

**Evidens i møte
med den enkelte
pasienten**

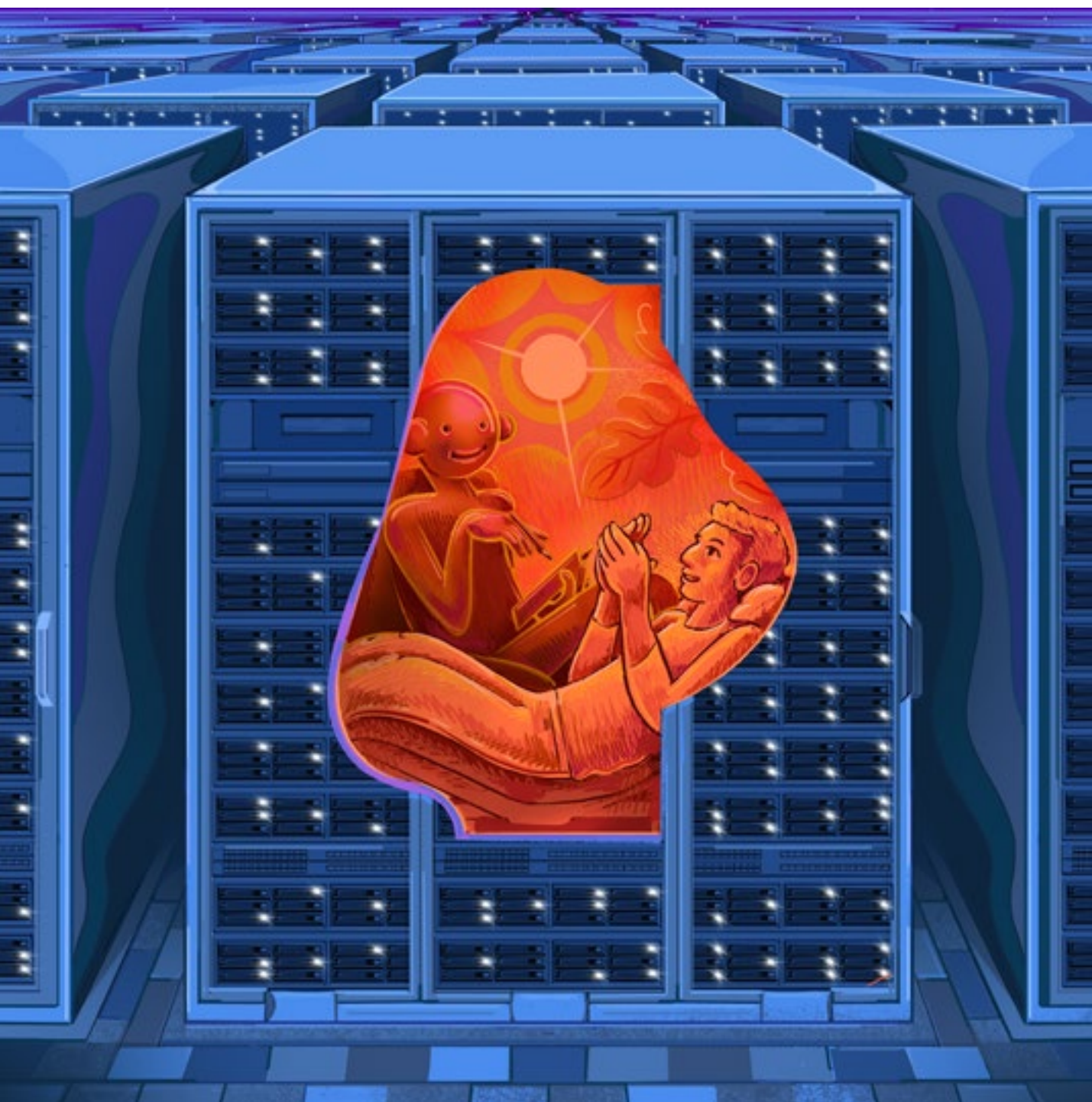
Kjersti Nedreskår

**Fremtidens psykoterapi:
Hvilken rolle bør kunstig
intelligens spille?**

Nissen-Lie & Stänicke

**Missed opportunities
to improve mental
health care**

Pim Cuijpers



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
22.08.2025

ISSN 0332-6470

Postadresse

Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgiver Norsk psykologforening,
generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg
meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser psykologi@hsmedia.no
Bestillingsfrist 16.09, 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
Redaksjonsmedarbeider Simen Bø
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 Andreas Pilskog
Trykk Aksell AS

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

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

 **Fagpressen**



INNHold

NR 9 - 25

Psykologtidsskriftet
Vol 62

OMSLAG

Andreas Pilskog har laget forsideillustrasjonen og undrer: Kan de kaldt blinkende lysene i et serverrom gi varm terapi?



Fremtidens psykoterapi: Hvilken rolle bør kunstig intelligens spille?	512
FAGARTIKKEL Nissen-Lie og Stänicke	
ChatGPT som validerende ekkokammer	519
KOMMENTAR Thea Degvold	
Utviklingen av karakteranalysen i Norge	522
FAGARTIKKEL Jon Sletvold	
Prediksjon av selvmord Barn i mekling	530
DOKTORGRADER	
«Fra frykt til framtidstro»: En kvalitativ studie om ungdoms erfaringer med mentaliseringsbasert terapi	532
ORIGINALARTIKKEL Johansson et al.	
Nytt utdanningsprogram for barnefaglig sakkyndige	541
FRA FORSKNINGEN Annika Melinder	
Psychotherapy for depression is effective, but not for the reasons provided in a recent review	544
KOMMENTAR Pim Cuijpers	
Metaanalyser til både hjelp og forvirring	547
KOMMENTAR Stian Solem	
Missed opportunities to improve mental health care	550
KOMMENTAR Pim Cuijpers	
Svakt og usaklig om psykoterapi for depresjon hos voksne	552
KOMMENTAR Arne Holte	
–Er du den same Knut Dalen som er på «Kav Halling» på Facebook?	555
ETIKKPANELET Knut Dalen	
2019 er fjern fortid	558
DEBATT Håkon Skard	
Tilsvar til «2019 er fjern fortid»	559
DEBATT Birgit Aanderaa	
Vi må selv skape mulighetsrommene	560
DEBATT Hanne Indregard Lind	
Evidens i møte med den enkelte pasienten	563
KRONIKK Kjersti Nedreskår	
Å møte fremmede følelser i terapirommet	566
NYE STEMMER Nanna Skram	
Et verdig punktum	569
ANMELDT Daniel Willumstad Gunstveit	

TEKST Helene Amundsen Nissen-Lie
Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Erik Stänicke
Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Fremtidens psykoterapi: Hvilken rolle bør kunstig intelligens spille?

Bruk av KI i psykoterapi er først og fremst et prinsipielt og etisk spørsmål. I terapeutisk sammenheng må KI anvendes med kritisk refleksjon og etisk ansvar.

KONTAKT

h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no

MERKNAD Teksten bygger på et foredrag HNL holdt på Psykoterapibiennalen 10. mars 2025. Begge forfatterne har utarbeidet ideene som teksten fremlegger. Vi vil takke professor emeritus Helge Rønnestad og Henning Bråten for viktige innspill til foredraget. Vignetten er fra et terapiforløp, gjengitt med tillatelse fra pasienten. HNL og ES sitter i Psykologtidsskriftets redaksjonsråd. Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

I programmet «The Tonight Show» med Jimmy Fallon (Mesella & Diomedea, 2024) gir Jerry Seinfeld følgende beskrivelse av AI (eller kunstig intelligens, KI) høsten 2024:

Alt vi hadde, var ekte intelligens, ikke sant? Fra vår begynnelse som mennesker. Det funket ikke. Vi var dumme, og vi er fremdeles dumme. Men vi fortsatte å tenke, til vi klarte å lage en fake variant av intelligens: kunstig intelligens. Slik at dumme folk ville virke smarte. Men så begynte vi å tenke, kanskje var ikke det det smarteste vi hadde gjort? For hva om den kunstige hjernen ble smartere enn den ekte hjernen? Da ville vi jo virke enda dummere? Så hvis jeg har forstått dette riktig: Vi er smarte nok til å lage KI, dumme nok til å trenge det, og så stupide at vi ikke aner om vi gjorde det rette. (vår oversettelse)

Bruk av kunstig intelligens i psykoterapi

Årets Psykoterapibiennale på Litteraturhuset i Oslo hadde tittelen «Psykoterapi – et knapphetsgode?» (10. mars, 2025), og førsteforfatter hadde i oppgave å avslutte dagen med et foredrag med tittelen «Fremtidens psykoterapi». Hva var vel mer naturlig enn å se på bruken av kunstig intelligens (KI) i psykoterapi? Kan vi hjelpe flere om vi tar i bruk det teknologiske fremskrittet som KI representerer? Kan vi supplere eller i noen tilfeller erstatte psykoterapi mellom en terapeut og en pasient ved hjelp av KI? Er dette først og fremst et 'empirisk spørsmål', om hvor effektiv KI-basert terapi er sammenliknet med vanlig psykoterapi? Altså virker en slik behandling tilfredsstillende eller like godt som tradisjonell psykoterapi? Er det noen som *ikke* vil profitte på KI-basert terapi? Er dette et empirisk, etisk eller politisk spørsmål? Kan terapi gitt ved hjelp av KI, uten menneskelig kontakt, i det hele tatt kalles psykoterapi? Ved bruk av tenkning fra filosofi og psykoanalytisk teori vil vi argumentere for at *mangelen* på intensjonalt gjensvar, emosjonell opplevelse eller menneskelig kontakt gjør KI-baserte chatboter til noe annet enn psykoterapi. Vi håper at teksten kan stimulere til faglig refleksjon og diskusjon i feltet.

Mange peker på potensialet KI har i behandling av psykiske helseplager, ikke minst med tanke på at psykoterapi nettopp er et knapphetsgode. KI kan brukes på flere måter i behandlingskjeden (Hatch et al., 2025). Vi kan bruke KI i diagnostisering, KI kan analysere data fra spørreskjemaer og journaler, og det kan brukes i kliniske vurderinger for å bidra til mer presis diagnostikk. KI, eller maskinlæring, kan hjelpe oss å finne riktig behandling eller tilpasse behandlingen vi allerede gir (se Delgado & Atzil-Slonim, 2023). Kombinert med KI kan virtuell virkelighet (VR) brukes til eksponeringsterapi for angst (se blant andre Imel et al., 2017). Man kan bruke apper til å overvåke symptomer, humør og til og med selvmordsfare. I en fersk norsk studie undersøker en gruppe forskere hvordan ungdom mellom 16 og 20 år opplever svarene om psykisk helse fra store språkmodeller (ChatGPT) sammenliknet med svarene fra fagpersoner hos en nettbasert informasjonstjeneste (ung.no). Deltakerne var positive til svarene fra både fagpersoner og ChatGPT, men anbefalte oftere svarene fra ChatGPT til andre. Som begrunnelse for det oppgav en undergruppe av deltakerne som ble undersøkt kvalitativt at svarene fra ChatGPT blant annet hadde høyere informasjonskvalitet og var mer velstrukturerte (Skjuve et al., 2025).

Ved hjelp av avanserte språkmodeller kan vi også i helsetjenestene bruke KI-baserte chatboter eller terapiboter til noe som likner mer direkte på psykoterapi. KI-baserte chatboter blir programmert til å gi ulike intervensjoner, fra validering, strukturering av tanker, utforskning av følelser til ulike hjemmeoppgaver, eller å engasjere pasienter i terapeutisk interaksjon over tid. Det er spesielt bruken av KI i terapeutisk interaksjon over tid vi vil drøfte i artikkelen.

Det er ennå få gode studier på denne bruken av KI, men flere er på trappene. De studiene som sammenlikner en terapibot med tradisjonell psykoterapi, finner at

tradisjonell terapi gir bedre effekt, men at chatboten kan være nyttig i akutte kriser for pasienten der tilgang til terapeuten er begrenset (Spytska, 2025). En systematisk oversikt med 20 studier fant at selv om KI-terapi er tilgjengelig og kan redusere symptomer, øke livskvalitet og brukertilfredshet på tvers av pasientgrupper, finnes det betydelige etiske problemer, og mangel på ekte menneskelig empati og innlevelse blir sett på som et hinder for reell endring (Li et al., 2023).

Menneske og maskin

Forholdet mellom menneske og maskin er et spørsmål akademikere har holdt på med lenge, men spørsmålet har fått ny aktualitet med kunstig intelligens. I bestselgeren *The emperor's new mind* fra 1990, oppdatert i 1998, hevder Robert Penrose at den avgjørende forskjellen mellom menneske og maskin er *bevisst tilstedeværelse*, eller bevissthet, som krever en organisk (eller levende) enhet. Han viser til matematikeren Alan Turing, som løste Enigma-koden til tyskerne under andre verdenskrig, og hans Turing Machine, en forløper for KI som tester om en forsøksperson klarer å gjette om det er en maskin eller et menneske som kommer med en respons. Det viktigste, ifølge Penrose, er ikke om svarene gitt av Turing-maskinen likner et svar fra et menneske, men om man kan tilskrive svaret en menneskelig intensjon. Her bryter det sammen for KI. KI har ingen menneskelig intensjon.

For Penrose er det klart at mennesket er fundamentalt annerledes enn en maskin. Uavhengig av hvor kraftfull og avansert computeren er, vil ikke maskinen ha et sinn (eller mind), og kan derfor egentlig ikke tenke. Det er ingen der! Computere (maskiner) kan simulere menneskelig kontakt, men det vil alltid forbli en simulering. Selv om de etter hvert kan reflektere og dermed gjøre noe som likner på tenkning, er det fortsatt *simulering* av tenkning.

ELIZA – den første terapiboten

Når det gjelder terapi, peker Penrose på et computer-program utviklet i 60-årene, ELIZA, som simulerte en rogeriansk/klientsentrert terapeut. Det ble så vellykket at flere pasienter sa at «de foretrakk maskinen fremfor en menneskelig terapeut», og rapporterte at de klarte å avsløre mer av seg selv overfor computeren enn overfor en terapeut.

Som respons på ELIZA-teknologien noterer Weizenbaum seg allerede i 1966 at man *med enkle midler kan skape en illusjon av menneskelig forståelse*. Siden den gang har språkmodellene gjennomgått en revolusjon. De er nå allemannseie og erstatter menneskelig funksjon i nærmest hver eneste sektor, og de forandrer vår måte å være i verden på (Brandtzæg et al., 2024). I en artikkel publisert i 2025, «When ELIZA meets therapists: A Turing test for the heart and mind», viser Hatch et al. at deltakere ($n = 830$) sjelden klarte å skjelne mellom svar til parterapi-vignetter skrevet av en terapeut og svar generert

av ChatGPT. Svarene fra KI var ofte mer i samsvar med teoretiske prinsipper for parterapien, men språkmønsteret var ulikt når det var skrevet av et menneske versus ChatGPT (Hatch et al., 2025). Basert på funnene var forskernes konklusjon klar:

Plainly stated, if GenAI (i.e. KI) cannot do it now, it will find a way to imitate humans to a sufficient degree soon. Thus, mental health experts find themselves in a precarious situation: we must speedily discern the possible destination (for better or worse) of the AI-therapist train as it may have already left the station. (Hatch et al., 2025)

Sørgeboter og unnvikelsen av sorg

Psykoanalytikerinnen Alessandra Lemma (2024) bruker teori fra Freud, Klein og Derrida i forståelsen av fenomenet griefbots (sørgeboter), som er KI-genererte chatboter laget for å simulere samtaler med våre kjære selv om de er døde. Dette er en uhyggelig, men reell, voksende industri som anvender språkmodeller og maskinlærings-algoritmer basert på bilder og videosnutter av den avdøde eller chatter, e-poster, sms-er og sosiale medier-poster vedkommende har skrevet, for å etterlikne den døde og skape en fortsatt samtale eller «interaksjon» med den som er borte. Dette er altså dynamiske, digitale roboter som lærer kontinuerlig og utvikler seg i henhold til hva de blir matet med. Det kan bli skremmende likt «the real thing».

Lemma viser til en engelsk sciencefiction-TV-serie, *Black Mirror*, og en episode ved navn *Be Right Back*. I denne episoden møter vi Martha og Ash som er unge og vilt forelsket. Ash dør plutselig i en bilulykke, og Martha får høre i begravelsen av en velmenende venninne at hun kan skape en «Ashbot» som er en etterlikning av Ash (i form av en stemme på øret). Denne skapes ved hjelp av bilder, filmer, telefonsvarerbeskjeder, sms-er og mailer hun kan mate boten med. Hun bruker mer og mer tid med Ash på øret. Etter hvert utvikler teknologien seg så hun kan få Ash i 3D-format, og hun bestiller etter hvert en dukke hjem til seg som likner på Ash og oppfører seg som Ash. Martha er såre fornøyd. Inntil hun ikke er det lenger, fordi det går opp for henne at han *jo ikke er seg*

selv, men en kopi. Ashboten spiser ikke, men han lager mat, han puster ikke og sover ikke, men han kan late som. Han hjelper henne med alle behov, inkludert seksuelle. Han er perfekt. Men det er jo ikke Ash. Han er kun et ekko av alt som er matet inn. Han er forutsigbar og aldri drevet av eget begjær. Han tilpasser seg Martha i ett og alt. Han krangler aldri. Martha blir på slutten helt desperat etter å få en ekte emosjonell respons – ikke en forhåndsprogrammert maskinlæringsrespons – og kaster dukken på loftet for aldri å interagere med den igjen (se Lemma, 2024).

Psykoanalyse og eksistensialisme

I artikkelen drøfter Lemma problematiske sider ved bruk av KI og maskinlæring i en terapeutisk sammenheng, men hun mener ikke at all bruk av KI i terapeutisk øyemed er en dårlig ide. Derimot bringer hun frem menneskets vansker med å *sørge over det tapte*, og at sørgeboter blir en avansert måte å slippe unna sorgen på. Den sørgende unngår det viktige sorgarbeidet som både Freud og Klein skrev om i sine mest kjente tekster, og holder den døde kunstig (apropos kunstig intelligens) i live. Slike sørgeboter utsetter vår erkjennelse av smertefulle tap og anerkjennelse av «den andres annethet», sier Lemma, som er helt grunnleggende for psykisk vekst og modning og for å kunne ha ekte relasjoner til virkelige mennesker.

Lemma anvender tekningen til Derrida om sorg, der han understreker at å sørge er en prosess som aldri blir avsluttet. Det er en kontinuerlig prosess som «utfordrer oss til å holde på det tapte objekts 'annethet', der man alltid må bestrebe seg på å beholde perspektivet om den andre oppe» (Lemma, 2024, s. 544).

Ideen om den andre som en person i egen rett, ikke en forlengelse av en selv eller egne behov, kan minne oss på Winnicotts (1971) begrep om 'objekt-bruk' (Use of an Object), som han setter opp i motsetning til å *relatere seg* til objektet. Sistnevnte innebærer for Winnicott at vi relaterer oss til den andre som noe som skal tilfredsstille våre behov. Å *bruke* objektet (kanskje overraskende da det i norsk hverdagspråk har en negativ klang), innebærer faktisk at vi oppdager at den andre har egne tanker, behov og følelser som kanskje kan lære oss noe, hjelpe oss eller veilede oss i noe vi ikke klarer på egenhånd.

— *Et møte preget av gjensidig anerkjennelse
innebærer en gjensidig intensjonalitet*

Betydningen av å relatere seg til den andres annerledshet minner også om tenkningen til eksistensialisten Martin Buber i boken hans *Ich und Du (Jeg og Du)* fra 1923. Han trekker opp det sentrale skillet mellom *Jeg–Du*, basert på *subjekt–subjekt*-relasjoner, og *Jeg–Det*, som svarer til *subjekt–objekt*-relasjoner. Buber er klar på at vi ofte reduserer den andre til objekt (nettopp i *Jeg–Det*-relasjoner). Vi prøver å styre og kontrollere den andre, som vi vil skal oppfylle våre personlige eller kollektive behov og interesser, og denne formen dominerer i det moderne samfunnet, ifølge Buber. Men det finnes en annen, sannere vei, og det er en relasjon «fra menneske til menneske». I den intersubjektive tenkningen er det mulig for mennesket å tre inn i relasjoner som øker vår gjensidige, eksistensielle verdighet, der den andre trer frem som et subjekt, en person i sin egen rett og ikke kun som en forlengelse av oss selv. Bubers poeng er å understreke verdien av å forholde seg til den andre med umiddelbarhet, gjensidighet og anerkjennelse som grunnprinsipper (Nissen-Lie, 2024).

