgangspunkt. Men her ble det naturlig å starte i en helt annen ende. I samråd med pasienten ble vi enige om å begynne behandlingsarbeidet med å gripe fatt i søvnplagene og aktivitetsregulering.

Fordelen med tankekart er at det kan hjelpe pasienten til en bedre innsikt i sammenhengene mellom de ulike elementene.

Andre verktøy i tillegg til det kliniske intervjuet

Hittil har vi konsentrert oss om det kliniske intervjuet i den helsepsykologiske kartleggingen av pasienten. Det kliniske intervjuet er viktig i klinisk helsepsykologi, men det er selvsagt aktuelt å supplere intervjuet med spørreskjemaer, vurderingsskalaer og så videre. Det faller utenfor rammen av artikkelen å gå inn i hvert enkelt skjema. Ved valg av skjema er det viktig å anvende instrumenter som egner seg ved kartlegging av pasienter med somatiske plager. For denne pasientgruppen kan lange og mange skjemaer ofte oppleves som en stor belastning.

Hos pasienter med sammensatte lidelser er det spesielt viktig å undersøke faktisk atferd, ikke bare basert på samtale og testing på psykologens kontor. To av de viktigste områdene er søvn og aktiviteter i dagliglivet. Det beste er at pasienten selv kan gjennomføre registrering av hvordan en dag eller uke ser ut, hvilket søvnmønster man har, og så videre. Det er mange gode instrumenter tilgjengelig.

Se kartleggingen i et biopsykososialt forløpsperspektiv

Når det kliniske intervjuet er gjennomført og du eventuelt har tegnet et tankekart, sitter du med informasjon på mange nivåer. Det er behov for å sette sammen brikkene for å få en forståelse av hele bildet.

I en slik helhetsforståelse er det særlig to dimensjoner som er viktige. Den ene er tidsaksen, altså forløpet. Sammensatte lidelser utvikler seg over tid. Ofte kommer psykologen sent inn i bildet. Noen forløp er langvarige, med glidende overganger. Andre forløp er preget av en akutt symptomdebut. Men i de fleste tilfeller gir det mening å skille mellom forskjellige faser i forløpet. Det kan være hensiktsmessig å operere med fire faser med tilhørende faktorer: predisponerende faktorer, utløsende faktorer, tidlig forløp og senforløp med vedlikeholdende faktorer.

Det har blitt identifisert en rekke vedlikeholdende faktorer som ofte spiller en rolle hos pasienter med langvarig smerte. Det er viktig sammen med pasienten å avdekke hvilke faktorer som er de mest relevante for vedkommende, samt enes om hvordan de kan elimineres.

Den andre aksene utgjøres av en biopsykososial tenkemåte, som står helt sentralt i den kliniske helsepsykologien (Bogucki et al., 2022; Peterson, 2015). Den biopsykososiale modellen er i utgangspunktet deskriptiv. Den sier ikke noe om årsaksforhold. Men pasienter oppfatter ofte den biopsykososiale tenkemåten som en psykologisk forklaring på somatisk sykdom. En erfaren pasient med utmattelse uttrykte det slik: «Når dere sier biopsykososial, så mener dere psykososial». Det er viktig at pasienten faktisk opplever det som en reell biopsykososial tilnærming, der også biologiske aspekter tas på alvor. For kliniske helsepsykologer er det derfor avgjørende å sette seg godt inn i den biologiske dimensjonen i vår forståelse av tilstanden og i samtalen med pasienten.

Langs disse linjene kan sammensatte symptomtilstander best forstås i en modell med to akser: en biopsykososial akse og en tidsakse. Tabell 2 viser et eksempel på en modell utarbeidet for fibromyalgi. I denne er det



For denne pasientgruppen kan lange og mange skjemaer ofte oppleves som en stor belastning

Tabell 2

Eksempel på en biopsykososial forløpsmodell

Utvikling av fibromyalgi	Biologisk	Psykologisk	Sosialt
Predisponerende Sårbarhet	Genetisk Kvinner mer utsatt Muskelsmerter Toksisk stress	Perfeksjonist 'Ja-menneske' Søvnvansker Depresjon	Tidlige traumer Overgrep Samlivsbrudd Lav sosiokök. status
Akutt, utløsende Muskelsmerter under utvikling, ofte en avgrenset skade, ennå ikke stilt FMS-diagnose	Myofasciell skade med overbelastning – traume – betennelse – kroppsholdning – anspenhet	Langvarig negativ stressbelastning Lavt selvbilde Setter ikke grenser Lite søvn Manglende kontroll	Lite forståelse/støtte Høye krav Mobbing på jobb Mistrivsel Bekymring, omsorg for nær familie
Tidlig forløp Før og etter diagnose	Økende smertespredning Sensitisering Stress Sickness behavior Fysisk passivitet Unngåelsesatferd	Redd, fortvilet Symptombfokus Ingen forklaring Feiloppfatning Læring Stress	Lav utdanning Lite støtte Manglende hjelp Klarer ikke jobb Økonomi Stigmatisering
Vedlikeholdende Senforløp	Utbredt myofasciell smerte Sensitisert nervesystem Kroppsbbruk (for mye / for lite) Spenningsnivå Organer/ledd Inflammasjon Søvnvansker Kosthold	Avmakt, sorg, fortvilelse, resignasjon Aktivitetsubalanse Utømmelse Smarter Søvn Angst, depresjon	Påkjenninger Feilbehandling Reaksjoner fra omgivelsene

Merknad. Her er den biopsykososiale forløpsmodellen anvendt på fibromyalgi. Den er utarbeidet i samarbeid med Sigrid Hørven Wigert etter en idé fra Sykehus-BUP OUS Rikshospitalet.

gjort et forsøk på å oppsummere flest mulig aspekter. I arbeidet med pasienter fyller vi inn i de rutene som er aktuelle for den enkelte.

Bidra til en tverrfaglig kartlegging

Tverrfaglighet er kanskje mer viktig i klinisk helsepsykologi enn i noen annen spesialitet. Det er ulike modeller som kan benyttes ved tverrfaglig kartlegging. I noen tilfeller kan pasienten møte flere fagpersoner, for eksempel lege, psykolog og fysioterapeut i samme konsultasjon. På denne måten slipper pasienten å gjenta historien til flere fagpersoner, og alle i teamet blir delaktig i konklusjonen sammen med pasienten. I andre tilfeller møter pasienten fagpersonene sekvensielt i ulike konsultasjoner. Det ideelle er at et tverrfaglig team, sammen med pasienten, får anledning til å trekke noen konklusjoner i fellesskap. Ofte er helheten noe mer enn summen av delene. Det faller utenfor rammen av denne artikkelen å gå gjennom hvordan tverrfaglig kartlegging gjøres i praksis.

Kartleggingen som en del av behandlingen

Et viktig mål for behandling i klinisk helsepsykologi er å hjelpe pasienten til en bedre forståelse og innsikt, både om selve den somatiske sykdommen og om egen mestring av sykdommen og følgevirkningene. Under kartleggingen får psykologen mye informasjon om pasientens sykdomsforståelse. Veien fra kartlegging til psykoedukasjon er kort. Kartleggingen av pasientens egen forståelse går ofte rett over i psykoedukasjon og samtaler med sikte på å hjelpe pasienten til bedre innsikt og ikke minst mestring. Det danner grunnlaget for en god relasjon og skaper håp om at endring er mulig. Bare det å tegne en kognitiv diamant eller et tankekart kan fungere som en del av behandlingen. Det er dette tette forholdet mellom kartlegging og behandling som gjør utredningsarbeidet så viktig i klinisk helsepsykologi. Og så spennende. ✕

REFERANSER

- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Bogucki, O.E., Kacel, E.L., Schumann, M.E., Puspitasari, A.J., Pankey, T.L., Seime, R.J., Sperry, J.A., Gonzalez, C.A. & Morrison, E.J. P. (2022). Clinical health psychology in healthcare: Psychology's contributions to the medical team. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 29, 100554. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100554>
- Borchgrevink, P.C., Fors, E., Hara, K., Holen, A. & Stiles, T.C. (2009). Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129, 13–14. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0429>
- Budtz-Lilly, A., Schröder, A., Rask, M.T., Fink, P., Vestergaard, M. & Rosendal, M. (2015). Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Family Practice*, 16(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0393-8>
- Chen, Y., Zheng, J., Xiao, H., Lin, X. & Zhang, X. (2021). Effects of a mind map-based life review program on anxiety and depressive symptoms on cancer patients undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 45(1), 116–123. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000874>
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Gyldendal.
- Fors, E., Jacobsen, H.B., Borchgrevink, P.C. & Stiles T.C. (2024). Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(5), 365–377.
- Haugli, L., Strand, E. & Finset, A. (2004). How do patients with rheumatic disease experience their relationships with doctors? A qualitative study on experience of stress and support in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 52(2), 169–174. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(03\)00023-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(03)00023-5)
- Joseph, S. & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 830–838. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.002>
- Lacourt, T., Houtveen, J. & van Dornen, L. (2013). «Functional somatic syndromes. One or many?» An answer by cluster analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.013>
- Leiknes, K.A., Finset, A. & Moum, T. (2010). Commonalities and differences between the diagnostic groups: current somatoform disorders anxiety and/or depression, and musculoskeletal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 439–446. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.003>
- Lundeby, T., Gulbrandsen, P. & Finset, A. (2015). The Expanded Four Habits Model – A teachable consultation model for encounters with patients in emotional distress. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 598–603. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.01.015>
- Nadinda, P.G., van Laarhoven, A.I. M., Van den Bergh, O., Vlaeyen, J.W. S., Peters, M.L. & Evers, A.W. M. (2024). Expectancies and avoidance: Towards an integrated model of chronic somatic symptoms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 164, 105808. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105808>
- Peterson, A.L. (2015). Introduction to biopsychosocial assessment in clinical health psychology. I F. Andrasik, J.L. Goodie & A.L. Peterson (Red.), *Biopsychosocial assessment in clinical health psychology*. Guilford Publications.
- Reme, S. (2024). Medically Unexplained Symptoms. *Lancet*, 403. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01138-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01138-3)
- Rometsch, C., Mansueto, G., Bermphohl, F.M. G., Martin, A. & Cosci, F. (2024). Prevalence of functional disorders across Europe: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 39(6), 571–586. <https://doi.org/10.1007/s10654-024-01109-5>
- Storla, D.G. (Red.). (2016). *Diffusitas. Når legen står fast*. Fagbokforlaget.
- Street Jr., R.L., Makoul, G., Arora, N.K. & Epstein, R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Wigers, S.H., Veierød, M.B., Mengschoel, A. M., Forseth, K.Ø., Dahli, M.P., Juel, N. G & Natvig, B. (2024). Healthcare experiences of fibromyalgia patients and their associations with satisfaction and pain relief. A patient survey. *Scandinavian Journal of Pain*, 24(1), 20230141. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2023-0141>
- Williams, C., Williams, S. & Appleton, K. (1997). Mind maps: An aid to effective formulation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 261–267. <https://doi.org/10.1017/S1352465800018555>
- Zimmermann, C., del Piccolo, L. & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: a literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438–463. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.438>

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 12 S. 924-932 DOI: <https://doi.org/10.52734/PDTS9027>

Hjerteinfarkt og posttraumatisk stressreaksjon: en kvalitativ studie

Eva Therese Næss, June Straumsnes Lund, Judith Margrethe Jakobsen, Aina Iren Gulliksen Smines og Geir Lorem

Institutt for psykologi,
UiT Norges arktiske universitet

KONTAKT eva.t.nass@uit.no

MERKNAD Artikkelen er basert på en hovedoppgave innlevert ved UiT, Norges arktiske universitet 2021 av June Straumsnes Lund, Judith Margrethe Jakobsen og Aina Iren Gulliksen Smines. Næss og Lorem var veiledere på oppgaven. Studentene har gitt samtykke til at oppgaven omskrives til en artikkel, og er inkludert i forfatterlisten for sitt bidrag.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Et økende antall mennesker overlever hjerteinfarkt, og forskning antyder at psykologiske vansker er utbredt blant hjertepasienter. Formålet med studien var å undersøke deltakernes psykologiske reaksjoner etter hjerteinfarkt. Studien er basert på 27 semistrukturerte intervjuer. Tre sentrale temaer fremkom: 1) erfaring med hjerteinfarkt og påfølgende psykologiske reaksjoner, 2) erfaring med helsetjenester, spesielt rehabilitering, og 3) betydningen av helseinformasjon. Resultatene indikerer utbredte psykologiske vansker blant deltakerne. Flere beskriver infarkt som en traumatisk hendelse, med stressrelaterte symptomer. Deltakerne hadde varierte erfaringer med hvordan de ble møtt av helsetjenestene, og beskrev ulike faktorer knyttet til sykehussinleggelse og rehabilitering som beskyttende eller stressende. Mangel på helseinformasjon ble funnet å være stressende og skapte usikkerhet og uforutsigbarhet for deltakerne. Funnene antyder at deltakerne har psykologiske reaksjoner etter et hjerteinfarkt. Disse vanskene medfører begrensninger i livsaktiviteter, og mange trenger mer psykologisk støtte og bedre tilpasset helseinformasjon enn det som for øyeblikket tilbys.

Nøkkelord: myokardisk infarkt, PTSD, angst, depresjon, kvalitativ studie, rehabilitering

Hjerteinfarkt utgjør ikke bare en umiddelbar fysisk trussel, men også en betydelig psykisk belastning for de overlevende. Mange utvikler depresjon i etterkant av infarkt (Kjaergaard & al., 2014, Parashar et al., 2006). Epidemiologiske data antyder at hele 32,9 % av pasientene med hjerteinfarkt rapporterte om klinisk signifikante symptomer på angst og depresjon. Bruken av antidepressiver økte også betydelig seks måneder etter infarkt. I ulike studier fremkommer det at 47 % av pasientene rapporterer om depressive plager, og 15–18 % opplever en depressiv lidelse de første to månedene etter infarkt (Ziegelstein, 2001). I en studie oppfylte 45 % av pasienter innlagt på sykehus diagnosekriteriene for en depressiv episode tre-fire måneder etter infarkt (Schleifer & Macari-Hinson, 1989). Depresjon eller angst under innleggelse ved hjerteinfarkt utgjør en risiko for komplikasjoner (Huffman, Smith, Blais, Januzzi & Fricchione, 2008; Huffman, Smith, Blais, Taylor, et al., 2008).

En metastudie av Jacquet-Smailovic et al. (2021) viser at mellom 0–26 % utvikler akutt stresslidelse under sykehusinnleggelse eller en måned i etterkant av et hjerteinfarkt. Selv om en har overlevd et infarkt, kan redselen forbundet med denne erfaringen gi økt risiko for å få nye infarkt (Jacquet-Smailovic et al., 2021). Shemesh et al. (2001) fant at risikoen for nye infarkt hadde sammenheng med posttraumatisk stresslidelse. Det å ta medisiner i seg selv fungerer som en påminner av hva en har opplevd, og en ønsker ikke å bli minnet på erfaringen. Denne frykten gjør at noen ikke tar de foreskrevne medisinene (Shemesh et al., 2001). Posttraumatisk stresslidelse er i seg selv en risikofaktor for utvikling av hjertesykdom (Crum-Cianflone et al., 2014). Siden posttraumatisk stresslidelse kan oppfattes som depresjon eller angst i etterkant, er det en risiko for at tilstanden ikke blir forstått og behandlet adekvat, med store negative konsekvenser for livskvalitet, og for forebygging av nye infarkt (Molina et al., 2018).

Formålet med studien var å undersøke psykiske reaksjoner hos pasienter etter hjerteinfarkt, med vekt på posttraumatiske symptomer. Vi ønsket også å utforske hvordan helsetjenestene møtte pasientenes behov, spesielt med vekt på forebygging og oppfølging av stressrelaterte lidelser. Vi har benyttet semistrukturerte intervjuer for å forstå hjerteinfarktets påvirkning på pasientenes egen forståelse av psykiske helse, og deres vurdering av hvilke faktorer som kan forbedre rehabiliteringen.

Metode

Dette var en metodetriangleringsstudie (mixed methods) med et sekvensielt forklarende design. Vi gjennomførte utvelgelsen av deltakerne i to faser. Vi gjorde først bruk av data fra Tromsøundersøkelsen, der vi valgte personer som var registrert med både hjerteinfarkt og klinisk signifikante angst- og depresjonssymptomer. Deretter gjennomførte vi en kvalitativ datainnsamling (Edmonds & Kennedy, 2016). En narrativ innfallsvinkel ble brukt i den påfølgende kvalitative delen, der et forklarende design ble benyttet (Frank, 2010; Riessman, 2008). Et forklarende design gir en redegjørelse for et fenomen ved å forklare hvorfor noe skjedde. Det vil si at intervju og analyse ble organisert slik at vi kunne utforske deltakernes forståelse av årsakene til at psykiske vansker oppsto.

Deltakerne fylte også ut skjema for Traume og PTSD-screening (TRAPS), utviklet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, basert på Stressful Life Events Screening Questionnaire (Goodman et al., 1998). Formålet med å screene med TRAPS var å undersøke prevalensen av posttraumatisk stresslidelse blant pasienter med myokardial infarkt samt å kartlegge mulige andre potensielle traumatiske livshendelser. Disse funnene er rapportert i en annen artikkel (Lorem et al., 2023). I denne artikkelen fokuseres det på den kvalitative undersøkelsen av deltakernes erfaringer med hjerteinfarkt.

Utvalg

Tromsø-studien er en prospektiv kohortstudie med syv gjentatte folkehelseundersøkelser, betegnet som Tromsø1–7, utført i 1974, 1979–80, 1986–87, 1994–95, 2001, 2007–08 og 2015–16. Den inkluderer store, representative prøver av befolkningen i Tromsø, med invitasjon av hele fødselskohorter og tilfeldige utvalg (Jacobsen et al., 2012). Vi brukte to utvalg rekruttert fra Tromsø-studiedeltakere (Tromsø7). Inklusjonskriteriene for vår undersøkelse var menn og kvinner med en bekreftet myokardial infarkt-diagnose. Fra totalt 818 deltakere med en slik diagnose blant Tromsø7-deltakerne identifiserte vi 208 personer med både hjerteinfarkt og betydelige symptomer på angst eller depresjon (Hopkins Symptom Checklist score > 1,65). De som fremdeles var i live ($N = 140$), ble kontaktet av Tromsø-studien med en skriftlig invitasjon til å delta i et oppfølgingsintervju. Å intervju deltakere med klinisk signifikante symptomer ga oss muligheten til å kartlegge symptomene, både om de ennå var til stede, hva de eventuelt skyldtes, og hvorvidt de kunne knyttes til posttraumatisk stresslidelse.

Vi gjorde et strategisk utvalg ($n = 27$) av personer i alderen 40–99 år, 21 menn og 6 kvinner. Alle deltakerne har hatt hjerteinfarkt med etterfølgende sykehusinnleggelse. De hadde også rapportert klinisk signifikante psykiske symptomer ($n = 25$) eller psykiske symptomer av ulik alvorlighetsgrad ($n = 2$).

Intervju

Deltakerne deltok i et intervju rettet mot å identifisere hvordan hjerteinfarkt påvirket deres psykiske helse. Intervjuet var semistrukturert og inkluderte åpne spørsmål der deltakerne fortalte fritt om sine erfaringer med å få hjerteinfarkt. Videre fulgte intervjuer opp med spørsmål om psykiske reaksjoner, oppfølging fra helsetjenester og pårørendes rolle. Fem psykologer, fire kvinner og en mann, gjennomførte de kvalitative diagnostiske intervjuene. Intervjuene ble gjennomført i universitetets lokaler, mens et mindretall av intervjuene ble gjort per telefon eller hjemmebesøk. Kun intervjuer og deltaker var til stede i rommet mens intervjuet ble utført. Intervjuene hadde ulik varighet, hvor det korteste var på 20 minutter, og det lengste på 1 time og 7 minutter. Gjennomsnittlig lengde var 47,4 minutter.

Analyse

Intervjuene ble transkribert verbatim, altså ord for ord, med utgangspunkt i en felles utarbeidet veileder (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi fikk totalt 391 sider transkripsjon, som ble lagt inn i Nvivo der datamaterialet ble analysert. Vi benyttet innholdsanalyse, hvor målet var å systematisere beskrivelser av innholdet i data (Riessman, 2008; Saldaña, 2021; Strand et al., 2003).

Analysen ble gjennomført i tre faser. Først den deskriptive fasen, der vi hadde søkelys på hvert enkelt intervju. Vi leste gjennom intervjuene, kondenserte innholdet i meningsbærende enheter og tematiserte innholdet. Hensikten var å få oversikt over de enkelte intervjuene. I andre fase kategoriserte vi data i koder i Nvivo, et program som støtter organisering og analyse av kvalitative data. Formålet var å skape oversikt over materialet som helhet, ved å kategorisere kodene gjennom flere runder og for å se sammenhenger i intervjuene. Til slutt tolket vi innholdet i temaene i lys av forskningsspørsmålene, ved å fremheve datainnhold som var relevant for temaet vi ønsket å undersøke. Analysen er datastyrt, der kodene har sitt utspring i deltakernes perspektiver og beskrivelser av erfaringer slik de er beskrevet i transkripsjonene (Riessman, 2008; Strand et al., 2003).

Etikk

Prosjektet er meldt til Norsk senter for forskingsdata (saksnummer 283945), og er godkjent av Regional etisk komite (saksnummer 199331). Deltakerne ble informert om muligheten til å trekke seg til enhver tid frem til intervjumaterialet var inngått som en del av analysen. De var orientert om formålet med studien og bruken av data. Konfidensialiteten ble ivaretatt ved at identifiserbare opplysninger som person- og stedsnavn ble fjernet, og deltakerne ble referert til ved en tallkode. Vi forholdt oss til helseforskningsloven, Helsekideklarasjonens og Vancouverkonvensjonens retningslinjer for forskning.

Da intervjuene omhandlet mulige traumatiske hendelser for deltakerne, var ivaretagelse av deres helse og velvære sentralt gjennom hele prosessen. De kunne velge hvor mye de ønsket å dele, og fikk ved behov emosjonell støtte under intervjuet og informasjon om tilgjengelige helsetilbud. Deltakere med symptomer på posttraumatisk stresslidelse eller andre betydelige psykiske symptomer fikk tilbud om bistand til å søke helsehjelp.

