

**Mindfulnessbaserte
intervensjoner for
utøvere av partnervold**

Hoff, Leidland & Hansen

**En schizofreniforsker
ser tilbake**

Bjørn Rishovd Rund

**Behandling av problematisk
og skadelig seksuell atferd
blant barn**

Monica Jensen



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
23.04.2025

ISSN 0332-6470

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 psykologi@hsmedia.no
Bestillingsfrist 16.05, 16.06, 17.07

Opplag 10 900

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen
Journalist Matt Oxman

Produksjonsansvarlig Veronica Bjartan

Teknisk redaktør Christian von Schack

Redaktører Daniel Willumstad Gunstveit,
Heidi Wittrup Djup, Ida Sund Morken

Markedsansvarlig Unni Sandland

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

Form Maria Astrup & Kristin Bø
Omslagsillustrasjon Bente Jørgensen
Trykk Aksell AS

© Tidsskrift for Norsk psykologforening. Alt innhold på
www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Fra januar
2025 er alt innhold publisert under åpen tilgang (open access)
med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Med unntak av
vitenskapelige artikler publisert under CC BY-lisensen siden
1. juni 2022, har Psykologtidsskriftet kopirettighetene på alt
innhold før 2024. Bilder, illustrasjoner og figurer omfattes
av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/
figurateksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man
kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

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

 **Fagpressen**



INNHold

NR 5 - 25

Psykologtidsskriftet
Vol 62

OMSLAG

Bente Jørgensen har laget forsideillustrasjonen til artikkelen «Mindfulnessbaserte intervensjoner for utøvere av partnervold» og sier: Handlingsmønstre er vanskelige å bryte. Et helt system må endres. Jeg liker tanken på hvordan mindfulness, i form av lotusblomster, gradvis vokser ut av nervebanene og endrer signalene mellom kropp og sinn.



«Nå faller det sammen» – motoverføring i gruppepsykoterapi FAGARTIKKEL Joakim Thiesen	258
iEMDR i kommunehelsetenesta FRA PRAKSIS Berge et al.	265
Mindfulnessbaserte intervensjoner for utøvere av partnervold – en oversikt OVERSIKT Hoff et al.	270
Evidensbasert psykologisk praksis i behandling av problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn EVIDENSBASERT PSYKOLOGISK PRAKSIS Monica Jensen	280
Digital intervensjon for kognitive vansker etter depresjon FRA FORSKNINGEN Myklebost, Hammar og Nordgreen	290
Det personlige er politisk er psykologisk ETIKKPANELET Ezgi Kutal	293
En demokratisk og ryddig prosess mot Landsmøtet 2025 DEBATT Arne Holen	296
En schizofreniforsker ser tilbake KRONIKK Bjørn Rishovd Rund	298
Fra innlagt til psykolog ANMELDT Theo Aske Holskil	302
Tar erfaringskonsulenten på alvor ANMELDT Daniel Mørk	304
MINNEORD	307

TEKST Joakim Thiesen
Spesialpoliklinikk for spise-
forstyrrelser, Gaustad sykehus

«Nå faller det sammen» – motoverføring i gruppepsykoterapi

Organisatorisk uro kan gjøre
klinikerens sårbar for å agere på
motoverføringsreaksjoner.

Psykodynamisk teori har lenge vektlagt betydningen av at behandleren arbeider med seg selv og reflekterer rundt egen virksomhet. Et av fenomenene som gjerne er et utgangspunkt for refleksjon er *motoverføring*. Begrepet viser til en ubevisst kommunikasjon mellom behandler og pasient, der noe skjer som bringer eller kan bringe behandler ut av terapeutisk posisjon (Zachrisson, 2008, 2012). Ifølge Sigmund Freud (1912a, 1912b) omhandler overføring og motoverføring det at vi reagerer følelsesmessig på andre mennesker. Wilfred Bion var opptatt av overføring og motoverføring i en gruppekontekst, og blant annet hvordan gruppen kan mane frem et press som dytter terapeuten i en viss retning eller rolle (Bion, 1961).

KONTAKT joathi@ous-hf.no

MERKNAD Ingen oppgitte
interessekonflikter

Jeg jobber som terapeut i en kunstterapeutisk gruppe for alvorlige spiseforstyrrelser ved Spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus (OUS). Jeg er i spesialisering og veiledes av en psykologspesialist gjennom blant annet å legge frem et refleksjonsnotat fra gruppen. I en av veiledningene spurte veilederen min «Hva skjedde her?». Det hun pekte på, var uttalelser jeg hadde gjort i starten av gruppen, som bestod av at jeg ga informasjon om mulige hendelser frem i tid. Jeg svarte veilederen at uttalelsene var spontane og uplanlagte, men spørsmålet hennes ble værende i meg. Jo mer jeg reflekterte, jo flere koblinger så jeg mellom denne hendelsen og det som foregikk i gruppen, i hver av deltagerne, i meg og i poliklinikken.

Her vil jeg se nærmere på hendelsen, med utgangspunkt i fenomenet motoverføring. Slik jeg nå husker det, hadde jeg en opplevelse av at gruppen holdt på å falle sammen. I samme periode som hendelsen inntraff, var klinikken involvert i en omorganiseringsprosess som etter hvert ble offentlig: Klinikken fremtid var usikker. Jeg vil derfor også undersøke hvordan denne konteksten kan ha påvirket meg, mine opplevelser og gruppen.

Presentasjon av gruppen

Gruppen jeg jobber i, er en sakte-åpen kunstterapeutisk gruppe med et gruppeanalytisk behandlingsprinsipp. Den består av pasienter i 20-årene med alvorlig spiseforstyrrelse, uten barn. Formålet med gruppen er å være et sted for å utforske relasjonelle vansker, samt hvordan mat blir en måte å regulere disse vanskene på. Gruppen kan bestå av maks åtte pasienter og har en tredelt form. De første 45 minuttene er en fri samtale. I andre del, også på 45 minutter, lager pasienter hver for seg kunst ut fra det de kjenner på der og da. Siste del av gruppen varer i 60 minutter. Her deler og utforsker gruppen kunsten pasientene har laget. Det er også satt av 30 minutter før og etter gruppen for terapeuten(e) til å reflektere rundt gruppens prosesser og skrive journal.

På tidspunktet den aktuelle hendelsen inntraff, var kulturen i gruppen preget av forsiktighet. Unnvikelse av egne følelser, redsel for å være nær i relasjon og å gjøre seg synlig var sentrale temaer. Gruppemedlemmene uttrykte flere ganger frykt for å si noe som kunne vekke følelser i andre. Det kjentes tryggest å vente på tur, og å overlate ansvaret til terapeuten. Felles var en overbevisning om at deres utfordringer vil skape enda større utfordringer for viktige personer rundt dem, og en usikkerhet på om familien vil kunne tåle mer.

Gruppens historikk

Jeg kom inn som terapeut i gruppen i mai 2022. Det representerte det første terapeutbyttet på flere år, og også den første mannen i gruppen. Høsten 2022 sluttet min kvinnelige ko-terapeut i gruppen, og en ny kom inn. Grunnet omstendigheter måtte hun tre ut av gruppen uten forvarsel i februar 2023.

— På tidspunktet den aktuelle hendelsen inntraff, var kulturen i gruppen preget av forsiktighet

I overgangen mellom 2022 og 2023 valgte flere pasienter å slutte med noe tids mellomrom. Især én av disse var en dropout som senere ble referert til av gjenværende gruppemedlemmer som «dramatisk» og «brå». Utrygghet, ustabilitet og mistillit var tilbakevendende temaer for gruppen i perioden. Frem mot sommeren 2023 sluttet enda to pasienter. Gruppen hadde altså gått fra å bestå av syv pasienter og to terapeuter ett år tilbake i tid, til tre pasienter og én terapeut. I slutten av september 2023, da hendelsen utspilte seg, hadde det nylig startet et nytt gruppemedlem. Gruppen bestod dermed av meg, samt fire kvinnelige pasienter. To av dem beskrives i det følgende:

Lisa beskriver en stor ensomhetsfølelse, samt at hun ikke opplever at hun fortjener å motta hjelp fra andre. Hun har i oppveksten opplevd utfordrende langvarige innleggelser som har involvert hele familien, og inntatt en rolle der hun tar hensyn til de rundt seg på bekostning av sitt eget. I gruppen inntar hun ofte en aktiv rolle der hun stiller mye spørsmål til andre medlemmer, hvilket avleder oppmerksomheten fra henne.

Kari strever med gjennomgående negative forestillinger om seg selv og har høy sensitivitet for å bli vurdert av andre. Samtidig er hun tilsynelatende ressurssterk og velfungerende med et stabilt sosialt nettverk. Hun opplevde tidlig at mor og far ble skilt, og hun hadde en søster som uttrykte mye behov for omsorg og ivaretagelse av mor. Utenforskap er et tilbakevendende tema, samt frykt for å være ensom resten av livet. Hun inntar ofte en avventende posisjon i gruppen i frykt for å si noe feil, som igjen øker opplevelsen av utenforskap.

Kontekst: Poliklinikken og omorganiseringsprosessen

I løpet av høsten 2022 ble vi informert om at OUS stod overfor en omorganiseringsprosess. Det skulle spares penger til et nytt sykehus, og ulike alternativer for sammenslåing, nedleggelser og forflytninger ble vurdert. Nyheten traff personalgruppen voldsomt. Etter hvert kom det inn sykemeldinger og fravær, og flere rapporterte om



utmattelse, fantasier om å flykte og opplevelse av maktesløshet. Noe av det mest frustrerende var at endringene fremstod utydelige for oss. Mangel på informasjon fra ledelsen var problematisk. I september 2023 hadde vi fremdeles ikke fått noe klarhet i hva omorganisering faktisk ville innebære for vår klinikk.

Selv hadde jeg nylig fått fast stilling etter lengre periode i vikariat. Arbeidsplassen var under trussel og potensielt i ferd med å gå i oppløsning. Omorganiseringsprosessen opplevdes truende for fagmiljøet og kulturen som var bygd opp over mange år. Menneskene som hadde vært mine kollegaer og allierte, var mindre til stede.

Hendelsen

Når hendelsen inntreffer, er to av fire gruppemedlemmer fraværende. Den ene har informert om sitt fravær på forhånd. Den andre sender en tekstmelding og gir beskjed

samme morgen som gruppen skal finne sted. Kari og Lisa, som er presentert ovenfor, møter opp. De har vært i gruppen over lengre tid, og erfart den gjennom mange av dens endringer.

I minuttene før gruppen starter, kjenner jeg på en uro i meg selv knyttet til fraværet av de to gruppemedlemmene. Gruppens forhistorie, med flere avslutninger og dropouts på kort tid, har preget meg. Når gruppen begynner, ser jeg de to tomme stolene og merker en stillhet i rommet idet jeg trer inn. Kari og Lisas øyne søker mot meg. De som ikke er til stede, både nåværende og tidligere gruppemedlemmer, dukker opp i meg.

Jeg starter gruppen med å informere om det ene gruppemedlemmets sykdom, og at det andre hadde meldt fravær. Så, uten å ha hatt en plan på forhånd, kjenner jeg på et behov for å si noe mer til gruppen utover det faktiske. Det er som om jeg kjenner meg alene, og de to tomme stolene blir enda mer fremtredende for meg. Jeg informerer så om at det blir

behandling på sykehuset. Hun beskriver hvordan hun kom i kontakt med behov for at poliklinikken skulle være noe godt og trygt for henne selv. Videre blir Karis frykt for å bli misforstått i sammenheng med å uttrykke irritasjon og frustrasjon tematisert. Karis søster ble ofte irritert hvis hun ikke fikk svar umiddelbart, og sa hun kjente seg nedprioritert. Det ble først tydelig for søsteren at Kari selv hadde det vanskelig, da sistnevnte brast i gråt under en telefonsamtale.

— Arbeidsplassen var under trussel og potensielt i ferd med å gå i oppløsning

I kunstdelen av gruppen tar Lisa et gult ark, stempler det med røde tall samt limer på ulike tall og ligninger. Kari klipper til en avlang rund form, maler ytterkanten i gull og fyller innsiden med kull. I siste del av gruppen, der deltakerne i fellesskap utforsker hva de har laget, forteller Lisa om hvordan sosiale situasjoner blir mer som regnestykker enn frie, genuine opplevelser. Kari forteller om vanskeligheten med å se seg selv i speilet.

Motoverføring

Da jeg i ettertid av gruppen leste referatet, fremsto det fremmed for meg å skulle si så mye om mulige endringer som enda var uavklarte. Nå tenker jeg at minnene om den store gruppen «den gang da», som var blitt liten «her og nå», nok hadde truffet meg. Stillheten og tomrommet ble fylt med mine ord. Som nevnt innledningsvis ønsker jeg å se på hendelsen i lys av begrepet motoverføring. Før jeg gjør det, gir jeg en kort redegjørelse for motoverføring.

Motoverføring refererer til noe som skjer med terapeuten innenfor rammen av behandlingssituasjonen (Zachrisson, 2008). Begrepet ble først beskrevet av Freud i 1895 som reaksjoner og følelser terapeuten får i møte med pasienten, men som bunner i terapeutens egen ubevisste problematikk. Freuds idé var at pasientens overføring kunne vekke en motoverføringsreaksjon i terapeuten (Freud, 1912a). Det innebar en slags forskyvning av følelser som hadde utgangspunkt i terapeutens egen ubearbejdede problematikk, og som ville utgjøre en utfordring med tanke på arbeid med pasienten (Freud, 1912a).

Motoverføring som begrep har blitt videreutviklet og nyansert etter Freud, fra å være en forstyrrelse til å bli et viktig redskap for terapeuten. Etter hvert beskrev flere

arbeidet med å få inn en ny ko-terapeut, at det antakeligvis vil komme på plass i løpet av høsten, og at det ser ut til å bli en spesifikk kollega som trer inn. Dette var enda ikke avklart i poliklinikken eller med den gjeldende kollegaen. Jeg sier også at det arbeides videre med å få inn nye gruppemedlemmer – at én allerede har takket ja, men at oppstartsdato er uklar, og at jeg er i samtaler med en annen. Videre sier jeg at jeg gir nærmere beskjed når ting er mer avklart. Denne typen informasjon om gruppen har jeg for vane å vente med å gi frem til det er satt en dato.

Når jeg er ferdig, tar Lisa ordet og tematiserer det å få inn en ny ko-terapeut, at jeg har hatt gruppen alene lenge, og at det vil være annerledes å ha to terapeuter i gruppen igjen. Kari stemmer i, og sier hun er glad jeg fortsetter, at det ikke blir helt nytt, og at det vil være noe trygt videre. Senere i gruppen forteller Lisa om en hendelse med sin mor. Hun forsvarte sykehuset overfor moren, da moren fortalte om et vennepar som var misfornøyd med sin

psykoanalytikere (bl.a. Heimann, 1950; Winnicott, 1949) hvordan motoverføring ikke nødvendigvis står i veien for, men tvert om kan være en vei inn til, en forståelse av pasienten. Heimann (1950) beskrev motoverføring som å omfatte alle bevisste og ubevisste reaksjoner terapeuten har i møte med pasienten, og at disse reaksjonene er knyttet til pasientens problematikk, og ikke terapeuten. Motoverføringen blir i dette perspektivet en slags «kongevei» til pasientens ubevisste, både til å forstå pasientens overføring og andres reaksjoner på pasienten.

Gullestad og Killingmo (2022) beskriver motoverføring som et affektivt gjensvar på ubevisst emosjonell og relasjonell kommunikasjon fra pasienten. De peker på betydningen av behandlers åpenhet og responsivitet på pasientens verbale og nonverbale kommunikasjon. En pasients indre relasjonelle verden og relasjonshistorikk trer frem gjennom pasientens overføring, og kan således fanges opp gjennom særlig oppmerksomhet rettet mot ens egen emosjonelle respons til pasienten, altså motoverføring (Gullestad & Killingmo, 2022).

Sandler (1976) argumenterer for hvordan analytikerens *rolleresponsivitet* viser seg gjennom reaksjoner på pasienten, ikke bare gjennom tanker og følelser, men og i hens holdninger og atferd. Analytikeren vil, innen rammene av den analytiske situasjonen, ha en tendens til å bøye seg for rollen som kreves av hen, og integrere det inn i hens gjensvar og relatering til pasienten. Det er kun i etterkant av situasjoner at hen har mulighet til å observere ens egen atferd, responser og holdninger (Sandler, 1976).

Sett i lys av Heimanns (1950) definisjon av motoverføring kan vi forstå mitt behov for å trygge gruppen som et gjensvar til det jeg har tolket som pasientenes ikke-verbaliserte usikkerhet. Måten jeg valgte å gjøre dette på, var å fremstille det som om jeg hadde oversikt over hva som skulle skje fremover. Det var som om jeg kjente på gruppens redsel for å gå i oppløsning, og fikk et behov for å uttrykke noe som skulle illustrere håp. Samtidig, ut fra et mer personlig og organisatorisk perspektiv, kan jeg forstå det som skjedde, som en freudiansk motoverføring, der det omhandler min egen situasjon. Jeg hadde sannsynligvis et ubevisst ønske om at gruppen skulle overleve og ikke falle fra hverandre. Jeg kan også ha reagert mer direkte på omorganiseringprosessen, hvilket jeg kommer tilbake til lenger ned i teksten.

— *Jeg tok kontroll
i frykt for
sammenbrudd*

Å forstå gruppens uro

Gruppen opplevde frafall, både av pasienter og behandlere, over en lengre periode. Noen av frafallene kom plutselig. Mulighetene for å arbeide med avslutning og gruppens overlevelse ble derfor utfordret. Det var som om det lakk i gruppen, og det var mangel på kontinuitet over tid. Således ønsker jeg å se nærmere på hendelsen opp mot tenkning rundt gruppe som et holdende og «containing» miljø.

Bion kobler proaktiv identifikasjon med hans «container–contained»-modell. Han beskriver hvordan spedbarnet håndterer u håndterlige følelser og interne tilstander gjennom å avskrive disse og projisere dem inn i mor. Følelsene gjennomgår da en slags transformasjonsprosess der de blir containet av mor, som da «avgifter», fordøyer og bearbeider det psykiske materialet, slik at barnet kan ta det imot (Bion, 1962). Et sentralt element blir hvordan omsorgsgiver får til å ta imot og skape mening ut av det barnet kommuniserer i den affektive dialogen. Bion forstod dette ikke bare som noe som evakueres fra spedbarnet, men også som et primitivt forsøk på å kommunisere med mor om det som er vondt og vanskelig. På samme måte vil pasienten i den analytiske situasjonen kunne kommunisere, der analytikeren vil arbeide med å containe pasientens ulike følelser.

Bion skriver og om hvordan en gruppe kan bli mottager av «anonyme bidrag». Dette kan skje når individet selv ikke har et ønske om at det skal komme tydelig fra hen selv. Han peker mot en tilblivelse av et ubevisst nivå i gruppekultur. Gruppen blir ikke bare «den andre» for individet, men også delvis skapt av individet gjennom de anonyme bidragene (Bion, 1961). Dersom gruppeanalytikeren får til å romme pasientens projektive identifikasjon, vil det være mulighet å modifisere og formidle tilbake gjennom for eksempel tolkning. Pasienten får tilbake både en modifisert del av seg selv, og analytikerens forstående og rommende aspekt (Hinshelwood, 1999).

Winnicotts begrep om «holding» har likhetstrekk til modellen om container–contained, og omhandler hvordan mor ivaretar spedbarnets væren over tid. Modning i spedbarnet skjer ved at det gradvis internaliserer mors «holding» av dens væren over tid. «Holding»-erfaringen skjer primært gjennom ulike emosjonelle vekslinger, og knyttes opp mot spedbarnets «going on being». Det er en frase Winnicott benytter for å formidle opplevelsen av å være i live i en tid før spedbarnet har blitt et subjekt (Winnicott, 1956). Hans hypotese er at når denne opplevelsen bryter sammen, ligger det en «fear of breakdown» i bunn (Winnicott, 1974). Dette gjelder især hos pasienter med sterke behov for rutiner, forutsigbarhet og kontroll, der avhengighet til den andre holdes på avstand.

Winnicott (1974) beskriver «fear of breakdown» som en ordløs erfaring av et sammenbrudd i båndet mellom mor og spedbarn – en traumatisk separasjonserfaring som ingen i omgivelsene ser eller legger merke til. Barnet har på den ene siden opplevd et traume, men har samtidig ingen bevisste minner om at det har skjedd, ettersom ingen i omgivelsene registrerte, identifiserte og speilet

— et bilde på hvordan organisatorisk uro kan slå inn i det kliniske arbeidet

barnets indre opplevelse av en uutholdelig separasjon. Spedbarnet, uten evne og kapasitet til å bære dets egne primitive smerter utløst av sammenbruddet, bruker et psykotisk forsvar som mestringsstrategi. Ved å ikke erfare sammenbruddet da det skjedde, lever personen i konstant frykt for noe uerfart som allerede har funnet sted (Winnicott, 1974). Med denne frykten vil barnet fremover gå på søken etter denne fortidige opplevelsen som ennå ikke er blitt erfart, i et ønske om å kunne legge det bak seg. Barnet utvikler et sterkt behov for oversikt og kontroll, som en strategi på å unngå at traumet blir aktualisert (Winnicott, 1974).

Freud (1914) beskriver hvordan erfaringer som ikke er bearbeidet eller bevisst kan erindres, heller kan handles ut i relasjonen her-og-nå. Det var dette han kalte overføring. Sandler (1976) definerer overføring til å også innbefatte ubevisste og ofte subtile forsøk på å manipulere eller provosere frem situasjoner som blir en repetisjon av tidligere erfaringer og relasjoner. Han kalte dette aktualisering. Det er særlig ubearbeidede følelser og minner som er gjenstand for slik aktualisering. I den kleinianske tradisjonen skjer slik aktualisering for eksempel gjennom enactment og proaktiv identifikasjon (Gabbard, 1995). Sandler (1976) kobler her sammen pasientens overføring og visse motoverføringsresponser via selve interaksjonen mellom pasienten og analytikeren. Pasientens overføring kan representere et forsøk på å skape en interaksjon mellom seg og analytikeren.

Sett i lys av de ovennevnte teoriene kan vi se for oss at jeg dagen hendelsen inntraff, kjente på en motoverføring som fanget opp en opplevelse av at gruppen som et holdende og containende miljø holdt på å rakne. Erfaringen av å rakne kan ligne på det Winnicott beskriver som «fear of breakdown». Hos den enkelte pasient er det en opplevelse som både har funnet sted, og som nå gjentar seg, der ubevisste minner blir aktualisert i gjentagelsen. For ulike personer kan følelsen av at det rakner ha ulike kilder, men gi samme stemning om at noe faller sammen. Stemningen kan tolkes som uttrykk for slike tidlige følelser som Winnicott (1974) og Sandler (1976) beskriver. Følelser som ikke har blitt speilet og dermed erfart og bearbeidet, gjentas derfor her og nå, i ønsket om å kunne legge dem bak seg. I gruppen min hadde de to pasientene

med seg en indre familie som hadde vært i en kollaps. Vi kan tenke oss at disse følelsene ble aktualisert i min motoverføring, i møte med en gruppe som nettopp stod i fare for kollaps. I møte med angsten kommer handlingen, utageringen. Jeg tok kontroll i frykt for sammenbrudd.

Organisatorisk uro og meg som arbeidstaker

Hendelsen jeg har beskrevet og undersøkt, kan være et bilde på hvordan organisatorisk uro kan slå inn i det kliniske arbeidet. Behovet jeg hadde for å vise at gruppen ville bestå, kan også forstås som en agering på en usikkerhet for om poliklinikken ville bestå. Mitt behov for å informere om arbeidet med å få inn ny terapeut og nye pasienter kan tolkes som en respons på organisatorisk uro. I det som fremtrer som et samspill mellom pasienten og analytikeren, argumenterer Gabbard (1995) for at pasientens projeksjon også krever en knagg hos mottageren for at den skal henge ved. Noe i den indre verdenen til analytikeren er med på å avgjøre om projeksjonen er en «good fit» med mottageren. Det som da blir fremmed i mottageren, er undertrykte aspekter av ens eget selv som aktiveres gjennom interpersonlig press fra pasienten. Det er ikke tilfeldig at et tema hos pasienten treffer analytikeren, men hvordan det treffer, vil avhenge av hvem analytikeren er som terapeut og person (Gabbard, 2001).

I perioden jeg hadde gruppen alene, benyttet jeg meg ikke meg av tiden etter hver gruppe på samme måte som tidligere. Det som skulle være en stund for å stoppe opp, reflektere og kjenne etter, var blitt erstattet med større mengde journalskriving, bekymring og utrygghet. Uten gode nok rammer og trygghet på arbeidsplassen, vokste det frem et ønske om forutsigbarhet og at noe vil vare over tid, en opplevelse av «holding».

Avslutning

Jeg har beskrevet en hendelse i et gruppeterapeutisk forløp der jeg utagerte på en motoverføring. I det gikk jeg glipp av det jeg nå tenker også kunne vært til hjelp for pasientene der og da. En nysgjerrighet og åpenhet for å snakke om eventuelle frykter og fantasier om at gruppen skulle gå i oppløsning, kunne åpnet for å utforske og romme følelser knyttet til deres egen historie, noe de hadde lite erfaring med både i gruppen og i eget liv. Ved å fylle stillheten og tomrommet med ord kan jeg ha fratatt pasientene muligheten til å kjenne på sin egen utrygghet og latt den tre tydeligere frem.

Hendelsen fremstår som et tverrsnitt av mange relevante temaer både for hvert gruppemedlem, gruppen, for klinikken og meg. Opplevelsen jeg satt med, speilet en opplevelse personalgruppen satt med i forbindelse med klinikkens uklare skjebne. Den ene forståelsen av det som skjedde, utelukker ikke den andre. De er ulike måter å tenke på som gir relevant informasjon om det som utspilte seg, og om mulige veier videre.

Motoverføringer kan være sterke krefter. I perioden arbeidsplassen var under trussel, opplevdes det mindre tilgjengelig å ha rom i meg selv der jeg kunne stoppe opp,

tenke og kjenne etter. En lærdom for meg har vært viktigheten av å ha et rom der jeg kan tillate meg å tenke rundt det som finner sted i gruppeterapien, spesielt når jeg skyves ut av posisjon. Dersom vi har rammer, evne og tilgang til å tenke rundt egne følelser og tanker, ligger det også muligheter i motoverføringene. De bærer viktig informasjon og kan bli nyttige i det videre arbeidet. ♀

REFERANSER

- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups and Other Papers*. Tavistock Publication.
- Bion, W. R. (1962). The psycho-analytic study of thinking. II: A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306–310.
- Freud, S. (1895/1950). A project for a scientific psychology. I S. J. London (Red.), *The Complete psychological works of Sigmund Freud, standard edition* (Vol. 1, s. 283–388). Hogarth Press.
- Freud, S. (1912a). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. I S. J. London (Red.), *The Complete psychological works of Sigmund Freud, standard edition* (Vol. 12, s. 111–120). Hogarth Press.
- Freud, S. (1912b). Observations on Transference-Love (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis III). I S. J. London (Red.), *The Complete psychological works of Sigmund Freud, standard edition* (Vol. 12, s. 157–173).
- Freud, S. (1914). Remembering, Repeating and Working-Through (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis II). I S. J. London (Red.), *The Complete psychological works of Sigmund Freud, standard edition* (Vol. 12, s. 146–156). Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-analysis*, 76, 475–485.
- Gabbard, G. O. (2001). A Contemporary Psychoanalytic Model of Countertransference. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 57(8), 983–991. <https://doi.org/10.1002/jclp.1065>
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2022). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Heimann, P. (1950). On Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81–84.
- Hinshelwood, R. D. (1999). Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 80(4), 797–818. <https://doi.org/10.1516/0020757991598927>
- Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psycho-analysis*, 3, 43–47.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the Counter-Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69–74.
- Winnicott, D. W. (1956). Primary Maternal Preoccupation. *Through Paediatrics to Psycho-analysis*, 100, 300–305.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of Breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, 1(1–2), 103–107.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 939–948.
- Zachrisson, A. (2012). Terapeutens indre arbeid. Refleksjoner over motoverføring og nøytralitet, metode og etikk. I R. Ulberg, A. G. Hersoug & T. Knutsen (red.), *Psykoterapi i utvikling* (s. 81–96). Akademika.