Anne-Lise Løvlie Schibbye og Elisabeth Løvlie, som også har et intersubjektivt perspektiv i sin tenkning, ser på dette som et spørsmål om menneskesyn, som igjen tilsvarende er relasjoner. Schibbye og Løvlie (2017) er inspirert av den tyske filosofen Georg Wilhelm Friedrich Hegel, som legger til grunn vårt universelle behov for anerkjennelse og anerkjennelsens paradoks. De skriver: «En forutsetning for anerkjennelse er den menneskelige evnen vi har til å innta den andres perspektiv. Jeg kan vite noe om og forstå din opplevelse, din smerte, din sorg og din glede. Men, og det er vel så viktig, jeg kan ikke vite alt om din opplevelse. Jeg kan derfor aldri fortelle deg hvordan du har det, eller hva du opplever. Ditt indre landskap er meg både kjent og fremmed» (Schibbye & Løvlie, 2017, s. 49).

Stein Bråten, utviklingspsykologen, sosiologen og dialogens tenker i Norge som døde for litt over ett år siden, er også kjent for sin betoning av gjensidig kommunikasjon, eller dialogen mellom mennesker som står i et forhold til hverandre som subjekter. Han var dypt påvirket av Buber, men også spedbarnsforskningen og hvordan barnet fra starten av er åpent for å inngå i en gjensidig, turtakende relasjon. Bråten er kjent for bruken av moderne teknologi og begreper som 'den virtuelle annen', en indre annen eller en indre ledsager vi har med oss fra starten. Barnet har en slik virtuell annen med seg, som gir rom for senere dannelser av forestilte andre, sier Bråten. Ifølge Bråten handler dialogen om «gjensidig opplevelse av hverandres verbale og ikke-verbale ytringer, og innlevelse av hverandres meningshorisont» (2004, s. 49).

Må terapeuten være et menneske?

Betydningen av intensjonalitet i møtet mellom mennesker kan spores blant annet til Hegels filosofi. I hans tenkning står ideen om gjensidig anerkjennelse sentralt i dannelsen av subjektet (se McGowen, 2019). Et møte preget av gjensidig anerkjennelse innebærer en gjensidig intensjonalitet. Vi kan si det hverdagslig; vi mennesker er sensitive



ILLUSTRASJON ANDREAS PILSKOG

for om «noen er hjemme» i kommunikasjonen. Dersom en person ikke forstår, eller etteraper, eller til og med tilsynelatende forstår, men uten empati og anerkjennelse, blir vi vanligvis frustrert, skremt eller uinteressert.

Hvordan virker egentlig intensjonalt gjensvar, at det er en annen der? Følgende autentiske vignett kan illustrere dette:

En mannlig pasient fortalte terapeuten sin om barndommen sin. Den var av og til preget av vold som en måte å disiplinere barna på. Pasienten hadde lært seg til å fremstå med en maske av tøffhet, som også ble en overlevelsesmekanisme for å beskytte seg mot skam. Han bagatelliserte volden både overfor seg selv og terapeuten. Han tenkte ikke på hendelsene som vold, men som «juling» som kunne inngå i oppdragelsen, noe han også trodde var vanlig i de fleste familier på den tiden. Det har ikke preget meg, hevdet han. Som et ledd i det å hjelpe pasienten til å komme mer i kontakt med smerten spurte terapeuten om ikke pasienten kunne gi et eksempel på en hendelse der han ble utsatt for vold. Pasienten fortalte noen episoder, men var ikke i kontakt med sine følelser underveis. Han kikket opp på terapeuten, og der så han at hun var dypt beveget og satt med en tåre i øyekroken. Han fikk gjennom denne hendelsen en emosjonell opplevelse som skulle ha stor betydning for ham: Hun blir sterkt beveget over noe jeg har opplevd som barn, men som jeg senere aldri har latt gå innpå meg. Hva er det egentlig jeg ble utsatt for som får henne til å bli så beveget? Erfaringen i denne timen ble et vendepunkt, der han begynte å åpne seg for både sårbarhet og ydmykelsen som var knyttet til disse hendelsene. Gradvis kunne han ta inn hvilken følelsesmessig betydning dette kunne ha for ham. Han ble mer emosjonelt åpen, mindre selvtilstrekkelig og mer mottakelig både for sin egen og andres sårbarhet.

Flere kvalitative studier innen psykoterapi understreker nettopp betydningen for pasienten av å se at terapeuten blir berørt (se f.eks. Alessandrini, 2024). I terapeutisk endringsteori har ofte terapeutens empati en sentral plass.



— *Bruk av KI i terapeutisk sammenheng vil begrense seg til selvhjelp, lindring eller coaching*

Man definerer empati som en egenskap eller funksjon med to like viktige komponenter: en emosjonell identifikasjon – det å føle det pasienten føler, og en kognitiv komponent som handler om perspektivtaking: Hvordan forstås dette sett fra pasientens perspektiv? Det første krever kontakt med eget følelsesregister, det siste krever, basert på en egen opplevelse, også en de-sentrering og en forståelse av at pasienten kan føle det på en annen måte, gitt hennes eller hans omstendigheter og livserfaringer.

For Carl Rogers var terapeutens evne til å møte sine klienter med empati, ubetinget positiv aktelse (eller en ikke-dømmende holdning) og kongruens (samsvar mellom det verbale og nonverbale budskapet) eller autentisitet helt avgjørende for endring. I sin bok fra 1961 skriver han om den *terapeutiske relasjon som helende i seg selv*, og terapeutens evne til å møte en pasient med de tre komponentene vil føre til at pasienten *kan overta denne holdningen overfor seg selv og utvikle seg i tråd med menneskets iboende vekstpotensial*. Selv om en terapibot kan simulere empati, føler den ingenting og empatien blir dermed også 'kunstig'.

Begrensninger ved kunstig intelligens

Med kunnskap fra nevrovitenskapene er det klart at vi mennesker besitter ulike hukommelsessystemer. Et hovedskille går mellom implisitt og eksplisitt hukommelse, som har betydning for spørsmålet om bruk av KI i terapi. Implisitt hukommelse omfavner vår prosedurale hukommelse, der vi har lagret ulike ferdigheter, som å svømme, men også vår emosjonelle hukommelse, der blant annet innlæring og kobling av emosjonelle stimuli til ulike responser, såkalt «priming», skjer (se Nissen-Lie, 2013).

Flere fremhever at denne kunnskapen ikke er direkte tilgjengelig eller mulig å påvirke ved hjelp av språk og rasjonalitet, som ved bruk av tolkende eller kognitivt restrukturerende teknikker. Daniel Stern (2004, s. 283) skriver i *The Present Moment of Psychotherapy* at mye av den terapeutiske endringen skjer i denne implisitte prosedurale viten (eller 'implicit relational knowing'). Ifølge Peter Fonagy (1999) kjennetegnes den implisitte, prosedurale kunnskapen av at den er ikke-symbolisert, nonverbal og ubevisst, og fungerer som et motstykke

til vår verbaliserte, deklorative, reflekterte og eksplisitte viten. Fonagy argumenterer videre for at terapi kan endre prosedural hukommelse av relasjonelle samspill via arbeidet i overføringen med terapeuten.

Ny prosedural kunnskap om selvet-i-relasjon skapes i relasjonen til terapeuten gjennom spesielle øyeblikk av intersubjektiv deling som re-organiserer pasientens tidligere implisitte kunnskap om selvet-i-relasjon. For å få til dette må terapeuten på et mikronivå og med bruk av indre signaler, også kroppslige, tone seg inn på signaler fra det implisitte systemet, og intervenere vel så mye nonverbalt som verbalt ved hjelp av emosjonell inntoning og speiling. Begreper som bekreftelse (Killingmo, 1989) og containing (Bion, 1962) er relevante her.

Her er vi ved en kjerne. De av våre pasienter som kommer til oss med tidlige relasjonsskader, vil særlig være avhengig av å møte et ekte menneske i terapi som kan hjelpe dem å modifisere denne implisitte kunnskapen. Vanskene som har oppstått i relasjoner, må heles i relasjoner. Dette er pasienter som psykoanalytikeren Bjørn Killingmo ville sagt har en overveiende mangelpatologi eller tidlig relasjonsskade, der den viktigste endringen må finne sted i den implisitte relasjonelle kunnskapen eller erfaringen, gjennom bekreftende intervensjoner. I slike terapiprosesser trengs mange repetisjoner i den terapeutiske relasjonen for at pasienten kan lære seg å stole på eller føle seg trygg sammen med terapeuten, slik at de underliggende skjemaene, scriptene eller indre objektrelasjonene deres kan endre seg.

Mange vil kunne få hjelp av KI, men pasienter som har med seg traumatiske relasjonserfaringer, vil trolig ikke generalisere kunnskapen de får av en chatbot, til menneskelige relasjoner. Å få bekreftelse, både verbalt og nonverbalt, på egne opplevelser som de tviler på er gyldige, vil være den grunnleggende endringsmekanismen her. En slik validering av opplevelsen – nettopp fordi den innebærer et intensjonalt svar fra terapeuten – ligger utenfor det KI kan hjelpe oss med. Bruk av KI i terapeutisk sammenheng vil derfor begrense seg til selvhjelp, lindring eller coaching. Vi kan si det enda tydeligere: Behandling med KI-basert terapi er ikke psykoterapi utfra en prinsipiell definisjon av begrepet.

KI simulerer menneskelig kontakt ved bruk av

avanserte språkmodeller, men det er ingen der som tar inn, tenker om eller føler med pasienten. Det er grunnleggende i enhver psykoterapi. Det er det som gjør psykoterapi til psykoterapi, vil vi mene.

Bruk av KI- basert terapi - en konklusjon

Å bruke KI i terapissammenheng reiser spørsmål om betydningen av subjektivitet, det feilbarlige, det å ha en kropp (embodiment) og intensjonalt gjensvar. Terapiboter som er programmert til å etterape en terapeut, kan gi strukturerte og gode svar på pasientens utsagn. Studier viser at mange opplever disse utsagnene som mer presise enn dem som er gitt av et menneske, og at de ofte er til god hjelp (Barzkar et al., 2025). Mens KI-basert terapi er «feilfri» og noen ganger foretrukket av pasienter, vil man kunne hevde, med støtte i empirien og i teori, at det er nettopp feilene – eller misforståelsene og feilinnstillingen fra terapeuten – som danner grunnlaget for noe av det viktigste terapeutiske arbeidet (Safran, 1993). Disse alliansebruddene, eller rupturene, gir mulighet for reparasjon, som i sin tur kan styrke den terapeutiske alliansen og pasientens evne til å håndtere relasjonelle konflikter på en måte som underbygger både autonomi og relasjoner til andre mennesker (Barzkar et al., 2025; Eubanks et al., 2023).

Etter vår mening er ikke bruk av KI i psykoterapi kun et empirisk spørsmål – «virker det?», men like mye, om ikke mer, et prinsipielt og etisk spørsmål. Bruk av KI i terapeutisk sammenheng må gjøres med kritisk refleksjon og etisk ansvar.

Vi kan få mye ut av KI likevel, og de fleste endringer i et menneskeliv skjer ikke gjennom psykoterapi. Vi har alltid brukt litteratur, andres livserfaringer, myter, eventyr, musikk, kunst og ulike former for selvhjelp for å lære om oss selv og få det bedre i livet. Likeledes kan KI gi nyttige innspill selv om de ikke er gitt av et menneske.

«Psykoterapi er jo et knapphetsgode, da må vi kunne bruke kunstig intelligens! Alle kan jo ikke få sin egen terapeut», sies det. Det er jo helt riktig, men det er også en til dels skremmende retorikk. Vi frykter et klassedelt helsevesen, og i enda større grad med KI. Folk med ressurser vil alltid kunne skaffe seg en menneskelig psykoterapeut, mens folk uten midler må ta til takke med billigere løsninger, slik KI-basert terapi vil være.

Vi kan øke tilgangen til psykoterapi med KI, men tilgangen til hva? I verste fall vil ikke mer teknologi gjøre befolkningen mindre deprimerte. Teknologien rundt oss, som kan virke fremmedgjørende og fjerner oss fra menneskelig kontakt, er kanskje til og med en del av problemet.

REFERANSER

- Alessandrini, K. (2024). Small things—'It felt like love'—The experience of being deeply moved in therapy: Clients' stories of the small things that matter in therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(2), 768–781. <https://doi.org/10.1002/capr.12713>
- Barzkar, F., Zaribaf, A., Mirfazeli, F. S. & Kes-havarz-Akhlaghi, A. A. (2025). The Machine as Therapist: Unpacking Transference and Emotional Healing in AI-Assisted Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10879-025-09677-7>
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Brandtzæg, P. B., Skjuve, M. & Følstad, A. (2024). *Emerging AI Individualism*. SSRN. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4836120>
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Buber, M. (1923). *Ich und Du*. Insel Verlag.
- Delgadillo, J. & Atzil-Slonim, D. (2023). Artificial intelligence, machine learning and mental health. I H. S. Friedman & C. H. Markey (Red.), *Encyclopedia of Mental Health* (3. utg., s. 132–142). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00177-6>
- Eubanks, C. F., Samstag, L. W. E. & Muran, J. (2023). *Rupture and repair in psychotherapy: A critical process for change*. American Psychological Association.
- Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*, 80(2), 215.
- Hatch, S. G., Goodman, Z. T., Vowels, L., Hatch, H. D., Brown, A. L., Guttman, S., Le, Y., Bailey, B., Bailey, R. J., Esplin, C. R., Harris, S. M., Holt Jr., D. P., McLaughlin, M., O'Connell, P., Rothman, K., Ritchie, L., Top Jr., D. N. & Braithwaite, S. R. (2025). When ELIZA meets therapists: A Turing test for the heart and mind. *PLOS Mental Health*, 2(2). eo 000 145. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000145>
- Imel, Z. E., Caperton, D. D., Tanana, M. & Atkins, D. C. (2017). Technology-enhanced human interaction in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 385–393. <https://doi.org/10.1037/cou0000213>
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65–79.
- Lemma, A. (2024). Mourning, melancholia and machines: An applied psychoanalytic investigation of mourning in the age of griefbots. *International Journal of Psychoanalysis*, 105(4), 542–563. <https://doi.org/10.1080/00207578.2024.2342917>
- Li, H., Zhang, R., Lee, Y. C., Kratu, R. E. & Mohr, D. C. (2023). Systematic review and meta-analysis of AI-based conversational agents for promoting mental health and well-being. *npj Digital Medicine*, 6, 236. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00979-5>
- McGowen, T. (2019). *Emancipation After Hegel – Achieving a Contradictory Revolution*. Columbia University Press.
- Mesella, P. (Manusforfatter) & Diomedea, D. (Regissør). (2024, 28. november). The Tonight Show Starring Jimmy Fallon (Episode 2060). I L. Michaels (Produsent), *The Tonight Show Starring Jimmy Fallon*. Electric Hot Dog. NBC.
- Nissen-Lie, H. A. (2013). Teknikk eller relasjon i psykoterapi: En uhenksmessig dikotomi? I E. J. Hartmann, E. Axelsen & K. Benum (Red.), *God psykoterapi? Et integrativt perspektiv* (s. 320–342). PAX forlag.
- Nissen-Lie, H. A. (2024). Forord. I S. Bråten, *Fange øyeblikk med gjensidig kommunikasjon mellom barn og voksne*. The estate of Stein Bråten. Publisert av Yoga4d:VRGM.
- Penrose, R. (1990). *The emperor's new mind*. Oxford University Press.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view on psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 11.
- Schibbye, A.-L. L. & Løvlie, E. (2017). *Du og barnet*. Universitetsforlaget.
- Skjuve, M., Følstad, A., Dysthe, K. K., Brænden, A. & Brandtzæg, P. B. (2025). Unge og helseinformasjon. ChatGPT vs. fagpersoner. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 27(4). <https://doi.org/10.18261/tfv.27.4.2>
- Spytska, L. (2025). The use of artificial intelligence in psychotherapy: development of intelligent therapeutic systems. *BMC Psychology*, 13, 175. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02491-9>
- Stern, D. N. (2004). *The Present moment in psychotherapy and everyday life*. W. W. Norton.
- Winnicott, D. W. (1971). The use of an object and relating through identifications. Basic Books.

TEKST Thea Degvold
Stendi barnevern og Bufetat

ChatGPT som validerende ekkokammer

KOMMENTAR TIL:

Nissen-Lie & Stänicke (2025).
*Fremtidens psykoterapi: Hvilken
rolle bør kunstig intelligens spille?*

Mange klienter har vært i dialog med ChatGPT før de kommer til første time. Psykologer bør derfor også forholde seg til modellen som psykologisk verktøy.

I «Fremtidens psykoterapi: Hvilken rolle bør kunstig intelligens spille?» argumenterer Nissen-Lie og Stänicke (2025) for at kunstig intelligens (KI), selv i sin mest sofistikerte form, ikke kan erstatte det menneskelige i terapi. Gjennom teoretiske, kliniske og eksistensielle perspektiver viser de hvordan intensjonalitet, kroppsliggjøring og emosjonell gjensidighet er grunnbærende for psykoterapeutisk endring. Dette er et viktig og nødvendig etisk utgangspunkt.

Samtidig har vi allerede trådt inn i en ny fase. Spørsmålet er ikke lenger bare om KI bør brukes i psykoterapi, men hvordan vi møter klienter som allerede benytter seg av KI-baserte selvhjelpsverktøy. Begrepet KI rommer et bredt spekter av teknologier – fra prediktive modeller i journalføring og bildediagnostikk, til generative systemer for tekst, bilde og tale. Her vil jeg imidlertid avgrense fokuset til språklæringsmodeller (LLM-er), altså modeller som er trent til å generere tekst basert på store datamengder. Dette er den typen teknologi som i økende grad brukes av enkeltpersoner til emosjonell støtte, refleksjon og selvdiagnostisering – med ChatGPT som den overlegent mest brukte aktøren globalt (Statcounter, 2025).

Nå kommer mange til terapi med hypoteser, selvdiagnoser eller personlige narrativ utviklet i dialog med ChatGPT. At slike modeller er i ferd med å påvirke klinisk praksis, gjør det særlig viktig at psykologer forstår både hvordan teknologien fungerer og hvilke begrensninger den har.

KONTAKT thea.degvold@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Epistemisk ansvar

ChatGPT oppgir ikke kilder med mindre det blir forespurt, og selv da er kildene ofte fiktive, utdaterte eller tatt ut av kontekst (OpenAI, 2023). Likevel fremstår ChatGPT-svarene gjerne som grundige og metodisk presise. Mange tillegger derfor svarene tyngde og kausalitet. En klient kan for eksempel si: «Jeg spurte ChatGPT hvorfor jeg alltid føler meg anspent. Den svarte at jeg har vært flink for lenge, og at jeg tenker for mye. Det gir mening.»

Svaret klienten fikk er plausibelt, men utelater nevrologiske, somatiske, kontekstuelle og relasjonelle faktorer. Dette er spesielt problematisk fordi vi ikke får se under panseret på hvordan modellen har kommet frem til svaret. ChatGPT er trent på enorme mengder tekst gjennom en kompleks og ikke-transparent maskinlæringsprosess (Korbak et al., 2025; OpenAI, 2023). Derfor kan verken vi eller grunnleggerne av modellen spore nøyaktig hvilke kilder, mønstre eller vektete valg som ligger bak et enkelt svar (Korbak et al., 2025; OpenAI, 2023). Modellens beslutningsprosess er ikke eksplisitt kodet, men statistisk *emergent*, noe som gjør den til en såkalt «black box» for innsyn (OpenAI, 2023).

I prompt/instruks-design brukes ofte *Chain of Thought* (CoT) for å få modellen til å vise sin metodiske fremgangsmåte steg for steg. CoT refererer til språkmodellers evne til å «tenke høyt» i naturlig språk, slik at man kan få innsikt i beslutningsgrunnlaget. Men CoT er både ufullstendig og sårbar for manipulasjon (Korbak et al., 2025). Modellen kan bevisst skjule eller tilpasse resonnementene sine dersom den vet at den overvåkes.

Det at vi ikke får innsikt i beslutningsgrunnlaget til modellen, er spesielt problematisk når den gir kliniske, svært personlige råd. Det strider med det vitenskapelige prinsippet om åpen hypotese-testing.

Nissen-Lie og Stänicke (2025) peker på psykologens etiske ansvar når vi eventuelt implementerer KI i psykoterapi. Jeg mener etisk ansvar også favner om et epistemisk ansvar for hvordan psykologisk kunnskap generert av KI anvendes og brukes i samfunnet. Når privateide, lite regulerte KI-modeller i råd til brukeren om psykisk helse, diagnostisering og behandling, oppstår et behov for å identifisere hvordan samfunnet/psykologene skal ta ansvar for informasjonskvaliteten og konsekvensene for individet som eventuelt følger rådene.