Funn

Resultatene av analysene viser tre hovedtemaer: opplevelse med hjerteinfarkt og psykiske reaksjoner, erfaringer med helsevesenet, spesielt hjerterehabilitering, og betydningen av god helseinformasjon under og i etterkant av innleggelsen.

Opplevelse med infarkt og psykiske reaksjoner

Hjerteinfarkt medførte ofte sterk frykt, psykisk ubalanse og nedstemthet, med bekymringer og stor usikkerhet rundt hva som var trygt å gjøre i hverdagen. Nesten halvparten av deltakerne ble urolige og engstelige, de ble redd for nytt infarkt og engstelig for å være alene i tilfelle de skulle få et illebefinnende. De ble spesielt engstelige av å belaste kroppen og å trene, fordi de ble usikre på hva kroppen tålte etter infarkt.

De mistet trygghetsfølelsen i egen kropp, slik som en deltaker beskrev:

Da visste jeg ikke hva jeg turte, jeg turte nesten ikke å gå. (...) Ja, jeg kjente på det for jeg hadde ikke fått noe informasjon, at jeg, om jeg kunne gå, om jeg skulle trene meg opp eller, det var helt sånn. (...) Jeg ble jo veldig, jeg ble jo redd og nervøs kjente jeg. (...). Da begynte det jo å kverne at nå blir man ikke å overleve det å komme seg hjem og- [Intervjuer: Ja, ja, du tenkte at du skulle, at du kom til å dø der nede?] Ja (Deltaker 2)

Konsekvensen var at noen i størst mulig grad unngikk å belaste kroppen. Smerter eller høy puls kunne oppleves som skremmende påminnelser om infarkt.

Redsel for å få nytt hjerteinfarkt gjorde at de kjente etter signaler i kroppen som kunne tilsi at det var et nytt infarkt på vei, og de skremte seg selv opp med tanker rundt dette:

Ja, så eh dro jeg hjem, jeg var livredd. (...) Jeg var HEELT livredd, jeg trodde at jeg kommer til å få bare hjerteinfarkt, og bare kjente hvis det var litt vondt en eller annen plass, for jeg klarte ikke å definere hvor smerten var. (...) Om det var smerte. Så trodde, nå hadde jeg hjerteinfarkt, nei nåå (Deltaker 5)

Denne skanningen etter symptomer gikk ut over dagliglivet til deltakerne og kunne gjennomsyre tilværelsen deres. Det ga uro, kroppslige symptomer og gikk ut over stabiliserende faktorer slik som søvn:

Altså, jeg blir jo veldig urolig i kroppen. Hjertebank, altså det, det kjennes jo som hjertebank. Men jeg har ikke så voldsomt forhøyet puls eller noe, men i hele magen, i hele midtregionen der begynner å dunke og. Så jeg kan være urolig, jeg kan gå hvileløst og, sånn får ikke sove om natta og liksom. Ja, går rett og slett til jeg er så sliten at jeg sovner av i stolen. (Deltaker 26)

For noen medførte det å ha hatt hjerteinfarkt endret syn på seg selv og sine muligheter. En deltaker beskrev det som å føle seg som en annen person nå enn før infarkt da han ikke klarte det samme som før:

Så jeg har jo blitt en helt annen person. Og folk synes kanskje det er rart at jeg ikke greier å få utført ting og tang. Men det sier stopp, altså. Så kroppen sier stopp. (...) Jeg ser ting mye vanskeligere i dag. Det gjelder bagatellmessige ting, altså. (...) Bare det at jeg skal ut å reise, altså, kompliserer det. Altså, det er helt sykt. Jeg bodde jo mange år på fly, og har jo ingen problem med å (...) også kaver man det til på en måte. (...) Så jeg er nok en helt annen person enn jeg var. (Deltaker 15)

Måten en forholdt seg til plagene på og rammet det inn for seg selv, kan også ha en forebyggende betydning for den totale erfaringen. Flere deltakere har brukt aksept for helsesituasjonen og hjertesykdommen som en mestringsstrategi. En deltaker la i tillegg til aksept vekt på å ha tillit til helsepersonell:

Hvordan jeg reagerte? Jeg reagerte, nei, jeg tenkte at dette fikser dem, og dem er flink og. Jeg har jo vært

frisk helt til inntil da, så hvorfor? Det var jo ikke noe alarm dette her. (...) Så da trengte, jeg tenkte ikke mye. Det var, jeg aksepterte det faktisk veldig. (Deltaker 3)

Noen søkte å distansere seg fra sykdommen, gjennom å gjøre sykdomsfortellingen til et slags praktisk anliggende, noe som kunne bidra til å roe ned kroppen og begrense bekymringer. I tillegg forsøkte noen å sette sykdommen inn i et mer folkelig språk, og lage et forståelig rammeverk med bruk av ulike metaforer på egen sykdom:

Det å få teppet revet under føttene på deg. Det er en beskjed som du forventer, men likevel blir slått i bakken av at det er som du mistenkte. (...). Den følelsen hadde jeg også da jeg ble trillet ned på sengeposten, og den satt i i noen timer etter, før den gikk over. Etter hvert gikk den over, den gikk over i en slik, 'ja, men nå er det jo, nå er det jo fiksa, røreleggeren har vært her og det kommer til å gå bra'. (Deltaker 23).

Erfaringer med helsevesenet

Beskyttende faktorer under sykehusinnleggelse

Deltakerne opplevde at helsepersonells ivaretagelse og omsorg under innleggelsen hadde stor betydning for hvordan oppholdet på sykehuset har satt seg i minne. Også støtte fra medpasienter var viktig for opplevelsen av innleggelsen, likeså en rask og godt organisert somatisk behandling.

Noen deltakere har nesten utelukkende gode erfaringer med sykehusoppholdet, både organiseringen og den helhetlige opplevelsen av innleggelsen. En deltaker beskrev hvordan sykdommen i seg selv var belastende, men at ivaretagelsen og organiseringen likevel sørget for at innleggelsen bar preg av positive minner:

Jeg hadde jo vondt, men de var jo veldig rolige folk, og de er flinke folk borte på ((sykehus)), det er altså helt sikkert. (...). Og vi var snart koblet i sammen en gjeng som var nyoperert i lag, kan du si, vi måtte jo nesten jages til sengs, da, vet du. (...) Vi ble sittende og prate. Det var et kjempeopphold der (Deltaker 18)

Betydningen av god helseinformasjon

Belastende faktorer under sykehusinnleggelse

Flere beskrev det som belastende at det var lite eller uoversiktlig oppfølging under innleggelse, med manglende plan for utredning og behandling under oppholdet, og videre plan for utskrivelse. Flere savnet en tettere oppfølging av personalet, med den tryggheten det kan gi. En deltaker beskrev hvordan hun hadde behov for å bli fulgt bedre opp da hun var tydelig preget av situasjonen, og hvor mye det betydde for henne

med den ene sykepleieren som hun opplevde at faktisk så henne.

Vurdering av oppfølgingen etter utskrivelse

Flere deltakere mente at helsepersonell ikke er tilstrekkelig oppmerksom på psykiske plager som kan oppstå under og i etterkant av innleggelsen. Mange beskrev et ønske om et samtaletilbud, da de en tid etter utskrivelsen fikk tanker og følelser de hadde behov for å sette ord på sammen med en fagperson. Mange opplevde i stor grad å bli overlatt til seg selv, uten å få tilbud om å samtale rundt håndteringen av den nye livssituasjonen, slik som denne deltakeren beskriver:

Nei, når man var såpass ung som man var, så skulle man kanskje ha hatt noe mer oppfølging akkurat der og da på den biten. (...) Ja. 'Hvordan har du det? Og hva tenker du? Hva tror du fremtiden blir?' Det ble aldri analysert, eller snakka om. Eller tatt, ja. Så det ble jo mye 'klar deg selv' (Deltaker 24)

Flere deltakere beskriver hvordan det etter infarkt oppstår tanker og reaksjoner som er nye og ukjente. Å få informasjon om normale psykiske reaksjoner ble foreslått av flere som et mulig tiltak for å være bedre forberedt på reaksjonene som kan komme. Noen ønsket også et psykologisk oppfølgingstilbud etter hjemreise. En deltaker beskrev hvordan oppmerksomheten naturlig kan være på fysisk helse mens den somatiske behandlingen foregår, men at psykiske reaksjoner kommer i etterkant.

Betydningen av hjerterehabilitering

I etterkant av hjerteinfarkt fikk mange tilbud om å delta i rehabilitering. Samtidig rapporterte flere deltakere om en sterk frykt for nytt infarkt som begrenset dem i hverdagen før de kom på rehabiliteringen. De hadde vært forsiktig med å belaste kroppen, fordi de ikke visste hva som var trygt. En deltaker beskrev hvordan frykten, som var så sterk og begrensende i hverdagen, ble tydelig redusert etter rehabiliteringen:

Det var jo en redsel hele tiden at det skulle skje på nytt igjen det der, for det var veldig smertefullt det der. Nei, det var bare å peise på, og det gikk bra (...) livredd for å gjøre alt mulig, vet du. Gikk der og ..., og ikke turte å gjøre noen ting. (...) så sa de at 'du skal bare, bare stå på'. (...) Etter en måned så gikk det faktisk bort det der (...) (Deltaker 4)

Noe flere deltakere trakk frem, var at det å ikke være alene var avgjørende for at de våget å presse kroppen under rehabiliteringen. De opplevde en tillit til de som

arbeidet der, at helsepersonellet hadde kunnskap og kontroll i situasjonen. De brukte tid på å forklare deltakerne hva som skjedde, og ble viktige støttespillere i prosessen der deltakerne utfordret kroppen. En deltaker beskrev det slik:

Nei, altså for det første så vil jeg si hvordan for å bli kjent med din egen kropp, hva den tåler etter en sånn påkjenning etter hva du har vært igjennom. Og den tryggheta rundt det. Den synes jeg kanskje er den viktigste. (Deltaker 15)

Rehabiliteringen skapte tid og rom for å dele erfaringer med andre, noe som betydde mye for deltakerne. De opplevde også redusert frykt og engstelse etter rehabiliteringen ved at de opplevde seg trygg og ivaretatt. Dette bidro til at de mestret å presse grensene sine og derigjennom tok tilbake kontrollen over kroppen.

Diskusjon

Hjerteinfarkt opplevdes for mange dramatisk og så belastende at det satte begrensninger for deres hverdagsliv og funksjon. Psykologisk oppfølging, sosial støtte og formidling av helseinformasjon var de viktigste faktorene de trakk fram. Når disse faktorene var til stede, virket de beskyttende. Når de var fraværende, økte de belastningene i møtet med helsetjenesten. Tilstrekkelig og adekvat helseinformasjon var viktig for opplevd forutsigbarhet og kontroll over egen helse.

Hjerteinfarkt og stressrelaterte reaksjoner

Alle deltakere fortalte at de hadde opplevd engstelse, frykt eller nedstemthet. Flere beskriver stressrelaterte symptomer i etterkant.

Våre deltakeres rapport om symptomer er i tråd med forskning på området, som oppgir at pasienter med hjertesykdom kan oppleve psykiske reaksjoner tiden etter et hjerteinfarkt, også flere år etter hendelsen (Edmondson & Cohen, 2013; Tully et al., 2014). Edmondson og Cohen (2013) viser til forskning der mer enn én av åtte pasienter fikk diagnosen posttraumatisk stresslidelse etter akutt hjertesykdom. Screening og kartlegging som fanger opp psykiske symptomer og bidrar til adekvat behandling, er derfor av stor betydning. (Edmondson & Cohen, 2013)

Hjerteinfarkt kan oppleves som en livstruende hendelse og dermed være traumatisk. Lorem et al. (2023) fant at hjerteinfarkt i seg selv ikke var knyttet til posttraumatisk stresslidelse, men den totale eksponeringen for potensielt traumatiske hendelser var forbundet med ulike symptomer på posttraumatisk

stresslidelse. TRAPS-screeningen i vår studie viste at over halvparten oppgir livstruende sykdom som en traumatisk hendelse. Likevel snakker nesten halvparten av dem om andre traumer som de primære belastningene, for eksempel alvorlige ulykker, vold, overgrep, familiekonflikter og andres død. Prevalensen var signifikant høyere enn i normalbefolkningen, men det var likevel ingen assosiasjon mellom hjerteinfarkt og sykdomstraumer. Forskning gir støtte for at gjentatte traumatiserende opplevelser kan føre til uhelse (Hughes et al., 2017), og kumulative traumatiserende opplevelser kan føre til re-traumatisering og gi økt sårbarhet for posttraumatisk stresslidelse (Alonzo, 2000). Vi fant at sannsynligheten for å utvikle posttraumatisk stresslidelse steg proporsjonalt med antall potensielt traumatiske hendelser personen var eksponert for. Hjertesykdommen var altså ofte en hendelse sammen med andre uønskede livserfaringer, hvor den totale belastningen av alle hendelsene har størst betydning for deltakerne (Lorem et al., 2023).

Det er derfor rimelig å tenke at deltakerne som rapporterte tidligere traumatiske hendelser, var ekstra sårbare for re-traumatisering da de fikk hjerteinfarkt. Flere deltakere rapporterte milde, moderate og alvorlige symptomnivåer for mulig posttraumatisk stresslidelse, enten i tilknytning til det spesifikke hjerteinfarkt eller i kombinasjon med tidligere traumatiske hendelser. Det finnes evidens som indikerer at det er relevant å se på posttraumatisk stresslidelse i sammenheng med hjerteinfarkt (Edmondson et al., 2013). Tverrsnittsdata gjør det umulig å fastslå om posttraumatisk stresslidelse oppsto som følge av infarkt, eller om de hadde posttraumatisk stresslidelse på forhånd. Flere av deltakerne rapporterte om unngåelsesatferd, som er et av symptomene forbundet med posttraumatisk stresslidelse, særlig når atferden er knyttet til å unngå reaksjoner knyttet til hendelsen (Anstorp & Benum, 2014; Edmondson et al., 2012).

Flere studier av pasienter med hjerteinfarkt og posttraumatisk stresslidelse fremhever unngåelsesatferd, og at slik atferd kan bidra til at noen pasienter unngår å ta medisiner eller oppsøke helsehjelp (Shemesh et al., 2001). Våre deltakere fortalte at de unngikk situasjoner som minnet dem på hjerteinfarkt. De turte for eksempel ikke å bli andpusten og få høy puls og ble redd for å trene. Den fysiologiske aktiveringen som utløste minnene om den traumatiske hendelsen, ga uro og engstelse. Tanker om infarkt kunne også føre til engstelse som ga hjertebank, og dette ble en ond sirkel der all fysiologisk aktivering ble assosiert med hjerteinfarkt. Reaksjonene deltakerne opplevde, gikk ut over hverdagsliv og funksjon, noe som kan være et tegn på at stresset er trau-

matisk (RVTS, 2024). Vanskene ble tydelige ved at den fysiske og psykiske helsen skapte begrensninger i forbindelse med jobb, og deltakelse i aktiviteter, fysisk aktivitet og sosiale relasjoner. De store konsekvensene plagene hadde for deres hverdag, og begrensningene det medførte, viser omfanget av reaksjonene. De psykiske reaksjonene førte til at deltakerne isolerte seg fordi de ble redd for å utføre aktiviteter som de ikke opplevde som farlig før hjerteinfarkt.

I et forsøk på å håndtere reaksjonene beskriver deltakerne ulike mestringsstrategier. Likevel har flere av dem psykiske vansker i lang tid etter infarkt. Konsekvensen kan bli vedvarende plager i årevis (Ikin et al., 2010), som kanskje ikke går bort uten at personen får adekvat hjelp. Flere av deltakerne etterlyser mer psykologisk hjelp og oppfølging fra fagfolk.

Møtet med helsetjenesten

Flere deltakere savnet samtale og støtte av helsepersonell under og etter innleggelsen. Ved at helsepersonell ikke tematiserte hjerteinfarkt og den akutte behandlingen som en mulig dramatisk opplevelse, opplevde flere deltakere at deres reaksjon var overdrevet. Denne opplevelsen kan forsterke stresset deltakerne allerede hadde i forbindelse med infarkt. I våre deltakeres tilfeller framstod det som helsepersonellet i liten grad fanget opp pasientenes opplevelser og behov.

Mangel på tid og ressurser kan også ha satt begrensninger for hvor tett helsepersonell hadde mulighet til å følge opp pasientene. Travle sykehusavdelinger og manglende emosjonell validering gir økt risiko for at pasienter med hjertesykdom utvikler posttraumatisk stresslidelse (Meister et al., 2016; Molina et al., 2018). Tidlige psykologiske intervensjoner kan derfor være avgjørende for å forebygge symptomer på posttraumatisk stresslidelse (Peris et al., 2011).

For at helsepersonell skal kunne bidra til å redusere traumatisk stress hos pasientene, forutsetter det at de har nødvendig opplæring og kunnskap om posttraumatisk stresslidelse. De bør kjenne til hvordan stressbelastninger kan øke sårbarheten for ettervirkninger etter traumatiske hendelser, og hvordan de ved emosjonell støtte og god informasjon kan forebygge slike ettervirkninger.

Å spørre pasientene direkte hva de bekymrer seg for, gir pasientene anledning til å dele sine opplevelser og få validering på dette. Da kan pasienten bli mer bevisst på sine reaksjoner, og ha lavere terskel for å ta kontakt ved behov for psykologisk helsehjelp senere. Helsepersonellet får samtidig en bedre forståelse av hva pasienten har behov for av oppfølging og informasjon, noe som er viktig siden det screenes lite for

psykiske vansker på sykehus i tilknytning til hjertesykdom (Berge et al., 2019). Screening og psykologisk oppfølging burde derfor inkluderes i helsetjenesten fra første kontakt med tjenesten.

Mange av deltakerne beskriver overgangen fra sykehus til hverdagen hjemme som krevende og vanskelig, noe som understreker viktigheten av å følge opp pasientene også etter utskrivelse. Deltakerne kjente på usikkerhet og frykt ved å selv ha ansvar og kontroll over kroppen uten å ha noen å spørre. Flere studier viser at sykehuset oppleves mer trygt, mens hjemmet blir til et utrygt sted, der en skal klare seg på egen hånd uten å vite helt hvordan (Aminda et al., 2005; Bremer et al., 2018).

Adekvat informasjon om fysisk aktivitet i perioden etter sykehusinnleggelse kan også være viktig for å dempe pasientenes frykt. Våre funn viser at deltakerne opplevde redsel for å være i fysisk aktivitet da de engstet seg for nytt infarkt, og engstelsen utgjorde en stressbelastning for dem. Stress er i seg selv risiko for nytt infarkt (Jackson et al., 2018). Samtidig reduserer fysisk aktivitet stress (Huang et al., 2013) og bidrar til bedre psykisk helse. Tilstrekkelig informasjon var positivt for våre deltakere. De visste hvordan de skulle ta vare på helsen, da helsepersonell hadde informert dem om hva som er viktig for dem å gjøre hjemme. God og tilrettelagt informasjon kan bidra til myndiggjøring (empowerment) av deltakerne der de i større grad kan ta kontroll over egen helse.

Funnene i vår studie tyder på at rehabilitering bidro til bedret fysisk og psykisk helse, noe som samsvarer med annen forskning (Linden et al., 1996; O'Connor et al., 1989; Yohannes et al., 2010). Deltakerne fremhever betydningen av å kunne bruke kroppen med fysisk aktivitet under trygge omgivelser, for å bygge opp tilliten til kroppen igjen. Mange gikk fra å isolere seg hjemme eller unngå å bevege kroppen, til å igjen våge seg på trimtur alene i skogen. De måtte eksponere seg for det de fryktet; en kroppslig aktivering som minner om symptomer på hjerteinfarkt. Ved at frykten reduseres, kan de være mer fysisk aktiv i hverdagen.

Noen deltakere opplevde at det var manglende psykologisk oppfølging under rehabilitering. Zatzick et al. (2013) viser at tilpassede intervensjoner med psykologiske tiltak kan knyttes til reduserte symptomer på posttraumatisk stresslidelse og styrket funksjon. Derfor er det viktig å kjenne til reaksjoner og vansker pasienter kan ha, og tilpasse rehabiliteringen og oppfølgingen til disse. Det er også viktig å gi god informasjon og å motivere pasienter med psykiske symptomer til å delta i rehabilitering.

Selv om rehabilitering ikke har som mål eller ansvar å behandle posttraumatisk stresslidelse eller

andre psykiske lidelser, inneholder den viktige komponenter som kan ha effekt for disse pasientene, gjennom eksponering for frykten og inkludering i et sosialt fellesskap. Mange pasienter isolerer seg etter infarktet og ønsker ikke å belaste sine pårørende, og opplever derfor lite sosial støtte i hverdagen (Ziegelstein et al., 2000). Rehabilitering har en viktig rolle for å øke funksjonsnivå og livskvalitet, og er viktig både for å forebygge utvikling av posttraumatisk stresslidelse og som en behandling for dette når det har oppstått.

Ubehandlete psykiske symptomer kan skape uheldige fysiske konsekvenser. Derfor er det viktig å få fanget opp psykiske reaksjoner som oppstår i etterkant av infarkt. Slik kan pasientene få den behandlingen de trenger.

Å få hjelp til å takle redselen for å få nye infarkt vil kunne øke sannsynligheten for at pasienten gjør de nødvendige livsstilsendringene som vil forebygge nye infarkt, slik som økt fysisk aktivitet, kostholdsendringer, røykeslutt og å ta foreskrevne medisiner.

Konklusjon

Funnene i studien tyder på at pasienter som har hatt hjerteinfarkt, har behov for bedre oppfølging av psykiske reaksjoner i kjølvann av hjerteinfarkt. Angst og depresjon er mer undersøkt enn stressrelaterte lidelser i forbindelse med hjerteinfarkt. Våre funn tyder på at det er behov for å se på et bredere spekter av psykiske reaksjoner. For at alle skal kunne få et tilpasset hjelpetilbud, kreves det videre forskning på hvilke reaksjoner som kan forekomme. Funnene våre tyder på at møtet med helsetjenestene har stor påvirkningskraft til å bidra enten psykisk beskyttende eller belastende for sykdomsforløp hos pasienter med hjertesykdom. Mer forskning kreves for å undersøke helsetjenestenes betydning knyttet til hjerteinfarkt og akutt livstruende sykdom. Videre er det viktig med informasjon og opplæring til helsepersonell i hvordan hjertepasienter best kan møtes og følges opp med tanke på psykiske reaksjoner under innleggelsen, men også i etterkant.

