

# Refleksjoner om psykologers fagformidling - et eksempel fra traumefeltet



Linda Sandbæk  
Fakultet for samfunnsvitenskap, OsloMet  
linda.sandbaek@gmail.com

Takk til Kjell Ivar Skjerdingsstad og Lars Viking Sandberg for innspill på artikkelen. Ingen oppgitte interessekonflikter

Diskursen om psykisk lidelse i media og blant psykologer påvirker våre forventninger til psykoterapi.

*I caught my PTSD panic attack on camera* er tittelen på en video fra 2023 som når jeg nå skriver, har 3,7 millioner visninger på TikTok. En ung jente filmer seg selv mens hun får et panikkanfall, samtidig som symptomer listes opp under bildet av ansiktet hennes. Kommentarfeltet flommer over av støtteerklæringer: folk som kjenner seg igjen, og som beskriver sine psykiske symptomer slik de likner eller er forskjellige fra jentas. Hun er styrkeløfter på det canadiske landslaget og poster fra treninger og konkurranser, men *I caught my PTSD panic attack on camera*-videoen har 3,6 millioner flere visninger enn den nest mest populære videoen hennes.

Menneskers smerte og traumer har og skal ha nyhetsverdi, men som eksempelet illustrerer, kan det traumatiske også gjøre det hverdagslige og friske mindre synlig. Her reflekterer jeg over et kulturelt og psykologfaglig spørsmål som er lite tematisert: Kan psykologers fagformidling – språket vi bruker for å beskrive og hjelpe sårbare grupper i samfunnet – samtidig bringe med seg nye problemer? I januarutgaven skriver Gunstveit (2025) om influenserpsykologers formidling i sosiale medier. Han løfter frem etiske dilemmaer som kan oppstå når psykologien har beveget seg ut av terapirommet. Han mener influenserpsykologer ikke i tilstrekkelig grad får frem faglig kompleksitet. I en kronikk i samme utgave argumenterer Elvik (2025) for at samtidens psykologer mangler prioriteringskompetanse. «Vi må bli gode til å prioritere de sakene hvor hjelpebehovet er størst, og der psykisk helsevern faktisk er det riktige stedet å få hjelp. Og prioritering betyr faktisk at når noen skal få mer, må andre få mindre» (s. 47). Kleve (2025) presiserer at økt press på psykisk helsevern og derav prioriteringsutfordringene har sammensatte årsaker, ikke minst på samfunnsnivå. Hun mener forventningene politikere, tilsynsmyndigheter og ansatte har til helsetjenestene, ikke er i tråd med eksisterende faglig kunnskapsgrunnlag, og at urealistiske forventninger ovenfra øker utfordringene med å prioritere.

Da jeg tidligere jobbet som psykologspesialist ved distriktspsykiatrisk senter (DPS), erfarte jeg at prioriteringsarbeidet ofte handlet om å møte pasientenes forventninger til psykologisk hjelp og endring. Både åpenhet på sosiale medier, influenser- og kjendispsykologer, men også mer tradisjonell fagformidling er en del av og bidrar til *vår terapeutiske kultur* (Madsen, 2017). Kulturen spiller igjen en rolle når det gjelder forventninger til – og det økte presset på – psykisk helsevern, og påvirker også fagformidlingen. I teksten bruker jeg formidling om traumebehandling som et eksempel på hvordan psykologers formidlingspraksis kan ha utilsiktede negative virkninger. Jeg diskuterer hva

som kjennetegner formidlingen, og hvordan jeg så virkninger av den da jeg selv jobbet på DPS. Avslutningsvis reflekterer jeg over hva som kan være hjelpsom fagformidling fremover.