TEKST Gro Berge
Rask Psykisk Helsehjelp,
Øygarden kommune

Stian Sørheim Espevoll
Rask Psykisk Helsehjelp,
Øygarden kommune

Else Norunn Skjæveland
Rask Psykisk Helsehjelp,
Øygarden kommune

Kyrre Dyregrov
Rask Psykisk Helsehjelp,
Øygarden kommune

Veslemøy Vold
Rask Psykisk Helsehjelp,
Øygarden kommune

Aud Eli Waage
Rask Psykisk Helsehjelp,
Øygarden kommune

iEMDR i kommunehelsetenesta

Øygarden kommune har utvikla ein modell for å gjere traumefokusert behandling meir tilgjengeleg.

Omtrønt 22 500 vaksne nordmenn blir årleg utsett for traumatiske hendingar, og om lag 2500 utviklar årleg posttraumatisk stresslidning (PTSD) (Lassemo et al., 2017). Å leve med ubehandla PTSD aukar risikoen for tilleggssproblematikk som smerter, depresjon, angst og rusavhengigheit, men også somatiske plager som kardiovaskulær sjukdom (Roer et al., 2023). Traumebehandling i Noreg er noko ein i all hovudsak får tilgang til gjennom spesialisthelsetenesta, men som fordrar at symptomta har medført eit betydeleg funksjonstap. Dette gjer at mange med PTSD-symptom må vente lenge med å få hjelp. Kommunen har også eit lovpålagt ansvar for å tilby helsehjelp for psykiske plager. Om ein får tilbod om traumebehandling, varierer imidlertid frå kommune til kommune. Videre har vi i Noreg, som elles i verda, også hatt ein lang tradisjon med å tilby fasebasert behandling der stabilisering gjerne er tilordna førstelinjehelsetenesta. Samstundes har nyare forskning gitt oss kunnskap om at ein stabiliseringsfase ikkje er naudsynt (De Jongh et al., 2016). Dette talar for at vi også i kommunen bør kunne tilby traumefokusert behandling.

KONTAKT gro.berge@oygarden.kommune.no

MERKNAD
GB er i valkomiteen til EMDR Norge.

Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) tilbyr gjennom prosjektet *Implementering av kunnskapsbasert traumebehandling til voksne (ITV)* opplæring i evidensbasert behandlingsmetodikk til behandlere i spesialisthelsetjenesta. Når det gjeld førstelinjetjenesta, tilbyr om lag 95 kommunar og bydelar i dag Rask psykisk helsehjelp (RPH) for milde til moderate psykiske lidningar. Evidensbasert traumebehandling inngår som del av RPH-opplæringa. I National Institute for Health and Care Evidence [NICE] (2018) sine retningslinjer for kunnskapsbasert behandling av PTSD er særleg kognitiv terapi for PTSD samt EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*) anbefalt. Metodane inngår både i ITV-prosjektet (EMDR og CT-PTSD) og i RPH-opplæringa (CT-PTSD).

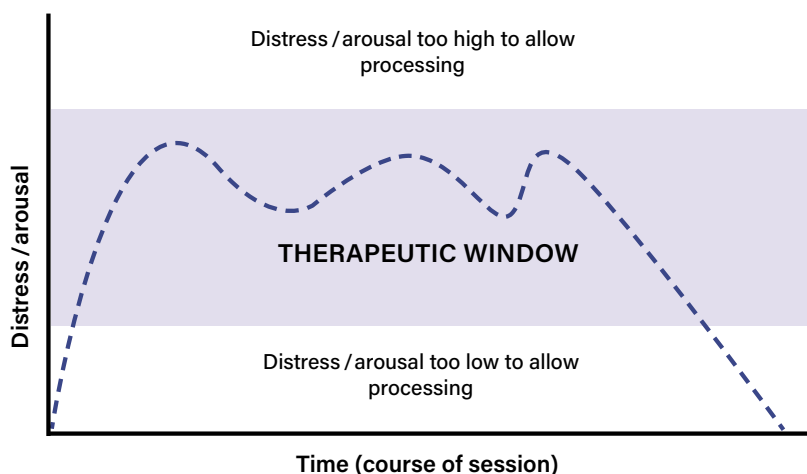
Ved RPH i Øygarden kommune har vi, etter inspirasjon og opplæring frå det nederlandske EMDR-miljøet hos PSYTREC (Psychotrauma Expertice Centre), utvikla modellen iEMDR. iEMDR er traumebehandling gitt *intensivt* over *internet* med EMDR som behandlingsmetode, og vi meiner den kan fasilitere tilgangen på traumefokusert behandling. EMDR er ein metode der pasienten ved å hente fram traumet og samstundes få forstyrta arbeidsminnet får hjelp til å starte reprosessering av traumet. Her skildrar vi metodikken og utviklinga av behandlingsmodellen iEMDR, samt argumenter for kvifor denne kan svare ut nokre av utfordringane kring det å gi effektiv traumebehandling.

EMDR

EMDR som metode baserer seg på AIP-modellen (adaptiv informasjonsprosessering) (Shapiro & Laliotis, 2011). Tradisjonelt sett har augerørsler vore nytta for å fasilitere prosesseringa (Shapiro & Laliotis, 2011). AIP-modellen legg til grunn at ved hjelp av prosessering fasilitert gjennom EMDR får pasienten hjelp til å finne ein meir adaptiv måte å forholde seg til traumeminnet på. Det er ein debatt i EMDR-miljøet om kva som er den verksame faktoren i behandlinga: om det er augerørslene i seg sjølv, eller den kognitive prosessen augerørslene aktiverer. Fleire og fleire støttar seg i dag på ei arbeidsminnehypotese (De Jongh et al., 2020). Ifølgje hypotesa tar EMDR nytte av at arbeidsminnet har avgrensa kapasitet. Når merksemda er retta mot traumeminnet, som dermed blir holdt i arbeidsminnet, legg ein til oppgåver som belastar arbeidsminnet til det maksimale. Augerørsler er ei form for oppgåve som kan fungere til dette føremålet. Dette kallar vi *tosidig merksemd*, som har vist seg både å fasilitere tilgang på ny prosessering av minnet, men og å gjere det meir tolererbart for pasienten å våge å sleppe til ubehaget. For eksempel kan det hjelpe pasientar med ikkje å gå inn i dissosiasjon, men med å forbli i det optimale terapeutiske vindauget (figur 1) (Murray & El-Leithy, 2022).

FIGUR 1

Det terapeutiske vindauget



Merknad. Lånt frå Murray & El-Leithy, 2022.

Målet med EMDR er altså å hjelpe pasienten med å forhalde seg til traumeminnet på ein meir adaptiv måte (AIP-modellen). SUD (*subjective level of disturbance*) er mål på aktivering og ubehag. Intensiv EMDR fungerer særleg godt der pasienten har traumer med høg SUD. Behandlaren si oppgåve er å hjelpe pasienten å hente fram minnet, slik at det er aktivert i alle modalitetar. Forsking

syner at jo betre aktiveringa er, dess meir effektiv vil behandlinga kunne bli (Cuperus et al. 2019; Geusau et al., 2023; Lane et al., 2015). Om ein ikkje klarar å hente opp høg aktivering ved å førestille seg det som skjedde, er ulike hjelpemidlar, som lydar, lukter, bilete, kroppspositur og anna ofte hjelpsam.

Høg aktivering betyr og høg emosjonalitet i timen. Terapeuten skal hjelpe pasienten til å våge å gå inn i dei minnene hen har forsøkt å halde på avstand. Det kan vere skremmande både for pasient og for terapeut. Terapeuten har her ei svært viktig oppgåve med å klare å vise tryggleik og mot for pasienten.

Øygarden iEMDR – vår modell

I 2016 opplevde Øygarden kommune ei stor tragedie, då eit helikopter styrta over Turøy. Mange av innbyggjarane blei utsette for store påkjenningar og måtte finne ein måte å komme seg vidare på, med helikopterdur som ein del av det daglege miljøet. For å kunne tilby traumebehandling til dei barna og vaksne som var i behov for det, fekk fleire i kommunen opplæring i EMDR. I RPH Øygarden er vi derfor 6 EMDR-terapeutar: ein psykiatrisk sjukepleiar, ein vernepleiar og fire kommunepsykologar. Å ha denne unike kompetansen på traumebehandling i kommunen har gjort at vi har kjent oss forplikta til å sikre oss at den blir nytta og halde ved like. I 2018 var årskonferansen til EMDR Norge lagt til Bergen, der Ad de Jongh presenterte korleis dei har utvikla eit intensivt behandlingstilbod i Nederland for pasientar som det ordinære behandlingssparatet ikkje har lukkast med å behandle (Van Woudenberg et al., 2018). Erfaringane inspirerte og motiverte oss til å sjå på moglegheita for å tilpasse modellen til eigne forhold.

Øygarden iEMDR er vår intensive behandlingsmodell, der traumebehandling med EMDR blir gitt intensivt over fem dagar. Opptaksområdet er Øygarden kommune. Dei som mottek behandlinga, har sjølv tatt kontakt med oss med ønske om iEMDR, eller det framkjem som eit behov i andre behandlingstilbod hos RPH.

Pasienten deltek frå eigen heim via sikre behandlingsrom på nettet. Behandlinga består av 8 x 90 minutt individuelle sesjonar, samt eit oppstarts- og eit avslutningsmøte i gruppe. Då vi starta med iEMDR, hadde vi ein sesjon per dag over åtte dagar, men erfaringane våre syner at to sesjonar om dagen over fem dagar fungerer vel så bra. Sjå Tabell 1 for målt symptomnivå før og etter behandling, både i åtte- og femdagersvariant. I tillegg til EMDR har den som mottek behandlinga, sin eigen plan for fysisk aktivitet, til gjennomføring før kvar behandlingstime. Dette er basert på forskning om effekten av fysisk aktivitet på konsentrasjon og ny læring, og hjelper pasienten med å vere fokusert og opplagt når behandlingstimen startar.

I forkant av forløpet utformar ein av oss i teamet ein grundig behandlingsplan saman med pasienten, som inneheld kva traumer vi skal jobbe med, og i kva rekkefølge. Vi kartlegg traumesymptom, triggere og unngåing, klargjer målsetjing med behandling, screenar

for risikofaktorar, og så bortover. For at iEMDR skal vere indikert, er kravet minimum fem A-kriterie traumer (DSM-V). Kravet skal sikre at det er behov for denne relativt omfattande behandlinga i kommunal «målestokk». Behandlingsplanen er eit felles arbeidsverktøy som blir delt med pasienten.

iEMDR blir gjennomført med terapeutotasjon. Det vil seie at pasienten gjennom behandlinga møter alle seks terapeutane i teamet. Terapitimane blir tatt opp på video. I forkant av kvar behandlingstime har teamet møte for å overlappa og overføre informasjon. Her syner vi klipp frå behandlingstimar, og rettleiar kvarandre på utfordringar som dukkar opp undervegs. Vi har alltid ein behandlar i «back-up» i tilfelle fråver, for å sikre at behandlinga går etter planen. Det vil seie at maks fem pasientar kan delta i kvart intensive løp. Vi førar journal etter kvar time etter ein fast mal. I løpet av eit år har vi fire til fem veker med iEMDR-behandling, som er fastlagt i vår kurskalender.

iEMDR – våre erfaringar

Terapeutotasjon

Terapeutotasjon utfordrar konvensjonell terapiforskning på relasjonen som bærebjelke i terapien. Kanskje gjer intensiteten i iEMDR-behandlinga og bruken av behandlingsprotokoll dette mogeleg. Ein del av pasientane våre vegrar seg for å ta imot behandling frå ulike terapeutar, men overraskande mange forstår rasjonalet og møter det med interesse og nysgjerrigheit. Det er viktig for pasientane at dei opplever at det har vore gjort grundig overlevering av informasjon om behandlinga mellom kvar sesjon. Nokre synast det er slitsamt å gjenta seg sjølv, andre synast at det å ha fortalt om det verste som har hendt dei, til fleire terapeutar, gjer det lettare å forhalda seg til det som har skjedd.

Sjølv om vi forsøker å utøve metodikken likt, er det likevel skilnadar mellom oss som terapeutar. Mange pasientar kommenterer at nettopp dette får dei til å sjå kor sårbar pasient-terapeut-relasjonen er, dersom ein ikkje opplever «kjemi» med behandlaren sin. Vi får og tilbakemeldingar om at det er nyttig å høyre det same frå ulike terapeutar, og at vi ofte seier og gjer ting litt ulikt, noko som kan fasilitere endring. I vår modell er ikkje relasjonen til terapeuten det viktigaste, men klientane si tillit og tiltru til eit strukturert og grundig behandlingssopplegg, som samstundes gjer fornya håp og tru på å få det betre. At alle terapeutane i teamet har hatt terapi med kvar enkelt pasient, hevar også kvaliteten på rettleiinga vi gjev kvarandre. Det skapar også ei oppleving av å stå saman som eit team kring pasienten.

Traumebehandling over internett

Det er som regel lite problematisk at behandlinga skjer digitalt. Før behandlinga startar, avklarar vi at pasienten har tilgang til eit rom hen kan vere i åleine, ei datamaskin og internett. Dei fleste deltakarane har opplevd det som ein fordel å kunne sitte heime i trygge omgjevnader,

sleppe reising og å ha moglegheit til å starte og avslutte kvar time med eit «tastetrykk». All trening før timane er og planlagt, slik at den kan bli gjennomført heime. Datatrøbbel er noko behandlarane har blitt nokså kreative på å løyse når det oppstår, og skapar sjeldan problem.

Symptom før og etter iEMDR

Når behandlinga er avslutta, blir pasientane følgt opp med symptomkartlegging over telefon etter to veker, og etter to og seks månadar. Dersom pasientar har behov for ytterlegare hjelp, losar vi dei til andre behandlingstilbod. Dei aller fleste behandlingsforløp blir avslutta etter oppfølgingsperioden. Kartlegginga vår syner stor betring i traumesymptom etter to veker, og denne betringa viser seg stabil også etter to og seks månader (Tabell 1).

TABELL 1

Kartlegging av symptom før og etter iEMDR-behandling

	Pre	14 dagar	2 månader	6 månader
<i>n</i> =	28	27	22	22
IES-r ^a	47.2	14.9	13.6	15.6
<i>n</i> =	13	13	11	8
PCL-5 ^b	43.7	21.7	16.5	19

Merknad. ^aIES-r (Impact of Event Scale revised) brukt ved 8 dagers iEMDR, ^bPCL-5 (The Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5), brukt ved 5 dagers iEMDR.

Argument for iEMDR i kommunehelsetenesta

På tvers av kommunegrenser

Sjølv om tilgangen til opplæring i traumefokusert behandling i Noreg er aukande, får for få personar tilgang til effektiv behandling. Også ved RPH møter vi ein god del pasienter med ganske omfattande traumehistorikk og symptom, men som likevel har eit funksjonsnivå som gjer at dei (enno) ikkje kvalifiserer for hjelp i psykisk helsevern. Dette kjem med ein god del belastning for den enkelte, og har også negative samfunnsøkonomiske konsekvensar (Riggs et. al., 2020).

Ved å sikre tilgang til traumebehandling i kommunen, som med iEMDR, kan ein hindre belastning og tap av livskvalitet hos den råka og avlaste spesialisthelsetenesta. Kommunale kriseteam fangar opp ein god del av traumesakene, fastlege enno fleire. Ved å bruka digitale løysingar kan terapeutar i førstelinjetenesten samarbeide på tvers av kommunar om behandling av traumepasientar. Større kommunar vil kunne organisere dette lokalt, som vi gjer i Øygarden for våre om lag 40 000 innbyggjarar.

Hindre drop-out og drifting

Poliklinisk traumebehandling over tid er krevjande for pasienten og kan føre til fråfall eller såkalla *drop-out* (Auren et. al., 2022; Lewis et al., 2020). Ein systematisk gjennomgang av metaanalyser syner så mykje som 20,9 % drop-out frå poliklinisk traumefokusert behandling (Varker et al., 2021). Det at traumefokusert behandling også er emosjonelt krevjande for terapeuten, kan føre til at terapeuten blir frista til endring i intervensjon, såkalla *drifting*.

Intensive løp kan også svare ut ein del strukturelle utfordringar frå poliklinisk traumefokusert behandling knytt til behov for hyppigare frekvens på timar og lengre sesjonar enn det som ofte praktisk sett let seg gjere.

Vår kliniske erfaring er at det også er mykje lettare, både for pasient og terapeut, å fullføre behandlinga når den har ei tidsavgrensing. Vi har opplevd svært lav drop-out, faktisk berre ein person av meir enn 50 deltakarar, og skulle ein terapeut bli sjuk, er det fullt mogeleg å gjennomføre med ein anna EMDR-terapeut.

Å jobbe i team styrkar behandlinga

Å jobbe intensivt og saman i team sikrar også fidelitet. Vanligvis saknar mange terapeutar kollegadrøftingar og rettleiing når dei jobbar traumefokusert, og mange er også aleine om å ha denne kompetansen i einingane sine.

Tilgang på kollegastøtte ved iEMDR gjer at vi som terapeutar lettare får det vi treng for å kunne hjelpe pasienten med å stå i sterkt ubehag, noko vi kanskje ville ha funne vanskeleg i eit individuelt

forløp. Vi kan få hjelp og rettleiing omgåande når vi møter utfordringar, og vi kan saman hjelpe kvarandre med å optimalisere behandlinga til kvar pasient. Det gjer det også enklare å innlemme ein ny terapeut i tilbodet når ein har moglegheit for mengdetrening, kollegastøtte og rettleiing.

Hjelp med det som destabiliserar

Mange terapeutar nyttar seg ikkje nok av den kompetansen dei har om traumebehandling. Ein har blant anna funne at terapeutar ikkje har tillit til at forskning på evidensbaserte metodar kan omsettast til praksis, særleg for kompleks PTSD (KPTSD) (Bækkelund et al., 2022; Rosen et al., 2016). Til dømes kan mange frykte at vanskar med emosjonsregulering vil gjere traumefokusert behandling, ut over stabilisering, utfordrande. Spørsmålet er om denne angsten er størst hos behandlarane. Klinisk forskning har nemlig vist at pasientar med KPTSD har stor nytte av traumefokusert behandling (Bækkelund et al., 2022), også intensiv

behandling (Bongaerts et al., 2022). Videre har studier vist at tilbodet om stabiliseringsgrupper, som har vore eit utbreidd tilbod i norske klinikkar, ikkje er føremålstenleg (Bækkelund et al., 2021).

Avslutning

Sjølv om tilgangen til god behandling er aukande, er den likevel altfor lav, og på kommunalt nivå altfor geografisk tilfeldig. Den traumefokuserte behandlinga kjem også med fleire store utfordringar. Både pasientar og terapeutar strevar med å stå behandlingssløpa ut, og rammene i både kommunar og poliklinikkar gjer det vanskeleg å gi behandlinga på den måten behandlinga virkar best.

I Øygarden kommune har vi utvikla iEMDR først og fremst som eit viktig behandlingssupplement i RPH for våre innbyggjarar. Modellen svarar også ut ein del av utfordringane traumefeltet står overfor, som vi håpar kan vere til inspirasjon og nytte for andre terapeutar både i kommune og spesialisthelseteneste. 🧠

REFERANSAR

- Alting van Geusau, V. V. P., de Jongh, A., Nuijs, M. D., Brouwers, T. C., Moerbeek, M. & Matthijssen, S. J. M. A. (2023). The effectiveness, efficiency, and acceptability of EMDR vs. EMDR 2.0 vs. the Flash technique in the treatment of patients with PTSD: study protocol for the ENHANCE randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1278052. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1278052>
- Auren, T. J. B., Klæth, J. R., Jensen, A. G. & Solem, S. (2022). Intensive outpatient treatment for PTSD: an open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048>
- Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A., Rozendaal, L., Telkamp, B. S. D. & de Jongh, A. (2022). Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2103287>
- Bækkelund, H., Endsjø, M., Peters, N., Babaii, A. & Egeland, K. (2022). Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: clinical outcomes and impact of probable complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2116827>
- Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A. & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Cuperus, A. C., Laken, M., Van Schie, K., Engelhard, I. M. & Van den Hout, M. A. (2019). Dual-tasking during recall of negative memories or during visual perception of images: Effects on vividness and emotionality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62(112-116), ISSN 0005-7916. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.10.003>
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. T., Feeny, N., Rauch, S. A., Chard, K. M., Mueser, K. T., Sloan, D. M., Van der Gaag, M., Rothbaum, B. O., Neuner, F., De Roos, C., Hehenkamp, L. M., Rosner, R. & Bicanic, I. A. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5). <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., Farrell, D. & Maxfield, L. (2020). Empirically Supported Psychological Treatments: EMDR. I J. G. Beck & D. M. Sloan (Red.), *Handbook of Traumatic Stress Disorders* (2. utg., s. 789–803). Oxford Library of Psychology, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190088224.013.33>
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L. & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *The Behavioral and brain Brain Sciences*, 38, e1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F. & Sørgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 11–19. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Gibson, S. & Bisson, J. I. (2020). Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1709709>
- Murray, H. & El-Leithy, S. (2022). *Working with complexity in PTSD*. Routledge.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder NG116. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Riggs, D. S., Willing, M. M. P., Mallonee, S., Rosen, C., Stirman, S. W. & Dorsey, S. (2020). Training and implementation of evidence-based psychotherapies for PTSD. I D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson & L. Berliner (Red.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (3. utg., s. 469–491). The Guilford Press.
- Roer, G. E., Lien, L., Bolstad, I., Aasetj, J. O. & Abebe, D. S. (2023). The impact of PTSD on risk of cardiometabolic diseases: a national patient cohort study in Norway. *BMC Psychiatry*, 23, 349. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04866-x>
- Rosen, C. S., Matthieu, M. M., Wiltsey Stirman, S., Cook, J. M., Landers, S., Bernardy, N. C., Chard, K. M., Crowley, J., Eftekhari, A., Finley, E. P., Hamblen, J. L., Harik, J. M., Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Osei-Bonsu, P. E., Rodriguez, A. L., Ruggiero, K. J., Ruzek, J. I., Smith, B. N., Trent, L. & Watts, B. V. (2016). A Review of Studies on the System-Wide Implementation of Evidence-Based Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder in the Veterans Health Administration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Research*, 43, 957–977. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0755-0>
- Shapiro, F. & Liliotis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39, 191–200. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0300-7>
- Van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., Van Minnen, A. & De Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1487225>
- Varker, T., Jones, K. A., Arjmand, H. A., Hinton, M., Hiles, S. A., Freijah, I., Forbes, D., Kartal, D., Phelps, A., Bryant, R. A., McFarlane, A., Hopwood, M. & O'Donnell, M. (2021). Dropout from guideline-recommended psychological treatments for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100093. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100093>

OVERSIKT

Ulrikke Galtung Døsvig Hoff

Helse Bergen, Psykiatrisk klinikk

Regine Leidland

Helse Bergen, LAR Øvregaten

Anita Lill Hansen

Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet

Mindfulnessbaserte intervensjoner for utøvere av partnervold – en oversikt

Sammendrag

Forskning har vist at tradisjonell behandling rettet mot utøvere av partnervold basert på Duluth-modellen og kognitiv atferdsterapi har begrenset langtidseffekt. De senere årene har behandling som i større grad adresserer variasjoner i utøverens individuelle karakteristikk, fått økt oppmerksomhet. Mindfulnessbaserte behandlinger er eksempler på slike tilnærminger. Tidligere oppsummert forskning av mindfulnessbaserte behandlinger har ikke vært systematisk og har ikke fokusert på langtidseffekt. Hensikten med litteraturgjennomgangen er derfor å undersøke langtidseffekten av mindfulnessbaserte behandlinger på utøvelse av partnervold sammenlignet med tradisjonell behandling. Et sekundært mål er å se på mindfulnessbaserte behandlings effekt på andre relevante psykologiske variabler. Vi foretok et systematisk litteratursøk i databasene Web of Science, PsycINFO, Proquest og PubMed. Seks studier tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Vi fant støtte for at aksept- og forpliktelsesbaserte terapier (ACT, ACTV) hadde bedre langtidseffekt enn tradisjonell behandling når det gjelder reduksjon i utøvelse av partnervold. MBSR (mindfulness-based stress reduction) og MBB (mind-body bridging) ga også reduksjon i partnervold, men ikke i større grad enn tradisjonell behandling. Videre fant vi støtte for at mindfulnessbaserte behandlinger ga reduksjon i opplevelsesunnngåelse og emosjonell dysregulering og førte til bedring i psykisk helse. Funnene må tolkes med forsiktighet grunnet svakheter ved primærstudiene.

KONTAKT ulrikkegdh@hotmail.com**MERKNAD** UGDH og RL har bidratt like mye i arbeidet med denne artikkelen. Ingen oppgitte interessekonflikter.**FAGFELLEVDERT****CC BY 4.0**

Nøkkelord: mindfulnessbasert behandling, aksept- og forpliktelsesbasert terapi, partnervold, utøver, langtidseffekt, systematisk litteraturgjennomgang

Partnervold berører på globalt nivå millioner av mennesker hvert år (Sardinha, 2022; World Health Organization, 2021). Nasjonale tall viser at partnervold utgjør et alvorlig og økende problem, også i Norge (Dale et al., 2023; Thoresen & Hjemdal, 2014). For å redusere og forebygge partnervold er det nødvendig med kunnskap om hva som er effektiv behandling. Tradisjonell behandling for utøvere av partnervold baserer seg på Duluth-modellen og kognitiv atferdsterapi (KAT) (Babcock et al., 2004). Duluth-modellen ble utviklet på 1980-tallet som tvungen behandling for menn dømt for partnervold, siktet mot å redusere tilbakefall, også kalt *residivisme*. Modellen innebærer blant annet psykoedukasjon om antakelser om vold og patriarkalske holdninger for å fremme et likestilt syn på kjønnene (Pence & Paymar, 1993). I KAT tilskrives voldsutøvelse vansker med emosjonsregulering og kognitive forvrengninger, hvilket adresseres i behandlingen (Eckhardt et al., 2013). I Norge er to behandlingstilbud for utøvere av partnervold utbredt: Sinnemestring Brøstetmodellen (Haugan & Jarwson, 2005) og Alternativ til vold (ATV) (Askeland et al., 2012). Brøstetmodellen har KAT som teoretisk rammeverk, og mange ATV-behandlere benytter elementer fra KAT (Askeland et al., 2012; Haugan & Jarwson, 2005).

En metaanalyse av 22 studier fant liten effekt av Duluth-modellen og KAT, med 5 % lavere residivisme sammenlignet med kontrollgruppen som ikke fikk behandling (Babcock et al., 2004). Nyere studier støtter funnene (Cheng et al., 2019; Travers et al., 2021). Flere har argumentert for at den begrensede effekten av Duluth-modellen og KAT kan skyldes at de i for liten grad tilpasses individuelle karakteristikk og risikofaktorer (Butters et al., 2021; Travers et al., 2021). Eksempler på risikofaktorer for utøvelse av partnervold er emosjonell dysregulering, angst, PTSD (*post-traumatic stress disorder*), depresjon og rusavhengighet (Breet et al., 2019; Maloney et al., 2023; McMurran, 2017; Yu et al., 2019). Risikofaktorene er også funnet i norske utvalg (Askeland et al., 2012; Askeland & Heir, 2014). Duluth-modellen adresserer ikke risikofaktorer og benytter en manual med samme intensitet og varighet uavhengig av individuelle behov (Maiuro & Eberle, 2008). KAT har kun en viss grad av tilpasning (Travers et al., 2021). Det er altså behov for tilnærminger som kan tilpasses utøverens individuelle utfordringer. I lys av dette har mindfulnessbaserte behandlinger fått økt oppmerksomhet (Travers et al., 2021).

Aksept- og forpliktelsesterapi (*Accept and commitment therapy*; ACT) er en mindfulnessbasert behandling som har vist effekt på risikofaktorer for partnervold som emosjonell dysregulering, angst og depresjon (Beygi et al., 2023; Norouzi et al., 2017). ACT kombinerer mindfulnesssteknikker med verdiorientert atferdsendring for å styrke psykologisk fleksibilitet og redusere opplevelsesunngåelse (Hayes et al., 2012). Psykologisk fleksibilitet innebærer å forholde seg fleksibelt til tanker og følelser og handle i samsvar med verdier (Hayes et

al., 1999). Opplevelsesunngåelse er en tendens til å unngå ubehagelige indre opplevelser gjennom uhensiktsmessige handlinger (Hayes et al., 1996). Et ACT-basert behandlingsprogram utviklet for utøvere dømt til behandling for partnervold er *Achieving Change Through Value-based behavior* (ACTV) (Zarling et al., 2019).