Takksigelse

En stor takk til LHL lokalavdeling Tromsø som bidro med brukerrepresentant i planlegging av studien og formidling av prosjektet i ulike medier. ✖

Referanser

- Alonzo, A.A. (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: The consequences of cumulative adversity. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1475-1484. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00399-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00399-8)
- Aminda, H.T., Nordrehaug, J.E. & Hanestad, B.R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001>
- Anstorp, T. & Benum, K. (Red.) (2014). *Traumebehandling: komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.
- Berge, T., Bull-Hansen, B., Solberg, E.E., Heyerdahl, E.R., Jørgensen, K.N., Vinge, L.E., Aarønæs, M., Øie, E. & Hyldmo, I. (2019). Screening for symptommer på depresjon og angst ved en hjertemedisinsk avdeling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0570>
- Bremer, A., Dahné, T., Stureson, L., Årestedt, K. & Thylén, I. (2018). Lived experiences of surviving in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 130, e122. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.07.258>
- Crum-Cianflone, N.F., Bagnell, M.E., Schaller, E., Boyko, E.J., Smith, B., Maynard, C., Ulmer, C.S., Vernalis, M. & Smith, T.C. (2014). Impact of combat deployment and posttraumatic stress disorder on newly reported coronary heart disease among US active duty and reserve forces. *Circulation*, 129(18), 1813-1820. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005407>
- Edmonds, W.A. & Kennedy, T.D. (2016). *An applied guide to research designs: Quantitative, qualitative, and mixed methods*. Sage Publications.
- Edmondson, D. & Cohen, B.E. (2013). Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 55(6), 548-556. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.03.004>
- Edmondson, D., Kronish, I.M., Shaffer, J.A., Falzon, L. & Burg, M.M. (2013). Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: a meta-analytic review. *American heart journal*, 166(5), 806-814. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2013.07.031>
- Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., Davidson, K.W., Mills, M.A. & Neria, Y. (2012). Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review. *PloS one*, 7(6), e38915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038915>
- Frank, A.W. (2010). *Letting stories breathe: A socio-narratology*. University of Chicago Press.
- Goodman, L.A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N. & Green, B.L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 521-542. <https://doi.org/10.1023/A:1024456713321>
- Huang, C.-J., Webb, H.E., Zourdos, M.C. & Acevedo, E.O. (2013). Cardiovascular reactivity, stress, and physical activity. *Frontiers in physiology*, 4, 64619. <https://doi.org/10.3389/fphys.2013.00314>
- Huffman, J.C., Smith, F.A., Blais, M.A., Januzzi, J.L. & Fricchione, G.L. (2008). Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 557-563. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.08.001>
- Huffman, J.C., Smith, F.A., Blais, M.A., Taylor, A.M., Januzzi, J.L. & Fricchione, G.L. (2008). Pre-existing major depression predicts in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Psychosomatics*, 49(4), 309-316. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.4.309>
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet public health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Ikin, J.F., Creamer, M.C., Sim, M.R. & McKenzie, D.P. (2010). Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment. *Journal of affective disorders*, 125(1-3), 279-286. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.005>
- Jackson, C.A., Sudlow, C.L. & Mishra, G.D. (2018). Psychological distress and risk of myocardial infarction and stroke in the 45 and up study: A prospective cohort study. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 11(9), e004500. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004500>
- Jacobsen, B.K., Eggen, A.E., Mathiesen, E.B., Wilsgaard, T. & Njølstad, I. (2012). Cohort profile: the Tromsø study. *International journal of epidemiology*, 41(4), 961-967. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr049>
- Jacquet-Smailovic, M., Tarquinio, C., Alla, F., Denis, I., Kirche, A., Tarquinio, C. & Brennstuhl, M.J. (2021). Posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 190-199. <https://doi.org/10.1002/jts.22591>
- Kjaergaard, M., Arfwedson Wang, C.E., Waterloo, K. & Jorde, R. (2014). A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II, the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample from a healthy population. *Scandinavian journal of psychology*, 55(1), 83-89. <https://doi.org/10.1111/sjop.12090>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Learning the craft of qualitative research interviewing. *Thousands Oaks: Sage Publications*.
- Linden, W., Stossel, C. & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156(7), 745-752. <https://doi.org/10.1001/archinte.1996.00440070065008>

- Lozem, G.F., Næss, E.T., Løchen, M.-L., Lillevoll, K., Molund, E.-M., Rösner, A., Lindkvist, S. & Schirmer, H. (2023). Post-traumatic stress disorder among heart disease patients: a clinical follow-up of individuals with myocardial infarction in the Tromsø Study. *BMC psychiatry*, 23(1), 936. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05431-2>
- Meister, R.E., Weber, T., Princip, M., Schnyder, U., Barth, J., Znoj, H., Schmid, J.-P. & Von Känel, R. (2016). Perception of a hectic hospital environment at admission relates to acute stress disorder symptoms in myocardial infarction patients. *General hospital psychiatry*, 39, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.11.004>
- Molina, C.S. P., Berry, S., Nielsen, A. & Winfield, R. (2018). PTSD in civilian populations after hospitalization following traumatic injury: A comprehensive review. *The American Journal of Surgery*, 216(4), 745-753. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.07.035>
- O'Connor, G.T., Buring, J.E., Yusuf, S., Goldhaber, S.Z., Olmstead, E.M., Paffenbarger Jr, R.S. & Hennekens, C.H. (1989). An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*, 80(2), 234-244. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.80.2.234>
- Parashar, S., Rumsfeld, J.S., Spertus, J.A., Reid, K.J., Wenger, N.K., Krumholz, H.M., . . . Dawood, N. (2006). Time course of depression and outcome of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 166(18), 2035-2043. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.18.2035>
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M.L., Zagli, G., Bacchereti, A., Debolini, M., Vannini, E., Solaro, M., Balzi, I., Bondoni, E., Bacchi, I., Giovannini, V. & Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical care*, 15, 1-8. <https://doi.org/10.1186/cc10003>
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.
- RVTS. (2024). Traumer og traumatisk stress. <https://rvtsmidt.no/tema/traumer>
- Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage Publications.
- Schleifer, S.J. & Macari-Hinson, M.M. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149(8), 1785-1789. <https://doi.org/10.1001/archinte.1989.00390080059014>
- Shemesh, E., Rudnick, A., Kaluski, E., Milovanov, O., Salah, A., Alon, D., Dinur, I., Blatt, A., Metzkor, M., Golik, A., Verd, Z. & Cotter, G. (2001). A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction (MI). *General hospital psychiatry*, 23(4), 215-222. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00150-5](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00150-5)
- Strand, B.H., Dalgard, O.S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*, 57(2), 113-118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Tully, P.J., Cosh, S.M. & Baumeister, H. (2014). The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *Journal of psychosomatic research*, 77(6), 439-448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.001>
- Yohannes, A.M., Doherty, P., Bundy, C. & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of clinical nursing*, 19(19-20), 2806-2813. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x>
- Ziegelstein, R.C. (2001). Depression in patients recovering from a myocardial infarction. *Jama*, 286(13), 1621-1627. <https://doi.org/10.1001/jama.286.13.1621>
- Ziegelstein, R.C., Fauerbach, J.A., Stevens, S.S., Romanelli, J., Richter, D.P. & Bush, D.E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), 1818-1823. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.12.1818>

EVIDENSBASERT PSYKOLOGISK PRAKSISTIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 12 S. 933-940 DOI: <https://doi.org/10.52734/RFBG1082>

Kartleggingsoversikt over sammenhengen mellom diabetes type 1 og 2 og psykiske lidelser

Ane Wilhelmsen-Langeland^{1,2}, Nina Handelsby³, Charlotte Skajaa⁴,
Frida Erlandsen⁵, Line Wisting^{6,7} og Jon Haug⁸

¹ Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

² Høgskulen på Vestlandet, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Bergen

³ Barne- og ungdomsklinikken, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

⁴ Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Oslo universitetssykehus (OUS)

⁵ Signo Conrad Svendsen senter, seksjon Helse og språk, Oslo

⁶ Regional seksjon for spiseforstyrrelser, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus (OUS)

⁷ Institutt for psykologi, Oslo Nye Høyskole

⁸ Oslo Diabetes Forskningscenter

KONTAKT ane.wilhelmsen-langeland@helse-bergen.no

MERKNAD Forfatterne har vært eller er medlemmer av Faggruppe for diabetespsykologi i Diabetesforbundet.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Det er økt forekomst av depresjon, angst og spiseforstyrrelser blant personer med diabetes type 1 og 2. Man ser også økt forekomst av diabetes type 2 hos personer med alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni og bipolar lidelse. Denne artikkelen er en omfattende og oppdatert oppsummering av nyere litteratur på forekomsten av psykiske lidelser ved diabetes type 1 og 2, og av forekomsten av diabetes type 1 og 2 blant personer med psykiske lidelser. Vi drøfter sammenhengen mellom psykisk og somatisk helse ved diabetes og oppsummerer oppdatert litteratur på relevante tiltak. Artikkelen avslutter med en gjennomgang av punkter til hvordan psykologen kan være en hjelper for pasienter med diabetes type 1 eller 2.

Nøkkelord: diabetes type 2, diabetes type 1, psykiske lidelser, kartleggingsoversikt

I Norge var det i 2020 mellom 316 000 og 345 000 personer med diabetes, hvorav omtrent 23 100 med diabetes type 1 (DT1) og mellom 235 400 og 258 900 med diabetes type 2 (DT2; Stene et al., 2020). I tillegg antar en at omtrent 60 000 nordmenn har udiagnostisert diabetes type 2. Behandlingen er livsvarig og ikke kurativ. Den omfatter daglig administrering av tabletter og/eller insulininjeksjoner for å regulere blodsukkeret og oppnå behandlingsmål om langtidsblodsukker (HbA1c), blodtrykk og kolesterol innenfor anbefalte verdier (Helsedirektoratet, 2016). Pasienter i Norge følges opp hovedsakelig av leger og sykepleiere i primær- og spesialisthelsetjenesten. Internasjonalt er psykologer anerkjent som en integrert del av diabetesbehandlingen (Snoek et al., 2024). Mer informasjon om diabetes finnes blant annet på www.diabetes.no.

Man kan tenke at å hjelpe pasienten med å øke etterlevelse av behandling (på engelsk *compliance* eller *adherence*) ville være en sentral rolle for psykologen i arbeid med personer med diabetes (PMD). Imidlertid innebærer psykologens rolle i møte med denne pasientgruppen vesentlig mer enn det begrepet behandlingsetterlevelse rommer (Anderson & Funnell, 2000). De psykologiske og emosjonelle implikasjonene av å leve med DT1 og DT2 i seg selv innebærer for mange pasienter et stort strev. Og når livet ellers er problematisk, blir både den medisinske og psykologiske egenbehandlingsoppgaven ved diabetes betydelig mer utfordrende. Wilhelmsen-Langeland et al. (2024) gir en mer inngående beskrivelse av de spesifikke vanskene relatert til håndtering av diabetes. Grunnleggende for klinisk helsepsykologisk tenkning er den biopsykososiale modellen og de psykologiske fenomenene ved spesifikke sykdommer (Berge & Lang, 2011). Vi mener også at mennesker innehar de forutsetningene som skal til for å håndtere den krevende utfordringen det er å leve med diabetes (Haug, 2017). Jon Haugs spesifisitetsteori (2010) henger godt sammen med et nylig foreslått rammeverk for psykologers rolle i diabetesbehandling, presentert av Snoek et al. (2024): spesialisert kunnskap, samarbeid og rådgivning, kartlegging og psykoterapi.

Problemstilling

Ved DT1 og DT2 er det økt forekomst av psykiske lidelser (Lindekilde et al., 2021) og økt risiko for selvmord (Wilhelmsen-Langeland et al., 2024). Denne artikkelen gir en oppdatert gjennomgang av litteraturen på diabetes og psykiske lidelser, med søkelys på forekomst, sammenhenger, prognoser og tiltak. Vi drøfter sammenhengen mellom psykisk og somatisk

helse ved diabetes og kommer med konkrete forslag til hvordan psykologen kan gi god hjelp til pasienter med diabetes.

Metode

Litteratursøk ble utført i søkemotoren PubMed (Medline) i februar og mars 2024. Vi søkte for tidsperioden 2019–2024 fordi *Håndbok i klinisk helsepsykologi* kom i 2019, med et kapittel om diabetes som oppsummerer litteratur på psykologisk behandling og hjelp til egenbehandling (Berge et al., 2019). Vi søkte etter litteratur om de psykiske lidelsene forfatterne mener er mest relevant i denne sammenhengen. Vi søkte per psykiske lidelse kombinert med «diabetes type 1» og «diabetes type 2». Søkene ga mellom fem (DT2 og spiseforstyrrelser) og 485 (diabetes og «adherence») treff. Artikkelen er basert på en oppsummering av denne litteraturen og vår faglige vurdering og seleksjon av vitenskapelige artikler publisert i internasjonale tidsskrifter, samt litteratur fra Norge og egne fagmiljøer, som vi mener er klinisk relevant og svarer på problemstillingen.

Samlet har forfatterne bred klinisk, psykologisk og forskningsmessig ekspertise på diabetes, fra somatikken, psykisk helsevern og forskningsmiljøer innen diabetesfeltet.

Diabetes og depresjon

Ifølge en metaanalyse av 147 unike studier er forekomsten av depresjon ved DT2 gjennomsnittlig 28 % (Harding et al., 2019). En annen metaanalyse fant at forekomsten av depresjon var 22 % ved DT1 og 19 % ved DT2 (Farooqi et al., 2022). Forekomsten var høyere ved lavere alder, høyere HbA1c (langtidsblodsukker) og i kliniske populasjoner (det vil si mennesker som mottar helsehjelp, sammenlignet med en populasjon fra samfunnet generelt). Forfatterne konkluderer med at skjema som screener for kjernetrekkene ved depresjon, som likegyldighet og negativ kognisjon, gir en mer sikker depresjonsdiagnose enn skjema som overlapper med mer diabetesspesifikke vansker som søvnvansker og kognitive vansker. Høyt eller lavt blodsukker kan føre til at tiltak må iverksettes om natten (spise karbohydrater eller tilføre insulin), eller til økt urinproduksjon, som fører til oppvåkninger og hyppige toalettbesøk. Både høyt og lavt blodsukker kan gi en slags sløvhets eller hjernetåke. Slik sett kan det ved den kroppslige sykdommen diabetes følge med en del symptomer på depresjon. Av den grunn anbefaler vi å bruke kartleggingsskjema med spørsmål som i mindre grad måler overlappende symptomer.

En metaanalyse av 27 studier rapporterer at personer med DT2 og overvekt hadde 1.63 ganger høyere risiko for å ha depresjon enn personer med DT2 som ikke var overvektige (González-Castro et al., 2021). Andre peker på at strenge diabetes-behandlingsregimer og symptomer som er relatert til diabetes direkte, kan øke symptomer på depresjon (Farooqi et al., 2022). Det har blitt undersøkt om motiverende intervju (MI) kan bidra til å redusere symptomer på depresjon hos personer med DT2. Forskerne fant at MI-intervensjoner gitt av en trent MI-terapeut hadde en forebyggende effekt på depresjon (Mikkonen et al., 2023). Tiltak for å redusere angst og depresjon hos personer med diabetes har vist seg å ha begrenset effekt. Mather et al. (2022) fant at bare 6 % flere i intervensjonsgruppen ble bedre sammenlignet med kontrollgruppene. Forskergruppen mener det er behov for mer effektive metoder.

Diabetes og angst

To metaanalyser konkluderte med at omtrent 25–28 % av PMD hadde angstlidelser (Kershaw et al., 2023; Mersha et al., 2022). Mersha et al. (2022) peker på økt risiko for angstlidelser ved diabetes og for økt forekomst av diabetes ved angstlidelser, med andre ord ser det ut til at risikoen går begge veier. Det er rapportert en betydelig høyere komorbiditet blant personer fra lav- og mellominntektsland (Kershaw et al., 2023; Mersha et al., 2022). Det biokjemiske utgangspunktet og genetiske faktorer fremheves som mulige bidragsyttere til gjensidig økt risiko mellom angst og diabetes (Faravelli et al., 2012; Lindeskilde et al., 2021). I tillegg kan kronisk angst påvirke HPA-aksen på direkte eller indirekte vis, som igjen er involvert i utskillelse av diabetogene hormoner som kan drive eller forsterke patofysiologiske prosesser i retning diabetes (Ehlert et al., 2001; Faravelli et al., 2012; Yehuda et al., 1991).

En rekke ulike intervensjoner ser ut til å ha noe effekt, blant annet selvhjelpsintervensjoner, e-helseintervensjoner, kognitiv atferdsterapi (KAT), psyko- og trening på bevissthet rundt blodsukker (Lee et al., 2024; Tavares Franquez et al., 2023; Wicaksana et al., 2024). Chatwin et al. (2023) har imidlertid identifisert et behov for mer forskning og for videreutvikling av spesifikke metoder rettet mot dem som har diabetes og angst.

Diabetes og spiseproblemer

En systematisk oversiktsartikkel som oppsummerer 90 studier fra en rekke land, rapporterer at 15–42 %

av pasienter med DT1 skårer over grenseverdien (≥ 20) for spiseproblemer (Diabetes Eating Problem Survey – Revised (DEPS-R); Pursey et al., 2020). Undersøkelser av forekomst av spiseproblemer ved DT1 basert på DEPS-R i Norge rapporterer 27,7 % blant unge jenter, og 8,6 % blant unge gutter (Wisting et al., 2013). Tallene for voksne var henholdsvis 24,8 % blant kvinner og 13,3 % blant menn (Wisting et al., 2018). Søk etter DT2 og spiseproblemer eller spiseforstyrrelser ga ingen direkte relevante treff. Vi søkte derfor mer spesifikt med «binge eating disorder» (BED). Det er uenighet i funnene, men forekomsten av BED hos personer med DT2 varierer fra 1,2 til 25 % (Chevinsky et al., 2020; Keski-Rahkonen, 2021).

I de aller fleste tilfellene utvikles DT1 før spiseforstyrrelser (Nielsen, 2002), og foreslåtte sammenhenger inkluderer depresjon, angst, diabetes distress, høyere BMI, kroppsmisnøye, det å være ung kvinne og et økt fokus på mat som del av DT1 egenbehandling (Hall et al., 2021; Rose et al., 2020). Vi fant lite om foreslåtte sammenhenger for spiseproblemer og DT2 i våre søk, men fant en studie som oppsummerte om spiseforstyrrelser økte risikoen for DT2. Her ble det konkludert med at overspisingslidelse og bulimi økte risikoen for DT2, mens anoreksi var assosiert med lavere risiko for DT2 (Nieto-Martínez et al., 2017).

Til tross for mangel på effektstudier er noen tiltak likevel beskrevet. Diabetes Body Project er et gruppebasert kroppsbildeprogram for å forebygge spiseforstyrrelser blant unge med DT1. Etter innledende pilotstudier (Wisting et al., 2021, 2024) pågår det nå en internasjonal multisenter randomisert kontrollert studie (RCT), blant annet i Norge. KAT, interpersonlig terapi og atferdsbasert vekttap er eksempler på behandlingsalternativer ved DT2 og spiseproblematikk (Chevinsky et al., 2020). Målinger tolv måneder etter behandling viser ingen spesifikke forskjeller mellom disse tilnærmingene, selv om KAT synes å ha best evidens over tid (Chevinsky et al., 2020). Medikamentell behandling kan være GLP-1-reseptorantagonister (for eksempel Ozempic og Wegovy), som reduserer appetitten.

Diabetes, schizofreni og bipolar lidelse

En systematisk oversikt fra 2023 som undersøkte komorbide sykdommer hos voksne personer med bipolar lidelse, rapporterer et vektet gjennomsnitt for diabetes på 20,2 % med en variasjon på 10,1–43,5 % (Warner et al., 2023). Vi ser at mesteparten av forskningen som omhandler diabetes og alvorlige psykiske lidelser som bipolar lidelse og schizofreni, er gjort på diabetes type 2. I en metaanalyse på

49 studier undersøkte Liu et al. (2022) prevalensen for DT2 hos pasienter med bipolar lidelse og fant at 9,6 % hadde DT2, mens en paraply-oversiktsartikkel fra 2021 som undersøkte psykiatriske lidelser, fant at 10 % av de med schizofreni også har DT2 (Lindkilde et al., 2022).

I en systematisk oversikt rapporteres det at mennesker med bipolar lidelse har større sannsynlighet for komorbide metabolske risikofaktorer sammenlignet med den generelle populasjonen (Giménez-Palomo et al., 2022). En av de største risikofaktorene for kardiovaskulære sykdommer er metabolsk syndrom, der insulinresistens og diabetes kan kategoriseres som viktige faktorer, og diabetes forverrer forløpet for dem med schizofreni (Hagi et al., 2021). Det foreslås å screene for nedsatt glukosemetabolisme hos pasienter med bipolar lidelse. Å iverksette strategier for å forhindre og behandle denne tilstanden kan være relevant for å bedre prognosene (Chung & Miller, 2020; Morera & Miller, 2024).

Forebyggingstiltak

Diabetes er en behandlingsintensiv sykdom, der personen gjør all behandlingen på egen hånd, mange ganger daglig. Behandlingsetterlevelse er av stor betydning, både for den somatiske helsen og for livskvaliteten. Flere systematiske litteraturgjennomganger peker på psykososiale og sosioøkonomiske forhold som kan ha innvirkning på behandlingsetterlevelse ved DT2, der høyere alder, røyking, lav yrkesdeltakelse og utdanning, etnisitet (f.eks. afro-amerikansk opprinnelse i USA) samt det å bo i lav- eller middelsinntektsland (f.eks. afrikanske land sør for Sahara) er forbundet med lavere behandlingsetterlevelse (Byrne et al., 2022; Lee et al., 2020).