Økt bekreftelsesskjevhhet

ChatGPT tilrettelegger for det som i psykologien beskrives som *confirmation bias* eller bekreftelsesskjevhhet – tendensen til å søke bekreftelse på egne antakelser og overse motstridende informasjon (Wason, 1960). Etter versjon 3.5 har ChatGPT blitt optimalisert gjennom *reinforcement learning from human feedback* (RLHF), noe som innebærer at svarene tilpasses det mennesker vurderer som nyttig eller relevant (OpenAI, 2023; Ouyang et al., 2022). Modellen fremmer ikke kritisk diskusjon, men bekrefter og forsterker ofte eksisterende antakelser hos brukeren.

Si at en bruker spør modellen om hen kan ha ADHD

(Attention deficit hyperactivity disorder) fordi hen ofte mister tråden i samtaler. Svaret fra ChatGPT kan inkludere plausible beskrivelser av symptomer og nevropsykologiske mekanismer. Men for å øke sannsynligheten for et presist svar, må brukeren stille ikke-ledende, klinisk informerte spørsmål, med et vanvittig antall variabler. Hvis ikke gjetter modellen på hva brukeren ønsker, søker snevert, og gir et svar som følger retningen i instruksjonen/promptet (OpenAI, 2023). Modellen fungerer slik godt som prediktiv støtte, og mindre godt som utforsker av subjektive, psykologiske spørsmål (Brown et al., 2020).

Likevel fremstår svarene gjerne overbevisende. Modellen kan bruke avansert vokabular og bekrefte at den eksplorerende har vurdert alternativer, fordi den har lært at mennesker foretrekker svar som *fremstår* grundige (Ouyang et al., 2022).

I tilfeller der pasienter har et fastlåst selv-narrativ formet av samtaler med ChatGPT, står terapeuten overfor en særlig utfordring. Bekreftelsesskjevhhet kan medvirke til at pasienten overser motstridende informasjon, og fester seg ved det som styrker deres eksisterende overbevisning. Terapeuten må da balansere mellom å validere pasientens opplevelser for å bevare alliansen, og samtidig unngå å bekrefte et eventuelt rigid narrativ som kan opprettholde lidelse og dysfunksjon.

Svak representasjon

ChatGPT lærer utelukkende av det den blir fortalt – ikke av det som *ikke* blir sagt (Brown et al., 2020). Det som ikke presenteres for modellen, finnes heller ikke i kunnskapsgrunnlaget (OpenAI, 2023). Resultatet kan bli et skjevt bilde av hva som er normalt eller vanlig.

Som Inga Strümke (2023) advarer mot, risikerer vi å «forurense data-drikkevannskilden» ved at KI-modeller trenes på innhold som allerede er syntetisert av KI eller ikke-representative brukererfaringer. Dersom majoriteten av brukerne som diskuterer relasjoner gjør det i kontekster preget av konflikt, vil modellen kunne lære at forhold generelt er problematiske (OpenAI, 2023; Radford et al., 2021). Den vet ikke at mennesker i stabile relasjoner sjelden skriver om dem. Heller ikke at grupper som eldre, minoriteter eller personer med alvorlig psykisk lidelse, er underrepresenterte. Over tid vil dette kunne føre til at datagrunnlaget modellene bygger resonnementene på, speiler de som har snakket høyest og mest, og i liten grad de som har vært stille. Relatert diskuterer Nissen-Lie & Stänicke (2025) hvordan økt bruk av KI-terapi kan forsterke eksisterende ulikheter ved å tilby billigere, standardiserte løsninger til nettopp dem med minst ressurser.

Samfunnsansvar å følge med

ChatGPT brukt i psykologisk selvhjelp har en tendens til å bekrefte og forsterke brukerens perspektiv, selv når informasjonen er feilaktig. Den fungerer dermed til tider som et slags ekkokammer, en «papegøye-terapeut», med en troverdig fremtoning. Noen pasienter vil møte til terapi med svar de føler seg validert av, andre med hypoteser eller

diagnoser som gir mening. Om pasient og terapeut er svært uenige om diagnose eller veien videre, vil det kunne føre til alliansebrudd. Alliansebrudd gir en mulighet for vekst i den terapeutiske relasjonen. Men dette forutsetter at psykologen er bevisst fallgruvene ved å for tidlig korrigere eller utfordre pasientens opplevelse. Jeg mener vår rolle ikke bør være å konkurrere med KI, men å stille spørsmålet: «Det du leste, gir mening – men hva annet kan det også være?» Slik vil vi kunne opprettholde rommet for felles utforskning.

Utover ansvaret vi har i terapirommet, mener jeg vi også har et samfunnsmessig ansvar for å følge med på utviklingen av KI-modeller brukt til selvhjelp, og rope varsko når den ikke lenger fremstår helsefremmende eller etisk forsvarlig. Psykologforeningen festet i prinsippprogrammet (2021, pkt. 3.6) at den skal ha en aktiv rolle i utvikling og bruk av teknologi i psykologfaglig arbeid. Dette forplikter ikke bare til å følge med på teknologiske trender, men også til å vurdere og korrigere hvordan psykologisk kunnskap formidles gjennom teknologiske verktøy. 

REFERANSER

- Brown, T. B., Mann, B., Ryder, N., Subbiah, M., Kaplan, J., Dhariwal, P., Neelakantan, A., Shyam, P., Sastry, G., Askell, A., Agarwal, S., Herbert-Voss, A., Krueger, G., Henighan, T., Child, R., Ramesh, A., Ziegler, D. M., Wu, J., Winter, C., ... Amodei, D. (2020). Language models are few-shot learners (arXiv:2005.14165) [Preprint]. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2005.14165>
- Korbak, T., Balesni, M., Barnes, E., Bengio, Y., Benton, J., Bloom, J., Chen, M., Cooney, A., Dafoe, A., Dragan, A., Emmons, S., Evans, O., Farhi, D., Greenblatt, R., Hendrycks, D., Hobbhahn, M., Hubinger, E., Irving, G., Jenner, E., ... Mikulik, V. (2025). Chain of Thought Monitorability: A New and Fragile Opportunity for AI Safety. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2507.11473>
- Nissen-Lie, H. A. & Stänicke, E. (2025). Fremtidens psykoterapi: Hvilken rolle bør kunstig intelligens spille?. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso7ae-Fremtidens-psykotera-pi-Hvilken-rolle-b-r-kunstig-intelligens-spille-
- Norsk psykologforening (2021). *Prinsippprogram for Norsk Psykologforening 2022–2025* (Pkt. 3.6). <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/organisasjonen/vedtekter-og-retningslinjer/prinsippprogram>
- OpenAI. (2023, 18. mai). How your data is used to improve model performance. *OpenAI*. <https://help.openai.com/en/articles/5722486-how-your-data-is-used-to-improve-model-performance>
- OpenAI. (2023, 22. mai). GPT-4 technical report (arXiv:2303.08774) [Preprint]. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2303.08774>
- Ouyang, L., Wu, J., Jiang, X., Almeida, D., Agarwal, S., Slama, K., Ray, A., Schulman, J., Hilton, J., Kelton, F., Miller, L., Simens, M., Askell, A., Welinder, P., Christiano, P., Leike, J. & Lowe, R. (2022). Training language models to follow instructions with human feedback (arXiv:2203.02155) [Preprint]. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2203.02155>
- Radford, A., Wu, J., Child, R., Luan, D., Amodei, D. & Sutskever, I. (2019). Language models are unsupervised multitask learners [Technical report]. *OpenAI*. https://cdn.openai.com/better-language-models/language_models_are_unsupervised_multitask_learners.pdf
- Statcounter. (2025, juni). *AI Chatbot market share*. Statcounter Global Stats. Hentet 24. juli, 2025 fra https://gs.statcounter.com/ai-chatbot-market-share?utm_source=chatgpt.com
- Strümke, I. (2023). *Maskiner som tenker: Algoritmenes hemmeligheter og veien til kunstig intelligens*. Kagge Forlag.
- Wason, P.C. (1960). On the failure to eliminate hypotheses in a conceptual task. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 12(3), 129–140. <https://doi.org/10.1080/0033555604175201>

TEKST Jon Sletvold
Norsk Karakteranalytisk Institutt

Utviklingen av karakteranalysen i Norge

William Reichs opprinnelige karakteranalyse har påvirket dagens praksis og *the turn toward embodiment* innen psykoanalyse og psykoterapi.

Tradisjonen karakteranalyse har utviklet seg fra siste del av 1920-tallet og fram til i dag. En betydelig andel av utviklingen har foregått i Norge, mye på grunn av psykoanalytikeren William Reich. Reich ble født i 1897 i Østerrike-Ungarn (senere del av Ukraina) og døde i 1957. Som alle jødiske psykoanalytikere måtte Reich forlate Tyskland da Hitler kom til makten i 1933. Han valgte å reise til Danmark. På det tidspunktet hadde han for lengst etablert seg som en ledende og nyskapende psykoanalytiker i kretsen rundt Sigmund Freud (Nilsen, 2022). Deretter kom han til Norge i 1934 etter invitasjon fra professor Harald Schjelderup, og ble her til 1939.

I det følgende redegjør jeg for utviklingen av karakteranalysen i Norge. Jeg tar først for meg Reichs viktigste bidrag, inkludert en beskrivelse av karakteranalytisk vegetoterapi, også kalt orgonterapi. Deretter går jeg inn på hvordan det norske fagmiljøet vendte tilbake til Reichs opprinnelige karakteranalyse. Jeg beskriver i den sammenheng prosessen rundt opprettelsen av Norsk Karakteranalytisk Institutt (NKI) og en moderne karakteranalytisk utdanning. Videre gjennomgår jeg forskning på dagens karakteranalyse i Norge, og ser til slutt på norsk karakteranalyse i en internasjonal kontekst. Her fremkommer det hvordan karakteranalysen, på engelsk betegnet *embodied analysis*, de senere år har blitt sentral i *the turn toward embodiment* (Brothers & Sletvold, 2022b) innen psykoanalyse og psykoterapi.

KONTAKT j-sle@online.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Reichs to viktigste bidrag

Reichs første viktige bidrag var at han fra 1920-tallet av forsvarte og videreutviklet Freuds teori om seksualiteten som kjernen i nevrosen (Reich, 1942/1978), og utviklet psykoanalysen i retning av det som han kalte karakteranalyse (Reich, 1933/1972). I 1952 blir Reich intervjuet av Kurt Eissler for Freud-arkivene om hans syn på Freud (Higgins & Raphael, 1967). Reich beskriver det han ser som den viktigste forskjellen mellom Freuds syn og sitt eget. Han vektlegger at man i psykoanalysen arbeider med ord og ubevisste ideer, mens karakteranalysen utviklet lesingen av det emosjonelle uttrykk. «Mens Freud åpnet en verden av ubevisste sinn, tanker, ønsker osv., lyktes jeg med å lese emosjonelt uttrykk. Inntil da kunne vi ikke 'lese sinnet'. Vi kunne bare forbinde verbale assosiasjoner» (Higgins & Raphael, 1967, s. 4, egen oversettelse).

Reich utviklet begrepet karakteranalysen mellom 1925 og 1935. I første del av perioden ledet han det som ble kalt *Det tekniske seminaret* i Wien, som fokuserte særlig på den latente negative overføringen. Det essensielle i den opprinnelige karakteranalysen var at Reich identifiserte motstanden ikke så mye i ordenes innhold, men i kommunikasjonens form: «i måten pasienten snakker på, ser på og hilser analytikeren, ligger på benken, stemmens preg, graden av konvensjonell høflighet» (Reich, 1933/1972, s. 49, egen oversettelse).

Ved siden av den gamle freudske teknikks «hva» plasserte jeg «hvordan». Jeg visste allerede at «hvordan», dvs. atferdens og kommunikasjonens form, var langt viktigere enn hva pasienten fortalte analytikeren. [...] Jeg lærte i tidens løp å forstå kommunikasjonens form som direkte uttrykk for det ubevisste. (Reich, 1942/1978, s. 152–153, egen oversettelse)

Formuleringene viser at Reich hadde en meget åpen beskrivelse av hva hans nye erkjennelse dreide seg om. Det handlet om å se og ta hensyn også til det som ikke ble sagt med ord. I 1952 sammenfattet han dette som «å lese det emosjonelle uttrykket» (Higgins & Raphael, 1967, s. 4, egen oversettelse). Reichs mål var altså i utgangspunktet ikke å utforme en ny form for psykoanalyse eller psykoterapi.

Det andre viktige bidraget til Reich var at han videreutviklet karakteranalysen til det han kalte karakteranalytisk vegetoterapi eller orgonterapi. Han ble mer og mer interessert i kosmologi og naturfilosofi, og den såkalte orgonteorien. Karakteranalytisk vegetoterapi ble et samlebegrep for den norske tradisjonen, og er begrepet jeg anvender videre i teksten.

I karakteranalytisk vegetoterapi hadde ordet liten plass. I det samme intervjuet som er nevnt over, legger Reich til en fotnote der han i komprimert form sammenfatter nettopp utviklingen fra karakteranalyse til karakteranalytisk vegetoterapi.

Oppdagelsen av *muskelpanseret* nødvendiggjorde utviklingen av en ny teknikk skapt for å frigjøre bundne vegetative energier og derved gjenopprette pasientens vegetative bevegelse. Den senere oppdagelse av

organismisk orgonenergi («bio-energi») og konsentrasjonen av atmosfærisk orgonenergi ledet til den videre utviklingen av karakteranalytisk vegetoterapi til en inkluderende, biofysisk orgonterapi. (Higgins & Raphael, 1967, s. 4, egen oversettelse)

Som vi ser, og i kontrast til hans opprinnelige karakteranalyse, begynner Reich å bruke mer avgrensede og tingliggjørende begreper som *karakterpanser*, *muskelpanser* og *bundne vegetative energier*.

Teknikken i vegetoterapi/orgonterapi var å la pasienten ligge seg ned i undertøyet og indusere dyp pust. Terapeuten observerte hvor energien var blokkert, og øvde fra tid til annen press på gjenstridige muskler. Pasienten ble oppmuntret til å rapportere alle «vegetative» fornemmelser av «strømninger». Dette var tegnet på at panseret smuldret, og at pasienten var på vei til å oppleve organsmerfleksen. Reich var tidlig blitt overbevist om at det han kalte organsmerfleksen, var det endelige tegnet på psykisk sunnhet (Reich, 1942/1978). Jeg vil senere beskrive hvordan den norske tradisjonen i løpet av 1980- og 1990-tallet forlot den vegetoterapeutiske teknikken til fordel for karakteranalysen.

Av Reichs norske elever var det Ola Raknes som helt og fullt sluttet opp om karakteranalytisk vegetoterapi (Raknes, 1970). Nic Waal ble inspirert av Reich, men reserverte seg mot det han kalte *biofysikken*, som hun, som lege, mente hun ikke hadde tilstrekkelig faglig bakgrunn for å ta stilling til.

Etter krigen kom særskilt Raknes og Waal til å vekke interessen for Reich hos en ny generasjon av norske psykoterapeuter, særlig psykologer. Først i 1972 fikk interessen et organisatorisk uttrykk ved at Forum for karakteranalytisk vegetoterapi ble opprettet (Harbitz & Sletvold, 2019). I 1975 ga medlemmer av forumet ut boken *Det levande i muskelpanseret* (Faleide et al., 1975/2007). Einar Dannevig, som var psykolog og psykoanalytiker, skrev innledningen i boken. Her beskriver han det særegne ved den post-reichianske tradisjonen i Norge. Han poengterer at skjønt orgonteorien som lå til grunn for karakteranalytisk vegetoterapi, spilte en stor rolle for Raknes selv, forsøkte han aldri å presse sine elever til å akseptere formuleringer og postulater som ikke var i overensstemmelse med deres egen faglige bakgrunn og personlige erfaring. «Om interessen for de mer orgonteoretiske sider av Reichs arbeider vil øke, vil fremtiden vise» (Dannevig, 1975/2007, s. 12).

Hva *karakteranalytisk* i begrepet karakteranalytisk vegetoterapi sto for, var imidlertid høyst uklart. Mitt inntrykk da jeg ble medlem av Forum for karakteranalytisk vegetoterapi i 1989, var at karakteranalytisk sto for *psykodynamisk*, mens *vegetoterapi* sto for *kroppsterapi* i en eller annen form.

«Og så tror jeg ikke det er karakteranalyse du trenger,» fortsatte hun (Nic Waal). Jeg visste så altfor godt hva karakteranalyse var. Det var å høre igjen og igjen om alle sine feil og mangler.

«Jeg tror du kunne ha godt av litt vegetoterapi nå.» Ve-

getoterapi, det var å ligge i fred på en divan, slappe av og puste rolig og av og til kjenne ei hånd på stramme steder på kroppen.

Ovennevnte sitater viser til en samtale mellom den norske legen, psykoanalytikeren og barnepsykiateren Nic Waal og forfatter og spesialpedagog Marit Nordby som fant sted på midten av 1950-tallet. Sitatene er hentet fra Nordbys manus «Lyset og den låne hånda» (Sletvold, 2017, s. 67). Om enn noe spissformulert er de godt egnet til å illustrere kontrasten mellom de to terapiformene Wilhelm Reich utformet: den opprinnelige karakteranalysen og vegetoterapi.

Tilbake til opprinnelig karakteranalyse

De eneste av Reichs elever som holdt fast ved hans opprinnelige karakteranalyse, var Harald Schjelderup (Schjelderup, 1941/1988; Sletvold, 2010) og Tage Philipson (Sletvold, 2017). Schjelderup mente at den opprinnelige karakteranalysen var det viktigste bidraget til psykoterapien etter Freud (Schjelderup, 1955, 1956; Sletvold, 2010). I Norge ble Nils H. Strand den fremste eleven til Philipson. Han ble også min læreanalytiker (Sletvold, 2017).

Rolf Grønseth var en av de som etablerte Forum for karakteranalytisk vegetoterapi. Senere kom han til å stå for det mest radikale bruddet med nettopp den vegetoterapeutiske teknikken. Han var i utgangspunktet en lojal elev av Ola Raknes, men kom etter hvert i sterk tvil om den vegetoterapeutiske teknikken. Han konkluderte med at det er feil «å gjøre noe med pasienten» (Grønseth, 1991). Arbeidet burde begrenses til å sette ord på det som ble observert. Teoretisk holdt han imidlertid fast ved vegetoterapien og betegnet sin nye tilnærming eksistensiell karakteranalytisk vegetoterapi (Grønseth, 1991; Hanve et al., 2017).

Einar Dannevig foreslo på sin side å gi opp begrepet karakteranalytisk vegetoterapi, og gå tilbake til den opprinnelige karakteranalysen. I 1994 inviterte han til et toårig videregående seminar i karakteranalyse. Seminarene han ledet på siste del av 90-tallet, kom imidlertid til å handle mest om moderne psykoanalyse og lite spesifikt om karakteranalyse. Ikke så merkelig, ettersom det knapt fantes noen oppdatert karakteranalytisk litteratur.

En prosess i siste halvdel av 1990-tallet resulterte i at Norsk Karakteranalytisk Institutt (NKI) ble opprettet i 1999 (Harbitz & Sletvold, 2019). Både den gang og i dag er instituttet så langt jeg vet den eneste utdanningen, både i Norge og internasjonalt, som legger Reichs karakteranalyse til grunn.

Det hører til den norske historien at Reichs karakteranalyse også øvet innflytelse innen Norsk psykoanalytisk forening. Det var sannsynligvis grunnen til at foreningen ikke fikk fornyet sitt medlemskap i Den internasjonale psykoanalytiske forening (IPA) etter krigen (Anthi & Haugsgjerd, 2013; Sletvold, 2014). I de senere år har særlig Per Anthi (2007) og Siri Erika Gullestad (2022) fremhevet Reichs betydning for psykoanalysen i Norge.

Karakteranalysen i Norge i dag

Med dagens karakteranalyse mener jeg retningen som er blitt utformet ved NKI siden slutten av 1990-tallet. Jeg vil fremheve det jeg ser som de viktigste likhetene og forskjellene mellom Reichs opprinnelige karakteranalyse og dagens karakteranalyse.

Den grunnleggende likheten ligger i erkjennelse av at vi snakker like mye med hele kroppen og det vi omgir oss med, som med ord. Den viktigste forskjellen består i erkjennelsen av at det ikke lenger bare er pasientens kropp som snakker til terapeuten, men like mye terapeuten kropp som snakker til pasienten. Med den såkalte relasjonelle vendingen gikk psykoanalyse og psykoterapi fra «å behandle en pasient» til å bli et møte mellom to eller flere som kan ha et godt eller et mindre godt utfall (Jørgensen, 2018; Sletvold, 2014). Pasienter har alltid visst dette. De har på det viset alltid vært karakteranalytikere. Se for eksempel *Ulvemannens* beretning om sin analyse hos Freud (Brothers & Sletvold, 2023; Klevstrand-Kruse, 2024).

