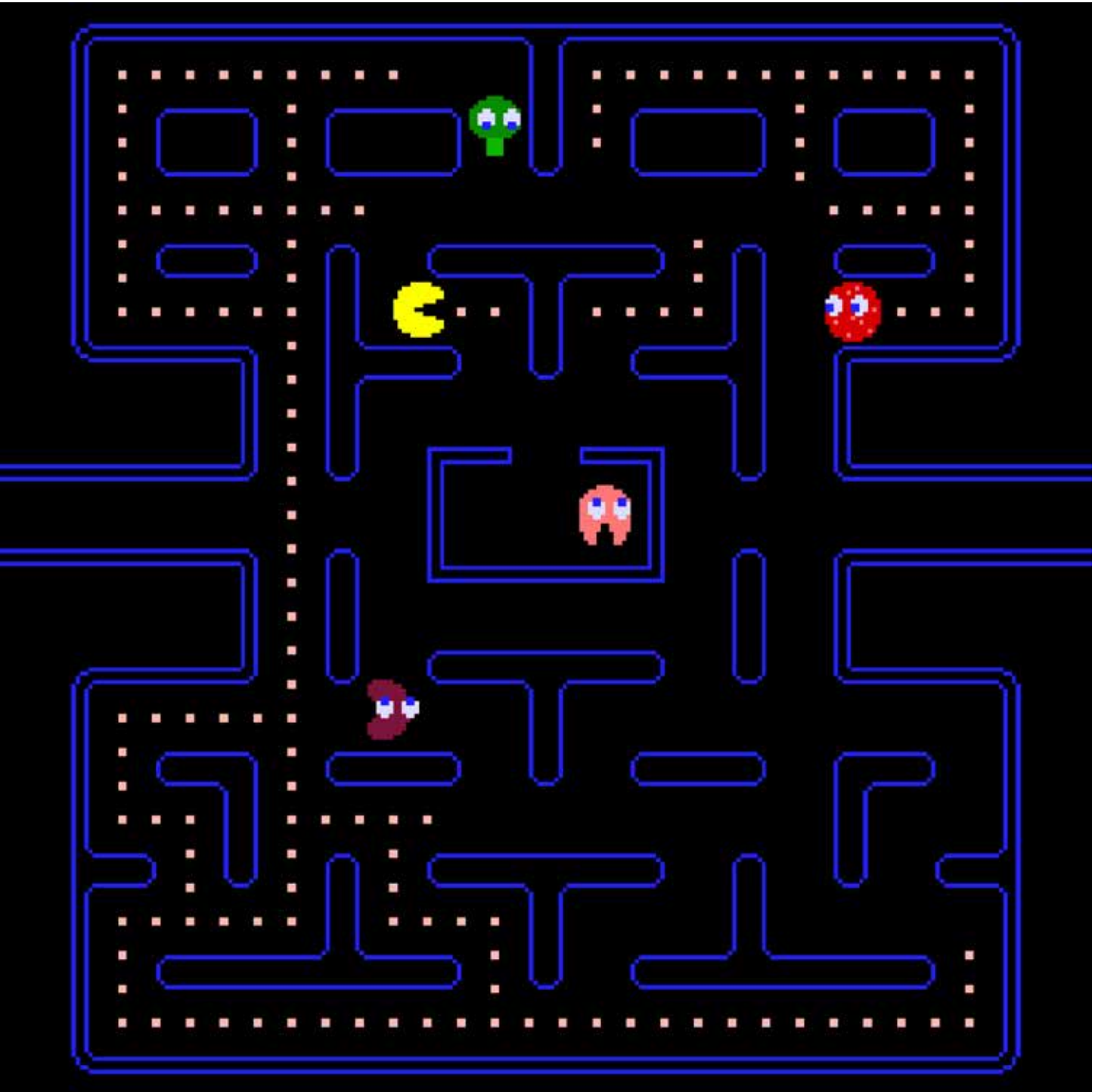






Denne utgaven ble godkjent til trykk
24.07.2025

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 18.08, 16.09, 17.10, 17.11

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 Jon Arne Berg
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-/
figurteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man
kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

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

 **Fagpressen**



INNHold

NR 8 - 25

Psykologtidsskriftet
Vol 62

OMSLAG

Jon Arne Berg har laget forsideillustrasjonen og sier: I en spillverden uten power pellets ville Pac-Man endt opp med å kun spise de små, blasse dottene og alltid vært redd for spøkelsene (eller i dette tilfellet et variert kosthold).



Pris for artikkel om psykologer i kommunen NYHETER Gro Walø-Syversen	458
Ekkoisme som klinisk fenomen FAGARTIKKEL Agathe Rønning Blix-Løvmo	459
Unnvikende restriktiv spiseforstyrrelse (ARFID) FRA PRAKSIS Terje Fladvad	467
En vurdering av foreldreversjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF-2) ORIGINALARTIKKEL Øybø et al.	473
Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang TEORETISK ARTIKKEL Stian Solem	482
Behandlingsbehov hos pasienter med overspisingslidelse FRA FORSKNINGEN Julie Riise	490
Etisk språkbruk om ADHD ETIKKPAANELET Fredrik Dreyer Moe	494
Psykiske lidelser som dødelige sykdommer NYE STEMMER Maria Bonita Igland	497
Kampen for fellesskapet ANMELDT Simen Marenius Ekelund	499

TEKST Gro Walø-Syversen

Pris for artikkel om psykologer i kommunen

Bjørn Christiansens minnepris for 2025 blir tildelt Julie Ruud Ulset og medforfattere for artikkel om psykologdekningen i norske kommuner.

I artikkelen «Dekning av psykologer i kommunehelsetjenesten: Sosiale og geografiske ulikheter» undersøker Julie Ruud Ulset, Michal Kozák og Vidar Ulset psykologdekningen i alle norske kommuner og sammenligner den med dekningen for leger, sykepleiere og fysioterapeuter. Studien inkluderer også analyser av sammenhenger mellom psykologdekningen og geografiske, økonomiske og sosiale forhold i kommunene.

Bakgrunnen for studien er de samfunnsmessige kostnadene av psykiske lidelser, helsemyndighetenes føringer om at psykologer skal jobbe med forebygging og behandling av psykiske lidelser i kommunene, samt uklarhet om dekningen av psykologer svarer til oppdraget.

Ulset og medforfatterne fant bl.a. at antall psykologårverk i 2021 var svært lavt sammenlignet med leger, sykepleiere og fysioterapeuter. Videre viste det seg at kommuner med høyere inntekter hadde bedre psykologdekning og at kommuner med høyere forekomst av psykiske lidelser hadde dårligere psykologdekning.

Samfunnspolitisk tema

Studiens funn kan gi informasjon til utformingen av fremtidige løsninger for forebygging i psykisk helse. Juryen roser artikkelen for samfunnspsykologisk relevans og for å sette søkelyset på et samfunnspolitisk sentralt tema.

Bjørn Christiansens minnepris deles ut årlig til et betydningsfullt faglig bidrag som har vært publisert i Psykologtidsskriftet. I 2024 publiserte Psykologtidsskriftet 29 vitenskapelige artikler, og sju artikler var nominert til prisen. Juryen, som besto av medlemmene i tidsskriftets redaksjonsråd, samlet seg om prisvinnerartikkelen.

Vinnerartikkelen ble publisert i septemberutgaven 2024.

Hederlig omtale

Juryen gav hederlig omtale til «Strategi for et psykisk sunnere folk 2024» av Arne Holte og «Unge kvinners erfaringer med seksuell vold i intime relasjoner: en kvalitativ studie» av Rebekka Dahle Aase og medforfattere.

Arne Holtes artikkel er tematisk relatert til vinnerartikkelen, og foreslår



FOTO PRIVAT

PRISVINNER Førsteforfatter Julie Ruud Ulset

konkrete prioriteringer for forebyggende innsats i psykisk helse. Rebekka Dahle Aase og medforfatterne sin studie tydeliggjør de psykologiske konsekvensene av å oppleve seksuell vold i nære relasjoner for unge kvinner i dag, og har implikasjoner for klinikere som møter unge kvinner i praksis. 🧠

TEKST Agathe Rønning Blix-Løvmo
Nydalen distriktpsikiatriske senter

Ekkoisme som klinisk fenomen

Narcisuss har vært gjenstand for stor teoretisk utforsking, mens Ekko – som i myten – blir bortgjemt i mylderet.

Myten om Ekko og Narcissus skildrer to karakterer fanget i et ulykkelig kjærlighetsforhold. I psykoanalytisk litteratur har en av dem, Narcissus, blitt gjenstand for omfattende utforskning og tenkning. Hans motpart i myten, Ekko, har det derimot vært bemerkelsesverdig lite interesse for. Ekko er nymfen som forelsker seg hodestups i Narcissus etter å ha blitt fratatt sin egen stemme. I skjul kommuniserer hun med ham ved å gjengi hans ord. Som illustrert i maleriet av Waterhouse ser ikke Narcissus Ekko, for han klarer ikke løsrive seg fra det vakre speilbildet han begjærer. På samme vis har bare halve bildet vært synlig i psykoanalytisk litteratur. I disse to tusen år siden myten om de to først ble nedtegnet av Ovid, er det som om Ekko fortsatt gjemmer seg og er glemt.

I 2005, nesten hundre år etter Sigmund Freud (1914) brukte myten om Narcissus i utviklingen av sin teori om narsissisme, er Dean Davis den første som har beskrevet ekkoisme som en klinisk tilstand. I artikkelen «Echo in the Darkness» trekker han Ekko fram fra mørket for å belyse psykopatologien til kvinnen man i terapien ofte ser befinner seg i tvangsmessige destruktive forhold til en narsissist (Davis, 2005). Donna Christina Savery har videreutviklet teorien og gitt et betydelig bidrag til forståelsen av ekkoisme i boken *Echoism, The silenced Response to Narcissism* (Savery, 2018).

KONTAKT agathe.cr@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Teksten er basert på en oppgave i sammenheng med forfatterens videreutdanning. Takk til Jan Ole Røvik, Tove Kjersti Kjølseth og Jon Morgan Stokkeland for innspill til artikkelen.

Jeg ønsker å bidra til å synliggjøre Ekko i myten og hvordan fenomenet ekkoisme kan forstås gjennom psykoanalytisk teori. Jeg belyser fenomenet som en iboende kraft eller tendens i personligheten, og hva som kjennetegner ekkoisme som klinisk tilstand. Særlig framhever jeg ekkoisme som en psykodynamisk karakteristisk personlighetsforstyrrelse, gjennomgår to typer fremmet av Savery (2018) og foreslår en tredje selv. Videre drøfter jeg hvilke kliniske implikasjoner tenkningen kan ha. Til slutt reflekterer jeg over hvorfor Ekko i stor grad har blitt neglisjert både i kulturen som stort og i den psykoanalytiske og kliniske litteraturen.

Myten

I Ovids (2024) verk *Metamorfoser* møter vi først Ekko i fjellet, der hun forbannes av guden Hera. I vrede over guden Zevs' utroskap og Ekkos forsøk på å dekke over dette tar Hera stemmen fra Ekko og forviser henne. Ekko har mislyktes i å oppfylle gudenes behov og har nå blitt så selvutslettende at hun ikke kan uttale noe som kommer fra seg selv. I skogen forelsker Ekko seg i Narcissus, den vakre jegeren som er så selvopptatt at han kun tiltrekkes og besvarer de som er hans ekko. I Ekko forvrennes hans ord til kjærlighetserklæringer. Hun våger derfor å tre fram fra sitt gjemmede og vise seg for ham, men blir til sin overraskelse foraktfullt avvist. Ekko utarmes av kjærlighetssorg slik at vinden farer tvers gjennom henne og hennes knokler blir til sten i grotter. Helt usynlig fortsetter hun å følge Narcissus, som på sin side lokkes til kilden. Her forhekses han av sin egen skjønnhet i vannspeilet. Han innser ikke først at han stirrer på seg selv, fordi hvert eneste kjærlighetsord han kommer med, gjentas fra Ekko skjult i grotten. Hans beundrende og begjærende blick blir tilsvarende speilet i kilden. Narcissus klarer ikke rive seg løs – som Ekko fortæres også han av sorg og fortvilelse.

Ekkoisme som en iboende kraft

Ekko og Narcissus er et par som på mange måter virker å passe sammen som hånd i hanske. Karakteristiske egenskaper ved den ene muliggjør en bestemt måte å fungere på hos den andre. Men forholdet er ulykkelig, og ingen av dem får det de lengter etter. I kontrast kan liknende krefter ses virke i et mer livgivende og kjærlig forhold, som i et godt samspill mellom mor og barn.

Wilfred Bion (1962) beskriver hvordan barnet fra en parasittisk tilværelse i mor, gjennom *container-contained*-dynamikken skal kunne utvikle et eget og sunt selv i relasjon til mor. Medfødte egenskaper gjør barnet i stand til å projisere ut uforståelige impulser, følelser og behov over på mor. Hun kan ta dem inn og transformere dem til en form som barnet så kan ta tilbake. Barnet har også en medfødt egenskap til å oppfatte intensjoner hos mor, som et objekt utenfor seg selv. Vi ser det i spedbarnets evne til miming og speiling av mor. Det gjør barnet i stand til å aktivt fange opp og ta inn – introjisere – uttrykk fra mor.

Der projeksjon i psykoanalytisk teori vanligvis er sett på som noe negativt og umodent, vektlegger Bion (1962) at projektiv identifikasjon er en kommunikasjonsform som gjør at mor kan ta inn barnet og forstå dets følelser. Hva som *gjør* at mor kan ta inn barnet, og at barnet kan ta inn mors uttrykk og introjisere mor som et indre objekt, er i mindre grad blitt utforsket. Muligens er det egenskaper i mor, lik de iboende evnene i barnet, som gjør at hun i samspillet, tidvis altruistisk og helt nødvendig for barnets overlevelse og utvikling, kan sette seg selv – sitt eget selv – til side og fange opp barnets projeksjoner. Som i en tilstand av primær *maternal preokkupasjon* beskrevet av Winnicott (1960), tilrettelegger mor for at barnet kan være noe eget, utfolde seg og utvikle sitt eget selv. Barnet kan være noe i seg selv – alene -, samtidig sammen med en annen.

Mor og barn forholder seg til hverandre gjennom komplekse transaksjoner av projeksjoner og introjeksjoner. Narsissisme kan i dette samspillet ses på som en iboende tendens eller kraft til å projisere ut egne intensjoner. Ekkoisme kan forstås som en iboende kraft eller tendens til å ta inn, introjisere intensjoner utenfor seg selv. Ekkoisme kan dermed sies å utgjøre en bro nødvendig for objektrelasjonsdannelsen (Davis, 2005). I en sunn relasjon vil et slikt ekko-narsissistisk samspill bidra til at det kan dannes et godt nærende indre objekt i barnet.

Ekkoistisk forsvar

Som Savery (2018) påpeker, er konseptet introjeksjon i psykoanalytisk teori vanligvis sett på som et sunt aspekt ved en symbiotisk *container-contained*-relasjon. Men hva skjer dersom mors følelser får forrang fremfor barnets – altså der det ikke er noe kjærlig godt objekt å introjisere, men et narsissistisk et? Gjennom en kontinuerlig og uttalt projeksjon inn i barnet oppstår det da en parasittisk relasjon, der barnet blir vert for primærobjektets følelser og behov. Barnet fratas opplevelsen av å være separat og



«Echo» av Talbot Hughes (1869-1942)

— Ekkoisten avviser sitt eget selv

noe eget. En indre versjon av mor – et fiendtlig og narsissistisk objekt – vil ta plass i barnet. Innenfra stjeler objektet enhver livskraft fra barnet, og på destruktivt vis angriper det strukturer som kreves for vekst av et selv, en egen stemme (Savery, 2018). Barnet utvikler en tilbøyelighet til å introjisere, som overkjører den naturlige disposisjonen til å projisere (Savery, 2018). Evnen til å projisere ut og kommunisere følelser og behov hemmes, og barnet blir overdrevent mottagelig for andres tanker og følelser på bekostning av sine egne. Gjennom et ekkoistisk forsvar mot dypest sett å ikke eksistere som noe eget, vil barnet altså objektivisere seg selv – sitt eget selv – for ytre objekter. Eller det avviser sitt eget selv – utsletter selvet – ved å parasittisk introjisere et ytre objekt som sitt eget.

Narcissus og Ekko ender opp i en smertefull avhengighet der den ene overveiende introjiserer og den andre overveiende projiserer (Savery, 2018). Ekkoisten avviser sitt eget selv, narsissisten avviser andre som egne selv. Når Narcissus oppdager Ekko som et unikt objekt og ikke en forlengelse av seg selv, må han avvise henne. Ekko kan kun eksistere som et selv via en annen og oppløses til det hun egentlig frykter mest, ikke-eksistens – bare luft. Narcissus er låst fast i speilbildet og erkjenner ikke at det gode objektet må være noe eget separat fra ham for at det skal kunne tas inn som noe godt. Som Ekko fortæres han av sorg. Når hans tårer rører opp vannet og kilden fremstår som en faktisk kilde, dør Narcissus. Ekko erkjenner på sin side ikke at hun må være noe eget, separat fra andre, for å kunne oppleve et godt objekt. Ingen av dem kan altså være mottaker av et godt objekt, ta imot kjærlighet fra den andre – ei heller tåle separasjon fra den andre.

Savery (2018) beskriver altså ekkoisme som forsvar mot eksistensiell angst, der en ekstern kilde søkes for å beskytte mot angsten knyttet til uavhengighet, separasjon og eksistens i seg selv. Den kliniske ekkoisten defineres av Savery (2018, s. 154, egen oversettelse) som «en tilstand med fravær av væren, der individet avstår fra en væren – for – seg selv til fordel for en annen» – aller helst narsissisten eller de hun tvangsmessig relasjonelt rekrutterer til narsissister. Hun skriver videre:

Dermed reduseres hun til et knapt levende vesen, uten agens eller opplevelse av et eget selv. Ekkoisten befinner seg alltid i relasjon til narsissistiske objekter, indre og ytre, og er mottaker for projeksjoner og kommunikasjoner som dikterer hvordan hun skal være. Hun gir avkall på utvikling av og å bli et eget selv. Forholdene som kunne muliggjøre denne utviklingen, holdes fra henne så lenge hun er i relasjon til en narsissistisk annen i hennes indre eller ytre verden. (s. 154, min oversettelse)

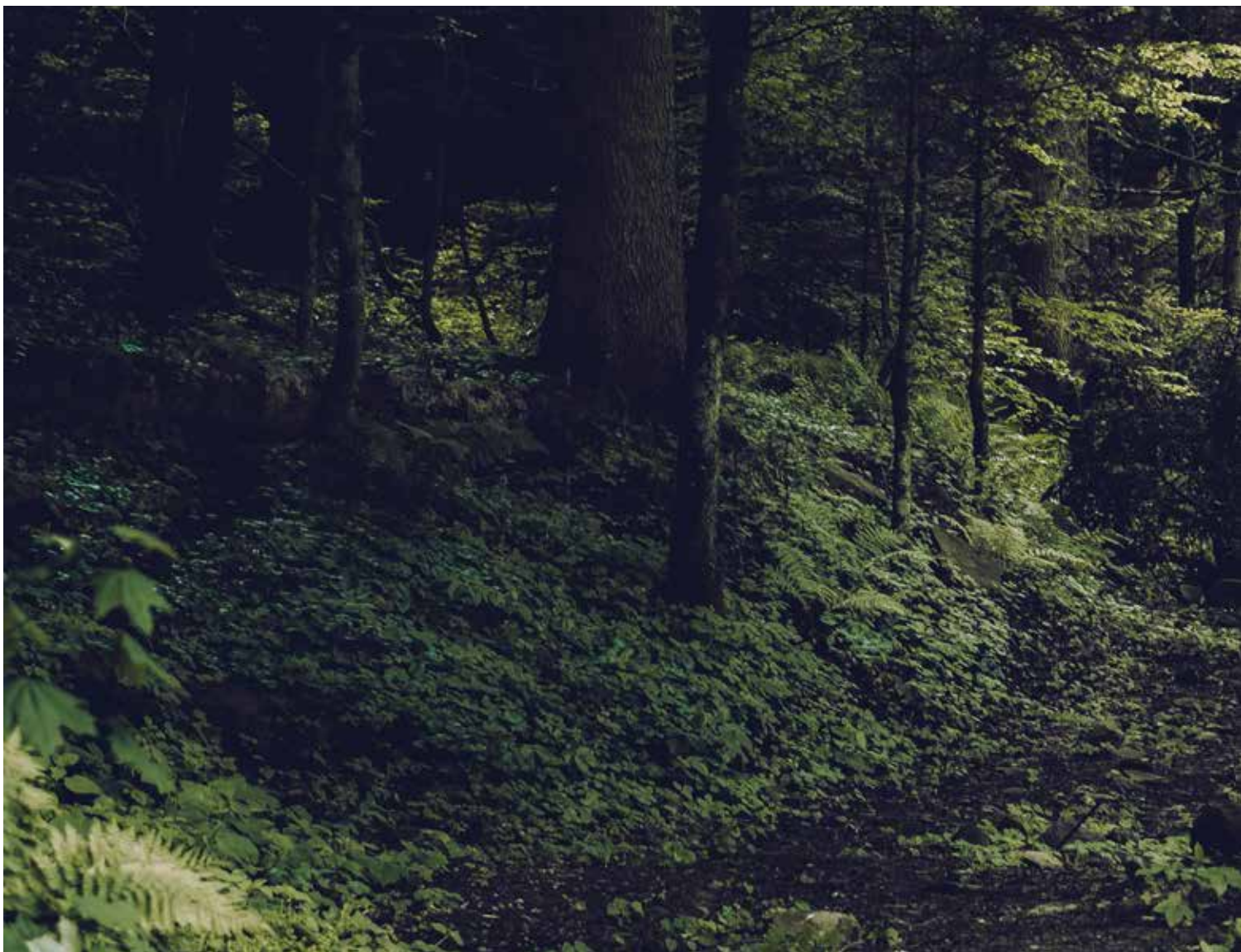


FOTO ABDULLAH FIRAT

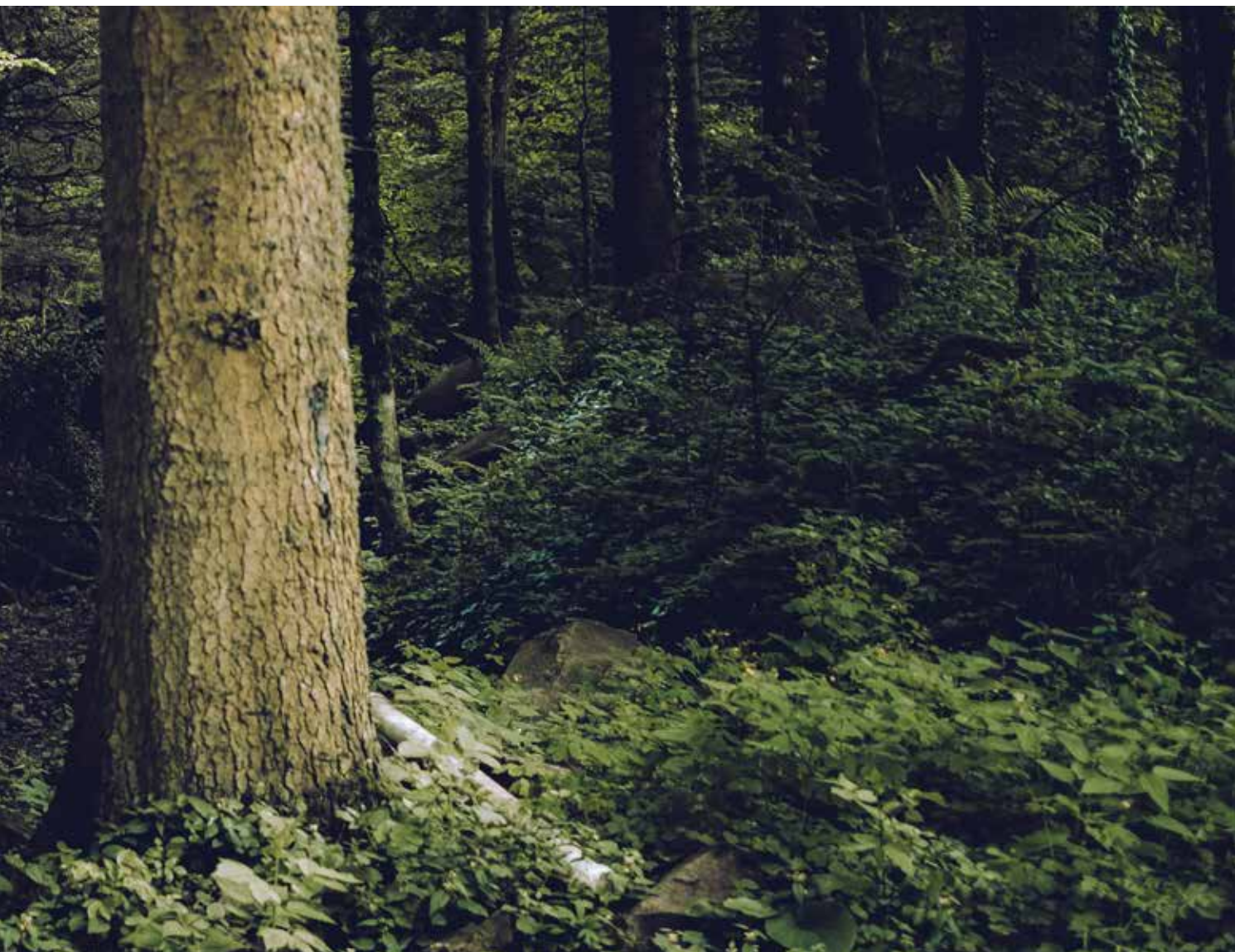
Ekkoistisk personlighetsforstyrrelse

Slik Ronald Britton (2004) fokuserer på to typer av narsissistisk personlighetsforstyrrelse, viser Savery (2018) hvordan ekkoisme kan kategoriseres i to typer ekkoistisk personlighetsforstyrrelse med vekt på hvordan de manifesterer seg i overføringen. I det følgende redegjør jeg for disse, samt foreslår og introduserer en tredje type, som jeg på samme måte gjenkjenner klinisk i overføringen. De tre typene mener jeg har paralleller til Ekkos tre tilstander i myten: i fjellet, skogen og i grotten.