Andre eksempler er *Mindfulness-based stress reduction* (MBSR) og *Mind-Body Bridging* (MBB). MBSR fokuserer på å utvikle evnen til å legge merke til og å akseptere indre opplevelser (Kabat-Zinn, 1996). Forskning har vist at MBSR kan redusere symptomer på PTSD, angst og depresjon (de Vibe et al., 2017; Polusny et al., 2015). MBB kombinerer elementer fra KAT, dialektisk atferdsterapi og MBSR (Block & Block, 2007). Aggresjon tolkes som et resultat av indre overaktivering og aggressive handlinger kan dempe aktiveringen (Block & Block, 2007). Mindfulnesssteknikker kan bidra til å redusere aktiveringen, hvilket kan føre til bedre emosjonsregulering og da økt impuls kontroll (Tollefson et al., 2009).

Når det gjelder oppsummert forskning på effekten av mindfulnessbaserte behandlinger på utøvelse av partnervold, finnes det én litteraturgjennomgang (Mitchell & Wupperman, 2022). Den er ikke systematisk og fokuserer ikke på langtidseffekter. Langtidseffekt er viktig fordi korte oppfølgingsperioder ikke godt nok fanger opp tilbakefall (Richards et al., 2014). Litteraturgjennomgangen inkluderte også studier med varierende metodologisk kvalitet. Eksempelvis manglet to studier kontrollgruppe (Tollefson et al., 2009; Wupperman et al., 2012). Vårt mål har derfor vært å gjøre en systematisk litteraturgjennomgang med studier som sammenligner langtidseffekten av mindfulnessbaserte behandlinger med tradisjonell behandling på utøvelse av partnervold. Et sekundært mål er å se på mindfulnessbaserte behandlingers effekt på relevante psykologiske variabler - enten faktorer som gir økt sannsynlighet for utøvelse av partnervold, eller antatte endringsmekanismer i behandlingen.

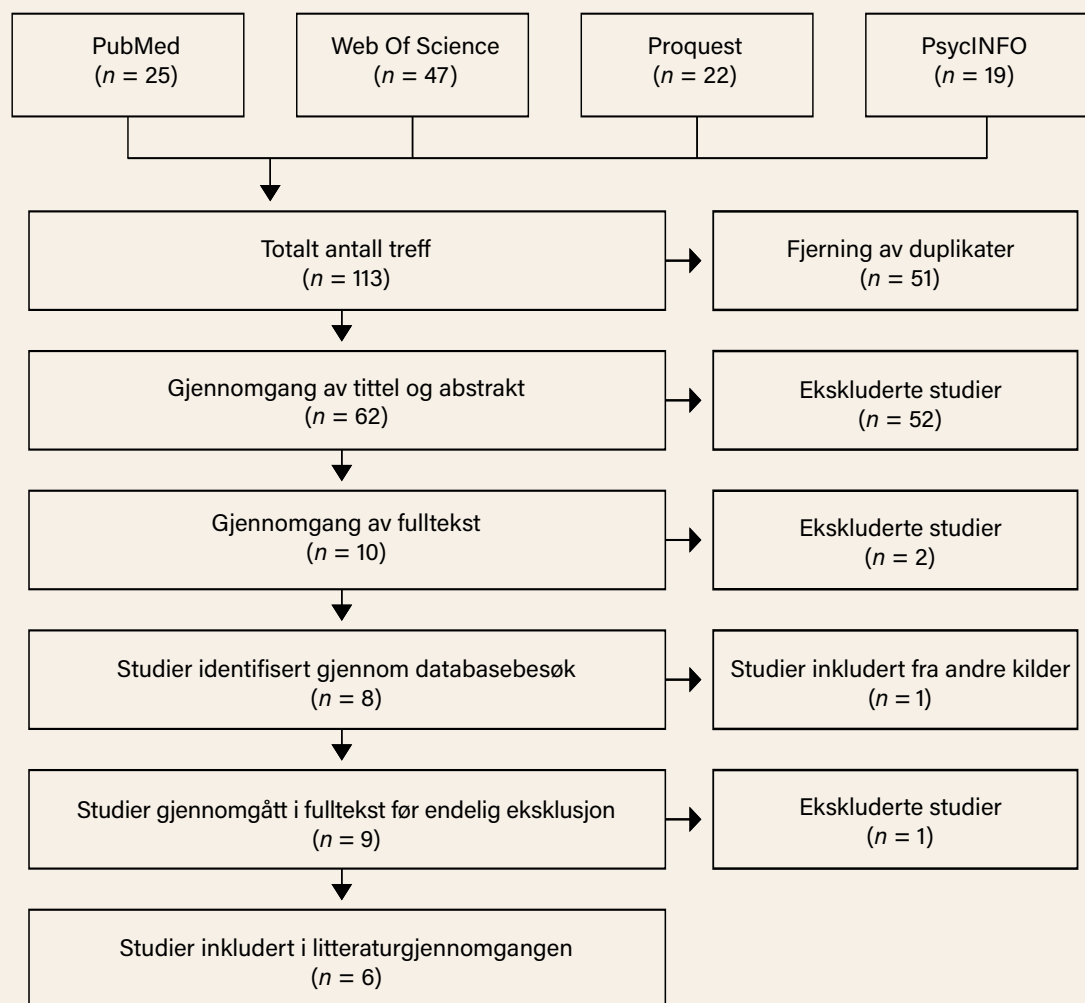
Metode

Vi gjorde systematiske søk i Web of Science, PsycINFO, Proquest og PubMed med søkeordene: ("intimate partner violence" OR "domestic violence" OR "partner aggression" OR "marital violence") AND ("acceptance and commitment therapy" OR "achieving change through value-based behavior" OR "mindfulness based stress reduction" OR "dialectical behavior therapy" OR "mind-body bridging" OR "mindfulness-based"). Vi søkte etter og sjekket om sentrale forskere hadde publikasjoner på feltet som ikke hadde kommet med i søket, samt supplerende søk i Google Scholar. Inklusjonskriteriene for utvelgelse av studier var: 1) behandling av personer som har utøvd partnervold i form av fysisk, psykisk, seksuell vold, kontrollerende atferd og/eller personforfølgelse (*stalking*) 2) sammenligning av mindfulnessbaserte behandlinger

med tradisjonell behandling (Duluth-modellen, KAT og/eller støtteterapi), 3) minst seks måneders oppfølgingstid, 4) definert utfallsmål benyttet før, under og etter behandling, 5) deltakere over 18 år, 6) fagfellevurderte studier, 7) RCT (*randomized controlled trials*) eller kvasirandomiserte studier og 8) publisert på dansk, norsk, svensk eller engelsk.

FIGUR 1

Flytdiagram over søkeprosessen



Siste litteratursøk ble utført 3. desember 2023 og ga 113 treff. Etter fjerning av duplikater gjensto 62 studier. Titler og sammendrag ble vurdert av UGDH og RL uavhengig av hverandre. Ti artikler ble gjennomgått i fulltekst. Åtte ble inkludert. To var oppfølgingsstudier (Neset et al., 2021; Zarling et al., 2020) og ble ikke regnet som egne studier.

Dataekstraksjonen ble gjennomført ved å fylle ut et skjema per primærstudie basert på Cochrane's mal for dataekstraksjon. Funn ble sammenstilt i tabeller. For å vurdere studienes interne validitet brukte vi *Cochrane Risk of Bias Tool* (Higgins et al., 2011). Verktøyet estimerer risiko for systematiske skjevheter med syv biaskriterier, som lav, høy eller uklar risiko. UGDH og RL vurderte kriteriene. Vi analyserte resultatene og drøftet funnene med bruk av narrativ metode (Cochrane, 2020).

Resultater

Seks primærstudier oppfylte inklusjonskriteriene. Fire var RCT og to var kvasirandomiserte. De mindfulnessbaserte behandlingene som ble undersøkt, var ACT, ACTV, MBSR og MBB. Disse ble sammenlignet med tradisjonell behandling: Duluth-modellen, KAT, en kombinasjon og/eller støtteterapi.

Utfallsmålene som ble benyttet for å kartlegge utøvelse av partnervold, var: residivisme kartlagt ved hjelp av rettsprotokoller, *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2; Straus et al., 1996) hvor skårer ble innhentet fra deltakere og/eller partner, og *Multidimensional Measure of Emotional Abuse* (MMEA; Murphy & Hoover, 1999). Utfallsmål på relevante psykologiske variabler var symptomer på angst og depresjon kartlagt med *Hopkins Symptom Checklist 25*

(HSCL-25; Derogatis et al., 1974), emosjonell dysregulering kartlagt med *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004), opplevelsesunnngåelse kartlagt med *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ; Bond et al., 2011), mindfulnesskomponenter kartlagt med *The Five Facet Mindfulness Questionnaire* (5-FMQ; Baer et al., 2006) og generell velvære kartlagt med *SF-36 Health Survey* (SF-36; Ware & Sherbourne, 1992).

Fem studier ble gjennomført i USA og én i Norge. De hadde enten frivillig eller tvungen deltakelse. Oppfølgingstid varierte fra seks måneder til fem år. Antall behandlings-sesjoner i intervensjonsbetingelsen varierte mellom 10 og 24. Kontrollbetingelsen hadde mellom 12 til 24 sesjoner. Frafallsraten var mellom 9,1 % og 58,5 % i intervensjonsbetingelsene, og mellom 23,9 % og 56,3 % i kontrollbetingelsene. En oversikt over studienes karakteristikk er gitt i tabell 1.

TABELL 1

Studiekarakteristikk ved de inkluderte studiene

Studie	Land	Utvalg	Alderssnitt og aldersspenn	Studie-design	Intervensjon	Kontroll	Måletidspunkt	Utfallsmål	Antall sesjoner/uker
Zarling et al. (2015)	USA	101 (68% kvinner)	31.45 år (16–67 år)	RCT-studie ^a	ACT ^b	Tradisjonell behandling	Pre, post og ved tre og seks måneder	MMEA ^c CTS2 ^d AAQ ^e DERS ^f	Intervensjon: 12 sesjoner Kontroll: 12 sesjoner
Zarling & Russell (2022)	USA	338 menn	33.83 år (18–66 år)	RCT-studie ^a	ACT ^b	Tradisjonell behandling	Opptil ett år etter endt behandling Oppstart, endt behandling og ett år	Residivisme (fra rettsprotokoller) CTS2 ^d , CBS ^g , SBC ^h	Intervensjon: 24 sesjoner Kontroll: 24 sesjoner
Zarling et al. (2019) Zarling et al. (2020)	USA	3474 menn	33.45 år (18–72 år)	Kvasi-randomisert studie	ACTV ⁱ	Tradisjonell behandling	Opptil 12 måneder etter endt behandling Utvidet fra ett til fem år	Residivisme (fra rettsprotokoller) Residivisme (fra rettsprotokoller)	Intervensjon: 24 sesjoner Kontroll: 24 sesjoner
Lawrence et al. (2021)	USA	725 menn	34.9 år Aldersspenn ikke oppgitt	Kvasi-randomisert studie	ACTV ⁱ	Tradisjonell behandling	Opptil fem år etter endt behandling	Residivisme (fra rettsprotokoller)	Intervensjon: 24 sesjoner Kontroll: Minst 18 uker
Nesset et al. (2020) Nesset et al. (2021)	Norge	125 menn	36.84 år (18–66 år)	RCT-studie ^a	MBSR ^j	CBGt ^k	Pre-, post og ved tre, seks, ni og 12 måneders oppfølging	CTS2 ^d HSCL-25 ^l DERS ^f	Intervensjon: Opptil 8 uker (samlet 10 sesjoner) Kontroll: Minst 18 uker
Tollefson & Phillips (2015)	USA	90 menn	33.5 år (19–64 år)	RCT-studie ^a	MBB ^m	Tradisjonell behandling	Ett til fem år med gjennomsnitt på tre år	Frafall og residivisme (fra rettsprotokoller) 5-FMQ ⁿ SF-36 ^o	Intervensjon: 16 sesjoner Kontroll: 20 sesjoner

Merknad. ^aRandomisert kontrollert studie, ^bAccept and commitment therapy, ^cMultidimensional Measure of Emotional Abuse, ^dRevised Conflict Tactics Scale, ^eAcceptance and Action Questionnaire, ^fDifficulties in Emotion Regulation Scale, ^gskala for kontrollerende atferd, ^hskala for personforfølgelse, ⁱAchieving Change Through Value-based behavior, ^jMindfulness-based stress reduction, ^kCognitive behavioural group therapy, ^lHopkins Symptom Checklist 25, ^mMind body bridging, ⁿThe Five Facet Mindfulness Questionnaire, ^oSF-36 Health Survey

Vurdering av risiko for systematiske skjevheter

Figur 2 gir oversikt over vurderingene av risiko for systematiske skjevheter. Vi vurderte Tollefson og Phillips’ (2015) studie som å ha høyest risiko for systematiske skjevheter og Nettet et al.s (2020) studie som å ha lavest risiko.

FIGUR 2

Fremstilling av risiko for systematiske skjevheter



Effekter

Zarling et al. (2015) undersøkte effekten av ACT sammenlignet med en støttegruppe på utøvelse av partnervold. Fysisk vold ble målt med CTS2 og psykisk vold med MMEA. Skårene ble innhentet fra deltakerne. Ved endt behandling fant studien liten til medium effekt ($d = 0.40$) i favør ACT for psykisk vold og liten effekt ($d = 0.36$) for fysisk vold. Ved seks måneders oppfølging fant studien stor effekt i favør ACT for psykisk vold ($d = 0.96$) og for fysisk vold ($d = 0.79$). Behandlingens effekt på opplevelsesunngåelse ble undersøkt med AAQ og emosjonell dysregulering med DERS. I ACT-betingelsen ble det funnet statistisk signifikant reduksjon i opplevelsesunngåelse og emosjonell dysregulering ved endt behandling og seks måneders oppfølging. Kontrollbetingelsen viste statistisk signifikant reduksjon i emosjonell dysregulering ved seks måneders oppfølging.

Zarling og Russell (2022) undersøkte effekten av ACT sammenlignet med Duluth-modellen på utøvelse av partnervold. Partnervold ble målt med siktelsers innhentet fra rettsprotokoller og med skalaer for kontrollerende atferd (CBS), fysisk, psykisk og seksuell vold (CTS2) og personforfølgelse (SCB). Skårer på CBS, CTS2 og SCB ble innhentet fra nåværende/tidligere partner. Det ble innhentet siktelsers for partnervold, andre voldssiktelsers og ikke-voldelige siktelsers. Ved ett års oppfølging var det ingen statistisk signifikant forskjell mellom ACT og kontrollbetingelsen i antallet deltakere som mottok nye siktelsers for partnervold. Statistisk signifikant færre deltakere i ACT-betingelsen hadde fått voldelige og ikke-voldelige siktelsers sammenlignet med kontrollbetingelsen. Partnerne i ACT-betingelsen rapporterte statistisk signifikant lavere skår på kontrollerende atferd ($d = 0.66$) og personforfølgelse ($d = 0.71$) sammenlignet med kontrollbetingelsen. Totalskåren på CTS2 var også statistisk signifikant lavere i favør ACT ($d = 0.78$).

Zarling et al. (2019) undersøkte effekten av ACTV sammenlignet med Duluth-/KAT-modellen på utøvelse av partnervold med siktelsers innhentet fra rettsprotokoller. Siktelsene gjaldt for partnervold, andre voldshandlinger og kriminelle handlinger. Ved endt behandling mottok deltakerne i ACTV-betingelsen statistisk signifikant færre nye kriminelle og voldelige siktelsers sammenlignet med kontrollbetingelsen. Det var ingen forskjell mellom betingelsene i antall siktelsers for partnervold. Ved ett års oppfølging fikk statistisk signifikant færre ACTV-deltakere siktelsers for partnervold, andre volds- og kriminelle siktelsers (samlet residivisme $d = 0.21$ til 0.47) sammenlignet med deltakerne i kontrollbetingelsen. Lavere residiviserate i ACTV-betingelsen gjaldt både for de som fullførte og avbrøt behandlingen. I en oppfølgingsstudie fra 2020 undersøkte Zarling et al. effekten etter fem år, og resultatene var i stor grad konsistent med de opprinnelige funnene.

Lawrence et al. (2021) undersøkte om funnene til Zarling et al. (2019) kunne replikeres med lengre oppfølgingsstid. De innhentet dommer for partnervold og annen voldelig og kriminell atferd fra rettsprotokoller. Deltakere i ACTV-betingelsen hadde statistisk signifikant lavere sannsynlighet for å få nye dommer av alle typer med fem års oppfølging sammenlignet med kontrollbetingelsen. Deltakerne i kontrollbetingelsen som avbrøt behandlingen, hadde høyere risiko for å motta nye dommer av alle typer sammenlignet med de som avbrøt i ACTV.

Neset et al. (2020) undersøkte effekten av MBSR sammenlignet med KAT på utøvelse av fysisk, psykisk og seksuell partnervold undersøkt med CTS2. Skårene ble innhentet fra deltakerne og deres nåværende/tidligere partner. Resultatene viste betydelig reduksjon i partnervold for begge betingelser, fra behandlingsstart til 12 måneders oppfølging, uten statistisk signifikante forskjeller. Det var betydelig reduksjon i alle skalaer på CTS2 fra pre- til postbehandling og ved 12 måneders oppfølging. Reduksjonen i psykisk vold var mindre sammenlignet

med reduksjonen i fysisk og seksuell vold.

Neset et al. (2021) undersøkte endring i psykisk helse og emosjonsregulering hos deltakere som mottok MBSR og KAT. Utfallsmålene var symptomer på angst og depresjon målt med HSCL-25 og ferdigheter i emosjonsregulering målt med DERS. Ved behandlingsstart hadde deltakerne symptomer på angst og depresjon, samt utfordringer med emosjonsregulering. Behandlingstilnærmingene ga reduksjon i angst- og depresjonssymptomer ved endt behandling. Det var større reduksjon i symptomer i MBSR-betingelsen etter seks måneder, mens kontrollbetingelsen viste større reduksjon etter 12 måneder. Begge betingelsene viste reduksjon i vansker med emosjonsregulering etter 12 måneder. Reduksjonen var noe større i kontrollgruppen både ved seks og 12 måneders oppfølging.

Tollefson og Phillips (2015) undersøkte effekten av MBB sammenlignet med Duluth-/KAT-modellen på utøvelse av partnervold med siktelsers for partnervold innhentet fra rettsprotokoller. Ved endt behandling var frafallsraten statistisk signifikant lavere i MBB-betingelsen. De fant imidlertid ikke statistisk signifikant ulik residivisme mellom betingelsene, verken ved endt behandling eller ved oppfølging. Videre fant Tollefson og Phillips (2015) statistisk signifikant økning i mindfulness (5-FMQ) og generell velvære (SF-36) etter gjennomført MBB, men undersøkte ikke utfallene i kontrollbetingelsen. For generell velvære ble det funnet størst effekt for skalaen mental helse.

Diskusjon

Formålet med vår systematiske litteraturgjennomgang var å undersøke forskning på langtidseffekten av mindfulness-baserte behandlinger (ACT, ACTV, MBSR og MBB) på utøvelse av partnervold. Vi fant støtte for at ACT og ACTV hadde bedre langtidseffekt enn tradisjonell behandling. MBSR og MBB ga reduksjon i partnervold, men ikke i større grad enn tradisjonell behandling. Vårt sekundære mål var å se på mindfulnessbaserte behandlings effekt på andre relevante psykologiske variabler. Vi fant at mindfulnessbaserte behandlinger ga reduksjon i opplevelsesunnngåelse og emosjonell dysregulering og førte til bedring i psykisk helse.

Effekter på utøvelse av partnervold

Det ble funnet bedre langtidseffekt på reduksjon av partnervold ved ACT-baserte terapier sammenlignet med tradisjonell behandling (Lawrence et al., 2021; Zarling et al., 2015; Zarling et al., 2019; Zarling & Russell, 2022). Studiene på MBSR og MBB fant ingen forskjeller i langtidseffekt mellom intervensjons- og kontrollbetingelsen (Neset et al., 2020; Tollefson & Phillips, 2015). Tollefson og Phillips (2015), som undersøkte MBB, inkluderte en mindfulness-komponent

i kontrollbetingelsen, hvilket kan forklare manglende forskjeller i residivisme mellom betingelsene.

Flere utfallsmål i studiene var basert på selvrappinger fra voldsutøver eller nåværende/tidligere partner. Selvrapping er kostnadseffektivt og muliggjør sammenligning av utøver- og partnerskåre. Selvrapping fra voldsutsatte kan være utfordrende grunnet sikkerhet, konfidensialitet og endringer i relasjonsstatus. Skjema fylles ut på bestemte tidspunkter, hvilket kan utelate episoder.

I fire av studiene (Lawrence et al., 2021; Tollefson & Phillips, 2015; Zarling et al., 2019; Zarling & Russell, 2022) ble residivisme fra rettsprotokoller brukt for å kartlegge partnervold. Styrker ved å bruke slik data er kostnadseffektivitet og høyere pålitelighet enn selvrapping. En utfordring er forsinkelsen fra voldsutøvelsen til registrering, hvilket kan overestimere behandlingseffekt (Basanta et al., 2018). Videre omfatter dataene kun voldshendelser som fører til siktelse eller dom. Rettsprotokolldata kan påvirkes av konfunderende faktorer, som innhenting fra geografisk avgrensede områder, endringer i relasjonsstatus og soning. Det er mindre sannsynlig at slike faktorer påvirket resultatene i RCT-studiene enn i de kvasirandomiserte studiene.

Studiene hadde varierende kvalitet. Tollefson og Phillips' (2015) studie hadde lavest kvalitet og minst utvalgsstørrelse. Nettet et al. (2020) studie hadde god kvalitet, men oppnådde ikke ønsket antall deltakere. Både liten utvalgsstørrelse og avvik fra ønsket estimering kan redusere resultatets statistiske styrke og generaliserbarhet. Studiene som undersøkte ACT-terapi (Lawrence et al., 2021; Zarling et al., 2015; Zarling et al., 2019; Zarling & Russell, 2022), ble vurdert å ha relativt lav risiko for systematiske skjevheter. De hadde også studiene med størst utvalgsstørrelse. De fleste studiene rapporterte høye frafallsrater.

Effekt på relevante psykologiske variabler

Tre av studiene undersøkte mindfulnessbaserte behandlingers effekt på relevante psykologiske variabler i den forstand at de gir økt risiko for partnervold eller var antatte endringsmekanismer i mindfulnessbaserte behandling. Zarling et al. (2015) fant reduksjon i opplevels-unnngåelse og emosjonell dysregulering ved seks måneders oppfølging i ACT-betingelsen, men ikke i kontrollbetingelsen. Studien fant at endring i psykisk og fysisk vold delvis kunne medieres av reduksjon i opplevelsunnngåelse og emosjonell dysregulering, hvilket impliserer at dette kan være endringsmekanismer i ACT. Dette var dog den eneste studien som undersøkte sammenhengen mellom de psykologiske variablene og utøvelse av partnervold.

Nettet et al. (2021) fant at MBSR førte til reduksjon i angst og depresjon ved 12 måneders oppfølging, selv om symptomtrykket fortsatt var høyt. Det ble funnet en

liten, men statistisk signifikant reduksjon i emosjonell dysregulering. Det er dog ikke mulig å si noe om endringsmekanismer i MBSR, da studien ikke undersøkte om reduksjonen også ga en reduksjon i partnervold.

Tollefson og Phillips (2015) fant at MBB førte til økt mindfulness og bedret psykisk helse ved endt behandling. Særlig tre mindfulness-fasetter økte: observasjon, bevisst handling og å ikke handle reaktivt til indre opplevelser. Disse psykologiske variablene er sentrale i å redusere opplevelsunnngåelse og emosjonell dysregulering (Tollefson & Phillips, 2015). Men studien undersøkte ikke sammenhengen mellom ferdighetene og utøvelse av partnervold, og kan derfor ikke informere om de var endringsmekanismer i MBB. Videre ble ikke ferdighetene målt ved oppfølging, og studien kan derfor ikke informere om MBBs eventuelle langtidseffekt. Studien har høy risiko for systematiske skjevheter, og resultatene bør tolkes med forsiktighet.

Begrensninger

Vi inkluderte seks studier i litteraturgjennomgangen. Tre av fire studier på ACT-baserte terapier hadde deltakere som var idømt behandling (Lawrence et al., 2021; Zarling et al., 2019; Zarling & Russell, 2022). Det er derfor usikkert om funnene kan generaliseres til frivillig behandling. Zarling og kollegaer (2015) hadde frivillig deltakelse og fant bedre effekt av ACT. Studiene undersøkte også mindfulnessbaserte behandlinger i gruppeformat. Det er uklart hvilken effekt behandlingene har ved individualbehandling. Kun én studie hadde et norsk utvalg (Nettet et al., 2020), der både mindfulnessbasert behandling og kontrollbetingelsen ga reduksjon i partnervold. Flere norske studier er nødvendig før man konkluderer om mindfulnessbaserte metoders effekt i en norsk kontekst. Fem av seks studier inkluderte kun menn. Det homogene utvalget anses som en svakhet da funnene ikke kan generaliseres til andre populasjoner. Videre har vi ikke utført en metaanalyse av primærstudiene, og er derfor varsomme med å vurdere hvilken vekt hver enkelt studie skal tillegges. Vi har heller ikke søkt etter grå litteratur, og kan derfor ha gått glipp av relevant upublisert data.

Implikasjoner og videre forskning

På tross av studienes metodologiske svakheter kan resultatene ha implikasjoner for behandlingspraksis og videre forskning. To studier (Lawrence et al., 2021; Zarling et al., 2019) fant lavere residivisme blant deltakere som avbrøt behandlingen i ACTV-betingelsen sammenlignet med dem som avbrøt tradisjonell behandling. Dette tyder på at ACTV kan redusere residivisme, også blant dem som ikke fullfører behandling. Funnet er viktig ettersom det forventes høye frafallsrater fra behandling for utøvere av partnervold (Catlett et al., 2010). I Lawrence et al. (2021)

ble ACTV administrert av tilsynsverger. Dette tyder på at effektiv behandling også kan gis av andre yrkesgrupper.

I studiene som undersøkte siktelser eller dommer for kriminelle og voldelige handlinger, hadde mindfulnessbaserte behandlinger lavere residivisme. En forklaring kan være at ferdighetene som læres, er fleksible og kan anvendes på flere områder, samt at behandlingen i større grad enn tradisjonell behandling møter prinsippene i *Risk-Need-Responsivity* (RNR)-modellen. RNR-modellen redegjør for tre veiledende prinsipper for å effektivisere behandling i den forstand at de reduserer residivisme (Andrews & Bonta, 2017). Prinsippene er: 1) risikoprinsippet: å tilpasse behandling til individets risikonivå; 2) behovsprinsippet: å kartlegge dynamiske risikofaktorer; og 3) responsivitetsprinsippet: å tilpasse tiltak til individets individuelle kontekst og behov (Andrews et al., 2011). Det er funnet lineær positiv effekt knyttet til antall prinsipper som følges (Travers et al., 2021).

Fem av de inkluderte studiene hadde deltakere med lavt til moderat risikonivå, mens én hadde deltakere med moderat til høyt risikonivå (Lawrence et al., 2021). De fleste mindfulnessbaserte behandlingene oppfyller risikoprinsippet ved å gi 10 til 24 behandlingssesjoner. ACT-baserte terapier gir mulighet til å arbeide med personlige utfordringer som traumer og rusproblematikk, og imøtekommer slik behovsprinsippet. ACT-baserte terapier kan også imøtekomme responsivitetsprinsippet ved identifisering av personlige verdier. Større tilpasning til RNR-prinsippene kan være en forklaring på hvorfor ACT-baserte terapier hadde større effekt enn tradisjonell behandling, mens MBB og MBSR oppfyller delvis RNR-prinsippene. En sterkere støtte til de ACT-baserte terapiene kan derfor støtte opp om hvor viktig det er å tilpasse behandling for utøvere av partner vold til RNR-prinsippene.