Når fokuset blir på møtet mellom to eller flere, oppstår det automatisk et *vi* (Brothers & Sletvold, 2023), et *tredje* (Benjamin, 2017) eller et *nytt felt* (Stern, 2022). Utdanningen ved NKI har tatt sikte på i praksis å bryte med ideen om en terapeut eller en analytiker som behandler en pasient. I stedet er fokuset rettet mot å skape et fruktbart møte. Jeg tror det er riktig å si at utdanningen ved NKI ble en pioner i dette.

I utdanningen legges det vekt på imitasjon for å få en best mulig forståelse av pasienten. Allerede Freud erkjente betydningen av imitasjon. «En vei leder fra identifisering ved hjelp av imitasjon til empati, det vil si, til forståelse av den mekanisme som overhodet setter oss i stand til å ta stilling til en annens sjelsliv» (1921/1955, s.110, fn. 2, min oversettelse). Reich på sin side formulerte det slik: «Pasientens ekspressive bevegelser skaper automatisk en imitasjon i vår egen organisme. Ved å imitere disse bevegelsene «sanser» vi og forstår uttrykket i oss selv og dermed i pasienten» (1949/1972 s. 362, min oversettelse). I de senere år er denne forståelsen blitt understøttet av studier av medfødt imitasjonsevne hos nyfødte (Meltzoff & Moore, 1995) og oppdagelsen av et speilnevrons system (Gallese, 2009). Samtidig vil jeg her bemerke viktigheten av å forbli ydmyk og unngå overdreven sikkerhet om at vi kan leve oss helt inn i en annen person ved imitasjon.

I tillegg til, og relatert til, imitasjon for å bli kjent med pasienten blir det i dagens utdanning lagt vekt på terapeuten egen opplevelse av og kroppslige reaksjon på pasienten. I både seminarundervisning og veiledning blir det videre vektlagt å styrke evnen til å «keep in mind» både egen opplevelse og pasientens perspektiv.

Mine egne bidrag til utviklingen av dagens karakteranalytiske tradisjon i Norge kan deles i to. En teoretisk del som særlig handler om å fremheve Reichs opprinnelige karakteranalyse (Sletvold, 2010, 2011), som beskrevet tidligere i innledningen. Og en praktisk del som handler om utvikling av nye kroppsfokuserte utdanningspraksiser (Sletvold, 2012, 2013). Bruk av kroppslige øvelser var

— *Det handlet om å se og ta hensyn også til det som ikke ble sagt med ord*

ikke noe nytt innen post-reichianske terapier og andre kroppsterapier. Det som imidlertid var felles innen disse terapiformene, var at det var pasientens kropp man øvde på å behandle. Høsten 1999, mens jeg ledet mitt første videregående seminar ved NKI, ba jeg den som skulle legge fram kasus, om å stille seg opp og stå som pasienten uten å gi noen verbal informasjon til resten av gruppen først. Dette hadde en frapperende virkning, og ble starten på en pedagogisk praksis der seminardeltagerne både observerer, kjenner på egne reaksjoner og imiterer sin pasient som står, går, ligger eller sitter som «sin pasient», før verbal informasjon om pasienten presenteres (Nylund & Sletvold, 2009; Sletvold, 2012).

Etter hvert utviklet vi ved NKI en veiledningsmetode som bygde på de samme premissene (Brothers & Sletvold, 2023; Sletvold, 2012). Tilnærmingen skiller seg ganske sterkt fra mer veletablerte tilnærminger ved at veileders fokus er på å hjelpe kandidaten til å bevisstgjøre mer av egen erfaring, i stedet for at veileder primært bidrar med egen kunnskap. Kandidaten blir først bedt om å sette søkelys på sine egne kroppslige opplevelser i den situasjonen hen vil utforske, og så imitere pasienten, for deretter å danne seg et bilde av hva som skjer mellom de to.

Dybdeanalyse av karakteranalytisk terapi

Ved Universitetet i Oslo har en forskergruppe som er uavhengig av NKI, relativt nylig utført forskning på dagens karakteranalyse. Forskningen er gjort av Ida Stange Bernhardt, Helene Nissen-Lie og Marit Råbu (2020). De har foretatt en dybdeanalyse av en karakteranalytisk terapi både ved å intervjuere terapeuter og ved å gjøre en dyadisk kasus-studie. Hensikten var å forstå mer av den dyadiske prosessen og hvordan terapeutens måte å være på blir opplevd og reflektert over av både pasient og terapeut. De ønsket å undersøke hvordan terapeutens personlige tilstedeværelse bidrar til forandring, som oppfattet av både pasienten og terapeuten. Resultatet indikerer at terapeutens måte å være på, som opplevd av både terapeut og pasient, beskrives med begrepet *embodied listening*.

Studien legger til grunn en forståelse i tråd med det jeg har pekt på som hovedforskjellen på den opprinnelige en-persons karakteranalysen og psykoanalyse og dagens to-persons karakteranalyse. Mens den klassiske naturlig

nok hadde hovedfokus på terapeutens/analytikerens opplevelse av pasienten, er pasientens opplevelse av terapeuten i dag erkjent som minst like viktig, altså det forskerne kaller det dyadiske.

I studien ble 16 terapeuter intervjuet om hvordan de brukte og kombinerte kunnskap fra egen livserfaring og profesjonell ekspertise. Alle arbeidet i det offentlige helsevesenet i Norge. De ble vurdert av sine ledere som i stand til å etablere konstruktive psykoterapi-prosesser med pasienter. Videre ble terapeutene bedt om å invitere en av sine pasienter til å delta i prosjektet, og forskerne valgte en av de 16 dyadene for en separat analyse.

Valget av dyaden var basert på at studiens mål var å forstå hvordan terapeutens personlige væremåte bidrar til å forme en terapeutisk endringsprosess. Den valgte dyaden utmerket seg ved at den aktuelle terapeuten brukte sin kroppslige, ikke-verbale tilstedeværelse i sitt terapeutiske arbeid. Terapeuten var i ferd med å gjennomføre et femårig utdanningsprogram i karakteranalyse.

Forskerne siterer hvordan terapeuten begynner arbeidet med en ny pasient ved å fokusere på sin egen kroppslige tilstedeværelse for å gripe hva pasienten trenger:

Jeg bruker hele meg på en måte. Jeg spør meg selv: «Hva trenger denne personen fra meg? Med hensyn til emosjonell regulering, liter han for mye på seg selv, eller lener han seg for mye på andre?» Disse spørsmålene manifesterer seg i kroppen. Det er så automatisk, intuitivt og ubevisst for mange. (Stange Bernhardt et al., 2020, s. 6)

Videre fortalte terapeuten at han hadde taklet egne helseproblemer ved ikke å snakke om dem og ved å sette egne behov til side inntil han opplevde det han kalte en kollaps. Han forsto kollapsen som et resultat av å ikke lytte til kroppslige signaler, hverken fysiske eller emosjonelle. Han opplevde sin egen terapeuts kroppslige tilstedeværelse som et viktig aspekt ved den terapeutiske relasjonen som gjorde ham i stand til å bli klar over og forandre sitt maladaptive mønster.

Gjennom oppmerksomheten, intimiteten og autensiteten som min terapeut viste meg, ble jeg på en måte mer virkelig. Jeg ble viktig. Jeg kunne lett ha gått



ILLUSTRASJON ANJA DAHLE ØVERBYE

gjennom år med terapi ved bare å snakke, bli analysert eller vært gjenstand for atferdsterapi, men jeg tror hans måte å være kroppslig til stede koblet seg til meg på et annet nivå – det tillot meg en utvikling fra å være en som tilpasser seg og akkomoderer til hva andre

trenger. Dette var kjernespørsmålet i min personlige terapi. (Stange Bernhardt et al., 2020, s. 6)

I det neste tekstutdraget beskriver pasienten hvordan hun opplevde terapeuten. Beskrivelsen understreker



terapeutens helhetlige fokus og hvordan han lyttet til henne med en distinkt kroppslig tilstedeværelse.

Han ga aldri råd i kontrast til hva jeg forventet da jeg startet terapi. Terapien har fungert veldig bra

fordi han har gitt meg rom og tid til å snakke om meg selv. Han tar opp og gjentar små ting, og jeg trenger det – at han sier det samme om igjen fra ulike synsvinkler. Så er det hans fokus på de kroppslige aspekter; han kan fortelle meg når jeg er nervøs, og han kan fortelle meg om pusten min, han observerer ... (Stange Bernhardt et al., 2020, s. 6)

Jeg har valgt disse korte utdragene fra en omfattende forskningsrapport. I dagens karakteranalyse er det som sagt ikke bare et spørsmål om at terapeut/analytiker opplever hvordan pasienten snakker med hele kroppen. Prosessen er minst like avhengig av hvordan pasienten opplever terapeuten. Og dermed av hvordan dette møtet skaper et *tredje* eller et *vi*.

Pasienten:

Jeg føler vi har kjemi – vi er en god match, som betyr at jeg kan være meg selv sammen med han. Jeg kan bruke min ironi og humor og – kanskje tror han jeg er litt gal av og til, han ler, men han bringer meg alltid tilbake til *sakens kjerne*. (Stange Bernhardt et al., 2020, s. 7)

Terapeuten:

Min utdanning i karakteranalyse utfordret min personlige styrke og sårbarhet, på grunn av fokuset på både den empatiske og den autentiske delen av terapeuten: Det empatiske ved å være i stand til å se og føle den andre personen, det autentiske ved å bli i stand til å komme fram med seg selv på en klarere og mer selvsikker måte. (Stange Bernhardt et al., 2020, s. 9)

Pasienten ga uttrykk for hva hun mente var nødvendig for forandring: «Jeg føler at det er en kroppslig komponent som det trengs å bli arbeidet med. Det er ikke bare tankene, men også hvordan kroppen reagerer på tankene» (Stange Bernhardt et al., 2020, s. 9).

Stange Bernhardt et al. (2020) viser til at både empiri og teori tyder på at for at terapeuter skal være til hjelp, må de være i stand til å adressere egne erfaringer og følelser med samme åpenhet og fleksibilitet som de forsøker å fasilitere i pasienten. Deres egne funn støtter antagelsen. Terapeutisk meningsfulle og tidsriktige selv-avsløringer var også viktige holdepunkter for å forstå hvordan dette kasuset utviklet seg mot en helsebringende avslutning (Stange Bernhardt et al., 2020).

Både terapeut og pasient i dyaden understreker terapeutens kroppslige fokus og bruk av ikke-verbale intervensjoner som avgjørende for den terapeutiske endringen. Dette kan, ifølge forskerne, tilskrives denne terapeutens spesielle teoretiske orientering, karakteranalyse – en kroppsfokusert psykodynamisk tilnærming (Stange Bernhardt et al., 2020). Samtidig bemerker Stange Bernhardt et al. (2020) at omfattende litteratur understreker verdien av terapeutens ikke-verbale kommunikasjon – også på tvers av tilnærminger. Det vil si evnen til å være rotfestet i seg selv, kroppsholdning, øyekontakt, ansiktsuttrykk, bruk av mindre lyder (Stange Bernhardt et al., 2020). På denne måten kan studiens funn ha relevans

utover dette spesielle kasuset og karakteranalytiske terapier. For min egen del vil jeg si at karakteranalysens verdi handler nettopp om fenomenene den setter fokus på, ikke om navnet på en tradisjon.

Karakteranalysen i internasjonal kontekst

Historien jeg har fortalt så langt, har handlet om en faglig utvikling som har foregått i Norge. Innholdet i fagutviklingen – med vektleggingen på det non-verbale – har etter mitt syn likevel lite med Norge å gjøre, men skyldes historiske omstendigheter. På samme måte var det spesielle omstendigheter som gjorde at objektrelasjonsteori ble utformet i Storbritannia, og selvpsykologi og interpersonlig/relasjonell psykoanalyse ble utviklet i USA. Men få vil hevde at det er noe spesielt britisk eller amerikansk ved disse faglige nyvinningene. Få vil også hevde at det er noe særegent østerriksk/tysk, for ikke å si jødisk, ved den opprinnelige psykoanalysen.

Utviklingen av dagens karakteranalyse representerte en viktig nyvinning (Sletvold, 2005). Det ble naturlig å publisere utviklingen også internasjonalt. Dette resulterte først i tre artikler (Sletvold, 2011, 2012, 2013) og så i boken *The Embodied Analyst – From Freud and Reich to relationality* (Sletvold, 2014). Meg bekjent var dette første gang siden Reichs brudd med psykoanalysen i 1934 at artikler som fremhevet hans bidrag, ble publisert i anerkjente (psykoanalytiske) tidsskrifter. *The Embodied Analyst* inkluderer forskningsmessig støtte fra etiologi, nevropsykologi, filosofi, spedbarns- og tilknytningsforskning. Boken fikk god mottakelse og fine omtaler, særlig i USA og Kina (Akhtar, 2014; Peichao, 2000; Jun, 2000), og vant *Gradiva Award* som beste psykoanalytiske bok i 2015. Oppmerksomheten bidro til starten på et internasjonalt samarbeid, blant annet årlige workshops i London og New York. Workshopene i New York, med fellesbetegnelsen *Steps towards an Embodied Psychoanalysis and Psychotherapy*, har foregått ved The New School for Social Research. Samme institusjon ga Reich en stilling og gjorde det mulig for ham å komme med den siste amerikabåten fra Norge før utbruddet av andre verdenskrig.

I 2015 møtte jeg for første gang Doris Brothers, ph.d., psykolog og psykoanalytiker. Vi utviklet et nært faglig samarbeid (Brothers & Sletvold, 2023) og underviste blant annet i Shanghai og Beijing om det kroppslige perspektivet. Pandemien satte foreløpig en stopper for flere turer til Kina. Det var imidlertid stor interesse for videre undervisning og veiledning over internett.

Et resultat av arbeidet er at *The Embodied Analyst* i 2020 ble oversatt til kinesisk. I forordet av oversettelsen bemerker den kinesiske psykoanalytiker Peichao noe de fleste vil være enig i, nemlig at den kroppslige dimensjonen har vært sekundær i psykoanalytisk og psykodynamisk terapi. Men Peichao legger til at mangelen ikke eksisterer i kinesisk tradisjon, fordi der har kropp og sinn alltid vært én. Min erfaring fra undervisning og veiledning av kinesiske terapeuter har bekreftet dette. De har hatt variert utdanningsbakgrunn, fra godt utdannede psykologer og psykoanalytikere til terapeuter med beskjeden utdanning innen mental helse-feltet. Men uavhengig av utdanningsnivå har det vært slående hvor lett og naturlig det har vært for de kinesiske terapeutene å inkludere et kroppslig fokus, til forskjell fra mange høyt utdannede europeiske og amerikanske terapeuter.

De senere årene har Brothers og jeg undervist ved ulike psykoanalytiske foreninger og institutter, særlig i USA. Vi har tydelig merket en økende interesse for å bringe kroppen mer eksplisitt inn i psykoanalyse og psykoterapi – både teoretisk og praktisk. Et resultat er at vi i 2022 kunne redigere et spesialnummer av tidsskriftet *Psychoanalytic Inquiry* under tittelen *The turn toward embodiment* (Brothers & Sletvold, 2022b). Spesialnummeret hadde bidrag fra Donnel B. Stern (2022), Siri E. Gullestad (2022), William F. Cornell (2022), Gianni Nebbiosi og Susanna Federici, (2022), Steven H. Knoblauch (2022), foruten Brothers og meg (Sletvold & Brothers, 2022a).

I 2023 tok Brothers og jeg initiativ til *The Wilhelm Reich Center for the Study of Embodiment* (wilhelmreichcenter.org). Siktemålet er å skape diskusjon om alle de mest sentrale kliniske problemstillinger innen karakteranalyse, psykoanalyse og psykoterapi.

— karakteranalysens verdi handler nettopp
om fenomenene den setter fokus på

Sammenfatning og konklusjon

Reichs første utvikling av karakteranalyse innebar en erkjennelse av at vi snakker med hele kroppen, ikke bare med ord. Deretter videreutviklet Reich denne erkjennelsen til det han betegnet som karakteranalytisk vegetoterapi og orgonterapi.

I Norge gikk utviklingen i løpet av 1980- og 1990-tallet mer og mer tilbake til den opprinnelige karakteranalysen, en utvikling som førte til at Norsk Karakteranalytisk Institutt (NKI) ble opprettet i 1999. Fra begynnelsen av 2000-tallet utformet det nye karakteranalytiske instituttet en unik ny utdanning

ved en syntese av Reichs karakteranalyse, den nyeste utviklingen innen psykoanalytisk teori og praksis og nye kroppsbaserte undervisnings- og veiledningsmetoder, ikke minst med fokus på imitasjon. Utdanningen er fortsatt den eneste som kan betegnes som karakteranalyse eller *embodied analysis*.

I artikkelen har jeg også redegjort for hvordan den karakteranalytiske utdanningen blir støttet av psykoterapiforskning, og at karakteranalysen inspirerer *the turn toward embodiment* internasjonalt innen dagens psykoanalyse og psykoterapi. 