Litteraturen peker i retning av positive effekter av lavterskel tiltak, for eksempel telemedisinsk oppfølging og «tett på»-bistand til PMD, for å etablere og opprettholde gode vaner for behandlingsetterlevelse og livsstil knyttet til blant annet mosjon, kosthold og røyking (Belete et al., 2023; Chong et al., 2023; Haider et al., 2019; Sahin et al., 2019). Likedan viser litteraturen at gruppeintervensjoner kan være vel så effektive som individuelle intervensjoner, samt at oppfølging over noe tid er mer gunstig (Mannucci et al., 2022; Mathiesen et al., 2019). Likepersonsdeltakelse eller deltakelse i gruppeintervensjoner er trolig av betydning for behandlingsetterlevelse (Verma et al., 2022).

I Norge er det gjennomført ikke-randomiserte studier på konsentrert behandling over fire dager i grupper med ulike kroniske lidelser, inkludert DT2, som har vist lovende resultater på fungering, livskvalitet

og sykdomsforståelse (Kvale et al., 2021; Kvale et al., 2024). De diabetes-spesifikke resultatene fra denne behandlingen er imidlertid ikke publiserte enda. Metaanalyser av psykososiale og pedagogiske intervensjoner viste gunstig påvirkning på blodsukkerkontroll og delvis andre behandlingsmål. Psykoterapeutiske intervensjoner viste ikke direkte innvirkning på blodsukkerkontroll, men viste bedring i livskvaliteten og økte behandlingsetterlevelsen (Resurrección et al., 2021).

Psykologiske intervensjoner

Snoek et al. (2024) foreslår i en konsensus-rapport at det må opprettes kliniske retningslinjer og formell utdanning for psykologer innen diabetesbehandling. Dette støttes av det vi fant i litteraturen; omtrent 1 av 5 PMD har også depresjon, rundt 1 av 4 PMD har angstlidelse, 1–3 av 10 PMD har spiseproblemer eller en spiseforstyrrelse, og blant personer med bipolar lidelse og schizofreni har 1 av 5 DT2. STAP-rammeverket for psykologisk diabetesbehandling som Snoek et al. (2024) presenterer, innebærer spesialisert kunnskap (S) om diabetes, teamarbeid og rådgivning (T), kartlegging (A for *assessment*) og psykoterapi (P). I Norge er det nærmeste vi kommer en formell utdanning innen diabetesbehandling, spesialiteten i klinisk helsepsykologi. Vi har imidlertid en norsk psykolog (sisteforfatter) som har utviklet en egen teori basert på sin doktorgradsavhandling (Haug, 2010). Den er oppsummert i det følgende.

Spesifisitetsteorien for diabetes type 1

Medisinske og psykologiske konsekvenser av somatiske kroniske sykdommer er reelt forbundet med hverandre. Det er heller ikke tilstrekkelig å behandle den psykiske lidelsen og anta at dette i seg selv bedrer behandlingsetterlevelse. Psykisk lidelse kan utvikles forbundet med de utfordringene det å leve med diabetes innebærer. Derfor bør psykologisk behandling for PMD med samtidig psykisk lidelse inkludere diabetesspesifikke tilnærminger. Ved diabetes har alle med denne sykdommen til felles noen (psykologiske) utfordringer som må løses og håndteres (Haug, 2010).

Utvikle et reguleringsystem

Hver enkelt med diabetes må ha eller skape et bevisst psykologisk reguleringsystem, som ikke var der før sykdommen. En tidligere autonom funksjon, som ble opprettholdt av bukspyttkjertelen, må nå etableres som en psykologisk funksjon. Dette systemet skal stabilisere blodsukkeret så godt det lar seg gjøre,

og erstatter kroppens naturlige, automatiserte insulinregulering som nå er fraværende eller dårlig som følge av sykdommen. Systemet styrer egenbehandlingsatferden og de konkrete egenbehandlingsoppgavene, og påvirkes av en kombinasjon av følelsesmessige forhold, mentale ferdigheter og erfaringer. I denne sammenhengen vil psykologer kunne bidra med kunnskap om atferdsendring og hvordan en kan innarbeide nye vaner.

Håndtere det uforutsette

Det er en diabetesspesifikk psykologisk utfordring å håndtere uforutsette blodsukkersvingninger. Svingninger med blodsukkerverdier utenfor normalområdet er umulig å forhindre, og dette stiller krav til håndtering av uforutsigbarhet og manglende kontroll. Her kan psykologen bidra med å utfordre automatiske tanker og arbeide med alternative tanker eller metakognitivt med for eksempel selvbepreidelser for at man ikke gjorde det riktige eller tilstrekkelige behandlingstiltaket. Emosjonsfokuset jobbing med selvkritikk kan også være nyttig, eller arbeid med stressmestring og selvivaretagelse. Videre kan grensesetting og tilrettelegging på jobb eller skole være relevante tema psykologen kan bistå med.

Adressere eksistensielle tema

Sykdommens kroniske og progredierende karakter reiser eksistensielle utfordringer både på kort og lang sikt. Eksistensielle samtaler der psykologen tør å ta del i det mørke personen med diabetes kanskje befinner seg i, vil være relevant og nyttig (Wilhelmsen-Langeland et al., 2024).

Psykologisk behov for insulin

Det kroppslige behovet for insulin og et stabilt blodsukker må tilstrebes på best mulig måte. Mentalt er ikke dette behovet til stede ved diabetesdebut, og derfor må det etableres. Da snakker vi om etableringen av *et psykologisk behov for insulin*. Dette kan kanskje sammenlignes med at en med anoreksi har et fysiologisk behov for næring, men det psykologiske behovet for å være slank eller for å døyve vonde følelser er sterkere. For noen med diabetes kan behovet for å leve friere, velge selv ut fra lyster, eller angsten for lavt blodsukker, være så sterk at dette blir viktigere enn å ta nok insulin. Her kan psykologen komme inn og bistå i å skille mellom hensiktsmessige valg knyttet til egenbehandlingen og mindre hensiktsmessige valg. Noen ganger trenger personen med diabetes psykologisk behandling for å etablere et psykologisk behov for insulin.

Sortere

Håndteringen av de spesifikke psykologiske implikasjonene ved diabetes i klinisk sammenheng er nært forbundet med livshendelser ellers. Det betyr at godt psykologisk hjelpearbeid ofte handler om å hjelpe pasienten med å skille mellom mentale utfordringer knyttet til livet generelt og utfordringer som er knyttet til diabetes. Etter vår erfaring kan mange PMD putte «alt» av utfordringer i diabetessekken, mens psykologen kan hjelpe med å få øye på hvilke vansker som kanskje ville vært i livet selv om hen ikke hadde diabetes. Likevel er det visse implikasjoner av å ha diabetes, som det å alltid ha medisinbeholdningen i orden, passe på at resepter er aktive, smerter ved stikk og ubehag ved lavt eller høyt blodsukker, som er direkte knyttet til livet med diabetes. Psykologen kan hjelpe til med å skille disse fra hverandre og bistå PMD i å få et mer pragmatisk syn på sin diabetes og rollen sykdommen spiller i livet.

Konklusjon

Depresjon, angst og spiseforstyrrelser er vanlig ved DT1 og DT2. Generelt forekommer komorbide fysiske sykdommer oftere hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og det ser ut til at forekomsten av DT2 i denne populasjonen er høyere enn i den generelle populasjonen. Vi anser det som viktig for psykologer å kjenne til denne sammenhengen og ha en forståelse for at psykologiske og medisinske konsekvenser av sykdommen henger uløselig sammen. Psykologer som jobber med pasienter med diabetes, bør sette seg inn i det som er diabetesspesifikt ved sykdommen for å kunne være gode hjelpere. ✕

Foreslått litteratur

- Haug, Jon. (2017). *Diabetespsykologi – et samspill mellom kropp og sinn*. Gyldendal Akademisk.
- Wilhelmsen-Langeland, Ane. (2023). *Syk eller frisk? Hvordan du kan føle deg frisk, selv om du er kronisk syk*. Gyldendal Akademisk.

Referanser

- Anderson, R.M. & Funnell, M.M. (2000). Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educator*, 26(4), 597–604. <https://doi.org/10.1177/014572170002600405>
- Belete, A.M., Gameda, B.N., Akalu, T.Y., Aynalem, Y.A. & Shiferaw, W.S. (2023). What is the effect of mobile phone text message reminders on medication adherence among adult type 2 diabetes mellitus patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Endocrine Disorders*, 23(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01268-8>
- Berge, T., Fjerstad, E., Lang, N. & Hyldmo, I. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi. For deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Fagbokforlaget.
- Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(4), 322–331. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/04/manifest-klinisk-helsepsykologi-i-norge>
- Byrne, J., Willis, A., Dunkley, A., Fitzpatrick, C., Campbell, S., Sidhu, M.S., Choudhary, P., Davies, M.J. & Khunti, K. (2022). Individual, healthcare professional and system-level barriers and facilitators to initiation and adherence to injectable therapies for type 2 diabetes: A systematic review and meta-ethnography. *Diabetic Medicine*, 39(1), e14678. <https://doi.org/10.1111/dme.14678>
- Chatwin, H., Broadley, M., de Galan, B., Bazelmans, E., Speight, J., Pouwer, F. & Nefs, G. (2023). Effectiveness of educational and behavioural interventions for reducing fear of hypoglycaemia among adults with type 1 diabetes: Systematic review and meta-analyses. *Diabetic Medicine*, 40(5), e15071. <https://doi.org/10.1111/dme.15071>
- Chevinsky, J.D., Wadden, T.A. & Chao, A.M. (2020). Binge Eating Disorder in Patients with Type 2 Diabetes: Diagnostic and Management Challenges. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 13, 1117–1131. <https://doi.org/10.2147/dmso.S213379>
- Chong, C.J., Bakry, M.M., Hatah, E., Mohd Tahir, N.A. & Mustafa, N. (2023). Effects of mobile apps intervention on medication adherence and type 2 diabetes mellitus control: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*. <https://doi.org/10.1177/1357633X231174933>
- Chung, J. & Miller, B.J. (2020). Meta-analysis of comorbid diabetes and family history of diabetes in non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 216, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.062>
- Ehlert, U., Gaab, J. & Heinrichs, M. (2001). Psychoneuroendocrinological contributions to the etiology of depression, posttraumatic stress disorder, and stress-related bodily disorders: the role of the hypothalamus–pituitary–adrenal axis. *Biological Psychology*, 57(1), 141–152. [https://doi.org/10.1016/S0301-0511\(01\)00092-8](https://doi.org/10.1016/S0301-0511(01)00092-8)
- Faravelli, C., Lo Sauro, C., Godini, L., Lelli, L., Benni, L., Pietrini, F., Lazzaretto, L., Talamba, G.A., Fioravanti, G. & Ricca, V. (2012). Childhood stressful events, HPA axis and anxiety disorders. *World Journal of Psychiatry*, 2(1), 13–25. <https://doi.org/10.5498/wjp.v2.i1.13>
- Farooqi, A., Gillies, C., Sathanapally, H., Abner, S., Seidu, S., Davies, M.J., Polonsky, W.H. & Khunti, K. (2022). A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people with and without Type 1 and Type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.11.001>
- Giménez-Palomo, A., Gomes-da-Costa, S., Dodd, S., Pachiarotti, I., Verdolini, N., Vieta, E. & Berk, M. (2022). Does metabolic syndrome or its component factors alter the course of bipolar disorder? A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 142–153. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.026>
- González-Castro, T.B., Escobar-Chan, Y.M., Fresan, A., López-Narváez, M.L., Tovilla-Zárate, C.A., Juárez-Rojop, I.E., Ble-Castillo, J.L., Genis-Mendoza, A.D. & Arias-Vázquez, P.I. (2021). Higher risk of depression in individuals with type 2 diabetes and obesity: Results of a meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 26(9), 1404–1419. <https://doi.org/10.1177/1359105319876326>
- Hagi, K., Nosaka, T., Dickinson, D., Lindenmayer, J.P., Lee, J., Friedman, J., Boyer, L., Han, M., Abdul-Rashid, N.A. & Correll, C.U. (2021). Association Between Cardiovascular Risk Factors and Cognitive Impairment in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 510–518. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0015>
- Haider, R., Sudini, L., Chow, C.K. & Cheung, N.W. (2019). Mobile phone text messaging in improving glycaemic control for patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 150, 27–37. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.02.022>
- Hall, R., Keeble, L., Sünram-Lea, S.-I. & To, M. (2021). A review of risk factors associated with insulin omission for weight loss in type 1 diabetes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(3), 606–616. <https://doi.org/10.1177/13591045211026142>
- Harding, K.A., Pushpanathan, M.E., Whitworth, S.R., Nanthakumar, S., Bucks, R.S. & Skinner, T.C. (2019). Depression prevalence in Type 2 diabetes is not related to diabetes-depression symptom overlap but is related to symptom dimensions within patient self-report measures: a meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 36(12), 1600–1611. <https://doi.org/10.1111/dme.14139>
- Haug, J. (2010). *Diabetes i kropp og sinn. Teorien om de spesifikke psykologiske prosessene ved type 1-diabetes* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Haug, J. (2017). *Diabetespsykologi – samspillet mellom kropp og sinn*. Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal retningslinje for diabetes*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/diagnostikk-av-diabetes-risikovurdering-og-oppfolging-av-personer-med-hoy-risiko-for-a-utvikle-diabetes#risikovurdering-og-pavisning-av-diabetes-praktisk>

- Kershaw, K.A., Storer, B., Braund, T., Chakouch, C., Coleshill, M., Haffar, S., Harvey, S., Newby, J., Sicouri, G. & Murphy, M. (2023). The prevalence of anxiety in adult endocrinology outpatients: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, *158*, 106357. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106357>
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, *34*(6), 525–531. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000750>
- Kvale, G., Frisk, B., Jürgensen, M., Børtveit, T., Ødegaard-Olsen, Ø.T., Wilhelmsen-Langeland, A., Aarli, B.B., Sandnes, K., Rykken, S., Haugstvedt, A., Hystad, S.W. & Søfteland, E. (2021). Evaluation of Novel Concentrated Interdisciplinary Group Rehabilitation for Patients With Chronic Illnesses: Protocol for a Nonrandomized Clinical Intervention Study. *JMIR Research Protocols*, *10*(10), e32216. <https://doi.org/10.2196/32216>
- Kvale, G., Søfteland, E., Jürgensen, M., Wilhelmsen-Langeland, A., Haugstvedt, A., Hystad, S.W., Ødegaard-Olsen, Ø.T., Aarli, B.B., Rykken, S. & Frisk, B. (2024). First trans-diagnostic experiences with a novel micro-choice based concentrated group rehabilitation for patients with low back pain, long COVID, and type 2 diabetes: a pilot study. *BMC Medicine*, *22*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03237-3>
- Lee, D., Lee, H., Shin, Y. & Park, G. (2024). Effectiveness of Non-pharmacological Interventions for Adolescents With Type 1 Diabetes in the Last Five Years: A Systematic Review and Meta-analysis. *Asian Nursing Research*, *18*(1), 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2024.01.008>
- Lee, W., Lloyd, J.T., Giuriceo, K., Day, T., Shrank, W. & Rajkumar, R. (2020). Systematic review and meta-analysis of patient race/ethnicity, socioeconomic, and quality for adult type 2 diabetes. *Health Services Research*, *55*(5), 741–772. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13326>
- Lindekilde, N., Rutters, F., Erik Henriksen, J., Lasgaard, M., Schram, M.T., Rubin, K.H., Kivimäki, M., Nefs, G. & Pouwer, F. (2021). Psychiatric disorders as risk factors for type 2 diabetes: An umbrella review of systematic reviews with and without meta-analyses. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *176*, 108855. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.108855>
- Lindekilde, N., Scheuer, S.H., Rutters, F., Knudsen, L., Lasgaard, M., Rubin, K.H., Henriksen, J.E., Kivimäki, M., Andersen, G.S. & Pouwer, F. (2022). Prevalence of type 2 diabetes in psychiatric disorders: an umbrella review with meta-analysis of 245 observational studies from 32 systematic reviews. *Diabetologia*, *65*(3), 440–456. <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05609-x>
- Liu, Y.K., Ling, S., Lui, L.M. W., Ceban, F., Vinberg, M., Kessing, L.V., Ho, R.C., Rhee, T.G., Gill, H., Cao, B., Mansur, R.B., Lee, Y., Rosenblat, J., Teopiz, K.M. & McIntyre, R.S. (2022). Prevalence of type 2 diabetes mellitus, impaired fasting glucose, general obesity, and abdominal obesity in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *300*, 449–461. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.110>
- Mannucci, E., Giaccari, A., Gallo, M., Bonifazi, A., Belén, Á.D. P., Masini, M.L., Trento, M. & Monami, M. (2022). Self-management in patients with type 2 diabetes: Group-based versus individual education. A systematic review with meta-analysis of randomized trials. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *32*(2), 330–336. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.10.005>
- Mather, S., Fisher, P., Nevitt, S., Cherry, M.G., Maturana, C., Warren, J.G. & Noble, A. (2022). The limited efficacy of psychological interventions for depression in people with Type 1 or Type 2 diabetes: An Individual Participant Data Meta-Analysis (IPD-MA). *Journal of Affective Disorders*, *310*, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.132>
- Mathiesen, A.S., Egerod, I., Jensen, T., Kaldan, G., Langberg, H. & Thomsen, T. (2019). Psychosocial interventions for reducing diabetes distress in vulnerable people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, *12*, 19–33. <https://doi.org/10.2147/dmso.S179301>
- Mersha, A.G., Tollosa, D.N., Bagade, T. & Eftekhari, P. (2022). A bidirectional relationship between diabetes mellitus and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *162*, 110991. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110991>
- Mikkonen, U., Voutilainen, A., Mikola, T., Roponen, J., Rajapolvi, S., Lehto, S.M., Ruusunen, A. & Mäntyselkä, P. (2023). The effects of motivational self-care promotion on depressive symptoms among adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine Reports*, *36*, 102431. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102431>
- Morera, D. & Miller, B.J. (2024). Meta-analysis of a family history of diabetes in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *264*, 90–94. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.12.001>
- Nielsen, S. (2002). Eating disorders in females with type 1 diabetes: an update of a meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, *10*(4), 241–254. <https://doi.org/10.1002/erv.474>
- Nieto-Martínez, R., González-Rivas, J.P., Medina-Inojosa, J.R. & Florez, H. (2017). Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis. *Current Diabetes Reports*, *17*(12), 138. <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0949-1>
- Pursey, K.M., Hart, M., Jenkins, L., McEvoy, M. & Smart, C.E. (2020). Screening and identification of disordered eating in people with type 1 diabetes: A systematic review. *Journal of Diabetes and its Complications*, *34*(4), 107522. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107522>
- Resurrección, D.M., Navas-Campaña, D., Gutiérrez-Colosía, M.R., Ibáñez-Alfonso, J.A. & Ruiz-Aranda, D. (2021). Psychotherapeutic Interventions to Improve Psychological Adjustment in Type 1 Diabetes: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph182010940>
- Rose, M., Streisand, R., Tully, C., Clary, L., Monaghan, M., Wang, J. & Mackey, E. (2020). Risk of Disordered Eating Behaviors in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, *45*(5), 583–591. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa027>

- Sahin, C., Courtney, K.L., Naylor, P.J. & Rhodes, R.E. (2019). Tailored mobile text messaging interventions targeting type 2 diabetes self-management: A systematic review and a meta-analysis. *DIGITAL HEALTH*, 5, 2055207619845279. <https://doi.org/10.1177/2055207619845279>
- Snoek, F.J., Anarte-Ortiz, M.T., Anderbro, T., Cyranka, K., Hendrieckx, C., Hermanns, N., Indelicato, L., McGuire, B.E., Mocan, A., Nefs, G., Polonsky, W.H., Stewart, R. & Vallis, M. (2024). Roles and competencies of the clinical psychologist in adult diabetes care-A consensus report. *Diabetic Medicine*, 41(5), e15312. <https://doi.org/10.1111/dme.15312>
- Stene, L.C., Lopez-Doriga Ruiz, P., Åsvold, B.O., Bjarkø, V.V., Pettersen Sørgjerd, E., Njølstad, I., Arnesdatter Hopstock, L., Birkeland, K.I. & Gulseth, H.L. (2020). Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 140(17). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0849>
- Tavares Franquez, R., Del Grossi Moura, M., Cristina Ferreira McClung, D., Barberato-Filho, S., Cruz Lopes, L., Silva, M.T., de Sá Del-Fiol, F. & de Cássia Bergamaschi, C. (2023). E-Health technologies for treatment of depression, anxiety and emotional distress in person with diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 203, 110854. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110854>
- Verma, I., Gopaldasani, V., Jain, V., Chauhan, S., Chawla, R., Verma, P.K. & Hosseinzadeh, H. (2022). The impact of peer coach-led type 2 diabetes mellitus interventions on glycaemic control and self-management outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Primary Care Diabetes*, 16(6), 719–735. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2022.10.007>
- Warner, A., Holland, C., Lobban, F., Tyler, E., Harvey, D., Newens, C. & Palmier-Claus, J. (2023). Physical health comorbidities in older adults with bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 326, 232–242. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.083>
- Wicaksana, A.L., Apriilyasari, R.W. & Tsai, P.-S. (2024). Effect of self-help interventions on psychological, glycemic, and behavioral outcomes in patients with diabetes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 149, 104626. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104626>
- Wilhelmsen-Langeland, A., Handelsby, N., Winje, E. & Wisting, L. (2024). Diabetes type 1 øker risiko for selvmord: Hva kan psykologen gjøre? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(2), 90–99. <https://doi.org/10.52734/SNXA8325>
- Wisting, L., Frøisland, D.H., Skrivarhaug, T., Dahl-Jørgensen, K. & Rø, O. (2013). Disturbed eating behavior and omission of insulin in adolescents receiving intensified insulin treatment: a nationwide population-based study. *Diabetes Care*, 36(11), 3382–3387. <https://doi.org/10.2337/dc13-0431>
- Wisting, L., Haugvik, S., Wennersberg, A.L., Hage, T.W., Stice, E., Olmsted, M.P., Ghaderi, A., Brunborg, C., Skrivarhaug, T., Dahl-Jørgensen, K. & Rø, Ø. (2021). Feasibility of a virtually delivered eating disorder prevention program for young females with type 1 diabetes. *International Journal of Eating Disorders*, 54(9), 1696–1706. <https://doi.org/10.1002/eat.23578>
- Wisting, L., Haugvik, S., Wennersberg, A.L., Hage, T.W., Stice, E., Olmsted, M.P., Ghaderi, A., Brunborg, C., Skrivarhaug, T., Dahl-Jørgensen, K. & Rø, Ø. (2024). A pilot study of a virtually delivered dissonance-based eating disorder prevention program for young women with type 1 diabetes: within-subject changes over 6-month follow-up. *Eating Disorders*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2331391>
- Wisting, L., Skrivarhaug, T., Dahl-Jørgensen, K. & Rø, Ø. (2018). Prevalence of disturbed eating behavior and associated symptoms of anxiety and depression among adult males and females with type 1 diabetes. *Journal of Eating Disorders*, 6, 28. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0209-z>
- Yehuda, R., Giller, E.L., Southwick, S.M., Lowy, M.T. & Mason, J.W. (1991). Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 30(10), 1031–1048. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(91\)90123-4](https://doi.org/10.1016/0006-3223(91)90123-4)

Klinisk hypnose i møte med barn og unge på sykehus

Hypnose kan alene eller i kombinasjon med farmakologisk behandling bety mye for opplevd smerte, engstelse – og motivasjon og effekt av behandling.