Våre funn har implikasjoner for fremtidig forskning på partner vold. Lengre oppfølgingstid er nødvendig for å måle residivisme mer pålitelig. Det finnes ikke en gullstandard for å måle partner vold (Follingstad & Bush, 2014). Likevel bør måleinstrumenter standardiseres og anvendes konsekvent på tvers av studier, slik at resultatene lettere kan sammenlignes (Follingstad & Bush, 2014). Ønsket utvalgsstørrelse bør beregnes for å sikre tilstrekkelig statistisk styrke. Fullført behandling kan redusere risiko for å utøve partner vold (Lauch et al., 2017). Derfor bør tiltak for å redusere frafall utforskes. Antall fullførte seksjoner bør kartlegges før frafallet skjer, for å bedre forstå frafallets innvirkning på behandlingseffekten. Studier bør også undersøke sammenhengen mellom utøvelse av partner vold og psykologiske variabler ved ulike måletidspunkt for å få innsikt i behandlingens endringsmekanismer. Avslutningsvis bør videre forskning ha bredere utvalg av kjønn, seksuell orientering, etnisitet og risikonivå. Flere studier bør utføres i Norge for å undersøke hvordan behandlingsmodellene fungerer under norske forhold. Videre er det nødvendig med forskning fra ulike forsker-

grupper, spesielt på ACT-baserte terapier, hvor Zarling har bidratt til flere publikasjoner. Dersom flere gjennomfører RCT-er, vil det være mulig å gjennomføre en metaanalyse som kan gi mer presise estimater.

Konklusjon

Vår systematiske litteraturgjennomgang tyder på at mindfulnessbaserte behandlinger kan ha bedre langtidseffekt på utøvelse av partner vold sammenlignet med tradisjonell behandling. Funnene indikerer mer spesifikt at ACT og ACTV kan ha bedre langtidseffekt enn tradisjonell behandling. For MBSR og MBB ble det funnet reduksjon i utøvelse av partner vold, men reduksjonen var ikke større enn for tradisjonell behandling. Videre ga mindfulnessbaserte behandlinger reduksjon i opplevelsesunnngåelse og emosjonell dysregulering og førte til bedring i psykisk helse. En mulig forklaring på bedre effekt av ACT-baserte terapier enn tradisjonell behandling er at den i større grad tilpasses utøverens individuelle karakteristikk og risikofaktorer. Det er behov for flere RCT-studier for å styrke evidensgrunnlaget. ♡

REFERANSER

- Askeland, I. R. & Heir, T. (2014). Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behaviour: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 4(4), e004485. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004485>
- Askeland, I. R., Heir, T. & Tjersland, O. A. (2012). *Kjennetegn hos menn som har oppsøkt Alternativ til Vold for vold i nære relasjoner* (Rapport 4). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6. utg.). Routledge.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735–755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Babcock, J. C., Green, C. E. & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A Meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.07.001>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Basanta, J. L., Fariña, F. & Arce, R. (2018). Risk-need-responsivity model: Contrasting criminogenic and noncriminogenic needs in high and low risk juvenile offenders. *Children and Youth Services Review*, 85, 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.12.024>
- Beygi, Z., Tighband Jangali, R., Derakhshan, N., Alidadi, M., Javanbaksh, F. & Mahboobzadeh, M. (2023). An overview of reviews on the effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression and anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(2), 248–257. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i2.12373>
- Block, S. H. & Block, C. B. (2007). *Come to your senses: Demystifying the mind-body connection* (2. utg.). Beyond Words.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T. & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Breet, E., Seedat, S. & Kagee, A. (2019). Posttraumatic stress disorder and depression in men and women who perpetrate intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(10), 2181–2198. <https://doi.org/10.1177/0886260516660297>
- Butters, R. P., Droubay, B. A., Seawright, J. L., Tollefson, D. R., Lundahl, B. & Whitaker, L. (2021). Intimate partner violence perpetrator treatment: Tailoring interventions to individual needs. *Clinical Social Work Journal*, 49(3), 391–404. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00763-y>
- Catlett, B. S., Toews, M. L. & Walilko, V. (2010). Men's gendered constructions of intimate partner violence as predictors of court-mandated batterer treatment drop-out. *American Journal of Community Psychology*, 45(1–2), 107–123. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9292-2>
- Cheng, S. Y., Davis, M., Jonson-Reid, M. & Yaeger, L. (2019). Compared to what? A meta-analysis of batterer intervention studies using nontreated controls or comparisons. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(3), 496–511. <https://doi.org/10.1177/1524838019865927>
- Cochrane. (2020). *Narrative synthesis of quantitative effect data in Cochrane reviews: Current issues and ways forward*. Cochrane Training. <https://training.cochrane.org/resource/narrative-synthesis-quantitative-effect-data-cochrane-reviews-current-issues-and-ways>
- Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Augusti, E. M. & Skauge, A. D. (2023). *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen* (Rapport 1). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSLC): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bb.3830190102>
- de Vibe, M., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E. & Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life, and social functioning in adults: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1–264. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.11>
- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R. & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4(2), 196–231. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.4.2.196>
- Follingstad, D. R. & Bush, H. M. (2014). Measurement of intimate partner violence: A model for developing the gold standard. *Psychology of Violence*, 4(4), 369–383. <https://doi.org/10.1037/a0037515>
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Haugan, G. & Jarwson, S. (2005). Kognitiv terapi ved vold og aggresjon. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 6, 1–10.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2. utg.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Henrichs, J., Bogaerts, S., Sijtsma, J. & Klerx-van Mierlo, F. (2015). Intimate partner violence perpetrators in a forensic psychiatric outpatient setting: Criminal history, psychopathology, and victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(12), 2109–2128. <https://doi.org/10.1177/0886260514552272>
- Higgins, J. P., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D. & Sterne, J. A. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials. *BMJ*, 343, d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation: What it is, what it isn't, and its role in health care and medicine. I. Y. Haruki, Y. Ishii & M. Suzuki (Red.), *Comparative and Psychological Study on Meditation* (s. 161–170). Eburon.
- Lauch, K., Hart, K. J. & Bresler, S. (2017). Predictors of treatment completion and recidivism among intimate partner violence offenders. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(5), 543–557. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1299824>
- Lawrence, E., Mazurek, C. & Reardon, K. W. (2021). Comparing recidivism rates among domestically violent men enrolled in ACTV versus Duluth/CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(5), 469. <https://doi.org/10.1037/ccp0000649>
- Maiuro, R. D. & Eberle, J. A. (2008). State standards for domestic violence perpetrator treatment: Current status, trends, and recommendations. *Violence and Victims*, 23(2), 133–155. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.23.2.133>
- Maloney, M. A., Eckhardt, C. I. & Oesterle, D. W. (2023). Emotion regulation and intimate partner violence perpetration: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 100, 102238–102238. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102238>
- McMurran, M. (2017). Treatment of alcohol-related violence: Integrating evidence from general violence and IPV treatment research. *Drug and Alcohol Review*, 36(1), 13–16. <https://doi.org/10.1111/dar.12492>
- Mitchell, J. E. & Wupperman, P. (2022). Mindfulness treatments for domestic violence: A review. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2038752>
- Murphy, C. M. & Hoover, S. A. (1999). Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifactorial construct. *Violence and Victims*, 14(1), 39–53. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.14.1.39>
- Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Bjørngaard, J. H., Whittington, R. & Palmstierna, T. (2020). Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based stress reduction group therapy for intimate partner violence: A randomized controlled trial. *BMC*, 20(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02582-4>
- Nesset, M. B., Bjørngaard, J. H., Whittington, R. & Palmstierna, T. (2021). Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103795>
- Norouzi, M., Zargar, F. & Norouzi, F. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and difficulties in emotion regulation among university students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(3), e8005. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.8005>
- Pence, E. & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth Model*. Springer Publishing Company.
- Polusny, M. A., Erbes, C. R., Thuras, P., Moran, A., Lambert, G. J., Collins, R. C., Rodman, J. L. & Lim, K. O. (2015). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: A Randomized Clinical Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 314(5), 456–465. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8361>
- Richards, T. N., Jennings, W. G., Tomsich, E. & Gover, A. (2014). A 10-Year Analysis of Rearrests Among a Cohort of Domestic Violence Offenders. *Violence and Victims*, 29(6), 887–906. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00145>



- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R. & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803–813. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)
- Smedslund, G., Dalsbø, T. K., Steiro, A., Winsvold, A. & Clench-Aas, J. (2011). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006048.pub2>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283–316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Tollefson, D. R. & Phillips, I. (2015). A mind-body bridging treatment program for domestic violence offenders: Program overview and evaluation results. *Journal of Family Violence*, 30(6), 783–794. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9715-9>
- Tollefson, D. R., Webb, K., Shumway, D., Block, S. H. & Nakamura, Y. (2009). A mind-body approach to domestic violence perpetrator treatment: Program overview and preliminary outcomes. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(1), 17–45. <https://doi.org/10.1080/10926770802610657>
- Travers, A., McDonagh, T., Cunningham, T., Armour, C. & Hansen, M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 84, 101974–101974. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101974>
- Ware, J. E. & Sherbourne, J. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/>
- World Health Organization (2021). Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bowen, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N. & Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 50–66. <https://doi.org/10.1002/jclp.20830>
- Yu, R., Nevado-Holgado, A. J., Molero, Y., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., Howard, L. M. & Fazel, S. (2019). Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLOS Medicine*, 16(12), e1002995. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002995>
- Zarling, A., Bannon, S. & Berta, M. (2019). Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. *Psychology of Violence*, 9(3), 257–266. <https://doi.org/10.1037/vio0000097>
- Zarling, A., Bannon, S., Berta, M. & Russell, D. (2020). Acceptance and commitment therapy for individuals convicted of domestic violence: 5-year follow-up and time to reoffense. *Psychology of Violence*, 10(6), 667–675. <https://doi.org/10.1037/vio0000292>
- Zarling, A., Lawrence, E. & Marchman, J. (2015). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 199–212. <https://doi.org/10.1037/a0037946>
- Zarling, A. & Russell, D. (2022). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy and the Duluth model classes for men court-mandated to a domestic violence program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(4), 326–338. <https://doi.org/10.1037/ccp0000722>

Monica JensenPsykologspesialist, PhD
Betanien sykehus

Evidensbasert psykologisk praksis i behandling av problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn

Sammendrag

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) innebærer en integrasjon av elementer fra forskning, klinisk erfaring og brukerkunnskap/brukermedvirkning satt i sammenheng med kontekst. I artikkelen rettes søkelyset mot hvordan psykologer som klinikere og forskere kan bidra til å forbedre klinisk praksis med barn som har utøvd problematisk (PSA) og skadelig seksuell atferd (SSA). Formålet er å presentere og drøfte forskningsstatus og kunnskapshull særlig knyttet til kartlegging, behandling og evaluering av barn (0–17 år), familier og PSA/SSA. Det vises til svært mangelfull forskning når det gjelder forekomst, identifisering, forløp, kartlegging og behandling av barn som har utøvd PSA/SSA i norsk kontekst. Basert på drøftingen er konklusjonen at det er behov for en mer kultursensitiv felles norsk og nordisk forskningsstrategi og tettere samarbeid mellom forskere og klinikere i fagutvikling og forskning på dette fagområdet.

Nøkkelord: problematisk og skadelig seksuell atferd, barn, evidensbasert psykologisk praksis

KONTAKT

monica.jensen@betaniensykehus.no

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Formålet med artikkelen er å vise hvordan klinikere og forskere *sammen* kan styrke og forbedre klinisk praksis overfor barn som har utøvd bekymringsfull seksuell atferd; atferd som vekker uro eller bekymring hos andre eller hos barnet selv. Jeg vil se på hvordan norsk og nordisk forskning og klinisk fagutvikling i fremtiden kan bidra til å styrke evidensbasert psykologisk praksis i klinisk arbeid med problematisk og skadelig seksuell atferd hos barn.

Psykologer og andre fagpersoner kan møte denne problematikken på alle arenaer som innebærer direkte kontakt og arbeid med barn. Artikkelen er likevel primært rettet mot psykologer som er forskere, eller som arbeider klinisk i direkte kartleggings- eller behandlingskontakt med barn og deres familier, for eksempel i spesialisthelsetjenesten, i Bufetat, i kommunal eller privat virksomhet.

Problematisk/skadelig seksuell atferd

Bekymringsfull seksuell atferd blir ofte differensiert langs et kontinuum fra ok, sunn og naturlig seksuell atferd til problematisk seksuell atferd (PSA) og til skadelig seksuell atferd (SSA). Kontinuumet indikerer graden av alvorlighet og behovet for videre kartlegging, behandling, trykghetsplan eller annen oppfølging av barnet (Hackett, 2014; Hackett et al., 2021; Jensen, 2023b). Seksuell atferd som blir vurdert å ligge i sjiktet PSA, er ofte mer enkeltstående, sosialt upassende eller uønsket med hensyn til situasjonen. SSA er seksuell atferd som har tydelige elementer av mangelfullt samtykke og gjensidighet og bruk av fysisk vold eller makt-asymmetri i relasjonen, som for eksempel forskjeller i barnas alder, størrelse, modning eller sosiale status. SSA kan inkludere bruk av maktmidler som innesperring, binding, trusler og lokkemidler (Hackett, 2014; Jensen, 2023b).

Problematisk og skadelig seksuell atferd vil her videre defineres som seksuell atferd utført av barn og unge under 18 år som ikke er forventet ut fra alder, utvikling og kontekst. Det kan være seksuell atferd som er problematisk eller skadelig for barnet selv eller overfor yngre barn, jevnaldrende, voksne og/eller dyr. Den seksuelle atferden kan utøves der de involverte er fysisk til stede, med og uten kroppsberøring, og/eller den kan utøves ved bruk av teknologi, kunstig intelligens, sosiale medier og internett. (Definisjonen er inspirert av Allotey & Swann, 2022; Hackett et al., 2019; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2016).

Forekomst

Barn i alle aldersgrupper (0–17 år) kan stå i fare for å utøve PSA og/eller SSA (Carson, 2022; Family Planning Queensland, 2005/2016; Hackett, 2014; Silovsky al., 2019). Vi har ingen oppdaterte internasjonale eller norske/

nordiske tall på forekomst av seksuell atferd fordelt på hele definisjonskontinuumet for barn av ulike kjønn. Det mangler særlig forekomsttall for jenter, de yngste barna og for seksuell atferd i sjiktet ok, sunn og naturlig seksuell atferd til problematisk seksuell atferd. Kontinuumet for seksuell atferd hos barn, slik det er presentert i definisjonen her, brukes både i Storbritannia, Australia, New Zealand og Norge. Leseren bør likevel være oppmerksom på at internasjonal faglitteratur kan inkludere ulike definisjoner. Særlig i litteratur fra Nord-Amerika brukes begrepet problematisk seksuell atferd mer udiffersiert (se f.eks. Hunt et al., 2023; Jensen, 2023b).

For SSA viser internasjonal forskning at 30–70 % av seksuelle overgrep mot barn og unge utføres av andre mindreårige (Finkelhor et al., 2009; Gewirtz-Meydan & Finkelhor, 2020; Hackett, 2014). Blant unge som utøver SSA, er rundt 93–97 % gutter, som regel tenåringsgutter (Finkelhor et al., 2009; Hackett, 2014). Flere norske studier og rapporter viser til et relativt høyt innslag av bekymringsfull seksuell atferd tilsvarende SSA blant barn og unge (Bhuller & Røgeberg, 2022; Frøyland et al., 2023; Hafstad & Augusti, 2019; Jensen et al., 2016; Kripos, 2016, 2019). Samtidig med økt dokumentasjon på forekomst av SSA og økende oppslag i nasjonale og regionale medier har det vokst frem en bevissthet blant norske politikere og andre sentrale myndigheter om at barn med PSA/SSA-relatert problematikk hverken har vært godt nok identifisert, differensiert, håndtert eller blitt behandlet likeverdig (Askeland et al., 2017; Ericsson, 2021; Garbo & Kleive, 2015; Holt et al., 2016; Jensen et al., 2016). I løpet av det siste tiåret har de sentrale myndighetene derfor rettet oppmerksomheten mot og tilrettelagt for mer systematisk satsing både på forebygging overfor barn/unge og kompetanseoppbygging i praksisfeltet. Det er blant annet blitt etablert digitale lavterskeltilbud for ungdom og nasjonale/regionale fagnettverk og kompetanseutviklings-prosjekter i spesialisthelsetjenesten (Betanien sykehus, 2021; Helsedirektoratet, 2021, 2023a; Jensen et al., 2024; Skotheim, 2022).

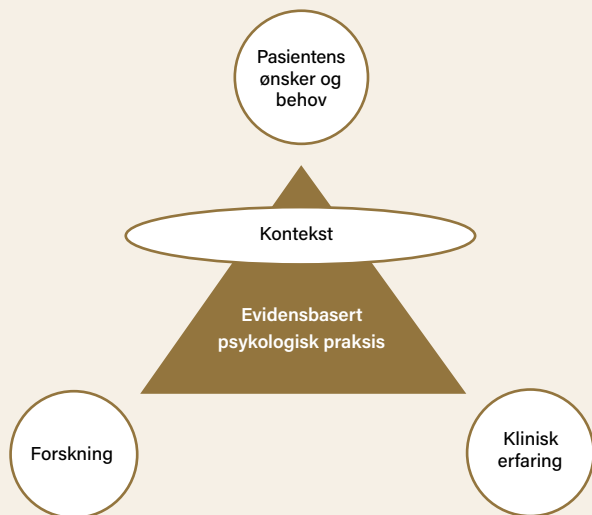
EBPP når barn har utøvd PSA/SSA

Det er generelt svært mangelfull forskning på barn som har utøvd PSA eller SSA i norsk kontekst – både når det gjelder forekomst, identifisering, forløp, kartlegging og behandling. Det er den erfaringsbaserte kunnskapen som dominerer praksisfeltet (Jensen, 2023a, 2023b).

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) eller kunnskapsbasert praksis, her definert etter prinsipperklæringen fra den amerikanske psykologforeningen (American Psychological Association [APA], 2006) og vedtatt av sentralstyret i Norsk psykologforening (2007), er en tredelt modell (se figur 1): Evidensbasert psykologisk praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.

FIGUR 1

Evidensbasert psykologisk praksis



Merknad. Evidensbasert psykologisk praksis definert etter American Psychological Association (2006, 2008) og Norsk psykologforening (2007). Figuren er inspirert av Sveriges Psykologförbund (2020): *Principer för Evidensbaserad Psykologisk Praktik* (s. 5) og Helsedirektoratet/kunnskapsbasertpraksis.no.

Generelt inntar jeg som psykolog et holistisk, økologisk og utviklingsorientert perspektiv i klinisk arbeid og forskning på temaet barn og seksuell atferd. Dette er også i tråd med kontekst-elementet i figur 1 (APA, 2008; Sveriges Psykologförbund, 2020). Kontekst kan her forstås som tid, sted og situasjon der den seksuelle atferden har funnet sted, men det kan også være det at arbeidet til psykologer bør inkludere både barnets individuelle og økologiske sårbarheter og styrker i vurdering, forståelse og håndtering av barnet og utøvd SSA (Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse [ATSA], 2017, 2023; Jensen, 2023b; Quadara et al., 2020).

Problemstilling

I artikkelen setter jeg søkelyset på psykologers kliniske fagutøvelse, og forsøker å besvare hvordan EBPP og forskningskunnskap kan bidra til å forbedre kartleggings- og behandlingsarbeid med barn som har utøvd SSA. Mer spesifikt vil jeg prøve å svare på hva som er forskningsstatus, hvorfor vi trenger norsk forskning, og hva som er kunnskapsstatus for klinisk praksis – kartlegging, behandling og evaluering.

Motivasjonen for å skrive artikkelen er at jeg ønsker å bidra til at vi psykologer og eventuelt andre fagpersoner utvikler en større bevissthet rundt fagutvikling og forskning på fagområdet seksuell atferd blant barn, for eksempel hva bør kartlegges, hva fungerer i behandling, og hva bør utvikles videre for å oppnå best mulig effekt og nytte for barn og familier vi skal hjelpe innenfor rammen av norsk/nordisk kultur, lovverk og velferd (Jensen et al., 2020, 2022; Jensen, 2023a, 2023b).

Gjennomføring

Presentasjonen er basert på forfatterens opparbeidete kliniske kompetanse og erfaring gjennom over tretti år og på prosjekterfaring og doktorgradsarbeid. Jeg har klinisk erfaring fra kommunal psykologvirksomhet, fra arbeid på ungdomsinstitusjoner og med fosterhjem, fra spesialisthelsetjenesten (BUP/PHBU) og fra sakkyndig arbeid for politi, rettsvesen og fylkesnemnder. Fra 2016 har jeg vært en faglig ressurs eller prosjektleder for fire nasjonale fagutviklingsprosjekter på fagområdet seksuell atferd blant barn i Norge (Askeland et al., 2017; Betanien sykehus, 2021; Helsedirektoratet, 2021; Helse Vest, 2023; Jensen et al., 2024).

Kunnskapsgrunnlaget til artikkelen er basert på systematisk litteratursøk i forbindelse med arbeidet med doktorgradsavhandlingen (Jensen, 2023b, s. 218–219). Litteraturlisten er blitt supplert med et subjektivt utvalg av nyere faglitteratur hentet fra ulike kilder. Jeg tar primært utgangspunkt i forskning og resultater fra ulike studier og utvalg med barn/unge. Der det fortsatt er store forskningshull på barnesiden, har jeg supplert med relevant faglitteratur som omhandler voksen-populasjoner.

Barn er her definert som personer i alderen 0–17 år, om ikke annet er angitt. Det brede aldersspekteret er benyttet for å understreke utviklings- og rettighetsperspektivet som gjelder for alle barn, inkludert barn som har utsatt andre barn for PSA/SSA (Draugedalen, 2023; Jensen, 2023b).

Hva er forskningsstatus?

Dagens internasjonale forskningsstatus på PSA/SSA-feltet er preget av engelskspråklig SSA-forskning, særlig undersøkelser som gjelder tenåringsgutter og unge menn som oppholder seg på institusjoner, i fengsel eller får andre former for strafferettslig oppfølging (ATSA, 2023; Jensen, 2023b; Malvaso et al., 2020; McKibbin et al., 2023). Nyere studier viser at ulike former for PSA og SSA blant barn er mer utbredt, også her i Norge, enn det som kun offentlig registreres gjennom politi- og kriminalitetsstatistikk (Bakken, 2022; Gewirtz-Meydan & Finkelhor, 2020; Hellevik et al., 2023; Medietilsynet, 2020a, 2020b; Staksrud & Ólafsson, 2019). Fra virksomheter der psykologer i Norge møter barn og deres familier, for eksempel i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern, habilitering, tverrfaglig spesialisert rusbehandling), har vi fortsatt ikke systematiske registreringer på antall barn/pasienter hvor PSA eller SSA har vært en del av deres utfordring og hjelpebehov.

Kunnskap om karakteristika og forløp

I løpet av de siste to tiårene er det utgitt mye forskning som har sett på karakteristika som ofte går igjen på

gruppenivå blant barn som er identifisert som utøvere av SSA. Dette er karakteristika som riktignok på individnivå er mye mer unikt og sammensatt.

I doktorgradsavhandlingen (Jensen, 2023b, s. 20) oppsummerer jeg blant annet internasjonal forskning på karakteristika hos personer som har utøvd SSA, som viser at flertallet er gutter i tenårene. Majoriteten av de som har utøvd fysisk tilstedeværende SSA, vil ikke utøve seksuelle overgrep som voksne. Det er en økende tendens til at ulike former for PSA/SSA oppdages hos yngre barn. Tendensen inkluderer økt bruk av teknologi, kunstig intelligens, sosiale medier og internett i utøvelse av PSA/SSA. SSA utøves oftest mot jenter i alle aldre, men også i betydelig grad mot yngre gutter eller mot flere kjønn. Majoriteten av barna som utsettes for fysisk tilstedeværende SSA, er nære eller kjente for den/de som har utøvd SSA, og de fleste hendelsene finner sted i hjemmet eller nærområdet til barna, oftest på ettermiddag og kveld. Det er funnet at omtrent en tredjedel av barna som har utøvd SSA, også har et stort innslag av kognitive og sosiale funksjonsutfordringer. Et betydelig antall av de som har utøvd tilstedeværende SSA, har selv vært utsatt for overgrep, vold eller omsorgssvikt, inkludert det å være vitne til vold/overgrep i nære relasjoner. Eksponering eller overdreven bruk av porno er også en faktor som i økende grad erfares og dokumenteres hos barn som utøver ulike former for PSA/SSA. Omtrent halvparten av de som har utøvd SSA, kan samtidig ha andre ikke-seksuelle atferdsproblemer og andre sammensatte vansker. Flertallet har også vist seg å ha utfordrende familie- og omsorgssituasjoner både før og etter at SSA er identifisert (ATSA, 2017, 2023; Barra et al., 2018; Campbell et al., 2020; Hackett et al., 2014; McNeish & Scott, 2023; NICE, 2016; National Society for the Prevention of Cruelty to Children [NSPCC], 2024; Quadara et al., 2020).

Internasjonalt er det også forsket på ulike forløp hos barn som kan føre frem til debut av PSA/SSA. I McKibbin et al.s (2023) systematiske kartleggingsoversikt har de for eksempel oppsummert hvilke sårbarhetsfaktorer som oftest går igjen i studier av barn som utøver SSA: (a) å være utsatt for seksuelle overgrep og andre typer alvorlige negative livshendelser, (b) å være tidlig eksponert for voksensex, for eksempel via sosiale medier og porno, (c) å være utsatt for fysisk eller emosjonell vold eller å ha vært vitne til vold i nære relasjoner, (d) å ha kognitiv og sosial funksjonsnedsettelse, (e) å ha antisosial fungering, (f) å ha overdreven seksuell tenning eller opphisselse, (g) å ha erfaring med inadequate seksuelle og private grenser i hjemmet, (h) å ha seksuelle preferanser for mye yngre barn og/eller (i) å inneha hypermaskuline holdninger.

Når det gjelder forskning på karakteristika og forløp og hva som er de mest relevante vurderingstemaene knyttet til spesielt SSA og tenåringsgutter, kan vi oppsummert si at feltet allerede har en god kunnskapsbank (Jensen, 2023b).

Lokal forskning og fagutvikling

På PSA/SSA-fagområdet er det nå internasjonal konsensus om at vi trenger forskning og fagutvikling som er økologisk, helhetlig/holistisk, kultursensitiv og -informert (ATSA, 2017, 2023; Jensen, 2023a, 2023b; Quadara et al., 2020). Det kan være forskjeller på hvordan seksualitet og seksuell atferd omtales og håndteres i ulike samfunn og familier, særlig når det gjelder barn (Fanniff & Alexander, 2022). Det er også kulturelle ulikheter i hvordan barn i ulike land har tilgang på teknologi og dermed mulighet for å bli tilfeldig eller planlagt eksponert for porno (Children's Commissioners, 2023; Staksrud & Ólafsson, 2019).

For PSA/SSA-feltet er det særlig behov for kulturinformert forskning og fagutvikling som tar utgangspunkt i den norske/nordiske velferdsmodellen, der for eksempel utviklingsperspektivet og poliklinisk/ambulant behandling fremfor straff av barn har en fremtredende plass (Jensen et al., 2020, 2022). Det å styrke forskning og fagutvikling tilpasset norsk/nordisk kontekst bør imidlertid ikke stå i veien for å bidra også internasjonalt når det gjelder felles problemer og utfordringer og med erfaringsutveksling.

Når en leser internasjonal faglitteratur om PSA/SSA, må en ellers være oppmerksom på at både seksuell og kriminell lavalder kan variere fra land til land (Child Rights International Network, 2024). Forskjellig lavalder kan påvirke utvikling av begreper, forståelse, usynliggjøring versus identifisering og respons overfor barn i ulike aldersgrupper (0–17 år) og videre hva forskning og praksis retter søkelyset mot i de ulike landene (ATSA, 2023; Hunt et al., 2023; McPherson et al., 2023; Quadara et al., 2020). I Norge er kriminell lavalder 15 år, og som en naturlig følge har praksisfeltet for barn som har utøvd PSA/SSA, utviklet seg i retning forebygging og hjelpetil-tak innenfor helse- og omsorgssporet. I Nord-Amerika og Storbritannia, derimot, der kriminell lavalder varierer mellom 8 og 12 år, ser vi oftere at mer juridiske, sakkyn-dige og rettslige modeller og perspektiver har dominert forskning og praksis, illustrert for eksempel av omfanget av forskning knyttet til rettssakskyndig arbeid, prediksjon av risiko og/eller til praksis der barn ofte blir plassert på institusjon eller i fengsel (Jensen, 2023a, 2023b; McCartan & Brown, 2019).

Kunnskap om klinisk arbeid

Basert på artikkelens kunnskapsgrunnlag skal jeg nærmere presentere kunnskapsstatus og kunnskapshull når det gjelder klinisk behandlingsarbeid overfor barn. Det er særlig behov for mer utdypende kartlegging og behandling for barn som er identifisert som utøvere av SSA, men tilsvarende behov kan også forekomme i enkelte kompliserte PSA-saker.