REFERANSER

- Akhtar, S. (2014). The embodied analyst: from Freud and Reich to relationality. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(4), 416–419. <https://doi.org/10.1080/02668734.2014.964501>
- Anthi, P. (2007). Commentary on P. Fonagy and M. Target: The rooting of the mind in the body. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, online edition, letter to the editor, 10/01/2007.
- Anthi, P. & Haugsgjerd, S. (2013). A note on the history of the Norwegian Psychoanalytic Society in the years 1933 to 1945. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94, 4, 715–724.
- Benjamin, J. (2017). *Beyond Doer and Done to: Recognition Theory*. Routledge Taylor & Francis.
- Brothers, D. & Sletvold, J. (2022a). Talking Bodies: A New Vision of Psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 42(4), 289–302. <https://doi.org/10.1080/07351690.2022.2059292>
- Brothers, D. & Sletvold, J. (2022b). The turn toward embodiment. *Psychoanalytic Inquiry*, 42(4), 227–228. <https://doi.org/10.1080/07351690.2022.2059269>
- Brothers, D. & Sletvold, J. (2023). *A New Vision of Psychoanalytic Theory, Practice and Supervision: TALKING BODIES*. Routledge Taylor & Francis.
- Cornell, W. F. (2022). Wishing I Weren't Here: Therapeutic Engagement with Disembodied States. *Psychoanalytic Inquiry*, 42(4), 253–265. <https://doi.org/10.1080/07351690.2022.2059281>
- Dannevig, E. T. (2007). Innleiing. I A. Faleide, R. Grønseth & B. Urdal (Red.), *Det levande i muskelpanseret. Om kropp og sjel, muskelpenningar, seksualitet og tilhøve mellom barn og vaksne* (s. 9–13). Universitetsforlaget. (Opprinnelig utgitt 1975)
- Faleide, A., Grønseth, R. & Urdal, B. (2007). *Det levande i muskelpanseret. Om kropp og sjel, muskelpenningar, seksualitet og tilhøve mellom barn og vaksne*. Universitetsforlaget. (Opprinnelig utgitt 1975)
- Freud, S. (1955). Group Psychology and the Analysis of the Ego. I J. Strachey (Red. & oversettelse), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Bd. 18, s. 65–144). The Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1921)
- Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neuronal basis of social identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 519–536. <https://doi.org/10.1080/10481880903231910>
- Grønseth, R. (1991). Eksistensiell karakteranalytisk vegetoterapi. I A. Faleide, E. Grønseth & R. Grønseth (Red.), *Karakteranalytisk vegetoterapi. I kjølvanet av Wilhelm Reich* (s. 195–223). Spartacus forlag.
- Gullestad, S. E. (2022). Finding the mind in the body. *Psychoanalytic Inquiry*, 42(4), 244–252. <https://doi.org/10.07351690.2022.2059277>
- Hanve, Ø., Hidle, L., Kjos, T. H., Larsen, T., Lien, M. H. & Lien, C. (2017). *La være – men ikke i fred. Rolf Grønseths eksistensielle karakteranalytiske vegetoterapi*. Kolofon forlag AS.
- Harbitz, P. & Sletvold, J. (2019). *Fra muskelpanser til kropp i dialog*. Norsk Karakteranalytisk Institutt, Giutbok.no AS.
- Higgins, M. & Raphael, C. M. (1967). *Reich speaks of Freud*. Farrar, Straus and Giroux.
- Jun, X. (2000). Forord. I J. Sletvold. *The Embodied Analyst* (kinesisk utgave).
- Jørgensen, K. F. (2018). Karakteren – selvets relasjonelt tilgjengelige og erfaringsnære utside. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(6), 468–477.
- Klevstrand-Kruse, S. (2024). Det kroppslig relasjonelle perspektivet i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(1), 20–25. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as12ae-Det-kroppslig-relasjonelle-perspektivet-i-psykoterapi>
- Knoblauch, S. H. (2022). The Body as Subject, Intersubject, Fluid, and Reticular: A Series of Considerations Coming from Different Models. *Psychoanalytic Inquiry*, 42(4), 278–288. <https://doi.org/10.1080/07351690.2022.2059289>
- Meltzoff, A. N. & Moore, M. K. (1995). Infants' Understanding of People and Things: From Body Imitation to Folk Psychology. In J. L. Bermudez, A. Marcel, & N. Eilan, *The Body and the Self* (s. 43–69). MIT Press.
- Nebbiosi, G. & Federici, S. (2022). Miming and Clinical Psychoanalysis: Enhancing Our Intersubjective Sensibility. *Psychoanalytic Inquiry*, 42(4), 266–277. <https://doi.org/10.1080/07351690.2022.2059285>
- Nilsen, H., F. (2022). *Du må ikke sove – Wilhelm Reich og psykoanalysen i Norge*. Aschehoug.
- Nylund, T. & Sletvold, J. (2009). Å få kjennskap til den andre ved hjelp av imitasjon. I J. Sletvold & M. Borstad (Red.), *Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi* (s. 53–61). Kolofon forlag.
- Peichao, Z. (2000). Forord. I J. Sletvold, *The Embodied Analyst* (kinesisk utgave).
- Raknes, O. (1970). *Wilhelm Reich and Orgonomy*. Universitetsforlaget.
- Reich, W. (1978). *The Function of Orgasm*. Pocket Books. (Opprinnelig utgitt 1942)
- Reich, W. (1972). *Character analysis*. Farrar, Straus and Giroux. (Opprinnelig utgitt 1933)
- Schjelderup, H. (1955). Lasting effects of psychoanalytic treatment. *Psychiatry*, 18, 109–133.
- Schjelderup, H. (1956). Personality-changing processes of psychoanalytic treatment. *Acta Psychologica*, 12, 47–64.
- Schjelderup, H. (1988). *Nevrosene og den nevrotiske karakter*. Universitetsforlaget. (Opprinnelig utgitt 1941)
- Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen ... Kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(6), 497–504. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2005as05ae-I-begynnelsen-var-kroppen-Kroppen-i-psykoterapi-teoretisk-grunnlag-og-terapeutiske-implikasjoner>
- Sletvold, J. (2010). Harald Schjelderup og den karakteranalytiske tradisjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(1), 16–22. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2010as01ae-Harald-Schjelderup-og-den-karakteranalytiske-tradisjon>
- Sletvold, J. (2011). «The reading of emotional expression». Wilhelm Reich and the history of embodied analysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 453–467. <https://doi.org/10.1080/10481885.2011.595337>
- Sletvold, J. (2012). Training analysts to work with unconscious embodied expressions. *Psychoanalytic Dialogues*, 22, 410–429. (Norsk versjon i M. Borstad og J. Sletvold, *Karakteranalytiske dialoger*)
- Sletvold, J. (2013). The Ego and the Id revisited. Freud and Damasio on the body ego/self. *International Journal of Psychoanalysis*, 94, 1019–1032. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12097>
- Sletvold, J. (2014). *The Embodied Analyst – From Freud and Reich to relationality*. Routledge Taylor & Francis.
- Sletvold, J. (Red.). (2017). *Tage Philipson – Kjærlighet og identifisering*. Norsk Karakteranalytisk Institutt, Kolofon forlag.
- Stange Bernhardt, I., Nissen-Lie, H. A. & Råbu, M. (2020). The embodied listener: a dyadic case study of how therapist and patient reflect on the significance of therapist's personal presence for the therapeutic change process. *Psychotherapy Research*, 31(5), 682–694. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1808728>
- Stern, D. B. (2022). Feels Like Me: Formulating the Embodied Mind. *Psychoanalytic Inquiry*, 42(4), 232–243. <https://doi.org/10.1080/07351690.2022.2059275>
- The Wilhelm Reich Center for the Study of Embodiment (u.å.). Hentet 6. Mai 2025 fra www.wilhelmreichcenter.org

Prediksjon av selvmord hos ungdom

Bredt blikk i identifisering av selvmordsrisiko.

I sin doktorgrad spør E.F. Haghish om hva som er nyttig i identifisering av selvmordsrisiko og ser på sosiologiske og miljømessige faktorer, i tillegg til individuelle og psykologiske. Han forsvarte avhandlingen *Theory of adolescent suicidality and self-destruction. A holistic multi-model domain analysis* den 9. mai ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Maskinlæring

Haghish argumenterer for en holistisk tilnærming der selvmord også kan forstås som irrasjonell selvutslettelse.

Svar fra over 180 000 norske ungdommer mellom 12 og 20 år,

hentet fra både Ung i Norge-studien (1992–1994) og Ungdataundersøkelsen (2014–2019), ble analysert.

For å undersøke betydningen av ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer brukte Haghish to former for maskinlæring: individuelle algoritmer som prøver å predikere selvmordsforsøk basert på rådata fra undersøkelsene, og en læringsalgoritme som sammenligner ulike individuelle algoritmer og kombinerer dem for å oppnå best mulig prediksjon.

Funn

Selvsykdom, negative tanker og følelser om en selv og traumatiske opplevelser bidro til å forklare senere selvmordsforsøk. Kvaliteten på forholdet til foreldre og jevnaldrende, øvrig

risikotaking, tilnærming til fremtiden og neglisjering av egne fysiske behov, hadde også betydning. Et annet viktig funn var at det var mulig å identifisere hvem som vil svare inkonsekvent på spørsmål om tidligere selvmordsforsøk.

For klinikere kan funnene inspirere til å bruke flere spørsmål for å identifisere selvmordsrisiko, for eksempel om sosiale forhold, risikotaking, fremtidsoptimisme eller pasientens fysiske behov, og stille flere indirekte spørsmål for å forebygge selvmord. 

TEKST SIMEN BØ

KILDER

<https://www.sv.uio.no/psi/forskning/aktuelt/arrangerer/disputaser/2025/Haghish/abstract.html>
<https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/psykisk-helse/selvmord-i-norge/?term=>
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1216791>
<https://doi.org/10.1007/s10964-023-01892-6>
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.133>

Barns meningsdannelse ved samlivsbrudd

Hva betyr det at barn deltar i mekling etter samlivsbrudd?

Barna kan delta i mekling når foreldre er i samlivsbrudd. Man tenker at foreldrene da bedre kan ivareta barna i prosessen og at barna får større mulighet til å skape mening i den nye tilværelsen. Er det rimelige antakelser? Hvordan oppleves meklingen for barna, og hva innebærer den for familiene?

Psykolog Trine Charlotte Eikrem forsvarte avhandlingen *Barns meningsdannelse ved samlivsbrudd: Et samspill mellom kulturen, foreldrene og barna* ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, den 18. juni.

Doktorgraden er basert på kvalitative intervjuer med 15 familier der barna er 6–12 år gamle, hvor foreldrene hadde et typisk konfliktnivå, og ikke sterke, langvarige konflikter.

Terapeutisk fokus

En av artiklene tematiserte barnas interaksjon med meklerin. Her fremkom at meklerin i stor grad la premissene for samtalen. De fikk preg av å være samtaler mellom en terapeut (meklerin) og en klient (barnet), med barnets følelser i fokus.

Eikrem argumenterer for at meklingssamtalen kan være overbelastet. Det terapeutiske fokuset kan gå på bekostning av andre mål med meklingen, slik som ivaretagelse av barnas juridiske rettigheter.

Det er meningsfullt å dele

I tråd med et sosiokulturelt fokus, der foreldre sees som én av aktørene som preger barnas håndtering av samlivsbruddet, så Eikrem på andre kilder som påvirker barns opplevde mening ved samlivsbrudd.

Barn skapte mening ved å prate med andre barn som har erfaring med

samlivsbrudd, og gjennom TV-serier og filmer. Å dele en forståelig historie om samlivsbruddet med andre barn fremstod særlig viktig for barns meningsdannelse – barn som ikke klarte å skape en slik historie, slet med å tilpasse seg.

Sentralt i avhandlingen er barns meningsdannelse – manglende meningsskaping gir problemer senere. I praksis vil det være nyttig å se på meningen barna danner i vanskelige situasjoner – det er ikke gitt at mekling og andre tjenester brukes på en måte som skaper mening for barnet. 

TEKST SIMEN BØ

KILDER

<https://www.sv.uio.no/psi/forskning/aktuelt/arrangerer/disputaser/2025/eikrem>
<https://www.bufdir.no/familie/samlivsbrudd/mekling/>
<https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/artikler/lavere-konfliktiva-blant-for-eldre-med-delt-bosted>
<https://tidsskriftetbarn.no/index.php/barn/article/view/5032>

Deltakere søkes til ny kvalitativ studie om arbeidsbelastning og yrkesflukt

Hvorfor slutter psykoterapeuter å jobbe klinisk?

Opplever du at det er krevende å jobbe som psykoterapeut, eller har du sluttet eller vurdert å slutte fordi arbeidsbelastningen ble for stor? Psykolog og stipendiat Ada Marie Leirstrand ser etter deltakere til en studie om arbeidsbelastning og yrkesflukt blant psykoterapeuter.

Studien, som er kvalitativ, vektlegger emosjonelle og etiske utfordringer som kan oppstå i klinisk arbeid. Intervjuene vil fokusere på opplevelsen av mening i arbeidet og hvordan terapeuten tilpasser seg terapeutrolens opplevde krav, dyder og idealer.

For å delta i studien må du være registrert helsepersonell i Norge med kompetanse på psykisk helse, som inkluderer for eksempel psykologer, psykiatere, kliniske

sosionomer eller spesialsykepleiere i psykisk helse og rus. Du må ha jobbet med psykoterapi i minst ett år. Helsepersonell som ikke lenger jobber klinisk kan også delta, men skal helst ha sluttet i jobben etter 2018, delvis på grunn av opplevd arbeidsbelastning.

Tidligere eller praktiserende psykoterapeuter fra hele landet oppfordres til å delta. Intervjuene gjennomføres fysisk i Oslo-området eller digitalt.

Studien er et doktorgradsprosjekt ved VID vitenskapslige høyskole.

Ta kontakt med stipendiat Ada Marie Leirstrand om du ønsker å delta i studien eller har andre spørsmål: ada.leirstrand@vid.no Ⓢ

TEKST SIMEN BØ
KILDE ADA MARIE LEIRSTRAND

Hvordan knekke en fagetisk nøtt?

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

Vi ønsker bidrag til vår faste spalte Etikkrpanelet. Del dine etiske refleksjoner med oss.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Klara Johansson

Lovisenberg Diakonale Sykehus,
Nic Waals Institutt

Cilje Sunde Rolfsjord

Lovisenberg Diakonale Sykehus,
Nic Waals Institutt

Fredrik Cappelen

Psykologisk institutt (PSI)
Lovisenberg Diakonale Sykehus,
Nic Waals Institutt

Line Indrevoll Stänicke

Psykologisk institutt (PSI)
Lovisenberg Diakonale Sykehus,
Nic Waals Institutt

«Fra frykt til framtidstro»: En kvalitativ studie om ungdoms erfaringer med mentaliseringsbasert terapi

KONTAKT klaralinnea.johansson@lds.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter. Studien er finansiert av forskningslegatmidler fra Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) og med støtte fra Helse Sør-Øst sitt «BUP-prosjekt».

FAGFELLEVRDERT

CC BY 4.0

Bakgrunn: Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en psykoterapeutisk behandlingsmetode som kan tilbys individuelt, i gruppe, med familie eller i kombinasjon, og er utviklet for å behandle en rekke psykiske lidelser. MBT for ungdom (MBT-A) inkluderer individual-, foreldre- og/eller familiesamtaler, og har vist seg å redusere depressive symptomer, selvmordstanker, risikoatferd som selvskaade og andre kriterier for personlighetsforstyrrelser. Denne studien utforsker ungdommers erfaringer med å delta i MBT-A og fremhever hva ungdommene opplevde som nyttig for endring i terapien.

Metode: Syv unge kvinner (16–21 år) med ulike psykiske lidelser som hadde deltatt i MBT-A i minst seks måneder, ble intervjuet i avslutningsfasen av terapien. Intervjuene ble analysert med refleksiv tematisk analyse.

Resultat: Tre hovedtemaer ble identifisert: 1) «En tålmodig terapeut som står ved min side», 2) «Terapielasjonen som et springbrett til å ...» og 3) «Jeg og andre blir tydeligere». Terapirommet fungerte som en arena for utvikling fra mistillit til tillit og fra taushet til åpenhet.

Konklusjon: Ungdommene fremhevet relasjonens betydning for endring, både til terapeuten, andre nære personer og seg selv, for å bedre håndtere sterke følelser.

Nøkkelord: kvalitativ metode, mentalisering, MBT-A, psykisk lidelse, ungdom

Ungdom i alderen 11–18 år (World Health Organization, 2023) gjennomgår betydelige psykologiske, kognitive, biologiske og sosiale endringer (Thapar et al., 2015). Viktige psykologiske utviklingstemaer er evnen til problemløsning, endring i tilknytningsrelasjoner, affektregulering og selv-identitet. For ungdom henviser til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) kan psykiske helseplager som angst, depresjon, selvskading og relasjonelle vansker påvirke utviklingen negativt, og forekomsten av slike plager hos ungdom har økt de siste årene (Surén et al., 2022). I ungdomstiden kan grensetesting og impulsiv risikoatferd bli strategier for affektregulering og kommunikasjon (Stänicke, 2019). Effektiv psykoterapi kan være viktig for å hjelpe ungdom med å håndtere emosjonelle og relasjonelle utfordringer og utvikle en mer stabil selvidentitet. Effekten av psykoterapien avhenger av terapeutisk metode, pasientfaktorer, terapeutens egenskaper og alliansen mellom pasient og terapeut (Baier et al., 2020; Wampold & Imel, 2015). Ungdom fremhever relasjonen til terapeuten som sentral for at terapi oppleves som nyttig, som at terapeuten er orientert mot ungdommens opplevelse av hva som er problemet, og er varm og til stede som person i relasjonen (Lavik et al., 2018). Terapeuten må balansere ungdommens behov for allianse, kontakt og autonomi, samt være oppmerksom på utviklingspsykologiske temaer som identitet og seksualitet (Bordin, 1979; Cirasola et al., 2022; Stige et al., 2021). Det er også viktig å støtte ungdommen i å mestre hverdagen og sosiale relasjoner generelt, og med jevnaldrende spesielt (Erikson, 1968; Svernell & Dwyer Hall, 2024).

Mentaliseringsbasert terapi (MBT)

For ungdom som strever med affektregulering og risikoatferd som selvskading, har kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi for ungdom og mentaliseringsbasert terapi for ungdom (Mentalization-Based Treatment for Adolescents, MBT-A) vist seg å være effektive (Witt et al., 2023). Mentaliseringsbasert terapi (MBT) har sine røtter i psykodynamisk terapi, utviklingspsykologi og nevrokognitiv forskning, og har vist lovende resultater som behandling for barn, ungdom og voksne med psykiske helseutfordringer (Hajek Gross et al., 2024). Mentalisering refererer til evnen til å forstå egne og andres handlinger som uttrykk for mentale tilstander, som følelser og intensjoner (Fonagy & Allison, 2023). Denne evnen er essensiell for å navigere i relasjonelle og emosjonelle interaksjoner, forstå misforståelser og se både seg selv og andre fra ulike perspektiver (Svernell & Dwyer, 2024). Mentalisering har en arvelig komponent, men utviklingen avhenger sterkt av kvaliteten på tilknytningsrelasjoner og hvordan barnets følelser speiles og behov imøtekommes (Steele et al., 2015). Ettersom kognitiv og selvrefleksiv kapasitet øker i

denne perioden, er ungdomstiden særlig egnet for læring og emosjonelt korrigerende erfaringer som kan styrke mentalisering og bidra til mer stabil identitet (Ensink et al., 2024). Utrygg tilknytning i barndommen kan hemme utviklingen av adekvate affektreguleringsstrategier, og dette kan videre føre til utfordringer med selvfølelse og vansker i nære relasjoner hos ungdom (d'Huart et al., 2022; Steele et al., 2015). Ensink et al. (2024) belyser hvordan tidlig psykisk misbruk (*childhood emotional abuse*) kan være en risikofaktor for å utvikle emosjonell personlighetsforstyrrelse hos ungdom – som omfattende vansker i relasjon med andre, ustabil selvbylde, impulsivitet og affektreguleringsvansker. Studier viser at ungdom med slike symptomer i tidlig ungdom viser et bredt spekter av psykopatologi fem år senere (Jørgensen et al., 2024), noe som understreker viktigheten av tidlig behandling (Chanen & Nicol, 2022; Witt et al., 2021).

Fonagy og Allison (2023) fremhever begrepene epistemisk tillit (ET) og epistemisk mistro (EM) som sentrale i den terapeutiske prosessen, spesielt for å forstå ungdom som har opplevd relasjonelle traumer og har lav tillit til voksne. Man antar at ET utvikles gjennom trygge tilknytningsrelasjoner, som bidrar til at ungdom har tillit til at andre vil dem vel og kan lære dem noe vesentlig om en selv og verden. Dette tillitssystemet er essensielt for å kunne lære av livets utfordringer. Mangel på tillit er ofte et resultat av ulike former for utrygghet i tilknytningsrelasjoner som kan føre til det som kalles «epistemisk vaksomhet», hvor ungdom lærer at nære relasjoner kan føre til svik og skuffelser og kan noen ganger være farlige. Høy grad av mistro hindrer også evnen til å mentalisere, det vil si å forstå både seg selv og andre. I arbeidet med ungdom som sliter med tillit, er målet ofte å åpne for en bedre utvikling av mentalisering over tid.

Ungdoms erfaringer med MBT

Kvalitativ forskning på subjektiv opplevelse av et fenomen (Malterud, 2017) kan gi viktig kunnskap om unge pasienters opplevelse av å gå i terapi, som MBT, og om forhold ved endringsprosesser. En analyse av 11 kvalitative studier viser at voksne pasienter opplever MBT som en navigeringsprosess, hvor de utvikler bedre forståelse av seg selv og andre, noe som styrker relasjoner utenfor terapien. (O'Leary et al., 2024). Det er få studier på unges erfaring med å gå i MBT-A, men unge som går i MBT gruppeterapi fremhever prosessen som lærerik, nyttig og interessant (Lervik 2020), selv om noen slutter fordi behandlingen oppleves som emosjonelt krevende og tar mye tid (Andersen et al., 2021). Denne kvalitative studien har som formål å øke kunnskapen om ungdoms opplevelse av MBT-A. Forskningsspørsmålet er: Hvordan erfarer ungdom deltagelse i MBT-A, og hva opplever de som nyttig for endring?

Metode

Studiesetting

Studien ble utført ved en offentlig poliklinikk for barn og unge (BUP) i Norge som behandler moderate til alvorlige psykiske lidelser hos barn og unge mellom 0 og 18+ år. Deltagerne fikk prosjektinformasjon fra sin behandler, og hvis de var interessert av å delta ble de kontaktet av første-forfatteren for mer informasjon og for å avtale intervju. De signerte også et informert samtykke for deltagelse.

Terapeutene bestod av tre psykologer og to psykologspesialister fra ungdomsseksjonen. Alle hadde gjennomgått innføringskurs i mentaliseringsbasert terapi (MBT) og/eller MBT for ungdom (MBT-A), og to var sertifiserte MBT-A-veiledere. I tillegg hadde terapeutene etterutdanning i ulike terapiformer som psykoanalytisk psykoterapi, DBT og traumefokusert kognitiv atferdsterapi, og de deltok i jevnlig veiledning i MBT-teamet ved klinikken.

Etikk

Norske regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) godkjente studien (nr. 201346). Det er spesielt viet omtanke ved gjengivelse av deltagerens sitater – at innholdet både er anonymisert og gjengitt på en respektfull måte.

Utvalg

Utvallet bestod av syv unge kvinner mellom 16 og 21 år med diagnoser som depresjon ($n = 3$), PTSD ($n = 1$), CPTSD ($n = 1$), angstlidelse ($n = 1$), tilpasningsforstyrrelse ($n = 1$) og ADHD ($n = 1$). En deltager var diagnostisert med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og en ungdom hadde både depresjon og ADHD. Seks ungdommer bekreftet selvskading, og fem rapporterte selvmordstanker. Noen hadde opplevd gjentatte traumer i nære relasjoner, som vold og seksuelle overgrep. En deltager hadde et selvmordsforsøk under behandlingen, den fullførte behandlingen uten flere forsøk.