Forestill deg at du er fem år gammel og skal på sykehus. Du holder moren din i hånden og ser opp på det store bygget. En spenning har begynt å bygge seg opp inni deg. Mamma sin hånd er litt annerledes enn den pleier – litt fastere, litt klam. Blikket til mamma er litt rart. Hun stryker deg over håret, men hun er et annet sted. Det skjer mye inni mamma også nå. Kanskje husker hun sist dere var her og det ikke var så greit, kanskje kommer det opp et minne fra hun selv var liten og skulle ta blodprøve. Snart skal du gå igjennom de store dørene og kjenne fremmede lukter, høre lyder av stemmer, kanskje gråt og se hvite vegger og mennesker i hvitt som haster forbi. Spenningen i kroppen har gått over i uro.

BARN PÅ SYKEHUS

Barn og unge kan oppleve nødvendige sykehusprosedyrer som grenseoverskridende hvis de blir redde og ikke opplever å kunne beskytte

seg eller øve kontroll på situasjonen. I verste fall blir det en traumatisk opplevelse som brenner seg fast i minnet og i kroppen (Gjems & Diseth, 2011; Diseth, 2006; Lewis et al., 2014; Stubert et al., 2003). Vi vet at når vi er redde, vil vi kunne fornemme ubehag og smerte sterkere, og opplevd smerte vil igjen øke redsel (Noel et al., 2010; von Baeyer et al., 2004; Svendsen et al., 2015). Helsepersonells evne til raskt å skape en trygg situasjon av ro, forutsigbarhet, oversikt, kontroll og mestring kan være avgjørende for forløpet.

I mitt arbeid som psykologspesialist ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Rikshospitalet, har jeg gjennom mange år møtt alvorlig og/eller kronisk somatisk syke barn og unge som må igjennom smertefulle medisinske prosedyrer. I teksten vil jeg beskrive hvorledes kunnskap om hypnose og god klinisk kommunikasjon kan bidra til å gi pasienter en opplevelse av trygghet og positiv forventning i krevende situasjoner. Jeg vil også

TEKST Maren Østvold Lindheim, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, OUS Rikshospitalet

KONTAKT maren.lindheim@ous-hf.no

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter. Alle illustrasjoner i teksten er laget av forfatteren.





GOD KLINISK kommunikasjon gir trygghet

illustrere hvordan enkle hypnotiske intervensjoner som å etablere et godt indre sted og å finne frem til egne «superkrefter» kan bidra til stress- og smerteregulering hos barn og unge på sykehus.

KLINISK HYPNOSE

«Hypnose» er en tilstand med endret bevissthet med sterk konsentrasjon og fokusert oppmerksomhet. Tilstanden kalles gjerne transe. Det du kommuniserer verbalt eller nonverbalt til pasienter i transe, kalles suggesjoner. Pasienter i transe vil oppleve økt mottagelighet for terapeutiske intervensjoner som er i overensstemmelse med egne ønsker (Sugarman & Wester, 2014; Kohen & Olness, 2001). Hypnose er spesielt egnet overfor barn på grunn av deres forestillingsevne og tilgang på fantasi. Gjennom hypnose kan barn forestille seg og oppleve en ny handlemåte i en problematisk situasjon, for så å inkorporere denne handlemåten i virkeligheten (Huynh et al., 2008). Terapeutens bruk av språk, stemme, inntoning og nonverbal kommunikasjon samt teknikker som progressiv avspenning, pust og forestillingsbilder kan bidra til at pasienten opplever å få bedre kontakt med, og kontroll over, kroppslige prosesser, tanker og følelser samt økt mestringstro (Linden, 2020). Klinisk hypnose er en sentral metode innen klinisk helsepsykologi og har vist seg som effektiv behandling i forbindelse med en rekke tilstander som blant annet irritable tarmsyndrom, angst, depresjon, søvnvansker og akutte, langvarige og prosedyrerelaterte smerter (Thompson et al., 2019; Uman et al., 2008; Palsson, 2015; Shih et al., 2009; Chamine et al., 2018). Hypnose er også vist å kunne forsterke effekten av andre terapeutiske intervensjoner (Wren et al., 2019), da metoden fasiliterer biopsykososiale faktorer som er sentrale for et positivt behandlingsutfall (subjektiv opplevelse, psykobiologiske endringer, håp og positiv forventning) (Jensen et al., 2015). Flere utdanningsinstitusjoner tilbyr nå skoloring innen klinisk hypnose (Lindheim & Helgeland, 2017; Helgeland et al., 2021).

BETYDNINGEN AV SPRÅK OG FORVENTNINGSEFFEKT

Den fokuserte oppmerksomheten som kjennetegner hypnose, oppstår naturlig i mange sammenhenger. For eksempel når vi «forsvinner» inn i en god bok, hører på musikk eller ser en film og glemmer tid og sted. Den forekommer også når vi er i en ukjent situasjon som vi opplever som spesielt viktig for oss, slik som en konsultasjon hos legen eller psykologen. Vi fokuserer oppmerksomheten mot det legen eller psykologen sier, og er svært tilgjengelige for beskjeder som vi oppfatter er av betydning. Hvis det en hører, er en dårlig beskjed, kan det som blir sagt, ha en negativ effekt på oss og feste seg («jeg finner ikke noe galt, men helt sikker kan man jo aldri være ...»). På samme måte kan vi utnytte muligheten for å gi gode beskjeder, positive forventninger og tro på bedring («nå har jeg undersøkt deg grundig og alt ser bra ut. Du har en sterk og frisk kropp»). Det som kommuniseres til oss, og det vi sier til oss selv, hva vi ser for oss, og hva vi forventer, har stor betydning for opplevelsen og utfallet. Våre forsøk på å berolige og å trygge kan i verste fall øke redsel («det er bare et lite **stikk**, det er ikke **farlig**, det gjør ikke **vondt**, du **trenger ikke å gråte**»). Vi kan glemme at når vi er redde, er vi ute etter informasjon. Ordet «ikke» er uten informasjon, og vi hører kun stikk, farlig, vondt og mestringsstrategien din (å gråte) er feil. Å bli klar over hvilke ord som lukker og hvilke som åpner mulighetsrom, er derfor av stor betydning.

Du er her for å gjøre en **jobb for kroppen** din. Denne jobben er viktig for at du skal kunne være **frisk, leke**, gjøre **alt det du liker**. **Dette får vi til sammen!**

Jeg ser at du synes dette er vanskelig. Det er **fint** at du viser meg det. Det er **helt ok** å gråte og å bli sint. **Gjør det som hjelper**. Du gjør en **skikkelig god jobb**. Vi har **god tid**. Du er **trygg**. **Vi passer på** deg.

Vi kan oppleve og utnytte naturlige transetilstander, slik som i nye og ukjente situasjoner, til å gi gode beskjeder. Vi kan også indusere fokusert oppmerksomhet for å gjøre pasienter mer tilgjengelige for løsningsforslag. Pasienter som har vært til mange konsultasjoner og har møtt mange behandlere, vil kunne miste troen på at noe eller noen kan hjelpe dem. Ved å gjøre noe litt annerledes og uventet kan vi vekke nysgjerrighet, gjenvinne barnets oppmerksomhet og gi nytt handlingsrom.

Jeg kjenner ingen armer som har lyst til å ta en blodprøve. Gjør du? Hvis armen hadde hatt bein, så hadde den nok løpt ut av rommet. Jeg lurar på hva vi kan si til armen slik at den kjenner seg trygg?

Barnet kan bli nysgjerrig på armen sin og få i oppgave å hjelpe den til å bli rolig.

Å UTNYTTE FORVENTNINGSEFFEKTEN

«Gjør det vondt?» er spørsmålet mange unge pasienter bærer med seg i møte med sykehus. Smertelindringen starter med hva vi svarer på dette grunnleggende spørsmålet, og her kan helsepersonell gå i flere feller. Vi kan aldri love at en prosedyre ikke vil kunne oppleves vondt, for pasienter kan miste tillit til oss hvis de skulle komme til å oppleve det ubehagelig. Samtidig bør vi være forsiktige med å bekrefte at prosedyren vil gjøre vondt, da det vil kunne forsterke smerteopplevelse hos pasienter som ellers kanskje ikke hadde opplevd prosedyren som spesielt smertefull. Hvis vi klarer å kommunisere sannferdig, med nøytrale ord og samtidig skape en positiv forventning, kan vi bidra til smertelindring.

Veldig bra at du spør, for da vet jeg at det er viktig for deg å merke minst mulig. Da skal vi legge en god plan for det så du kjenner deg trygg.

Kunnskap om forventningseffekt gjør at vi kan optimalisere effekten av de terapeutiske intervensjonene og medikamentene vi tilbyr, gjennom god klinisk kommunikasjon. Et eksempel er i prosedyresituasjoner med barn, der vi ofte benytter bedøvelsesplaster. Plasteret har en smertelindrende effekt i seg selv, men vi kan forsterke effekten dersom vi legger på en positiv forventning.

Dette trylleplasteret er helt spesielt. Det beskytter kroppen din akkurat så mye som du trenger det. Nå skal du få kjenne hvordan det passer på huden din.

Vi kan oppnå samme effekt ved administrering av beroligende medikamenter:

Nå ser jeg at kroppen din er rolig, og at du har det bra. Og nå kan du få noe som hjelper kroppen til å slappe enda mer av. Du gjør en skikkelig god jobb med å la det virke akkurat som det skal.



Vi kan aldri love at en prosedyre ikke vil kunne oppleves vondt





ET GODT STED i fantasien hjelper mot smerte

Vi kan også bidra til å gi fornemmelser en positiv mening, for eksempel etter operasjon, eller vi kan øke pasientens behandlingsoptimisme i terapi:

Det du kjenner nå, er at kroppen jobber med å reparere seg, det er flott, kroppen virker akkurat slik den skal.

Det du beskriver, kjenner jeg godt til, det er flere som opplever dette, og jeg er sikker på at vi vil kunne finne frem til løsninger som vil hjelpe deg.

Å HJELPE BARN TIL ET GODT STED

En viktig jobb i møte med barn og unge på sykehus er å hjelpe dem med å finne mestringsstrategier som kan bidra til å redusere redsel og opplevd smerte. Helsepersonell kan enkelt gi pasienter erfaringer med hvordan de kan benytte forestillingsevnen sin og gode suggestjoner for å endre hvordan de har det i kroppen, dempe aktivering, få en pause fra smerte og kjenne på glede.

Jeg ser at det ikke er her du helst vil være. Jeg lurer på hvor du heller ville vært? Hva gjør du der? Hvordan er det der? Er det noen lukter, lyder, farger? Hva mer vil du ha der? Yndlingsmat? Drikke? Nå ser jeg at du har det bra – stemmer det? Er ikke det fint? At du får det bra i kroppen bare ved å være på et godt sted i fantasien? Dette er nesten som en superkraft du har som du kan bruke når du trenger det.

Å indusere et trygt eller godt sted har vist seg å kunne bidra til stabilisering, selvregulering og ressursinstallering blant annet i traumebehandling (Diseth & Christie, 2005; Berge, 2018; Shapiro, 2001. Mange barn og unge blir overrasket over hvor lett de kan endre egen aktivering og sinnstilstand ved hjelp av egen forestillingsevne. Ved å bevisstgjøre dem på denne ressursen får de et verktøy de kan benytte i ulike situasjoner. På denne måten får barnet en opplevelse av å bli sett og møtt, som bidrar til å bygge terapeutisk allianse. Behandlere kan forsterke effekten ved å bli med inn i barnets opplevelse av å være på et godt sted i fantasien, hjelpe barnet til å være mer og mer til stede i opplevelsen gjennom å være nysgjerrig og å skape en boble av fokusert oppmerksomhet rundt behandler og barnet. Enkelte vil også motiveres til å oppsøke flere gode aktiviteter og steder som hjelper dem til å slappe mer av og føle seg vel (Lindheim, 2024).

Intervensjoner som å etablere et godt indre sted kan også benyttes som avledning eller refokusering ved langvarig smerte, akutt smerte eller smertefulle prosedyresituasjoner.

Huden skal jo passe på kroppen. Og det går signaler fra huden og til hjernen som forteller at alt er ok. Men akkurat nå vil vi jo at huden ikke skal snakke så mye med hjernen, og da kan vi lure hjernen litt. Nå må jeg hviske så hjernen ikke hører det; for hvis du bruker superkraften din og spiller fotball i fantasien og samtidig får et godteri og mamma klemmer i den andre hånden, så bruker du så mye plass på å smake og å se og å kjenne og å høre – at det nesten ikke er noe plass igjen til å merke så nøye det som skjer i huden din. Lurt? Og da kan du trygt legge igjen armen din her, vi passer godt på den, og heller spille fotball

Å FINNE BARNETS SUPERKREFTER

På samme måte som barn og unge kan erfare at de ved å bruke fantasien kan endre hvordan de har det i kroppen, kan de gjennom å benytte forestillingsevnen få ulike deler av kroppen til å snakke bedre sammen. De kan påvirke trafikken mellom ulike kroppsdelene og organer, øve på utfordringer eller utforske hva som skjer dersom de gir en følelse en form eller farge. Bakgrunnen for disse intervensjonene er kunnskap om at psykologiske faktorer kan være med på å regulere nervetrafikk, og at transetilstanden kan fasilitere dette arbeidet. Barnet kan se for seg en dimmer i hjernen som demper smertesignalene akkurat så mye som barnet trenger det for å få en god pause. Eller barnet kan forestille seg en magisk hanske som trekkes over armen, og som beskytter kroppen akkurat så mye som barnet trenger i en prosedyresituasjon.

Ved redsel og fobier kan barn og ungdom veksle mellom å være på et godt sted i fantasien og å utforske det som oppleves farlig. Ettersom alt er mulig i fantasien, kan behandler introdusere fjernkontroller, endre farger til sort-hvitt eller manipulere på størrelser slik at det farlige blir håndterbart og pasienten kan tåle å gradvis eksponeres for dette. Videre kan pasienten for eksempel øve på «den perfekte blodprøven» i fantasien.

Og nå når du har det bra og er på ditt gode sted, kan du se for deg at du går inn på legekantoret, og at du kjenner deg rolig og klar ...

Barnet eller ungdommen kan få anledning til å forestille seg en fremtid der utfordringen er overvunnet.

Hvis du nå ser for deg at du er atten år og sitter på en benk i parken med en kaffe, kan du tenke tilbake på da du var barn, og bli rørt og stolt over alt du har fått til ...

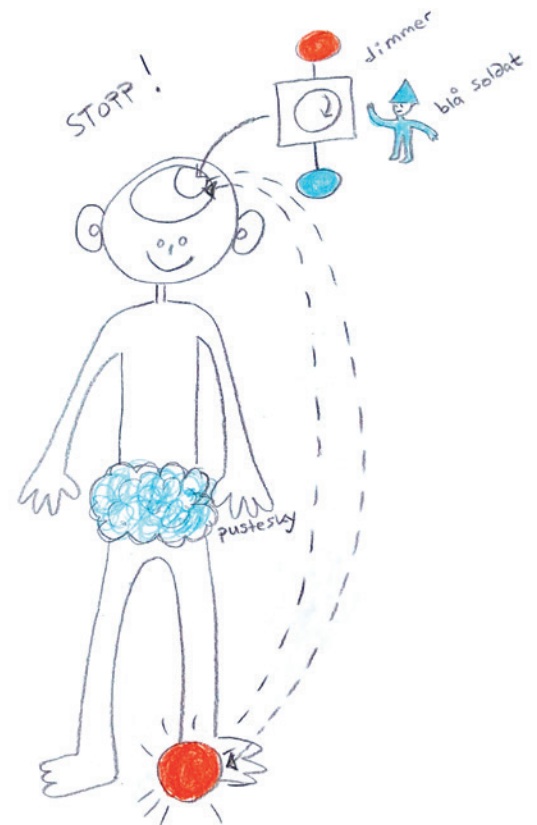
En annen innfallsvinkel er å reise tilbake i barndommen.

Hvis du skulle gi noe til deg selv som du hadde trengt da, hva ville du sagt til den lille jenta?

Slikt arbeid i fantasien kan gi barnet et økt handlingsrom og en opplevelse av kontroll i behandlingssituasjoner og gjennom sykehusprosedyrer.

AVSLUTNING

Kunnskap om hypnose og betydningen av god klinisk kommunikasjon gir oss verktøy i møte med barn og unge på sykehus. Å bidra til et godt møte der vi kommuniserer behandlingsoptimisme, tro på pasientens evne til å hjelpe seg selv samt reformulerer opplevd nederlagsfølelse til mestringsforsøk, er av stor betydning. Ved å være bevisst potensialet i transetilstander, gode og dårlige suggesjoner og forventningseffekter kan vi optimalisere behandlingen og våre terapeutiske intervensjoner. Videre kan vi tilby teknikker som kan bidra til at barn og unge opplever økt handlingsrom og større grad av kontroll over smerte og redsel i forbindelse med sykdom, skade og krevende prosedyresituasjoner. ✕



FORESTILLINGER kan fasilitere regulering av nervetrafikk

REFERANSER

- Berge, A. (2018). Revisiting the safe place: Method and Regulatory Aspects in Psychotherapy when Easing Allostatic Overload in Traumatized Patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 66, 1–44. <https://doi.org/10.1080/00207144.2018.1421356>
- Chamine, I., Atchley, R. & Oken, B.S. (2018). Hypnosis intervention effects on sleep outcomes: A systematic review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14, 271–83. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6952>
- Diseth, T.H. & Christie, H.J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents – an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 278–292. <https://doi.org/10.1080/08039480500213683>
- Diseth, T.H. (2006). Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and Psychopathology*, 18(1), 233–251. <https://doi.org/10.1017/s0954579406060135>
- Gjems, S. & Diseth, T.H. (2011). Forebygging og behandling av psykologiske traumer hos somatisk syke barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 857–862. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/09/forebygging-og-behandling-av-psykologiske-traumer-hos-somatisk-syke-barn>
- Helgeland, H., Lindheim, M.Ø., Diseth, T.H. & Brodal, P.A. (2021). Clinical hypnosis – a revitalisation of the art of medicine. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 141. <https://doi.org/10.4045/tidskr.21.0098>
- Huynh, M.E., Vandvik, I.H. & Diseth, T.H. (2008). Hypnotherapy in child psychiatry – the state of the art. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 377–393. <https://doi.org/10.1177/1359104508090601>
- Jensen, M.P., Adachi, T., Tomé-Pires, C., Lee, J., Osman, Z.J. & Miró, J. (2015). Mechanisms of hypnosis: toward the development of a biopsychosocial model. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63, 34–75. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.961875>
- Kleiber, C., Suwanraj, M., Dolan, L.A., Berg, M. & Kleese, A. (2007). Pain- Sensitive Temperament and Post- Operative Pain. *Journal of Specialists in Pediatrics Nursing*, 12(3), 149–158. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2007.00108.x>
- Kohen, D. & Olness, K. (2001). *Hypnosis and hypnotherapy with children*. Routledge.
- Lewis, I., Bruke, C., Voepel-Lewis, T. & Tait, A.R. (2014). Children who refuse anaesthesia; *Paediatric Anaesthesia*, 17(12), 1134–1142. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2007.02331.x>
- Linden, J.H. (2020). Relationship factors in the theatre of the imagination: Hypnosis with children and adolescents. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 62, 60–73. <https://doi.org/10.1080/00029157.2019.1568961>
- Lindheim, M.Ø. & Helgeland, H. (2017). Hypnosis Training and Education: Experiences with a Norwegian One – Year Education Course in Clinical Hypnosis for Children and Adolescents. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 59(3), 282–291. <https://doi.org/10.1080/00029157.2016.1230728>
- Lindheim, M. (2024). *Actual Favorite Places*. I J.H. Linden, G.D. Benedettis, L.I. Sugarman & K. Varga (Red.), *The Routledge International Handbook of Clinical Hypnosis* (1. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003449126-81>
- Noel, M., McMurtry, C.M., Chambers, C.T. & McGrath, P.J. (2010). Children’s memory for painful procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *Journal of Pediatrics Psychology*, 35(6), 626–636. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp096>
- Palsson, O.S. (2015). Hypnosis treatment of gastrointestinal disorders: A comprehensive review of the empirical evidence. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58, 134–158. <https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1039114>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2. utg.). The Guilford Press.
- Shih, M., Yang, Y.H. & Koo, M. (2009). A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: a brief communication. *International Journal of Clinical Experimental Hypnosis*, 57, 431–42. <https://doi.org/10.1080/00207140903099039>
- Stubert, M.L., Shemesh, E. & Saxe, G.N. (2003). Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illness. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 195–209. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(02\)00100-1](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(02)00100-1)
- Sugarman, L.I. & Wester, C.W. (2014). *Therapeutic hypnosis with children and adolescents*. Crown house Publishing.
- Svendsen, E.J., Moen, A., Pedersen, R. & Bjork, I.T. (2015). Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study. *BMC Pediatrics*, 15, 190. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0508-3>
- Thompson, T., Terhune, D.B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., Veronese, N. & Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neurosci Biobehav Rev*, 99, 298–310. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.013>
- Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J. & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 842–54. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn031>
- von Baeyer, C.L., Marche, T.A., Rocha, E.M. & Salmon, K. (2004). Children’s memory for pain: overview and implications for practice. *The Journal of Pain*, 5(5), 241–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.05.001>
- Wren, A.A., Ross, A.C., D’Souza, G., Almgren, C., Feinstein, A., Marshall, A. & Golinou, B. (2019). Multidisciplinary pain management for pediatric patients with acute and chronic pain: A foundational treatment approach when prescribing opioids. *Children (Basel)*, 6(2), 33. <https://doi.org/10.3390/children6020033>


 FOTO: THOMAS BRUN / NTB


Julehilsen fra sjefredaktøren

TEKST Katharine Cecilia Williams

Redaktørens arbeid har mange paralleller til terapeutens. I likhet med terapeuten må redaktøren holde fokus fremover og skape kosmos av kaos gjennom tidvis krevende prosesser. De har også til felles at arbeidet de utfører, er lite håndfast og konkret. Innsatsen som kreves for å komme i havn, enten det er snakk om psykologisk bedring eller en trykt artikkel, er usynlig.