APA (2008) har som følge av prinsipperklæringen om EBBP (figur 1) valgt å konkretisere det overordnede behandlingsbegrepet med tre kjerneelementer for psykologers EBBP i forbindelse med barn: (a) *kartleggingsmetodikk*, (b) *behandlingsmetodikk* og (c) *evaluering av prosess og utfall av behandling*. Jeg har valgt å benytte denne strukturen i den videre presentasjonen av kunnskapsstatus og kunnskapshull for klinisk arbeid med barn og SSA.

Status for kartlegging av barn og PSA/SSA

Hvilke kartleggingsverktøy benytter psykologer, og hva vet vi om kunnskapsforankringen til verktøyene? Forskning på utvikling, evaluering og validering av fagverktøy er generelt et viktig element i EBBP (COSMIN, 2024; Evers et al., 2013). Hvis kartleggingsverktøy skal sies å inngå i EBBP, bør de helst ha vært systematisk evaluert av fagpersoner, barn og foresatte og samtidig være vurdert på måleegenskaper (jf. Jensen et al., 2022; Neumer et al., 2021; Nøkleby et al., 2020). For barn som har utøvd PSA/SSA, kan resultatet av en utdypende kartlegging ha viktige implikasjoner for oppfølgingen og behandlingen barnet og familien får, og for de sosiale restriksjonene og reguleringsene som settes inn overfor barnet, for eksempel en tiltak på skolen, isolering og/eller straff. Basert på kartlegging vil også noen barn som har utøvd SSA, bli plassert utenfor hjemmet. Det kan innebære flytting og brudd med barnets naturlige nettverk som familie, venner og skole. Validerte og pålitelige verktøy er også viktige for å støtte opp om målet om likeverdig behandling for barn og familier i Norge uansett hvor de bor og hvilken fagutøver de møter, og for å unngå over- eller under-behandling (Jensen et al., 2022; Jensen, 2023b; ter Beek, 2018).

I doktorgradsavhandlingen (Jensen, 2023b) beskriver jeg hvordan det tidligere har vært en internasjonal forskningsmessig dominans og oppmerksomhet på prediksjonsverktøy for gjentakelsesfare av SSA hos ungdom. Resultatene av denne forskningen har ført til et skifte fra prediksjon av barns atferd til utvikling av mer kunnskapsinspirerte eller -informerte kartleggingsverktøy. Verktøyene har som formål å veilede og hjelpe fagpersoner til å strukturere innhenting av mer bredspektret og utdypende informasjon om barnet og familiens eventuelle behov for trygghets- og/eller behandlingsplan videre. McPherson et al.s (2023) systematiske kartleggingsoversikt oppsummerer at engelskspråklige kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder for barn og SSA generelt mangler et forskningsbasert grunnlag, ved å ha uklare formål og målgrupper og være utydelige på hvilken arena og kulturell kontekst de kan benyttes i. Psykologer i praksisfeltet sitter altså i dag med store fagetske utfordringer som må håndteres i møte med den enkelte pasient/familie. Dette merkes særlig for psykologer og andre profesjonelle som i praksis med barn og deres familie, ønsker, forventes og/eller er forpliktet til å utøve eller svare ut EBBP eller beste

tilgjengelige kunnskap (Jensen, 2023b; Miccio-Fonseca & Rasmussen, 2018; Paton et al., 2024).

Praksisfeltet i Norge har lenge vært preget av idealisme, innovasjon og nybrottsarbeid. Utvikling, forskning og evaluering av kartleggingsverktøy overfor barn med PSA/SSA-problematikk forekommer fortsatt sjelden i norsk/nordisk kontekst (Borren & Skar, 2024; Jensen et al., 2022; Jensen, 2023b). Innenfor dette fagområdet er samtidig dagens diagnoser/akser lite entydige og heller ikke så hjelpsomme når psykologer skal utforme og velge videre behandling. Det finnes riktignok veiledende standarder for kartlegging og behandling utarbeidet av sentrale norske fagnettverk innenfor psykisk helsevern og habilitering, men disse dokumentene er foreløpig ikke formelt koordinerte eller normerte som nasjonalt veiledende. For psykologer og andre i klinisk arbeid har en ellers kun noen få, til dels noe overlappende og relativt lite forskningsbaserte eller evaluerte kartleggingsverktøy tilgjengelig, og disse er oversatt og hentet fra Storbritannia, Australia eller Nord-Amerika. I arbeidet med doktorgradsavhandlingen (Jensen, 2023b) så jeg derfor behovet for å utarbeide og gjøre tilgjengelig en mer verktøyuavhengig, visuell, holistisk, økologisk og utviklingsorientert vurderingsmodell til hjelp for fagpersoner ute i det norske praksisfeltet. Modellen i figur 2 (Jensen, 2023b, s. 82–84) viser hvilke tema, oppsummert fra avhandlingens kunnskapsgrunnlag, som kan inngå i kartlegging, vurdering og eventuell videre behandling av barn som er identifisert med SSA, eventuelt komplisert PSA.

For å styrke dagens praksis vektlegger modellen (figur 2) blant annet en fagutvikling og praksis henimot bredere kartlegging av barnets mulige traumeerfaringer, alvorlige livsbelastninger (adversive childhood experiences [ACE]) og heldøgns digitale aktivitet, for eksempel barnets forhold til porno. Videre fordrer modellen mer inkludering av familie og nettverk og en bredere vurdering av barnets utvikling og fungering (kognitiv, sosial, emosjonell, fysisk og seksuell) (Jensen, 2023b). Som psykolog kan du for eksempel sjekke ut med modellen om kartleggingen som er gjennomført, eventuelt kartleggingsverktøyet som er brukt eller som skal evalueres, synes å gi et helhetlig og utviklingsadekvat bilde av barnets og familiens behov for videre behandling, trygghetsplan eller annen oppfølging. Modellens tema må selvsagt jevnlig oppdateres i tråd med ny forskning eller konsensus om den skal forbli relevant.

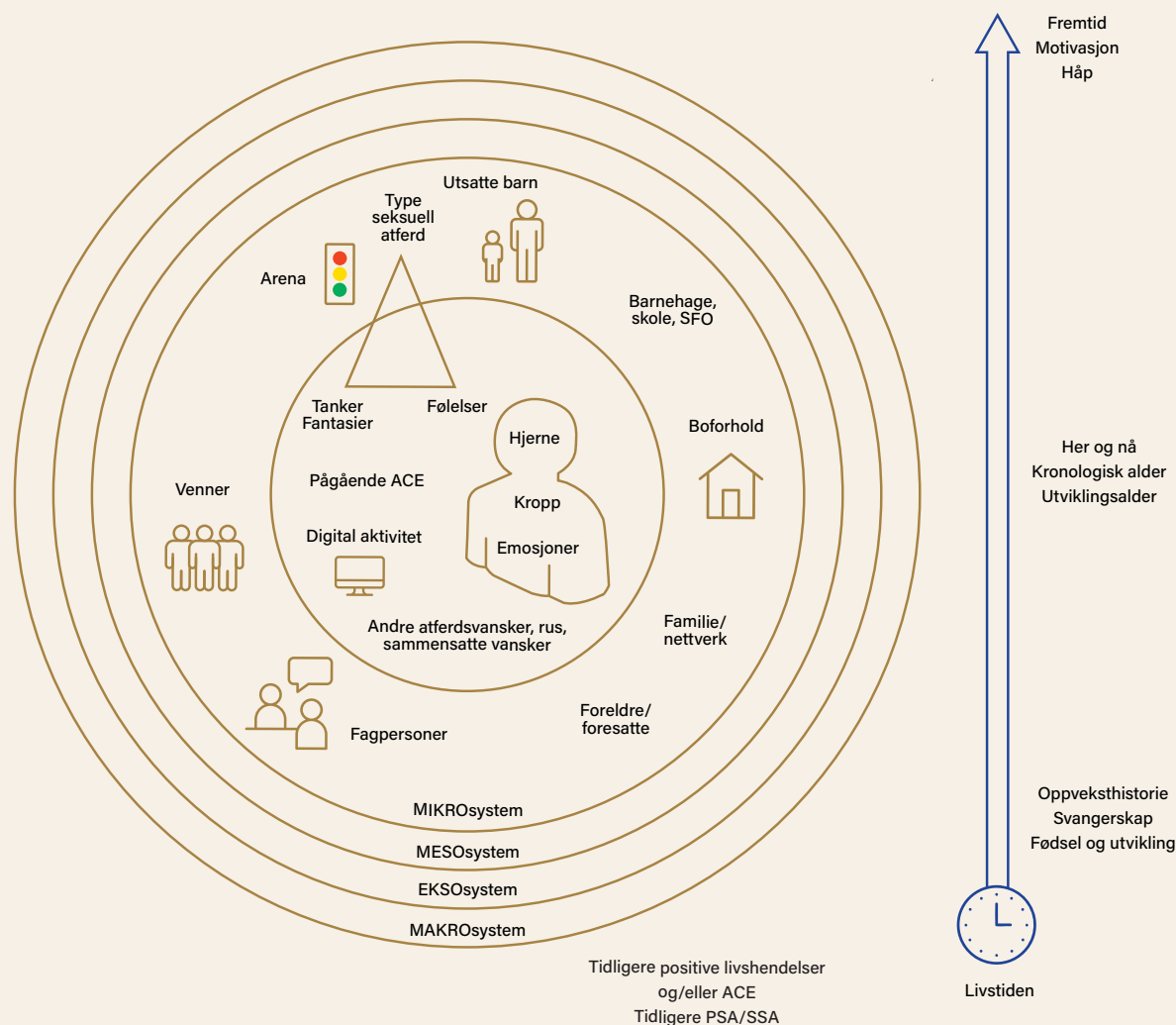
Status for behandling av barn og PSA/SSA

Hva vet vi om behandling av SSA, og hva trenger vi mer kunnskap om? Kort oppsummert er det ikke utviklet polikliniske eller miljøterapeutiske behandlingstilnærminger eller metodikker som per dags dato er dokumentert mer effektive enn andre for barn i ulike aldre med SSA.

Til tross for stor mangel på utvikling av og forskning på ulike behandlingstilnærminger og -metoder overfor

FIGUR 2

Modell for vurdering av barn og problematisk/skadelig seksuell atferd



Merknad. Modellen viser kunnskapsforankrede tema for vurdering av barn og problematisk (PSA) og skadelig (SSA) seksuell atferd (Jensen, 2023a, s. 82–84). Modellens økologiske ramme er basert på teoriene og modellene til Bronfenbrenner (1979), Cicchetti og Lynch (1993) og Sameroff (2009, 2010). PSA/SSA-tema i modellen er bl.a. basert på Allotey og Swann (2022), Beech et al., (2018), Creeden (2018), Guilhermino og McCarlie (2020), Leonard og Hackett (2020) og Sosialstyrelsen (2019).

barn identifisert med SSA er det internasjonale konsensus og dermed støtte for at vår norske innretning – en bred, helhetlig, økologisk og utviklingsorientert kartlegging og behandlingstilnærming i barnas naturlige miljøer – er mer effektiv enn sosial isolering, ekstern kontroll og straff av barnet alene (ATSA, 2017, 2023; Campbell et al., 2020; McPherson et al., 2023; NICE, 2016; Quadara et al., 2020). Vi trenger videre å utvikle og forske på praksistilnæringer som mer ivaretar barnets helhet og økologi, og ikke kun ser på barnets atferd og andre individuelle symptomer og sårbarheter. Et slikt perspektiv understøttes også av internasjonale oppsummeringer av behandlingsforskning på mer tradisjonelle og høyfrekvente kliniske tema som psykologer møter ute i klinikken med barn (Leijten et al., 2021; Weisz et al., 2018).

Weisz et al. (2018) foreslår for eksempel følgende:

«We suggest intensifying the search for mechanisms of change, making treatments more transdiagnostic and personalizable, embedding treatments within youth ecosystems, adapting treatments to the social and technological changes that alter youth dysfunction and treatment needs, and resisting old habits that can make treatments unduly skeuomorphic.»

Helsedirektoratet (2023b, s. 5–6) har tilsvarende vektlagt faktorer som utvikling og kontekst i sin definisjon av behandling av barn:

«Behandling er individrettede handlinger fra helsepersonell, som yter helsehjelp. Hva som regnes som behandling til barn, unge og deres familier, skiller seg fra den behandling som gis til voksne, da barn og unge er i

utvikling. Behandling for barn og unge har et kontekstuellt perspektiv og vil ofte innebære foreldre, familie og systembaserte tiltak. Aktuelle behandlingstiltak kan for eksempel være familiesamtaler, individualsamtaler, gruppetilbud, samarbeid med barnehage og skole eller andre arenaer.»

I doktorgradsavhandlingen (Jensen, 2023b) viser jeg til at det er hovedsakelig behandlingsmetoder basert på kognitiv-atferdsmetodikk og ferdighetstrening som har blitt studert i forbindelse med barn og SSA (jf. ATSA, 2017, 2023; Berg et al., 2020; NICE, 2016). Jeg fremhever at det er særlig behov for utvikling og forskning på metoder som tar utgangspunkt i nyere hjerneforskning, og som også inkluderer andre innfallsvinkler enn kun den kognitive og verbale kanalen i direkte behandlingskontakt med barn. Her er det store kunnskapshull når det gjelder PSA/SSA og forskning på behandlingstilnærminger som inkluderer traumer, emosjoner, kropp, bevegelse, musikk og kunstuttrykk (f.eks. Beech, Carter et al., 2018; Bræin et al., 2022; Creeden, 2018; Skuse & Matthew, 2015).

Skreddersøm og tilpasning

Forskning har altså vist at det er noen karakteristika og forløp som ofte går igjen for gruppen barn som har utsatt andre for SSA (jf. figur 2). Men i direkte møte med de enkelte barna/familiene kommer sammensetningen av karakteristika og forløp frem som heterogen og unik (Jensen, 2023b). Dette fordrer en skreddersydd person- og familietilpasset behandlingstilnærming som gir trygghet for mulig utsatte barn, og som er tilpasset atferdens alvorlighet og det unike barnets og familiens egne styrker, utfordringer og motivasjon. PSA/SSA-spesifikke behandlingsrammeverk som i dag er relevant og tilgjengelig for norsk praksis, og som krever stor grad av slik unik vurdering og tilpasning, er for eksempel Guilhermino og McCarlie (2020) og Mercer (2024). Skreddersøm og tilpasning er det psykologen/klinikeren som i praksis må avveie og ta et koordineringsansvar for (Høstmælingen, 2023). Dette er en av begrunnelsene for at fagpersonen/psykologen som møter barnet og familien direkte, er inkludert på barnets mikrosystemnivå i figur 2. Psykologens kunnskap og forståelse av barn og PSA/SSA, valg av kartleggingsmetodikk og behandlingstilnærming, holdninger og trygghet til å tematisere sensitive tema som seksualitet og seksuell atferd, samt evne til å motivere og skape samarbeidsallianser, er ut fra generell behandlingforskning ansett som viktig. Det er fellesfaktorer som er underforsket i PSA/SSA-praksis, og som ofte er særlig utfordrende med barn og foresatte som kan være mer nølende til behandlingskontakten (se f.eks. Campbell et al., 2020; Casari et al., 2024; Dowling et al., 2018; Levenson & Prescott, 2013; Quadara et al., 2020). Oppsummert er det altså store kunnskapshull når det gjelder ulike behandlingstilnærminger, alliansearbeid, behandlingsprosess og -beslutninger i klinisk SSA-arbeid.

I behandlingsarbeid med barn som har utøvd SSA mot andre barn, vil temaene som er nevnt i det tidligere avsnittet være særlig relevante å forske på for blant

annet å forstå mer av psykologens/fagutøverens motivasjon, verdier, holdninger, ferdigheter og kompetanse i tilnærming til tema som barnets og familiens kultur, minoritetstilhørighet, kjønn, seksuell orientering, kropp, nærhet og intimitet, vold og overgrep samt seksualitet, seksuell interesse og seksuell atferd (APA, 2008; Fanniff & Alexander, 2022; Jensen, 2023b). Dette er sensitive tema som berører på en helt spesiell måte, og som lett kan vekke private og personlige holdninger, uttrykk og erfaringer hos profesjonelle (Levenson & Prescott, 2013). I klinisk virksomhet med barn og SSA vil jeg derfor fremsnakke klinisk transparens. Psykologen og andre klinikere bør tilstrebe raushet og romslighet i sin yrkesutøvelse, samtidig som ledelse og arbeidsmiljøet mer helhetlig ivaretar mulighetene for refleksjon, støtte, kritiske spørsmål, innsyn og utsyn knyttet til klinikkens fagutøvelse. Når det gjelder transparens, vil jeg i tillegg fremheve hvor viktig det er at myndighetene og ledelsen legger til rette og gir rammer som gjør at psykologer og andre klinikere får tid og anledning til å notere, dokumentere og monitorere sine arbeidsallianser, behandlingsforløp og -prosesser, inkludert systematisk innhenting og evaluering av pasientens/foresattes opplevelser og erfaringer. Dokumentasjon er særlig viktig for videre utvikling og forskning på PSA/SSA-feltet. Det er et håp for fremtiden at satsing på digitalisering og forsvarlig bruk av for eksempel kunstig intelligens (KI) vil kunne effektivisere og bidra til behovet for dokumentasjon og monitorering (jf. EBPP).

Status for evaluering av behandling

Hvordan blir psykologers kliniske praksis evaluert i dag? Donabedians (1988) klassiske artikkel om hvordan kvaliteten på behandling i helsesektoren kan kartlegges og evalueres, fremhever at i tillegg til å evaluere innholdet i behandlingen trengs det informasjon om rammene og konteksten for helsehjelpen, om behandlingsprosessen og om utfallet av behandlingen. For klinisk arbeid med PSA/SSA-saker vil det innebære at noen må ha oversikt over og evaluere både mer overordnede inntaksbeslutninger, fagutvikling og prioritering av behandling ved en klinikk og evaluere det psykologer og pasienter er i direkte kontakt med – altså innhold, prosesser og utfall av behandlingen. Til dette trenger praksisfeltet mer systematisk informasjonsinnhenting med hensyn til innhold i beslutnings- og behandlingsprosesser, og kartleggings- og behandling-utfall som for eksempel brukererfaringer, bortfall eller reduksjon av PSA/SSA, styrking av barnets og familiens ressurser, økt «well-being», bedring i sosial fungering eller om barnets ok, sunne og naturlige seksuell atferd er styrket.

Mer systematisk informasjonsinnhenting og evaluering knyttet til klinisk virksomhet, her med vekt på PSA/SSA-saker, kan settes i gang ved oppstart, underveis, ved avslutning eller etter at behandlingen er gjennomført. Informanter kan være barnet, foresatte, familien, psykologer eller andre informanter. I den forbindelse vil det være



viktig å utvikle evalueringsverktøy, helst digitale, som barn, foresatte, klinikere og ledere lokalt kan bruke. Verktøyene bør også kunne fange opp mer lavfrekvente tema og pasientsaker ute i praksisfeltet. I dag ser vi konturene av nye, lovende forsknings- og metodetilnærminger som kan bidra mer med for eksempel optimalisering og utvikling av virksomme komponenter i behandling knyttet til ulike kliniske tema (Collins, 2018, referert i Lisøy & Kjøbli, 2024; Harvard University, 2024; Leijten et al., 2021; Van Roekel et al., 2018). Men for PSA/SSA-praksisfeltet i Norge hvor det meste som er relatert til kartlegging og behandling, fortsatt er underutviklet og underforsket, er det trolig et stykke igjen før slike metodiske rammeverk kan nyttiggjøres bredt. Ellers vil etablering av kvalitetsregistre være et viktig bidrag for å øke evaluering og forskning, men foreløpig kanskje mest nyttig for høyfrekvente tema og for mer overordnet kvalitetssikring og tjenesteutvikling. Dessuten vil kvalitetsregistre i utgangspunktet være begrenset til den type saker og temaer som helsevirksomhetene prioriterer ved inntak, eller til temaer som eventuelt identifiseres og registreres underveis i pasientkontakten.

Avsluttende oppsummering

I artikkelen har jeg sett nærmere på de største kunnskaps-hullene og mulighets-temaene hvor psykologen, primært som kliniker eller forsker, kan bidra til å øke EBPP i kartlegging, behandling og evaluering av barn som har utøvd SSA. Psykologer må her primært ta ansvar for egen klinisk yrkesutøvelse i sitt arbeidsmiljø, men slik jeg vil oppsummere det, er det viktigste fremover at fine ord og krav om kunnskapsbasert praksis/EBPP i helsevirksomheter ikke bare formidles, men også etterleves og etterprøves på alle nivåer. Uten videre evaluering og forskning på feltet, særlig der det i dag er lavfrekvente pasientpopulasjoner, mangelfull eller lite relevant forskning, vil fagfeltet kunne stå igjen med i hovedsak erfaringsbasert kunnskap, med noe bidrag fra brukerkunnskap/brukermedvirkning. Hvis forskningsbasert kunnskap på et fagfelt er minimalt utviklet, vil det føre til en kritisk ubalanse i EBPP (jf. tredeling i figur 1). En ubalanse vil kunne føre til både under- og overbehandling, ineffektive tiltak og gal ressursbruk.

For psykologer, både som klinikere og forskere, vil det stadig være en utfordring at barn som har utøvd PSA/SSA, og som etter nærmere kartlegging viser behov for behandling, vil ha ulik motivasjon, alder-, utvikling- og familiefungering. Barna vil også være ulike og variere med hensyn til bakgrunn, forløp og fordeling av seksuell atferd og erfaring sett i en kontinuummodell. Den store variasjonen på individnivå vil gjøre det mindre hensiktsmessig å rette innsatsen mot å utvikle eller finne *ett* universalt kartleggingsverktøy, eller å utvikle og implementere *en eller få* behandlingsmetodikker, som skal ha som ambisjon å fange opp og imøtekomme de ulike

hjelpe- og behandlingsbehovene til alle barn og familier på en mest mulig effektiv måte. For kliniske psykologer i møte med det enkelte barn og familien her i Norge vil det videre ut fra dagens kunnskapsstatus og internasjonale konsensus være mest forsvarlig å gjennomføre en bred kartlegging av barnet/konteksten der SSA er identifisert (jf. figur 2). For utvikling, evaluering og forskning som særlig gjelder forekomst, behandlingsprosesser og -tilnærminger, må vi nok i større grad ta ansvar for å drive forskningen frem selv i Norge/Norden, med tanke på de kulturelle forskjellene på organisering, holdning og praksis på PSA/SSA-feltet internasjonalt som jeg har beskrevet tidligere. Her hadde det vært formålstjenlig å etablere en felles nasjonal eller nordisk forskningsstrategi for å allokere kompetanse og ressurser best mulig. Inntil fagfeltet får utviklet mer forskning på og brukerkunnskap om PSA/SSA-spesifikke behandlingsprosesser, prosedyrer og eventuelt optimaliserte tilnærminger, bør kliniske psykologer med andre ord tilstrebe å jobbe best mulig kunnskapsinformert og transparent i lokal utforming, gjennomføring og evaluering av sitt kliniske arbeid.

Avslutningsvis er det viktig for meg å understreke at den overordnede hensikten med å forbedre psykologers kunnskapsbaserte praksis, altså å øke innslag av EBPP i kontakt, kartlegging, behandling og evaluering av barn som har utøvd PSA/SSA, er at psykologers kliniske praksis i større grad skal bidra til å redusere eller stoppe alle former for vold og overgrep rettet mot barn. Målet bør være at kontakt, kartlegging, behandling og evaluering av barn som har utøvd SSA eller komplisert PSA, bør utvikles og utformes ved bruk av best mulig tilgjengelig kunnskap og kvalitet, slik at samfunnet mer effektivt kan hjelpe disse unge personene til å unngå videre negativ og uønsket sosial eller seksuell atferd og utvikling. Jeg håper at artikkelen kan stimulere psykologer som klinikere, ledere og forskere til et tettere samarbeid, inkludert tverrfaglig samarbeid, mot å etablere mer helhetlige utviklings- og forskningsprosjekter som prioriterer og retter innsatsen mot de største kunnskapshullene vi har i PSA/SSA-relatert praksis. 📌