Selvdefensiv type

Den selvdefensive personlighetsforstyrrelsen kjennetegnes av å være passiv og selvutslettende i relasjon med andre mennesker. Her kan vi se en parallell til tilstanden Ekko er i når hun prater mye, men der hennes stemme ikke er for henne, den er for andre. Ekko forsøker både å tilfredsstille Zevs' behov og samtidig beskytte Hera mot avdekningen av sviket og den truende oppløsningen av ekteskapet. Mot Heras kraftige stemme av krenkelse, svik og behov for å straffe ender Ekko med å miste sin egen stemme. Den selvdefensive ekkoisten relaterer seg til andre ved å passivt gi opp egne ønsker, tanker og valg til prioritet av andres. Inspirert av Sartre og eksistensialismen beskriver Savery hennes tilstand som *væren*, der hun er «for den andre». Som kameleonene skifter hun farge avhengig av omgivelsene, lar seg bruke og mister seg selv (Savery, 2018).

Den selvdefensive ekkoisten bruker den andre for å kunne være dens speil og er i overføringen avhengig av – og jobber intenst med – å tolke terapeutens uttrykk for å vite hvordan hun skal bete seg. Hun prøver hardt å ikke være til bry og er redd for negative følelser og handlinger overfor terapeuten. Hun forsøker å beskytte seg mot angsten ved å skape distanse og unngår genuin kontakt.



— Som
kameleonen
skifter
hun farge
avhengig av
omgivelsene

Hun spiller defensivt og hele tiden på bortebane, men har krefter i seg som kan nås av terapeuten.

Etter hvert som den defensive ekkoisten klarer å løsrive seg noe fra sitt narsissistiske objekt, leder dette ofte til en angst over at hun selv er en narsissist. Hun frykter at hun har blitt grandios og onnipotent, og opplever smerte ved å skulle påføre andre samme smerte som hun selv har blitt utsatt for (Savery, 2018).

Selvdestruktiv type

Der den defensive ekkoisten oppleves som en passiv mottaker for andres projeksjoner, trekker den selvdestruktive ekkoisten andre inn i seg ved å aktivt introjisere ethvert objekt eller enhver livskraft tilgjengelig. Slik Ekko i skogen aktivt trekker til seg Narcissus for tvangsmessig å være hans ekko. Den selvdestruktive ekkoisten «er gjennom den andre» (Savery, 2018, s. 52). Savery beskriver henne som en vert og håndlanger. Hun både huser og projiserer ut andres narsissistiske objekt.

Terapeuten kan oppleve det indre destruktive objektet projisert som en uttalt selvkritisk stemme hos ekkoisten, latterliggjørende, nedlatende og skyldgivende. Objektet konsumerer all vitalitet og mentale ressurser både hos pasienten og terapeuten. Tilsvarende vil det ytre narsissistiske objektet i tematikk engasjere og fylle begges oppmerksomhet og kunne ta opp all plass i det terapeutiske rommet. På den måten forhindrer og beskytter ekkoisten seg fra en genuin

kontakt med terapeuten. Som Savery beskriver, kan dette gi terapeuten følelse av å ikke være noe i relasjonen, å bli sugd livskraften ut av et nærmest parasittisk objekt. Hennes selvutslettende krefter kan altså overvelde og oppsluke den andre. Slik er ekkoismen ikke bare passivt selvutslettende, men kan også være en aggressiv tilintetgjørende kraft overfor den andre. En manglende evne til å ta imot terapeuten som hjelper, kombinert med prosjeksjon av det narsissistiske objektet, kan lede terapeuten til å mistolke den selvdestruktive ekkoisten for å være en narsissist (Savery, 2018).

Selvdesorganisert type

Det jeg foreslår som en tredje type ekkoistisk personlighetsforstyrrelse – den selvdesorganiserte typen – er uttrykk for et langt mer patologisk og trolig tidlig mangelfullt og destruktivt utviklet selv. Begrepet har jeg lånt fra tilknytningsteori, da typen synes å ha paralleller til utrygg desorganisert tilknytningstype (Bowlby, 1969).

Den selvdesorganiserte ekkoisten avspeiles i Ekkos tilstand på slutten av myten. Her gjemmer hun seg eller er fanget i grotten, men er samtidig tvangsmessig relatert til Narcissus' vrede, avsky, angst og forvirring. Hun veksler mellom å være fortenet, luft og et ekko. Tvangsmessig og uforutsigbart er hun aktivt gjennom å fanges og styres av den andre. I relasjon er hun lik spindelvevet: fastklistret i en tynn tråd, priggitt de ytre objektors bevegelser, med et indre fylt av det livløse, innkapslet uten kontakt, konstant truet av terroriserende og inkonsekvente objekter. Gjennom paranoid schizoide mekanismer beskyttes hun fra angsten, og holder objektene fra hverandre, dissosiert og desintegrert og forvirrende for selvet.

Det ekstremt angstfylte kan ikke tenkes om eller uttrykkes med ord, men gir seg ofte til kjenne i forvirrende kroppslige manifestasjoner og realitetsbristende opplevelser i overføringen. Den selvdesorganiserte ekkoisten vil altså fort føle seg presset til å flykte fra terapeuten – bokstavelig eller emosjonelt – og samtidig oppleve seg fanget og låst. Terapeuten kan oppleve det som hun er i sinnet til et lite barn som ikke bare er overbevist om at foreldrene ikke vil møte deres følelser, men også vil kunne true, skade og aktivt og uforutsigbart påføre smerte. Barnet blir med det etterlatt med sterke følelser av redsel, skam, avsky og avmakt. I overføringen vil da også terapeuten kunne føle seg alene og forlatt, forvirret og hjelpeløs, uten å bli gitt rom for tenkning. Terapeuten kan kjenne seg tappet for energi og fylt med redsel for å ha gjort noe galt eller skadelig overfor pasienten.

Terapeutiske implikasjoner

Å finne eller skape en stemme

Ekkoisten lider av å være i en smertefull ikke-værende tilstand i sitt indre og i relasjon til andre. Målet for terapien vil være å hjelpe henne med å etablere en væren i kraft av et eget og integrert selv. Inndelingen av de tre personlighetsforstyrrelsene ansukelliggjør økende grad av

mangelpatologi, der særlig den desorganiserte uttrykker tidlig skadet og mangelfullt utviklet selv. I tråd med Killingmos (1989) tanker rundt konflikt og mangelpatologi vil intervensjonene avhenge av hvorvidt ekkoisten trenger støtte i å henholdsvis *avdekke* gammel mening eller kunne *erfare* ny mening.

Typeinndelingene kan også ses på som ulike tilstander som kan fluktuere innen samme individ og aktiveres på forskjellige tidspunkter i livet, i terapien – og endog i samme time. De kan gi informasjon om typen forsvar som er mest fremtredende, og gi terapeutiske føringer, hvorvidt utforskende eller mer validerende intervensjoner bør prioriteres. Fluktueringen stiller dermed ekstra krav til terapeuten når det gjelder bruken av egen motoverføring som rettesnor for intervensjoner.

Å være varsom i utforskning og tolkning

Å rope på Ekko gir ekko til svar. Terapeuten kan trekkes mot å fylle tomrommet i ekkoisten, ta agens og råde, men risikerer da å holde henne avhengig av et narsissistisk objekt og å hindre utvikling. Samtidig kan også det å oppmuntre ekkoisten til selv å utforske og verbalisere følelser – å få fram en stemme – lede til ytterligere følelse av press til å prestere og å speile terapeuten. Man blir slik dratt inn i tilfluktsstedet – skogen eller grotten – og holdt fast. Sammen fanget i overføringen. Tolkninger av overføringen springer da ut fra det samme feltet og tas imot fra det samme som et overføringsobjekt (Baranger & Baranger, 2008). For ekkoisten vil tolkningene da kun tas inn og repeteres som et ekko og ikke som noe som eies av selvet (Savery, 2018). Terapeutisk vil være å tolke på akkurat dette som foregår i overføringen. Ellers bør man være forsiktig med tolkninger, i alle fall før pasienten har gjort det først, da de ellers bidrar til minimering av et selv og forsterkning av forsvaret (Savery, 2018).

Å romme

Utforskning og tolkning kan altså bidra til å vedlikeholde forsvaret, og særlig der de indre objektene opererer destruktivt og desorganisert, kan det være retraumatiserende og forsterke det. Ved at terapeuten er genuint opptatt av ekkoistens eksistens, men ikke som en som forventer noe av henne eller krever noe av henne, vil hun være en som ekkoisten kan oppleve seg adskilt fra. Hun kan da få et rom til å snakke om angsten som oppstår i samspillet her og nå, og dermed oppleve at de indre objektene kan slippes fri og tåles å bli tatt imot. Våge å slippe seg løs fra skogen og erfare å bli tatt imot.

Etter hvert kan en slik terapeutisk relasjon også gi et rom for at de indre objektene blir gjenstand for undring. Savery (2018) vektlegger betydningen av å kunne sette det indre objektet på prøve, og ved det skape en *triangulering* – et tredje rom – hvor det kan tenkes om de indre objektene og hva de prøver å uttrykke. Sammen kan terapeuten og ekkoisten finne et språk for hennes opplevelser, behov, ønsker og grenser – hva hun faktisk ikke ønsker. Det kan bidra til å kunne ta imot terapeuten som et godt objekt, integrere et fragmentert selv, utvikle og få tak i en egen stemme.

— Målet for terapien vil være å hjelpe med å etablere en væren i kraft av et eget og integrert selv

Å sørge

Å frigjøre seg noe fra avhengige relasjoner (indre eller ytre) til narsissistiske andre går ofte parallelt med en sorg over det som er mistet eller ikke har vært. Med det kommer gjerne også en økende angst over å ta ansvar for sine egne handlinger i fortid og i nåtid. Det er en smertefull prosess som ekkoisten vil trenge støtte i. Det kan oppleves helt uoverkommelig å bære ansvaret hun må ta for å bli noe – å være noe i kraft av seg selv (Savery, 2018). Å ta farvel med Narcissus.

Ekko-narsissistisk dynamikk i overføringen

Terapeutens narsissisme

I psykoanalytisk litteratur legges det vekt på betydningen av å gjenkjenne egen narsissisme i overføringen. Det er særlig viktig overfor en ekkoistisk pasient, hvor man fort kan bli en erstatning eller et substitutt for en narsissistisk annen og sementere et ekkoistisk forsvar (Savery, 2018). Der det narsissistiske forsvaret er ukjent for terapeuten, kan et slikt mønster bli særdeles skadelig, hvor den ekkoistiske pasienten blir en del av og forsterker terapeutens forsvar (og motsatt). Ekkoisten dras lett inn i terapeutens behov for å kjenne seg mektig, betydningsfull og beundret. Dermed kan det oppstå en parasittisk relasjon, som både hindrer utvikling hos pasienten og kan lede til grenseoverskridelser.

Dynamikken vil kunne oppdages ved for eksempel rammebrudd, i veiledning og eventuelt i terapeutens egenerapi. Der terapeuten er eller blir klar over eget narsissistisk forsvar, bør det være i fokus i veiledning. Forsvaret vil kunne ha betydning for valg av type pasienter (alder, kjønn, diagnose), terapiform, varighet og rammer. Det for at terapeuten ikke skal utsette seg selv, og fremfor alt pasienten, for unødig risiko for en ikke-terapeutisk avhengighet og destruktive prosesser.

Terapeutens ekkoisme

Som Savery vektlegger, er det også viktig å oppdage egen ekkoisme i overføringen. Ekkoisme kjennetegnes av kvali-

teter som er viktige og kreves hos terapeuter, som å fange opp følelser i andre og genuint være opptatt av andre som separate selv. Men dersom slike evner og ferdigheter utgjør et ubevisst ekkoistisk forsvar, kan de predisponere for feiltolkninger. Den ekkoistiske terapeuten kan mista pasienten for å være en narsissist, da hun i relasjon gjerne rekrutterer andre til en narsissistisk rolle. Da terapeuten best tolererer narsissisten, vil hun i motoverføringen også kunne oppleve å ikke tolerere ekkoisten som leder all oppmerksomhet over på terapeuten. Terapeuten kan på den måten bli et speil som presser den ekkoistiske pasienten inn i en narsissistisk rolle hun ikke er i stand til å fylle, med påfølgende ytterligere følelse av mislykkethet og ikke å bli sett for den hun er (Savery, 2018).

Aspekter ved ekkoisme som narsissisme finnes i oss alle. Terapeuter bør altså være like oppmerksom på egen narsissisme som egen ekkoisme og differensiere mellom ens egen og pasientens i veiledning.

Hvor ble det av Ekko i alt mylderet?

Ekko representerer en personlighetsstruktur der selvets utvikling er bremsert eller stanset opp. I mylderet av Narcissus' behov er hennes væren blitt den andres, en ikke-væren. Like gjemt og fraværende har fenomenet ekkoisme vært i psykoanalytisk teori.

Savery undrer seg over hvorfor Ekko ikke har hatt større gjennomslagskraft. Hun ser for seg at myter har en funksjon som en containende mor. Ubevisste og smertefulle aspekter av mennesker blir projisert og gjennom mytene symbolisert på en måte som gjør at vi kan tenke om dem bevisst. At Ekko ikke har gjennomgått samme transformasjon til tanker og ord som Narcissus, mener Savery skyldes noe ved den ekkoistiske tilstanden i seg selv som gjør at den har blitt unngått og avvist (Savery, 2018). Det er lettere å rette oppmerksomheten mot narsissisten, hvis tilstand er mer tolererbar, synlig og kanskje fascinerende, mens ekkoisten er avmektig, sørgelig og kanskje foraktfull. Eller som Savery påpeker, representerer ekkoismen noe så avskyelig og smertefullt at den må unngås og avvises (Savery, 2018).

Å kunne se det gode objektet som separat er nødvendig for å kunne utvikle et sunt selv, men det er en sorgprosess som innebærer å miste (Stokkeland, 2014). Ekkoismen kan ved å tilfredsstille narsissistiske behov hemme denne utviklingen. På den ene siden vekker ekkoismen en infantil kjærlighet eller et begjær. Erfaringer og opplevelser av å bli møtt, sett og synliggjort, på et nærmest usynlig og magisk vis – som hos en selvoppofrende mor. Samtidig kan den vekke en infantil avhengighet og en frykt for å miste. Opplevelser trolig lik de som vekkes i Narcissus, der han begjærer og ikke klarer å rive seg løs fra gjenspeilet i kilden. Kilden, som for øvrig kan ses på som et bilde på Narcissus' mor, kilden Leiripe, hvis navn betyr *Narcissus ansikt* (av gr. Leirion; narcissus og ops; ansikt). Narcissus forhindres fra sorgprosessen og separasjonen, hvilket legger til rette for benektningen av Ekko.

Narcissus' fastlåsthet i eget speilbilde kan ha en parallell til vår overopptatthet av Narcissus på bekostning av Ekko. En tilstand man også kan se for seg hindrer avdekkingen av det latente innholdet i myten om Ekko i psykoanalytisk litteratur. Vår tenkning begrenses og blir en del av et ekko-narsissistisk kompleks. Narcissus tror han elsker seg selv, men i sannhet er det speilbildet og

ekkoet han tiltrekkes. Så lenge kilden spiller ham og ikke er noe eget, klarer han ikke rive seg løs. Som filosof Arild Utaker (2018) påpeker, er selve ideen om at Narcissus elsker seg selv, et resultat av en narsissistisk tenkemåte, som forutsetter utelukkelsen av Ekko – at Ekko blir glemte.

Konsekvensen er at den ekkoistiske erfaringen blir avspaltet eller fortrent fra psykoanalytisk teori. Vi gjenkjenner ikke ekkoisten eller fanger opp hennes smerte i vårt kliniske arbeid. Likeså forhindres vi fra å fullt ut forstå hennes partner – narsissisten. Dermed mister vi innsikt i den ekko-narsissistiske dynamikken som er særlig viktig å kjenne igjen når den oppstår i terapirelasjonen. Dette bidrar til å sementere og forsterke ekkoistens behov for å relatere seg til et narsissistisk objekt og derfor også hindre bedring (Savery, 2018).

Kraften fra Ekko er lite gjenkjennbar, men desto kraftigere dersom man først hører etter. Da er det som om den runger fra alle fjell, skoger og grotter. Jeg har særlig villet belyse hvordan de ekkoistiske egenskapene er livsnødvendige, men også kan bli livstappende ved å dominere ens væren, eller snarere ikke-væren. Ekko vil gjemme seg, men trenger å letes etter for at hun skal finne sin stemme. Ⓢ

REFERANSER

- Baranger, M. & Baranger, W. (2008). The analytic situation as a dynamic field. *International Journal of Psychoanalysis*, 89(4), 795–826. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00074.x>
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. Karnac Books.
- Britton, R. (2004). Narcissistic Disorders in Clinical Practice. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 477–490. <https://doi.org/10.1111/j.0021-8774.2004.00479.x>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume I: Attachment*. Basic Books.
- Davis, D. (2005). Echo in the Darkness. *Psychoanalytic Review*, 92(1), 137–151. <https://doi.org/10.1521/prev.92.1.137.58711>
- Freud, S. (1910). *Leonardo da Vinci and a memory of his childhood*. SE Vol. 11. Hogarth Press.
- Freud, S. (1914). *On Narcissism: An Introduction*. SE Vol 14. Hogarth Press.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70(1), 65–79.
- Ovid. (2024). *Metamorfoser*. (T. S. Thorsen, Overs.). Gyldendal.
- Savery, D. C. (2018). *Echoism. The Silenced Response to Narcissism*. Routledge.
- Savery, D. C. (2020). The Character Echo as a Symbol of the Absent Female Voice in
- Stokkeland, J. M. (2014). Å gi slipp for å kunne ta imot. *Mellanrummet*. <https://mellanrummet.net/nr31-2014/artikel-gislippforakunnetaimot.pdf>
- Utaker, A. (2018). *Tenker hjernen? Språk, menneske, teknikk: essays*. Vidarforlaget.
- Winnicott, D. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.

TEKST Terje Fladvad
Privatpraksis

Unnvikende restriktiv spiseforstyrrelse (ARFID)

Kunnskap om ARFID er sentralt for å fange opp en lite kjent pasientgruppe og tilby dem riktig behandling.

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), eller unnvikende restriktiv spiseforstyrrelse, er den yngste og minst kjente av spiseforstyrrelsene. Artikkelen tar for seg sentral kunnskap om diagnosen med utgangspunkt i en kasuistikk som beskriver en ung mann med en mangeårig udiagnostisert ARFID.

KONTAKT tfladvad@icloud.com

MERKNAD Pasienten som kasuistikken er basert på, har undertegnet samtykkeskjema. Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Takk til Kjersti Hoel, lege i spesialisering, for samarbeid omkring pasienten som ledd i psykoterapiveiledning og innspill til tekst.

Kasusbeskrivelse

En 26 år gammel mann ble henvist til DPS med langvarige mageplager, angst og lettere depressive symptomer. Matinntaket bestod nesten utelukkende av chicken nuggets, og han drakk kun vann. Pasienten hadde falt ut av videregående skole, aldri vært i jobb eller hatt bistand fra Nav, og levde et isolert og inaktivt liv hos faren. I henvisningen var det spørsmål om angstlidelse, personlighetsforstyrrelse og autismespekterlidelse. En søknad til DPS med samme problematikk tre år tidligere var blitt avvist.

Som barn var han frisk, men småspist, kresen og tynn. Synet, lukten, konsistensen og smaken av flere typer mat vekket vemmelse og kunne føre til at han brakk seg. Det var mat som yoghurt, bløte bær, blandinger av bær og krem, syltetøy og smaker av hvitløk, chili, karri og sennep m.m. Noen typer mat kunne han klare hver for seg, men ikke samtidig, og spesielt ikke i blandinger. Hans mor hadde hatt liknende utfordringer med mat i sin barndom.

12 år gammel fikk han en akutt episode med magesmerter, løs avføring og ble lyd- og lyssky. Legen konkluderte med sannsynlig matforgiftning. Etter det akutte forløpet fortsatte mageplagene til en viss grad samtidig som han ble redd for at mat kunne forverre plagene og gjøre ham syk. Han begrenset flere matvarer og fikk svelgevansker. I tillegg utviklet han andre somatiske plager som kvalme, kløe i ganen, sår hals, feberfølelse, kalde føtter, «overømfintlig» hud, lysskyhet, hodepine og mangel på sultfølelse. Det lave næringsinntaket førte til at han falt på vekstpersentilskjemaet og ikke kom i puberteten. Han opplevde ungdomstiden som en kamp for å gå opp i vekt og komme i puberteten. I tillegg fikk han problemer med å spise sammen med andre enn familien, han trakk seg tilbake, og kontakten med venner ble begrenset til dataspilling fra gutterommet.

Han ble grundig somatisk utredet på sykehus da han var 13, 17 og 23 år gammel, uten at det ble funnet noen organisk forklaring på plagene. Diagnosen som ble gitt var irritabel tarmsyndrom (IBS). Blodprøver var normale utover jern- og D-vitaminmangel, som ble behandlet med tilskudd. Pasienten og foreldrene var overbevist om at det måtte være en somatisk årsak. Flere av legene mente han hadde anorexia nervosa. Han opplevde seg ikke forstått eller hjulpet. 17 år gammel hadde han en BMI på kun 14,7 (vekt 45 kg / høyde 175 cm). På egen hånd klarte han å øke vekten noe, og begynte å komme i puberteten. 18 år gammel begynte han å eksperimentere med cannabis og merket ved en tilfældighet at det hadde effekt på angst og matlyst. Han begynte å røyke cannabis i forkant av måltider, og over noen år klarte han å øke vekten til 70 kg. Mange av de fysiske plagene, begrensningene med mat og de psykososiale vanskene bestod imidlertid. Utprøving av ulike dietter og en fekaltransplantasjon ga ingen bedring. I tre år spiste han ikke annet daglig enn en pakke chicken nuggets på 800 gram fra samme fabrikant, som han fordelte på to måltider.

Siste året før inntak på DPS var han blitt noe bedre. Han hadde fått økt matlyst og mindre angst før måltider etter oppstart med SSRI, og klarte å redusere hasjbruken betydelig. Han hadde lest at SSRI kunne ha effekt på IBS, og hadde selv foreslått dette for fastlegen. Samarbeid med ernæringsfysiolog på sykehus hadde ført til at han hadde klart å legge til tre andre matvarer (salat, gulrot og sitrondråper).

Hva er ARFID?

ARFID kom inn i det amerikanske diagnosesystemet DSM-5 i 2013 og ble inkludert i ICD 11 i 2022 (American Psychiatric Association, 2022). ARFID er ingen nyoppdaget spiseforstyrrelse, men en samlebetegnelse på ulike beskrevne fenomener, som selektive spisevansker eller -spiseforstyrrelser, infantil anoreksi, ikke-fettfobisk anoreksi, matneofobi (frykt for å spise ny type mat) og emetofobi (frykt for å kaste opp). Pasienter som oppfyller kriteriene for ARFID, blir i ICD 10 oftest plassert i uspesifikke kategorier som spise- og ernæringsvansker hos barn og ungdom, og hos voksne som uspesifikk spiseforstyrrelse (EDNOS).

ARFID kjennetegnes av at en person enten spiser svært få matvarer og/eller svært små *mengder* av mat, vanligvis begge deler. Til forskjell fra for eksempel anorexia nervosa (AN) og bulimia nervosa (BN) skyldes *ikke* restriksjonen overevaluering av figur og vekt, men andre grunner som:

- liten interesse for mat (LI) i form av lite sultfølelse, raskere metthetsfølelse og lite glede/nyttelse av mat
- økt sensorisk sensitivitet (SS) for lukt, smak, konsistens, utseende og temperatur
- frykt for negative konsekvenser (FNK) av spising (også ved å se andre spise), som å bli kvalm, kaste opp, sette fast mat i halsen, kvalning, magesmerter, oppblåsthet, forstoppelse, diare og allergiske reaksjoner

Samtidig kan diagnosen bare stilles når restriksjonen får betydelige somatiske og/eller psykososiale konsekvenser, der minst én av følgende må være til stede:

- Betydelig vekttap, eller hos barn manglende eller forsinket vekt-/pubertetsutvikling
- Betydelig næringsmangel (som anemi, lavt stoffskifte, vitaminmangel, lave elektrolytter, lavt antall blodceller og hormonforstyrrelser)
- Avhengighet av næringstilskudd (orale eller sonde)
- Markert forstyrrelse av psykososial funksjon

— *ARFID er ingen nyoppdaget
spiseforstyrrelse*



Eksklusjonskriterier er at restriksjonen ikke bedre skal kunne forklares av somatisk sykdom, annen psykisk lidelse, kulturelt betinget spisemønster eller manglende tilgjengelighet av mat. Diagnosen kan heller ikke stilles dersom kriteriene for AN og BN er oppfylt og det er et forstyrret kroppsbilde. Overspisningslidelse (BED) kan derimot stilles samtidig med ARFID. ARFID skiller seg fra «picky eating» og «kresenhet» ved grad av restriksjon og konsekvenser av spiseadferden. ARFID er ikke bare en vanske eller forstyrret spiseadferd, men en genuin spiseforstyrrelse med alvorlige konsekvenser, på lik linje med andre definerte spiseforstyrrelser.

Utvikling og kjennetegn

Siden introduksjonen av diagnosen i 2013 er det forsket mer på denne formen for spiseforstyrrelse. Vi har i dag bedre kunnskap om genetiske faktorer, nevrobiologi, forekomst, komorbiditet og behandling som gjør at vi bedre kan fange opp, forstå og hjelpe pasienter og familier som rammes av ARFID (Crone et al., 2023; Thomas et al., 2017; Fonseca et al., 2024). Forskningsfeltet er imidlertid fortsatt ungt. Frem til i dag er det forsket mest på ARFID hos barn, mindre på ungdom og voksne (MacDonald et al., 2024).

ARFID debutterer vanligvis i barndommen, forekommer i alle aldersgrupper og er omtrent like hyppig mellom kjønnene. Pasienter med ARFID finnes i hele vektsspekteret fra undervekt til fedme. Tall for forekomst varierer mellom 0,3 % til 5 %, avhengig av populasjon. Det betyr at ARFID er minst like hyppig som for eksempel AN (ca. 0,5 %) og antakeligvis nærmere BN (ca. 1-2 %) i forekomst (Helsedirektoratet, 2017).