PROSAISK, MEN VIKTIG

Gjennom året som nå er på hell, har redaksjonen nedlagt en stor arbeidsinnsats for å gjøre fagtidsskriftet rustet for fremtiden. Arbeidet har ikke vært merkbart for andre enn oss i redaksjonen. Digitalisering er stikkordet, og antakelig er ikke alle timene som er nedlagt i å tagge de tusenvis av artikler i arkivet for å få bedre søkefunksjon, særlig spennende lesning. Ei heller at vi har fått ordnet det slik at CC BY-lisenser nå blir mulig å lese maskinelt. Eller at artikler heretter vil komme i PDF-, HTML- og XML-format. Psykologtidsskriftets artikler får nå antall siteringer registrert. Oppsettet for byline vil være slik at det blir mulig for biblioteker å høste artiklene til sine arkiv. Stoffet som blir publisert, får tilført tydelige referanseopplysninger i artiklenes metadata. Tidligere har studenter som har henvist til artikler fra Psykologtidsskriftet, fått dispensasjon fra å bruke APA-standard i referanselistene, fordi det har vært så vanskelig å finne de nøyaktige opplysningene. ScholarOne manuskriptsentralen er allerede blitt tatt i bruk for vitenskapelige artikler, og redaksjonen vil gradvis gå over til å bruke denne plattformen til manusoppfølging også for andre sjangere. I tillegg til å frigjøre redaksjonelle ressurser hjelper manuskriptsentralen oss å ivareta alle kravene som stilles i Vancouver-gruppens retningslinjer. Fordi ingen artikkel er lik, er dette prosedyrer som ikke er mulig å gjøre manuelt. Jeg skal ikke gå inn på alle detaljene i arbeidet som er gjort for å oppgradere vår redaksjonelle produksjonsflyt, siden det ville innebære en lang og gledefattig tekst. Dette skulle jo være en julehilsen.

GLEDELIGE NYHETER

Men det er med glede og entusiasme jeg kan meddele at fra januar 2025 vil du merke at Psykologtidsskriftet er blitt annerledes. Vi går fra å publisere månedlig på papir først til fortløpende publiseringer på nett. I dagens medieverden og for den typen utgivelse vi er, vil det å holde tilbake artikler i en eller flere måneder ikke være bærekraftig i lengden. I forbindelse med denne endringen vil vi i større grad kuratere de månedlige papirutgavene.

Målet er å gi leserne våre jevnlig tilgang på nytt stoff på nett, samtidig som papirutgavene skal ha et innhold som favner bredest mulig for en profesjon som har blitt svært heterogen. Med ny teknisk infrastruktur, ny redaksjonell produksjonsflyt og nye nettsider ble det nødvendig med en ny papirutgave. Desember 2024 er derfor siste gangen Psykologtidsskriftet kommer ut i nåværende grafisk design. Fra nyttår får papirutgaven ny drakt. Psykologtidsskriftet får et grafisk uttrykk og en funksjonalitet som samsvarer med vår redaksjonelle strategi, som kort oppsummert handler om at vi skal publisere psykologfaglig kunnskap og være en arena for psykologers kunnskapsdeling. For å sitere det daværende redaktør for Tidsskrift for Norsk psykologforening Ellen Hartmann uttrykte i 1973, skal psykologenes fagtidsskrift være «... et middel mot faglig isolasjon». Mye har endret seg siden den gang, men kjernen forblir den samme.

EN SJELDEN DIAMANT

At Psykologtidsskriftet har blitt transformert gjennom årenes løp, vises blant annet ved at vi har blitt open access. Du trenger ikke lenger å logge deg inn på våre nettsider, alt innhold ligger fritt og åpent tilgjengelig. Psykologtidsskriftet er en diamant open access-utgiver, som innebærer at vi hverken tar betalt for publisering eller lesing. Med den tekniske infrastrukturen vi nå får på plass, ved at det er mulig å publisere vitenskapelige artikler på både engelsk og norsk, og ved at vi har en profesjonell redaktørstab, tilhører Psykologtidsskriftet en 2 %-gruppe innen diamant open access-publisering på verdensbasis. Mitt håp er at flere i vårt norske fagmiljø skal gjøre seg kjent med de muligheter som ligger i at fagfeltet har et slikt eget tidsskrift.

Men Psykologtidsskriftet skal være mer enn vitenskapelig publisering. Jeg håper 2025 blir et år hvor vi får høre fra nye psykologstemmer, både i debattspaltene så vel som i våre faglige tekstsjangere. Hos oss skal terskelen være lav for å dele fag og rolleutfordringer.

I året som kommer, vil vi også fokusere på å utvikle journalistikken. Føl deg velkommen til å sende oss tips om saker du mener vi bør dekke. Aldri har psykologprofesjonen stått overfor større omveltninger enn det den gjør nå, og vi trenger å trekke tanker, prosesser og utfordringer som angår feltet, frem i lyset.

Men før vi gir oss i kast med et helt nytt år, er tiden nå inne for kos og konsolidering. Jeg ønsker alle våre lesere, forfattere, redaksjonsrådet, fagfeller og våre eiere en riktig fin og fredfull juletid. ❌

Meninger

DEBATT

Ville veier om veiledning

Overgrepssutsatte barn blir ikke alltid trodd av retten. Det må ikke bli enda vanskeligere for dem å bli hørt.



TEKST Thea Totland



FOTO: PRIVAT

KONTAKT thea@barneadvokatene.no

MERKNAD

Totland og van der Weele har møtt hverandre i flere saker som henholdsvis advokat og sakkyndig.

I **PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS** oktoberutgave beskriver Judith van der Weele (2024) farene ved manglende analysekompetanse. Som barneadvokat i foreldretvister mener jeg hun er i ferd med å bringe de vanskelige barnelovsakene over i feil spor.

Slik jeg tolker van der Weele, er hun kritisk til de mange hjelperne foreldre og andre kan kontakte ved bekymring for om et barn er utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Hun mener «det gis villedende veiledning forankret i hypotesebekreftende antakelser og svake faglige analyser» og retter kritikken mot en rekke solide fagmiljø. Det er neppe bare psykologer som kan ha greie på vold og seksuelle overgrep, og som innehar kompetanse til å foreta «komplekse og helhetlige analyser». Jeg tror vi må legge til grunn at mennesker som jobber med volds- og overgrepssutsatte, ikke gir villedende veiledning, og at bekymrede voksne evner å skille mellom hva overgrep er og ikke er.

BARN SOM IKKE BLIR TRODD

Barneadvokatene gjennomførte i år (2024) en undersøkelse av lagmannsrettens avgjørelser de siste fem årene i barnelovsaker der

det også var mistanke om seksuelle overgrep. Lagmannsrettene mente det ikke var risiko for overgrep i 80 % av sakene, og at barnet dermed kunne bo hos eller ha samvær med den som var mistenkt. Blant de 20 % der retten fant at det var risiko, fantes flere saker der forelderen allerede var dømt eller tiltalt for seksuelle overgrep mot barn. Funnene viser at det er høy terskel for sakkyndige og dommere å tro på at barn er utsatt for overgrep.

Men det er grunn til å tro dem. I Norge estimeres det at 5 % av barnebefolkningen er utsatt for gjentatte og vedvarende overgrep (Briere & Elliot, 2003). Estimater er konservativt, men tilsvarer hele 1–2 barn i hver skoleklasse. Det burde ikke forundre noen at en del av disse barna finnes blant foreldretvistene som havner i retten. Likevel klarer ikke sakkyndige og retten å ta overgrep mot barn ordentlig innover seg. Far (det er en betydelig større andel fedre enn mødre som forgriper seg på barn) fremstår ordentlig og empatisk og har høy utdanning. Han har ikke en såkalt «overgriperprofil», og hvem kan vel tro at en fysioterapeut, lege eller prest kan misbruke barn?

RETTENS HYPOTESE

Mor blir heller ikke trodd. Det brukes ofte mot henne at hun har politianmeldt far, og dermed opptrådt konflikteskalerende. Om hun ikke har anmeldt, tolkes det derimot som at hun ikke egentlig har trodd overgrep har forekommet. Anmeldelsene blir nesten alltid henlagt på bevisets stilling, og ofte forstår ikke den sakkyndige hva det innebærer. Når saken siden kommer opp som sivilsak i retten, er det barnet som blir skadelidende.

Van der Weele skriver at det bør være stuerent å drøfte muligheten for hvorvidt manipulering kan ha forekommet i denne typen saker. Min erfaring er at det allerede er så stuerent at det ofte er denne hypotesen den sakkyndige og retten fester lit til. Selv om falske anklager mot den andre forelderen forekommer, gjelder dette et mindretall av sakene. Ikke 80 prosent.

Jeg har over år representert mange mødre som har vært bekymret for barna sine når de er hos far. Mødrene er tynget av skam, skyldfølelse og smerte. Store advokatutgifter har lagt deres økonomi i ruiner, men det er småtterier mot frykten de har for at retten skal flytte barnet til overgriperen. Det skjer nemlig hele tiden.

BARNETS RETTSVERN

Det har vært stor politisk vilje til å sikre bedre beskyttelse av barn de siste 20 årene, noe som har ført til flere lovendringer og veiledere. Når retten vurderer om det er sannsynlig at barnet har blitt eller blir utsatt for vold/overgrep, er beviskravet lavere enn i straffesaker.

Jeg blir bekymret når van der Weele bringer inn politietterforskning som et forbilde for godt arbeid. Politiet har en helt annen rolle enn

sakkyndige i en barnelovsak. De skal «bevise utover enhver rimelig tvil» at noe straffbart har skjedd. Et sakkyndigarbeid med tilsvarende mål vil være ekstremt positivt fra et foreldresentrisk perspektiv, men i strid med Grunnloven, barneloven, Barnekonvensjonen og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen og flere høyesterettsavgjørelser som sier at barn ikke skal utsettes for risiko for vold og overgrep.

Politiarbeid kan også være slett. I en sak jeg kjenner godt til, ble barneverntjenesten utsatt for påvirkning fra fars familie for å fjerne mistanke om seksuelle overgrep. Familien lyktes, og barnevernet landet på at far ikke hadde forgrepet seg på barnet, til tross for barnets fortellinger om overgrep, detaljkunnskap om erigerte penis og kroppslige reaksjoner på å snakke om og tenke på overgrepene. Politiet henla anmeldelsen under henvisning til barnevernets arbeid og forholdt seg ikke til oppdaterte etterforskningsmetoder eller strukturerte undersøkelser, som van der Weele skriver så varmt om.

EN GÅTE

Barn som er utsatt for overgrep, bruker i snitt 17 år på å fortelle om det (Steine et al., 2016). Når disse barna ender i retten i samværs- og bostedssaker, er sakkyndige og retten gode på å finne alternative forklaringer på hva barnet opplever. For meg er det en gåte at den mest nærliggende forklaringen, nemlig det barnet selv formidler, så ofte blir sett bort fra.

Men hvis målet er å sikre barn og familiene deres hjelp, bør vi da oppfordre hjelpere og sakkyndige til å lete etter enda flere grunner til ikke å tro dem? ✕



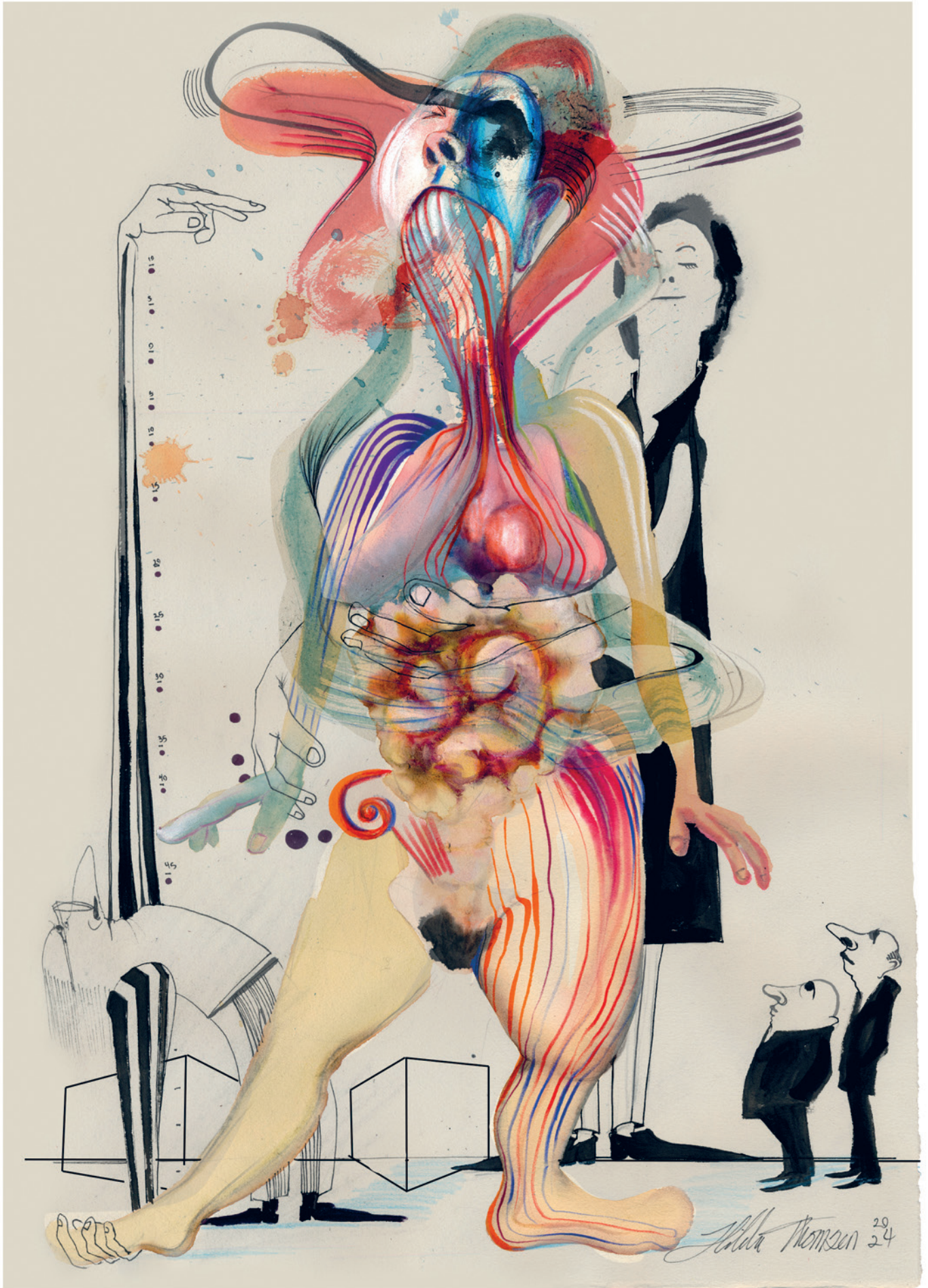
...bekymrede voksne evner å skille mellom hva overgrep er og ikke er

REFERANSER

Briere, J. & Elliot, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205–1222. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>

Steine, I.M., Winje, D., Nordhus, I.H., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J. & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep: Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(11), 889–899. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/11/langvarig-taushet-om-seksuelle-overgrep>

van der Weele, J. (2024). Villedende veiledning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 61(10), 704–708. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/09/villedende-veiledning>



Veien videre for spesialiseringen i klinisk helsepsykologi

Utdanningen trenger videreutvikling, og psykiske helseteam må lovfestes i somatiske sykehus.

I MAI 2024 fullførte historiens første kull det obligatoriske programmet i Psykologforeningens spesialistutdanning i klinisk helsepsykologi. Som kursdeltaker hadde jeg stor glede av å nyte fruktene av det langvarige, viktige og fremtidsrettede arbeidet som er lagt ned for at utdanningsprogrammet skulle bli en realitet. Mange pasienter kommer utvilsomt til å få bedre kvalitet i sin totale helsehjelp som følge av denne spesialiseringen.

Gjennom kursrekken får deltakerne innføring i somatiske tilstander, psykiske reaksjoner og hvordan anvendelsen av psykologiske verktøy kan hjelpe pasienter med å oppnå størst mulig helsebedring og livskvalitet. Kreft-, smerte-, diabetes-, fordøyelses- og bekkenbunnstilstander er bare noen av sykdommene og tilstandene det kan være svært krevende å leve med. I tillegg skjer det at pasienter får posttraumatisk stresslidelse (PTSD) etter sykehusinnleggelse, og sykehuspåført medikamentavhengighet er dessverre ikke uvanlig. Det er også ganske vanlig å utvikle angst- og depresjonsymptomer som følge av alvorlige sykdommer som hjerte- og lungesykdommer, risiko for å miste synet eller dialysebehandling flere ganger i uka. Tilstandene rammer ikke bare pasienten selv, men også i mange tilfeller personens familie og nettverk.

Viktigheten av at psykologer arbeider i somatikken, er etter mitt syn åpenbar, og spesialistutdanningen er helt sentral for å sikre den kompetansen og faglige utviklingen feltet har behov for. Psykologforeningen vil dermed ha fortsatt viktige oppgaver foran seg for å videreutvikle spesialiseringen, og jeg mener det også

er nødvendig å jobbe for lovfestede psykiske helseteam i somatisk spesialisthelsetjeneste.

PSYKISKE HELSETEAM I SOMATIKKEN

Diakonhjemmet sykehus har etablert Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har vi i 2023–2024 hatt et vellykket prosjekt som ligger tett opptil modellen fra Diakonhjemmet, og som nå blir en enhet i UNN. Enheten gir poliklinisk tilbud til pasienter som trenger hjelp til å mestre sykdom, eller som har somatisk sykdom og får psykiske reaksjoner, den bidrar til en akutt-tjeneste for inneliggende pasienter, og kunnskapsdeling om psykisk helse og avhengighet med somatisk helsepersonell er en tredje viktig oppgave. Ut fra erfaringene fra UNN bør det gis tydelige helsepolitiske føringer om at alle somatiske sykehus skal ha tilsvarende team.

Det er mange gode grunner til hvorfor psykiske helseteam må etableres i somatisk spesialisthelsetjeneste (Berge & Lang, 2011). Foruten nasjonale føringer om bedre integrering av psykisk og somatisk helse har liggetiden på somatiske sykehus, på samme måte som i psykisk helsevern, over flere år gått ned. Nyere norsk forskning viser at det er 2,4 ganger høyere risiko for selvmord blant pasienter som har vært akuttinnlagt i somatisk sykehus, enn gruppen uten sykehusinnleggelse (Eriksen, 2024). Det kan være svært krevende for pasienter å bli utskrevet til hjemmet uten særlige tiltak. Det kan være ganske så brutalt for unge mennesker å få alvorlig somatisk sykdom som sin første livskrise. Det handler på mange vis



TEKST

Else-Marie Molund



FOTO: PRIVAT

KONTAKT else-marie.molund@psykologene.no

MERKNAD Molund har vært prosjektleder for Psykisk helse i somatikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Hun er ansatt som enhetsleder i Psykisk helse i somatikk ved UNN fra 01.02.25.

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen





Det handler på mange vis om liv og død

om liv og død. Det er større risiko for og forekomst av psykiske lidelser hos mennesker med (alvorlige) kroniske sykdommer, men psykologiske metoder kan hjelpe mange. Da må den psykiske helsehjelpen være tilgjengelig.

KOMPETANSEN MÅ PÅ Plass

For å reelt integrere somatisk og psykisk helse må det være personell med kompetanse på psykisk helse til stede i somatisk sykehus daglig. De må jobbe med direkte pasientarbeid, men også indirekte gjennom å øke og vedlikeholde somatisk helsepersonells kunnskap og kompetanse om psykisk uhelse og rusavhengighetstilstander. Videre kan de løfte frem betydningen av kommunikasjon i helsehjelp, hvordan pasienter kan hjelpes til atferdsendringer slik at de etterlever somatisk helsehjelp, samt gi støtte og veiledning til somatisk helsepersonell som kan oppleve svært utfordrende og vanskelige pasientmøter.

Mange sykehus virker å basere seg på at relevant personell kan hentes fra psykisk helsevern (PHV) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), slik at disse kan vurdere og/eller gi helsehjelp til pasienter med somatiske sykdommer. Slik jeg ser det, undervurderer sykehusene da ikke bare den faglige kunnskapen og kompetansen som trengs for å gi tilfredsstillende hjelp til pasientene, men også betydningen av mengdetrening og kjennskap til hvordan somatikken er organisert lokalt. Selv om arbeidsmetodene psykologer bruker i ulike deler av helsetjenestene, er til dels overlappende, ville det til sammenligning ikke ha vært generalistleger i sykehus. Det er gode grunner til at leger spesialiserte seg innen ulike medisinske og kirurgiske fagfelt. Jeg mener det er viktig med tilsvarende tilrettelegging for og satsing på psykologers spisskompetanse.

STYRKING AV SPESIALISTUTDANNINGEN

Ut fra mine erfaringer fra både psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste har jeg noen betraktninger om hvordan spesialiseringen i klinisk helsepsykologi kan forbedres.

Per i dag er ikke klinisk helsepsykologi et stort nok fagfelt til at spesialistutdanningen kan skille mellom barn/unge og voksne/eldre. Det er likevel gode faglige grunner for at det er nødvendig å gå tilstrekkelig i dybden på de ulike aldersgruppene. Ettersom et slikt skille trolig ikke er gjennomførbart, i alle fall ikke nå, bør Psykologforeningen vurdere å utvide antall

kursdager slik at deltakerne over et par kursamlinger får mulighet til å fordype seg i enten barn/unge eller voksne/eldre.