REFERANSER

- Allotey, J. & Swann, R. (2022). *Teknologi-assistert problematisk og skadelig seksuell atferd: Praksisveileder. Norsk versjon.* (M. Jensen, E. M. Mørch, C. B. Edvardsen & M. J. Lundgren, Overs.) AIM project in partnership with NSPCC / Betanien sykehus-V27. (Opprinnelig utgitt 2019)
- American Psychological Association [APA]. (2006). Evidence-based practice in psychology [EBBP]. *American Psychologist*, 61, 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association [APA]. (2008). *Disseminating Evidence-Based Practice for Children & Adolescents: a systems approach to enhancing care.* APA Task Force on Evidence-Based Practice for Children and Adolescents. <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/children-report.pdf>
- Askeland, I. R., Jensen, M. & Moen, L. H. (2017). *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig atferd: kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia, forslag til en landsdekkende struktur* (Rapport nr. 1/2017). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS].
- Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse [ATSA]. (2017). *Practice guidelines for assessment, treatment, and intervention with adolescents who have engaged in sexually abusive behavior.*
- Association for the Treatment and Prevention of Sexual Abuse [ATSA]. (2023). *Children with sexual behavior problems* (2. utg.).
- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022. Nasjonale resultater* (NOVA-rapport nr. 5/2022). OsloMet.
- Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A. & Aebi, M. (2018). Patterns of Adverse Childhood Experiences in Juveniles Who Sexually Offended. *Sex Abuse*, 30(7), 803–827. <https://doi.org/10.1177/1079063217697135>
- Beech, A. R., Carter, A. J., Mann, R. E. & Rotshtein, P. (Red.). (2018). *Forensic Neuroscience* (Bd. 1–2). Wiley Blackwell.
- Berg, R. C., Johansen, T. B., Jardim, P. S. J., Forsetlund, L. & Nguyen, L. (2020). *Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter* (Rapport 2020). Folkehelseinstituttet [FHI].
- Betanien sykehus (2021). *Nasjonalt klinisk SSA nettverk i psykisk helsevern for barn og unge [PHBU] – digital prosjektrapport.* Hentet 02.10.2024 fra <https://betaniensykehus.no/helsefaglig/forskning-og-utvikling/nasjonalt-klinisk-ssa-nettverk>
- Bhuller, M. & Røgeberg, O. (2022). *Kjennetegn ved barn og unge som begår kriminelle handlinger og virkninger av straff.* Oslo Economics. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e8f0236bb0784a83911537df3d1fb9f2/rapport-ungdomskriminalitet.pdf>
- Borren, I. & Skar, A. M. S. (2024). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Assessment Intervention and Moving On (AIM3). *PsykTestBarn*, 14, 1. <https://doi.org/10.7557/29.7628>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design.* Harvard University Press.
- Bræin, M. K., Hustad, G. S., van Korlaar, M. & Andersson, A. T. (2022). Sanse- og bevegelsesrom (SMART) i behandling av utviklingstraumatiserte barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(8), 726–733.
- Campbell, F., Booth, A., Hackett, S. & Sutton, A. (2020). Young People Who Display Harmful Sexual Behaviors and Their Families: A Qualitative Systematic Review of Their Experiences of Professional Interventions. *Trauma Violence Abuse*, 21(3), 456–469.
- Carson, C. (2022). *AIM-modellen for utredning av barn under 12 år med problematisk eller skadelig seksuell atferd.* Norsk versjon. (M. Jensen, E. M. Mørch, C. B. Edvardsen & K. Fosheim, Overs.) The AIM Project / Betanien sykehus-V27. (Opprinnelig utgitt 2019)
- Casari, L., Areas, M., Ison, M., Gómez, B., Roussos, A., Consoli, A. & Gómez Penedo, J. M. (2024). Therapist's effect on children's therapeutic alliance: A naturalistic study. *Journal of Clinical Psychology*, 80, 207–222. <https://doi.org/10.1002/jclp.23606>
- Child Rights International Network [CRIN]. (2024, 02. oktober). *Minimum ages of criminal responsibility around the world.* <https://archive.crin.org/en/home/ages.html>
- Children's Commissioner for England. (2023). *A lot of it is actually just abuse: Young people and pornography.* <https://www.childrenscommissioner.gov.uk/resource/a-lot-of-it-is-actually-just-abuse-young-people-and-pornography/>
- Cicchetti, D. & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. *Psychiatry*, 56(1), 96–118. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024624>
- COSMIN. (2024). *COSMIN Taxonomy of Measurement Properties.* www.cosmin.nl
- Creeden, K. (2018). Adjusting the Lens: A Developmental Perspective for Treating Youth with Sexual Behavior Problems. I A. R. Beech, A. J. Carter, R. E. Mann & P. Rotshtein (Red.), *Forensic Neuroscience* (Bd. 2, s. 783–811). Wiley Blackwell.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Dowling, J., Hodge, S. & Withers, P. (2018). Therapists' perceptions of the therapeutic alliance in «Mandatory» therapy with sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 24(3), 326–342. <https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1535139>
- Draugedalen, K. (2023). *Teachers As Human Rights Defenders: Transforming Teachers' Safeguarding Role Against Harmful Sexual Behaviour* [Doktorgradsavhandling]. Universitet i Sorøst-Norge. <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/3065204?show=full>
- Ericsson, K. (2021). Seksualitetens problem-bærere i barnevernet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 98(4), 238–253. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2021-04-02>
- Evers, A., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Muñiz J. & Sjøberg, A. (2013). *EFPA Review model for the description and evaluation of psychological and educational tests.* Approved by the EFPA General Assembly, 13–07–2013. <https://psyktest-barn.r-bup.no/cms/files/913>
- Family Planning Queensland [FPQ]. (2005/2016). *Traffic-Lights Brochure.* Adapted from the Child at Risk Assessment Unit (2000). FPQ, <https://static1.squarespace.com/static/5a449767a803bb806835ab3d/t/5e5f18054aecf90084d68b4e/1583290376181/TrafficLightsHandout.pdf> (B. Hegge & Psykiatrisk Opplysningsfond, Overs.). Retrieved 16.02.2024 from <https://www.seksuellatferd.no/en/trafikkliset-en/>
- Fanniff, A. M. & Alexander, A. A. (2022). Improving Justice, Equity, Diversity, and Inclusion in Research on Sexual Abuse Perpetration. *Sex Abuse*, 34(7), 780–805. <https://doi.org/10.1177/10790632221091193>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. & Chaffin, M. (2009). *Juveniles Who Commit Sex Offenses Against Minors.* American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e630532009-001>
- Froyland, L. R., Lid, S., Schwencke, E. O. & Stefansen, K. (2023). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2023* (NOVA Rapport 11/23). NOVA/OsloMet.
- Garbo, E. & Kleive, H. (2015). *Telefonkonsultasjoner med behandlingsapparatet. V27s erfaringer gjennom 9 år.* <https://www.betaniensykehus.no/492a7d/siteassets/documents/v27/telefonkonsultasjoner-med-behandlingsapparatet-v27s-erfaringer-gjennom-9-ar.pdf>
- Gewirtz-Meydan, A. & Finkelhor, D. (2020). Sexual Abuse and Assault in a Large National Sample of Children and Adolescents. *Child Maltreatment*, 25(2), 203–214. <https://doi.org/10.1177/1077559519873975>
- Guilhermino, J. & McCarlie, C. (2020). *AIM Behandling. Veileder for behandling av ungdom som har utvist skadelig seksuell atferd (SSA), familien og omsorgsgiverne deres. 2. utgave – norsk versjon* (M. Jensen, E. M. Mørch & C. B. Edvardsen, Overs.). The AIM Project / Betanien sykehus-V27. (Opprinnelig utgitt 2019)
- Hackett, S. (2014). *Children and young people with harmful sexual behaviours.* Dartington.
- Hackett, S., Balfe, M., Masson, H. & Phillips, J. (2014). Family Responses to Young People Who have Sexually Abused: Anger, Ambivalence and Acceptance. *Children & Society*, 28(2), 128–139. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2012.00471.x>
- Hackett, S., Branigan, P. & Holmes, D. (2019). *Harmful sexual behaviour framework. An evidence-informed framework for children and young people displaying harmful sexual behaviours* (2. utg.). <https://learning.nspcc.org.uk/research-resources/2019/harmful-sexual-behaviour-framework>
- Hackett, NSPCC & NHS. (2021). *Understanding sexualised behaviour in children.* Hentet 16. mars 2024 fra <https://learning.nspcc.org.uk/child-abuse-and-neglect/harmful-sexual-behaviour/understanding/#skip-to-content>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år.* Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Harvard University. (2024). *Harvard Center on the Developing Child: IDEAS Impact Framework,* referert i Lisøy, C. & Kjøbli, J. (2024, 23. april). *Ulike rammeverk for forbedring og evaluering av tiltak.* Barn og ungekongressen 2024. Bergen.
- Hellevik, P. M., Kruse, A. E., Dullum, J. V., Froyland, L. R., Skar, A.-M. S., Andersen, L. C., Helseth, H., Frafjord, O. S. G., Haugen, L.-E. A. & Øverlien, C. (2023). *Digitale seksuelle overgrep mot barn og unge – gjerningspersoner og fornærmede* (Rapport nr. 3–2023). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS].
- Helsedirektoratet. (2021). *Lavterskeltilbud til barn og unge som står i fare for å utøve PSA/SSA mot andre unge – konseptutredning.*
- Helsedirektoratet. (2023a). *Lavterskeltilbud til barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser som er i fare for å utsette barn og unge for problematisk og skadelig seksuell atferd – konseptutredning.*
- Helsedirektoratet. (2023b). *Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge* [nettdokument]. Helse Vest. (2023). *Trippelprosjektet SSA (skadelig seksuell atferd).* <https://www.helse-vest.no/vare-oppgaver/trippelprosjektet-ssa/>



- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H. & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingsstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hunt, G. R., Higgins, D. J., Willis, M. L. & Harris, L. (2023). Scoping Review of the Definitions Used to Describe and Understand Harmful Sexual Behaviors in Children and Young People. *Trauma Violence Abus*, 25(4), 2569–2583. <https://doi.org/10.1177/15248380231218294>
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetodens rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>
- Jensen, M. (2023a). *Kunnskapsbasert praksis i praksis – Hvordan kan kvalitative og kvantitative studier bidra til å forbedre behandlingen av barn med problematisk og skadelig seksuell atferd?* [Prøveforelesning 17.11.2023]. Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen.
- Jensen, M. (2023b). *Problematiske og skadelige seksuelle atferd blant barn. Begreper, karakteristika og vurdering i norsk kontekst* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Bergen. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/3103739>
- Jensen, M., Askeland, I. R. & Bjørknes, R. (2022). Interrater reliability and experiences of Assessment, Intervention, and Moving-on 3 Assessment Model in a multidisciplinary Norwegian sample. *Frontiers in Psychology*, 13, 1 019 739. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.1019739/full>
- Jensen, M., Bentzrod, A. H., Fidje, B., Godi-u-Eriksen, M., Mørch, E. M., Sandvik, M., Skorpe, O., Stav-Noraa, H. K. & Sjøly, M. (2024). Forebygging av problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn og ungdom i Norge. Presentasjon av et helhetlig forebyggingstilbud. *Tidsskriftet forebygging*, no. (14). <https://doi.org/10.21340/nxsr-z105>
- Jensen, M., Garbo, E., Kleive, H., Grov, Ø. & Hysing, M. (2016). Gutter i Norge med skadelig seksuell atferd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(5), 366–375.
- Jensen, M., Smid, S. C. & Bøe, T. (2020). Characteristics of adolescent boys who have displayed harmful sexual behaviour (HSB) against children of younger or equal age. *BMC Psychology*, 8(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00490-6>
- Kripos. (2016). *Seksuelle overgrep mot barn under 14 år*. Politiet. https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/seksuelle-overgrep-mot-barn-under-14-ar_web.pdf
- Kripos. (2019). *Seksuell utnyttelse av barn og unge over internett*. Politiet. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/seksuelle-overgrep-mot-barn/seksuell-utnyttelse-av-barn-over-internett.pdf>
- Leijten, P., Weisz, J. R. & Gardner, F. (2021). Research Strategies to Discern Active Psychological Therapy Components: A Scoping Review. *Clinical Psychological Science*, 9(3), 307–322. <https://doi.org/10.1177/2167702620978615>
- Leonard, M. & Hackett, S. (2020). *AIM3 Utredningsmodellen; utredning av ungdom og skadelig seksuell atferd* (SSA). Norsk utgave. (M. Jensen og E. M. Mørch, Overs.) AIM prosjektet, Stockport: UK, Bergen: Betanien sykehus (V27). (Opprinnelig utgitt 2019)
- Levenson, J. & Prescott, D. S. (2013). *Déjà vu: From Furby to Långström and the evaluation of sex offender treatment effectiveness*. *Journal of Sexual Aggression*, 20(3), 257–266. <https://doi.org/10.1080/13552600.2013.867078>
- Lisøy, C. & Kjøbli, J. (2024, 23. april). *Ulike rammeverk for forbedring og evaluering av tiltak* [Presentasjon]. Barn- og ungekongressen 2024. Bergen.
- Malvaso, C. G., Proeve, M., Delfabbro, P. & Cale, J. (2020). Characteristics of children with problem sexual behaviour and adolescent perpetrators of sexual abuse: a systematic review. *Journal of Sexual Aggression*, 26(1), 36–61. <https://doi.org/10.1080/13552600.2019.1651914>
- McCartan, K. & Brown, J. (2019). The prevention of sexual abuse: issues, challenges and resolutions. *Journal of Sexual Aggression*, 25(1) 1–3.
- McKibbin, G., Green, J., Humphreys, C. & Tyler, M. (2023). Pathways to Onset of Harmful Sexual Behavior. *Victims & Offenders*. <https://doi.org/10.1080/15564886.2023.2208579>
- McNeish, D. & Scott, S. (2023). *Key messages from research on children and young people who display harmful sexual behaviour*. Centre of expertise on child sexual abuse. <https://www.csacentre.org.uk/app/uploads/2023/02/Key-messages-from-research-Harmful-sexual-behaviour-2nd-edition-ENGLISH.pdf>
- McPherson, L., Vosz, M., Gatwiri, K., Hitchcock, C., Tucci, J., Mitchell, J., Fernandes, C. & Macnamara, N. (2023). Approaches to Assessment and Intervention with Children and Young People Who Engage in Harmful Sexual Behavior: A Scoping Review. *Trauma, violence & abuse*, 25(2). <https://doi.org/10.1177/15248380231189293>
- Medietilsynet. (2020a). *Barn og medier 2020. Seksuelle kommentarer og nakenbilder* (Delrapport 4–2020).
- Medietilsynet. (2020b). *Barn og medier 2020. Ungdoms erfaring med porno på nett* (Delrapport 5–2020).
- Mercer, V. (2024). *AIM Gjenopprettende arbeid. Rammeverk og praksisveileder for vurdering av gjenopprettende arbeid ved skadelig seksuell atferd*. Norsk utgave. (E. M. Mørch, H. Grøslund & I. Skogmo, Overs.) AIM prosjektet, Stockport: UK i samarbeid med Betanien sykehus: Bergen. (Opprinnelig utgitt 2020.)
- Miccio-Fonseca, L. C. & Rasmussen, L. A. L. (2018). Scientific Evolution of Clinical and Risk Assessment of Sexually Abusive Youth: A Comprehensive Review of Empirical Tools. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(8), 871–900. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1537337>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2016). *Harmful sexual behaviour among children and young people*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng55>
- National Society for the Prevention of Cruelty to Children [NSPCC]. (2024). *Harmful sexual behaviour: statistics briefing*. <https://learning.nspcc.org.uk/research-resources/statistics-briefings/harmful-sexual-behaviour-hsb>
- Neumer, S.-P., Jozefiak, T., Reedtz, C., Stormark, K. M. & Martinussen, M. (2021). Strengere krav til tester. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(3), 220.
- Norsk psykologforening [NPF]. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklæring-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Nøkleby, H., Langøien, L. J., Muller, A. E., Sigveland, J., Jardim, P. S. J. & Johansen, T. (2020). *Kartleggingsverktøy for utsatte barn og unge: en systematisk kartleggingsoversikt*. Folkehelseinstituttet [FHI].
- Paton, A. J., Burgess, S. & Bromfield, L. (2024). Key elements to consider when choosing an assessment tool for understanding risk related to harmful sexual behaviours. *Children Australia*, 46(1), 3016. https://doi.org/10.61605/cha_3016
- Quadara, A., O'Brien, W., Ball, O., Douglas, W. & Vu, L. (2020). *Good Practice in delivering and evaluating interventions for young people with harmful sexual behaviours*. ANROWS. https://anrows-2019.s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2020/06/30_105_821/PL17.07-Quadara-RR-YPHSB-FINAL.pdf
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. I A. Sameroff (Red.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (s. 3–21). American Psychological Association.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>
- Silovsky, J. F., Hunter, M. D. & Taylor, E. K. (2019). Impact of early intervention for youth with problematic sexual behaviors and their caregivers. *Journal of Sexual Aggression*, 25, 4–15. <https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1507487>
- Skotheim, H. (2022). *Slik skal de hindre at barn begår seksuelle overgrep* [Intervju]. Fontene. <https://fontene.no/nyheter/slik-skal-de-hindre-at-barn-begar-seksuelle-overgrep-6.47.900773.3fda9b8c3>
- Skuse, T. & Matthew, J. (2015). The Trauma Recovery Model: Sequencing youth justice interventions for young people with complex needs. *Prison Service Journal*, 220, 16–25. www.trmacademy.com
- Socialstyrelsen. (2019). *Barns behov i centrum (BBIC)*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/barns-behov-i-centrum/>
- Staksrud, E. & Olafsson, K. (2019). *Tilgang, bruk, risiko og muligheter. Norske barn på Internett. Resultater fra EU Kids Online-undersøkelsen i Norge 2018*. Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/72793/1/eu-kids-online-hovedrapport-135-norge-2019.pdf>
- Sveriges Psykologförbund. (2020). *Principer för Evidensbaserad psykologisk Praktik (EBPP)*. <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/a-psykologforetagarna/ebpp-002.pdf>
- ter Beek, E. (2018). To treat or not to treat? Harmful sexual behavior in adolescence: Needs before risk [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Amsterdam. <https://dare.uva.nl/search?identifier=42ec7d90-176e-4b8a-b4e8-7c637e66c537>
- van Roekel, E., Keijsers, L. & Chung, J. M. (2018). Intensive Longitudinelle Data (Ambulatory Assessment), referert i Helland, S.S. & Tømmerås, T. (2024, 25. april). *Intensive longitudinelle data. Hvordan kan slike data hjelpe oss til å lære mer om hva som er virksomt i tiltak?* Barn og ungekongressen 2024. Bergen.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckstein, D. & Corteselli, K. A. (2018). Are Psychotherapies for Young People Growing Stronger? Tracking Trends Over Time for Youth Anxiety, Depression, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Conduct Problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 216–237. <https://doi.org/10.1177/1745691618805436>

Sunniva Brurok Myklebost

Forskningscenter for digitale psykiske helsetjenester, Divisjon psykisk helsevern, Haukeland Universitetssykehus

Åsa Hammar

Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen. Institutionen för kliniska vetenskaper, medicinska fakulteten, Lunds Universitet

Tine Nordgreen

Forskningscenter for digitale psykiske helsetjenester, Divisjon psykisk helsevern, Haukeland Universitetssykehus

Digital intervensjon for kognitive vansker etter depresjon

RestDep kan være et nyttig verktøy til hjelp mot senfølger etter depresjon.

Kognitive vansker er vanlig ved depresjon, og omfatter vansker med konsentrasjon, hukommelse og beslutningstaking. Ofte vedvarer kognitive vansker i remisjon (Conradi et al., 2011) og virker negativt inn på arbeidsprestasjon og psykososial fungering (Ott et al., 2019; Saragoussi et al., 2018). Den generelle psykiske helsen blir også påvirket av kognitive vansker, som økning i negative tanker om egen mestringsevne og bekymringer om konsekvensene av å ikke få til dagligdagse gjøremål (Myklebost et al., 2022a). Studier viser også at kognitive vansker er knyttet til økt risiko for nye episoder med depresjon (Lorimer et al., 2020; Schmid & Hammar, 2021). Det er derfor behov for tiltak spesifikt rettet mot kognitive vansker. Imidlertid er det mangelfull tilgang på intervensjoner for kognitive vansker.

Gjennom forskningsprosjektet INTROMAT (INTROducing Mental Health through Adaptive Technology) utviklet og evaluerte vi effekten av *RestDep*, en digital intervensjon for kognitive vansker etter depresjon (Myklebost et al., 2022a). Intervensjonen ble utviklet i digitalt format, i tett samarbeid med brukerne, for å kunne skaleres til mange pasienter og dermed øke tilgang på spesialisert behandling.

Den terapeutveiledede digitale intervensjonen besto av ti moduler som adresserer aspekter av oppmerksomhet og konsentrasjon, hukommelse, eksekutive funksjoner, ruminering og sosial kognisjon. Intervensjonen inneholdt psykoedukasjon om kognitive vansker, opplæring i bruk av strategier og kognitive treningsøvelser. Ukentlig ble det gitt oppfølging av terapeut over telefon. Varighet var fem uker. I det følgende vil vi presentere hovedfunnene fra forskning på effekter av intervensjonen.

Pilotstudie

I en åpen pilotstudie inkluderte vi 43 personer (79 % kvinner, gjennomsnittsalder = 35,3 år) i remisjon til å jobbe med den fem ukers lange digitale intervensjonen. Terapeutstøtte ble gitt over telefon av psykologer og viderekomne psykologistudenter.

Resultatene fra pilotstudien (Myklebost et al., 2022b) viste at 86 % av deltakerne fullførte alle ti moduler. Deltakerne selvrappporterte bedring i kognitiv funksjon ($d = .98$) og reduksjon i ruminering ($d = .63$) etter å ha gjennomført intervensjonen. Oppfølging etter seks måneder viste ytterligere bedring i kognitiv funksjon ($d = 1.06$) og ruminering ($d = .91$). Det var ingen økning i depresjonssymptomer under intervensjonsperioden. De fleste var svært fornøyde med intervensjonen (70 %), mens 8 % rapporterte noen negative konsekvenser.

Prediktoranalyser viste at deltakerne som hadde vært deprimert i kortere perioder, opplevde større bedring i kognitiv funksjon enn deltakere som hadde vært deprimerte lenger (Myklebost et al., 2022c).

To års oppfølging viste at bedringen i kognitiv funksjon og ruminering vedvarte (Myklebost et al., 2023). Rundt 40 % av deltakerne hadde fått en ny episode med depresjon i løpet av oppfølgingsperioden.

Randomisert kontrollert studie

I en randomisert kontrollert studie med ventelistekontroll (Myklebost et al., 2024) inkluderte vi 44 deltakere (89 % kvinner, gjennomsnittsalder = 38,1 år) i remisjon. En gruppe fikk *RestDep* ($n = 23$), mens en annen gruppe ($n = 21$) måtte vente på å få intervensjonen. Terapeutstøtte ble gitt av psykologer og psykiatriske sykepleiere.

91 % av deltakerne fullførte intervensjonen. Deltakere som mottok *RestDep*, opplevde stor bedring i kognitiv funksjon ($d = 1.83$) og ruminering ($d = 1.65$) sammenlignet med ventelistegruppen. Reliabel bedring i kognitiv funksjon ble funnet hos 71 % i intervensjonsgruppen, mens bare 5 % i kontrollgruppen viste en tilsvarende endring.

Implikasjoner for helsetjenesten

Vår forskning kan ha implikasjoner for hvordan vi håndterer kognitiv helse i helsetjenestene. Kognitive vansker bør adresseres i depresjonsbehandling for å styrke pasientenes funksjon i dagliglivet og for å forebygge tilbakefall av depresjon. Våre funn viser at det kan være nyttig å tilby oppfølging rettet mot kognitive vansker i digitalt format. Videre støtter funnene at *RestDep* kan tilbys som en oppfølgingsintervensjon for personer som har mottatt tradisjonell depresjonsbehandling ved distriktspsykiatriske sentre. 

DESIGN OG ANALYSE

- Åpen pilotstudie og randomisert kontrollert studie av en digital intervensjon for kognitive vansker etter depresjon
- Deltakere ble rekruttert nasjonalt.
- Kriterier for deltakelse: 1) ha mottatt behandling for depresjon, 2) ikke vært deprimert de siste 12 uker, 3) ingen eller milde depresjonssymptomer, 4) tilgang på internett, 5) ikke hatt diagnosen bipolar lidelse, psykose eller vært avhengig av rusmidler, 6) ingen nevrologiske lidelser, 7) ingen hodeskader, 8) alder mellom 18–65 år.
- Primærutfallsmål var selvrappportert kognitiv funksjon i dagliglivet målt med The Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version (BRIEF-A).
- Deltakerne ble undersøkt med BRIEF-A før intervensjon direkte, etter gjennomført intervensjon, ved seks måneders- og toårsoppfølging.
- Linear mixed model analysis ble brukt for å analysere data.

HOVEDFUNN

- Personer i remisjon fra depresjon var fornøyd med å motta den digitale intervensjonen for kognitive vansker, og de fleste klarte å fullføre intervensjonen.
- Deltakerne rapporterte store og signifikante reduksjoner i kognitive vansker og ruminering fra før til etter intervensjonen.
- Reduksjon i kognitive vansker vedvarte ved to års oppfølging.
- Varighet av tidligere depresjoner kan ha betydning for utbytte av den digitale intervensjonen.

- Conradi, H., Ormel, J. & De Jonge, P. (2011). Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: A 3-year prospective study. *Psychological Medicine*, 41, 1165–1174. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001911>
- Lorimer, B., Delgadillo, J., Kellett, S. & Brown, G. (2020). Exploring relapse through a network analysis of residual depression and anxiety symptoms after cognitive behavioural therapy: A proof-of-concept study. *Psychotherapy Research*, 30, 650–661. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1650980>
- Myklebost, S. B., Amundsen, O. M., Geraghty, A. W., Inal, Y., Hammar, Å. & Nordgreen, T. (2022a). Developing an internet-delivered intervention targeting residual cognitive symptoms after major depressive disorder: a person-based approach. *Journal of Mental Health*, 31(6), 842–850. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022618>
- Myklebost, S. B., Nordgreen, T. & Hammar, Å. (2022b). An open pilot study of an internet-delivered intervention targeting self-perceived residual cognitive symptoms after major depressive disorder. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(6), 1595–1604. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1901706>
- Myklebost, S. B., Gjestad, R., Inal, Y., Hammar, Å. & Nordgreen, T. (2022c). Predictors of treatment response to an internet-delivered intervention targeting residual cognitive symptoms after major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 795698. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.795698>
- Myklebost, S. B., Nordgreen, T., Klakegg, O. S. & Hammar, Å. (2023). Long-term outcomes of an internet-delivered cognitive enhancement intervention targeting residual cognitive deficits after major depressive disorder: a 2-year follow-up of an open trial. *Frontiers in Psychology*, 14, 1194689. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1194689>
- Myklebost, S. B., Heltne, A., Hammar, Å. & Nordgreen, T. (2024). Efficacy of an internet-delivered cognitive enhancement intervention for subjective residual cognitive deficits in remitted major depressive disorder: A randomized crossover trial. *Journal of Affective Disorders*, 368, 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.035>
- Ott, C., Mine, H., Petersen, J. Z. & Miskowiak, K. (2019). Relation between functional and cognitive impairments in remitted patients with bipolar disorder and suggestions for trials targeting cognition: An exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 257, 382–389. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.030>
- Schmid, M. & Hammar, Å. (2021). First-episode patients report cognitive difficulties in executive functioning 1 year after initial episode of major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 667238. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.667238>
- Saragoussi, D., Christensen, M. C., Hammer-Helmich, L., Rive, B., Touya, M. & Haro, J. M. (2018). Long-term follow-up on health-related quality of life in major depressive disorder: A 2-year European cohort study. *Neuropsychiatric Diseases and Treatment*, 14, 1339–1350. <https://doi.org/10.2147/NDT.S159276>
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C. & Maser, J. D. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229–233. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.229>
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W. & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.475>

Kan og bør psykologer vise
seg som politiske aktører i
offentligheten?

Det personlige er politisk er psykologisk



FOTO PRIVAT

TEKST Ezgi Kutal

Seksjon Ung, Avdeling
Rus- og Avhengighetsbehandling,
Oslo Universitetssykehus

KONTAKT ekutal63@gmail.com

Psykologer uttaler seg i økende grad om samfunn og politikk, for eksempel om klimakrisens påvirkning på individet og sammenhengen mellom uhåndterlig gjeld og selvmord (Chamberlain & Madsen, 2025; Holtet et al., 2023). Jeg synes det er flott, det viser at «mainstream-psykologien» ikke er utelukkende individorientert (Madsen, 2017), og at psykologer engasjerer seg utenfor terapirommene. En utvidelse av psykologfeltet til samfunnsmessige og politiske tema er et gode. I artikkelen *Psykologers politiske verdier* (Kutal, 2022) oppfordret jeg psykologer til å være bevisst sine egne politiske verdier i terapi, fordi funnene i studien tydet på at psykologens politiske verdier påvirket terapien, selv når man ikke ville det.

Samtidig vekker psykologers synlighet tilknyttet politikk og politiske holdninger i det offentlige rom debatter og etiske betenkeligheter. Kan og bør psykologer vise seg som politiske aktører i offentligheten? Står jeg fritt som psykolog til å flagge mine politiske meninger?

Temaet har opptatt flere. Haeny (2014) reflekterer over etiske implikasjoner når psykologer uttaler seg om kontroversielle politiske saker. Hun skriver at psykologer bør være påpasselige med å ikke forklare egne politiske holdninger med psykologiske begrunnelser, og at psykologen bør være tydelig på at man uttrykker egne politiske holdninger og ikke fagets. I *Profesjonsetikk – om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (Øvreeide, 2013) nevnes etiske utfordringer med å være offentlig psykolog med et politisk engasjement. Her skriver Øvreeide (2013, s. 58) at «psykologen må passe seg for å ikke bli en moralist – fremstå som den som vet best».

Rolleavklaring

Jeg tenker at det her er noen viktige skillelinjer, som først og fremst handler om i hvilken rolle man uttaler seg. Innlegget Psykologiens plass i samfunnsutvikling, hvor Øiestad et al. (2025) skriver om psykologiens rolle i å forstå krig og samfunnsutvikling, er etter min mening et ypperlig eksempel på å være bevisst rollen som formidler av psykologifaget og god fagforvaltning. Eller når Psykologforeningen uttaler seg om folkemordet i Palestina (Rolf, 2023); da opplever jeg at foreningen bruker psykologfaglige prinsipper om menneskeverd, kunnskap om utvikling hos barn som opplever krig og katastrofer og traumer, til å mene noe om situasjonen verden står i. Jost et al. (2018) prøver å forstå politisk konservatisme ut ifra psykologiske konsepter om personlighet, motivasjon og underliggende behov. I et intervju med Psykologistudenten uten grenser (2017) formulerer psykolog Karl Eldar Evang at psykologer, på grunn av sin innsikt inn i menneskets natur, har en forpliktelse til å delta i samfunnsdebatten. Alt nevnt her er, slik jeg ser det, gode eksempler på hvordan politikk, politiske holdninger og psykologfaglig integritet er forenelig. Motsatsen kan sies å være psykologer som uttaler seg om *egne* politiske holdninger og begrunner holdningene med psykologi.