## Selvforsterkende narrativ

At det trengs mer psykologisk kunnskap, kompetanse og terapi slik at mennesker som strever, skal få hjelp, betones av de fleste terapiretninger. De samme terapiretningene kjemper om innflytelse på sykehusvesen og helsepolitikere. Psykologiens makt har blitt problematisert, også av psykologer (se f.eks. Madsen, 2017; Ekeland, 2019). I boken *Den terapeutiske kultur* drøfter Ole Jacob Madsen (2017) det han mener er en utfordring i samtiden – at problemer som er sosialt og strukturelt forankret, skal behandles individuelt. Den meningsløse lidelsen som har vært grobunn for motstand og aktivisme, kan forsvinne i det terapeutiske narrativ som tilsynelatende er i stand til å forklare og gi mening til all lidelse, skriver Madsen. Samfunnsmedlemmenes avmakt vil ikke lenger fremmes i den offentlig sfære, men blir et anliggende for helseinstitusjonene, altså definert som helseproblemer, og ansvaret plasseres hos den enkelte.

Madsens (2017) analyse legger vekt på at nyliberalismen kan innebære en forskyvning av verdikonflikter fra tradisjonell politikk over til profesjonene. Styringspolitikkenes økte bruk av ekspertise som et mellomledd mellom staten og befolkningen kan føre til at psykologien blir mer etterspurt. Samtidig, når makten avhenger av å tilpasse seg og påvirke beslutningstakere, kan faget miste autonomi.

Den politiske tenkeren Hannah Arendt skrev om hvordan mennesket trenger en diskurs som kan besvare spørsmålet «hvem er du?». Bare handling som fortelling og fortelling som handling kan oppfylle det spesifikt menneskelige. Handling støtter opp om og befester det talende subjektet innenfor fellesskapet. De fleste ytrer seg innenfor det som allerede gjelder, og når vi ytrer oss, bestemmer det hva vi senere kommer til å si og gjøre (Arendt, 2012). En effekt av formidling om diagnoser, traumer og terapi kan være at fortellinger om oss selv som svake og avhengige av ekspertise utenifra styrkes. Narrativ om psykisk lidelser og behov for terapi forsterker hverandre. Dette kan være en av faktorene som forklarer hvorfor stadig flere søker psykisk helsehjelp for seg selv og barna sine (Helsedirektoratet, 2020). Vi handler innenfor det tilgjengelige språklige fellesskapet vi har skapt.

## Fagformidling om traumebehandling

I løpet av mine år som psykolog i offentlig psykisk helsevern mellom 2008 og 2021 etablerte traumebehandling seg som et begrep hos terapeuter og pasienter. Her er typiske utsagn som stadig oftere dukket opp i møter og journaldokumenter: «Pasienten er i behov av omfattende traumebehandling», «Pasienten ønsker traumebehandling for sin vanskelige oppvekst» eller «Har du kompetanse på traumebehandling?». Et søk i analysebyrået Atekst Retriever over norske aviser viser at ordet ikke er begrenset til psykisk helsevern. Fra januar 1993 til januar 2008 er det 205 treff på traumebehandling, i perioden 2008 til 2023 er ordet brukt 3022 ganger.

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene) har ansvar for kompetanseutvikling i traumefeltet og retter seg mot psykisk helsevern og offentlige instanser som skoler, barnehager, barnevern og kommunale helse- og sosialtjenester. I sin formidling bruker de begreper som *traumebevisst omsorg*, *traumesensitiv* og *traumeinformert*. De har også utviklet et eget instrument som måler traumekompetanse hos behandlere (se Nordanger et al., 2021 for en oversikt over traumefeltet og presentasjon av instrumentet). Nordanger, som selv er bidragsyter i

dette feltet, problematiserer det han oppfatter som en traume-inflasjon. I en ytring på Psykologisk.no skriver han at mer allmenne utviklingspsykologiske begrep trolig er mer hensiktsmessig å bruke i andre tjenester enn i psykisk helsevern (Nordanger, 2021).