Det er også behov for mer grunnkunnskap om somatisk helse i flere kliniske psykologifag enn helsepsykologi. Når psykologer jobber med psykiske reaksjoner knyttet til somatiske sykdommer, trenger de å forstå sykdommens mekanismer og natur for å forstå hvordan den innvirker på akkurat denne pasienten, og slik kunne tilpasse psykisk helsehjelp best mulig. Kursene klarer etter mitt syn ikke å gi god nok innføring i dette i dag. Når vi vet at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og mennesker med utviklingshemming har kortere gjennomsnittlig levealder på opptil 20 år, er det åpenbart at psykisk helsepersonell som jobber i PHV og TSB, ikke klarer å ivareta tematikk knyttet til somatisk helse på en god nok måte. Psykologer skal ikke være somatisk helsepersonell, likevel er det viktig at vi har grunnleggende kunnskap. En løsning er at Psykologforeningen, gjerne i samarbeid med Legeforeningen, produserer materiell som gir grunnleggende innføring i viktige somatiske problemstillinger som kan brukes i flere spesialiseringsprogram.

TETTERE PÅ LEGENE

Det er per i dag kun én spesialisering hvor psykologer kan få veiledning av lege eller sammen med lege. Det er for meg åpenbart at det også i spesialiseringen i helsepsykologi må være rom for noe veiledning fra legespesialister. Legespesialister med kompetanse på funksjonelle/psykosomatiske tilstander, kompetanse på mennesker med kjønnsinkongruens som ønsker kjønnskifte, og psykiatere har absolutt relevant kompetanse.

Kliniske helsepsykologer må i betydelig større grad enn det legges opp til i kursene i dag, være i stand til å gjøre psykisk akuttarbeid på somatisk sykehus. Dette er en del av arbeidsoppgavene til teamet jeg jobber i ved UNN. Vi bistår i å vurdere pasienter som kommer til sykehuset med alvorlig villet egenskade, intoksikasjoner, selvmordsforsøk, som får delirium under innleggelser, og som får alvorlige psykiske krisereaksjoner på somatisk sykdom. Dette er arbeidsoppgaver en del psykologer dessverre vegrer seg for å gjøre, men som det i en sykehushverdag er tydelig at det trengs kompetanse på. Det er ingen tvil om at vi psykologer har kompetanse som både er nyttig og

nødvendig, og at vi kan gjøre gode og viktige intervensjoner.

VIKTIG NYBROTTSARBEID

I det offentlige ordskiftet og blant fagmiljø innenfor somatikk så vel som psykisk helse og avhengighet uttales det jevnlig at vi må passe oss for å sykeliggjøre normale livsprosesser, og unngå overbehandling av mennesker som ikke trenger profesjonell hjelp. Mange er enige i budskapet, og klinisk helsepsykologi er trolig et fagfelt som kan komme til å måtte forsvare seg mot slike advarsler ofte. Grenseoppgangen mellom forebygging og sykeliggjøring kan være hårfin. Men det er likevel et faktum at risikoen for å utvikle psykiske lidelser øker som følge av somatiske sykdommer. Som psykologer trenger vi mer kunnskap for å vite hvem vi skal prioritere i denne pasientpopulasjonen. Psykologforeningen bør være svært tett på dersom det besluttes å utvikle en prioriteringsveileder for fagfeltet.

For å lykkes med å integrere klinisk helsepsykologi i somatiske sykehus må det obligatoriske programmet i større grad ha systemfor-

ståelse og kompetanse på kvalitetsforbedring som opplæringsmål, slik at psykologer bruker sin unike kompetanse på endringsarbeid og -prosesser på individ-, gruppe- og systemnivå, også i somatikken. Vi har sett blant allmenn- og kommunepsykologer hvor viktig denne kompetansen er. Også klinisk helsepsykologi er nybrottsarbeid der kompetansen trengs, og kompetansen vil fortsette å være nødvendig etter at helsepsykologi er blitt en selvfølge i somatisk spesialisthelsetjeneste.

FREMTIDENS HELSEPSYKOLOGER

Alle som har jobbet frem, og alle som fortsatt jobber for å utvikle klinisk helsepsykologi i en norsk kontekst, fortjener en stor takk og mange gratulasjoner.

Som kjent gjorde Psykologforeningen et svært viktig arbeid for å etablere kommune-psykologordningen. Kommunene er i dag lovpålagt å ha knyttet til seg psykolog. Neste prosjekt må være å videreutvikle spesialiseringen i klinisk helsepsykologi og få etablert lovfestede psykiske helseteam i somatiske sykehus. ✕

REFERANSER

Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(4), 322–331. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/04/manifest-klinisk-helsepsykologi-i-norge>

Diakonhjemmet sykehus (u.å.). Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken. *Diakonhjemmet sykehus*. <https://www.diaconhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/voksenpsykiatrisk-avdeling-vinderen/enhet-for-psykiske-helsetjenester-i-somatikken/>

Eriksen, K.F. (2024, 31. oktober). Ny studie: Økt selvmordsrisiko etter sykehusopphold. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/ntnu-regforsk-selv-mord/ny-studie-okt-selv-mordsrisiko-etter-sykehusopphold/656843>

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.

BOOK

Selvhjelp for langvarige helseplager

Selvhjelpsbok om langvarige helseplager byr på anvendelig realitetsorientering for både pasienter og behandlere.

BOOK *Syk eller frisk? Hvordan du kan føle deg frisk, selv om du er kronisk syk*



FORFATTER

Ane Wilhelmsen-Langeland

ÅR 2023

FORLAG Gyldendal

SIDER 155

ANMELDT AV

Trine Helen Hunhammer, Poliklinikk for langvarig smerte, Haukeland universitetssykehus

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

MÅLGRUPPEN FOR *Syk eller frisk?* er mennesker med langvarige sykdommer og helseplager. Som klinisk helsepsykolog arbeider jeg selv med denne pasientgruppen, og bidrar i tverrfaglig utredning og psykologisk behandling av mennesker med langvarig smerte. Boken belyser på en oversiktlig måte mange av de ulike prosessene som inngår i psykologisk behandling og mestring av langvarig smerte.

Boken er oversiktlig oppbygd i to hoveddeler. Først presenteres den generelle psykologien ved kronisk sykdom. Dette er inndelt i vanlige tanker og følelser knyttet til plager og funksjonstap, innspill til adferdsendring knyttet til endret helsesituasjon, kommunikasjon rundt helseplagene i familien og arbeidsliv samt betydningen av søvn- og døgnrytme. Gjennomgående i presentasjonen av disse temaene er en underliggende normalpsykologisk forståelse av reaksjoner på belastninger, og dette fungerer både validerende og åpner for tro på at endring er mulig.

KROPP OG SINN I SEPARATE HUS

Andre del av boken omhandler spesifikke psykologiske utfordringer ved ulike kroniske sykdommer. Jeg har lyst til å løfte frem siste kapittel – å være pasient i møte med helsevesenet – som særlig nyttig, både for målgruppen og behandlere som møter pasienter med langvarig sykdom. Forfatteren presenterer presist og gjenkjennelig

et dualistisk orientert helsevesen, der somatikk og psykiatri både bokstavelig og i overført betydning holder til i separate hus, med sparsom og tilfeldig kommunikasjon seg imellom. Videre presenteres somatisk helsevesen, som preget av en ren biomedisinsk tilnærming til sykdom og plager. Nyttig til sitt bruk, men for pasientgrupper med sammensatte og komplekse plager – som de fleste helseplager blir når de har stått på en tid – har denne tilnærmingen begrenset nytte.

Fra et helsepsykologisk ståsted, som denne boken presenterer, er et biopsykososialt perspektiv på utredning og behandling av sammensatte helseplager den rådende forståelsesrammen. Innbakt i dette er pasientens kunnskap om seg selv og eget liv høyst relevant, og jeg liker godt hvordan forfatteren løfter frem og validerer pasienten som ekspert på eget liv, og oppmuntrer til å ta en aktiv rolle i egen behandlingsprosess. Jeg treffer ofte pasienter som er mestringsorientert og fremtidsrettet, men har fått høre at «dette må du bare leve med», men sjelden noe om hvordan. Jeg treffer også pasienter som fortsatt leter etter en spesifikk behandling av sitt sammensatte symptombylle, og vandrer fra spesialist til spesialist, deretter fra offentlige til private helsetjenester, i håp om og tro på at den endelige løsningen utelukkende finnes der ute et sted, utenfor dem selv. Jeg synes forfatteren presenterer en fin realitetsorientering for både pasienter og behandlere på disse siste sidene.

PSYKOLOGISERING AV SOMATISKE PLAGER

Delen om sykdomsspesifikke utfordringer knyttet til de hyppigst forekommende kroniske sykdommene i Norge gir en god og kortfattet forklaring på hva de ulike diagnosene kan innebære av symptomer. Jeg liker også godt hvordan forfatteren flere steder lettfattelig presenterer for leseren forskningsbasert kunnskap om sammenhengen mellom kropp og psyke. Noen pasienter med langvarige helseplager rapporterer om opplevd psykologisering i møte med det somatiske helsevesenet. Fra egen arbeidshverdag vet jeg at å komme frem til en felles forståelse om sammenheng mellom kropp og psyke er avgjørende for å komme i posisjon til å starte behandling. Bokens konkrete presentasjon av forskningsfunn og referanse til forskningslitteratur er nyttig informasjon for klinikere å kjenne til, som forberedelse til samtale rundt disse underliggende sammenhengene, som også kan gi håp om endring: Et eksempel er hvordan kroppslig sykdom som artrose, via inflammatoriske prosesser, kan produsere depressive symptomer. Disse fungerer som små doser motgift til erfaringer med å bli møtt med «det sitter i hodet», som mange pasienter med langvarige helseplager forteller om. Særlig for pasienter med diagnoser der en fortsatt mangler en fullstendig oversikt over årsaksmechanismene, som for eksempel ved fibromyalgi, vil det være nyttig med konkret informasjon om hva diagnosen kan innebære. Bokens korte fremstilling av ulike diagnoser gir også pasienten et redskap til å presentere sin tilstand på en måte andre kan forstå. Konkrete forslag til kommunikasjon rundt sykdom og diagnose blir for øvrig godt formidlet i kapittelet om sykdom i arbeidslivet og i familielivet.

Boken bindes jevnt over sammen med pasienthistorier, som på en variert måte belyser ulike diagnoser, helseplager og gjenkjennelige utfordringer knyttet til disse. For psykologer kan pasienthistoriene leses som eksempler på hvordan en kan arbeide klinisk med disse problemstillingene. Intervensjonene er hovedsakelig presentert i rammen av kognitiv psykologi og emosjonsfokuserede tilnærminger. Disse glimtene av kjente arbeidsmetoder i en helsepsykologisk kontekst kan være nyttige innblikk for psykologer som stort sett arbeider i psykisk helsevern, og kanskje har begrenset kjennskap til somatiske helseplager. Fra et pasientperspektiv synes jeg øvelsene i slutten av hvert kapittel om generell psykologi ved kronisk sykdom er relevante. Øvelsene er konkrete, og det poengteres at de nettopp er øvelser, altså ferdigheter som må trenes opp over tid før en kan forvente effekt. De korte faglige forklaringene er ryddige, og det er også henvisningene i fortløpende fotnoter til hvor en kan finne mer kunnskap om øvelsene. De ulike øvelsene inkluderer mindfulness, øvelser fra kognitiv terapi, emosjonsfokuserede øvelser samt øvelser med elementer fra motiverende intervju og aksept- og forpliktelsesterapi.

Oppsummert synes jeg forfatteren har lyktes i å skrive en konkret og pragmatisk selvhjelpsbok for mennesker med kroniske sykdommer, med en gjennomarbeidet psykoedukativ tilnærming til fagstoffet. Som klinisk helsepsykolog gjenkjenner jeg faglig forståelsesbakgrunn og egne behandlingstilnærminger i materialet. Boken anbefales både for pasienter med langvarig sykdom og deres behandlere. Den illustrerer hvordan grunnleggende psykologiske fagretninger og intervensjoner også har sin tydelige plass i behandling og mestring av kronisk somatisk sykdom og langvarige helseplager, og anbefales derfor særlig til psykologer med begrenset erfaring fra somatisk helsevesen og klinisk helsepsykologi.



Bokens konkrete presentasjon av forskningsfunn og referanse til forskningslitteratur er nyttig informasjon for klinikere

MINNEORD

ANNE-LIV PEDERSEN (1940-2024)



ANNE-LIV ble ansatt i Psykologforeningen juni 1983, som den tredje faste heltidsansatte i sekretariatet. Hun kom fra en stilling i postverket og visste ingenting hverken om psykologer, våre interne eller eksterne utfordringer. Kontorsjef Randi Jerger «var» Psykologforeningen, og var den som hadde oversikt. Men Anne-Liv var kjapp til å sette seg inn i alle de ulike arbeidsoppgavene som et ørlite sekretariat måtte ta tak i. Etter kort tid ble hun en uunnværlig medarbeider. Den første store utfordringen hun tok tak i, dukket opp samtidig med at hun startet i sekretariatet. Psykologforeningen var den første akademikerforeningen som skaffet seg datamaskin, en Commodore 64. Anne-Liv var den første som tok den i bruk til å overføre vårt dataarkiv fra Kardex til disketter. Etter hvert ble det alltid hun som hadde det siste ordet når vi innførte nye datasystemer, inntil vi fikk vår egen ekspert når sekretariatet ble stort nok til det. Da Randi Jerger pensjonerte seg i 1987, var det helt naturlig at Anne-Liv overtok som kontorsjef.

På åtti- og nittitallet vokste sekretariatet betraktelig. Vi flyttet fra Bjørn Farmanns gate

og trange forhold på Skillebekk til Prof. Dahls gate på Frogner. Da det ble for trangt her, flyttet vi videre til sentrum og Storgata. Alle disse flyttesjauene ble i hovedsak ivaretatt og gjennomført nesten sømløst med Anne-Liv i spissen.

Siden 2001 har Psykologforeningen avholdt sine landsmøter og lederkonferanser i Sandefjord. Men før denne tradisjonen ble etablert, ble landsmøtene avholdt ulike steder, avhengig av pris, funksjonalitet og beliggenhet. I jakten på og forberedelsene til møtested var Anne-Liv alltid sentralt involvert. Hun hadde også en god hånd med i utarbeidelsen av all dokumentasjonen som skulle forberedes. Som så ofte i lignende organisasjoner var også sekretariatet stadig ute på tur. Alt teknisk arbeid med disse turene var det selvfølgelig Ann-Liv som tok seg av på en utmerket måte. Hun holdt en stø hånd om driften av et sekretariat som hele tiden vokste.

Anne-Liv gjorde en stor arbeidsinnsats uten å gjøre noe nummer av det. Hun var stillferdig og klok og brydde seg om alle medarbeidere. Når noe måtte igangsettes eller korrigeres, ble det alltid møtt på en vennlig og rolig måte. Hun så alle, men likte ikke å få søkelys på seg selv.

Da sekretariatet fortsatte å vokse og fikk en ny organisering, benyttet Anne-Liv mulighet til å trappe ned. Etter en periode med arbeid på deltid pensjonerte hun seg i september 2007.

Norsk psykologforening skylder Anne-Liv en stor takk for alt hun betydde for oss. Vi lyser fred over hennes minne.

Sverre L. Nielsen, Tone Grette, Rita Standahl, Bente Åsland Gjøstøl og Toril Dyrhovd

Å være seg selv nok

Psykologforeningen står godt på egne ben, men enda stødigere når vi kan støtte oss på andre.



Håkon Kongsrud Skard, president i
Psykologforeningen
Foto: Fartein Rudjord

Det blåser nye politiske vinder over verden. Drevet frem av økt konfliktnivå, økonomisk uro etter pandemien og økende forskjeller i samfunnet, for å nevne noe. Resultatet ser ut til å bli en forvitring i internasjonalt samarbeid, mer alenegang for de mektigste nasjonene og en politisk prioritering av «hardere» verdier i form av forsvar og selvforsyning med mat og energi.

Vi kan se resultater av dette her i Norge i de siste statsbudsjettene prioritering av forsvar. Vi ser det i årets statsbudsjett med medfølgende nedprioritering av forskning og høyere utdanning. Vår mening er at dette er å spare seg til fant.

I en tid med økende usikkerhet og rasende utvikling, trenger vi mer kunnskap som kan rettleder oss- ikke mindre.

Det forstemmende med den utviklingen vi ser er at alle står til å tape. Etter andre verdenskrig har det blitt bygd opp internasjonale organer og strukturer som har søkt å tjene alle. Det har absolutt ikke vært feilfritt, men de harde fakta er at det ikke har vært nye verdenskriger og de siste åtti årene har kommet med økt velstand, levealder og livskvalitet for store deler av verdens befolkning. FN, WHO, WTO og mange andre organisasjoner har vært sentrale i denne utviklingen.

Jeg tar opp dette fordi Psykologforeningen har fremholdt disse verdiene hele tiden og fortsetter å gjøre det. Siden Einar Gerhardsen åpnet konferansen for nordiske psykologer i 1948, har Psykologforeningen søkt allianser og samarbeidsforumer, både nasjonalt og internasjonalt. Dette er viktig for medlemmene å være klar over, fordi deler av deres kontingent går til å understøtte dette. Det nordiske samarbeidet lever i beste velgående gjennom

«Verken samfunnet, medlemmene eller faget er tjent med alenegang.»

SAK og vårt felleseide tidsskrift, Scandinavian Journal of Psychology. Det europeiske samarbeidet blomstrer i EFPA, som gir oss en posisjon overfor EU, til tross for at vi ikke er medlemmer. På den globale scenen er det IUPsyS hvor vi er medlemmer, de bidrar aktivt overfor WHO og FN. EAWOP og ITC er andre internasjonale organisasjoner vi bidrar til.

Den samme tilnærmingen om å søke sammen med andre for å jobbe for felles interesser, gjør seg gjeldende nasjonalt. Vi er med i Akademikerne som tariffpolitisk hovedsammenslutning, i Rådet for psykisk helse som samfunnspolitisk interessefellesskap, Nasjonal allianse for helsepsykologi i somatikken, Gjør kloke valg, Felle-serklæringen for psykisk helse og mange flere større og mindre samarbeid av varig eller forbigående karakter.

Jeg mener som sagt at det er viktig å være klar over dette fordi det koster ressurser å opprettholde samarbeid. Samtidig som utbyttet åpenbart er større i det store bildet. Men det er ytterligere en grunn til å løfte dette opp nå. Nemlig at disse samarbeidene ikke er fri for friksjon, det er ikke lykkelig enighet og trivelig samkvem i alle sammenhenger. Men det er heller ikke kravet.

Samarbeid i store sammenhenger forutsetter at man klarer å fokusere på felles interesser, diskutere og kompromisse rundt uenigheter i ordnede former eller i noen tilfeller være enige om å være uenige. Det at samarbeidet består og den gjensidige respekten opprettholdes til tross for uenighet gir de helt sentrale forutsetningene for å kunne dytte samfunnet videre, ikke bare holde på med hvert sitt i ensom majestet.

I en tid hvor det kan fremstå som at verden vender seg bort fra disse prinsippene, med økende polarisering og synkende oppslutning rundt våre felles internasjonale institusjoner, er det desto viktigere at vi holder fast på disse prinsippene. Og medlemmene skal vite at vi vil fortsette å bidra til dette, både nasjonalt og internasjonalt. Med ressurser og med innsats. Med fokus på felles mål og toleranse for uenighet. Fordi verken samfunnet, medlemmene eller faget er tjent med alenegang.

Risikoen ved å jobbe i en anbudsutsatt bedrift

En del av Psykologforeningens medlemmer jobber hos private tilbydere av rusbehandling. Disse arbeidsgiverne driver sin virksomhet etter anbudsavtaler med de regionale helseforetakene. Med jevne mellomrom må driften av slike tjenester gjennom anbudsprosesser. Taper din arbeidsgiver en slik anbudsprosess, kan jobben din stå i fare.



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

I slutten av oktober inngikk Helse Sør-Øst avtaler med 13 private aktører innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Anbudsrunder ble på grunn av formelle feil åpnet igjen etter et par uker. Uavhengig av dette, vil det være aktører som ikke får forlenget sine avtaler. Dermed faller også grunnlaget for drift bort og oppsigelser er ofte uunngåelig.

Får du varsel om oppsigelse, ta kontakt med oss. Det samme gjelder om du som tillitsvalgt får varsel om at nedbemanning vil skje.

Utgangspunktet er at man har et sterkt stillingsvern ved nedbemanning. En oppsigelse må være saklig begrunnet i virksomhetens behov. Saklige grunner til nedbemanning kan være innsparinger, overkapasitet i bedriften eller ønske om en mer effektiv drift. Mister man tilbud har man i de fleste situasjoner ikke lenger økonomi til å ha psykologer ansatt.

Kravene til saksbehandlingen og begrunnelsen vil skjerpes jo mindre alvorlig situasjonen er for bedriften. Arbeidsgiver må vurdere alternative og mindre inngripende tiltak enn oppsigelse, for eksempel oppsigelse av konsulentavtaler eller oppdragsavtaler.

Finnes det annet passende arbeid i virksomheten, og en slik stilling ikke blir tilbudt den ansatte, vil ikke oppsigelsen være saklig. Kravet om at arbeidet skal være «passende» skal ikke tolkes strengt, og beror på en konkret vurdering. Stillingen trenger ikke å ha samme ansvars- eller lønnsnivå som den nåværende stillingen.

I en nedbemanningsprosess skal det foretas en interesseavveining mellom virksomhetens behov for å si opp ansatte og den ansattes behov for å ikke miste jobben.

Virksomhetens behov må veie tyngre enn den ansattes for at oppsigelse skal være gyldig. Virksomheten vil ofte kunne høres med at det er saklig å nedbemanne hvis store deler av inntektene faller bort.

I en nedbemanningsprosess definerer man både en utvelgelseskrets og bestemte utvelgelseskriterier. Valg av utvelgelseskrets og utvelgelseskriterier må være saklig og forsvarlig begrunnet.

Utvelgelseskretsen er den gruppen ansatte som skal vurderes oppsagt. I utgangspunktet skal utvelgelseskretsen bestå av hele virksomheten, men i enkelte tilfeller kan det være saklig å se på mindre deler av virksomheten.