ARFID utvikler seg vanligvis fra «kresenhet» som tiltar til det ekstreme, sammen med små volumer av mat. Måltider blir krevende, og foreldre og nærstående reagerer gjerne med frustrasjon og fortvilelse. Det kan resultere i at personen velger å spise for seg selv, hopper over måltider og spiser færre måltider. Til gjengjeld kan enkelte overspise når de først spiser. Andre ganger er det en spesifikk traumatisk mathendelse eller somatisk sykdom som utløser ARFID, som hos vår pasient.

Til forskjell fra AN og BN foretrekker personer med ARFID oftest mat som er rik på karbohydrater/stivelse,

mild på smak, har lite fiber, høy kaloritetthet (sukker/fett), lav proteinandel og lite frukt og grønnsaker. Utseendet på maten er typisk hvit eller beige. Grunnet mengde på matinntaket og sammensetning av maten vil personer med ARFID være utsatt for essensielle ernæringsmangler som mangel av omega 3, vitaminer (som A, B₂, B₁₂, C, D, E og K), mineraler (som jern, selen, folat og sink) og protein. Ved undervekt har ARFID mange av de samme følgetilstandene som AN, og kan være like alvorlig. Ved undervekt kan ARFID feildiagnostiseres som AN (atypisk type), slik at pasienten hverken blir riktig forstått eller får riktig behandling (Dinkler, 2024).

ARFID har en relativt høy grad av arvelighet (Kennedy et al., 2022), som er på linje med ADHD, autisme og schizofreni, og høyere enn AN og BN (Dinkler et al., 2023). Drivkreftene bak restriksjonen antas å være knyttet til en genetisk betinget nevrobiologisk sårbarhet. Så langt er det ikke funnet spesifikke gener som knyttes til ARFID.

Det er funnet endringer i appetittregulerende hormoner hos personer med ARFID kontra friske, spesielt de som er undervektige. En stor del er overlappende med funn hos personer med AN. Blant annet er det funnet økte nivåer av fastende ghrelin og cholecystokinin og høyere nivåer av glucagonlikende peptid 1 (GLP-1) mellom og etter måltid hos pasienter med ARFID (Fonseca et al., 2024). GLP-1 utskilles fra tarmslimhinnen og virker sentralt ved å redusere sultfølelse og øke metthetsfølelse, og perifert ved en langsommere tømming av mageinnhold. GLP-1-analoger med svært lang halveringstid selges i dag som slankemedisiner. Hvorvidt endringene skyldes genetiske faktorer eller er en konsekvens av under-/feilernæring, eller en kombinasjon, er usikkert. Uavhengig av årsak bidrar slike funn til å forstå vanskene pasienter med ARFID kan ha med rask metthetsfølelse og mindre opplevelse av sult.

For andre typer spiseforstyrrelser har forløpsstudier vist at overganger mellom spiseforstyrrelsene er vanlig. Det finnes få forløpsstudier når det gjelder ARFID. Så langt vet vi at ARFID i mindre grad enn de øvrige utvikler seg til andre spiseforstyrrelser. Det er likevel svært viktig å være klar over at overganger fra ARFID forekommer, og da er puberteten en særlig kritisk periode (Kambanis et al., 2025; Kambanis et al., 2024). DSM-5-kriteriene

— I stedet for tre hovedtyper av spiseforstyrrelser bør man utvide til fire

tillater ikke at AN eller BN kan opptre samtidig som ARFID. Klinikere og forskere har imidlertid funnet at ARFID-symptomatologi meget vel kan opptre side om side med overevaluering av figur og vekt og tilhørende spiseforstyrret adferd, som ved AN og BN (Becker et al., 2020; Kambanis et al., 2024; Kambanis et al., 2025). Det diagnostiske enten-eller-skilliet i DSM-5 kan bidra til at en større kompleksitet ved spiseforstyrrelsen blir oversett, og at behandlingen ikke blir tilstrekkelig individualisert. Zickgraf et al. (2025) foreslår endringer av de diagnostiske kriteriene for ARFID, der blant annet dette eksklusjonskriteriet bortfaller.

Utredning og behandling

Det er viktig å være klar over at vanlige utredningsinstrumenter for spiseforstyrrelser *ikke* er egnet til å fange opp ARFID. Ved utredning for ARFID anbefales det å bruke PARDI (Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview; Bryant-Waugh, Micali et al., 2019; Bryant-Waugh, Eddy et al., 2019). Intervjuet er oversatt til norsk og fritt tilgjengelig på Helsebiblioteket. Spørreskjemaet NIAS (Nine Item ARFID Screening) egner seg for screening, og inneholder tre spørsmål for hver av de tre drivkreftene ved ARFID (Murray et al., 2021).

Utredning og behandling av ARFID er tverrfaglig. Det er høy forekomst av både somatisk og psykiatrisk komorbiditet (Kambanis & Thomas, 2023; Wronski et al., 2024; Willmott et al., 2024). Pasientene har ofte behov for en grundig somatisk undersøkelse for å avdekke eventuell underliggende sykdom som bedre kan forklare spiseadferden (i så fall stilles ikke diagnosen ARFID)

eller hva som bidrar til å opprettholde problemene. Slike somatiske sykdommer kan handle om munn-/svelgmotoriske vansker, luftveissykdommer, gastroøsofageal refluks, eosinofil øsofagitt, matvareallergier, matintoleranser og inflammatorisk tarmsykdom. De vanligste psykiatriske tilleggdiagnosene er angstlidelser (hyppigst er generalisert angstlidelse og sosial fobi), autismespekterlidelse, ADHD og andre nevropsykiatriske funksjonsforstyrrelser i den rekkefølgen.

Det finnes i dag ikke tilstrekkelig evidens for å anbefale noen spesifikk behandlingsmetode for noen av aldersgruppene. De mest brukte er spesialutviklede versjoner av familiebasert terapi (FBT-ARFID) for barn 5–12 år (Lock, 2022) og kognitiv adferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-AR) for barn fra 10 år, ungdom og voksne (Thomas & Eddy, 2018). I England har Bryant-Waugh utviklet et 10-trinns dagbehandlingsprogram for barn og ungdom som er sammensatt av ulike behandlingsintervensjoner (Bryant-Waugh et al., 2021; Bryant-Waugh, 2020). Andre alternativer er FBI-ARFID (Zucker et al., 2019) og SPACE-ARFID (Shimshoni et al., 2020). Medikamentell behandling kan være aktuelt som supplement, men evidensen er sparsom (MacDonald et al., 2024). De mest aktuelle er olanzapine, mirtazapin og buspiron. Felles for disse er at de kan øke matlysten og redusere angst.

Behandling ved CBT-AR

Vår pasient ble behandlet etter prinsipper fra CBT-AR. I sin oppbygging har den likhetstrekk med CBT-E, som har en sentral plass i behandling av øvrige spiseforstyrrelser (Crone et al., 2023; National Institute of Health and Care Excellence, 2017). CBT-AR er delt i fire trinn



og kan gis som individualterapi eller som en terapi der foreldre inkluderes. Behandlingen skreddersys pasientens ARFID-profil og komorbiditet. Med ARFID-profil menes hvilke drivkrefter som dominerer, og i hvilken grad, om det er lav interesse (LI), økt sensorisk sensitivitet (SS), frykt for negative konsekvenser (FNK) eller en kombinasjon av disse. Det vanligste er at flere drivkrefter forekommer samtidig, der den vanligste er kombinasjonen LI sammen med SS. Alene er SS den vanligste (Sanchez-Cerezo et al., 2024). For vår pasient dominerte FNK, men også SS og LI bidro til restriksjonen.

I CBT-AR tar man utgangspunkt i biologiske sårbarhetsfaktorer og tidligere traumatiske mathendelser for å lage en individualisert kasusformulering sammen med pasienten. Kasusformuleringen brukes til å få en felles forståelse, drøfte behandlingstiltak og gjøre disse logiske. Derneft følger arbeid med blant annet eksponering og å etablere varige endringer av spisevaner. Mestring av samtidig somatisk og psykiatrisk sykdom innarbeides i modellen og behandlingsplanen.

Kasusbeskrivelse: Diagnose og behandling

Ved inntak på DPS var pasienten normalvektig med en vekt på 72 kg og BMI på 21,5. MINI-intervju ble gjennomført med konklusjon somatiseringslidelse. Det ble ikke funnet holdepunkter for spesifikk angstlidelse, depresjon eller ADHD. På mistanke om ARFID ble han utredet med PARDI-intervju, som bekreftet diagnosen. Rapportering av betydelig angst i sosiale sammenhenger som involverte mat, angst for magesmerter og angst for ikke å komme seg på do i tide ved forflytninger ble forstått i lys av ARFID og IBS. Sykehistorie og klinisk inntrykk ga ikke mistanke om autismespekterlidelse. Foreldrene beskrev normal psykososial- og språkutvikling i barnehage og barneskole. Språklig var han sterk, pratet mye, var sosial og hadde ofte hatt venner med hjem. Det kliniske inntrykket i timene med normale gester, mimikk og god kommunikasjon tydet heller ikke på autismespekterlidelse. Man fant det inntil videre ikke hensiktsmessig å utrede for mulig personlighetsforstyrrelse, men heller fokusere på behandling av symptomlidelsene og atfergingstiltak som kunne bedre selvilde og interpersonlig fungering.

Pasienten fikk informasjon om diagnosen ARFID som hoveddiagnose, samt somatiseringslidelse og irritabel tarm som tilleggdiagnoser. Han ble gitt psykoedukasjon om ARFID og IBS, og ble tipset om hvor han kunne finne mer informasjon om tilstandene. Han var kjent med

IBS-diagnosen, men i liten grad hvordan psykologiske faktorer påvirker tarmen. Han opplevde sammenhengene som logiske, fikk en ny forståelse for sin sykehistorie og fikk håp om bedring.

Behandler og pasient utforsket sammen pasientens angst og unnvikelse for ulike matsorter, og pasienten foreslo selv hva han kunne teste ut mellom timene. Han gjorde seg overveiende positive erfaringer og fikk gradvis et mer variert kosthold. En milepæl var at han klarte å gå på restaurant og spise mat fra menyen. Pasienten hadde også en frykt for at fysisk aktivitet kunne føre til løs mage, magesmerter og at han ikke ville rekke å komme på do i tide. Fysisk aktivitet, bl.a. i form av sykling, ble testet ut, og han gjorde seg igjen positive erfaringer. Han opplevde mestringsfølelse, fikk bedre humør, mindre plager med magesmerter, mindre angst for mat og å miste kontroll over avføring, normaliserte døgnrytmen og tilbrakte mye mindre tid i sengen. Vekten økte til 82 kg (BMI 24,8) og stabiliserte seg der. Det ble etablert kontakt med Nav, han fikk innvilget AAP, og kom i gang med å ta enkelte fag for å fullføre vgs. med et klart mål om videre utdanning og jobb. Pasienten ble avsluttet på DPS etter i alt 13 timer over et halvt år og overført til avtalespesialist. Behandlingen med escitalopram ble opprettholdt, og den begrensede cannabisbruken var uforandret.

Veien videre

I stedet for tre hovedtyper av spiseforstyrrelser bør man utvide til fire, og inkludere ARFID blant AN, BN og overspisingslidelse. ARFID forekommer i alle aldersgrupper, og er, som jeg har vist, ikke en sjelden type spiseforstyrrelse. Konsekvensene er minst like alvorlige som ved andre spiseforstyrrelser og har i likhet med de andre en tendens til å bestå uten behandling.

Pasienter med ARFID har behov for behandlingstilbud på lik linje med pasienter med andre spiseforstyrrelser. Dette mangler i dag. Er man ungdom eller voksen og har ARFID i Norge i dag, finnes det nesten ingen informasjon i helseforetakene og ingen etablerte behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor behov for å ruste opp spesialisthelsetjenesten med kompetanse og behandlingstilbud for denne gruppen av pasienter. Kompetanse på ARFID innen somatikken er likeledes viktig, da pasienter med ARFID står i fare for å bli sendt fra spesialist til spesialist, uten å bli forstått og få riktig behandling.

For psykologer er samarbeid med leger nødvendig for å kartlegge somatisk komorbiditet, behandle denne og sørge for medisinsk behandling av somatiske komplikasjoner av ARFID. Å bringe inn spesifikk kompetanse på ernæring kan også være nødvendig. Pasienter med ARFID behandles best i tverrfaglige team eller samarbeid. Lederen av et slikt team bør være en fagperson som har

kompetanse på ARFID og kjenner pasienten best, ikke nødvendigvis en fagperson med en spesifikk profesjon. Selv om vi i dag ikke vet nok om hva slags behandling som virker best for ARFID, vet vi nok til at behandlings-tilbud som CBT-AR og FBT-ARFID er virksomme, og bør kunne etableres. ④

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. American Psychiatric Association Publishing.
- Becker, K. R., Breithaupt, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2020). Co-occurrence of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Traditional Eating Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(2), 209–212. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.09.037>
- Bryant-Waugh, R. (2020). *ARFID Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, A guide for parents and carers*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429023354>
- Bryant-Waugh, R., Loomes, R., Munuve, A. & Rhind, C. (2021). Towards an evidence-based out-patient care pathway for children and young people with avoidant restrictive food intake disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(1), 15–26. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.11.001>
- Bryant-Waugh, R., Eddy, K. T., Micali, N., Cooke, L. & Thomas, J. J. (2019). The PARDI ARFID Questionnaire: a self-report multi-informant measure of the key features of avoidant restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4):378–387.
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T. & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *The International journal of eating disorders*, 52(4), 378–387. <https://doi.org/10.1002/eat.22958>
- Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Bolland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N., Guarda, A., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Pierce, K., Riddle, M., Seritan, A., Uniacke, B., Zucker, N., Yager, J., Craig, T. J., Hong, S. H. & Medicus, J. (2023). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *The American journal of psychiatry*, 180(2), 167–171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>
- Dinkler, L. (2024, 31. mai). *Unnvikende/restruktiv næringsinntaksforstyrrelse – en glemt spiseforstyrrelse?* [Foredrag]. Norsk klinisk nettverk for spiseforstyrrelser (NKNS).
- Dinkler, L., Wronski, M. L., Lichtenstein, P., Lundström, S., Larsson, H., Micali, N., Taylor, M. J. & Bulik, C. M. (2023). Etiology of the Broad Avoidant Restrictive Food Intake Disorder Phenotype in Swedish Twins Aged 6 to 12 Years. *JAMA psychiatry*, 80(3), 260–269. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4612>
- Fonseca, N. K. O., Curtarelli, V. D., Bertolotti, J., Azevedo, K., Cardinal, T. M., Moreira, J. D. & Antunes, L. C. (2024). Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances in neurobiology and treatment. *Journal of eating disorders*, 12(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01021-z>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Spise-forstyrrelser. Nasjonal faglig retningslinje*. Forekomst. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spi-seforstyrrelser/forekomst>
- Kambanis, P. E., Mancuso, C. J., Becker, K. R., Eddy, K. T., Thomas, J. J. & De Young, K. P. (2024). Course of avoidant/restrictive food intake disorder: Emergence of overvaluation of shape/weight. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01001-3>
- Kambanis, P. E., Tabri, N., McPherson, I., Gydus, J. E., Kuhnle, M., Stern, C. M., Asanza, E., Becker, K. R., Breithaupt, L., Freizinger, M., Shrier, L. A., Bern, E. M., Eddy, K. T., Misra, M., Micali, N., Lawson, E. A. & Thomas, J. J. (2025). Prospective 2-Year Course and Predictors of Outcome in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 64(2), 262–275. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.04.010>
- Kambanis, P. E. & Thomas, J. J. (2023). Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Current psychiatry reports*, 25(2), 53–64. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01404-6>
- Kennedy, H. L., Dinkler, L., Kennedy, M. A., Bulik, C. M. & Jordan, J. How genetic analysis may contribute to the understanding of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00578-x>
- Lock, J. D. (2022). *Family-Based Treatment for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Routledge.
- MacDonald, D. E., Liebman, R. & Trottier, K. (2024). Clinical characteristics, treatment course and outcome of adults treated for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) at a tertiary care eating disorders program. *Journal of eating disorders*, 12(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-00973-6>
- Murray, H. B., Dreier, M. J., Zickgraf, H. F., Becker, K. R., Breithaupt, L., Eddy, K. T. & Thomas, J. J. (2021). Validation of the nine item ARFID screen (NIAS) subscales for distinguishing ARFID presentations and screening for ARFID. *The International journal of eating disorders*, 54(10), 1782–1792. <https://doi.org/10.1002/eat.23520>
- National Institute of Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. www.nice.org.uk/guidance/ng69
- Sanchez-Cerezo, J., Neale, J., Julius, N., Croudace, T., Lynn, R. M., Hudson, L. D. & Nicholls, D. (2024). Subtypes of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a latent class analysis. *EClinicalMedicine*, 68, 102440. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2024.102440>
- Shimshoni, Y., Silverman, W. K. & Lebowitz, E. R. (2020). SPACE-ARFID: A pilot trial of a novel parent-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *The International journal of eating disorders*, 53(10), 1623–1635. <https://doi.org/10.1002/eat.23341>
- Thomas, J. J. & Eddy, K. T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Children, Adolescents, and Adults*. Cambridge University Press.
- Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T. & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Current psychiatry reports*, 19(8), 54. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>
- Willmott, E., Dickinson, R., Hall, C., Sadikovic, K., Wadhwa, E., Micali, N., Trompeter, N. & Jewell, T. (2024). A scoping review of psychological interventions and outcomes for avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID). *The International journal of eating disorders*, 57(1), 27–61. <https://doi.org/10.1002/eat.24073>
- Wronski, M. L., Kuja-Halkola, R., Hedlund, E., Martini, M. I., Lichtenstein, P., Lundström, S., Larsson, H., Taylor, M. J., Micali, N., Bulik, C. M. & Dinkler, L. (2024). Co-existing mental and somatic conditions in Swedish children with the avoidant restrictive food intake disorder phenotype. *medRxiv : the preprint server for health sciences*. <https://doi.org/10.1101/2024.03.10.24304003>
- Zickgraf, H.F., Cares, S.R., Schwartz, R.A., Breiner, C.E. and Stettler, N.M. (2025). Toward a Specific and Descriptive Definition of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Proposal for Updated Diagnostic Criteria. *The International journal of eating disorders*, 58(5): 844–852. <https://doi.org/10.1002/eat.24383>
- Zucker, N. L., LaVia, M. C., Craske, M. G., Foukal, M., Harris, A. A., Datta, N., Save-reide, E. & Maslow, G. R. (2019). Feeling and body investigators (FBI): ARFID division-An acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *The International journal of eating disorders*, 52(4), 466–472. <https://doi.org/10.1002/eat.22996>

Michelle Øybø

Frydenlund skole og ressursenter

Joakim Tangen

Takt og tone musikkbarnehage

Kristine Stadskleiv

Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo og Seksjon for nevrohabilitering – barn, Oslo universitetssykehus

En vurdering av foreldreversjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF-2)

Sammendrag

Introduksjon: Foreldreversjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF-2) er et mye brukt spørreskjema som gir informasjon om barns eksekutive fungering. Spørreskjemaet er oversatt til norsk, men vi mangler kunnskap om de psykometriske egenskapene. Formålet med studien er derfor å undersøke hvordan spørreskjemaet fungerer i et normalutvalg når det gjelder reliabilitet og validitet.

Metode: Foreldre til 100 av 420 inviterte 11–12-åringer uten kjente vansker fra to østlandskommuner besvarte BRIEF-2 (svarprosent 23,8 %). Reliabiliteten til BRIEF-2, i form av indre konsistens, ble undersøkt med Cronbachs alfa. Begrepsvaliditet ble undersøkt ved å se på korrespondansen til instrumentenes indekser med en eksplorerende faktoranalyse, ved å vurdere korrelasjoner mellom BRIEF-2, SDQ-Nor (Strength and Difficulties Questionnaire) og PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory), samt ved å undersøke andelen barn som skårer i klinisk område på de tre instrumentene.

Resultat: Cronbachs $\alpha = .96$. Faktoranalysen ga én faktor, som alle de ni skalaene fra de tre indeksene atferdsreguleringsindeks (ARI), emosjonsreguleringsindeks (ERI) og kognisjonsreguleringsindeks (KRI) ladet på. BRIEF-2 korrelerte statistisk signifikant med SDQ-Nor, $r(95) = .83$, $p < .001$ og PedsQL, $r(95) = -.67$, $p < .001$. Det var godt samsvar mellom resultatene på BRIEF-2 og SDQ-Nor for 94 % og på resultatene mellom BRIEF-2 og PedsQL for 85 %.

Implikasjoner: Den norske versjonen av foreldrespørreskjemaet BRIEF-2 har god indre konsistens. Begrepsvaliditeten vurderes som tilfredsstillende, med moderat til sterk korrelasjon med andre spørreskjema og høy andel barn som klassifiseres likt på ulike spørreskjema. Tolkning bør baseres på samleskåren, ikke indeksskårene, da alle de ni skalaene lader på samme faktor.

KONTAKT krisstad@uio.no

MERKNAD Studien var masteroppgaveprosjektet til MØ og JT. Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

FAGFELLEVRDERT

CC BY 4.0

Nøkkelord: BRIEF-2, eksekutiv fungering, PedsQL, SDQ, validering

Eksekutiv fungering betegner kognitive prosesser involvert i styring og overvåking av handling og atferd (Anderson & Reidy, 2012; Jurado & Rosselli, 2007; Leahy et al., 2020). Vansker med eksekutiv fungering kan komme av ulike årsaker, inkludert genetisk påvirkning og ervervede hjerneskader (Urnes, 2025). Slike vansker påvirker læring, emosjonsregulering og sosial fungering (Salehinejad et al., 2021; Zelazo, 2020), og er derfor viktige å fange opp.

Ved mistanke om eksekutive vansker er nevropsykologisk testing sentralt. Samtidig bør testing kompletteres med andre informasjonskilder når man utreder barn. Det innhentes gjerne informasjon fra nærpersoner i barnets omgivelser, om hvordan de opplever barnets eksekutive fungering i hverdagen (Bodimeade et al., 2013; Weierink et al., 2013). En vanlig metode er å bruke foreldrerapporterte spørreskjema.

Spørreskjemaet Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF; Gioia et al., 2000), som kom på norsk i 2005 (Gioia et al., 2005), er ett av de mest brukte internasjonalt for å kartlegge eksekutiv fungering hos barn og unge (Baggetta & Alexander, 2016). Det kom en ny versjon (BRIEF-2) i 2015 (Gioia et al., 2015), og på norsk i 2018 (Gioia et al., 2018). BRIEF-2 er beregnet på alderen 5–18 år, og har både en selvrappport-variant (fra barnet er 11 år) og foreldre- og lærerskjema som fanger opp eksekutive vansker i hele aldersgruppen. Spørreskjemaet brukes som ledd i nevropsykologisk utredning, men er også mye brukt i kliniske utredninger i regi av pedagogisk-psykologisk tjeneste, barne- og ungdomspsykiatrien og i forskning (Dodzik, 2017; Hendrickson & McCrimmon, 2019; Køhn & Halvorsen, 2020; Urnes, 2025). Det er foreldreskjemaet fra BRIEF-2 som undersøkes i vår studie.

Foreldreskjemaene BRIEF og BRIEF-2 består begge av indekser og gir begge et overordnet mål (en samleskår) på eksekutiv fungering. Men der BRIEF bestod av 86 ledd som kunne deles inn i åtte skalaer som igjen kunne grupperes i de to indeksene *atferdsregulering* og *metakognisjon*, inkluderer BRIEF-2 63 ledd, som kan deles inn i ni skalaer og de tre indeksene *atferdsreguleringsindeks*, *emosjonsreguleringsindeks* og *kognisjonsreguleringsindeks* (Dodzik, 2017).

BRIEF-2 har amerikanske normer. Standardiseringsutvalget for foreldreversjonen av BRIEF-2 bestod av 14000 foreldre til barn med typisk utvikling og 3007 foreldre fra kliniske populasjoner. Det ble funnet tilfredsstillende reliabilitet og validitet (Dodzik, 2017; Hendrickson & McCrimmon, 2019). Dette er også dokumentert i oversatte versjoner, som i den nederlandske versjonen (Huizinga et al., 2023). Det er få studier av faktorstrukturen på BRIEF-2, men det er funnet støtte for trefaktormodellen i både kliniske utvalg og normalutvalg (Jiménez & Lucas-Molina, 2019; Moura et al., 2023). Samtidig indikerer kliniske studier at det kan være riktigere å legge mer vekt på samleskåren enn på indeksskårene (Lace et al., 2022).

Det er vesentlig å sikre at oversatte måleinstrumenter fungerer på samme måte som på originalspråket (Hambleton & Lee, 2013). Måleegenskapene til den norske versjonen av BRIEF er undersøkt (Egeland & Fallmyr, 2010; Fallmyr & Egeland, 2011; Køhn & Halvorsen, 2020; Sørensen & Hysing, 2014). Så vidt vi er kjent med, foreligger det foreløpig ikke noen undersøkelse av måleegenskapene til den norske versjonen av BRIEF-2 foreldreskjema.

Formålet med studien er derfor å undersøke de psykometriske egenskapene til den norske foreldreversjonen av BRIEF-2 i et normalutvalg. Det å vite hvordan foreldre til barn som bor i Norge vanligvis besvarer BRIEF-2, gir oss informasjon om de tilgjengelige normene er anvendbare. Spesifikt ønsker vi å undersøke 1) reliabilitet, i form av indre konsistens, og begrepsvaliditet i form av 2) faktorstruktur, og 3) korrelasjoner med andre spørreskjema, samt 4) andel barn som skårer i klinisk område.