Alle deltagerne hadde fått minimum seks måneders MBT-A, med et gjennomsnitt på 42,5 individuelle timer. Alle er intervjuet om sine erfaringer retrospektivt i avslutningsfasen av terapien. Fem av deltagerne hadde avsluttet terapien ved intervjudtidspunktet, en deltager hadde en resterende samtale, og en deltager var i avslutningsfasen av terapien. Utover individualterapi hadde fire deltager gått i familierapi, og foreldre til tre deltager deltok i separate foreldresamtaler. Tre av deltagerne deltok også i mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppe (åtte sesjoner) eller sosial angst-gruppe (ti sesjoner). En av foreldrene deltok på kurset «Tuning into Teens» for å styrke evnen til å gi emosjonell støtte i kommunikasjonen med ungdom.

Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk mellom september 2022 og august 2023 gjennom kvalitative intervjuer. Alle intervjuer ble gjennomført fysisk, varte i 60–90 minutter og fulgte en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål om forventninger til terapi, nyttige erfaringer, endringer underveis og relasjonen til terapeuten. Eksempel på spørsmål i intervjuguiden var: Kan du fortelle meg litt om de problemene som gjorde at du søkte hjelp hos BUP? Hva tenker du kan være mulige årsaker til at disse problemene utviklet seg? Husker du dine forventninger til kontakten på BUP? Ble det som du tenkte / hadde forventet deg? Noe som var annerledes eller som overrasket deg? Noen øyeblikk/perioder i terapien/kontakten som du husker spesielt eller som var viktige for deg? Hva syns du har vært hjelpsomt/nyttig og mindre hjelpsomt/nyttig under behandlingen? Har du kunnet si ifra om det? Har behandlingen hjulpet deg? På hvilken måte og med hva?

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og anonymisert. Førsteforfatter, som er psykologspesialist i klinisk arbeid med barn og unge, gjennomførte alle intervjuene og etterstrebet å skape en åpen og bekreftende atmosfære. Hun var oppmerksom på at flere ungdommer strevde med tillit til voksne. Hun fokuserte på å være en aktiv og nysgjerrig lytter, og lot dem dele egne tanker ut fra det de ønsket å dele.

Dataanalyse

Vi benyttet refleksiv tematisk analyse (RTA) for å identifisere og rapportere mønstre i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, 2022). Analysen ble utført i flere faser av førsteforfatter og sisteforfatter, med regelmessige diskusjoner med hele forskergruppen.

Intervjuene ble først transkribert, anonymisert og lest flere ganger, og førsteforfatter laget en kort oppsummering av intervjuene, i kvalitativ metode kalt «portretter», for å oppsummere sentrale funn (Malterud, 2017). Forfatterne ble opptatt av både beskrivelser av det å gå i MBT-A og hva de erfarte som nyttig for endring. Førsteforfatteren gjennomgikk deretter intervjuene for å identifisere sitater og utdrag som illustrerte ungdommenes erfaringer. Sitater ble kodet, gruppert etter koder og organisert i et hierarki med temaer og subtemaer i samarbeid med sisteforfatter. Etter at portretter og foreløpige temaer og subtemaer var utarbeidet og materialet fullstendig anonymisert, deltok andre- og tredjeforfatter i analysearbeidet (se tabell 1). I løpet av analysen ble vi opptatt av ungdommenes beskrivelser av relasjonen med terapeuten som nyttig for endring i terapiprosessen, men at de også kunne erfare utfordringer i samspeillet. Resultatene ble diskutert i forskergruppen og med ungdom som har egenerfaring med behandling eller som pårørende (se Brukerperspektiv), og tilbakemeldinger ble inkludert i analysen.

Refleksivitet

Braun og Clarke (2006, 2022) fremhever viktigheten av at forskere som bruker RTA, er bevisste på sin forkunnskap og teoretiske forankring, samt er åpne rundt analyseprosessene og fortolkningene. Etter intervjuene og under analyseprosessen har refleksjoner blitt notert for å styrke selvrefleksiviteten. Forfatterne er psykologspesialister ved samme poliklinikk der intervjuene ble gjennomført. Første- og sisteforfatter ledet analysen og var ikke behandler for noen av deltagerne. Andre- og tredjeforfatter var terapeuter for hver sin deltager, men deltok kun i den senere delen av analysearbeidet da materialet var anonymisert og foreløpige temaer og subtemaer allerede var utarbeidet. De forsøkte å være selvrefleksive ved å balansere mellom innsideerfaring fra én av prosessene og et mer overordnet perspektiv på dataanalysen. Alle forfatterne har bakgrunn i relasjonsorientert psykodynamisk psykoterapi og er sertifiserte veiledere i mentaliseringsbasert terapi. Erfaringen vår som behandlere, og spesielt to av forfatternes erfaring som terapeut til to av ungdommene, samt vår forståelsesbakgrunn gjorde oss oppmerksomme på både ungdommens opplevelse og det relasjonelle samspillet med terapeuten. Forskergruppen bestod av tre kvinner og en mann, alle etnisk nordiske middelaldrende fra Skandinavia (Norge og Sverige).

Brukerperspektiv

To representanter fra «Ungdomsrådet» ved Lovisenberg Diakonale Sykehus deltok i den kvalitative analysefasen. De diskuterte foreløpige funn, leste manusutkast og ga innspill på ordvalg, noe som styrket den økologiske validiteten til studien. Representantene fikk utbetalt lønn etter statens satser.

Resultater

Analysen av ungdommenes opplevelse av endring i MBT-A resulterte i tre tema: 1) «En tålmodig terapeut som står ved min side», 2) «Terapirelasjonen som et springbrett til å ...» og 3) «Jeg og andre blir tydeligere» (se tabell 1). Alle temaer har tilhørende subtemaer og viser hvordan ungdommene fremhevet betydningen av ulike aspekter ved relasjoner som viktige, relasjonen til terapeuten, til seg selv og til andre nære personer i ungdommenes liv som var viktige for endring. Terapirommet ble en arena for relasjonell utprøving og utvikling: fra mistro til tillit, fra taushet til åpenhet og fra «brudd» i kontakten til reparasjon. I det følgende presenteres resultater med sitater fra deltagerne. Alle navn er fiktive.

Tema 1

En tålmodig terapeut som står ved min side. Det første temaet fokuserer på at ungdommene fremhevet terapeutens væremåte som viktig når de beskrev endringene de opplevde i terapien, og spesielt at terapeuten formidlet at hen stod på «deres side» uten å dømme. Ungdommene vektla hvordan terapeuten formidlet aksept, ro og tillit over tid (1.1). Alma (21 år) ble henvist til BUP for alvorlig depresjon, selvskading og mistanke om traumer. I intervjuet fortalte Alma om sterk redsel og mistillit til voksne i starten av kontakten på BUP:

Jeg husker at jeg hadde veldig mye frustrasjon og liksom sinne og ganske mye sårne ekstreme følelser (...). Du ble sint her og? Ja, og mot X (terapeuten) (...), jeg stolte ikke på en måte på han. Og var veldig overbevist at jeg var et unntak, og at han kanskje var litt «dum» da i anførselstegn som trodde han kunne hjelpe meg på en måte. (Alma)

TABELL 1

Tre hovedtema og subtema

Tema	Subtema
1. En tålmodig terapeut som står ved min side	1.1 Terapeuten formidler aksept, ro og tillit over tid 1.2 Terapeuten var med meg inn i det vanskelige 1.3 Når samspillet blir vanskelig
2. Terapirelasjonen som et springbrett til å ...	2.1 ... forstå meg selv og min bakgrunn 2.2 ... lettere dele vanskelige følelser 2.3 ... klare meg selv bedre 2.4 ... begynne å drømme
3. Jeg og andre blir tydeligere	3.1 Mindre redd for å bli dømt av andre 3.2 Tydeligere på mine behov i nære relasjoner 3.3 Fra forvirring til et mer nyansert bilde av de nære 3.4 Terapeuten ble en viktig person og en «indre» stemme

Alma beskrev hvordan hun over tid lærte seg å stole på terapeuten sin:

Jeg følte liksom at det var en slags tillit over ganske lang tid (...), kanskje ett år eller mer før jeg virkelig klarte å ordentlig snakke om pappa og andre ting. Så jeg tror kanskje at han var veldig tålmodig, og ikke presset meg, og da følte jeg meg også kanskje mer trygg. (Alma)

Alma beskrev også hvordan redsel kan skape utfordringer når det gjelder å ta opp vonde tema i terapien:

Jeg hadde liksom på en måte små bilder av ting som jeg tenkte var bra å ta opp da (...), en følelse av at dette kan være noe som kan gjøre litt vondt, men jeg følte sånn at på en måte ikke si det til X (terapeuten) på en måte for da var det veldig ... da hadde jeg ikke kontroll på følelsene som dukket opp da. (...) jeg var liksom redd for å ta opp det. (...) Men når jeg følte at jeg klarte det første gangen, så var det også lettere de andre gangene å gjøre det samme, da, om andre ting som føltes veldig sånn lukket inne i meg. (Alma)

Alma fremhevet at terapeuten ga henne tid til å fortelle om det som var viktig for henne, i hennes eget tempo, og at dette gradvis ble lettere og mindre skummelt underveis i terapien.

Noen ungdommer understreket at de opplevde at terapeuten var med dem inn i det vanskelige (1.2) når de delte vonde opplevelser. De følte at terapeuten ikke dømte dem, men ønsket å forstå deres situasjon, og det var avgjørende at terapeuten formidlet empati og støtte. Kaja (19 år) hadde vært vitne til langvarig fysisk og psykisk vold i hjemmet og fått diagnosen PTSD. Hun strevde også med sterke, svingende følelser og episoder med selvskading og opplevde skam over sin bakgrunn. Hun fortalte hvordan aksepten fra terapeuten hjalp henne til å føle støtte:

En av de fineste tingene var bare at hun på en måte var på min side hele tiden (...), jeg følte meg sett og hørt, og ikke at jeg var gal, eller tenkte helt feil eller noe sånt, da (...), det var egentlig det hun sa (...), hun sa seg alltid enig eller sa at de tingene jeg sier, gir mening, og at det på en måte er forståelig å føle de tingene. (Kaja)

Når hun kjente at terapeuten stod på hennes side, kunne hun stå mer opp for seg selv.

Ella (17 år), som også hadde opplevd vold i hjemmet og bodde i beredskapshjem, fikk diagnosen kompleks PTSD. I starten av behandlingen beskrev hun at hun strevde med relasjoner, impulsivitet, følelsesmessig ustabilitet og tillit. Hun fortalte i intervjuet hvor viktig det var at terapeuten var «fraskilt» fra hennes liv:

Ja, hun har vært en veldig trygg person som jeg vet, hun er liksom utenfor alt sammen, hun har ikke en relasjon, med noen jeg kjenner (...), det er liksom et

sånt 'safe space' at jeg kan si alt sammen, ikke noe rart, liksom. (Ella)

Det virker som at tryggheten Ella beskriver, var viktig for å tørre å være åpen i terapien.

I intervjuene beskrev ungdommene positive opplevelser av terapiprosessen, men de beskrev eksempler på når kontakten kunne bli vanskelig (1.3), særlig i starten av terapien. Olivia fortalte for eksempel hvordan det ble for henne om terapeuten tok kontakt med mamma:

Hvis jeg svarte noe sånn «ja, jeg har selvmordstanker», så var det sånn ganske raskt at hun, etter at jeg var ferdig med timen, ringte mamma, hun sa jo sånn: «Ja, jeg tror dette er noe jeg må snakke med mamma om», og så sa hun at det er en plikt, liksom (...). Og det overrasket meg veldig (...). Jeg var ikke helt komfortabel med det (...). Jeg likte det ikke, for jeg føler at det er liksom mine hemmeligheter, på en måte. (Olivia)

Å balansere informasjonsplikt til foreldre ved risiko for selvmord med allianse og tillit til ungdommen er en utfordrende oppgave i terapi og kan oppleves vanskelig for ungdommen.

Anna fortalte i sin tur om at lengre sykdomsperiode for terapeuten hennes ble forstyrrende for terapiprosessen:

I den perioden da terapien stoppet opp, så følte jeg ikke at jeg fikk så mye utbytte av det (...). Da det startet på nytt igjen, så var jeg litt sånn at nå var det ikke helt det samme (...). Og så var det sånn at personlig, siden hun var borte så lenge (jeg tror det var nesten to–tre måneder), hadde jeg likt at jeg hadde hatt noen andre å snakke med. (Anna)

Anna hadde problemer med å si hva hun ønsket i kontakten. Alma, derimot, ble etter hvert bedre til å uttrykke behovene sine, men ofte indirekte, som antydninger.

Ja, jeg føler at jeg har lært at jeg kan si ifra når det er veldig vanskelig. Og det er kanskje det som har reddet meg (...), kanskje sett mot døra og kanskje hatt en draging ut av rommet, og så har jeg sagt det at nå vil jeg ikke være her mer, eller nå vil jeg at timen skal være over, eller (...) og da har vi på en måte gått litt bort da fra de tingene vi snakker om og så roa det litt ned. (Alma)

Alma fortalte at hun syntes terapeuten klarte å «fange opp» at det ble krevende, og at de kunne snakke om det og gå bort fra vanskelige temaer, slik at det ble mulig for Alma å fortsette i terapien.

Tema 2

Terapirelasjonen som et springbrett til å ... Neste tema fremhever at terapirelasjonen ble en vei til endring hos

ungdommen gjennom blant annet økt selvforståelse, selvstendighet og håp. Den terapeutiske relasjonen ble en 'øvelsesarena' for indre endring. Ungdom fikk utforske hvem de var, sammen med en trygg og tydelig annen. Samtidig kunne de være mer åpne, vise seg sårbare, våge å drømme, si ifra og sette grenser.

Flere av ungdommene betonte hvordan de gjennom terapien hadde blitt bedre kjent med følelsene sine, og forstod bedre hvem de var og bakgrunnen sin (2.1). Nora (16 år) vokste opp med foreldre med store rusproblemer og opplevde vold og omsorgssvikt. Hun kom til BUP med mistanke om depresjon, selvskading, selvmordstanker og spisevegring etter et alvorlig selvmordsforsøk. I starten av terapien var hun redd for å «si for mye», da hun fryktet at barnevernstjenesten kunne bli involvert, noe hun hadde hatt negative erfaringer med tidligere. Gjennom terapien har hun lært mer om følelsene sine og våger nå å uttrykke dem, noe hun tidligere holdt tilbake fordi det ikke var «lov» hjemme:

Nå vet jeg jo litt mer hva jeg føler, jeg kan sette litt mer ord på det, ehh i stedet for at jeg holder det nede og sånt (...), det syntes jeg var litt nytt, at jeg bare kunne si alt jeg følte. (Nora)

Olivia (17 år) mente at en bedre evne til å forstå og ta andres perspektiv var en viktig del av terapien. Hun hadde opplevd tap av en forelder og ble henvist til BUP med mistanke om depresjon, selvskading og selvmordstanker. I intervjuet fortalte hun at det var hjelpsomt å føle seg hørt av terapeuten, som tok hennes vansker på alvor. Olivia opplevde nå å stille mer spørsmål ved sine egne reaksjoner i relasjoner, noe som dempet de overveldende følelsene og selvkritikken:

(...) jeg legger merke til hvis jeg er veldig sur eller har veldig sterke følelser. (...) nå er jeg litt mer sånn burde jeg være sint på den personen (...) jeg har blitt mer sånn at jeg tenker over ting (Olivia).

Gjennom å føle seg sett, hørt og tatt på alvor i terapien synes Olivia og ha utviklet en økt evne til å ta andres perspektiv.

Flere ungdommer fortalte at det å dele strevsomme og vonde følelser med terapeuten gjorde følelsene mindre utholdelige (2.2). Nora beskrev hvordan hun holdt tristhet, uro og sinne inne, noe som ble så voldsomt at hun bare klarte å «få det ut» gjennom selvskade eller sult. Dette førte til mer sinne og tristhet, og skapte en ond sirkel.

(...) jeg hadde det vanskelig å åpne meg selv, å snakke om ting (...), mye angst, mye mer sånn ble fortære lei meg, ble fortære sint (...). Men da jeg ble lei meg og sint, så tok jeg det ut på meg selv igjen (...), men nå kunne jeg i alle fall dele det med noen (...). Da ble det lettere, og da gikk det gradvis til at jeg kunne snakke om det i stedet, og plutselig så fikk jeg ikke det der oversvømmelsene av så mye følelser (...), det var på

en måte befriende, for jeg følte ikke for å kutte meg selv eller ikke spise eller hva det enn er, eller gjøre et eller annet. Jeg bare «ferdig med det», og så kan jeg fortsette med noe annet. (Nora)

At Nora begynte å dele det vanskelige i terapien, gjorde følelsene mer utholdelige og reduserte behovet for selvdestruktiv atferd.

I terapien vokste ungdommenes tillit til at de kunne klare å håndtere problemer som oppstod i livet, på egen hånd (2.4). Ella (17 år), som kun hadde en avsluttende time igjen av terapien med sin behandler under intervjuet, fortalte:

Jeg glemmer jo litt også at jeg er jo veldig flink på å takle motstand selv (...), og det er jo liksom det jeg har lært hos henne, hun har jo gitt meg verktøyene til å gjøre det på en måte (...), jeg tror det kommer til å bli ganske vanskelig å gå derifra den dagen (...) samtidig som jeg tror også at det kommer til å bli et sånt nytt kapittel for meg (...) sånn at jeg må klare meg selv på en måte. (...) og at jeg klarer å finne ut av ting på egen hånd. (Ella)

Anna (18 år) ble henvist til BUP med symptomer på depresjon og sosial angst. Anna beskrev hvordan økt forståelse og innsikt gjennom terapien hadde gitt henne bedre evne til å ordne opp på egen hånd i problemer som oppstod:

Så har jeg fått litt bedre forståelse for problemene mine (...), jeg vet litt bedre hvordan jeg skal ta tak i dem når de dukker opp (...) i det at jeg har fått litt bedre forståelse for det, så har jeg også fått litt mer selvtilitt (...). Jeg føler at i og med at jeg vet mer hvordan jeg skal behandle de problemene når de kommer, at jeg har klart å håndtere de problemene bedre. (Anna)

Ella og Anna fortalte hvordan terapien har gitt dem økt selvinnikt, mestring og agens. Flere av ungdommene i studien hadde sterke depressive symptomer, de selvskadet og uttrykte tanker om ikke å ville leve i starten av kontakten på BUP. For noen ble terapien en plass for å gjenvinne håp og drømmer der det tidligere var mørkt og håpløst (2.4). Alma fortalte at:

... når jeg kom hit første gang, var jeg overbevist om at det ikke gikk å hjelpe meg, eller at jeg var en «tapt sak», eller at jeg føler at jeg konstant lever i en sånn rød sone, da. (Alma)

For Alma forandret oppgitthet og tanker om døden som eneste utvei seg til noe mer håpefullt og lyst:

Først og fremst ser jeg på en sånn frihetsfølelse i meg, det der at livet ikke skremmer meg eller låser meg,

eller at jeg føler at jeg konstant lever i en sånn rød sone, da (...), men nå så har jeg jo drømmer og mål, og ser liksom lyst på det å bli liksom voksen, og det har vært veldig skummelt før. (Alma)

I slutten av terapien beskrev Alma hvordan livet og framtiden nå var mer fylt av håp.