## Traumebehandling som kur

Her ser jeg nærmere på noen tekstutdrag om traumebehandling. Jeg mener ikke å bagatellisere psykiske vansker eller betvile intensjonene hos fagformidlerne, men vil reflektere over mulige uheldige effekter formidlingen kan ha for pasienter og terapeuter ved en DPS. Jeg har valgt tekstutdragene fordi de representerer en av de rådende diskursene innen psykisk helsevern i Norge i dag. Boken *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (Anstorp & Benum, 2019) er en utdypelse av opplæringen for Psykisk helsevern fra RVTS Øst sitt kompetanseprogram *Tryggere Traumeterapeuter* (TT). En rekke fagpersoner, blant annet fra TT-programmet, er bidragsyttere. Redaktørene beskriver det redaksjonelle og faglige prosjektet: «Bare å snakke om det vonde er ikke virksomt. Traumatiserte trenger hjelp til reorganisering og reparasjon av de gamle erfaringene» (s. 13). I første kapittel med tittelen «Hva trenger terapeuten for å gi god traumebehandling» står det:

Ordet traume kommer fra gresk og betyr skade eller sår – en skade på kroppen av fysisk eller psykisk karakter. I medisinen snakker man om kroppslige traumer etter ulykker eller andre fysiske påkjenninger. Slike skader utløser vanligvis umiddelbar behandling, og kan som oftest leges fullt ut eller i hvert fall delvis. I psykologisk forstand er traume her en mer fenomenologisk vurdering, som er basert på enkeltpersonens opplevelse av hendelsen. Psykiske skader etter store påkjenninger utløser ikke på samme måte faglig oppmerksomhet og adekvat behandling. Her er det i større grad den utsatte selv som ikke bare har opplevd noe overveldende og dramatisk, men som også ofte på egen hånd må finne måter å leve videre på og selv ta ansvar for å oppsøke hjelpeapparatet. Dette på tross av at personen kan ha en opplevelse av «intense fear, helplessness, and horror» (American Psychiatric Association, 2000) som reaksjon på hendelsen, hvilket sier noe om alvorlighetsgraden av påkjenningene det kan handle om. Karakteristisk for utvikling av et psykisk traume er grunnleggende sett at det som skjer, overskrider den evnen mennesker har til mestring og tilpasning i hverdagen. Som i somatikken trengs det behandling for å kunne lege følelsesmessige og mentale sår (Anstorp & Benum, 2019, s. 23–24).

Boken presenterer et mangfold av tilnærminger og presiserer at traumebehandling er et supplement til vanlig behandling. Men jeg tenker likevel at begrepet traumebehandling i seg selv kan skape forventninger det kan være vanskelig å innfri. Når helsepersonell bruker ordet traumebehandling, mener vi da at traume er en sykdom? Antagelig ikke. Men når traume fremstilles som en sykdom på lik linje med somatisk sykdom, kan traumeoverlevende og andre som berøres, oppfatte traume som noe som kan behandles bort?

Traumeoverlevende blir beskrevet som ofre for urettferdighet; de lider som følge av traumatiske erfaringer og må «på egen hånd finne måter å leve videre på og selv ta ansvar for å oppsøke hjelpeapparatet» (s.24). Det at traumatiske erfaringer kan gi omfattende psykiske plager, er støttet av forskning (f.eks. Kirkengen & Næss, 2021), men i utdraget formidles det som en selvfølge at slike plager kan og bør behandles: «Som i somatikken trengs det behandling for å kunne lege følelsesmessige og mentale sår.»

Videre gir boken inntrykk av at om den riktige kompetansen hadde vært på plass i spesialisthelsetjenesten – da med hjelp av TT-kurset i regi av kompetansesentrene, ville pasientene fått behandlingen de trenger:

Ubearbeidet innebærer traumeerfaringer store omkostninger, både helsemessig og økonomisk, ikke bare for den enkelte, men for samfunnet som helhet. I spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern forventes det at behandlere har tilstrekkelig kunnskap til å kunne arbeide godt med traumatiserte pasienter. Virkeligheten synes imidlertid å være en annen. Mange kollegaer kunne si «Jeg vet ikke hvordan jeg skal hjelpe» (...) (Anstorp, 2019, s. 321–322).