Når det gjelder begrepsvaliditet, har tidligere studier undersøkt sammenhengen mellom BRIEF-2 og *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ-Nor; www.sdqinfo.org, 2020) og *The Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL; Reinjfjell et al., 2006). Internasjonale studier av kliniske populasjoner har funnet statistisk signifikante sammenhenger mellom skårer på BRIEF-2 og SDQ (Ng et al., 2024; Spowart et al., 2023), BRIEF-2 og PedsQL (Larson et al., 2023) og BRIEF-2, SDQ og PedsQL (Soler et al., 2019). Vi kjenner ikke til tilsvarende norske studier. Vi undersøkte derfor de tre instrumentene sammen, med forventning om noe bedre samsvar mellom BRIEF-2 og SDQ-Nor, som begge omhandler tema som impulsivitet og atferd, enn mellom BRIEF-2 og PedsQL. Dette på bakgrunn av at PedsQL i tillegg omhandler fysisk fungering og oppfølging fra helsevesenet, noe verken BRIEF-2 eller SDQ-Nor gjør.

Metode

Design

Studien er en kvantitativ tverrsnittsstudie med spørreskjema-data fra typisk utviklede barn samlet inn våren 2022.

Deltakere

Studiens deltakere var et utvalg typisk utviklede 11–12-åringer. Gruppen utgjorde en kontrollgruppe til et prosjekt som følger en kohort barn som ble terapeutisk kjølebehandlet som nyfødte grunnet alvorlig fødselsasfyksi (Nestaas et al., 2014; Skranes et al., 2017), og som nylig har blitt undersøkt på nytt ved 11–12 års alder.

For å rekruttere deltakerne henvendte vi oss på mail til 82 skoler i Oslo- og Akershus-området, hvor informasjon på nett tilsa at 1) de hadde elever på sjette og sjuende trinn og 2) andelen minoritetsspråklige barn ikke oversteg 40 %. Det siste kriteriet ble satt for at andelen barn med minoritetsspråklig bakgrunn skulle samsvare med andelen som deltar i fødselsasfyksiprojektet. Tre barneskoler i Lillestrøm og Enebakk takket ja. Lærerne delte ut konvolutter til elever i sin klasse, som elevene så tok med hjem. I informasjonsskrivet til skolen formidlet vi at vi ønsket å undersøke hvordan foreldre til barn med typisk utvikling svarer på spørreskjemaene. I konvoluttene lå informasjonsskriv til foreldre, samtykkeskjema, de tre spørreskjemaene BRIEF-2, SDQ-Nor og PedsQL, samt et skjema der vi ba om bakgrunnsinformasjon om barna. Vi delte ut 420 konvolutter, og vi mottok svar fra 111 foreldre. Av disse hadde 100 foreldre fylt ut BRIEF-2, og disse utgjorde derfor det endelige utvalget på $n = 100$ (svarprosent 23,8 %). Nittini hadde fylt ut SDQ-Nor og 97 PedsQL.

Femtitre besvarelser kom fra foreldre til gutter, 46 fra foreldre til jenter, og en forelder hadde ikke oppgitt barnets kjønn. Femten (15,2 %) av barna var tospråklige, definert som at både norsk og et annet språk ble oppgitt å være barnets hovedspråk, og fem (5,1 %) var minoritetsspråklige, definert som at barnets hovedspråk ikke var norsk. Atten av barna hadde synsvansker, men ikke mer alvorlige enn at de lot seg korrigere med briller. Det ble ikke rapportert om at noen av barna hadde hørselsvansker.

Måleinstrumenter

Studien benyttet foreldreversjonene av spørreskjemaene BRIEF-2, SDQ-Nor og PedsQL. I tillegg brukte vi et eget spørreskjema for å samle bakgrunnsinformasjon. Her svarte foreldrene på spørsmål om barnets syns- og hørselsfunksjon, hvilke språk barn, mor og far bruker, om foreldrene bor sammen, hvor mange søsken barnet har, og mors og fars høyeste utdanning.

Foreldreskjemaet BRIEF-2, for barn og ungdom i alderen 5–18 år, består av 63 ledd der foresatte angir om barnet *aldri*, *iblant* eller *ofte* gjør en atferd. Eksempelvis skal de indikere om barnet *aldri*, *iblant* eller *ofte* «gjør ting uten å tenke seg om», «får voldsomme raseriutbrudd» og «gjør oppgaver på en slurvete måte». Det er også inkludert tre ledd (18, 36 og 54) med atferd som er uvanlig, som at barnet ikke gjenkjenner navnet sitt. Disse utgjør en uvanlighetsskår, og er lagt inn som en kontroll. De 60 gjenværende leddene kan grupperes i følgende tre indekser: *atferdsreguleringsindeks* (ARI), *emosjonsreguleringsindeks* (ERI) og *kognisjonsreguleringsindeks* (KRI), som til sammen utgjør samle-skåren *generell eksekutiv funksjon* (GEF). De tre indeksene består hver av to til fem skalaer: ARI inkluderer skalaene impuls kontroll og selvmonitorering, ERI inkluderer fleksibilitet og emosjonell kontroll, og KRI inkluderer igangsetting, arbeidshukommelse, planlegging/organisering, oppgavemonitorering og orden. Samlet består BRIEF-2 derfor av ni skalaer, som igjen er basert på fire til ni ledd. Resultatene fra BRIEF-2 rapporteres som T-skårer (aldersgjennomsnittlig resultat på 50 og et standardavvik på 10). BRIEF-2 er organisert slik at jo høyere T-skårer er, jo mer problematisk vurderes barnets atferd å være. T-skårer som ligger mindre enn ett standardavvik over aldersgjennomsnittet ($T < 60$), regnes som normale, T-skårer som ligger 1–2 standardavvik over ($T 60–69$), regnes som å potensielt være uttrykk for klinisk signifikante vansker, mens skårer mer enn to standardavvik over aldersgjennomsnittet ($T > 70$) defineres som å ligge i klinisk område (Gioia et al., 2018). Det foreligger ikke norske normer, og vi har i vår studie derfor benyttet de originale amerikanske normene.

I foreldreversjonen av SDQ-Nor bes foresatte til barn og unge i alderen 4–16 år om å vurdere deres psykiske helse og sosiale fungering. Foreldrene skal svare på 25 påstander ved å angi *stemmer ikke*, *stemmer delvis* og *stemmer helt*. Påstandene gis skåren 0 (ikke problematisk atferd), 1 eller 2 (problematiske atferd). Påstandene grupperes i tre skalaer: eksternalisering (fem påstander om atferdsproblemer og fem om hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer); internalisering (fem påstander om emosjonelle symptomer og fem om venneproblemer) og prososial atferd (fem påstander) (Kornør & Heyerdahl, 2017). Samleskåren er basert på skalaene eksternalisering og internalisering og kan variere mellom 0 og 40. Kornør og Heyerdahl (2017) fant i en sammenstilling av studier av skoleelever i alderen 8–19 år ($n = 36456$) at samleskåren typisk ligger mellom 5,3 og 6,2 på SDQ-Nor. Samleskårer over 17 regnes som å være uttrykk for problematisk atferd, samleskårer i området 14–16 som å ligge i grenseland og skårer under 13 som å være uttrykk for typisk fungering. Reliabilitet og validitet for den norske versjonen SDQ-Nor er undersøkt og funnet tilfredsstillende (Kornør & Heyerdahl, 2017). I vårt utvalg var gjennomsnittlig samleskår 6,0. Cronbachs alfa for de 25 spørsmålene som inngår i SDQ-Nor, var 0,80.

Foreldreversjonen av PedsQL for barn i alderen 8–12 år består av 23 påstander fordelt på fire skalaer: fysisk fungering; følelsesmessig fungering; sosial fungering og skolemessig fungering. Foreldrene svarer på om noe er et problem ved bruk av de fem svaralternativene *aldri*, *nesten aldri*, *noen ganger*, *ofte* eller *nesten alltid* (Reinfjell et al., 2006). Svaralternativene gjøres om til skårene 0, 25, 50, 75 og 100, og ut fra dette beregnes en samleskår for livskvalitet. Høy skår indikerer færre problemer, og samleskår over 70 tolkes som tegn på normalt god livskvalitet (Varni, 2023; Varni et al., 2005). Reliabilitet og validitet for den norske versjonen av PedsQL er undersøkt og funnet tilfredsstillende (Reinfjell et al., 2006). I vårt utvalg var gjennomsnittlig skår 82,3, og Cronbachs alfa (alle 23 spørsmål vurdert samlet) var 0,89.

Statistiske analyser

Analysene ble gjennomført med programvaren Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versjon 29.0). Deskriptiv statistikk ble benyttet for å beskrive populasjonen.

For å undersøke BRIEF-2 sin reliabilitet, i form av indre konsistens, benyttet vi Cronbachs alfa, som regnes som utmerket når $\alpha \geq .90$, og tilfredsstillende om $\alpha \geq .80$ (Bland & Altman, 1997).

Begrepsvaliditeten ble undersøkt på tre ulike måter. Først gjennomførte vi en eksplorerende faktoranalyse (*Principal Axis Factoring*, *Varimax rotation*). Egnetheten for å gjennomføre en faktoranalyse ble undersøkt og vurdert som tilfredsstillende. Ved faktoranalyse er det anbefalt å ha minst ti deltakere per faktor, og ved å undersøke strukturen på de ni skalaene fra BRIEF-2 oppfylles dette kriteriet i vårt utvalg. Videre er samtlige korrelasjoner mellom skalaene $>.30$ (se Appendix A, tilgjengelig som vedlegg i nettartikkelen), Kaiser–Meyer–Olkin-verdien er 0,92, og Bartlett's Test of Sphericity er statistisk signifikant (Pallant, 2010).

Deretter undersøkte vi hvordan BRIEF-2 korrelerte med SDQ-Nor og PedsQL. (Skårene som ble korrelert, var råskåren for GEF fra BRIEF-2, total vanskeskår fra SDQ-Nor og sum av skårer på PedsQL.) Selv om SDQ-Nor og PedsQL ikke er direkte mål på eksekutiv fungering, gir de informasjon om hvordan foreldre opplever at barna fungerer sosialt og emosjonelt i hverdagen, noe det også spørres om i BRIEF-2. Korrelasjoner i området .40 til .69 klassifiseres som moderate, i området .70 til .89 som sterke og over .90 som svært sterke (Schober et al., 2018).

Til sist brukte vi krystabeller for å undersøke hvor stor andel av barna som skåret i normal-området og i klinisk område på de tre instrumentene BRIEF-2, SDQ-Nor og PedsQL.

Etikk

Studien ble vurdert av SIKT (Norsk senter for forskningsdata) som å være i tråd med regelverket for håndtering av personsensitiv informasjon (2022/#711831). Foresatte ga skriftlig samtykke, og alle svarene ble lagret i TSD (Tjeneste for Sensitiv Data), som er forskningsserveren til Universitetet i Oslo.

Resultater

De fleste resultatene lå innenfor det aldersforventede på BRIEF-2, SDQ-Nor og PedsQL (tabell 1). Gjennomsnittsverdiene på samtlige ni skalaer lå i området T-skår 45–51.

TABELL 1

Deskriptiv statistikk på BRIEF-2, SDQ-Nor og PedsQL (n = 100)

Spørreskjema	n	Gjennomsnitt (standardavvik)	Minimum- maksimum skår	Kategorisering n (%)		
				Normal	Grenseområde	Atypisk
BRIEF-2 ^a (GEF)	100	49,0 (8,7)	37–88	94 (94,0)	3 (3,0)	3 (3,0)
SDQ-Nor ^b	99	6,0 (5,1)	0–30	93 (93,9)	2 (2,0)	4 (4,0)
PedsQL ^c	95	82,3 (13,2)	40–100	80 (82,5)		17 (17,5)

Merknad. ^aBehavior Rating Inventory of Executive Function – Second Edition, ^bStrength og Difficulties Questionnaire, ^cThe Pediatric Quality of Life Inventory.

På BRIEF-2 var Cronbachs $\alpha = .96$ (60 ledd vurdert samlet). Det å fjerne ledd påvirket ikke α -verdien. Cronbachs alfa var $\alpha = .83$ for indeksen ARI, $\alpha = .87$ for ERI og $\alpha = .94$ for KRI. For de ni skalaene var Cronbachs $\alpha < .90$, og varierte mellom $\alpha = .68$ for igangsetting og $\alpha = .84$ for emosjonell kontroll og for oppgavemonitorering. Seks ledd, fra skalaene selvmonitorering (ledd 20 og 26) og igangsetting (leddene 9, 38, 50 og 55), gir $\alpha < .70$ om de ble fjernet (se Appendix B, tilgjengelig som vedlegg i nettartikkelen).

Ved faktoranalyse av de ni skalaene fra BRIEF-2 hadde første faktor en egenverdi på 5,9 og forklarte 65,3 % av variansen, andre faktor en egenverdi på 0,8 og forklarte 9,1 % av variansen og tredje faktor en egenverdi på 0,5 og forklarte 6,0 % av variansen. Samlet sett forklarte disse tre faktorene 80,3 % av variansen. Både visuell inspeksjon av scree-plottet, egenverdier og oversikten over forklart totalvarians viste at det kun er meningsfullt å trekke ut en faktor, som alle de ni skalaene lader på (se tabell 2). Skalaene som hadde høyest ladning, var planlegging/organisering, arbeidshukommelse, impuls kontroll og igangsetting (som kommer fra KRI- og ARI-indeksene), mens skalaene fleksibilitet og emosjonell kontroll (begge fra ERI) og oppgavemonitorering (fra KRI) var skalaene med lavest ladning på faktoren.

TABELL 2

Faktorladninger samt indekstilhørighet for de ni kliniske indeksene fra BRIEF-2^a (n = 100)

Klinisk skala	Faktorladning	Indeks
Planlegging/organisering	.90	KRI ^b
Arbeidshukommelse	.87	KRI
Impulskontroll	.85	ARI ^c
Igangsetting	.79	KRI
Selvmonitorering	.75	ARI
Orden	.73	KRI
Fleksibilitet	.73	ERI ^d
Emosjonell kontroll	.72	ERI
Oppgavemonitorering	.69	KRI

Merknad. ^aBehavior Rating Inventory of Executive Function, second edition, ^bKognisjonsreguleringsindeks, ^cAtferdsreguleringsindeks, ^dEmosjonsreguleringsindeks.

Det var statistisk signifikant samvariasjon mellom resultatene på de tre spørreskjemaene BRIEF-2, SDQ-Nor og PedsQL. BRIEF-2 korrelerte statistisk signifikant med SDQ-Nor, $r(95) = .83$, $p < .001$ og PedsQL, $r(95) = -.67$, $p < .001$.

Majoriteten av barna som skåret aldersforventet på BRIEF-2, skåret også aldersforventet på SDQ-Nor og PedsQL. Tre barn hadde klinisk avvikende skårer på både BRIEF-2 og SDQ-Nor og fire barn på både BRIEF-2 og PedsQL (se tabell 3). Dette innebærer at det er godt samsvar mellom resultatene for 93 av 99 (93,9 %) på BRIEF-2 og SDQ-Nor og for 82 av 97 (84,5 %) på BRIEF-2 og PedsQL.

TABELL 3

Klassifisering av resultater på BRIEF-2, PedsQL og SDQ-Nor (n = 100)

	BRIEF-2 ^a		
	Normal ^d	Klinisk forhøyet ^e	Totalt
SDQ-Nor ^b			
Normal ^f	90	3	93
Klinisk forhøyet ^g	3	3	6
Totalt	93	6	99
PedsQL ^c			
Normal ^h	78	2	80
Abnormal ⁱ	13	4	17
Totalt	91	6	97

Merknad. ^aBehavior Rating Inventory of Executive Function – Second Edition, ^bStrength and Difficulties Questionnaire ^cThe Pediatric Quality of Life Inventory ^dT-skår på BRIEF-2 <60; ^eT-skår på BRIEF-2 >60; ^fTotalskår på SDQ-Nor 0–13; ^gTotalskår på SDQ-Nor >13; ^hSamleskår på PedsQL >70; ⁱSamleskår på PedsQL <70

Diskusjon

I et norsk utvalg med typisk fungerende barn i alderen 11–12 år fant vi at BRIEF-2 har tilfredsstillende reliabilitet og begrepsvaliditet. Spesifikt ønsket vi å undersøke instrumentets indre konsistens, faktorstrukturen, samsvar med andre måleinstrumenter og hvordan barn ble vurdert på BRIEF-2 sammenlignet med på SDQ-Nor og PedsQL.

Vi fant at indre konsistens var utmerket for BRIEF-2 som helhet, og også for KRI, og tilfredsstillende for ARI og ERI. Da vi undersøkte reliabiliteten på skalanivå, falt naturlig nok den indre konsistensen ettersom antallet ledd blir langt lavere. Likevel er Cronbachs alfa tilfredsstillende for skalaene impuls kontroll, emosjonell kontroll, arbeidshukommelse og oppgavemonitorering. Det er tidligere funnet at forelderversjonen av BRIEF har tilfredsstillende til utmerket indre konsistens (Sørensen & Hysing, 2014), og våre resultater kan derfor tyde på at forelderversjonen av BRIEF-2 har minst like god indre konsistens.

De 60 leddene fra BRIEF-2 fordeler seg på ni skalaer, som igjen kan grupperes i tre indekser. I vår faktoranalyse fant vi derimot at samtlige ni skalaer lader på en og samme faktor. Det var derfor uventet, da funnet verken samsvarer med indeksinnvidningen i spørreskjemaet (Gioia et al., 2018), med anbefalinger om å stole mer på indeks-skårene enn på samleskåren (Dodzik, 2017) eller med undersøkelser av faktorstrukturen til BRIEF-2 fra andre land (Jiménez & Lucas-Molina, 2019). Det at vi ikke fant samsvar med indeksinnvidningen fra BRIEF-2, skiller våre resultater fra en norsk undersøkelse av faktorstrukturen til BRIEF (Egeland & Fallmyr, 2010). I et utvalg med både typisk fungerende barn og barn som ble fulgt opp klinisk, fant den studien empirisk støtte for den originale faktorstrukturen. Forskjellene i resultater kan handle om at BRIEF kun bestod av to, og ikke tre, faktorer, samt at Egeland og Fallmyr (2010) inkluderte et klinisk utvalg og hadde et bredere aldersspenn. En amerikansk undersøkelse av BRIEF-2 i en klinisk populasjon fant imidlertid ikke støtte for trefaktormodellen og anbefalte i stedet tolkning på overordnet nivå (samleskåren GEF) (Lace et al., 2022). Dette står i motsetning til Andersen og Finbråten (2020), som undersøkte de psykometriske egenskapene til lærerversjonen av BRIEF med Rasch analyse. De fant heller ikke støtte for å benytte indeksmål som mål på eksekutiv fungering, men anbefalte i stedet analyser på skalani- vå i stedet for tolkning på overordnet nivå.

Resultatene fra undersøkelsene av indre konsistens og faktorstruktur viser noe forskjellig mønstre mellom de ulike skalaene. Skalaene arbeidshukommelse og impuls kontroll skilte seg ut fra de øvrige ved å ha både høy indre konsistens og høy faktorladning. Også skalaen planlegging/organisering hadde høy faktorladning, men noe svakere indre konsistens. Skalaene selvmonitorering og igangsetting hadde enkeltledd som ville medført en lavere Cronbachs alfa-verdi om de ble fjernet. Begge

hadde akseptable faktorladninger, noe som tyder på at enkeltleddene i skalaene bidro til å fange opp barnets eksekutive fungering. Skalaene oppgavemonitorering og emosjonell kontroll hadde de laveste faktorladningene, og samtidig nesten høyest Cronbachs alfa. Dette kan tyde på at leddene som inngår i skalaene, kanskje måler noe litt annet enn det de andre kliniske skalaene gjør, men at hver av skalaene har ledd som hører godt sammen. Andre analyser av faktorstrukturen har også funnet at skalaen oppgavemonitorering passer dårlig inn i modellen (Andersen & Finbråten, 2020; Jiménez & Lucas-Molina, 2019).

Det å undersøke begrepsvaliditeten av BRIEF-2 er krevende i en norsk populasjon, ettersom vi mangler andre spørreskjema der foreldre rapporterer på barnas eksekutive fungering i hverdagen (Sørensen & Hysing, 2014). Vi har derfor undersøkt begrepsvaliditeten ved å sammenligne BRIEF-2 med SDQ-Nor og PedsQL. Samvariasjonen mellom resultatene på disse tre spørreskjemaene var statistisk signifikant i vårt utvalg, og sterkest for BRIEF-2 og SDQ-Nor. Dette var som forventet, da SDQ-Nor omhandler vansker som hyperaktivitet og atferdsvansker, som minner om vansker med eksekutiv fungering, mens PedsQL i tillegg har spørsmål om fysisk helse og behov for oppfølging fra helsevesenet som verken er inkludert i BRIEF-2 eller SDQ-Nor.

Majoriteten av de 100 barna fikk resultater innenfor det som forventes for alderen på spørreskjemaene. På BRIEF-2 lå både gjennomsnittlig samleskår (GEF) og standardavvik svært tett opptil det forventede. Den gjennomsnittlige samleskåren fra SDQ-Nor lå innenfor det forventede området i en norsk barnepopulasjon, og gjennomsnittsskåren på PedsQL tyder på alminnelig god livskvalitet. Samlet sett tyder resultatene på at vi lyktes med å rekruttere et normalutvalg til vår studie. Denne vurderingen styrkes av at våre resultater samsvarer godt med studier av de psykometriske egenskapene til foreldre- og lærerversjonen av BRIEF (Egeland & Fallmyr, 2010; Fallmyr & Egeland, 2011; Sørensen & Hysing, 2014).

I et normalutvalg vil man forvente å finne en viss andel barn som har noen utfordringer. Det var derfor ikke uventet at en mindre andel fikk resultater som kan klassifiseres som klinisk forhøyet. Barn med eksekutive vansker har ofte også atferds- og emosjonelle vansker og kan i større grad rapportere om nedsatt livskvalitet (Fernandes et al., 2023). Dette fant vi delvis støtte for i vårt utvalg. Av de seks barna som hadde skårer i klinisk område på BRIEF-2, hadde tre skårer i klinisk område på SDQ-Nor og fire på PedsQL.

Studien er den første som har undersøkt de psykometriske egenskapene til den norske versjonen av foreldrespørreskjemaet til BRIEF-2. Det å ha spørreskjema om eksekutiv fungering med tilfredsstillende reliabilitet og validitet er særlig viktig. Dette fordi eksekutive vansker som viser seg i dagliglivet, ikke alltid fanges opp på nevropsykologiske tester, og fordi nevropsykologiske testresultater også kan gi inntrykk av større vansker enn det som faktisk er tilfelle. Det siste skyldes fenomenet «task-impurity», der man måler mer grunnleggende funksjoner enn det som var intendert. Dette er særlig relevant når man undersøker barn, der eksempelvis utfordringer med finmotorikk eller tempo kan bidra til at utfall på den nevropsykologiske testingen feiltolkes (Anderson et al., 2008; Best & Miller, 2010; Karmiloff-Smith, 2009; Van der Sluis et al., 2007).

Vår studie har imidlertid også noen klare svakheter. Den første er at utvalget med fordel kunne vært større. Samtidig er utvalgsstørrelsen sammenlignbar med tidligere studier (Egeland & Fallmyr, 2010; Fallmyr & Egeland, 2011). En annen svakhet var at vi ikke var i direkte kontakt med foreldrene som besvarte spørreskjemaene, da konvoluttene ble delt ut av lærere. Dette medførte at vi ikke kunne veilede foreldrene om hvordan de skulle besvare skjemaene. Vi erfarte i ettertid at noen foreldre hadde misforstått spørsmålsstillingen på PedsQL. På skalaen fysisk fungering hadde de oversett at det innledningsvis stod «problemer med ...», og svarte «nesten alltid» på spørsmålet om «å gå mer enn 100 meter». Vi vurderte det som lite sannsynlig at typisk fungerende 11–12-åringer nesten alltid skulle ha problemer med å gå mer enn 100 meter, og tok høyde for dette i tolkningen av svarene. På BRIEF-2, som har nokså mange ledd, hadde en del hoppet over flere svar. Det ville nok ha artet seg annerledes i et klinisk utvalg der foreldrene har en annen interesse av å dokumentere barnas fungering i hverdagen. En annen svakhet er at vi innhentet informasjon på bare ett tidspunkt og derfor ikke kunne undersøke test–retest-reliabilitet. Videre har vi kun undersøkt foreldrespørreskjemaet, og vet derfor ikke noe om de psykometriske egenskapene til BRIEF-2 lærerskjema og selvrapporteringskjema, eller interrater-reliabiliteten.