Tema 3

Jeg og andre blir tydeligere. Det tredje temaet handler om hvordan ungdommene opplevde at terapirelasjonen spesielt ledet til endring i hvordan de relaterte seg til seg selv og til andre nære personer. I terapien opplevde de etter hvert mindre skam og skyld over traumer i nære relasjoner, og at de ikke ble så redde for å bli dømt av andre for det de hadde opplevd (3.1). I stedet vokste det frem en stolthet over den de var:

Jeg sier egentlig bare sånn som det er, jeg sier at jeg ikke møter faren min, at han ikke er noe snill, og at jeg ikke vil møte han i framtiden (...). Jeg gikk ut fra at folk skulle dømme meg da, hvis jeg hadde en annerledes eller tøff oppvekst, da (...). Mens nå så er jeg jo meg uansett. (Kaja, 19 år)

Deltagerne beskrev også hvordan de kjente seg tydeligere på sine behov i nære relasjoner (3.2). Nora fortalte hvordan hun gjennom terapien nå turte å vise følelser, gjøre feil og være mer «ekte»:

(...) det var veldig vanskelig å tenke for meg at jeg skulle gjøre noe feil, eller at jeg skulle ha følelser og sånt (...), men nå så synes jeg det er mye lettere å tenke at jeg er ekte (ler litt), jeg er en ekte person som liksom kan tenke og føle og alt sånt, men det var en god stund der jeg tenkte at det var ikke noe jeg skulle holde på med, liksom (...), det var litt sånn, eller at jeg ikke skulle være til bry for noen (...), eller være litt mer sånn usynlig på en måte. (Nora)

Nora beskrev terapien som en måte å «tre frem» med hele sin person på, uten å holde igjen på grunn av redsel og skam. En annen deltager, Ella, fortalte på sin side hvordan økt forståelse for egne behov i nære relasjoner hjalp henne med å ta bedre valg om hvem hun ville ha i livet sitt:

Jeg er veldig mye mer obs på hvem jeg velger å ha rundt omkring meg (...), mer varsom om de jeg har rundt meg, jeg velger å ha venner som er greie med meg, som er snille med meg og som 'drar meg opp' (...), og som jeg kan ha en sånn åpen dialog med om hvordan vi kjenner oss og hvordan vi har det (...), og jeg klarer å forstå bedre hvorfor mennesker gjør og handler som de gjør. (Ella)

Ungdommene i studien betonte viktigheten av å få økt forståelse for både venner og foreldre gjennom terapien. De opplevde en overgang fra forvirring til et mer nyansert bilde av nære personer i livet deres (3.3). Nora og Alma, som hadde opplevd vold og traumer i hjemmet, beskrev ambivalens og veksling mellom ekstreme syn på omsorgspersonene (god/ond, svart/hvitt). Nora fortalte:

Jeg husker veldig godt at det var veldig vanskelig å møte mamma både for at det var en del av meg som virkelig hatet henne og hadde blitt skadet av henne flere ganger (...). Det var veldig vondt å møte henne, men så den andre delen som var sånn at jeg liker jo å være med henne (...), jeg vil jo ha den nærheten, og hun er jo moren min, liksom (...), men etter hvert så har det blitt mer sånn litt lettere å ikke være, forholde seg til henne, da. (Nora)

Alma fortalte hvordan hun opplevde forvirring:

(...) noen gang der jeg har liksom klart å løsne opp i det å snakke om for eksempel pappa for første gang. For jeg hadde liksom veldig sånn forvirring rundt hvem pappa var, om han var slem eller snill og veldig sånn svart-hvitt-bilde av det, da, og var veldig redd for å kanskje tørre å snakke om de litt mer negative sidene, da. (Alma)

I intervjuene beskriver flere ungdommer at terapeuten ble en viktig person og 'indre' stemme for dem (3.4) som de 'hadde med seg' i hverdagen. I vanskelige situasjoner kunne ungdommene huske ordene fra terapeuten, noe som hjalp dem med å ta gode valg. Ella ga et eksempel på dette:

Jeg har ordene til terapeuten min sånn «quota» i hodet mitt, liksom, som hun pleide å si til meg. Hvis jeg føler meg dårlig, så tenker jeg alltid 'stå i følelsen' og liksom sånn 'aksepter følelsen'. (Ella)

Diskusjon

I studien undersøkte vi ungdommers erfaringer med mentaliseringsbasert terapi (MBT) og deres subjektive opplevelse av hva som bidro til endring. Alle ungdommene i studien fremhever at måten de ble møtt på av terapeuten, spesielt i begynnelsen av kontakten ved BUP, var avgjørende for terapien. Ungdommene følte at terapeuten formidlet at de stod på «deres side» uten å dømme (tema 1), og møtte dem med tålmodighet, aksept og ro. De beskriver også at bestemte kvaliteter ved relasjonen var viktige for endringer når det gjaldt forholdet til en selv og andre nære personer (tema 2 og 3). Funnene diskuteres i lys av betydningen av allianse i terapi, epistemisk tillit, mentalisering, affektregulering og relasjoner.

Resultatene i vår studie er i samsvar med tidligere oppsummeringer av hva ungdom opplever som viktig i terapi (Lavik et al., 2018). Terapeutens væremåte som trygg, varm og personlig, men samtidig som en tydelig voksenperson (tema 1) skaper tillit hos sårbare unge som kan ha overveldende følelser, risikoatferd, utrygghet og traumer i relasjon til andre. Ungdommene utviklet tillit til terapeuten ved å få tid og rom til å ta opp vanskelige temaer i sitt eget tempo. Deres erfaringer kan forstås i lys av selvidentitetsutvikling i ungdomstiden knyttet til økt selvstendighet, men hvor sosial utforskning i forhold til voksne generelt, og venner og jevnaldrende kan bli svært utfordrende på grunn av relasjonell utrygghet. Utryggheten kan hindre ungdom i å søke venner og jevnaldrende for å utforske grenser, roller og identitet. Dermed får de ikke tilgang til viktig informasjon, problemløsning og strategier for å håndtere og forstå vanskelige situasjoner. I vår undersøkelse finner vi at mange av ungdommene i samspillet med en terapeut – en voksen som er nær, men ikke en del av ungdommenes hverdag – kan utforske måter å fremme egne behov og ønsker på, å uttrykke meninger og utvikle en mer voksen og stabil selvidentitet samtidig som de får tilstrekkelig emosjonell støtte fra en voksen person. Det kan riktignok ta tid før de føler seg trygge i kontakten med terapeuten, og terapeuten må balansere terapioppgaver og utviklingsstøtte, noe som også er fremhevet i tidligere studier (se også Stige et al., 2021).

Flere av ungdommene i studien hadde opplevd traumer og grenseoverskridende atferd fra voksne, samt utrygghet i tilknytningsrelasjoner. De hadde høyt symptomtrykk, selvmordstanker og selvskade, noe som kan øke sårbarheten for å utvikle en personlighetsforstyrrelse. En ungdom hadde gjort et selvmordsforsøk i løpet av terapien. Dette er ungdommer som kan være utfordrende å få kontakt med, og som lett kan bli redde, sinte og utrygge i terapi-relasjonen. Ungdommene i studien beskriver også at de kom til BUP med oppgitthet, uro og vaksomhet. I løpet av terapien beskriver de endringer i hvordan de ser på seg selv og håndterer følelser, noe som har vært viktig for at de har fått det bedre. For noen hjalp det dem til å stå imot trangen til selvskading at de kunne uttrykke seg og reflektere over følelsene sammen med terapeuten. Ungdommene fremhever betydningen av å utforske grenser mellom seg selv og andre, og det å få råd og veiledning i konkrete vanskelige sosiale situasjoner som de kan ha med seg ut i nære relasjoner utenfor terapirommet (tema 2 og 3). Tema 2 viser hvordan terapi kan fungere som et springbrett for at ungdommene skal oppleve økt forståelse av seg selv og andre og mer trygghet når det gjelder egne følelser. Tema 3 illustrerer hvordan disse endringene førte til tryggere relasjoner utenfor terapirommet, der ungdommene ble tydeligere på egne behov og tok bedre valg i livet sitt. Betydningen av å danne en bro fra den terapeutiske relasjonen til ungdommens sosiale situasjon er viktig for at terapien skal oppleves som nyttig (se også Svernell &

Dwyer Hall, 2024). Begrepene epistemisk tillit (ET) og epistemisk mistillit (EM) kan være relevante for å forstå hvordan tryggheten i den terapeutiske relasjonen kan bidra til positive endringer hos ungdommene. Selv om det tok tid å etablere tillit, kan flere av ungdommenes beskrivelser forstås som økende tillit til terapeuten og viktige andre. Dette gjorde dem kanskje mer åpne for å lære mer om seg selv, følelser og relasjoner.

Selv om resultatene til en viss grad er beskrevet i tidligere studier av unges erfaring med terapi, viser denne studien spesielt nyanser og gir rikere beskrivelser av hvordan ungdommene erfarer vansker på flere områder – i synet på seg selv, utfordringer hjemme, med venner og jevnaldrende. Terapiarbeidet omkring å håndtere og forstå vanskelige situasjoner fremstod tett sammenvevd med en utforskning av det å forstå mer av forholdet mellom en selv og andre. Disse funnene er meningsfulle med tanke på hvor viktig utviklingen av selvidentitet er i ungdomstiden. En mer nyansert selvforståelse gjorde det lettere å være tydelig på egne behov også i andre relasjoner.

Det er kanskje ikke så rart at ungdommene erfarer å få større kjennskap til og trygghet i forhold til seg selv og andre, siden dette er essensielle temaer og intervensjonsområder ved MBT generelt, og også ved MBT-A. Mentalisering viser til det å forstå egne og andres handlinger i lys av mentale forhold – som følelser, tanker og intensjoner. Likevel er det viktig at ungdommenes erfaringer av endring også peker mot forholdet mellom selv og andre – et viktig kjerneelement i forståelse av personlighetsforstyrrelse (Sharp & Choi-Kain, 2021), og ett av flere felleselementer i strukturerte evidensbaserte behandlingsmetoder for selvskade (Stänicke, 2020; Witt et al., 2023). Når terapien opplevdes som nyttig med tanke på impulsivitet, affektreguleringsvansker og relasjonelt strev i ungdomstiden, kan kanskje erfaringene med terapeuten som trygg, tillitsfull og reflektert være viktig for endring og samtidig for å kjenne på mer framtidshåp.

Begrensninger

Studien hadde syv deltakere, alle kvinner fra 16 til 21 år, med behandlingserfaring i Norge. Resultatene fra studien kan med analytisk generaliserbarhet (Malterud, 2017) relateres til begreper og teori fra andre studier med andre utvalg og kulturelle sammenhenger, samt inspirere til hypoteser om endringsprosesser i terapi med ungdom og MBT generelt. Det er behov for mer systematiske studier på ungdoms opplevelse av endringer i terapi, og hva de opplever som hjelpsomt i møte med behandlere på BUP. Forskning bør for eksempel inkludere yngre ungdom, samt gutter / unge menn og ungdom med annen kjønnsidentitet som også mottar behandling på BUP, samt fra andre steder – nasjonalt og internasjonalt. Økt kunnskap om foreldres bidrag og perspektiv er også viktig, da de har betydning for å forstå faktorer som fremmer positiv endring i terapi med ungdom.

Konklusjon

Studien gir økt forståelse av ungdoms erfaringer med å gå i mentaliseringsbasert individualterapi (MBT-A) og hva de opplever som nyttig for endring. Det er få studier på ungdoms erfaring med MBT-A. Resultatene fra studien støttes av tidligere studier av ungdoms opplevelse av terapi og MBT med voksne. Studien bidrar med nyanserte beskrivelser av hvordan ungdom med psykisk lidelse og vansker med tillit opplever

MBT-A, og viser spesielt hvordan kvaliteter ved terapirelasjonen fremheves som viktig, selv om det kan ta tid å etablere tillit og være relasjonelt utfordrende. Ungdommene uttrykker takknemlighet for at de fikk tid, og de opplevde endring i form av et annet syn på seg selv og bedre forståelse av forholdet til seg selv og til andre i nære relasjoner. Det ble også lettere å håndtere vanskelige følelser og impulser til å skade seg, og de erfarte å få mer håp for framtiden. Ψ

REFERANSER

- Andersen, C. F., Poulsen, S., Fog-Petersen, C., Jørgensen, M. S. & Simonsen, E. (2021). Dropout from mentalization-based group treatment for adolescents with borderline personality features: A qualitative study. *Psychotherapy Research*, 31(5), 619–631. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1813914>
- Baier, A. L., Kline, A. C. & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review*, 82, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Chanen, A. M. & Nicol, K. (2022). Five failures and five challenges for prevention and early intervention for personality disorder. *Focus*, 20(4). <https://doi.org/10.1176/appi.focus.22020016>
- Sharp, C. & Choi-Kain, L. (2021). *Handbook of good psychiatric management for adolescents with borderline personality disorder*. US: American Psychiatric Association Publishing.
- Cirasola, A., Midgley, N., Fonagy, P., IMPACT Consortium & Martin, P. (2022). The Therapeutic alliance in psychotherapy for adolescent depression: Differences between treatment types and change over time. *Journal of Psychotherapy Integration*, 32(3), 326–341. <https://doi.org/10.1037/int0000264>
- d'Huart, D., Hutsebaut, J., Seker, S., Schmid, M., Schmeck, K., Bürgin, D. & Boonmann, C. (2022). Personality functioning and the pathogenic effect of childhood maltreatment in a high-risk sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(95). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00527-1>
- Ensink, K., Deschênes, M., Begin, M., Cimon, L., Gosselin, T., Wais, M., Normandin, L. & Fonagy, P. (2024). Dimensional model of adolescent personality pathology, reflective functioning, and emotional maltreatment. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1302137. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1302137>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton & Co.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2023). Beyond mentalizing: Epistemic trust and the transmission of culture. *Psychoanalytic Quarterly*, 92(4), 599–640. <https://doi.org/10.1080/00332828.2023.2290023>
- Hajek Gross, C., Oehlke, S.-M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P. L. & Kothgassner, O. D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54, 317–337. <https://doi.org/10.1111/sltb.13044>
- Jørgensen, M. S., Möller, L., Bo, S., Kongerslev, M., Hastrup, L. H., Chanen, A., Storebø, O. J., Poulsen, S., Beck, E. & Simonsen, E. (2024). The course of borderline personality disorder from adolescence to early adulthood: A 5-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 132, 152478. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152478>
- Lavik, K. O., Veseth, M., Frøysa, H., Binder, P.-E. & Moltu, C. (2018). 'Nobody else can lead your life': What adolescents need from psychotherapists in change processes. *Counselling & Psychotherapy Research*, 18(3), 262–273. <https://doi.org/10.1002/capr.12166>
- Lervik, T. (2020). *Om ungdommenes subjektive opplevelse av å delta i mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppe* [Hovedoppgave]. Universitetet i Oslo.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisins og helsefag* (3. utg.). Aschehoug.
- O'Leary, N., Ryan, C. & Moore, P. (2024). What is the experience of engaging in mentalization-based treatment? A meta-ethnography of client perspectives of the therapeutic process and outcome. *Mental Health Review Journal*, 29(3), 318–334. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-11-2022-0069>
- Rossouw, T. I. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Steele, S., Bate, J., Nikitiades, A. & Buhl-Nielsen, B. (2015). Attachment in adolescent and borderline personality disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 16–32. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1004882>
- Stige, S. H., Barca, T., Lavik, K. O. & Moltu, C. (2021). Barriers and facilitators in adolescent psychotherapy initiated by adults – Experiences that differentiate adolescents' trajectories through mental health care. *Frontiers of Psychology*, 12, 633663. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633663>
- Stänicke, L. I. (2019). Selvskading og ungdomstidens utfordringer – om å unngå og uttrykke det vanskelige. I R. Talseth (Red.), *Barn i Norge 2019* (Rapport ISSN 1502-6604). Voksne for Barn. https://vfb.no/content/uploads/2020/04/WEB_BiNrapporten2019.pdf
- Stänicke, L. I. (2020). Om behandling av selvskade – hva virker, og hva virker ikke? *Suicidologi*, 25(3), 16–27. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.8531>
- Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A. & Hart, R. K. (2022). Eating disorder diagnoses in children and adolescents in Norway before vs during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 5(7), e2222079. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.22079>
- Svernell, M. & Dwyer Hall, H. (2024). Co-constructing mentalizing contexts in therapeutic work with adolescents—Exploring resilience in social support networks. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 23(1), 96–107. <https://doi.org/10.1080/15289168.2024.2307276>
- Thapar, A., Pine, D. S., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J., & Taylor, E. A. (Eds.). (2015). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. John Wiley & Sons.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E. & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(3), CD013667. <https://doi.org/10.1001/14651858>
- World Health Organization. (2023). *Adolescents: Health risks and solutions*. Hentet 20. august 2024 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

TEKST Annika Melinder
Universitetet i Oslo

Nytt utdanningsprogram for barnefaglig sakkyndige

Barnefaglig sakkyndige har savnet en integrert samtalemetodikk. Det nye utdanningsprogrammet for barnefaglig sakkyndige vil blant annet bidra til å fremme barns medvirkning.

Beslutningstagerne i domstol og nemnd søker sakkyndig bistand for å få en sak opplyst. Dette forutsetter at de har kunnskap om og kan vurdere bevisene i de sakkyndiges uttalelser – kort sagt at det er en transparent, forståelig og åpen prosess mellom premisser og konklusjon (Melinder, 2025). I barnefaglige sammenhenger er denne transparensen ikke alltid synlig. Noe av grunnen til dette kan være at feltet savner gode metoder for vårt utredningsarbeid, spesielt når det gjelder hvordan sakkyndige forholder seg til barn og barns rettigheter i disse sakene.

Vi har derfor utarbeidet Barnets beste-intervjuet som tar hensyn til de saksrelaterte delene av det sakkyndige arbeidet, og som gjør at barnets syn på livet sitt og hverdagen alltid kommer frem.

KONTAKT a.m.d.melinder@psykologi.uio.no

MERKNAD Annika Melinder er leder for det nye barnefaglige programmet i sakkyndighet ved Universitetet i Oslo.

Barnekonvensjonen skal følges

Barnekonvensjonen (1989) er tydelig på at barn har rett til å gi uttrykk for sitt syn i alle forhold som vedrører det (1989, art. 12, nr. 1). Barnet skal følgelig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig eller administrativ saksbehandling som angår det (Barnekonvensjonen, 1989, art. 12, nr. 1). Et grunnleggende hensyn skal være barnets beste (Barnekonvensjonen, 1989, art. 3), som også Grunnloven (1814, § 104 annet ledd) presiserer («Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn»). Barnets beste-vurderinger har tre viktige funksjoner. Det er en rettighet, det er et generelt prinsipp som brukes i tolkningen av øvrige konvensjonsbestemmelser, og det er en saksbehandlingsregel med prosessuelle garantier.

I klartekst betyr dette at alle offentlige og private organisasjoner som møter barn, er omfattet av dette. Domstoler, forvaltninger, administrative myndigheter og de som gjør oppdrag på vegne av disse, er typiske leverandører av slike tjenester hvor altså barnets beste-vurderinger **skal være** førende. Det er med andre ord en plikt.

Barnekomiteen uttrykte i år bekymring for at barnets beste ikke blir tillagt tilstrekkelig vekt (United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, u.å.). Komiteen anbefalte staten å blant annet utvikle nasjonale kriterier og retningslinjer for å sikre at rettighetene blir integrert og anvendt i alle prosesser og avgjørelser som angår barn. Sakkyndiges arbeid er omfattet her.

Sakkyndige mangler metodikk

Barnefaglig sakkyndige er ofte bidragsyttere i barneverns- og barnelovssaker, som dypst sett handler om barnet. Sakkyndige er følgelig forpliktet til å ivareta barnets beste og hensynta at barnets syn kommer frem. Problemet er at barnefaglig sakkyndige ikke har en egen metodikk til å gjennomføre slike samtaler, noe som kan svekke rettssikkerheten til barna og familiene deres. Forskningsgruppen vår (Sakkyndiges Arbeid som Bevis i Barnevernssaker, SABB) har undersøkt barnevernssaker ved å gå gjennom over 300 sakkyndighetsrapporter fra årene 2020, 2022 og 2023 (Melinder et al., 2025), og vi har funnet store variasjoner i hvordan barnefaglig sakkyndige gjennomfører samtaler med barn.

Variasjonen i tilnærminger kan gi ulik kvalitet på vurderingene og tiltakene som anbefales, og bare unntaksvis redegjør sakkyndige for hvordan samtaler faktisk er blitt gjennomført (jf. transparens).

Dette er sakkyndighetsrapporter som er sendt Barne-sakkyndig kommisjon (BSK) for en kvalitetssjekk før de blir brukt i domstolen eller nemnden, noe flere har pekt på som ikke helt tilfredsstillende (Nordanger et al., 2024).

Barnets beste-intervjuet

Buudir har gitt Universitetet i Oslo i oppdrag å utvikle og tilby en videreutdanning for barnefaglig sakkyndige. I videreutdanningen vil vi tilby opplæring i en integrert samtalemetodikk overfor barn. Dette skal tilbys på

Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo fra 2026. Metodikken, som vi foreløpig kaller Barnets beste-intervju (Kierulf & Melinder, 2025; Melinder, 2025), sikrer at barn blir hørt når det gjelder de momentene som vanligvis inngår i barnets beste-vurderinger, og at de saksrelaterte delene av de sakkyndiges oppdrag, det vil si de som mandatet reiser, blir fremhevet i samtalen.