Problemet med fremstillingen er ikke bemerkningen om at traumer kan gi symptomer, men sikkerheten om at helsepersonell kan lære seg å behandle plagene, så lenge de får nok fagkunnskap og trening. RVST Øst gjorde en kartlegging av deltakernes vurdering av utbytte etter å ha gjennomført kurset TT Trinn 1. De fant at andelen som vurderer seg selv som kompetent til å behandle pasienter med ulike typer av traumeproblematikk, har økt fra 5 til 20 %, og at flere etterspurte traumeerfaringer i utredningen. Anstorp (2019) skriver i sin oppsummering av kartleggingen:

Bevegelsen mot flere kompetente traumespesialister etter nærmere ett års utdanningsprogram var klart stigende, det er bra. Samtidig må vi si at behandleres vurdering av egen kompetanse med hensyn til traumearbeid fortsatt er for svak, når bare hver femte spesialist mener seg faglig god nok på traumebehandling. I spesialisthelsetjenesten bør det kunne forventes at flertallet i personalgruppa kjenner seg tilstrekkelig kompetente på i hvert fall å gi adekvat behandling av enkel PTSD, og at resten må kunne si at de kjenner seg 'ganske trygg' på sin kompetanse. Vi ser virkelig et stort forbedringspotensial her (Anstorp, 2019, s. 331).

## Fagformidling som helsepolitikk

I utdraget fra første kapittel av boken *Traumebehandling* ble det brukt en sterk og oppmerksomhetsvekkende analogi som sidestiller de psykiske effektene av traumatiske erfaringer med fysiske skader. Boken problematiserer at fysiske skader gir både bedre behandlingstilbud og mer alarmerende reaksjoner i omgivelsene, enn det psykiske traumer gjør.

Etymologisk kan ordet traume både betegne en skadet kropp og en skadet psyke. Språklig sett er det altså gode grunner til å sammenligne fysiske og psykiske påkjenninger. Men slik jeg forstår forskningslitteraturen, er det fundamentale forskjeller mellom psykisk og fysisk traume, både når det gjelder dødelighet, synlighet, prognose og effekt av behandling. Et eksempel på forskjellene mellom det psykiske og somatiske traumearbeidet er at i somatikken dreier det seg ofte helt konkret om forsøk på å redde liv: Når helsepersonell skal vurdere om en pasient skal direkte til traumesenter, undersøkes først vitale funksjoner, og deretter vurderes tilstedeværelsen og omfanget av blant annet «åpent skallebrudd/impresjonsfraktur, penetrerende skade på ansikt, hals, torso og ekstremiteter, store ytre blødninger og stor knusningsskade» (Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, 2016, s. 18). Se for eksempel Opaas et al. (2022) for en nylig studie av behandlingseffekt for pasienter med traumelidelser i Psykisk helsevern.

Jeg undrer meg over hva som kan ha bidratt til en såpass dramatisk sammenligning mellom somatikk og psykologi i en fagbok rettet mot helsepersonell. En måte å lese fremstillingen på er en form for kommunikasjon som også er politisk rettet. Språket her kan være tilpasset beslutningstakere i sykehusvesen, helsebyråkrati og politikk, hvor det er stadig økende krav til demonstrasjon av behandlingsformers effekt og nytte. For psykologene har det vært nødvendig å bruke medisinerens språk for å få gjennomslag.



## Uheldige effekter av fagformidlingen



De mulige gevinstene av å formidle behovet for kompetanseheving på traumebehandling innenfor spesialisthelsetjenesten er åpenbare. Ved å synliggjøre en sårbar gruppe kan man påvirke beslutningstakere. De kan igjen bevilge penger som sikrer at psykisk syke får behandling gjennom at helsepersonell får god nok opplæring, for eksempel via TT-kurset. Samtidig mener jeg diskursen om traumebehandling også fører med seg noen problemer. Da jeg selv arbeidet på DPS, hendte det som nevnt stadig oftere at pasienter, pårørende og samarbeidspartnere ba spesifikt om traumebehandling. Diskursen kunne komplisere terapiprosessene av flere grunner.