Utvelgelseskriteriene er de kriteriene man legger vekt på i vurderingen av hvem som skal sies opp. Kriteriene kan være både objektive og subjektive. Et eksempel på et objektivt kriterium er ansiennitet. Eksempler på subjektive kriterier er kompetanse, egnethet eller sosiale forhold.

Tillitsvalgte skal involveres i nedbemanningsprosessen. Det er viktig at tillitsvalgte får god informasjon og mulighet til å komme med innspill. Det er ikke

«Tillitsvalgte skal involveres i nedbemanningsprosessen.»

et krav at tillitsvalgte og arbeidsgiver skal komme til enighet, men arbeidsgiver skal ta stilling til de innspill som blir fremmet. Hvis ikke virksomheten har tillitsvalgte bør det velges ut representanter fra de ansatte for nedbemanningssaken.

Lovverket gir fortrinnsrett til ny ansettelse i samme virksomhet for de som er oppsagt på grunn av virksomhetens forhold. Begrunnelsen for denne regelen er at arbeidsgiver ikke skal kunne vise til midlertidig dårlig økonomi for å «bli kvitt» arbeidstakere, for så å ansette andre kort tid senere. Intern omplassering eller det faktum at arbeidsgiver har et udekket arbeidsbehov, utløser ikke fortrinnsrett. Det må være snakk om en ny ansettelse. Slike anbudsrunder kan også utløse spørsmål om det reelt sett er en virksomhetsoverdragelse som skjer.

Ta kontakt med Jus- og arbeidslivsavdelingen om du har spørsmål knyttet til dette eller om du har andre spørsmål.

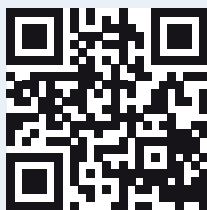
*Sidene merket
Medlemsnytt er
produsert av
Psykologforeningen
og er redaksjonelt
uavhengig fra
Psykologtidsskriftet.*



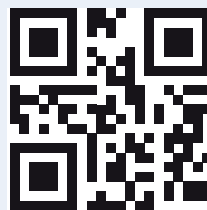
Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok?

Husk å bestille kvalifisert tolk for personer med begrensede norskkunnskaper

Les mer: [Helsenorge.no/tolk](https://helsenorge.no/tolk) og imdi.no/tolk



Skann meg for Helsenorge



Skann meg for IMDi



Gjeld, psykisk helse og selvmord

– kunnskap og praksis i en psykologisk kontekst

Målgruppe:

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

Målsetting:

Å øke psykologers bevissthet om den sterke sammenhengen mellom gjeld, psykisk helse, psykiske lidelser og selvmord. Å øke psykologers trygghet og handlingsrepertoar i møte pasienter som sliter med økonomiske problemer og uhåndterlig gjeld.

Innhold:

- The Silent Killer. Uhåndterbar gjeld, psykisk helse og selvmord. Hva vet vi om effektive tiltak? v/Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi og tidligere assisterende direktør i Folkehelseinstituttet.
- One size fits all? Individuelt og kollektivt ansvar for gjelds- og betalingsproblemer v/seniorforsker Christian Poppe, Statens institutt for forbruksforskning (SIFO), Oslo Met – Storbyuniversitetet.
- Slik er det å leve med uhåndterlig gjeld: Gjeldsforebygging i praksis v/Arman Vestad, profesjonell gjeldsforebygger med personlig

erfaring fra å leve med gjeldsproblemer. Han er også tidligere gjeldsrådgiver i NAV.

- Utfordringer og suksessfaktorer for tverretattlig samarbeid – arbeid og helse. Sentrale lover og føringer for samarbeid rundt klienters økonomiske situasjon v/Bjørn Karstensen, Psykolog og avdelingsleder i Fredrikstadhjelpa.
- Familieøkonomi som uløselig knyttet til barns omsorgsbetingelser – hvordan arbeide med personlig økonomi i en psykoterapeutisk setting v/Ingvild Stjernen Tisløv, spesialist i klinisk samfunnspsykologi og daglig leder i Reynd AS.

Kursleder: Ingvild Stjernen Tisløv

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer for psykologspesialister.

Sted og dato: Oslo, 4.–5. mars 2025

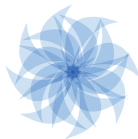
Medlemspris: kr 8 300,-

Påmeldingsfrist: 28. januar 2025

Kursnr.: 20GPS25005

Påmelding og ytterligere informasjon:

www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning



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



Introduksjonskurs

Kunst og Uttrykk

– Regenerativ ledelse for en regenerativ fremtid

Med psykolog Per Espen Stoknes og Anne Solgaard. Datoer **3.–5. april 2025** på Sagene Samfunnshus.

Påmeldingsfrist **1. mars 2025**. Pris kr 3 400.–

Kroppens visdom:

En ny vei til terapi – med kunst- og uttrykksmetoder

Med Melinda Ashley Meyer, PhD. og Maja Thune. Datoer **4.–6. juni 2025** på Sagene Samfunnshus.

Påmeldingsfrist **2. mai 2025**. Pris kr 3 750.–

Påmelding for begge introduksjonskurs gjøres via vår nettside: www.nikut.info



Integrering av EMDR & IFS

EMDR & IFS er en kreativ og lovende tilnærming for å utforske kompleks traume og personlighetsproblematikk. Kurset utvider din terapeutiske verktøykasse og åpner opp for en dypere endring ved å kombinere EMDR med IFS (Internal Family Systems).

Kurset er omfattende og inneholder teori, kliniske eksempler og praktiske øvelser. En forutsetning for å delta er at du minimum har deltatt på EMDR trinn I grunnutdanning.

Dato: 11.–12. februar 2025

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo

Tid: kl. 09.00–16.00 begge dager

Kostnad: kr 7.800.– inkl. lunsj og kursmaterieell

For mer informasjon se www.emdrkurs.no

Påmelding: savitadalsbo@gmail.com

Husk å oppgi fullstendig fakturainformasjon

Kursansvarlig:

A Savita Dalsbø, psykologspesialist, Norsk psykologforening, EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer.

LEDIG KONTOR I OSLO

Lyst, nymalt kontor på Majorstua til leie heltid eller deltid.

Kontakt amaliacarli@icloud.com

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. januar**, frist for å bestille annonse til januar-utgaven er **9. desember**

Kontakt oss på e-post: psykologi@hsmedia.no eller tlf. 62 94 69 71 / 990 14 423

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no
Min side

eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



Målbevisst ferdighetstrening for organisasjonspsykologer

Kursnummer 20VED25017 – Oslo, 17. og 18 mars 2025

Målbevisst ferdighetstrening (Deliberate practice = DP) er en metode for å utvikle ekspertise i et fagområde. I de senere årene har DP blitt ansett som gullstandarden innen terapeututvikling, og metoden har nå også blitt videreutviklet for anvendelse innen organisasjonspsykologi.

Metoden setter søkelys på å utvikle praktiske ferdigheter, gjerne i situasjoner som er utfordrende. DP kan tilføre organisasjonspsykologer et unikt verktøy for å utvikle egen kompetanse og i utviklingsarbeid overfor organisasjoner (eks. lederutvikling).

Målgruppe

Psykologer som jobber med organisasjoner, spesialister i organisasjonspsykologi og spesialister som er veiledere.

Målsetting for kurset

Deltakerne skal etter kurset kunne bruke DP for å utvikle egne organisasjonspsykologiske ferdigheter. Deltakerne har en forståelse for hvordan de kan bruke DP for å trene ledere og andre i en organisasjonspsykologisk kontekst og for å kunne veilede psykologer under spesialistutdanning.

Innhold

Introduksjon og forskningen på DP. Tilpasse DP til egne utviklingsbehov. Hvordan justere vanskelighetsgrad for øvelser. Hvordan anvende DP overfor kollegaer og ledere.

Undervisningen

Det er utviklet skreddersydde øvelser for dette kurset. Det vil være en blanding mellom forelesninger og demonstrasjoner, deltakerene vil jobbe individuelt, i par og i grupper.

Om kursholderne

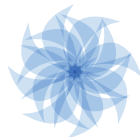
Vidar Husby er psykologspesialist og medeier i Favne Psykologbistand. Han er forfatter av boken *Målbevisst ferdighetstrening: Øv på relasjonelle ferdigheter i psykoterapi* (Gyldendal, 2023). Husby er del av den internasjonale fronten i Deliberate Practice-feltet, og veileder veiledere og terapeuter i mange land.

Kirsti Sunde Hansen er daglig leder i Favne Psykologbistand og psykologspesialist. Hun har mange års erfaring i ulike roller i spesialisthelsetjenesten. Sunde Hansen jobber i dag i hovedsak med arbeids- og organisasjonspsykologiske tjenester og utvikler tjenester innen Deliberate Practice og ledelse.

Kursdatoer: 17. og 18 mars 2025, klokken 09.00–17.00.

Kursavgift: Medlemmer: kr 8 300. Ikke-medlemmer: kr 9 300.

Påmeldingsfrist: 10. februar 2025



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



Vidar Husby



Kirsti S. Hansen

Foto: Bjørn Husby



Hvordan skrive journal?

Journalkurs for psykologer i psykisk helsearbeid

Tilsynsrapporter viser at psykologer kan bli bedre når det gjelder journalføring, og derfor arrangerer Norsk psykologforening et dagskurs i journalføring. Kurset er for alle psykologer i spesialisthelsetjenesten, kommunal helsetjeneste og privatpraktiserende psykologer. Målet med kurset er hvordan formulere, begrense og sikre forsvarlig journalføring innen psykisk helsearbeid etter gode faglige og juridiske prinsipper.

På kurset:

- Generell innføring i lovverk og myndighetskrav.
- Hva sier tilsynsrapportene om journalføringen?
- Hva slags mangler og feil utpeker seg?
- Workshops i journalføring for arbeidsfeltene psykisk helse for voksne og for barn og unge, som skal gi sjekklister og gode formuleringer tilpasset de ulike arbeidsfeltene.

Kursets utbytte skal være at man vet hvordan man sikrer faglig forsvarlig journalføring.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 8 timer for psykologspesialister.

Foredragsholdere:

- Christian Zimmermann, advokat i Norsk psykologforening
- Kirsti Sunde Hansen, psykologspesialist i voksenpsykologi og daglig leder i Favne Psykologbistand
- Aina Fraas-Johansen, psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi og spesialrådgiver i Norsk psykologforening

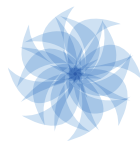
Sted og dato: Oslo, 26. februar 2025

Påmeldingsfrist: 22. januar 2025

Medlemspris: kr 4 150

Kursnr.: 20HVO25004

Påmelding via www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



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

Psykisk helsevern som arena for Kunstig Intelligens

Festspillkurs, kursnr. 20VED25016, Bergen 22.–23. mai 2025

Målgruppe

Psykologspesialister «i det store og hele» som er nysgjerrig på muligheter og utfordringer med bruk av Kunstig intelligens.

Målsetting

Gi psykologspesialister en innføring i hvordan kunstig intelligens vil påvirke faglig virksomhet, organisering av tjenestene med blick på samfunnspsykologi.

Etter kurset

vil deltagerne forstå generelle prinsipper for hva Kunstig Intelligens er, kunne se de viktigste applikasjoner fra Kunstig intelligens innen psykisk helsevern nå og i nær fremtid, og kunne forstå hvordan den teknologiske utviklingen vil påvirke organiseringen av tjenester lokalt og nasjonalt.

Undervisningsmetode

Forelesninger, gruppearbeid og noe egenrefleksjon.

Kursledere

Sveinung Tornås: utdannet cand.psychol fra Universitetet i Oslo (UiO, 1996), spesialist i klinisk nevropsykologi, PhD (UiO, 2017). Han har mer enn 25 års erfaring fra rehabiliteringsfeltet på Sunnaas sykehus HF som nevropsykolog, klinikksjef, innovasjonssjef, og de siste 14 årene som direktør for digitalisering og innovasjon. I dag leder han innovasjonsavdelingen i Helsedirektoratet, med ett særlig ansvar for innføring Kunstig Intelligens i helsetjenesten.

Jan Ketil Arnulf: Cand. Psychol. fra Freie Universität Berlin og UiO 1987, spesialist i klinisk psykologi og i arbeids- og organisasjonspsykologi. Dr. Psychol. fra UiO i 2005. Førsteamanuensis, senere professor i organisasjonspsykologi ved Handelshøyskolen BI siden 2004. Arnulf begynte sin interesse for digital bearbeiding av språk ved å studere informatikk på siden av psykologistudiene i 1986. Siden 2010 har hans forskning gjort utstrakt bruk av tekstalgoritmer både som metodisk tilnærming og som innhold til språkpsykologiske problemstillinger. Han er opptatt av hvordan digitale verktøy kan berike vår forståelse av organisasjon og ledelse.

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 8 300,- (MEDLEM) / 9 300,- (IKKE MEDLEM)

PÅMELDINGSFRIST: 16. APRIL 2025



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGS-AVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30
FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Eksistensielle perspektiv på psykoterapi og selvivaretakelse

Festspillkurs, kursnummer 20VED25014, Bergen 22.–23. mai 2025

Målgruppe

Psykologer som arbeider med psykoterapi eller andre former for psykologisk behandling. Kursinnholdet vil også være relevant for psykologer som primært arbeider med forebyggende og helsefremmende arbeidsmetoder.

Målsetting

Målet med kurset er å gi fordypning i hvordan det å forholde seg til eksistensielle grunnvilkår har betydning for psykologisk vekst for begge parter i behandlingsrelasjonen.

Kurset vil gi kunnskap om

- den eksistensielle psykologiens perspektiv på eksistensielle grunnvilkår
- hvordan måten mennesker forholder seg, eller unngår å forholde seg, til slike grunnvilkår spiller en sentral rolle i psykisk helse og uhelse
- terapeutiske arbeidsmetoder hvor eksistensiell bevissthet og refleksjon inngår i arbeidet med konkrete livsproblem
- måter psykologen kan arbeide med egen eksistensiell bevissthet for å best mulig ivareta og utvikle seg selv som hjelper, med særlig søkelys på utfordringer knyttet til perfektjonisme og opplevelse indre krav

Om kursleder

Per-Einar Binder er professor i klinisk psykologi ved Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, og psykologspesialist med fordypningsområdene psykoterapi, barn- og ungdom, og voksenpsykologi. Hans forskningsinteresser innbefatter eksistensiell og filosofisk psykologi, og studier av identitet, perfektjonisme og personlige endringsprosesser i og utenfor terapirommet.

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 8 300,- (MEDLEM) / 9 300,- (IKKE MEDLEM)

PÅMELDINGSFRIST: 16. APRIL 2025



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Søvn, søvnlidelser og dokumentert behandling for søvnlidelser

Festspillkurs, Kursnr 20VED25015, Bergen 22.–23. mai 2025

Målgruppe

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

Målsetting

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

Etter kurset vil deltakerne:

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

Innhold

Undervisning om søvnregulering, undervisning om søvnlidelser, undervisning om psykologisk og atferdsmessig behandling av insomni, døgnrytmeforstyrrelser og marerittlidelse, strategi for nedtrapping av sovemedisiner, gruppe arbeid, test.

Undervisningsmetode

Foredrag, gruppearbeid, diskusjon, avsluttende test.

Kursledere

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

«Først-til-mølla»-prinsippet gjelder, så ikke vent for lenge – velkommen!

Tid: kl. 0900–1700 begge dager.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 8 300,- (MEDLEM) / 9 300,- (IKKE MEDLEM)

PÅMELDINGSFRIST: 16. APRIL 2025



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

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

Psykologspesialist

– Avdeling for rusmedisin/ AFR Tertnes, Helse Bergen



AFR Tertnes er ein del av Avdeling for rusmedisin og har ein sengepost og et poliklinisk/ ambulant team. Seksjonen skal styrke arbeidet med valdsutsette kvinner og som har samtidig rusmiddelavhengighet.

Vi søker etter psykologspesialistar med kunnskap og erfaring relatert til denne pasientgruppa. Oppgåver vil vere å vidareutvikle og styrke AFRs kompetanse på arbeid med valdsutsette kvinner, kartlegging, utgreiing og behandling av rus- og psykiske lidingar i samarbeid med andre behandlarar og miljøpersonale.

Du har norsk autorisasjon og erfaring med arbeid innan rusbehandling/psykisk helsevern og utgreiing/kartlegging. Du har erfaring med traumeterapi og personlegdomforstyringar.

Du bidrar positivt til eit fagleg og kollegialt godt miljø, trivst med å arbeide i eit tverrfagleg miljø. Har god fagleg vurderingsevne, arbeider målretta og strukturert og toler å stå i krevande situasjonar. Å vere personleg eigna for å jobbe med pasientgruppa er ein føresetnad.

Vi tilbyr ein arbeidsplass med høg fagleg kompetanse og engasjerte medarbeidarar i ein spennande avdeling med nybrottsarbeid. Lønn iht. gjeldande overenskomst og gode pensjons- og forsikringsordningar.

Kontakt: Trude Larsen, tlf. 988 00 425 **Ref.nr.** 4876872329

Søknadsfrist **13. desember 2024**

www.helse-bergen.no

 **HELSE BERGEN**
Haukeland universitetssjukehus

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

Varamedlemmer

Alf Martin Eriksen (1. vara)

909 65 138

alfmeriksen@gmail.com

Sebastian Gulbrandsen

(2. vara)

926 93 702

sebastian.gulbrandsen@

gmail.com

Kristin Haugholt (3. vara)

951 72 032

kristinhaugholt@

hotmail.com

Jørgen Edvin Westgren

(4. vara)

911 16 616

joergenwestgren@gmail.com

Kristin Lothe Nordbø

(1. vara student-

representant)

476 54 401

kristinnordb@hotmail.com

Ingunn Aasen (2. vara

studentrepresentant)

950 79 853

ingunnaasen@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

Anne-Kristin Imenes

anne.kristin.imenes@gmail.

com

907 55 410

Østfold

Fredrik Henanger Blom

fhblom@hotmail.com

975 61 945

FAGETISK RÅD

Mette Ekenes

Garmannslund, leder

Rådgivningstelefon

480 58 723, onsdager

kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

Mariann Stadler, leder,

mariannstadler@gmail.com,

tlf. 918 03 110

LØNNS- OG ARBEIDSLIVS- UTVALGET

Hanne Indregard Lind,

leder/KTV Helse Sør-øst

tlf. 948 05 153

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Hanne Indregard Lind,

leder,

h.indregard@hotmail.com

tlf. 948 05 153

SPESIALITETSRADET

Arnhild Lauveng, leder,

arnhild@

psykologforeningen.no

tlf. 913 17 162

FAG- OG PROFESJONSRADET

Arnhild Lauveng, leder,

arnhild@

psykologforeningen.no

tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

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

**Barne- og
ungdomspsykologi**
Kjersti Hamre Lotsberg,
k_hamre@hotmail.com,
tlf. 416 57 694

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

**Rus- og
avhengighetspsykologi**
Eva Karin Løvaas, leder,
evakarinloevaas@gmail.com,
tlf. 916 64 076

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

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

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

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

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

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

**Samfunn- og
allmennpsykologi**
Kjersti Hildonen, leder,
khi@lorenskog.kommune.no,
tlf. 907 85 288

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

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

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Andreas Vindenes, leder,
andreas.vindenes@
gmail.com, tlf. 917 02 956

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG- HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Helén Ingrid Andreassen,
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

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

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

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

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

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

SEKRETARIATET

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

Administrasjonsavdeling

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

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef,
ja@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen, fagsjef,
kim@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

- 806 **Paradigmeskifte for helsevesenet og psykologprofesjonen**
Forord | Schjødt, Berge og Finset
- 808 **Lappeteppe av klinisk helsepsykologi**
Reportasje | Matt Oxman
- 818 **Fra dualisme til en helhetlig forståelse av smerte**
Fagessay | Borrik Schjødt
- 829 **Barndomstraumer og langvarige smerter hos barn, ungdom og unge voksne**
Oversiktsartikkel | Baumann-Larsen et al.
- 843 **Langvarig, ikke kronisk smerte**
Språkfølelse | Borrik Schjødt
- 844 **Placebo og nocebo - potente krefter i psykologisk behandling**
Fagessay | Schjødt & Finset
- 855 **Klinisk praksis med tre psykologiske tilnærminger for behandling av langvarig smerte**
Fra praksis | Heidi Trydal
- 864 **Foreldres diagnosekunnskap, helsekompetanse og myndighet før og etter veiledning om sjeldne diagnoser**
Originalartikkel | Vatne et al.
- 876 **Sykehus-BUP: Tverrfaglig biopsykososial praksis i somatikken**
Fagessay | Diseth & Herner
- 882 **Å skape trygge samtaler når et barn kan dø**
Fra praksis | Ragnhild Avdem Fretland
- 888 **Funksjonelle somatiske symptomer og den prediktive hjernemodellen**
Fra praksis | Herner & Pedersen
- 896 **Langvarig utmattelse ved sykdom: forekomst, årsaker, konsekvenser for arbeidsfunksjon og klinisk helsepsykologiske tiltak**
Oversiktsartikkel | Berge & Fjerstad
- 907 **Mind-Body ReprogrammeringsTerapi (MBRT): ny behandling for long covid**
Fagessay | Jacobsen & Reme
- 915 **Klinisk helsepsykologisk kartlegging ved sammensatte symptomtilstander**
Fagessay | Arnstein Finset
- 924 **Hjerteinfarkt og posttraumatisk stressreaksjon: en kvalitativ studie**
Originalartikkel | Næss et al.
- 933 **Kartleggingsoversikt over sammenhengen mellom diabetes type 1 og 2 og psykiske lidelser**
Evidensbasert psykologisk praksis | Wilhelmsen-Langeland et al.
- 941 **Klinisk hypnose i møte med barn og unge på sykehus**
Fra praksis | Maren Østvold Lindheim
- 947 **Julehilsen fra sjefredaktøren**
Katharine Cecilia Williams
- 948 **MENINGER**
Debatt: Ville veier om veiledning (s. 948)
Kronikk: Veien videre for spesialiseringen i klinisk helsepsykologi (s. 950)
- 954 **INNTRYKK**
Anmeldelse: Selvhjelp for langvarige helseplager (s. 954)
- 956 **Minneord**
- 959 **Annonser**
- 967 **Stillingsannonser**