Konklusjon

I et utvalg med typisk fungerende 11–12-åringer viste foreldreversjonen av BRIEF-2 tilfredsstillende reliabilitet og validitet. Reliabilitet, i form av indre konsistens, var tilfredsstillende. Når det gjelder begrepsvaliditet, var det moderat til sterk korrelasjon med andre instrumenter der foreldre svarer på spørsmål om barnets fungering i hverdagen, og andelen barn som ble klassifisert som å ha normale og klinisk forhøyde skårer på BRIEF-2, sammenfalt i stor grad med hvordan de ble skåret på andre instrumenter, som SDQ-Nor. Imidlertid ga faktoranalysen støtte for kun én faktor, og dette tilsier derfor at det bør legges mest vekt på samleskåren generell eksekutiv funksjon (GEF) når man tolker resultatene fra BRIEF-2-foreldreskjemaet. Dette er i tråd med anbefalinger fra en amerikansk studie basert på et klinisk utvalg (Lace et al., 2022). Skal man tolke på skalanivå, har skalaene arbeidshukommelse og impuls kontroll både god indre konsistens og lader høyt på den ene faktoren som ble identifisert. ☹

REFERANSER

- Andersen, P. N. & Finbråten, H. S. (2020). Unsatisfactory psychometric properties of the Norwegian Behavior Rating Inventory of Executive Function Teacher form - a Rasch measurement theory validation [Ikke tilfredsstillende psykometriske egenskaper ved den norske versjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function lærerskjema]. *Tidsskrift for Norsk Nevropsykologisk Forening*, 1, 12–21.
- Anderson, P. J. & Reidy, N. (2012). Assessing executive function in preschoolers. *Neuropsychology review*, 22, 345–360. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11065-012-9220-3>
- Anderson, V., Jacobs, R. & Anderson, P. J. (2008). Preface. I V. Anderson, R. Jacobs & P. J. Anderson (Red.), *Executive functions and the frontal lobes* (pp. xxvii–xxxiii). Taylor and Francis.
- Baggetta, P. & Alexander, P. A. (2016). Conceptualization and operationalization of executive function. *Mind, Brain, and Education*, 10(1), 10–33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/mbec.12100>
- Best, J. R. & Miller, P. H. (2010). A developmental perspective on executive function. *Child development*, 81(6), 1641–1660. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01499.x>
- Bland, J. M. & Altman, D. G. (1997). Cronbach's alpha. *BMJ*, 314, 572. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>
- Bodimeade, H. L., Whittingham, K., Lloyd, O. & Boyd, R. N. (2013). Executive function in children and adolescents with unilateral cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(10), 926–933. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12195>
- Dodzik, P. (2017). Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition. Gerard A. Gioia, Peter K. Isquith, Steven C. Guy, and Lauren Kenworthy. *Journal of pediatric neuropsychology*, 3(3), 227–231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s40817-017-0044-1>
- Egeland, J. & Fallmyr, Ø. (2010). Confirmatory factor analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF): Support for a distinction between emotional and behavioral regulation. *Child Neuropsychology*, 16(4), 326–337. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09297041003601462>
- Fallmyr, Ø. & Egeland, J. (2011). Psykometriske egenskaper for den norske versjonen av Behavior Inventory of Executive Function (BRIEF). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 339–343. [https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09297049.2018.1512962](https://doi.org/https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09297049.2018.1512962)
- Fernandes, B., Wright, M. & Essau, C. A. (2023). The role of emotion regulation and executive functioning in the intervention outcome of children with emotional and behavioural problems. *Children*, 10(1), 139. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/children10010139>
- Gioia, G., Isquith, P. K., Guy, S. C. & Kenworthy, L. (2005). *Behavior Rating Inventory of Executive Function, norsk versjon*. Hogrefe.
- Gioia, G., Isquith, P. K., Guy, S. C. & Kenworthy, L. (2015). *Behavior Rating Inventory of Executive Function*, Second Edition*. ParInc.
- Gioia, G., Isquith, P. K., Guy, S. C., Kenworthy, L., Espy, K. A. & Roth, R. M. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)*. ParInc.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. & Kenworthy, L. (2018). *Behavior Rating Inventory of Executive Function, andre utgave, norsk versjon*. Hogrefe.
- Hambleton, R. K. & Lee, M. K. (2013). Methods for translating and adapting tests to increase cross-language validity. I D. H. Saklofske, C. R. Reynolds & V. L. Schwane (Red.), *The Oxford handbook of child psychological assessment* (s. 172–181). Oxford University Press.
- Hendrickson, N. K. & McCrimmon, A. W. (2019). Test review: Behavior rating inventory of executive function*, (BRIEF* 2) by Gioia, GA, Isquith, PK, Guy, SC, & Kenworthy, L. *Canadian Journal of School Psychology*, 34(1), 73–78. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0829573518797762>
- Huizinga, M., Smidts, D. P., Baeyens, D. & Kan, K.-J. (2023). The dutch version of the behavior rating inventory of executive function-2 (BRIEF-2). *Psychological Test Adaptation and Development*, 97–115. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000038>
- Jiménez, A. & Lucas-Molina, B. (2019). Dimensional structure and measurement invariance of the BRIEF-2 across gender in a socially vulnerable sample of primary school-aged children. *Child Neuropsychology*, 25(5), 636–647. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09297049.2018.1512962>
- Jurado, M. B. & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychology review*, 17, 213–233. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11065-007-9040-z>
- Karmiloff-Smith, A. (2009). Nativism versus neuroconstructivism: rethinking the study of developmental disorders. *Developmental psychology*, 45(1), 56–63. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0014506>
- Kornør, H. & Heyerdahl, S. (2017). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire, foreldrerapport (SDQ-P). 1–31. <https://doi.org/10.21337/0048>
- Kohn, K. & Halvorsen, M. (2020). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), lærerversjon [Measurement characteristics of the Norwegian version of Behavior rating inventory of executive function (BRIEF), teacher form]. *PsykTest-Barn*, 5(1), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.21337/0069>
- Lace, J. W., Seitz, D. J., Austin, T. A., Kennedy, E. E., Ferguson, B. J. & Mohrland, M. D. (2022). The dimensionality of the Behavior Rating Inventory of Executive Function, in a clinical sample. *Applied Neuropsychology: Child*, 11(4), 579–590. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/21622965.2021.1910950>
- Larson, K. R., Demers, L. A., Holding, E. Z., Williams, C. N. & Hall, T. A. (2023). Variability across caregiver and performance-based measures of Executive functioning in an acute pediatric neurocritical care population. *Neurotrauma Reports*, 4(1), 97–106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1089/neur.2022.00>
- Leahy, A. A., Mavilidi, M. F., Smith, J. J., Hillman, C. H., Eather, N., Barker, D. & Lubans, D. R. (2020). Review of high-intensity interval training for cognitive and mental health in youth. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 52(10), 2224–2234. <https://doi.org/https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002359>
- Moura, O., Albuquerque, C. P., Pereira, M.,

- Major, S., Lopes, A. F., Vilar, M., Seabra-Santos, M. J. & Simões, M. R. (2023). Factor structure and measurement invariance of the BRIEF2 Parent Form across gender in a Portuguese sample. *Child Neuropsychology*, 29(4), 628–643. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/09297049.2022.2105313>
- Nestaas, E., Skranes, J. H., Støylen, A., Brunvand, L. & Fugelseth, D. (2014). The myocardial function during and after whole-body therapeutic hypothermia for hypoxic-ischemic encephalopathy, a cohort study. *Early human development*, 90(5), 247–252. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.01.014>
- Ng, R., Björnsson, H. T., Fahrner, J. A. & Harris, J. (2024). Associations Between Executive Functioning, Behavioral Functioning, and Adaptive Functioning Difficulties in Wiedemann–Steiner Syndrome. *Archives of clinical neuropsychology*, 39(2), 186–195. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/arclin/acado60>
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*. Open University Press.
- Reinfjell, T., Diseth, T. H., Veenstra, M. & Vikan, A. (2006). Measuring health-related quality of life in young adolescents: Reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 1–9. <https://doi.org/https://hqlq.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-4-61>
- Salehinejad, M. A., Ghanavati, E., Rashid, M. H. A. & Nitsche, M. A. (2021). Hot and cold executive functions in the brain: A prefrontal-cingular network. *Brain and Neuroscience Advances*, 5, 23982128211007769. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/23982128211007769>
- Schober, P., Boer, C. & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & analgesia*, 126(5), 1763–1768. <https://doi.org/https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Skranes, J. H., Løhaugen, G., Schumacher, E. M., Osredkar, D., Server, A., Cowan, F. M., Stiris, T., Fugelseth, D. & Thoresen, M. (2017). Amplitude-integrated electroencephalography improves the identification of infants with encephalopathy for therapeutic hypothermia and predicts neurodevelopmental outcomes at 2 years of age. *The Journal of pediatrics*, 187, 34–42. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.04.041>
- Soler, N., Hardwick, C., Perkes, I. E., Mohammad, S. S., Dossetor, D., Nunn, K., Bray, P. & Dale, R. C. (2019). Sensory dysregulation in tic disorders is associated with executive dysfunction and comorbidities. *Movement Disorders*, 34(12), 1901–1909. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/mds.27817>
- Spowart, K. M., Reilly, K., Mactier, H. & Hamilton, R. (2023). Executive functioning, behavioural, emotional, and cognitive difficulties in school-aged children prenatally exposed to methadone. *Frontiers in Pediatrics*, 11, 1118634. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fped.2023.1118634>
- Sørensen, L. & Hysing, M. (2014). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), foreldreversjon [Measurement characteristics of the Norwegian version of Behaviour Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), parent form]. *PsyTest-Barn*, 4(2), 1–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.21337/0037>
- Urnes, A.-G. (2025). *Den interaktive hjernen hos barn og unge. Forståelse og tiltak ved nevroutviklingsforstyrrelser og relaterte tilstander* (2. utgave). Gyldendal.
- Van der Sluis, S., De Jong, P. F. & Van der Leij, A. (2007). Executive functioning in children, and its relations with reasoning, reading, and arithmetic. *Intelligence*, 35(5), 427–449. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.intell.2006.09.001>
- Varni, J. W. (2023). *Scaling and scoring for the acute and standard versions of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)* (Version 21.3, Issue. <https://www.pedsql.org/PedsQL-Scoring.pdf>
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M. & Seid, M. (2005). The PedsQL™ as a pediatric patient-reported outcome: Reliability and validity of the PedsQL™ Measurement Model in 25,000 children. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 5(6), 705–719. <https://doi.org/https://doi.org/10.1586/14737167.5.6.705>
- Weierink, L., Vermeulen, R. J. & Boyd, R. N. (2013). Brain structure and executive functions in children with cerebral palsy: a systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1678–1688. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.035>
- www.sdqinfo.org. (2020). *Strength and difficulties questionnaire (SDQ) [Styrker og svakheter, norsk bokmål]*. [https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Norwegianqz\(-Bokmal\)](https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Norwegianqz(-Bokmal))
- Zelazo, P. D. (2020). Executive function and psychopathology: A neurodevelopmental perspective. *Annual review of clinical psychology*, 16(1), 431–454. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-clin-psych-072319-024242>

Hvordan knekke en fagetisk nøtt?

Har du slitt med en fagetisk problemstilling i klinikk? Eller ser du etiske dilemma ved psykologenes rolle og praksis i samfunnet?

Vi ønsker bidrag til vår faste spalte Etikspanelet. Del dine etiske refleksjoner med psykologkolleger.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Stian Solem

Institutt for psykologi, NTNU

Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang

Sammendrag

Metaanalyser om effekten av psykoterapi for depresjon danner bakgrunnen for mange av påstandene som ble fremmet i episoden «Psyk» av NRKs program Folkeopplysningen. I denne gjennomgangen blir det gjort en nærmere vurdering av de 415 studiene som inngår i databasen over studier på behandling av depresjon. Ved å begrense gjennomgangen til individuell behandling med minst ti sesjoner med en anerkjent psykoterapimetode (CBT-varianter, interpersonlig terapi og psykodynamisk terapi) fra vestlige land og med heterogene depresjonsutvalg ble antallet studier redusert til elleve. Disse elleve studiene viste at det er mange ulike terapier som har blitt testet, mange pasienter som blir bedre, men samtidig stor variasjon i responsrater. Bruken av mange ulike sammenligningsbetingelser gjør det vanskelig å metaanalysere resultatene. Inspeksjon av studiene fra databasen med de laveste og høyeste effektstørrelsene viser også at mange faktorer påvirker resultatene, og at man bør være kritisk til hva som inkluderes i metaanalysene. At 415 studier reduseres til 11, tyder på at svarene fra metaanalysene ikke trenger å være veldig representative, og at vi trenger mer forskning på vanlig psykoterapi.

KONTAKT stian.solem@ntnu.no**MERKNAD** Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter**FAGFELLEVRDERT**

CC BY 4.0

Nøkkelord: psykoterapi, depresjon, metaanalyse, KAT

Hovedbudskapet til NRKs program Folkeopplysningen i episoden «Psyk» i 2022 virket å være at psykoterapi ikke har særlig effekt. Det ble gjengitt at kun én av syv pasienter med depresjon har god behandlingseffekt, et resultat som virker å være hentet fra en meta-analyse av Cuijpers et al. (2014). Etter programmet ble det mye debatt og mange gode nyanserende innspill. Kommentarer handlet om alt fra at man tok fra pasienter håp, forvirret folk, at resultatene var misvisende, at man også bør se på organisatoriske elementer, men også om hvorvidt programmet var realitetsorienterende, og at psykologer ikke må overselge terapieffekter som å ha «svært stor effekt» eller beskrive sine metoder som «revolusjonerende». Effekten av ulike sammenligningsbetingelser (f.eks. venteliste vs. aktiv kontroll) ble også grundig belyst, og det ble påpekt at den perfekte psykoterapistudien trolig er umulig.

I Folkeopplysningen virket det som at man prøvde å svare på spørsmålet rundt effekten av psykoterapi med å vise til metaanalysene av Cuijpers et al. En metaanalyse er en statistisk teknikk for å finne et vektet gjennomsnitt (effektstørrelse) av flere uavhengige enkeltstudier som har samme type problemstilling (som f.eks. effekten av psykoterapi for personer med depresjon). Intensjonen er å oppsummere med større sikkerhet hva behandlingseffekten faktisk er på tvers av alle studiene. Den større sikkerheten er metaanalysenes fordel. En ulempe er at metaanalysene kan inkludere for bredt. Cuijpers et al.s metaanalyser inkluderte en hel rekke av ulike terapivarianter og -formater.

I et debattinnlegg utfordret Solbakken et al. (2022) flere av argumentene fremsatt i Folkeopplysningen og rettet kritikk mot metaanalysene. Dette handlet blant annet om hvordan studier med ventelistekontroll ble ekskludert, og ikke-vestlige studier likeså. De var også kritisk til noen eksklusjoner som ble gjort grunnet metodiske kriterier, samt stilte spørsmål ved noen av kodingsprosedyrene. Et annet punkt de var kritiske til, handlet om innholdet i metaanalysene. Kanskje de inkluderer studier som egentlig ikke er vanlig psykoterapi? Dette punktet fikk kun ett dedikert avsnitt, og spørsmålet er relevant for psykologers praksis, så jeg ønsker å utdype dette punktet og forsøke meg på et svar med en tabloid og usystematisk gjennomgang av studiene i Cuijpers sin database over randomiserte kontrollerte studier (RCT) på depresjon. Mer spesifikt ble det undersøkt hvilke studier databasen har av individuell psykoterapi med en evidensbasert metode som varer over minst ti sesjoner, siden dette er hva norske psykologer lærer opp i. I tillegg vil artikkelen undersøke hvilke studier i databasen som viser høyest og lavest effektstørrelse.

Metode

En ting som er kjekt med metaanalysene til Cuijpers sin forskningsgruppe, er at dataene er lett tilgjengelig for alle å undersøke (www.metapsy.org). I databasen «psykoterapi for depresjon» var det 415 unike RCT-studier med til sammen 826 effektstørrelser. Studier som var kodet som individuell behandling, og hvor det var gitt minst ti sesjoner, ble selektert da disse vil ligne mest på det vi kjenner som ordinær poliklinisk DPS-behandling. Valget om minst ti sesjoner var basert på at de mest evidensbaserte behandlingene for depresjon spesifiser alle minst ti timer, samt at dette er nært gjennomsnittlig antall timer for en pasient på DPS. Dette innebar ekskludering av gruppebasert behandling (30.8 % av studiene), veiledet selvhjelp (21.7 %), telefonbaserte behandlinger (3.8 %), ikke-guidet selvhjelp (1.1 %), parterapi (0.5 %) samt alle studier som var kodet som «other». Da gjenstod 35.2 % ($k = 146$) av studiene, de som var kategorisert som individuell behandling.

Deretter ble alle studiene med individuell behandling som hadde en tittel, gjennomgått (noen studier manglet titler) for å se om de undersøkte evidensbaserte behandlinger for depresjon. Ulike varianter av CBT (kognitiv atferdsterapi), IPT (interpersonlig terapi) og ISTDP (korttidsdynamisk psykoterapi) er omtalt som evidensbaserte behandlinger for depresjon i tråd med NICE guidelines. Derfor ble studier som ikke spesifiserte en av disse behandlingene i tittelen, ekskludert. Studier som gikk på spesifikke subgrupper av pasienter, ble også ekskludert, fordi på en vanlig norsk DPS får man heterogene pasientgrupper. Videre ble det satt en begrensning til studier gjennomført i vestlige land (Europa, Australia/New Zealand, Nord-Amerika, Mellom-Amerika, Brasil og Russland). Begrensningen til vestlige land medførte at to kinesiske studier ble ekskludert. Studier fra førstelinje («primary care») ble også ekskludert for å få studier som er mest mulig lik DPS-virkeligheten.

Disse begrensningene gjorde at veldig mange studier ble kastet ut. En del studier så på typer behandling som er ukjent/ikke-etablert i retningslinjer (f.eks. «Chinese Chan-based mind-body intervention», «COMET», «Say yes to life», «healthy activity program», «self-control therapy», «body psychotherapy», «task shifting», psykodrama, «body-mind-spirit intervention» og gestalt-dialoger). Mange studier har også begrenset behandlingen til spesielle populasjoner som personer med diabetes, HIV, kreft, hjerteproblemer, fødselsdepresjon, studenter, geriatriske utvalg, personer med hoftebrudd, epilepsi, religiøse, personer i fengsel, personer med psykisk utviklingshemming, slag, demens, dårlig syn, eller med MS. Se appendiks A, publisert i nettversjon av artikkelen, for en oversikt over de ekskluderte studiene med forklaring på hvorfor de ikke ble inkludert.

Resultat

Studier som minner om vanlig DPS-behandling

Etter ekskludering av studier var det kun 13 studier som hadde psykoterapi med en vanlig psykoterapimetode som varte over minst ti sesjoner. Man kan lure på hvorfor det blir såpass få. Svaret ligger kanskje i ekskluderingene. Det kan tenkes at tidsskrifter er lite ivrig på å undersøke vanlig behandling, fordi det oppleves som lite nytenkende. De tenker kanskje at dette er etablerte sannheter. Derfor tvinges forskerne hele tiden til å finne nye vinklinger som å teste effekten av terapi på nye subgrupper eller i andre formater. En oversikt over de 13 studiene som gjenstår, er oppsummert i Tabell 1. At vi går fra 415 studier ned til 13 (3 % av studiene), kan dermed tyde på at studiene inkludert i Cuijpers database ikke er så veldig representative for vanlig behandling (Treatment As Usual; TAU) slik det gjøres ved norske DPS-er.

Etter gjennomlesing av de 13 studiene ble to studier til ekskludert. Det viste seg at Castonguay et al. (2004) sin studie brukte studentterapeuter, så derfor ble den ekskludert. Riktignok selv med studentterapeuter så gikk BDI-skårene (Beck Depression Inventory) fra 27 til 5, og CBT var betydelig bedre enn venteliste. Fonagy et al. (2015) sin studie ble også ekskludert, fordi langtids-psykoanalytisk terapi ble gitt som et tillegg til TAU og pasientene var fra førstelinjen. I studien sin fant de at BDI-skårene gikk fra 37 til 24, og dette var bedre enn TAU på de fleste oppfølgingstidspunkt.

TABELL 1

Effekten av individuell psykoterapi (minst ti sesjoner) for pasienter med depresjon

Forfatter	Mål	Endring	Respons
Barber, 2012	HAM-D	Ingen tall oppgitt	ISTDP: 28 % Medisin: 31 % Placebo: 24 %
Castonguay, 2004	–	–	–
DeRubeis, 2005	HAM-D	Ingen tall oppgitt	CT: 58 % Medisin: 58 %
Dimidjian, 2006	HAM-D	<u>HAM-D 20+:</u> BA: 23->8 CT: 23->10 Medisin: 24->9 <u>HAM-D 19-:</u> BA: 17->8 CT: 17->7 Medisin: 17->8	<u>HAM-D 20+:</u> BA: 76 % CT: 48 % Medisin: 49 % <u>HAM-D 19-:</u> BA: 39 % CT: 65 % Medisin: 47 %
Elkin, 1989	BDI	CBT: 27->13 IPT: 26->12 Medisin: 27->12 Placebo: 27->15	CBT: 65 % IPT: 70 % Medisin: 69 % Placebo: 51 %
Euteneuer, 2017	BDI	BA: 27->15 WL: 26->24	–
Fonagy, 2015	–	–	–
Hagen, 2017	BDI	MCT: 28->6 WL: 27->24	MCT: 75 % WL: 5 %
Hemanny, 2019	BDI	CT: 31->13 BA: 32->13 TAU (medisin): 31->26	–
Rief, 2018	BDI	CBT: 28->14 WL: 27->23	CBT: 56 % WL: 3.4 %
Saloheimo, 2016	HAM-D	Kun vist som figur	IPT: 61 % KiD: 76 % TAU: 68 %
Town, 2017	HAM-D	ISTDP: 23->12 TAU (ukjent): 24->19	ISTDP: 36 % TAU (ukjent): 3.7 %
Wiersma, 2014	IDS	CT: 41->24 TAU (ulik terapi/medisin): 44->32	CT: 41 % T AU (ulik terapi/medisin): 19 %

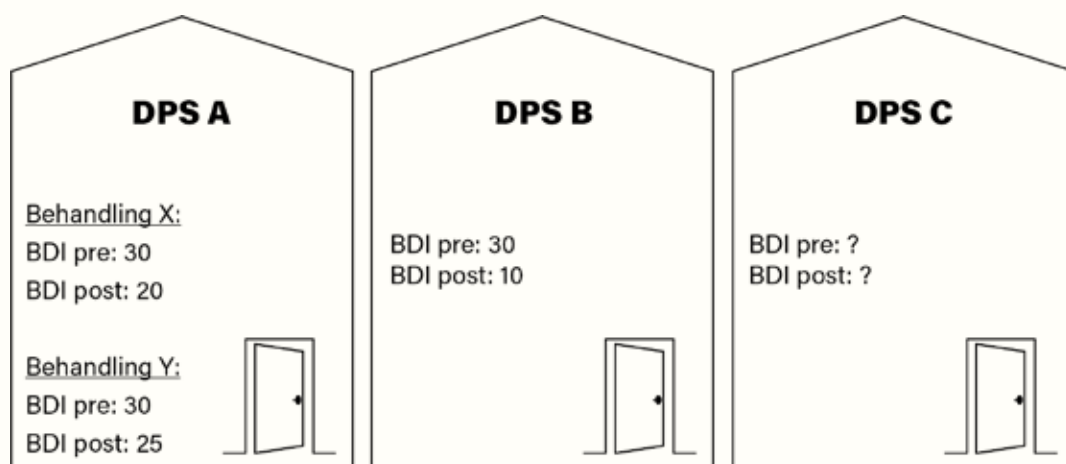
Merknad. BA = atferdsaktiverting, BDI = Beck Depression Inventory, ISTDP = korttids psykodynamisk terapi, CBT = kognitiv atferdsterapi, CT = kognitiv terapi, HAM-D = Hamilton Depression Rating Scale, IDS = Inventory for Depressive Symptomatology, IPT = interpersonlig terapi, KiD = kurs i depresjonsmestrings, MCT = metakognitiv terapi, TAU = behandling som vanlig, WL = venteliste.

De elleve inkluderte studiene viste tydelig variasjon i en rekke viktige parametere. Det var variasjon i hvor studiene ble gjennomført (f.eks. vanlig klinikk eller ved universitetsklinikker), og det var terapeuter med ulik yrkesbakgrunn, grad av erfaring og opplæring. Kriteriene for å vurdere behandlingsrespons varierte også, hvor noen brukte 50 % reduksjon på spørreskjema, mens andre brukte en gitt terskelverdi på spørreskjemaet. Hvor denne terskelverdien ble satt, varierte derimot. Noen hadde også en kombinasjon av slike kriterier. Enkelte studier rapporterte resultater for pasienter som fullførte behandlingen, mens andre rapporterte for alle som ble randomisert inn i studien. En studie delte også opp resultatene basert på alvorlighetsgraden av depresjon til deltakerne. Visse studier hadde kompetansevurderinger av terapeuter, andre ikke. Behandlingslengden varierte også en del (fra ti til 23 sesjoner). For en nærmere beskrivelse av de elleve studiene, se appendiks B, tilgjengelig som vedlegg i nettartikkelen.

Oppsummert ser det ut til at de fleste av disse studiene viser at pasienter får bedring av behandling ut fra responsratene og reduksjonene i depresjonsplager (såkalt innen-gruppe-effekt). Her vil imidlertid noen akademikere være uenig i min tolkning og vise til at andre faktorer kan forklare slik bedring, som f.eks. regresjon mot gjennomsnittet. Forskjellen i disse meningene kan illustreres med Figur 1, hvor vi har tre ulike DPS-er: DPS A har gjennomført en RCT og funnet at behandling X var bedre enn behandling Y, DPS B har målt pasientene sine før og etter behandling, mens DPS C ikke har noen form for kvalitets-sikring av forløpene. Basert på tallene de rapporterer, ville jeg foretrukket behandling ved DPS B. DPS A og behandling X har imidlertid for mange akademikere sterkere vitenskapelig troverdighet (på grunn av mellom-gruppe-effekt), selv om innen-gruppe-effektstørrelsen vil være lavere enn hos DPS B.

FIGUR 1

Hvilken DPS ville du foretrukket for behandling av depresjon?



Behandlingseffekten i de inkluderte studiene virker tydelig sett opp mot ventelistekontroll, men det er vanskeligere å se tydelige forskjeller i studiene som sammenligner psykoterapi med andre gode aktive kontrollbetingelser som psykofarmaka + oppfølging eller gode psykoterapibetingelser. Samtidig kan effekten variere mellom studier. Dette kan handle om faktorer som pasientenes alvorlighetsgrad, terapeutenes kompetanse/erfaring og hva man sammenligner med.

Jeg fikk et forslag om å metaanalysere disse elleve studiene, men jeg tenker det kan være problematisk. En av grunnene til det er at databasen har trukket ut 26 effektstørrelser fra disse elleve studiene hvor intervensjonene er seks ulike former for psykoterapi (CBT, $k = 12$; BA, $k = 5$; IPT, $k = 3$; ISTDP, $k = 3$; og MCT, $k = 1$), og i sammenligningsbetingelsen finner vi ti studier klassifisert som TAU, ti som «other control» og seks som venteliste. Metaanalyse vil derfor være vanskelig, fordi det blir lite data fra studier som sammenligner de samme betingelsene. For CBT f.eks., som er den vanligste metoden brukt i databasen, er det kun tre effektstørrelser (fra to studier) på CBT vs. TAU. I den ene studien var TAU psykofarmaka + oppfølging av psykiater, og i den andre studien var det sammenlignet med KiD-kurs. Hvis vi hadde flere gode studier med CBT vs. KiD-kurs, kunne vi kanskje sagt noe om hvor bra CBT er sammenlignet med KID-kurs. Vi går glipp av viktige nyanser ved å si at psykofarmaka og KID-kurs er identiske TAU-betingelser.