## Urealistiske forventninger

Den ene grunnen handler om pasientens forventninger. For noen pasienter jeg møtte, virket det som tenkningen om traumebehandling hadde bidratt til urealistiske forventninger hva gjaldt psykoterapi. Mitt inntrykk var at en del pasienter trodde traumebehandling var nytt og revolusjonerende, noe helt annet enn vanlig terapi. Psykoedukasjon, i henhold til kunnskapen jeg hadde tilegnet meg om traumebehandling, syntes ikke å innfri forventningene de hadde. Det hendte jeg forklarte at traumebehandling er langt fra en enhetlig tilnærming, og at psykoterapiforskningen uansett har gått bort fra et hovedfokus på effekt av enkelttilnærminger. Jeg kunne sagt at generelt har hundrevis av etablerte terapiretninger tilnærmet lik effekt, og at forskningen nå befatter seg mer med hvordan terapi virker, og hvem som får mer eller mindre utbytte av terapi, enn hvilke spesifikke metoder vi bruker. Noen ganger sa jeg at traumebehandling er et begrep som brukes om mye av det vi har gjort og tenkt om psykoterapi over lang tid. Som regel lot jeg være å si noe. Jeg tenkte at jeg fikk møte pasienten som best jeg kunne. Hvis pasienten er i krise, nytter det ikke å komme med informasjon som pirker i rådende diskurser. De gangene det virket rimelig eller praktisk, forsøkte jeg å tilpasse egen tenkning og tilnærming i tråd med det rådende perspektivet om å gi *god traumebehandling*.

For å ta en annen metafor fra medisinen var det som om traumebehandling ble en resept pasientene hadde fått utskrevet, men hvor spesialisthelsetjenesten ikke kunne levere medisinen. I det innledende prioriteringsarbeidet på DPS erfarte jeg at en del av arbeidet besto i å møte forventninger fra personer som ikke hadde plager alvorlige nok til å behandles i spesialisthelsetjenesten. Mennesker blir naturlig nok skuffet og frustrert da de hadde hørt om traumebehandling, men fikk beskjeden om at de ikke var tilstrekkelig plaget eller hadde et stort nok funksjonsfall til å få hjelp i det offentlige. Også hos personer med mer alvorlige symptomer som mottar behandling, spiller forventninger om terapeutisk endring inn. For mange, og spesielt traumatiserte pasienter, er min erfaring at skuffelsen over uteblitt bedring vendes innover: «Hvorfor blir jeg ikke bedre?» Behandlingen må gjerne avsluttes etter færre timer enn hva både pasienten selv og terapeuten mener er ideelt. Da kan resultatet være at pasientens selvforståelse som syk og hjelpetrengende styrkes, samtidig som han eller hun fortsatt har plager.

## Demper kompleksitet og faglig selvstendighet

Et kurs kan ikke romme kompleksiteten terapeutene står overfor i terapirommet. Fra mitt perspektiv er hver enkelt terapi et unikt møte mellom terapeutens egen historie, ervervet kunnskap og den enkelte pasientens traumeerfaring og symptombilde. I tillegg spiller krav fra helseforetakene om raske avklaringer av psykisk tilstand og avslutninger av terapiforløp inn. For terapeuten kan

det, som jeg skrev om i en tidligere fagartikkel (Sandbæk, 2021), kjennes håpløst ut å arbeide med følgetilstander av traumer og krenkelser. Det til tross for muligheter for å gå på kurs og rådføre seg med kompetansesentrene. Her belyser jeg terapeuters opplevelse av motløshet med motoverføringsbegrepet (Gullestad & Killingmo, 2019). Jeg foreslår at følelsen av håpløshet både hos meg selv og mine kollegaer kunne dreie seg om kompleksiteten i fenomenet vi sto overfor. Terapeuter på DPS er mottakere av traumeerfaringers grusomme og ofte tause innvirkning. Samtidig står de i et indre og ytre press om å betjene køen av hjelpetrengende mennesker så effektivt som mulig.