Etiske spørsmål som naturlig reiser seg her, er om det er riktig at psykologers politiske holdninger, meninger og engasjement belyses, uansett innhold? Hva med pasienter som kan oppleve seg uenige eller krenket? De

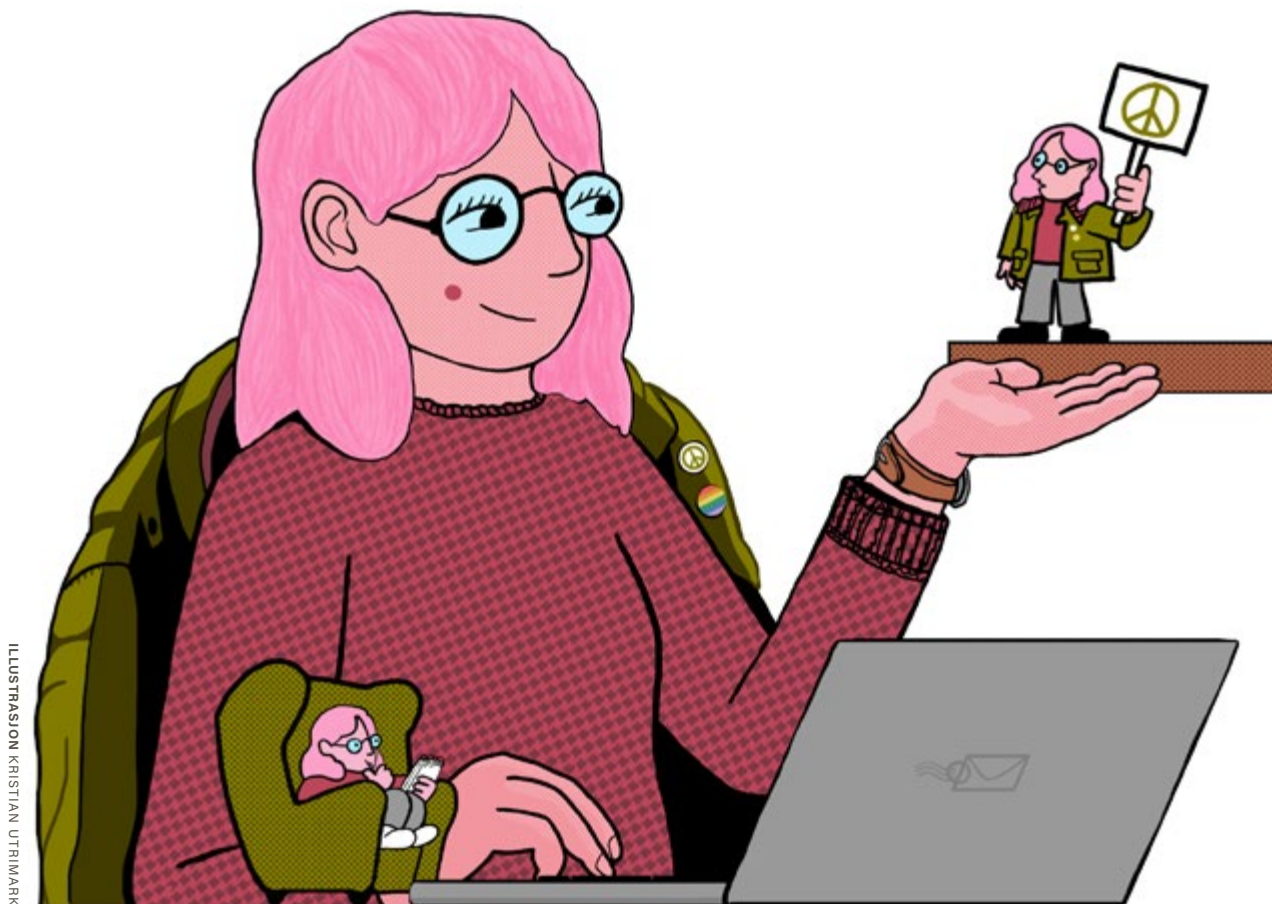
— Jeg mener at psykologien er politisk

etiske dilemmaene belyses under ansvarspunktet i etiske retningslinjer for nordiske psykologer:

«Psykologen tar selvstendig ansvar for kvaliteten og konsekvensene av sitt arbeid, men er samtidig klar over at andre opplever psykologen som representant for sin yrkesgruppe. Psykologen er bevisst på hvordan den psykologiske kunnskapen brukes, også utenfor den profesjonelle praksisen» (Norsk psykologforening, 1998, s. 4).

«Psykologen deltar ikke i aktivitet som sikter mot at man med fysiske eller psykiske tvangsmidler (indoktrinering, «hjernevask», tortur osv.), eller med trussel om slike tvangsmidler: tvinger noen til å gi opplysninger eller innrømmelser presser noen til å avsløre, fornekte eller endre eget eller andres livssyn, politiske, religiøse eller etiske overbevisninger» (Norsk psykologforening, 1998, s. 4).

Vi er pliktige til å etterfølge disse sentrale etiske retningslinjene. Se for deg å være en del av en minoritet



og høre en psykolog uttale seg negativt om minoriteten i offentligheten. Det ville gjøre noe med selvoppfatningen og hvordan man for eksempel forholder seg til terapi. Det kan være skadelig, og det er viktig å være bevisst.

Et ømt punkt

Selv om jeg opplever at flere psykologer i det offentlige i dag kunne vært mer oppmerksomme på effektene deres politiske ytringer kan ha, opplever jeg samtidig at vi har vært så redde for en negativ påvirkning fra sammenblendingen politikk og psykologi at vi har blitt helt stille. Det har kanskje vært en berøringsangst i å tenke at det psykologiske kan være politisk. Jeg tror vi lurer oss selv hvis vi tenker på psykologisk kunnskap og terapi som apolitisk. Jeg mener at for å ta ansvar for hvordan vi representerer yrkesgruppen vår, trengs en bevisstgjøring om at psykologer og psykologi ikke er apolitisk.

Temaet psykologers politiske holdninger i offentligheten rører nok ved et ømt punkt fordi det rokker ved antagelsen om at psykologien er verdifri. Jeg mener at psykologien er politisk – eksempler er hvordan vi historisk sett har klassifisert psykisk patologi, hvordan helsevesenet fungerer, eller prinsipperklæringen for evidensbasert praksis (Berg, 2021). Når psykologer uttaler seg om politikk offentlig, enten man er enig eller uenig, brytes illusjonen om at psykologi er verdinøytralt eller apolitisk. At en psykolog uttaler sine holdninger om for eksempel kjønn, kan være sjokkerende. Men vi kan anta at psykologen ville hatt holdningen uavhengig av om den ble offentlig uttrykt eller ikke. Derfor ville holdningen muligens gjort seg gjeldende i terapi enten man ville det eller ikke. Jeg tror heller ikke det er mulig å skille mellom meg som privatperson og psykolog, eller som politisk vesen. Det berører også utallige debatter om skillet mellom psykologrollen og privatperson. Jeg sier som Aibel (2018): Det personlige er politisk er psykologisk.

Psykologer er politiske vesen

Når man spør om psykologer kan være politiske i offentligheten, tror jeg grunnspørsmålet må endres. Jeg tenker at psykologer, som alle andre, er politiske vesener. Jeg vil derfor endre spørsmålet jeg stilte innledningsvis, fra «Står jeg, som psykolog, fritt til å flagge mine politiske meninger offentlig?» til «Hvordan vil mine politiske verdier som jeg gir uttrykk for nå, påvirke andres oppfattelse av terapi og psykologi?»

Jeg tenker at bevissthet rundt egne politiske verdier kan bidra til en slik refleksjon, som de etiske retningslinjene etterlyser. Vi må være klar over at politiske verdier, i likhet med andre egenskaper ved oss, som kjønn, sosioøkonomisk bakgrunn og tilknytningsstil, vil påvirke terapien, hvordan klienten oppfatter oss, og hvordan vi oppfatter klienten (Nissen-Lie, 2020). På et vis må vi kunne stole på at en psykolog, med sine politiske verdier, kan romme og behandle en klient med totalt motsatte politiske verdier.

En bevisstgjøring kan føre til en erkjennelse om at psykologi som fagfelt har bestemte menneskesyn og verdigrunnlag i bunn (Vik & Stänicke, 2022). Psykologien postulerer at noen måter å leve på er bedre enn andre (Berg, 2017). I forlengelse av tanken om at psykologi og psykoterapi ikke er verdifri og kan være politisk ladet, tror jeg også man må ta innover seg at det er noen politiske holdninger som ikke er forenelig med psykologiens grunnverdier. Det er en grunn til at et typisk etikkseminar- spørsmål under utdanning er: «Kan man mene at en folkegruppe er mindre verdt enn andre, og være psykolog?» Avslutningsvis vil jeg understreke at jeg ikke mener psykologer ikke skal ta plass i offentligheten, men vi bør ha et mer utviklet og bevisst forhold til våre politiske verdier og tenke over hva vi sier, og hvordan budskapet oppfattes av allmennheten.

REFERANSER

- Aibel, M. (2018). The personal is political is psychoanalytic: Politics in the consulting room. *Psychoanalytic Perspectives*, 15(1), 64–101. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2018.1396130>
- Berg, H. (2017). Fakta og verdier i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(5), 480–483.
- Berg, H. (2021). Psykologene trenger en ny prinsipperklæring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 132–133. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/02/psykologene-trenger-en-nyprinsipperklæring>
- Chamberlain, M. & Madsen, O. J. (2025, 28. mars). Radikale protester kan påvirke folks holdninger. *Verdens gang*. <https://www.vg.no/nyheter/i/LMGPLq/radikale-protester-kan-paavirke-folks-holdninger>
- Gunstveit, W. D. (2025, 23. januar). *Debatten som sporet av*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a01ae-Debatten-som-spoet-av>
- Haeny, A. M. (2014). Ethical considerations for psychologists taking a public stance on controversial issues: The balance between personal and professional life. *Ethics & Behavior*, 24(4), 265–278.
- Holtet, A., Tisløv, S. I. & Peters, D. (2023, 8. september). A silent killer» – finans- og inkassobransjen kan forebygge selvmord. *Dagens Næringsliv*. <https://www.dn.no/innlegg/helse/psykisk-helse/forbrukslan/a-silent-killer-finans-og-inkassobransjen-kan-forebygge-selv-mord/2-1-1514314>
- Jost, J. T., Glaser, J., Sulloway, F. J. & Kruglanski, A. W. (2018). Political conservatism as motivated social cognition. *The motivated mind*, 129–204.
- Kutal, E., Stänicke, E. & Madsen, O. J. (2022). Psykologers opplevelse av hvordan deres verdier påvirker terap: en tematisk analyse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(11), 994–1003.
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Nissen-Lie, H. A. (2020). Klinisk tenkning og terapeutens personlige bidrag. I E. Stänicke, H. Strømme, S. Kristiansen & I. L. Stänicke (Red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse* (s. 37–59). Gyldendal.
- Norsk psykologforening. (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikketiske-prinsipper-for-nordiskepsykologer>
- Psykologistudentene uten grenser. (2017). *Intervju: Karl Eldar Evang*. <https://www.psykologistudentertutengrenser.no/single-post/2017/12/03/intervju-karl-eldar-evang>
- Rolf, F. (2023). *Psykologforeningens uttalelser i forbindelse med krigen i Gaza*. Psykologforeningen.no. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/vare-uttalelser-om-krigen-i-gaza>
- Vik, O. M. & Stänicke, E. (2022). Menneskesyn i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1104–1111.
- Øiestad, G., Moss, M. S. & Rydningen, N. N. (2025). Psykologiens betydning i samfunnsutviklingen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a03ae-Psykologiens-betydning-i-samfunnsutviklingen>
- Øvreide, H. (2013). Etiske dimensjoner. I H. Øvreide & E. Backe-Hansen (Ed.), *Fagetikk i psykologisk arbeid* (2. utg., s. 51–89). Cappelen Damm.

TEKST Arne Holen
Privatpraksis

En demokratisk og ryddig prosess mot Landsmøtet 2025

Ansatte i sekretariatet er ikke aktører og har en begrenset rolle før og under landsmøtet.

I Norsk psykologforening er det landsmøte (LM) i Sandefjord 19.–21. november i år. På LM er det noen faste poster som skal behandles, og en av dem er valg. Landsmøtet skal velge nye medlemmer av Fagetisk råd, sentralstyre og valgkomite. Det er valgkomiteen som lager innstilling til disse tre organene, og LM som velger. Mer informasjon finner du på valgkomiteen sine egne nettsider på psykologforeningen.no.

Kontradiksjonsprinsippet er viktig

Den 26. mars 2025 ble det kjent at det stiller en ny presidenttrio til valg. Like etter bekreftet to av de sittende presidentene at de også stiller til valg. Det er lenge til november, men det kan se ut som det kan gå mot kampvotering på LM.

Som leder av valgkomiteen har jeg noen ønsker om hvordan prosessen fram mot LM skal foregå. For det første er det viktig at alle gjør seg kjent med de ulike reglene som gjelder. Du finner grundig informasjon på Psykologforeningens nettsider.

At reglene som regulerer valget og prosessen, er kjent, er en forutsetning for et demokratisk valg. For det andre ønsker jeg at vi alle skal oppføre oss. Vi trenger ikke late som vi er enige i ett og alt, men vi skal bruke argumenter som tåler dagens lys og er relevante og saklige.

Kontradiksjonsprinsippet er sentralt. Av et argument eller en påstand følger at den aktuelle motpart skal kunne komme med et tilsvarende svar. Det gir muligheten til å korrigere og komme med motargumenter. På den andre siden finner vi at argumen-

KONTAKT
post@nevropsykologholen.no

MERKNAD Holen er leder for
Psykologforeningens valgkomite.

— *vi skal bruke
argumenter
som tåler
dagens lys og
er relevante
og saklige*

FOTO MATT OXMAN



ter eller påstander som ikke er åpne, heller ikke kan motsies eller korrigeres. I vanlig språk kalles slikt sladder, baksnakking, halvsannheter og sikkert mye annet også.

Valgkomiteen sin rolle er å løse gjennom et forslag på LM som kan få flertall, og som gir det nye sentralstyret og presidentskapet gode muligheter for å jobbe med politikk.

Noen spilleregler

Som medlem, tillitsvalgt, mulig delegat eller gjest på LM i november bør du være klar over noen forhold. Hvis du snakker med noen om ulike kandidater, bør du legge merke til det hvis det ytres noe som ikke kan verifiseres eller sies åpent. Et argument eller en påstand som kandidaten(e) det gjelder, ikke er kjent med, kan ikke gis et tilsvarende svar. Hvis du opplever en slik situasjon, bør du tenke over om dette argumentet eller påstanden er gyldig, eller om det kommer i en av de mindre flatterende kategoriene nevnt over.

Psykologforeningen strever for tiden med nye dataløsninger, og det ser ut til å ta lang tid før informasjon blir lett tilgjengelig for medlemmene. Referatene fra møter

i presidentskapet er ikke tilgjengelig for andre medlemmer enn de tre presidentene. Referatene fra møtene i lønns- og arbeidslivsutvalget er heller ikke tilgjengelig for ordinære medlemmer. Sakspapirene og referatene til sentralstyremøtene er tilgjengelig for medlemmer som logger seg inn, men ikke lenger tilbake enn inneværende LM-periode. Sekretariatsansatte i Psykologforeningen sin rolle i prosessen fram mot LM er relativt begrenset. Normalsituasjonen er at de som jobber i sekretariatet, skal bistå og tilrettelegge slik at LM og sakene som skal opp på LM, kan behandles på en god måte. De ansatte i sekretariatet er ikke aktører før eller under LM, det er det medlemmene og tillitsvalgte som er.

Landsmøtet i 2022 vedtok regler om dette som klargjør at ansatte i sekretariatet ikke kan stille til valg (sak 8/2022). Ansatte kan selvfølgelig ha egne meninger om de ulike kandidatene, men hvis de ikke kan dele argumentene eller påstandene åpent, bør de holde dem for seg selv.

Godt valg! 🙌

Les kandidatenes presentasjon av seg selv på debatt-sidene på psykologtidsskriftet.no



Få tror lenger at ett gjennombrudd vil løse schizofrenigåten, men vi forstår stadig mer av årsakene.

En schizofreniforsker ser tilbake



FOTO PRIVAT

TEKST Bjørn Rishovd Rund
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

KONTAKT b.r.rund@psykologi.uio.no

MERKNAD Ingen oppgitte
interessekonflikter

blant skjer det store gjennombrudd i forståelsen av årsaken til og behandlingen av en mental lidelse. Et eksempel er oppdagelsen av at nevrosyfilis skyldes en bakterie som lar seg behandle med penicillin. Men for de fleste psykiske lidelser er det snakk om å bygge stein på stein over tid, både i årsaksforståelse og behandling. Slik er det også med schizofreni. Når jeg i dag skuer tilbake på flere tiår med forskning på schizofreni, spør jeg meg selv hva vi vet i dag som vi ikke visste tidligere? Jeg har stilt samme spørsmål til noen andre norske schizofreniforskere og fått nyttige innspill fra dem.

Tilbakeblikk og spådommer

Ved en tilfeldighet kom jeg nylig over et 25 år gammelt NRK-program om schizofreni, hvor psykiateren Jan Olav Johannessen, nevrofysiologen Per Andersen og jeg ble intervjuet. I intervjuet kom vi med noen spådommer om hvordan feltet ville utvikle seg i tiden fremover.

Det første som slo meg da jeg hørte programmet, var at våre synspunkt den gang stemmer godt overens med dagens kunnskap. Det neste som slo meg, var at to områder peker seg ut når det gjelder ervervelse av helt ny kunnskap i denne 25-årsperioden.

Hjernens skjevutvikling

Andersen sa i intervjuet at hjernen gjennomgår endringer allerede under oppbyggingen av den hos dem som senere utvikler schizofreni, men at det er uklart hvorfor sykdommen vanligvis ikke kommer til syne før personen er i 20-årene. Det var et riktig utsagn i år 2000, men i dag er det kjent at sykdomstegn kan sees langt tidligere, helt ned til fire–femårsalderen. Denne kunnskapen er ervervet gjennom studier på barn og ungdommer før de har blitt syke. Slike studier har metodiske utfordringer, særlig fordi kun 30–35 % av dem som identifiseres å være i risiko, faktisk utvikler schizofreni. Det er altså svært vanskelig å forutsi en schizofreni før sykdomsdebut.

Til tross for metodeproblemer vet vi i dag at tegn på kognitive og sensorimotoriske forstyrrelser (neurological soft signs) sees lenge før sykdommen bryter ut. Hva som setter i gang skjevutviklingen, finnes det imidlertid enda mer begrenset kunnskap om. Skjevutviklingen kan skyldes skader under svangerskapet eller fødselen, virusinfeksjoner hos mødrene, genetiske forhold og muligens også senere livsbelastninger. Forskningen har vesentlig styrket hypotesen om at schizofreni er en nevroutviklingsforstyrrelse (Rund, 2018).

— *Genetiske funn vil neppe ha noen klinisk nytte i overskuelig fremtid*

Genetiske forhold

Det andre området vi hadde søkelys på i NRK-programmet, var genetik. Programmet ble sendt bare noen uker før det menneskelige genomet ble publisert i de to toptidsskriftene Nature og Science. Troen på at genetikforskningen ville føre til store gjennombrudd, var stor. Særlig hos Per Andersen. I dag kan vi oppsummere 25 års molekylær-genetisk forskning med at det er identifisert hundrevis av genetiske varianter, i tillegg til noen få sjeldne varianter som kan øke risikoen for lidelsen. Schizofreni har altså en polygenetisk basis, der mange gener med små effekter bidrar – spesielt innen synaptisk funksjon, glutamaterg signalering og immunsystemet. Det er imidlertid fremdeles en stor andel av arveligheten som ennå ikke er identifisert, og man regner i dag med at omtrent 10 % av de genetiske variantene er oppdaget. Genetiske funn brukes nå som grunnlag for å utvikle nye og bedre medikamenter. I tillegg forskes det mye på hvordan summen av polygene varianter (polygene scorer) kan ha betydning for bedre diagnostikk og valg av behandling. Genetiske funn vil neppe ha noen klinisk nytte i overskuelig fremtid.

Videre skal det nevnes at epigenetisk forskning, som undersøker hvordan miljøfaktorer kan endre genuttrykket gjennom kjemiske modifikasjoner uten å endre selve DNA-sekvensen, har bidratt til mer kunnskap om hvordan genpåvirkning skjer «indirekte». Blant annet er det funnet at prenatale miljøpåvirkninger, som infeksjoner i svangerskapet, kan føre til endringer i DNA-metylering på gener som er viktige for den kognitive utviklingen.

Barndomstraumer og belastninger

Et område vi ikke var innom i NRK-intervjuet, men hvor det i dag utvilsomt foreligger ny kunnskap, er betydningen av barndomstraumer. En rekke studier har vist at alvorlige stressbelastninger i relasjonen til andre mennesker i oppveksten, som overgrep, mobbing og neglisjering, utgjør betydelige risikofaktorer for schizofreni. Risikofaktorene gjelder både initiering av psykose og forverring av tilstanden, med sterkest evidens for positive symptomer og noe evidens for negative. Studier indikerer også at eksponering for alvorlige relasjonsbelastninger står i en dose–respons-sammenheng med schizofreni. Alvorlighetsgraden av psykosen øker altså med alvorlighetsgraden, gjentattheten og varigheten av alvorlig relasjonsstress, samt med antallet relasjonsstresstyper akkumulert.

Nye hjerneavbildningsteknikker

Billedteknikker som MR har blitt mer avanserte og fått betydelig høyere oppløsning de senere årene, noe som har ført til mye kunnskap om de strukturelle og funksjonelle hjerneendringene som skjer hos personer med schizofreni. Strukturelle endringer gjelder særlig forstørrede ventrikler, redusert hippocampus, reduksjon i tinninglappene inkludert amygdala, endringer i prefrontal cortex og thalamus, samt svekket hvit substans-konnektivitet. Hvorfor disse endringene i hjernen oppstår, finnes det fortsatt mindre kunnskap om.

Funksjonelle MR-studier har kartlagt funksjonelle hjernenettverk og hvordan disse interagerer, og vist at schizofrenipasienter er karakterisert ved avvikende nettverksdynamikk. For 25 år siden trodde vi at kun enkelte områder i hjernen var påvirket ved schizofreni.

Det må også nevnes at det i dag finnes mange studier som bekrefter at bruk av cannabis er en meget viktig risikofaktor ved schizofreni.

Behandling og tidlig intervensjon

Flere pasienter oppnår i dag et stabilt og godt funksjonsnivå etter en periode med psykose, uten at det kan sies å ha vært noen store gjennombrudd i behandlingsformer gjennom årenes løp. At det nå går bedre med mange pasienter, skyldes mer at akkumulert kunnskap brukes på en integrert måte. Det finnes mye evidens for at det er viktig å komme tidlig til med behandling, noe som blant annet ble dokumentert i den store norsk-danske TIPS-studien (Tidlig intervensjon ved psykose). Behandlingen må også være tilpasset den enkelte pasient, såkalt presisjonsmedisin. Longitudinelle studier, særlig av førstegangspsykose, har vist at andelen med full

— Forskningen har vesentlig styrket hypotesen om at schizofreni er en nevroutviklingsforstyrrelse

restitusjon er høyere enn det som tidligere ble antatt.

Av nye behandlingsformer er det kognitiv adferdsterapi og kognitiv/sosialkognitiv trening som har mest forskningsmessig belegg for positive effekter, som regel i kombinasjon med medikamentell behandling. Kognitive og sosialkognitive forstyrrelser er blant de fremste kjennetegnene ved schizofreni. Det er derfor naturlig at kognitive tilnærminger er viktig i rehabiliteringen.

Forskning avkrefter eller bekrefter

En viktig del av forskningen er å avkrefte eller bekrefte tidligere funn gjennom nye studier. Et eksempel på det første ga jeg i NRK-programmet, der jeg nevnte at den familie- og kommunikasjonsforskningen som var så populær på 70- og 80-tallet, og som jeg selv var en del av, viste seg å være et blindspor.

Men annen forskning har vist seg å representere spor verdt å forfølge. Det er flere områder hvor det i år 2000 fantes noe forskning, men hvor funnene er styrket gjennom nye studier i de 25 årene som er gått. Jeg kan nevne kognitive forstyrrelser, som gjennom hundrevis av studier er vist å utgjøre et av de viktigste kjennetegnene ved schizofreni, og som utgjør de største hindrene for at schizofrenipasienter kan fungere godt sosialt og funksjonelt. Oppmerksomhet, hukommelse og eksekutive funksjoner er svekket gjennom hele sykdomsforløpet hos de fleste pasienter, og – som nevnt – også før sykdomsdebut.

Flere langtidsstudier, med opptil 25 års oppfølging, er gjennomført etter årtusenskiftet. De fleste viser at kognitiv fungering bedrer seg noe etter at pasienten er ferdig med en psykotisk periode.

Sosial kognisjon er i tillegg etablert som et viktig kognitivt domene de siste 25–30 årene, noe som reflekteres i at sosial kognisjon er inkludert i beskrivelsen av tilstanden i de nye diagnose-manualene (DSM-V og ICD-11). Sosial kognisjon handler om hvordan vi oppfatter, tolker og responderer på sosiale signaler. Pasienter med schizofreni viser svekkelse i mentaliseringsferdigheter, emosjonsgjenkjenning og attribusjonsstil. Følgelig er sosial kognisjon et viktig element i pasientenes behandling og rehabilitering.

Medisinering og diagnostikk

Nyere studier har videre dokumentert at andregenerasjon av antipsykotika, som var tatt i bruk for 25 år siden, er mer effektive i å dempe psykotiske symptomer og med mindre bivirkninger enn førstegenerasjon. Samtidig har det vært en økende kritikk av antipsykotiske medikamenter, i hvert fall gitt som langvarig behandling, blant annet fordi antipsykotika fører til plastisitetsforandringer i hjernen. Skepsisen mot antipsykotika har ført til at det i dag finnes medikamentfrie behandlingstilbud i de fleste helseforetakene.

Dagens kunnskap bekrefter også at det er stor heterogenitet ved schizofreni. Derfor er det blitt mer vanlig å operere med schizofrenispekterbegrepet, i hvert fall i forskning – på samme måte som ved andre nevroutviklingsforstyrrelser, som autisme. Det gjenstår imidlertid mange differensialdiagnostiske avklaringer opp mot andre typer psykose, inkludert bipolare lidelser. Det kan også nevnes at det har vokst fram en «bevegelse» henimot å avskaffe hele schizofrenidiagnosen.

Ingen store gjennombrudd

I dag rettes det mer oppmerksomhet mot mentale tilstander som alzheimer, spiseforstyrrelser og ADHD enn mot schizofreni. Etter at verken genetikkforskningen eller nye billedteknikker førte til de store gjennombruddene noen håpet på, virker interessen for schizofreni å være mer avmålt. Men den vil komme tilbake. En viktig grunn til det er at schizofreni er den lidelsen som «tynger» det psykiske helsevernet mest, også økonomisk sett (Rund, 2023). Det er nødvendig å utvikle bedre behandlingstiltak.

Schizofreni er et spektrum av lidelser med svært sammensatte årsaksfaktorer. Stein for stein, og med små skritt, blir årsaksforholdene stadig mer forstått. I den forstand er løsningen på schizofrenigåten nærmere. Men at ett gjennombrudd skal løse hele gåten i ett jafs, er ikke sannsynlig.

Jeg kommer tilbake med en oppdatering i 2050. 🕒

REFERANSER

Rund, B. R. (2018). The research evidence for schizophrenia as a neurodevelopmental disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(1), 49–58. <https://doi.org/10.1111/sjop.12414>

Rund, B. R. (2023, 8. juni). Schizofreni koster mest, og det bør få konsekvenser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023aso6ae-Schizofreni-koster-mest-og-det-bor-fa-konsekvenser>

TEKST Theo Aske Holskil
Sykehuset i Vestfold

Fra innlagt til psykolog



BOK *Instukid – mine år på ungdomsavdeling*

FORFATTER Johanne Rogndal

ÅR 2025

FORLAG Cappelen Damm

SIDER 205

MERKNAD Ingen oppgitte interessekonflikter

Rogndal formidler at makt må brukes varsomt, og at språket må være forståelig.

I boken *Instukid – mine år på ungdomsavdeling* forteller psykolog Johanne Rogndal en ærlig historie om sitt møte med psykisk helsevern som ungdom. Sentralt i boken er beskrivelser, heller enn diagnoser. Rogndal minner oss på viktigheten av å forstå heller enn å definere, og at systemet har en vei å gå for å ha en forstående holdning heller enn en dømmende. Boken følger Rogndal både på ungdomsavdelingen UK og i nåtid, og hun gir et viktig innblikk i hvordan det er å både leve inne på avdeling og å leve med det hun har opplevd, i ettertid. Hun beskriver sterkt hvordan det er å leve med opplevelser få andre har, og om veien både inn på UK og ut av den.

Språk og makt

I det moderne psykologifaget er vi blitt opptatt av å bruke faglige termer, ord og begreper som skal kunne beskrive noe presist. Ordene og uttrykkene vi bruker, gjør det lettere å kommunisere «oss fagfolk imellom». Samtidig skal man ikke underspille verdien det kan ha for pasientene å få ord for det som er vanskelig, for ord gir mulighet til forståelse og aksept. Det vi ikke har ord for, kan heller ikke eksistere og dermed ikke aksepteres. Vi kan lære fra denne historien at det er vårt ansvar å forsøke å bruke ord som skaper rom for aksept. Psykologer jobber med ord og uttrykk for å skape en forståelse av verden som kan gi mening, selv i alvorlige og akutte situasjoner. Definisjonsmakten vi besitter, henger over oss i alle møter vi har med mennesker. Rogndal minner oss på hvor viktig det er at vi bruker makten varsomt, og at vi bruker forståelige ord. Fagspråket kan også risikere å psykologisere normal atferd, og gjøre det vanskeligere å forstå ulike uttrykk for smerte.