Selv når sammenligningsbetingelsen skal være ganske så lik, f.eks. psykofarmaka + oppfølging, kan resultatene være varierende. Fire studier hadde medisin som betingelse; i Hemanny et al. (type medisin ikke spesifisert/standardisert) gikk BDI-skårene for medisingruppen fra 31 til 26, i Elkin et al. (imipramine) gikk det fra 27 til 12, hos DeRubeis et al. (paroxetine) responderte 58 % etter medisin (ingen BDI-mål), og i Dimidjian et al. (paroxetine) var det 47/49 % som responderte (BDI fra 36 til 8 for de alvorlige og fra 28 til 8 for de mindre alvorlige). Argumentet mitt er dermed at TAU-betingelser og andre sammenligningsbetingelser kan variere veldig, noe som vil påvirke resultatene sterkt. Et annet poeng er at TAU-betingelser ofte blir veldig dårlig beskrevet i artiklene. Dette kan handle om at det kan være vanskelig å ha oversikt over hva deltakere i TAU får av behandling og oppfølging, fordi TAU sjelden er standardisert eller nøye vurdert (Brattmyr et al., 2024). Bruk av ulike måleinstrument og kriterier for hva som anses som behandlingsrespons, kan også medføre usikkerhet i sammenligning og sammenslåing av studier.

Best og verst i databasen

Siden mange opplever at effektstørrelsene til Cuijpers ikke er veldig imponerende med tanke på psykoterapi, så kan man også stille seg spørsmål om hvilke studier og behandlinger som trekker ned effekten? Det uvektede gjennomsnittet av effektstørrelsene i Cuijpers' database er 0.83. Dette er et tall som vi ofte har hørt i psykoterapieffektdebatten, og som kan tolkes som en stor effektstørrelse. Mange av studiene bidrar imidlertid med negative effektstørrelser i databasen. Disse tyder altså på at psykoterapi har en forverrende effekt. Hva om vi tar en nærmere titt på de tre studiene som rapporterer mest negativ effekt?

Den verste effekten var i Thomas et al. (2019). Denne engelske studien så på BA vs. TAU for personer med depresjon etter slag og brukte studenter som terapeuter. Det som er overraskende gitt den negative effektstørrelsen, er at studien konkluderer med at BA var mer effektivt enn TAU. De i BA hadde PHQ-9-skårer (Patient Health Questionnaire-9) på 10 etter behandling (startet på 16), mens TAU hadde 14 (startet på 17), så dette var en *positiv* effektstørrelse. Men databasen til Cuijpers tar ut to effektstørrelser fra denne studien. Den *negative* effektstørrelsen omhandler et annet måleinstrument (Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital version) som ble skåret av pasientenes partnere. På dette skjemaet var det minimale endringer fra 25 til 24 for BA og likeså for TAU med 19 til 18. Grunnen til at dette gir den mest negative effektstørrelsen med $g = -0.70$, er at effektstørrelsene beregnes kun ved å sammenligne post-skårene på 24 og 18 for de to betingelsene. Derfor kan denne negative effektstørrelsen handle om en skjevhet som eksisterte i utvalget før de startet behandling. Det er derfor ikke nødvendigvis en reell forskjell i behandlingseffekt. Det er dermed lite som tyder på at BA gjorde det dårligere enn TAU.

Nest dårligst er en kinesisk studie på «body-mind-spirit group psychotherapy» (Hsiao et al., 2014). Pasientene hadde diagnosen «adjustment disorder» (F43.2, tilpasningsforstyrrelse), altså ikke depresjonsdiagnose. Dette er med andre ord en type behandling som vi ikke kjenner fra retningslinjene og heller ikke korrekt målgruppe.

Tredje dårligst er en amerikansk studie som ser på terapi for religiøse pasienter (Propst et al., 1992). De aktive behandlingene var alle betydelig bedre enn venteliste, men den negative effektstørrelsen kommer av at «pastoral counseling» gjorde det litt bedre enn ikke-religiøs terapi på noen av måletidspunktene. Oppsummeringen av de negative effektene viser altså at dette kan handle om skjevheter i utvalgene før oppstart (randomiseringen har ikke medført at gruppene har blitt like), det er spesielle utvalg, eller spesiell behandling.

Hvem er det som har verdensrekorden i depresjonsbehandling, ifølge databasen? Hvem har de beste terapeutene eller terapiene? De med best effekt finner vi blant nigerianske pasienter med diabetes som ble gitt «CBT-coaching» (Onyechi et al., 2016). Effektstørrelsen var på imponerende 15.96! BDI-skårene for dem som fikk CBT-coaching, gikk fra 60 til 17, mens kontrollgruppen hadde ingen endring (59 til 59). Med tanke på at maksimum BDI-skåre er 63, så er dette ganske så heftige resultater, kanskje så heftig at man ikke vil ta resultatene for god fisk? De fleste andre studier har utvalg som starter terapi med BDI-skårer rundt 30. På andre plass er det også en nigeriansk studie. Igjen er det benyttet CBT-coaching, men denne gangen med innsatte i fengsel (Eseadi et al., 2018). Utfordringen for dem som gjennomfører metaanalysene, er at det kan være vanskelig å sparke ut studier selv om man er tvilende til dem. Så lenge de møter inklusjonskriteriene (RCT-design og pasienter med depresjon), så må de analyseres.

Diskusjon

Jeg ville vært mer optimistisk på vegne av psykologisk terapi enn hva som ble formidlet i Folkeopplysningen. Hvis jeg tok inn en pasient med depresjon til behandling som stilte meg spørsmål om prognose, så ville jeg ikke snakket om effektstørrelsene eller «numbers needed to treat»-tallene til Cuijpers. Jeg ville heller fortalt om resultatene fra behandlingsstudien hvor jeg selv var terapeut (Hagen et al., 2017).

Vanlig individuell psykoterapi på 10+ sesjoner med psykologer for pasienter med depresjon ser ut til å være hjelpsomt. Kanskje ikke tydelig bedre enn medisiner, men bedre enn å ikke gjøre noe. Jeg mener at det å vise til Cuijpers' database ikke svarer godt og presist på spørsmålet om hvor effektiv psykoterapi er. Jeg tenker det blir viktig at man setter seg inn i hva slags studier metaanalysene baseres på, og at man er forsiktig med å generalisere. Jeg er ikke generelt negativ til metaanalyser. Det kan være en fin metode for å oppsummere effekten av noe, men man bør granske kritisk hvilke studier som blir inkludert.

Den amerikanske psykologforeningen prøvde også å adressere effekten av psykoterapi (American Psychological Association, 2012), men de unngikk å diskutere spesifikke effektstørrelser: «in studies measuring psychotherapy effectiveness, clients often report the benefits of treatment not only endure, but continue to improve following therapy completion as seen in larger effect sizes found at follow-up (Abbass, et al., 2006; Anderson & Lambert, 1995; De Maat, et al., 2009; Grant, et al., 2012; Leichenring & Rabung, 2008; Leichenring, et al., 2004; Shedler, 2010)».

Hvis man undersøker nærmere referansene APA bruker, ser man at de også tyr til metaanalyser. Disse har de samme utfordringene som databasen til Cuijpers. Hvis man ser nærmere på studiene de inkluderer, er det mye som ikke matcher med vanlig behandling ved norske DPS-er. Referansen til Abbass et al. er en metaanalyse av dynamisk behandling, men den tar kun for seg somatiske lidelser. Referansen til Anderson og Lambert er også en metaanalyse av dynamisk behandling. Hvis man ser på sammenligningsbetingelsene, beskrives de som f.eks. hypnose, selvhjelp, støttebehandling og «adult developmental». Beskrivelser av utvalgene inkluderer også litt uvanlige grupper som blant annet bronkitt, «ødipal» og magesår. Referansen til de Maat et al. var også metaanalyse av dynamisk behandling (minst 50 sesjoner), men de rapporterer ingen mellom-gruppe-effektstørrelser. Referansen til Leichenring og Rabung var også en metaanalyse av dynamisk behandling (minst 50 sesjoner), men de hadde kun åtte mellom-gruppe-effektstørrelser. Referansen til Leichenring et al. var også en metaanalyse av dynamisk behandling hvor de prøvde å se på effekten for spesifikke lidelser, men det kunne de ikke, fordi det var for få studier. Det var f.eks. kun to studier på depresjon. Referansen til Shedler var derimot en usystematisk gjennomgang av andres metaanalyser på dynamisk behandling. Det var imidlertid en studie som ble referert til av APA som ikke var dynamisk behandling (Grant et al., 2012). Denne studien var en RCT som så på kognitiv terapi over 18 måneder for personer med schizofreni.

Å svare ut spørsmålet om psykoterapiens effekt med dagens metaanalyser blir nesten som å spørre «Hvor bra er restaurantene i verden?» for deretter å svare med at TripAdvisor viser en snittkarakter på 3.2 stjerner, eller noe lignende. Å konkludere med at man derfor ikke bør gå på restaurant fordi maten er «gjennomsnittlig», blir feil. På samme måte som at det kan være gode og dårlige kokker, gode og dårlige restauranter, forskjellige typer mat som serveres, forskjellige arbeidsforhold, forskjellig interpersonlig stil på kelnere osv., så vil det samme gjelde for psykoterapi. Det som imidlertid er fint med TripAdvisor sine vurderinger av restauranter, er at du kan få inntrykk av den spesifikke restauranten du vurderer å besøke. Kanskje den har 4.5 stjerner? Samme kvalitetssikring av psykoterapi og klinikker ser man ikke så ofte.

Det er noe skuffende at det kun er én norsk studie i de 415 studiene i databasen til Cuijpers. Det drives imidlertid forskning på behandling av depresjon i Norge, som f.eks. gruppebasert metakognitiv terapi, KiD-kurs, om depresjonsbehandling ved Modum Bad og om internettbasert CBT. Grunnen til at de ikke er inkludert i databasen, er at de ikke har RCT-design, men de kan likevel være informative. For en pasient med depresjon ville det vært betryggende å vite hva snittverdien på BDI er før og etter behandling ved klinikken eller terapeuten man skal til, men som sagt så finnes det mange som har mer kritiske synspunkt enn meg på slike pre-post-design.

Jeg ønsker at alle DPS-er deltar i kvalitetssikringsarbeid og forskning. Dette trenger ikke å være RCT-studier. Det kan være noe så enkelt at man måler endringer fra før til etter behandling,

evaluerer resultatene og ser om det er endringer som bør gjøres, før man så evaluerer på nytt for å se om endringene gjorde at resultatene ble bedre. Dette bør være en kontinuerlig prosess som aldri slutter. En nylig metaanalyse på klinisk representativ behandling i de nordiske landene tyder på at det er altfor lite forskning og kvalitetssikring på vanlig DPS-behandling som blir offentliggjort (Brattmyr et al., 2024). Et annet aspekt når man studerer TAU, er at det ofte er mangelfulle beskrivelser av hva som har blitt gjort. Dermed blir det vanskelig å si hva norsk TAU faktisk består av, og hva man kan forvente av endringer. I Folkeopplysningen ble det sagt at flesteparten av norske terapeuter trolig er eklektiske, noe som virker å støttes av funnene til Brattmyr et al. (2024). Hva som er effekten av eklektisk psykoterapi for depresjon, har vi imidlertid ikke mange gode studier på. Derfor hadde det vært fint å se en sammenligning av slik eklektisk terapi med mer manualbasert terapi som gjøres i RCT-ene.

Å formidle vårt fag i media kan være vanskelig. To timer med intervju kan klippes ned til fem minutter med skjermtid, og det blir gjerne det mest tabloide som trekkes ut og det komplekse forenkles. I selve tv-programmet så handlet første del om økning i psykiske plager. Psykoterapi-biten kommer først inn i det 17. minutt og avsluttes i det 29. minutt, før oppmerksomheten vendes mot psykofarmaka. Det er med andre ord ganske så få minutter hvor man skal formidle effekten av psykoterapi. Samtidig handlet mesteparten av psykoterapibiten om EMDR, som ikke er en anbefalt behandling for depresjon. Med andre ord blir det veldig lite tid for å gå grundig inn på hva dataene til Cuijpers faktisk inneholder.

De studiene som ble gjennomgått i min tabloide og usystematiske vurdering, tyder på at vi trenger mer forskning på vanlig behandling, men også at det ikke er kun én av sju (14 %) deprimerte som blir bra ved vanlig psykoterapi. Responsratene for de ulike studiene ligger godt over det. Jeg er enig med min kollega ved NTNU, Joar Halvorsen, hvor han avslutningsvis i programmet anbefaler at om man har moderate–alvorlige plager, så bør man ha lav terskel for å oppsøke hjelp. Det er fordi psykoterapi kan hjelpe mange som har depresjon. ☹

REFERANSER

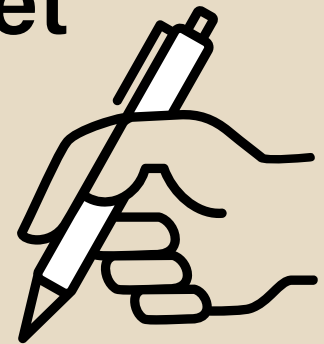
- Abbass, A., Kisely, S. & Kroenke, K. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274. <https://doi.org/10.1159/000228247>
- American Psychological Association (2012, August). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- Anderson, E. M. & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503–514. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00027-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00027-M)
- Barber, J. P., Barrett, M. S., Gallop, R., Rynn, M. A. & Rickels, K. (2012). Short-term dynamic psychotherapy versus pharmacotherapy for major depressive disorder: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(1), 66–73. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m06831>
- Brattmyr, M., Lindberg, M. S., Lundqvist, J., Öst, L. G., Solem, S., Hjemdal, O. & Havnen, A. (2024). Clinically representative therapy for Nordic adult outpatients with common mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of psychology*, 65(2), 311–320. <https://doi.org/10.1111/sjop.12976>
- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikens, D. E., Constantino, M. J., Laurenceau, J. P., Bologh, L. & Burns, D. D. (2004). Integrative cognitive therapy for depression: a preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 4. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.1.4>
- Cuijpers, P., Turner, E. H., Mohr, D. C., Hofmann, S. G., Andersson, G., Berking, M. & Coyne, J. (2014). Comparison of psychotherapies for adult depression to pill placebo control groups: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(4), 685–695. <https://doi.org/10.1017/S0033297113000457>
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R. & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1–23. <https://doi.org/10.1080/10673220902742476>
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L. & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 409–416. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalong, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658–670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R. & Docherty, J. P. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 971–983. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110013002>
- Eseadi, C., Obidoo, M. A., Ogbuabor, S. E. & Ikechukwu-Ilomuanya, A. B. (2018). Effects of Group-Focused Cognitive-Behavioral Coaching Program on Depressive Symptoms in a Sample of Inmates in a Nigerian Prison. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(6), 1589–1602. <https://doi.org/10.1177/0306624X16687046>
- Euteneuer, F., Dannehl, K., Del Rey, A., Engler, H., Schedlowski, M. & Rief, W. (2017). Immunological effects of behavioral activation with exercise in major depression: an exploratory randomized controlled trial. *Translational psychiatry*, 7(5), e1132. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.76>
- Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J. A., McPherson, S., Thomas, R., Pasco Fearon, R. M., Goldberg, D. & Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), 312–321. <https://doi.org/10.1002/wps.20267>
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Solar, N. & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69, 121–127. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.129>
- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E., Nordahl, H. M., Fisher, P. & Wells, A. (2017).

- Metacognitive Therapy for Depression in Adults: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 8, 31. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00031>
- Hemann, C., Carvalho, C., Maia, N., Reis, D., Botelho, A. C., Bonavides, D., Seixas, C. & de Oliveira, I. R. (2020). Efficacy of trial-based cognitive therapy, behavioral activation and treatment as usual in the treatment of major depressive disorder: preliminary findings from a randomized clinical trial. *CNS spectrums*, 25(4), 535–544. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001457>
- Hsiao, F. H., Lai, Y. M., Chen, Y. T., Yang, T. T., Liao, S. C., Ho, R. T., Ng, S. M., Chan, C. L. & Jow, G. M. (2014). Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood. *General Hospital Psychiatry*, 36(2), 214–219. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.10.019>
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 299, 1551–1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208–1216. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1208>
- Onyechi, K. C. N., Eseadi, C., Okere, A. U., Onuigbo, L. N., Umoke, P. C. I., Anyaegbunam, N. J., Otu, M. S. & Ugorji, N. J. (2016). Effects of cognitive behavioral coaching on depressive symptoms in a sample of type 2 diabetic inpatients in Nigeria. *Medicine*, 95(31), e4444. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004444>
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T. & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 94–103. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.60.1.94>
- Rief, W., Bleichhardt, G., Dannehl, K., Euteneuer, F. & Wambach, K. (2018). Comparing the Efficacy of CBASP with Two Versions of CBT for Depression in a Routine Care Center: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 164–178. <https://doi.org/10.1159/000487893>
- Saloheimo, H. P., Markowitz, J., Saloheimo, T. H., Laitinen, J. J., Sundell, J., Huttunen, M. O., Aaro, T., Mikkonen, T. N. & Katila, H. O. (2016). Psychotherapy effectiveness for major depression: a randomized trial in a Finnish community. *BMC Psychiatry*, 16, 131. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0838-1>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Solbakken, O. A., Nissen-Lie, H. A., Oddli, H. W., Råbu, M., Stänicke, E., Halvorsen, M. S., Hagen, R. & Strømme, H. (2022). Folkeopplysningsens konklusjon er misvisende. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(11), 1051–1052. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as10ae-Folkeopplysningsens-konklusjon-er-misvisende
- Thomas, S. A., Drummond, A. E., Lincoln, N. B., Palmer, R. L., das Nair, R., Latimer, N. R., Hackney, G. L., Mandefield, L., Walters, S. J., Hatton, R. D., Cooper, C. L., Chater, T. F., England, T. J., Callaghan, P., Coates, E., Sutherland, K. E., Eshant, S. J. & Topcu, G. (2019). Behavioural activation therapy for post-stroke depression: the BEADS feasibility RCT. *Health Technology Assessment*, 23(47), 1–176. <https://doi.org/10.3310/hta23470>
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C. & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of Affective Disorders*, 214, 15–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.035>
- Wiersma, J. E., Van Schaik, D. J., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R. A., Blom, M. B., Maas, K., Smit, J. H., McCullough, J. P., Jr, Beekman, A. T. & Van Oppen, P. (2014). The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 263–269. <https://doi.org/10.1159/000360795>

Skriving som vedlikeholdsaktivitet

Faglig skriving er en god måte å drive vedlikehold av spesialistkompetansen på. Å skrive fagartikkel er også en fin måte å dele erfaringer med psykologkolleger over hele landet.

Publikasjon i fagtidsskrift teller for 20 timer vedlikeholdsaktivitet for spesialistgodkjenningen.



TEKST Julie Riise

Villa Sult, Stiftelsen institutt for spiseforstyrrelser

Behandlingsbehov hos pasienter med overspisingslidelse

OMTALT ARTIKKEL Riise, J., Gulliksen, K. S., Vrabel, K. & Halvorsen, M. S. (2025). «Binge eating disorder is the slum of eating disorders»: A qualitative study of Norwegian women with binge eating disorder in the encounter with the healthcare system. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01223-z>

En ny kvalitativ studie tilsier at ensidig søkelys på vektreduksjon og livsstilsendring kan gjøre lidelsen verre.

Overspisingslidelse (BED) er den hyppigst forekomne spiseforstyrrelsen (SF) med prevalensrater på 0,2–6,6 % av verdens befolkning (Gruzca et al., 2007; Hilbert, 2019; Kessler et al., 2013). Til tross for dette er BED underbehandlet, og kunnskapen er mangelfull både i helsevesenet og i samfunnet forøvrig (Salafia et al., 2015). I en nylig publisert studie (Riise et al., 2025) undersøkte vi hva pasientene selv opplever at de trenger i behandling, basert på deres egne erfaringer med møter i helsevesenet.

Behandlingstilbudene for pasienter er begrenset, og under 50 % mottar noen form for behandling (Kessler et al., 2013). Mange tilfeller forblir sannsynligvis ikke fanget opp i helsevesenet, spesielt når pasientene søker hjelp for andre komorbide tilstander, både somatiske og psykiske (Hudson et al., 2007; Thornton et al., 2017). Sammenhenger mellom BED, overvekt og relaterte somatiske lidelser er særlig problematisk, da overvekt og relaterte somatiske lidelser kan skjule underliggende SF-problematikk (de Zwaan, 2001).

Vi trenger økt kunnskap om BED som klinisk fenomen, samt om hvilke behandlingsintervensjoner som viser seg mest effektive. Opptil 50 % av dem som mottar behandling, oppnår ikke tilfredsstillende bedring verken av verken av psykoterapi alene eller i kombinasjon med medikamentell behand-

KONTAKT julie.riise@outlook.com**CC BY 4.0**

HOVEDFUNN

Analysen resulterte i tre hovedtema og tilhørende undertema:

- Å ikke bli forstått. Informantene beskrev at de ble møtt mer som å ha et livsstilsproblem og i mindre grad fokuserte på overspising eller kroppsbilde.
- Fanget i kroppsskam. Informantene opplevde kroppsskam som en livsbegrensende barriere og som et hinder for bedring fra BED.
- Håp og bevegelse. Informantene beskrev at forståelse for overspisingens måte å håndtere noe vanskelig på, en trygg behandlingsrelasjon og kroppsopplevelse som tema bidro til positiv bevegelse eller bedring for informantene.

DESIGN

- Kvalitativt design.
- $N = 6$ kvinner med BED. Informanter ble rekruttert via to pilotprosjekter fra ulike instanser som utvikler BED-spesifikke behandlingstilbud.
- Semi-strukturerte intervjuer utviklet spesifikt for dette prosjektet med henblikk på forskningsspørsmålet.
- Intervjuene ble analysert med kombinert tematisk analyse (TA) og fortolkende fenomenologisk analyse (IPA).

ling (Wilson et al., 2007). Forskning på kroppsbilde og BED finner at høyere grad av overopptatthet av kropp er assosiert med høyere alvorlighetsgrad og dårligere prognose (Grilo et al., 2013; Harrison et al., 2015), men det er foreløpig ukjent hvordan slike prosesser påvirker effekten av behandling.

I vår studie (Riise et al., 2025) ønsket jeg og mine medforfattere, Margrethe Saeger-Halvorsen, KariAnne Vrabel og Kjersti Gulliksen, å få mer kunnskap om BED pasienters behov og erfaringer i møte med behandlingsapparatet. Vi anvendte et kvalitativt design for å besvare følgende forskningsspørsmål:

- a. Hva opplever pasienter med BED er deres behov i behandling?
- b. Hva kan vi lære av pasienters erfaringer med helsevesenet om dette?

Pasienters opplevde behov

Tre hovedtema og ti undertema ble identifisert. Hovedtemaet *Å ikke bli forstått* rommet ulike måter informantene opplevde seg misforstått av helsevesenet på. Det å bli møtt som å ha et livsstilsproblem, og med tilhørende vektreduksjonstiltak, triggert skam over egen karakter for ikke å håndtere overspisingen og håpløshet

i hjelpesøkingen. De fortalte at de håndterte følelsene med spiseforstyrrelsen i mangel på andre tilgjengelige mestringsstrategier. Forsøk på slanking ble forsterkende for symptomadferden og skapte en vond spiral. En annen måte å ikke bli forstått på omhandlet at helsepersonell ikke forholdt seg til overspisingen. Informantene beskrev at de ofte hadde søkt hjelp for overspising, men at behandlere fokuserte på andre ting. En tredje måte å ikke bli forstått på omhandlet en opplevelse av å ikke passe inn blant spiseforstyrrelsene. Å ikke få behandling på lik linje med restriktive SF bidro til opplevelsen av å ha en mislykket SF. Informantene beskrev at dersom de fikk behandling rettet mot SF, ble kroppsbilde oversett som tema. Dette opplevdes sårt, da de oppfattet dette som et søkelys i behandlingen av andre SF. Dette bidro til en følelse av at en sentral del av deres lidelse var mindre viktig i deres behandling.

Hovedtemaet *Fanget i kroppsskam* gjenspeilet informantens opplevelser av hvordan deres forhold til kroppen forhindret både tilfriskning fra BED og grunnleggende livsutfoldelse. Skam over kroppen hindret dem fra både deltakelse i aktiviteter og relasjonell nærhet. Alle deltakerne beskrev oppveksterfaringer med kritiske kommentarer og negativ evaluering rettet mot spisevaner og kropp fra omsorgspersoner. Dette hadde medvirket

til utviklingen av deres BED og preget fremdeles hvordan de vurderte seg selv. Informantene beskrev kroppsskammen som både et hinder for bedring og som en mulig vei til å oppnå bedring. Videre beskrev de at et negativt kroppsbilde stod sentralt i deres forståelse av hva som opprettholdt overspisingen, og at bedring fra BED innebar et bedre forhold til egen kropp.

Hovedtemaet *Håp og bevegelse* uttrykte ulike erfaringer som hadde bidratt til positiv utvikling, og beskrev informantenes opplevde behov i behandling. Dette kom i hovedsak til uttrykk gjennom fire erfaringer: å bli sett gjennom å få riktig diagnose; økt selvmødfølelse gjennom forståelse for overspisingen som en måte å håndtere noe vanskelig på; et behov for trygghet i behandlingsrelasjonen der terapeuten og behandlingsrammen fasiliterte dette; og behovet for at kroppsupplevelsen tematiseres i behandling.

Implikasjoner

Resultatene viser viktigheten av at behandlere som møter pasienter med BED, er sensitive for hvilke relasjonserfaringer og tidligere møter med behandlingsvesenet pasienten har. Skam preger ofte erfaringene med hjelpesøking og påvirker nye møter. Mange møter i helsevesenet synes å bli en gjentakelse av en vond relasjonshistorie, der kropp og spisevaner har blitt gjenstand for kritikk og negativ evaluering. Dette understreker behovet for økt kunnskap blant helsepersonell om BED og om spesifikke relasjonsutfordringer som er spesielt gjeldende hos denne pasientgruppen. Bevissthet om fordommer og stigmatisering blant helsepersonell mot BED og vektstigma bør være sentralt i opplæringsprogrammer.

Resultatene peker mot noen forhold som mulig kan bidra til å forklare at ikke alle med BED får effekt av eksisterende behandling. Kroppsskam som ikke adresseres, kan hindre en trygg behandlingsrelasjon, som er en kjent forutsetning for virksom behandling. Det er behov for mer forskning på slike sammenhenger.