Det kunne også skape vanskeligheter når ikke alle terapeuter hadde den etterspurte «traumekompetansen». Noen hadde ikke hatt mulighet til å være med på TT-kurset eller lest bøkene. Andre, inkludert meg selv, var opplært i og ønsket å bruke andre metoder. Vik og Stänicke (2022) reflekterer over de implisitte menneskesynene i behandlingsmetodene som brukes i psykisk helsevern, og hvordan psykoterapeutiske perspektiv utgjør beskrivelser av det menneskelige som går utover det som er studert eller dokumentert. Derfor er det uheldig at terapimetoder anbefales oppover i systemet til sykehusledelse og helsepolitikere kun med henvisning til effekt.

## Fagspråket blir beskyttelsesstrategi

I mange av sakene jeg var involvert i som terapeut på DPS, var det vanskelig eller lite hensiktsmessig å arbeide med stabiliseringsteknikker og traumbearbeiding. Jeg erfarte for eksempel at pasienter som utøvet vold, insisterte på å motta traumebehandling for sine barndomstraumer, men ville ikke arbeide med å stoppe pågående voldelig atferd. Lignende erfarte jeg med pasienter som hadde bulimiske symptomer og brukte rusmidler. Jeg prøvde da å anerkjenne de traumatiske erfaringenes innvirkning samtidig som jeg fokuserte på den atferden eller de relasjonsmønstrene som skapte problemer i nåtiden, noe som ikke er uforenelig med metoder som beskrives i *Traumebehandling* (Anstorp & Benum, 2019). Grunnen til at jeg nevner det her, er for å illustrere måten den psykologiske fagformidlingen kan virke inn på pasienters selvforståelse på og spille seg ut i relasjonen mellom terapeut og pasient. Det terapeutiske språket blir internalisert og brukes naturlig nok som nye språkhandlinger: «Det skyldes traumene mine» og «jeg trenger traumebehandling», hørte jeg pasienter si. Da dette ble sagt når jeg for eksempel forsøkte å tematisere vold eller rusmisbruk, tenkte jeg som psykoanalytisk orientert terapeut at fagspråket var blitt en del av personens beskyttelsesstrategier mot for eksempel skyld og skam over tidligere volds- og rusbruk. Istedenfor å bidra til god behandling var den nye kunnskapen blitt en faktor som dro i motsatt retning.

## Hva er hjelpsom fagformidling?

Psykologer i media og innenfor tradisjonell fagformidling inngår i en tid der psykiske lidelser og terapi har fått og tatt større plass i offentligheten. Det individuelle og dramatiske dyrkes frem, og sterke retoriske virkemidler kan være nødvendig for å nå frem med et budskap. Med teksten her prøver jeg å åpne opp for det kontekstualiserte, uavklarte og subjektive i psykologisk kunnskap. Jeg håper at fremtidig kunnskapsutvikling og formidling kan virke i praksisfeltet og samfunnet på en måte som fremmer menneskers mulighet til å erfare seg selv, og sammenhengene en inngår i, med tiltro til egen intuisjon, kompetanse og mulighet for handling. Psykologer som ytrer seg, kan gjøre det på en måte som er helt innenfor som enkeltindivider, men når mange gjør det samme, kan virkningene allikevel være uheldige. Det psykologiske fagspråket kan skape og opprettholde selvforsterkende narrativ om psykisk lidelse og behov for terapi.