Som psykolog selv har Johanne Rogndal et unikt perspektiv som hun bruker på en respektfull måte i møte med ydmykende opplevelser. Hun utforsker hvordan man kan forstå systemet og de valgene som ble tatt, uten å dømme, hun skriver om ungdommelig smerte med visdommen til en voksen psykolog. Som psykolog med erfaring fra å møte ungdom i krise gjør disse ordene inntrykk på meg: «Jeg trengte en voksen som ikke ble redd.» Frykt i møte med andres smerteuttrykk skaper gjensidig frykt og uro. Denne boken er et soleklart eksempel på hvordan usikkerhet kan bre seg i et helt system når barn og unge viser hvor vondt de har det.

— *Instukid er et eksempel på hvordan tvang i psykisk helsevern kan være med på å hindre utvikling*

Hvem hjalp?

Det er en bragd å skrive så nyansert om hjelperne som utførte både fastholding, beltelegging og tvangsmedisinering. Leseren får empati også med dem. Samtidig er det tydelig at de hjelperne som opplevdes å gi mest hjelp, var de som ga av seg selv, viste at de var mennesker og forsøkte å forstå. Det er noe essensielt i det å vise at man ønsker å være sammen med et annet menneske, å se dem for dem de er, og å faktisk være glad i dem. Mange psykologer, i alle fall jeg, kommer fra studiet med en holdning om profesjonell avstand. Avstanden jeg skaper som psykolog, skaper imidlertid en kløft mellom meg og menneskene jeg møter. Profesjonalitet er ikke det samme som avstand, noe som er tydelig i boken. Forståelse og nærhet er essensielt for at man i krise skal føle seg som et ekte menneske, og å se at det finnes andre veier å gå på enn den nedadgående spiralen man er i. Profesjonell avstand glir altfor fort over i kulde og manglende innlevelse i det som foregår i livet til dem vi møter.

Hva vi må ta med oss fra *Instukid*

Svom psykologer har vi en definisjonsmakt som både kan hjelpe og skade. Vi er gitt mandat til å definere hvordan vi skal forstå mennesker i krise, og hvordan hjelpe dem. Våre ord er makt, og den makten må vi bruke med respekt og forståelse. Rogndals historie er et eksempel på maktbruk som et resultat av usikkerhet, manglende forståelse og frykt. Hun evner å minnes de menneskene hun har møtt gjennom livet, med en respekt som hun selv hadde behov for, noen som trodde på henne, og at hun hadde gode grunner for å føle som hun gjorde. Alle trenger mennesker rundt oss som antar at vi har gode hensikter, at vi ikke bare vil vondt. Psykologen Håkon velger å tro på Johanne, noe svært få i hjelpesystemet gjorde. Interessen og det menneskelige i møtet mellom dem virker sentralt for meg, at han antar at hun kan få til mer enn hun tror selv. For meg handler ikke dette om å bære håpet for ungdommen. Håp er en viktig følelse, men Rogndal viser gjennom boken at det er hun selv som må skape veien ut. Og når andre begynner å tro på at hun selv har den kraften, begynner endringene å skje. Ungdom som ikke kommer seg videre, er som oftest et produkt av dårlige rammebetingelser, og tvangsbruk innen psykisk helsevern er ikke et unntak. Manglende mestring, lite autonomi og fastholding er eksempler på dårlige rammebetingelser som tvang innen psykisk helsevern kan være med på å skape. Vi skal være svært forsiktige med å begrense barn og unges verden på en slik måte, og bør heller jobbe for å romme deres smerteuttrykk. *Instukid* er et eksempel på hvordan tvang innenfor psykisk helsevern kan være med på å hindre utvikling. For meg er historien til Johanne Rogndal noe som bør være pensum for psykologer og annet helsepersonell, vi trenger å vite hvor galt ting kan gå, så vi kan unngå å gjøre den samme feilen på ny. Det aller viktigste jeg tar med meg, er: Forståelse først. Ⓢ

TEKST Daniel Mørk
Erfaringssentrum

Tar erfaringskonsulenten på alvor



BOK *Erfaringskonsulent; med mål om endring*

REDAKTØRER Målfrid Frahm-Jensen & Karl Johan Johansen

ÅR 2024

FORLAG Universitetsforlaget

SIDER 465

MERKNAD Anmelderen jobber i Erfaringssentrum, som flere av forfatterne har samarbeidet med. Erfaringssentrum omtales i boken.

Fyldig og litt rotete bok om erfaringskonsulenten, som kan bidra til at yrket får økt anerkjennelse og legitimitet.

En erfaringskonsulent er ansatt på bakgrunn av sine møter med helse- og velferdssystemet og utfordringer med psykisk helse og/eller rus, enten som bruker eller pårørende. Rollen som erfaringskonsulent hviler på en grunnleggende idé om endring, og at livserfaringer – selv de mest utfordrende – kan transformeres til en ressurs, for seg selv og andre. I jobben kan hardt tjente erfaringer benyttes til noe positivt, og erfaringskonsulentens kompetanse kan gi brukere og pasienter forståelse og støtte forankret i felles erfaringer. Det er en relasjon mange opplever som tillitvekkende og verdifull.

Manglende anerkjennelse

Denne relativt nye yrkesgruppen spiller en stadig større rolle i helse- og velferdssystemet. Boken *Erfaringskonsulent; med mål om endring* gir et omfattende innblikk i utviklingen og de mangefasetterte utfordringene knyttet til erfaringskonsulenters rolle. Dette er ikke bare en fagbok. Den er også en oppfordring til endring av tanker, holdninger og arbeidsmåter, slik brukererfaringen også var og er. Som innledningen påpeker, var utgangspunktet at ansettelsen av folk med pasient- og brukererfaring skulle endre feltet. Erfaringskonsulenter bringer inn et annet perspektiv i tjenesteutvikling og utfordrer tradisjonelle hierarkier i helsevesenet. Dette kan også gjøre jobben krevende, og erfaringskonsulenter har fortalt om manglende anerkjennelse og imøtekommelse fra sine kollegaer med en mer tradisjonell helsefaglig bakgrunn.

Utgivelsen er både relevant og betimelig i lys av yrkets nåværende status. Det er etablert høyere yrkesfaglig utdanning for erfaringskonsulenter, med studietilbud tilgjengelig fra flere plasser rundt om i landet. Dette, kombinert med et økende politisk engasjement, har bidratt til at erfaringskonsulenter vokser



ILLUSTRASJON KRISTIN BØ

både i antall og betydning. Boken passer derfor godt, både som pensum for de som tar kurs og utdanner seg til erfaringskonsulenter, men også for fagpersoner, ledere, akademikere og politikere som vil forstå hva denne kompetansen innebærer, og hvordan man kan tilrettelegge for at den implementeres på en god måte.

Omfattende, og litt rotete

Boken strekker seg over 460 sider som er delt inn i fem hoveddeler, og hele 35 kapitler. Redaktørene Målfrid J. Frahm-Jensen og Karl Johan Johansen har gjort en formidabel innsats med å sammenfatte denne mengden materiale. 30 forfattere har bidratt til boken. I tillegg til erfaringskonsulenter er det også byråkrater, sykepleiere, jurister og akademikere, og mange av dem har selv erfaring som pasient, bruker eller pårørende. Den store mengden innhold og det brede spekteret av tematikk gir

leseren mange perspektiver, men skaper også en viss strukturmessig uklarhet. Jeg slår opp i innholdsfortegnelsen og blir litt overveldet av antallet kapitler. I bokens innledning leser jeg at Raak Høiseiths kapittel befinner seg i del 2, men i innholdsfortegnelsen og i boken finner jeg kapittelet i del 1. Her virker det som om det kan ha gått litt fort i svingene. Jeg undres om boken kunne vært bedre organisert for å gi færre innholdsmessige gjentakelser og en tydeligere struktur. For en fagbok som i stor grad skal brukes av studenter, er det avgjørende at strukturen er god, og at innholdet presenteres presist.

Personlige skildringer og faglig dybde

Det mest interessante i del 1 er åpningskapittelet, som gir en grundig gjenfortelling av den historiske konteksten av utviklingen til erfaringskonsulentrollen i Norge, med vekt på sentrale personer som bidro til å forme den. I kapittelet

kommer det frem at erfaringskonsulenter som belyste kritikkverdige forhold, ble forsøkt kneblet og truet til taushet, uten at det vises til noen kilder på det. Dette er interessant lesning, og jeg tviler ikke på påstandene, men jeg skulle gjerne fått flere detaljer. Kapittelet beskriver godt skvisen erfaringskonsulenter står i: å være på pasienten og brukernes side og kritiske til systemet, samtidig som de er kollegaer og del av systemet de skal utfordre.

Flere av bokens skildringer underbygger hvor sterkt personlige erfaringer kan berike fagstoff. I del 2, som handler om å være et medmenneske og profesjonell i rollen som helsepersonell, er det gripende å lese Tommy Sjøfjells bidrag, som kombinerer personlig sårbarhet med faglig skarphet og dybde.

I del 3, som fokuserer på recovery og relasjoner, finner jeg flere gode bidrag, som erfaringskonsulentens kjerneområder: tillit, ærlighet og forståelse. Spesielt kapittel 16 om traumereaksjoner og kompliserte traumelidelser utmerker seg ved å balansere faglighet og relevans. Målfrid J. Frahm-Jensens kapittel om relasjonell kompetanse er nok et eksempel på hvor fengende det kan være å lese kombinasjonen av erfaring og fag. Kapittelet beskriver avstanden man kan kjenne på som pasient i behandling, og verdien av å bli sett for mer enn sin diagnose. Frahm-Jensen skriver overbevisende om relasjonens betydning for vellykket behandling og hvordan erfaringskonsulenten kan bidra.

Del 4 omhandler aspekter av arbeidslivet man er godt tjent på å kunne mer om, som ytringsfrihet, ens rettigheter som helsepersonell og pasientjournalen.

I del 5 løftes erfaringskonsulentenes egne stemmer frem, og gir leseren innsikt i hva de har opplevd som førte dem til yrket, og om hvordan jobben er for dem. Det er interessant å lese om hvordan forfatterens tidligere utfordringer og møter med helsevesenet har lagt grunnlag for jobben de nå har. Det er også en tillitvekkende mengde nyanser og ærlighet i tekstene som skildrer flere ulike utfordringer man kan møte på: Man kan selv bli syk og innlagt, eller møte en stigmatiserende arbeidskultur som gjør en syk. Del 5 åpner med et langt kapittel på 30 sider, og i kapittelet gjentas flere temaer som er belyst tidligere i boken. Dette gjør at gode poenger forsvinner i mengden.

— *Utgivelsen er både
relevant og betimelig*

Et bedre helsevesen

Bokens budskap om at nye perspektiver, tanker og måter å arbeide på er avgjørende for å få til et bedre helsevesen, er overbevisende. Erfaringskonsulenter kan bygge bro mellom brukere og tjenester, og deres arbeid kan redusere stigma, tilby helhetlige perspektiver og hjelpe brukere med å navigere et komplekst byråkrati. Med denne bokutgivelsen kan yrket i økende grad oppnå anerkjennelse og legitimitet. Til tross for at struktur og omfang til tider gjør boken krevende å lese, presenterer den erfaringskonsulenten på en god måte, og viser samtidig at det fremdeles er behov for mer kunnskap om dette unike yrket og hva det innebærer. Sånn sett anser jeg boken som et uvurderlig bidrag til feltet. Ⓟ



FOTO NTB

Einar Kringlen

1931–2025

Det er med stor sorg vi mottok meldingen om at professor Einar Kringlen gikk bort 16. mars 2025. Mange velfortjente ord er allerede skrevet om ham. Han har satt mange og tydelige spor etter seg innen psykiatri, med sin forskning, sin litteratur og lærebøker, og ikke minst alle verv han påtok seg. Ja, – han kunne være kontroversiell, men han hadde et stort og varmt hjerte som strakk langt. Vi som hadde gleden av å bli nærmere kjent med ham, mottok ikke bare kunnskap og menneskelighet, men humor og interesse.

Einar kan godt kalles Rådet for psykisk helses far. Tidlig på åttitallet ble han klar over at det ble bevilget altfor lite penger til psykiatrisk forskning. Noe måtte gjøres. For å få flere med på laget, og med bakgrunn i hans nære kontakter inne psykologien, henvendte han seg til leder i Norsk Psykologforening med spørsmål om samarbeid for å stifte «Rådet til inntekt for Psykiatrisk forskning». Forslaget ble godt mottatt, men betingelsen var at det skulle hete «Rådet til inntekt for Psykiatrisk og klinisk psykologisk forskning». Og slik ble det. Ikke like positivt mottatt av alle Einars kolleger.

Imidlertid skulle det vise seg at det var lettere sagt enn gjort å få reist noe kapital av betydning. Det måtte hard lut til for å skaffe skikkelig med økonomi til dette rådet. Dermed kom tanken om å sikte på NRK sin TV-aksjon. Einar var utrettelig i sin lobbying mot NRK og fikk etter hvert, sammen med styret i rådet og profesjonell hjelp, positivt respons i NRK. Da NRK så besluttet å tildele Rådet

TV-aksjonen i 1992, ble det stor glede – men ikke bare det. Mange kolleger og andre, hadde sterke innvendinger mot det *noe snevre området* pengene skulle brukes på. Løsningen ble å skifte navnet til «Rådet for psykisk helse». Noe Einar i sin gjennomførte aksept for tverrfaglighet ikke hadde noe imot. På denne tiden hadde også Rådet vokst med mange medlemsforeninger innenfor helse og forskning. Einar var den selvsikre leder. Han frontet det meste av faglige anliggender og hadde fått med seg dyktige medspillere og ansatte. Det tok ikke lang tid før de første pengene ble utdelt til ulike prosjekter, allerede i 1993 skjedde det, etter at en tverrfaglig tildelingskomite var etablert.

Einar var aldri en som hvilte på noen laurbær. Etter hvert ble det også mer oppmerksomhet på hvordan psykisk helsevern fungerte i sin helhet. Einar brukte sitt omfattende nettverk til å få satt søkelys på dette. Og med en organisasjon som nå var å regne med, førte det til et forslag om å få myndighetene med på å vedta en «opptrappingsplan for psykisk helse». Stortinget vedtok denne i 1998. Det var også typisk Einar å sørge for at opptrappingsplanen ble gjenstand for en fortløpende forskningsbasert evaluering i perioden 2001–2009.

Som det unike mennesket Einar var, har han ikke bare satt spor etter seg. Han har satt gedigne avtrykk. Vi minnes ham med stor respekt og glede. Og vi lyser fred over hans minne.

«It's the economy, stupid!»



Håkon Kongsrud

President

James Carvilles berømte sitat om politisk valgkamp er like aktuelt i dag som når det ble ytret. Høstens valgkamp kommer til å handle om økonomi og forsvar. Vår jobb er å sørge for at psykisk helse får sin fortjente oppmerksomhet.

James Carville er en kjent politisk rådgiver som sto bak Bill Clintons vellykkede valgkamp som president i 1992. Sitatet «It's the economy, stupid» ble berømt fra hans møter med alle Clintons valgkamppedarbeidere, hvor han forklarte hva velgere var opptatt av. Høstens valg til Stortinget ligger an til å bli svært jevnt. Det kan, som det ofte er i Norge, være småpartiene på vippen som avgjør hvor regjeringsmakten havner. En nylig undersøkelse viste at velgere er mest opptatt av forsvar og økonomi.

Det er til å forstå når man følger nyhetsbildet. Vi deler grense i øst med et diktatur som truer Europa og har invadert Ukraina, og har begått krigsforbrytelser med utallige døde og sårede som resultat. I vest har vår allierte siden andre verdenskrig gjennomgått en fundamental politisk endring. USA fremstår ikke lenger som en sikkerhetsgaranti, og den økonomiske politikken preget av tollmurer og uforutsigbarhet har sendt sjokkbølger gjennom verdensøkonomien.

Hvorfor politisk analyse?

Dere spør dere kanskje hvorfor presidenten i Psykologforeningen bedriver politisk analyse. Har ikke mediehusene profesjonelle kommentatorer til dette? Jo, men analyse er helt vesentlig for Psykologforeningens politiske arbeid.

Grovt sett kan man dele opp vårt påvirkningsarbeid i tre kategorier: samarbeid med andre aktører med like interesser, langsiktig arbeid opp mot forvaltningen i sykehusene, kommunene, direktorater og departementer, og arbeid opp mot

regjering og Stortinget, som av natur er mer foranderlig og kortsiktig. Fordi politikere er valgt for fire år og må orientere seg etter velgernes interesser.

«Analyse er helt vesentlig for Psykologforeningens politiske arbeid.»

Frustrasjon og standhaftighet

Arbeidet opp mot politikere kan være en frustrerende affære. Et sårt eksempel er valgkampen i 2021. Til tross for en nylig pandemi og en nedslående klimarapport sluppet rett i forkant av valget,

var psykisk helse en av toppsakene i valgkampen og temaet opposisjonen profilerte seg på. Det var resultat av hard innsats fra oss og mange flere. Når valget da medførte regjeringsskifte, var optimismen stor for at vi kunne få et etterlenget løft innen psykisk helse.

Så rullet russiske tanks inn over Ukrainas grenser i februar 2022. Det politiske landskapet var fundamentalt endret og psykisk helse ble ikke hovedfokuset. Resultatet har blitt en opptrapingsplan med lite ressurser, en rusreform uten ressurser og generelt mindre interesse i regjeringskontorene. Da gjelder det å ikke bli motløs. Dette er arbeidet. Vi er alle ofre for våre omstendigheter, det vet vi både fra vårt fag og våre erfaringer. Derfor har innsatsen fortsatt uførtroende og vil gjøre det også inn i denne valgkampen.

Aktuelle løsninger

Vårt arbeid og våre budskap er tjent med å oppleves som løsningsorienterte og aktuelle. Det er gjennomgående at politikere møter utallige problemer som må løses og utallige aktører som mener at akkurat deres sak er den viktigste. De som opplever å bli lyttet til er stort sett de som også tilbyr løsninger på et samfunnsaktuelt problem og kan dokumentere at det vil fungere. Det er tilnærmingen som har tjent foreningen godt i alle år.

Derfor må vi i usikre tider hekte oss på temaer som helseberedskap og psykologisk beredskap, og samtidig fremheve de store samfunnsøkonomiske gevinstene som ligger i å satse på psykisk helse, både i helsevesenet, arbeidslivet og i andre sektorer. Budskapet om sammenhengen mellom økonomiske bekymringer og psykisk uhelse må komme frem.

Målet om en bedre psykisk helse i befolkningen og bedre psykiske helsetjenester, består. Men virkemidlene og budskapet må tilpasses.

Et annet berømt politisk sitat er tillagt Otto von Bismarck; «Den som vet hvordan pølser og politikk lages, får aldri mer en god natts søvn». Akkurat som sitatet fra James Carville, sier det noe om politiske realiteter: At politikk kan være lemfeldig og skiftende, tidvis urettferdig og skittent. I Norge er vi velsignet med gode demokratiske strukturer og gode folkevalgte. De er likevel underlagt politiske realiteter.

Psykologforeningen jobber iherdig og målbevisst med disse realitetene og skiftende omstendigheter som bakteppe. Uten å miste våre verdier og prinsipper av syne. Uten å glemme at vi jobber for medlemmene, faget og befolkningen. Men med en erkjennelse av at gjennomslag krever målbevisst, standhaftig og strategisk arbeid med befolkningens beste som den bærende målsettingen.

«Belastningen fra en arbeidskonflikt kan bli så stor at den medfører psykisk eller fysisk sykdom.»

Når arbeidsgiver bestrider din sykemelding



Foto: Privat

Katja Margaret Boye

Rådgiver i Jus- og arbeidslivsavdelingen

Vi i Jus- og arbeidslivsavdelingen ser en økning i saker hvor arbeidsgiver bestrider arbeidstakers sykemelding.

I 2023 registrerte NAV 1600 saker der det ble reist spørsmål om en ansatt var reelt sykt. For den ansatte kan konsekvensen være å gå flere måneder uten inntekt.

Når skjer dette?

Vi ser at arbeidsgivere oftere bestrider sykemeldinger når det allerede eksisterer en konflikt med arbeidsgiver. Når en sykemelding bestrides, gjennomfører NAV en grundig vurdering av omstendighetene for å avgjøre om vilkårene for sykepenger er oppfylt.

Lovgrunnlaget

Folketrygdloven § 8-4 sier at sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske forhold, gir ikke rett til sykepenger. Dette betyr at sykemeldinger på grunn av arbeidskonflikter, samlivsbrudd eller dødsfall i utgangspunktet ikke kvalifiserer for sykepenger.



«For den ansatte kan konsekvensen være å gå flere måneder uten inntekt.»

Når psykisk belastning kan gi rett til sykepenger

Den psykiske belastningen fra sosiale eller økonomiske forhold kan likevel gi rett til sykepenger dersom symptomene blir så omfattende at de fører til en sykdomstilstand. Belastningen fra en arbeidskonflikt kan bli så stor at den medfører psykisk eller fysisk sykdom. Vi ser eksempler på ansatte som har fått diagnosen «psykisk ubalanse situasjonsbetinget» etter en arbeidskonflikt. I slike tilfeller kan arbeidstakeren ha krav på sykepenger.

Viktig med god dokumentasjon

Ved sykdom som følge av sosiale eller økonomiske forhold er det avgjørende at legen dokumenterer godt hvilke symptomer den ansatte har og hvilken funksjonssvikt disse gir. I saker der det kan være andre motiver for fraværet enn sykdom, vil NAV vurdere om vilkårene om at arbeidsuførheten klart skyldes sykdom eller skade strengere.

Vår erfaring viser at noen leger ikke dokumenterer godt nok hvilke symptomer og funksjonssvikt den ansatte har. Når journalen også omtaler en arbeidskonflikt, kan det bli vanskelig å i ettertid bevise at vilkårene for sykepenger var oppfylt. NAV legger størst vekt på tidsnære bevis, som den opprinnelige sykemeldingen. Et typisk avslag fra NAV kan lyde: «Vi kan ikke se at sykdommen, i art og grad, er så godt beskrevet at sykdommen fremstår som hovedårsaken til fraværet fra jobb».

Konsekvenser

En mistroisk arbeidsgiver får her stor makt, og konsekvensen for den syke er å stå uten inntekt. De fleste blir svært overrasket over avslag på sykepenger, ettersom de jo var syke.

Vi hjelper deg!

Vi bistår Psykologforeningens medlemmer i slike saker. Jus- og arbeidslivsavdelingen er tilgjengelig via Min side på Psykologforeningen.no eller via ja@psykologforeningen.no. Vi har daglig telefontid mellom klokken 12:15 og 15:00. Du når oss på telefonnummer 23 10 31 30.

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehemler i psykologi

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

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



GRUNNUTDANNING I EMDR

Kursholder:

Psykolog Janne Ekeberg Amundsen
EMDR Europe Accredited Trainer

Trinn 1:

Trondheim, 7.–9. mai -25
Bergen, 24.–26. september -25

Trinn 2:

Trondheim, 17.–19. november -25

Jeg kan og hentes inn som intern kursholder
andre steder i landet.

Nærmere informasjon og påmelding:

emdrkurs@janneamundsen.no

Ønsker du å annonserere?

Neste utgivelse er 2. juni, frist for å
bestille annonse er 16. mai

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
Juni	16. mai	2. juni
Juli	16. juni	1. juli
August	17. juli	1. august

Kontakt HSmedia for mer informasjon:

Malin Holen Bredeesen

E-post psykologi@hsmedia.no

Tlf. 990 71 441

📄 Psykologtidsskriftet

12 dagers treningsprogram Acceptance and

Commitment Therapy (ACT)

Kursholdere: Psykologspesialistene Asle Thude
Elen & Thorvald Andersen.



Vil du bruke 12 dager på å vokse faglig og
personlig, opparbeide deg god kjennskap til ACT,
samtidig som du trener opp et bredt repertoar av
ACT intervensjoner?

Vi tilbyr et omfattende program med nok
dybdetrening til å anvende ACT i din kliniske
praksis. Kurset er godkjent som 72 timers
vedlikehold av spesialiteten i psykologi.

Frist påmelding: 9. mai 2025

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 2 – 4 juni 2025. 27 – 29 august 2025. 3 – 5
november 2025. 21 – 23 januar 2026.

Pris: 33.500 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no

Kontakt: kontekstuell@gmail.com



Er du medlem i Norsk psykologforening?

Husk at du har gode priser og betingelser

- Du får **30 prosent rabatt** på skadeforsikringer
- Samler du minst tre forsikringer, øker rabatten til **35 prosent**
- Kjøper du på nett, får du i tillegg **10 prosent nettrabatt**

Scan QR-koden
for å lese mer



SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**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 Aanondsen
957 92 616
chris.m.aanondsen@gmail.com

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

Iver Nathaniel Sletten
studentrepresentant
479 62 110
iverns@uio.no

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

Mina Karine Ekeberg Husflid (1. vara student)
458 11 820
marinakarine@yahoo.no

Ingunn Aasen (2. vara student)
950 79 853
ingunnaasen@hotmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus**

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

Aust-Agder

Silje Andreassen
silje.andreassen@sshf.no
908 38 407

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

Trude Hoff
trudhof@online.no
415 21 900

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

Idunn Aker
idunnaker@outlook.com
478 83 867

Telemark

Birgitte Lindøe
libi@siv.no
473 83 123

Troms

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

Vest-Agder

Anne Martine Rafoss Dunsæd
Martine.rafoss@gmail.com
416 23 898

Vestfold

Simen Mjøen Larsen
simen_ml@hotmail.com
906 53 556

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

Fagetisk råd

Mette Ekenes Garmanlund, leder
Rådgivningstelefon 480 58 723,
onsdager kl 15.30–17.30

Ankeutvalg for fagets klagesaker

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

Lønns- og arbeidslivsutvalget

Hanne Indregard Lind, leder/KTV
Helse sør-øst
h.indregard@hotmail.com
948 05 153

Forhandlingsutvalg for privat praksis

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

Spesialitetsrådet

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

Fag- og profesjonsrådet

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

FAGUTVALGENE

Felleselementene

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

Cecilie Gaustad, leder
ceciliiegaustad@gmail.com
975 48 563

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder
borriks@gmail.com
990 27 309

GODKJENNINGSUTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTS- PSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Iver Nathaniel Sletten, leder
iverns@uio.no
479 62 110

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIGHETS- UTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Helén Ingrid Andreassen, leder
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

Spesialisthelsetjenesten

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

Stat

Grethe Strand Rolfsen, Bufetat r. øst, leder
grethe.strand.rolfsen@bufetat.no
959 99 232

Kommunal sektor

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

Avtalespesialister

Henrik Riekes Vik, Helse Sør Øst, leder
henrik@riekelesvik.no
408 45 848

SEKRETARIATET

Stab

Tlf. 23 10 31 30

Ole Tunold, generalsekretær
ole@psykologforeningen.no

Kristina Høyer, kommunikasjonssjef
kristina@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef
linda@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik, utdanningssjef
bjornhild@psykologforeningen.no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
ja@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen, fagsjef
kim@psykologforeningen.no

VALGKOMITEEN

Valgkomiteen i norsk psykologforening

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

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

Tidsskrift for Norsk psykologforening nr. 5 2025

«Nå faller det sammen» – motoverføring i gruppepsykoterapi

Joakim Thiesen

iEMDR i kommunehelsetenesta

Gro Berge, Kyrre Dyregrov, Stian Sørheim Espevoll, Veslemøy Vold, Else Norunn Skjæveland og Aud Eli Waage

Mindfulnessbaserte intervensjoner for utøvere av partnervold – en oversikt

Ulrikke Galtung Døsvig Hoff, Regine Leidland og Anita Lill Hansen

Evidensbasert psykologisk praksis i behandling av problematisk og skadelig seksuell atferd blant barn

Monica Jensen

Digital intervensjon for kognitive vansker etter depresjon

Sunniva Brurok Myklebost, Åsa Hammar og Tine Nordgreen

Det politiske er personlig er psykologisk

Ezgi Kutal

En demokratisk og ryddig prosess mot Landsmøtet 2025

Arne Holen

En schizofreniforsker ser tilbake

Bjørn Rishovd Rund

Fra innlagt til psykolog

Theo Aske Holskil

Tar erfaringskonsulenten på alvor

Daniel Mørk