Videre indikerer resultatene at kroppsupplevelsen bør adresseres også i behandling av BED, på lik linje med behandlingen av andre SF.

Resultatene er i tråd med annen forskning som indikerer at kroppsbildeforstyrrelse er en involvert mekanisme også i BED. 

REFERANSER

- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25(Suppl 1), 51–55. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801699>
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N. & Goss, K. (2012). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>
- Grilo, C. M., White, M. A., Gueorguieva, R., Wilson, G. T. & Masheb, R. M. (2013). Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*, 43(06), 1335–1344. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002097>
- Gruzca, R. A., Przybeck, T. R. & Cloninger, R. C. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 124–131. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2006.08.002>
- Harrison, C., Mond, J., Rieger, E. & Rodgers, B. (2015). Generic and eating disorder-specific impairment in binge eating disorder with and without over-valuation of weight or shape. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.002>
- Hilbert, A. (2019). Binge eating disorder. *Psychiatric Clinics North America*, 42(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V. & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Riise, J., Gulliksen, K.S., Vrabel, K. Halvorsen, M. S. (2025). “Binge eating disorder is the slum of eating disorders”: a qualitative study of Norwegian women with binge eating disorder in the encounter with the healthcare system. *Journal of Eating Disorders*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01223-z>
- Salafia, E. H. B., Jones, M. E., Haugen, E. C. & Schaefer, M. K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0069-8>
- Thornton, L. M., Watson, H. J., Jangmo, A., Welch, E., Wiklund, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Norring, C., Herman, B. K., Larsson, H. & Bulik, C. M. (2017). Binge-eating disorder in the Swedish national registers: somatic comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 58–65. <https://doi.org/10.1002/eat.22624>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M. & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>

Måten fagpersoner ordlegger seg om ADHD i offentligheten, har fagetiske dimensjoner som virker glemt.

Etisk språkbruk om ADHD



FOTO: PRIVAT

TEKST Fredrik Dreyer Moe
Det psykologiske fakultet,
Universitetet i Bergen

KONTAKT fredrik.moe@uib.no

MERKNAD Forfatter har fylt ut interesse-
konfliktskjema og oppgir ingen interesse-
konflikter.

I lengre tid har fagpersoner som Henriette Sandven, Lars Lien og Reidun Reitan debattert ADHD og overdiagnostisering. Diskusjonen og uenighetene har likheter med faglige debatter for tjue år siden om medisiner av ADHD (Ergo, 2002) og forståelsen av ADHD som biologisk og sosialt fundert.

De siste årene har man sett en dobling av henvisninger til BUP og DPS, hvor mesteparten av henvisningene omhandler utredning av ADHD. I Psykolog-tidsskriftet har Gunnar Schaefer beskrevet hvordan Stavanger DPS håndterer økningen i antall henvisninger og økningen i antall henvisninger for ADHD-utredninger (Schaefer, 2025).

Barnepsykiater Henriette Sandven har uttrykt bekymring (Tangvald-Pedersen, 2025) for det hun mener er overdiagnostisering av ADHD, og har skrevet boka *Diagnosefellen* om det hun oppfatter som en sykeliggjøring av norske barn. Psykiater Lars Lien uttrykker bekymring for at måten ADHD og medisiner omtales på, fører til stigmatisering og moralisering (Møller, 2023) av pasienter og dem som ønsker utredning. Lien gir uttrykk for at det er for lett å skyde på slepphendte leger og legemiddelindustrien for økningen i diagnostisering og medikamentell behandling. Alle virker enige om at det er samfunnsmessige årsaker bak økningen.



ILLUSTRASJON KRISTIAN UTRIMARK

Sannheten og det gode

Når vi skal beskrive verden, tyr vi ofte til vitenskapen siden den gir et godt verktøy for å evaluere om noe er sant eller usant. Det er ofte assosiert med empiriske fakta. Det vitenskapen *ikke* kan hjelpe med, er å gi svar på hva som er rett eller galt, godt eller dårlig. Da må vi vende oss til etikken. I ADHD- debatten tenker jeg at vi bør inkludere et etisk blikk, vi snakker om god eller dårlig behandling og forståelse av mennesker som lider – som innebærer en vurdering av at noen måter å leve på er bedre enn andre.

I debatten brukes ord som «diagnosefellen» og «ADHD-ubehaget». Ordvekslingen illustrerer hvordan språket vi bruker, påvirker vår forståelse av fenomenet, og hvor verdiladet psykiske lidelser er. Språket vi bruker, konstituerer og konstruerer virkeligheten vår. Det finnes ikke et naturgitt språk som er gitt til oss uten menneskelig påvirkning. Måten fagpersoner ordlegger seg på i offentligheten om psykisk lidelse, har viktige etiske dimensjoner.

Sannhet og løgn i utenom-moralsk forstand

Friedrich Nietzsche skrev at «sannhet er en bevegelig hær av metaforer, metonymier og antropomorfismer». Han knyttet sannhet til hvordan mennesket skaper den ved bruk av begreper og metaforer.

I en kronikk spør Lars Lien og Solveig Reitan (Lien & Reitan, 2025): «Er ADHD-ubehaget knyttet til at det er en «samfunnssykdom» hvor løsningen er å endre skolen og foreldrene? Men vi slutter ikke å behandle krigsskader under en krig.» De anvender krig som en metafor med hentydning til farmakologisk behandling av ADHD. Løsningen på samfunnssykdommen er å endre skole og foreldre, men det er ikke tid til å beskjeftige seg med det fordi det er en krig.

Behandling av ADHD er ikke det samme som å behandle krigsskadde. Krig er stor konflikt med kamper ført med våpenmakt (og militær organisasjon) av stater eller folkegrupper, ifølge den norske

akademiske ordbok. Behandling av ADHD er ikke en konflikt med kamper ført med våpenmakt. Jeg tenker at Liens og Reitans krigsmetafor er etisk problematisk av flere grunner.

Det ene handler om å bruke krig som metafor om faglige debatter. Filosofen Ian Hacking nevnte kort i sin bok *The social construction of what?* at en mulig fare ved å sidestille debatter med krig er at man glemmer hvor grusomme *ekte* kriger er. Det blir en slags manglende anerkjennelse og ignorering av krigers grusomhet og ødselighet. Videre så kan trolig krigsmetaforen i debatter om sykdom bidra til at pasienter eller personer som får diagnosen, anser seg som soldater i krig. Det er etisk problematisk fordi det snevrer inn måtene å forstå pasienters lidelse på, som f.eks. eksistensielle og samfunnsmessige aspekter, så vel som utviklingsfremmende perspektiver.

Et annet aspekt er at krigsmetaforen kan virke skremmende på både fagfolk og pasienter, ettersom krig bærer konnotasjoner av (livs)fare, død og blodig alvor. Metaforen kan gjøre det mer vanskelig å stille legitime spørsmål om behandling og forståelsen av ADHD. Om man setter spørsmålsteget ved Liens og Reitens argument, kan det fremstå som at man ikke tar de menneskelige vanskene på alvor, og man kan bli beskyldt for å moralisere. Jeg mener at krigsmetaforen legger bånd på og forenkler den faglige diskusjonen. I tillegg har fagpersoner et etisk ansvar for disseminering av fagkunnskap utenfor den profesjonelle praksisen. I dette tilfellet kan det være at bruk av en krigsmetafor medfører misforståelser om behandling. Debatten kludrer til at begrepet ADHD, i likhet med mange andre psykiske lidelser, er teoretisk polyvalente.

ADHD-ubehaget?

Det kalles for ADHD-ubehaget (Lien & Reitan, 2025), men hva dreier ubehaget seg om? Det omhandler faglig opposisjon og ikke en krig. Uenigheten går på behandling av ADHD, hvor det ser ut til at det trekkes et skille mellom psykososial og medikamentell behandling. Samtidig handler uenigheten også om hvordan ADHD bør forstås. Første del av sitatet peker mot at ADHD-ubehaget dreier seg om at psykiatri behandler en samfunnssykdom med medikamenter når løsningen er å endre skolen og foreldre. Ut ifra et slikt perspektiv vil legen trolig oppleve (moralisk) ubehag fordi man medisinerer ADHD, selv om løsningen er å endre skolen og foreldrene. Å trekke et skarpt skille mellom psykososiale og medikamentelle tiltak er uhensiktsmessig fordi begge former for tiltak kan være aktuelle ved behandling av ADHD. Men debatten bærer preg av at slike spørsmål ikke bør stilles fordi det kan føre til stigmatisering og pilleskam. Slik ordbruk kan kvele faglige spørsmål og refleksjoner om mulige samfunnsmessige årsaker bak økning av ADHD-henvisninger og økning i medikamentell behandling for ADHD.

— *Språket vi bruker, konstituerer og konstruerer virkeligheten vår*

Diagnose og språket

ADHD er en diagnose. ADHD finnes ikke utenfor psykiatriens og helsevesenets språk og kan ikke klassifiseres som et uavhengig objekt. Imidlertid omtaler fagpersoner ofte ADHD som et konkret objekt som finnes uavhengig av kultur, språk og samfunnsendring. ADHD er ekte og fins, men ikke utelukkende som biologisk fenomen upåvirket av menneskets kategorisering og påvirkning. Det finnes flere måter å kategorisere på, og ingen av kategoriseringene er verdinøytrale eller objektive. Det siste har etiske implikasjoner når fagpersoner skal uttale seg i offentligheten. Fagpersoner har et etisk imperativ om å formidle klart og tydelig hva som ligger til grunn for ens påstand. Jeg tenker at det øker kunnskapsgrunnlaget for dem som mottar informasjon. For pasienter muliggjør det at man kan ta velinformerte beslutninger. Et eksempel kan være hvordan ADHD blir fremstilt som å være genetisk betinget selv om evidensgrunnlaget er usikkert. I denne sammenheng er det viktig å informere om skillet mellom arvelighetsstudier og heritabilitetsstudier. Begrepet genetisk har konnotasjoner som overskygger betydningen av omgivelsene. Det kan medføre at løsninger i omgivelsene undergraves.

Pasientsikkerhet

Forskningsbelegget for et biologisk opphav for ADHD er tvetydig. Det gjelder også hva som er årsakene til atferden som kategoriseres som ADHD. Når det er uklare årsakssammenhenger, ligger det på fagpersoner å skille tydelig mellom samvariasjon og årsak i formidling av fenomenet. Fagpersoner har et særskilt ansvar for hvordan fagkunnskap kan brukes utenfor profesjonell praksis. Eksempelvis nevner Lien og Reitan at «Det er godt dokumentert at mennesker som ubehandlet har økt risiko for rusproblematikk, kriminalitet og frafall fra skole og jobb» (Lien & Reitan, 2025). Men som de fleste forskere og fagpersoner kjenner til, kan ikke slike typer studier si noe særlig sikkert om årsakssammenhenger. Den økte risikoen som nevnes, kan skyldes andre forhold som ikke har med ADHD å gjøre. God fagetikk tilsier at slikt bør komme frem i formidling og være en del av psykoedukasjonen. Jeg tenker pasientsikkerhet bør innebære å gi tilstrekkelig opplæring om vitenskapsteoretiske premisser for forskning. Dersom man blir diagnostisert med ADHD i Nederland, er det vanlig ha opplæring (Meerman, 2024) i nevrofysiologiske, kjemiske og anatomiske studier om ADHD og undervisning om at slike studier slett ikke er så entydige som de ofte er fremlagt.

REFERANSER

Ergo, T. (2002, 3. mars; oppdatert 2016). En barndom på dop? *Dagbladet, Magasinet*. <https://www.dagbladet.no/magasinet/en-barndom-pa-dop/65791006>

Kazda, L., Bell, K., Thomas, R., McGeechan, K., Sims, R. & Barratt, A. (2021). Overdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic scoping review. *JAMA Network Open*, 4(4), e215335. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5335>

Lien, L. & Reitan, S. K. (2025, 5 mars). ADHD-

ubehaget truer pasientsikkerheten. VG. <https://www.vg.no/nyheter/i/yEpbre/adhd-ubehaget-truer-pasientsikkerheten>

Meerman, S. T. (2024). Guidelines: Psychoeducational literature on ADHD. University of Groningen.

Møller, V. (2023, 26. juli). Sterk ADHD-vekst: – Å moralisere synes jeg blir lettvent. *Morgenbladet*. <https://www.morgenbladet.no/aktuelt/sterk-adhd-vekst-a-moralisere-synes-jeg-blir-lettvent/8816417>

Schaefer, G. (2025). Vurdering av rett til utredning

av ADHD i en allmennpsykiatrisk poliklinikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(3), 138–141. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso3ae-Vurdering-av-rett-til-utredning-av-ADHD-i-en-allmennpsykiatrisk-poliklinikk>

Tangvald-Pedersen, A. (2025, 6 februar). Barnepsykiater: – Vi diagnostiserer barn som ikke er syke. VG. <https://www.vg.no/helse/i/vgG8qX/psykiater-henriette-kirkaune-sandven-adhd-overdiagnostiseres>

Moralske holdninger

Psykoterapi er en verdiladet praksis. Verdier er målestokker som anvendes for å evaluere noe. Moralske verdier omhandler hva som er rett og galt, godt og dårlig. Det er hensiktsmessig at klinikere reflekterer over hva som er godt og dårlig i egen praksis, og fagfeltet som helhet. I en sonderende oversiktsartikkel påstår noen forskere at ADHD blir overdiagnostisert hos barn og ungdom (Kazda et al., 2021), og at de ofte har milde (fremfor moderate eller alvorlige) vansker. I slike tilfeller hevder forfatterne at skadene ved en ADHD-diagnose kan oppveie fordelene. Når det ikke er entydige forskningsresultater som støtter at atferdskriteriene som kategoriseres som ADHD, skyldes nevrottransmitternivåer, mener jeg edruelig fagetikk tilsier at man diskuterer i hvert enkelt tilfelle om medisinerer er riktig behandling. Selv ADHD-medikamentet Elvanse vedkjenner seg at «[d]en spesifikke etiologien til dette syndromet er ukjent, og det finnes ingen enkeltstående diagnostisk test». Å sammenligne debatten om medisinerer med krig er en fagetisk betenkelig stråmannsargumentasjon. Det vanskeliggjør andre medvirkende forklaringer og skyggelegger andre gyldige perspektiver. I verste fall medfører slik argumentasjon en ensidig vinkling og dermed et manglende kunnskapsgrunnlag i offentligheten. En annen mulig konsekvens er at det innskrenker pasienters og pårørendes selvbestemmelse ettersom de må ta valg ut ifra et mangelfullt kunnskapsgrunnlag. ♫

NOTIS

LOOK UP – The Science of Cultural Evolution

Psykolog Espen Jan Folmo og miljø- og traumeterapeut Nini Caroline Skarpaas Myhrvold står bak dokumentarfilmen *LOOK UP – The Science of Cultural Evolution* (2024).

Produsentene har brukt animasjon for å formidle hvordan de mener at samfunn og kulturer utvikles. For psykologer er det særlig relevant hvordan filmskaperne vektlegger psykoterapiens rolle i personlig og samfunnsmessig utvikling.

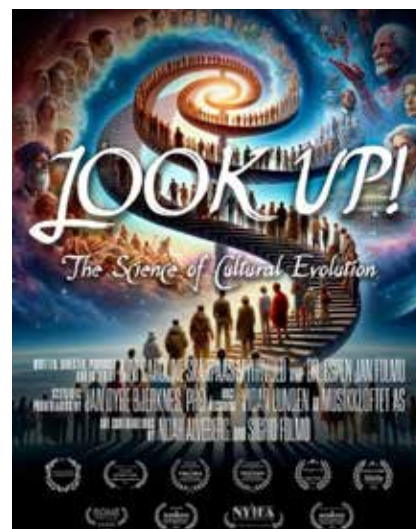
Et sentralt perspektiv i filmen er observasjon av klinisk praksis og det som kan være viktige fellesfaktorer i

psykoterapi, slik som trygghet, mentalisering og affekt- og relasjonsregulering.

Metaforer og poesi brukes aktivt for å formidle innsikter fra klinisk erfaring og forskning. Formålet til produsentene er å gi terapeuter, pasienter og pårørende et felles språk når de snakker om psykologiske prosesser.

Filmen har vunnet flere internasjonale filmpriser, deriblant *Best Picture* ved London Movie Awards. Den er produsert uten ekstern finansiering og er åpent tilgjengelig på YouTube: youtu.be/wHyoEB7IJKU

Kilde: Espen Jan Folmo, www.espenfolmo.no/index.php/en/#look-up



Urealistiske forventninger og lite fokus på dødelighet kan gjøre nyutdannede psykologer ekstra sårbare.



Psykiske lidelser som dødelige sykdommer

TEKST Maria Bonita Igland
DPS døgn, Fredrikstad

Temaet dødelighet ble nylig aktualisert i et fagmøte på jobben min. Underveis i møtet påpekte en kollega at også vi i psykisk helsevern jobber med dødelige sykdommer. Assosiasjonene i hodet spredde seg som blekk i et vannglass, men ingen av de umiddelbare bildene handlet om psykiske lidelser. Først tenkte jeg at det var et uttrykk for mine egne kognitive skjevheter som ung psykolog, rett ut av psykologfabrikken ved Universitetet i Oslo. Etter hvert har jeg tenkt at det også kan representere en generell oppfatning av hva psykisk lidelse er: lidelsesfulle, men ikke dødelige.

Tungt ansvar

Da jeg studerte, var nettopp suicid et tilbakevendende tema. Flere studenter formidlet en sterk frykt for at pasienter skulle ta livet sitt i løpet av den tiden vi hadde dem i psykoterapi. I begynnelsen var dette en hypotetisk frykt, diskutert inngående på seminarer, men etter hvert som vi tok steget ut i klinisk praksis, fikk redselen en annen undertone. Nå var ikke døden lenger et abstrakt fenomen. Den var helt konkret, kommunisert av en person av kjøtt og blod, med et bankende hjerte. Samtidig lanserte den daværende regjeringen en nullvisjon for selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020), som gjorde det å avverge pasientenes dødshandling til vårt ansvar.

– Nå var ikke døden lenger et abstrakt fenomen

Uro og urealistiske forventninger

For min egen del ble møtene med pasienter med selvmordsrisiko til en gnagende uro. Den største frykten er selvsagt at en pasient jeg har hatt kontakt med, en gang skal velge bort livet. I første omgang var det en frykt som særlig gjaldt den tiden jeg hadde kontakt med pasientene. Etter å ha sett død i psykisk helsevern, utvidet denne frykten seg til også å gjelde når behandlingen var avsluttet. Målet om å forhindre enhver død fremstår både uoppnåelig og urimelig, for når skulle ansvarsfølelsen min egentlig avta? For å ikke skulle gå opp i liminga ved hvert pasientmøte vendte jeg meg til skjønnlitteraturen for å se hvordan selvmord tematiseres der. En av de siste leseopplevelsene mine er boka til Maria Kjos Fonn, *Margaret, er du i sorg* (2025). Margaret er seks år gammel da moren hennes tar livet sitt. På disseksjonssalen på Rikshospitalet står en ivrig medisinstudent som skal til å lage et T-snitt under kragebeina på et lik. Til forskjell fra sine medstudenter er ikke Margaret lammet i møte med døden. Hun er uredd, hun har kontroll. Kjos skriver at barn av selvmordere ikke kjenner avmakt, men makt. De har allerede mestret kunsten å få ting til å forsvinne: kråkefjær, rosa glitterdryss og sin egen omsorgsperson (Fonn, 2025, s. 11). Som nyutdannet psykolog i møte med dødelige psykiske lidelser kan jeg kjenne meg igjen i denne motsetningen: å være maktfull i form av en velfylt verktøykasse, men samtidig maktesløs fordi det til syvende og sist ikke er mulig å forebygge ethvert selvmord.

En uttalt forventning er at vi psykologer, med vår kliniske kunnskap og erfaring, skal kunne forhindre at noen velger bort livet. Iblant er denne forventningen så altoppslukende at den nærmest blir en slags målestokk for å bedømme i hvilken grad vi har lyktes med vårt faglige arbeid. Nullvisjon for selvmord er et eksempel på hvordan denne forventningen ser ut i praksis. Forventningene til psykisk helsevern skiller seg vesentlig fra den somatiske tilnærmingen til dødelige sykdommer. En cellegiftkur

eller et kirurgisk inngrep mister ikke troverdighet som behandlingsmetode dersom pasienten dør, fordi deres sykdomslære tar høyde for at sykdom kan ta liv (Store norske leksikon, 2009). Hos psykologstanden er ikke dette en like stor selvfølge.

Potensiell dødelighet

En sykdomsforståelse som ikke i utstrakt grad tar dødelighet med i beregning, kan fort føre til stor slitasje på terapeuten. I en studie av Larsen et al. (2024) så de på hvordan behandlere i psykisk helsevern og rusbehandling reagerer på pasientens selvmordshandlinger. Resultatene viste at særlig psykologene var urolige for at behandlingsforløpet hadde bidratt til forverring av pasientens helsetilstand (Larsen et al., 2024). Til tross for at studien har et begrenset utvalg av informanter, er det likevel på tide at vår egen profesjon stiller seg spørsmålet: Hvor bevisste er vi selv på psykisk lidelse som potensielt dødelige tilstander?

Å formidle potensiell dødelighet ved en lidelse er ikke hverdagskost for psykologer. Oftest når vi snakker om dødelighet, snakker vi om sykdoms*atferd* som kan resultere i død: livstruende selvskading, ukritisk rusinntak eller alvorlig spisevegring. Særlig nyutdannede psykologer blir sårbare i møte med potensiell dødelighet. Fra før av vet vi at ferske psykologer er mer sårbare for utbrenthet sammenlignet med mer erfarne kolleger (Olaussen et al., 2010). Det er heller ikke utenkelig at vi også bebreider oss mer når pasientene ikke oppnår den symptomletten og tilfriskningen vi jobber for. En samtale om hvordan psykiske lidelser kan være dødelige, kunne vært et godt sted å starte for å gjøre oss bedre rustet til å håndtere situasjonen de gangene der døden faktisk inntreffer. Vi er tross alt mennesker av kjøtt og blod, vi også. 🙏



Yngre psykologer deler sine betraktninger fra fagfeltet. Vil du skrive, send en e-post til meninger@psykologtidsskriftet.no

REFERANSER

Fonn, M. K. (2025). *Margaret, er du i sorg*. Aschehoug.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*. <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025/id2740946/>

Larsen, K., Stangeland, T. & Qin, P. (2024). Reaksjoner på møter med selvmordshandlinger blant ansatte i psykisk helsevern og rusbehandling. *Suicidologi*, 29(2). <https://doi.org/10.5617/suicidologi.11797>

Olaussen, I. M., Skaar, E., Hauge, L. J. & Skogstad, A. (2010). Utbrenthet blant psykologer med kortere ansiennitet. *Tidsskrift*

for Norsk psykologforening, 47(3), 195–202. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2010a-s03ae-Utbrenthet-blant-psykologer-med-kortere-ansiennitet

Store norske leksikon. (2009). Terminalfasen. I *Store norske leksikon*. Hentet 27. juni 2025. <https://sml.sn.no/terminalfasen>

TEKST Simen Marenius Ekelund
Sykehuset i Vestfold og privat praksis

Kampen for fellesskapet

En kort introduksjon til samfunnspsykologi gir leseren et omfattende begrepsapparat for å forstå samfunnspsykologiens egenart, fallgruver og muligheter.



BOK *En kort introduksjon til samfunnspsykologi*
FORFATTER Ole Jacob Madsen
ÅR 2025
FORLAG Fagbokforlaget
SIDER 175

Det er flere grunner til å ønske *En kort introduksjon til samfunnspsykologi* velkommen. Spørsmål om hva slags samfunn vi ønsker oss, og hvordan vi ivaretar fellesskap og rettferdighet, er i dag brennaktuelle mange steder i verden. Til tross for at vi ofte trekkes frem som «best i klassen» når det gjelder rettferdighet og sosial utjevning, er heller ikke Norge fri for utfordringer av samfunnspsykologisk relevans. På tross av tverrpolitisk ønske om det motsatte, øker forskjellene mellom fattige og rike (Egge & Skurtveit, 2023). Omtrent ett av ti barn vokser opp i fattigdom (Normann, 2025), og stadig flere blir uføre i ung alder (Ali & Ertesvåg, 2025).

Da samfunnspsykologi alltid må forstås ut fra spesifikke samfunn, er det altså kjærkomment med en norsk introduksjonsbok til fagfeltet. Det er ingen overraskelse at akkurat Ole Jacob Madsen skriver den, med sin årelange interesse for psykologiens rolle i, og påvirkning på, samfunnet. Madsen er psykologspesialist og filosof, samt professor i kultur og samfunnspsykologi ved Universitetet i Oslo.

Samfunnspsykologiens historie

Boken begynner med å beskrive historikken bak det vi på norsk kaller samfunnspsykologi. Flere ulike disipliner, som kulturpsykologi, «societal psychology» og «community psychology» spiller en rolle her, så vel som diverse hendelser og strømninger rundt andre halvdel av forrige århundre. For å definere disiplinen beskriver Madsen flere sentrale kjennetegn, inklusive en «gjennomgående orientering mot samfunn og fellesskap og konteksten for menneskers liv, fra inter-

MERKNAD Anmelderen har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

personlig atferdsmønstre til hele det sosioøkonomiske systemet, som legger mye av grunnlaget for menneskers tanker, følelser og handlinger» (s. 10). Det er ingen enkel øvelse å knytte samfunn og psykologi sammen, men Madsen overbeviser her leseren om samfunnspsykologiens egenart og relevans.

I Norge har disiplinen en særegen fremvekst som blant annet preges av profesjonsutviklingen til norske psykologer. Denne gjør at vi her mer enn i andre land lett forbinder psykologi med klinisk virksomhet. Madsen er imidlertid opptatt av å ikke innsnevre forståelsen av samfunnspsykologi til et spørsmål om profesjon: «Hvis vedkommende forholder seg til samfunnspsykologiens prosjekt og forsøker å utøve den, opererer de uansett som samfunnspsykolog» (s. 39). Uten å gå inn i titteldebatten her gir Madsen gode argumenter for fallgruvene ved en svært klinisk orientert forståelse av psykologien, inklusive faren for å individualisere sosiale problemer til psykiske helseutfordringer.