Spesielt innenfor offentlige psykiske helsetjenester som skal prioritere, tenker jeg at det er viktig å være tydelig på at det finnes grenser for hva psykologer kan gjøre noe med. Som Arendt (2012) påpekte: De narrative som er tilgjengelige i kulturen, vil det nødvendigvis bli flere av. Som mennesker ytrer vi oss – spørsmålet er hvilke språkhandlinger psykologer vil at skal forsterkes i samfunnet. Som kjent er det ikke alltid slik at problemer som viser seg som psykiske lidelser, har en psykologisk løsning. Kanskje burde media oftere hente frem annen ekspertise enn vår. Og kanskje bør psykologer oftere vise til annen kunnskap og andre profesjoner.

Mitt inntrykk er at skammen over å ikke bli sett eller være nyhetsverdige nok ofte trumfer stigma over psykiske lidelser. Når psykologen vil dele kunnskapen sin med offentligheten for å normalisere og drive folkeopplysning, legitimerer de egen fagformidling med behov som i stor grad ikke eksisterer lenger? Når psykologen deler informasjon om sterke følelser, et traume eller en diagnose, er det ikke nødvendigvis bare skamreducerende, men også forsterkende for en diskursiv praksis hvor psykiske lidelser har blitt heftige nyheter: *I caught my PTSD panic attack on camera* (Matthews, 2023).

## Referanser

- Anstorp, T. (2019). «Tryggere Traumeterapeuter»  
– et traumefaglig kompetanseprogram for spesialisthelsetjenesten. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s.321–337). Universitetsforlaget.
- Anstorp, T. & Benum, K. (red.). (2019). *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.
- Arendt, H. (2012). *Vita Activa – Det virksomme liv*. (C. Janss, overs.). Pax Forlag. (Originalt arbeid utgitt 1958)
- Ekeland, T. J. (2019). Individualisering og patologisering. En kulturkritikk. I A. Kolstad & R. Kogstad (red.), *Medikalisering av psykososiale problemer* (s. 59–83). Abstrakt Forlag.
- Elvik, I. (2025). Psykologer mangler vurderingsferdigheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 44–48.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2019). *The Theory and Practice of Psychoanalytic Therapy: Listening for the subtext*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429431425>
- Gunstveit, D. W. (2025). Når psykologen blir influenser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 40–44.
- Helsedirektoratet (2020). *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2020*. Samdata. Spesialisthelsetjenesten. Rapport IS-3017. Helsedirektoratet.no.
- Kirkengen, A., & Næss, A. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kleve, L. (2025). Prioriteringsvegring og urealistiske forventninger. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Prioriteringsvegring-og-urealistiske-forventninger>
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.
- Matthews, A. [@itsnotalexam] (2023, 23. april). I caught my PTSD panic attack on camera [video]. TikTok. <https://www.tiktok.com/@itsnotalexam/video/7225093238460386586>
- Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (2016). *Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016* [lest 8, januar 2023]. <https://traumeplan.no/>.
- Nordanger, D. Ø., Gjestad, R., Solhaug, P., Andersen, A., Bræin, M. K., Johannessen, K., Lundegaard, A., Ormhaug, S. M., Andersson, G., Gran, J., Hafstad, G. S., Hanssen, T., Johansen, V. A., Simonsen, A. H., Steinkopf, H. & Johansson, E. R. (2021). *Trauma and Development Education*

- Monitor: et nytt instrument for å måle traumekompetanse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(12), 1022–1031. <https://doi.org/10.52734/Y6g8ru84>
- Nordanger, D. Ø. (2021). «Herregud, er alt traumer nå?!» *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2021/09/herregud-er-alt-traumer-na/>
- Opaas, M., Wentzel-Larsen, T., & Varvin, S. (2022) Predictors of the 10 year course of mental health and quality of life for trauma-affected refugees after psychological treatment, *European Journal of Psychotraumatology*, 13:1, DOI: 10.1080/20008198.2022.2068910
- Sandbæk, L. (2021). Om å bevitne det grusomme og tapte. Interdisiplinære bidrag til traumefeltet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(9), 760–765. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2021/09/om-bevitne-det-grusomme-og-tapte>
- Vik, O. M. & Stänicke, E. (2022). Menneskesyn i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1104–1111.