— Madsen setter fremmedgjøring på samfunnspsykologers agenda

Samfunnspsykologiens tre pilarer

Madsen beskriver så tre pilarer som utgjør samfunnspsykologiens fundament: Fellesskap, forebygging og empowerment, som hver får sitt kapittel.

Fellesskap forstås som selve verdigrunnlaget for samfunnspsykologi.

Kapittelet gir gode og konsise innføringer til sentrale teoretikere som Urie Bronfenbrenner, Isaac Prilleltensky og Émile Durkheim, og engasjerer i både bredde og dybde. Fellesskapets fallgruver, som de tidvis fatale skillelinjene vi skaper mellom oss og *dem*, belyses også. Fellesskap kan ifølge Madsen fungere som en buffer mot samfunnsmessige utfordringer som ensomhet, utenforskap og fremmedgjøring. Han stiller likevel nyttige og kritiske spørsmål til sannheter vi tidvis tar for gitt. Et eksempel er om det stemmer at ensomheten faktisk øker i samfunnet – et budskap som ofte gjentas – og hvorvidt utenforskap faktisk er et nyttig begrep eller en «sekkekategori» som kan skjule viktige demografiske nyanser.

Det er derfor kjærkomment at Madsen setter fremmedgjøring på samfunnspsykologers agenda. Fremmedgjøringsbegrepet, som omhandler hvordan vi på ulike måter føler oss fremmede, ubetydelige og maktesløse i samfunnet, er en viktig brikke i forståelsen av vår tids utfordringer. All den tid både ensomhet og utenforskap til dels får sitt pass påskrevet som aktuelle samfunnsutfordringer, skulle jeg ønske at Madsen brukte mer plass på å demonstrere hvordan ulike former for fremmedgjøring er relevante for norske forhold.

De to andre pilarene er av en mer praktisk karakter: *forebygging* og *empowerment*. Forebygging handler om å forhindre fremfor å behandle skade. Madsen innlemmer *helsefremmende arbeid* som en del av dette. Empowerment handler om å gjøre individer i stand til å påvirke og ta kontroll over forhold som påvirker dem. I begge disse kapitlene gir Madsen beskrivelser av forebygging og empowerment som er både inngående og lettfattelige. Særlig fremstillingen av Elizabeth Rochas stigemodell for empowerment er opplysende, og idéene til psykologen Ignació Martín-Baró fra El Salvador om mer historiske og lokale tilnærminger til psykologi er inspirerende beskrevet. Madsen oversetter også en del av disse ideene og begrepene til praktiske betraktninger og forslag. Dette er nyttig lesning – om enn noe underordnet de mer omfangsrike beskrivelsene av konsepter og teori boken tilbyr.

Tiltak etterlyses

Et gjennomgående tema er at forebyggende tiltak og forsøk på empowerment i praksis ofte blir individualiserende strategier som skal lære mennesker å håndtere og tolerere samfunn der det egentlig foreligger behov for strukturelle endringer. I så fall spiller samfunnspsykologien på lag med kreftene som vedlikeholder urettferdighet, fremfor å søke å endre på dem.

Eksemlene Madsen gir på norske tiltak myntet på forebygging og empowerment i boken, blir først og fremst gjenstand for denne typen kritisk analyse, fremfor eksempler på god praksis. Madsen diskuterer dette godt, men jeg savner eksempler på tiltak som er mer i tråd med prinsippene boken skisserer. Finnes de ikke? Er det eksempelvis gode lokale tiltak omkring i norske kommuner, som kunne blitt oppskalert og utvidet? I hverdagen til mange som arbeider med samfunnspsykologiske tiltak, er det ofte snakk om å finne praktiske kompromisser og små steg som samlet drar i riktig retning. Dette mer pragmatiske perspektivet kan tidvis komme i bakgrunnen for konseptene og prinsippene Madsen drøfter.

— overbeviser leseren om samfunnspsykologiens egenart og relevans

Samfunnspsykologiens fremtid

I bokens siste kapittel reflekterer Madsen over samfunnspsykologiens fremtidsprospekter. Han trekker her frem retninger som kritisk teori, kritisk psykologi og kritisk samfunnspsykologi for å tydeliggjøre hvilken retning faget kan ta fremover, henimot en disiplin som stiller seg åpent kritisk og transformativ til tingenes tilstand. Det kritiske perspektivet har fulgt boken som en rød tråd, og det er derfor ingen overraskelse at Madsen konkluderer akkurat her.

Noen henter kanskje sitt samfunnspsykologiske engasjement i andre prioriteringer enn endring av samfunnsbetingelser, og retningen Madsen beskriver, vil kanskje resonnere mindre hos dem. De av oss som er bekymret for at den norske samfunnspsykologien allerede har beveget seg for langt unna sine kritiske røtter, kan derimot hente mye i dette kapittelet. Andre vil lure på om man blander fag og politikk her. Madsen utforsker og reflekterer godt over denne grensegangen flere ganger i boken, og særlig her ved avslutningen.

En kort introduksjon til samfunnspsykologi oppleves som et bevisstgjøringsprosjekt om samfunnspsykologiens historikk, fallgruver og potensial. Den som søker en grundig forståelse for hva rollen som norsk samfunnspsykolog kan, eller bør, innebære, vil streve med å finne et bedre utgangspunkt enn dette. Veien fremover ligger i å utvikle og synliggjøre praksisformer som tar samfunnspsykologiens transformativ potensial på alvor. ♫

REFERANSER

Ali, I. & Ertesvåg, F. (2025, 13. februar). Nye tall fra Nav: Antall uføre bare vokser og vokser. VG. <https://www.vg.no/nyheter/i/lwmzoM/nye-tall-fra-nav-6-400-flere-ufore-i-2024#:~:text=Fle-re%20unge%20uf%C3%B8retrygdede,arbeid%20eller%20skole%2C%20sier%20Asheim>.

Egge, J. H. & Skurtveit, S. (2023, 10. mars). Fersk rapport slår fast: Norge har ikke lyktes med å utjevne sosiale ulikheter. NRK. <https://www.nrk.no/trondelag/fersk-rapport-viser-at-de-sosiale-ulikhetene-i-norge-har-okt-siden-2014-1.16327946>

Normann, T. M. (2025, 5. februar). Lavere andel barn med vedvarende lavinntekt i 2023. SSB. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/lavere-andel-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2023>


**Håkon
Kongsrud
Skard**

President

Rødt eller blått?

Høstens stortingsvalg gir retning for de fire neste årene. Men vi kan allerede nå vite en del om helsepolitikken vi har i vente.

Helsesektoren i Norge er en av de mest regulerte og strukturerte delene av de offentlige tjenestene. Konsekvensene av feilbehandling og de store ressursene i spill har over tid ført til at myndighetene ønsker å føre sterk kontroll med helsevesenet, særlig spesialisthelsetjenesten som ligger i direkte linje under departementet.

En styringsideologi

Dette behovet for kontroll med en av de største utgiftspostene på statsbudsjettet er også en bakenforliggende årsak til at de to store styringspartiene, Arbeiderpartiet og Høyre, ofte krever posten som helseminister. Siden 1992, da helse ble skilt ut som eget departement, er det kun Dagfinn Høybråten som bryter rekken av helseministre fra Arbeiderpartiet og Høyre. Det medfører at helsepolitikken, til tross for ulike koalisjonsregjeringer med ulike plattformer, er svært preget av partiprogrammene til disse to partiene. Og den politikken har tradisjonelt hatt flere likheter enn forskjeller.

Det er sikkert enkelte medlemmer som nå vil protestere – hva med de andre partiene? Vil ikke en koalisjonsregjering eller en mindretallsregjering måtte søke støtte for sin politikk? Og blir ikke dermed de mindre partiene like viktige? Svaret er et klassisk «ja og nei». Mindre partier kan være viktige i enkeltsaker eller i budsjettforhandlinger, men de lange linjer legges i departementet. Vi bør ikke undervurdere betydningen av hvem som sitter i posten som helseminister.

Det muliges kunst

Et forslitt begrep hos organisasjoner som søker å påvirke politikken, er «mulighetsrom». Det vil si å identifisere områder i politisk bevegelse, hvor vi kan prøve å påvirke utfall i en retning vi mener er riktig. Mye av vårt politiske arbeid handler derfor om å identifisere og jobbe med disse «mulighetsrommene». Et eksempel er pakkeforløpene. Når nåværende regjering kom inn i kontorene, lanserte de sin tillitsreform. Denne kunne vi bruke for å argumentere om at pakkeforløpene var unødig kontroll med kompetente fagfolk, uten stort utbytte for pasientene. Og vi lyktes med det.

Men mulighetsrom handler også om å identifisere områder hvor det ikke er politisk bevegelse, det vil si områder hvor selv stor innsats fra oss vil ha liten sannsynlighet til å skape endring eller positivt utfall. Derfor gjør vi klokt i å lese partiprogrammene til Arbeiderpartiet og Høyre særdeles nøye, for å se hva de planlegger, slik at vi kan legge våre planer deretter.

Hva mener Arbeiderpartiet?

Jan Christian Vestre har allerede lansert sitt «Prosjekt X», en løs tittel på en større helsereform hvor detaljene ennå er uklare. Men målsettingen er bedre samarbeid og samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, med særlig fokus på «svingdørspasienter». Han har allerede fremmet prosjektet «En vei inn» fra Vestfold, som en løsning i de psykiske helsetjenestene.

Dette er utviklinger som vi må følge tett og være klare til å håndtere. Avhengig av hvor gjennomgripende reformer Arbeiderpartiet legger opp til, så vil dette kunne ha store faglige og tariffmessige konsekvenser for våre medlemmer. Og selvfølgelig store konsekvenser for tilbudet til våre pasienter. Videre vil de fortsette satsingen på lavterskeltilbud med sikte på lovfesting, samt mye annet som man kan selv lese i programmet deres.

Og hva med Høyre?

Høyre ønsker ikke uventet å gjeninnføre «Fritt behandlingsvalg», med større innslag av private aktører som leverer helsetjenester til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Videre ønsker de å øke andelen innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten.

Her må vi jobbe for at «Fritt behandlingsvalg» blir bedre utformet enn i forrige runde og samtidig styrke vår innsats overfor medlemmer som jobber i privat sektor. Så må vi også forholde oss til en ny diskusjon om innsatsstyrt finansiering. Høyre ønsker også å satse på lavterskeltilbud, men er mer spesifikke i form av at det skal være «Rask psykisk helsehjelp (RPH)», også for ungdom.

Mange fellesnevner

Som nevnt tidligere, er det flere likheter enn forskjeller i helsepolitikken til disse to partiene. Det er også synlig i partiprogrammene. Derfor bør vi se på hvilke temaer begge partier løfter. Ikke uventet er begge partier opptatt av samhandling, innad i helsetjenestene og med andre sektorer. De er opptatt av oppgavedeling mellom helseprofesjoner, en diskusjon som allerede er godt i gang – både i departement,

direktorat og i tjenestene. Begge partier er opptatt av digitalisering og hvilke gevinster helsetjenestene kan få av kunstig intelligens. Disse temaene vil med andre ord prege tjenestene og vårt arbeid i den neste stortingsperioden uansett. Noen er vi godt i gang med, andre – som kunstig intelligens – må vi forberede oss på.

De lange linjer

Men her er utfordringen: Uavhengig av de politiske målsettingene og temaene, så vil de etablerte strukturene i helsetjenestene, i form av reguleringer og prioriteringsregler og mye annet, fortsette å legge premisser for tjenestene. Vi må derfor finne mulighetsrommene i påvirkning også av disse. De politiske målsettingene er av natur mer kortsiktige, fordi en regjering ikke kan forvente å ha mer enn fire år til rådighet. Imens kverner de etablerte strukturene videre. Disse er ikke vektet i favør av psykisk helse. Det må vi endre på. Men her er mulighetsrommene både mindre og mer komplekse, de krever mer langsiktig påvirkning og grundigere forarbeid. De krever også at man jobber like mye opp mot helseforvaltningen og byråkratene i departementet og direktoratet. De krever en forståelse av kompleksiteten i disse systemene og at vi tilbyr løsninger som kan aksepteres innenfor de snevrere rammene det medfører.

En spennende høst

Vi står i krevende tider, både nasjonalt og internasjonalt. Det medfører at valgene er mest opptatt av sikkerhetspolitikk og økonomi. Jeg har tidligere skrevet om hva det krever av oss opp mot høstens valg og forbi. USA sin deltagelse i krigshandlinger i Midtøsten forsterker de behovene vi allerede ser.

Men innenfor helse ser vi allerede hva som er de politiske planene og hva som er de systemiske utfordringene. Dette blir fokuset for mye av vårt politiske arbeid fremover, til det beste for medlemmer, faget og samfunnet.

Godt valg!

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



**Ellen
Ekre Engh**

Nestleder og spesial-
rådgiver i Jus- og
arbeidslivsavdelingen

Råd og tips til lokale forhandlinger i kommunal sektor

Det skal forhandles lønn for alle kommunalt ansatte psykologer innen 1. oktober.

Du må finne ut hvordan dette skal foregå, og hvordan du vil bli ivaretatt – hvem skal forhandle for deg?

Du kan kontakte tillitsvalgt, nærmeste leder eller personalavdelingen for å avklare videre prosess. Forhandlingsplikten følger av hovedtariffavtalen, arbeidsgiver kan ikke motsette seg å forhandle. Forhandlingene foregår lokalt i den enkelte kommune. Psykologer får all lønn fastsatt etter lokale kollektive forhandlinger og får ingen tillegg sentralt. Oslo kommune har et annet lønnsforhandlingssystem og har i år ikke lokale forhandlinger.

Kriteriene for lønnsfastsettelsen følger av hovedtariffavtalen kapittel 5 – stillingens kompleksitet og den enkelte ansattes kompetanse, ansvar, resultatoppnåelse og innsats. Videre er det avtalt at det skal være naturlig sammenheng mellom arbeidstakerens kompetanse, kompetanseutvikling og lønnsutvikling. Relevant etter- og videreutdanning skal vektlegges. Virkningsdato for lønnstillegget er 1. mai 2025, med mindre partene lokalt blir enige om noe annet. Arbeidsgiver kan ikke ensidig bestemme en annen virkningsdato.

Ved lokale lønnsforhandlinger skal det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet – det vil si lønnsutviklingen til de ansatte som har fått ny lønn fastsatt sentralt. Resultatet her var på 4,4%. Dette gjelder stort sett alle andre kommunalt ansatte enn akademikere og ledere. I de fleste situasjoner snakker man lokalt om en nivåheving – friske penger per 1. mai – men blir det snakk om overheng eller glidning, ta kontakt med oss. Relevant bakgrunnsinformasjon når det gjelder hvor mye man bør kreve i lønnsøkning, kan være snittlønn for kommunalt ansatte psykologer, snittlønn fra andre sektorer og lønnsnivå på sammenlignbare stillinger i kommunen.

Mer informasjon om dette står i rundskriv fra Jus- og arbeidslivsavdelingen

som alle medlemmer skal ha fått, men ta kontakt med oss om du ikke har fått det. Ring gjerne rundt og spør om resultater i nabokommuner og nærliggende helseforetak. Lokale forhold avgjør hvor høyt et lønnskrav bør være.

Andre argumenter for lønnsøkninger kan være:

- Alle ansatte forventer å få et årlig lønnsopprykk.
- Ønske om / behov for stabilitet i personalgruppen / psykologgruppen, og å beholde spesiell kompetanse. Snakk med din leder om dette på forhånd.
- Utvikling i stillingen / kompetansen siden forrige lønnsregulering.
- Eventuelle endringer av stillingens arbeidsoppgaver og ansvarsområde.

Hvis du er eneste medlem i Psykologforeningen i kommunen og møter motstand på å få forhandle for deg selv, kan du ta kontakt med oss slik at vi kan bistå med å finne en løsning.

Akademikerne avholder opplæringskonferanser for tillitsvalgte knyttet til lønnsforhandlinger – se informasjon på Akademikerne.no. Vi anbefaler at tillitsvalgte som skal forhandle deltar på en av disse konferansene.

Den som skal forhandle, kan gjerne ta kontakt i forkant, så tildeler vi en rådgiver som er tilgjengelig under forhandlingene.

Psykologforeningen avholder digital spørretime knyttet til de lokale forhandlingene 25. august fra 1400 til 1530. Link til dette har blitt sendt ut til alle medlemmer i kommunal sektor.

Jus- og arbeidslivsavdelingen er tilgjengelig via Min side på Psykologforeningen.no eller via ja@psykologforeningen.no. Vi har daglige telefonvakt mellom kl. 1215 og 1500. Du når oss på 23103130.



EMDR med barn og ungdom

Sertifiseringskurs 3 dager, digitalt:

Dato: 6.–8. oktober 2025

Tid: 9.00–15.30 alle dager

Sted: Zoom

Kostnad: 8.000,- inkl. kursmateriell

Målet med kurset er å lære deg hvordan du kan bruke EMDR med barn i ulike aldre, familier, grupper og komplekse traumetilstander. Forutsetning er at du har gjennomført EMDR trinn 1 grunnutdanning.

Kursholder:

Psykolog Savita Dalsbø
Psykologspesialist NPF
EMDR Europe Approved
C & A Senior Trainer



Påmelding:

savitadalsbo@gmail.com

HUSK å oppgi fullstendig fakturaadresse



Integrering av EMDR & IFS

Å kombinere EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) og IFS (Internal Family Systems) kan være svært effektivt fordi begge metodene utfyller hverandre på en måte som adresserer både traumer og indre dynamikker i personligheten.

Kurset utvider din terapeutiske verktøykasse.

Kurset er omfattende og inneholder teori, kliniske eksempler og praktiske øvelser. En forutsetning for å delta er at du minimum har deltatt på EMDR trinn 1 grunnutdanning.

Kurset er godkjent av Norsk Psykologforening som 16 timers vedlikeholdsaktivitet for spesialister.

14.–15. oktober 2025

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo

Tid: kl. 09.00–16.00 begge dager

Kostnad: kr 7.800,- inkl. lunsj og kursmateriell

For mer informasjon se www.emdrkurs.no

Påmelding: savitadalsbo@gmail.com

Husk å oppgi fullstendig faktura informasjon

Kursansvarlig:

Savita Dalsbø, psykologspesialist, Norsk psykologforening, EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer.

Mindfulness MBSR kurs med psykologspesialister

Et 8 ukers forskningsbasert mindfulness kurs for deg som vil lære om stressmestring, finne større indre ro, tilstedeværelse, selvaksept, utvikle egen mindfulness praksis og kunne bruke mindfulness i ditt fagområde

Kursstart 16. september 2025

Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som 24 timers vedlikeholdskurs



Håkon Ruud og Cathrine Helgø Sasson,
psykologspesialister og MBSR lærer

Påmelding og kursinformasjon:
www.mindfulnesskurs.org

Institutt for Psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt



utlyser i samarbeid

Obligatorisk program i spesialiteten i voksenpsykologi

Ekvivalerer med NPFs program.

Ønsker du å videreutvikle din kompetanse innen psyko-dynamisk og psykoanalytisk behandling innen psykisk helse? Kursene vil fremme en psykodynamisk fagidentitet, utvikle fleksible og konteksttilpasset psykodynamiske intervensjoner samt integrere en forståelse av psykopatologi fra et psyko-dynamisk og psykoanalytisk perspektiv. Rådende diagnostiske utredninger og vurderinger inkluderes.

Utdanningsprogrammet er bygget opp etter målbeskrivelsen for det obligatoriske utdanningsprogrammet for spesialiteten i voksenpsykologi, revidert i 2025. Det vil være 6 kullsamlinger á to dager over halvannet til to år.

Kursene inkluderer obligatorisk lesing, diskusjon av teori, praktiske eksempler og veiledningssekvenser som kursdeltakerne forbereder. Alle lærerne er erfarne psykodynamisk orienterte psykoterapeuter og psykoanalytikere.

Oppstart i januar 2026. For kursdatoer og mer informasjon se hjemmesidene:

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

Søknadsfristen er 15.10.25



Gausdal kommune har en styrkebasert tilnærming i sitt arbeid med både barn, unge og voksne, og legger vekt på utvikling av det tverrfaglig samarbeidet i et helhetlig tjenestetilbud. Som kommunepsykolog er du med på å styrke og utvikle kommunens arbeid innen psykisk helse og folkehelse.

Kommunepsykolog – psykologspesialist/psykolog

Fra 1. november 2025 har vi ledig fast 100% stilling som kommunepsykolog.

Kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon som psykolog.
- Erfaring fra kommunalt arbeid er ønskelig, men ikke påkrevd.
- Personlig egnethet vil bli sterkt vektlagt.

Lønn etter avtale. Se fullstending utlysning under *Ledige stillinger* på www.gausdal.kommune.no

Spørsmål om stillingen kan rettes til enhetsleder Sølvi Bergset, mobil 907 69 449, eller på e-post: solvi.bergset@gausdal.kommune.no

Søknadsfrist: 11. august 2025

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

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

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



Ved NTNU, Noregs teknisk-naturvitenskaplege universitet, skaper vi kunnskap for ei betre verd og løysingar som kan endre kvardagen.

ER DU EIN AV OSS? NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDARAR

Institutt for psykologi

Universitetslektor i klinisk nevropsykologi

Me leitar etter ein universitetslektor i fast stilling med engasjement for utdanning av framtidens psykologar.

Ved instituttet vil du samarbeida med erfarne testteknikarar, vitenskapleg tilsette, og spesialistar i klinisk nevropsykologi. Du vil også samarbeida med relevante eksterne miljø som ein naturleg del av våre undervisnings- og fagutviklingsaktivitetar. Hovudvekt av arbeidet i stillinga vil omfatta opplæring og rettleiing av studentar i nevropsykologisk arbeid med pasientar, med vekt på nevropsykologisk utgreiing.

Stillinga kan kombinerast med ei 20 % bistilling som gir rom for at den som tilsetjast kan kombinera undervisnings- og forskarstillinga med forskning, utviklingsprosjekt eller samarbeid med andre utdannings- og forskingsinstitusjonar, offentlege verksemdar eller næringsliv. Dette kan til dømes vera klinisk stilling som del av privatpraksis eller som tilsett i helseføretak m.m.

Arbeidsstad: Trondheim
Søknadsfrist: 14.08.2025



NTNU

Kunnskap for ei betre verd

Sjå ntnu.no/ledige-stillinger



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

Tildeling 2026:

Fond til videre- og etterutdanning

– i klinisk psykologi og psykoterapi for psykologer som er avtale-spesialister og medlemmer av Norsk psykologforening

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

Dette skjer ved støtte til:

1. Styrking av veilederkompetanse i klinisk psykologi og psykoterapi.
2. Formål som har sammenheng med etterutdanning av spesialister i klinisk psykologi.
3. Fondet kan gi hel eller delvis dekning av kurs-, reiseutgifter (diett dekkes ikke) og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning.
4. Fondet kan gi midler til vitenskapelig forskning og til utarbeiding av skriftlige arbeider og publikasjoner i klinisk psykologi og psykoterapi.
5. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader som ikke kan få støtte på annen måte.

Fondsstyret vil vurdere søknadene ut fra:

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

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

Utover ordinære tildelinger ønsker Fondsstyret også å gi midler til **skrivning av artikler/essays om utfordringer i privatpraksis med formål publisering.**

Søknadsfrist 1. oktober 2025

Begrunnet søknad fylles ut her:

<https://no.surveymonkey.com/r/5X9SFB5>

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.

Norsk psykologforening,
Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo,
Tlf. 23 10 31 30

E-post npfpost@psykologforeningen.no

STIPEND 2026

MENTALHYGIENISK RÅDGIVNINGSKONTOR STI utlyser stipend for 2026

**Søknadsfrist:
15. september
2025**

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontors formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdomspsykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner.

Formålene det kan søkes midler til må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden var Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Søknadsskjema, personvernerklæring og informasjon hentes ut via denne linken:
<http://medmenneskeioslo.com/legater>

Det MÅ sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Søknaden må IKKE inneholde pasientopplysninger. Ved søknad om midler til forskningsrelaterte prosjekter inkludert kasusstudier og andre kvalitative prosjekter, må søker ha nødvendig etisk godkjenning før datainnsamling er påbegynt og denne må vedlegges søknaden.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport med vedlagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendet har blitt brukt til det formålet det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Dette må gjøres innen 30.04 året etter.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til psykiater Rune Johansen 91 66 52 27, ru-jo3@online.no eller til psykolog Ingeborg Aarseth 48119573, ingeborg.aarseth@gmail.com.

Styret i Mentalhygienisk Rådgivningskontor vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

Søknad sendes via Digipost til Mentalhygienisk Rådgivningskontor.

(Logg deg inn på din egen Digipost og søk etter Mentalhygienisk Rådgivningskontor. Der kan du enkelt legge ved din søknad.)

Ønsker du å annonsere?

Neste utgivelse er 1. september, frist for å bestille annonse er 18. august

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
September	18. aug	1. sept
Oktober	16. sept	1. okt
November	17. okt	3. nov

Kontakt HSmedia for mer informasjon:
E-post psykologi@hsmedia.no
Frida Robertsen Mostad tlf. 416 91 872
Ragnhild Vangerud tlf. 990 14 423

Ψ Psykologtidsskriftet

Digital psykoterapi,
og kreative media

Oslo 5.-6. sept.
+ streaming

www.integrativ-terapi.no

SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**President**

Håkon Kongrud 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
iversn@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 Garmannslund, 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, Ringsaker, leder
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

Lars Conrad Moe, fagsjef
lars.conrad@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. 8 2025

Pris for artikkel om psykologer i kommunen

Gro Walø-Syversen

Ekkoisme som klinisk fenomen

Agathe Rønning Blix-Løvmø

Unnvikende restriktiv spiseforstyrrelse (ARFID)

Terje Fladvad

En vurdering av foreldreversjonen av Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF-2)

Michelle Øybø, Joakim Tangen & Kristine Stadsleiv

Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang

Stian Solem

Behandlingsbehov hos pasienter med overspisingslidelse

Julie Riise

Etisk språkbruk om ADHD

Fredrik Dreyer Moe

Psykiske lidelser som dødelige sykdommer

Maria Bonita Igland

Kampen for fellesskapet

Simen Marenius Ekelund