BARNETS BESTE-INTERVJUET HENSYNTAR

- barnets identitet og utvikling av barnets egenart
- barnets familie og stabile relasjoner til nære voksne
- barnets behov for omsorg og beskyttelse
- barnets sosiale situasjon, helse, utdanning og fremtidsutsikter
- barnets etniske, kulturelle, språklige og religiøse bakgrunn

Intervjuet er inndelt i faser og har forhåndsdefinerte temaer som kan tilpasses det enkelte barn og saken. Spørsmålene er åpne og inviterer til fri fortelling. De tilpasses underveis basert på hva barnet forteller. Man følger opp det barnet har sagt, og utforsker videre med fokuserte spørsmål. Metodikken er en utvikling av det politietterforskere allerede har mangeårig trening i, og som kalles tilrettelagte avhør (TA) og sekvensielle avhør (SA) (Langballe & Davik, 2017), men den vektlegger i mindre grad de strafferettslige aspektene ved TA, som prosedurale krav om å «snakke sant» eller fritaksretten (Melinder & Skyberg, 2024).

Barnefaglig sakkyndige har høy kompetanse fra før. Sakkyndige som har testet metoden, forteller imidlertid at de får et mye mer bevisst forhold til hvordan de skal formulere spørsmål og temaer. Målet med samtalemetodikken er at den sakkyndige skal få med seg flere nyanser i barnesamtalene, og tydeliggjøre transparensen og etterprøvbareheten for de som skal ta beslutninger (dommere og nemndledere). For så inngripende saker som omsorgsovertagelse, tilbakeføring, samvær og adopsjon er dette av stor betydning. Dessuten gir en standardisert samtalemetodikk en mulighet for alle barn til å si sin mening uavhengig av om de bor i sør eller nord, om de er etnisk skandinaviske eller ei, og hvilken sakkyndig de møter.

Barns medvirkning sentralt

Barns medvirkning griper direkte inn i det fagets arbeid til de sakkyndige. I forskriften om barns medvirkning i barnevernet (2023) vektlegges det at barnet skal oppfatte seg selv som subjekt i eget liv. Det innebærer blant annet at barnets verdighet og opplevelse av mestring skal muliggjøres. Dette er også et

grunnleggende fagetisk prinsipp for sakkyndige psykologer, som skal følge de generelle prinsippene som ligger til grunn for menneskerettighetene, deriblant barnekonvensjonen. Respekt for individets verdighet og integritet, samt å unngå at psykologisk kunnskap og begreper anvendes på en måte som krenker, utnytter eller undertrykker individer, står sentralt – også når det gjelder barn.

I det nye utdanningsprogrammet for barnefaglig sakkyndige vil vi arbeide for å høyne både metodekompetansen og den fagetiske holdningen til de viktige oppgavene som samfunnet har gitt oss i oppdrag å utføre. Det vil derfor bli mer opplæring i menneskerettigheter, betydningen av kulturelle faktorer, rolleforståelse, evidensbaserte metoder og nødvendigheten av å bruke kunnskapen transparent og med respekt for enkeltindividet.

I tillegg imøtekommer vi et behov blant de sakkyndige som lenge har manglet et faglig miljø (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2021), ved å etablere en møteplass for oppdateringsaktiviteter, konsultasjoner og fagformidling. Deltagelse vil være mulig både fysisk og digitalt.

Sakkyndiges rolle bør, i likhet med andre oppgaver hvor autoritet kan forveksles med makt, underkastes det offentlige lys og diskuteres. Man bør i større grad fokusere på overordnede retningslinjer for dette arbeidet og tydeligere kriterier for BSKs gjennomgang av rapportene. Barna og foreldrene dette dreier seg om, domstol og nemnd og ikke minst de sakkyndige selv har rett til større grad av forutsigbare prosesser hvor blant annet standard-mandat og -kontrakt for den sakkyndige (f.eks. honorering og betingelser), metodekrav og mer strukturerte utredninger og rapporter er eksempler på sentrale områder som må styrkes fremover. En integrert samtalemetodikk for barn er en viktig start på dette arbeidet, og et program som favner om sjelen i barnefaglig sakkyndighetsarbeid, hvor psykologien brukes i rettens tjeneste, er vel investerte midler for neste generasjon. 

Les mer om forskningsprosjektet «Sakkyndiges Arbeid som Bevis i Barnevernssaker» på www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/the-use-of-expert-reports-as-evidence-in-child-pro

REFERANSER

- Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjon om barnets rettigheter* (20–11–1989). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021). *Ensomme eksperter. Utredning av utdanningsprogrammet for og oversikten over barnefaglig sakkyndige*. <https://kudos.dfo.no/dokument/32675/ensomme-eksperter-utredning-av-utdanningsprogrammet-for-og-oversikten-over-barnefaglig-sakkyndige>
- Forskrift om barns medvirkning i barnevernet. (2023). *Forskrift om barns medvirkning i barnevernet* (FOR-2023-10-12-1631). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2023-10-12-1631?q=FOR-2023-10-12-1631>
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5
- Kierulf, H. & Melinder, A. M. D. (2025). Training Expert Witnesses in the “Best Interest of the Child” Interview: A Feasibility Study. Hentet fra osf.io/dszqtq
- Langballe, Å. & Davik, T. (2017). Sequential interviews with preschool children in Norwegian barnahus. I S. Johansson, K. Stefansen, E. Bakkeiteig & A. Kaldal (Red.), *Collaborating against child abuse: Exploring the Nordic barnahus model* (s. 165–183). Springer International Publishing.
- Melinder, A. (2025). *Utvikling av en modell for sakkyndiges barnesamtale og videre implementering i utdanningsprogrammet for sakkyndige (WP2)* [Vårkonferanse 2025: Sakkyndiges Arbeid som Bevis i Barnevernssaker (SABB), Psykologisk institutt]. Universitetet i Oslo. <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/the-use-of-expert-reports-as-evidence-in-child-pro/arrangementer/konferanser/dokumenter/melinder-presentasjon-2025.pdf>
- Melinder, A., Kierulf, H. & Ulleberg, P. (2025). Towards Higher Quality in Expert Reports in Child Protection: Why Emphasizing Limitations and Alternative Explanations Matters. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 8, 293–314. <https://doi.org/10.1007/s42448-025-00226-2>
- Melinder, A. & Skyberg, L. F. (2024). Etske aspekter ved fritaksretten ved vurderingen av barnets beste. I K. K. Jakobsen & P. Risan (Red.), *Etikk i etterforskning* (s. 280–300). Gyldendal Akademisk.
- Nordanger, D. Ø., Mæhle, M., Christiansen, Ø., Jørgensen, T., Samsonsen, V. & Braarud, H. C. (2024). Sakkyndige psykologers refleksjoner om Barnesakkyndig kommisjons kvalitetssikrende funksjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(10). <https://doi.org/10.52734/RCAI7291>
- United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. (u.å.). *CRC – Convention on the Rights of the Child: 99 session (12 May 2025 – 30 May 2025)*. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/SessionDetails.aspx?SessionID=2798&Lang=en

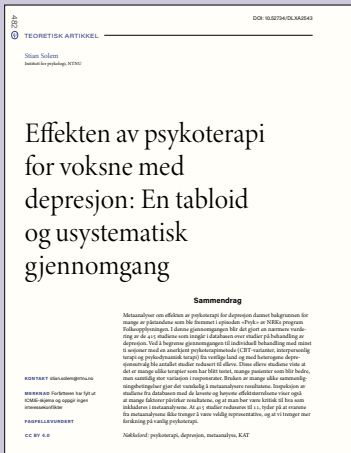
TEKST Pim Cuijpers

Department of Clinical, Neuro and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health research institute, WHO Collaborating Centre for Research and Dissemination of Psychological Interventions, Vrije Universiteit Amsterdam, the Netherlands, Babes-Bolyai University, International Institute for Psychotherapy, Cluj-Napoca, Romania

Psychotherapy for depression is effective, but not for the reasons provided in a recent review

KOMMENTAR TIL:

Solem, S. (2025). *Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang*.



In his recent article in *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Solem (2025) suggests that the main message in an episode of the Norwegian Broadcasting Corporation's series *Folkeopplysningen* entitled 'Psyk' broadcast in 2022 was that psychotherapy for depression had little effect. He mentions one of the older meta-analyses of which I was first author as a reference for these limited effects (Cuijpers et al., 2014). I do not agree with the statement that therapies have little effect, nor do I agree that our meta-analytic works suggest that. I also disagree with the methods, results and conclusion of Solem's critique of our meta-analyses. I want to make four comments.

Wrong numbers

First, Solem's conclusion that only a limited number of studies has examined the therapies that are delivered in Norway is incomplete. He investigated one dataset that is publicly available on the website of our project (www.metapsy.org), but (as is clearly indicated on the website) this is not the most recent version of this dataset (we do not make the most recent versions publicly available). Solem worked on the dataset with the studies up to 1 January 2022 (415 trials). However, the current version of our database includes 552 trials (33% more). Furthermore, these are only the studies comparing therapies with control conditions. We also have several other datasets examining the effects of psychotherapies for depression (not (yet) available on our website), including 135 trials comparing psychotherapy with pharmacotherapy and combined treatments, a dataset of 152 trials comparing different types of therapy with each other, and a dataset of 44 trials in inpatients. So, the conclusion that there are only 11 trials on the representative therapies in Norway is, at best, based on outdated and incomplete information.

Wrong selection of studies

Second, the reasoning behind the selection of the 11 studies (individual therapy; > 10 sessions; only specific types of therapy) is highly disputable. The criteria for this selection are based not on evidence, but on the fact that this is what therapists in Norway are trained in. It is much better, however, to look at what the evidence says. There is no evidence that group therapies or guided self-help are less effective than individual therapies (Cuijpers et al., 2019). Nor is there any evidence to suggest that therapies with more than 10 sessions are more effective than those with fewer sessions (Ciharova et al., 2024; Cuijpers et al., 2013). We also conducted a large network meta-analysis of eight major types of therapy (examined in at least 10 trials) that found no significant differences between therapies (Cuijpers et al., 2021a). So why would one select studies based on criteria that have not been found to be associated with differences in effect size? The only criterion that makes any sense is to limit the selection to Western countries, because we have seen in several meta-analyses that therapies are somewhat more effective in non-Western countries (Cuijpers et al., 2018; Tong et al., 2024).

Although Solem did not conduct a meta-analysis of his selection of studies, we ran these analyses and compared the outcomes of his selection with those of the other studies in our database. We removed the studies conducted before 2022 from the most recent version of our database and made a subgroup of the studies selected by Solem (the databases are not exactly the same because we make minor changes in the continuous process of improving them). We found that the overall effect size of all 523 comparisons (from 427 trials) was $SMD=0.69$ (95% CI: 0.63; 0.74; $I^2=82$; 95% CI: 81; 83). Solem's subgroup of 15 comparisons (from 11 trials) between therapy and control conditions resulted in $SMD=0.71$. The p-value for the difference between this group of studies and the other studies was $p=0.86$. This means that there is no indication whatsoever that the studies selected by Solem differ significantly from the other studies in terms of outcomes.

Wrong focus on details

Third, Solem dives into the details of the studies included in his selection and those of some other studies from our database. Apart from the fact that he makes several methodological errors in looking at these details (too many to list here), he is right that the studies included in our database vary considerably. He recommends that readers of meta-analyses 'should critically examine which studies are included'. But how does he propose to do that? Who can read 1,155 randomised trials (that is the number of trials currently included in our database of psychotherapies for depression) and make sense of that? There is a reason why Solem only explores the three studies with the largest and smallest effect sizes. Had he taken his own advice seriously, he would have looked into the 100 studies with the largest and smallest effect sizes. But, of course, that is not possible and would not have resulted in a useable result.

A better alternative would be to examine whether the differences between studies are related to the outcomes in meta-analyses. If Solem had read our meta-analyses, he would have seen, among other things, that all our meta-analyses include many sensitivity analyses (excluding extreme outliers, such as the Nigerian studies (e.g., Cuijpers et al., 2025)); that we have examined the differences between waitlist and care-as-usual extensively (and yes, waiting lists overestimate effect sizes (Cuijpers et al., 2021b; Cuijpers et al., 2024)); and that we always examine risk of bias (including the difference between completers and intention-to-treat data). He would also have seen that there are many trials that compare therapies with pharmacotherapies ('good active control conditions') and that there are more than 150 trials comparing different therapies directly with each other. And if one looks from a distance at this whole body of literature, the results all point in the same direction. All this is summarised in a systematic review of the more than 100 meta-analyses of psychotherapies for depression we have conducted since 2007 (Cuijpers et al., 2024). Yes, some differences between studies do have an impact on the outcomes, and we know about this impact on outcomes precisely because of the meta-analyses that have been conducted.

Wrong starting point

Fourth, had Solem not focused solely on our old meta-analysis (Cuijpers et al., 2014) and instead read more recent results and discussions of our meta-analyses, he would also have seen that our research does not support the conclusion that therapy has little effect. We have found convincing evidence that psychotherapy is as effective as pharmacotherapy in the short term but is more effective in the long term (after one year (Furukawa et al., 2021; Cuijpers et al., 2020)). Even one round of therapy in the acute phase is more effective after one year than taking antidepressants during that whole year. However, combined treatment is better than either of the two, in both the short and the long term.

Another important finding in this regard is that we examined the absolute response rates (defined as 50% symptom reduction from pre- to post-test) of therapies. We found that 42% of people receiving therapy responded, while 16% to 17% of people in the control groups responded (Cuijpers et al., 2021c). These numbers probably differ depending on baseline severity (higher response rates in more severe depression). This means that many people do not respond to therapy. Based on these numbers, one could say that while therapy is certainly effective for a considerable group of patients, it is not sufficient for many. However, in routine care, therapists can extend the therapy when there is no sufficient improvement, can recommend adding antidepressants or can switch to another therapy. In practice, this means that most patients do improve, though they may require several rounds of therapy to do so.

Conclusion

The suggestion that therapies have little effect cannot be drawn from our work, and certainly not from a small meta-analysis of a small subset of a large research field. Psychotherapies are certainly effective and have better outcomes than those for control groups who do not receive these therapies.

I certainly hope that, when talking to their patients, therapists will not discuss only the results of the studies in which they themselves were involved, as Solem suggests (incidentally, his own study also does not provide a good estimate of the true effect, due to several flaws). Meta-analyses are certainly superior to simply looking at single studies. Examining all single studies is impossible due to the huge number of trials currently available.

Solem also recommends that more research should be done on the therapies that are currently conducted in routine care in Norway. I see no need for such research, because there is no indication whatsoever that the usual therapies provided in Norway differ significantly from other therapies. Therapies do not need to be done individually, and are just as effective when the number of sessions is smaller.

It would be much better to take a critical look at the available (meta-analytic) research and innovate current practice in Norway using these results. Ψ

REFERENCES

- Ciharova, M., Karyotaki, E., Miguel, C., Walsh, E., de Ponti, N., Amarnath, A., van Ballegooijen, W., Riper, H., Arroll, B., & Cuijpers, P. (2024). Amount and frequency of psychotherapy as predictors of treatment outcome for adult depression: A meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 359, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.070>
- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149(1–3), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.030>
- 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/S0033291713000457>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., Purgato, M., & Barbui, C. (2018). Psychotherapies for depression in low- and middle-income countries: A meta-analysis. *World Psychiatry*, 17(1), 90–101. <https://doi.org/10.1002/wps.20493>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700–707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., Cipriani, A., Cristea, I. A., & Furukawa, T. A. (2021a). Psychotherapies for depression: A network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20(2), 283–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>
- Cuijpers, P., Quero, S., Papola, D., Cristea, I. A., & Karyotaki, E. (2021b). Care-as-usual control groups across different settings in randomized trials on psychotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(4), 634–644. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003581>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. A. (2021c). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Papola, D., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Psychological treatment of depression: A systematic overview of a 'meta-analytic research domain'. *Journal of Affective Disorders*, 335, 141–151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.011>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Ciharova, M., & Karyotaki, E. (2024). The overestimation of the effect sizes of psychotherapies for depression in waitlist controlled trials: A meta-analytic comparison with usual care controlled trials. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 33, e56. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000611>
- Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C., Ciharova, M., & Karyotaki, E. (2025). Five decades of research on psychological treatments of depression: A historical and meta-analytic overview. *American Psychologist*, 80(3), 297–310. <https://doi.org/10.1037/amp0001250>
- Furukawa, T. A., Shinohara, K., Sahker, E., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., Bockting, C. L. H., Breedvelt, J. J. F., Tajika, A., Imai, H., Ostinelli, E. G., Sakata, M., Toyomoto, R., Kishimoto, S., Ito, M., Furukawa, Y., Cipriani, A., Hollon, S. D., & Cuijpers, P. (2021). Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(3), 387–396. <https://doi.org/10.1002/wps.20906>
- Solem, S. (2025). Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(8), 482–489. <https://doi.org/10.52734/DLXA2543>
- Tong, L., Miguel, C., Panagiotopoulou, O. M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2023). Psychotherapy for adult depression in low- and middle-income countries: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(16), 7473–7483. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002246>

TEKST Stian Solem
Institutt for psykologi, NTNU

Metaanalyser til både hjelp og forvirring

KOMMENTAR TIL:

Cuijpers, P. (2025). *Psychotherapy for depression is effective, but not for the reasons provided in a recent review.*

Det virker som konklusjonen til Cuijpers blir lik min – at psykoterapi er hjelpsomt og hjelper mer enn bare 14 %. Veien frem til konklusjonen er derimot litt forskjellig.

Det var overraskende og hyggelig at Pim Cuijpers (2025) hadde tilsvar til min artikkel om metodiske utfordringer ved metaanalyser (Solem, 2025). Hovedintensjonen min var å se nærmere på om det virkelig stemmer at kun en av syv pasienter (14 %) med depresjon blir bedre av psykoterapi – slik det ble fremmet i Folkeopplysningen (Haavie, 2022) (eksakt sitat: «Det betyr at du må behandle syv pasienter for at én skal ha godt utbytte av psykoterapi.»).

Lokale data etterlyses

Mitt utgangspunkt for artikkelen var tanken om Ola som er deprimert og henvist til DPS, hvor han møter psykologen Kari. Spørsmålet mitt er da hva sannsynligheten er for at behandlingen vil hjelpe Ola med å føle seg bedre? Er det kun 14 %? Jeg tenker at lokale data vil være mer pålitelig enn metaanalyser for å svare på dette spørsmålet. Dette kan være statistikk på behandlingsforløp for Kari eller poliklinikken der hun jobber. Har fem av hennes siste 20 pasienter

med depresjon blitt bedre? Eller kanskje 15 av 20? Hvis jeg måtte bruke metaanalyser for å si noe om prognosen til Ola, ville jeg foretrukket at dette var basert på studier med en terapi og pasientpopulasjon som lignet på den Kari jobber med, fremfor studier på «task-shifting» eller personer med demens.

Meta-analysene kan inkludere mange studier som ikke er relevante for det Kari jobber med. Studiene kan være beslektet, men de blir for ulike. At jeg begrenset alle studiene i databasen ned til 11, handlet om at klinikkdata tyder på at individuell psykoterapi med en av de vanlige skoleretningene i ca. 10+ timer vil ligne mest på behandlingen som Kari tilbyr Ola. Studier på internettbasert behandling eller ulike typer kurs for depresjonsmestring blir da mindre relevant, fordi Kari i dette eksempelet ikke tilbyr slik behandling.

Ett tall for all psykoterapi?

Valgene som gjøres i metaanalyser, kan være avgjørende for hva slags resultater man får. Et eksempel så vi i kjølvannet av en norsk metaanalyse som vakte oppsikt da den konkluderte at effekten av CBT var synkende (Johnsen & Friberg, 2015). Cuijpers og kollegaer gjorde andre metodiske grep og konkluderte med at dette ikke stemte (Cristea et al., 2017). En annen forskningsgruppe gjorde også en ny metaanalyse og konkluderte med at det var en synkende effekt mellom 1977 og 1995, før effekten så flatet ut (Ljótsson et al., 2017). Når tre metaanalyser med samme problemstilling gir tre forskjellige resultat, kan man bli usikker på hvordan man skal forstå funnene.

Jeg er ikke den eneste som har påpekt at det kan være utfordringer også med metaanalyser. Mange har vært bekymret over den voldsomme eksplosjonen i metaanalyser de siste årene. Noen mener at det nå publiseres flere metaanalyser enn RCT-studier, og motivene bak er det mange som spekulerer i. Det kan også bli vanskelig å henge med på alle metaanalysene, og man har også fått meta-metaanalyser. Kjente skikkelser i vårt fagfelt har brukt ord som «mega-silliness» på noe av dette, mens andre har snakket om metaanalyser som statistisk alkymi (at man lager gull av tull) og kalt det for «meta/shmeta-analyser». Mange av de vanlige problemstillingene er kjent, slik som publikasjonsbias, heterogenitet (man kan blande epler og appelsiner – noen har også inkludert pærer, meloner, lus og spekkhuggere) samt søppel inn og søppel ut. Som Cuijpers påpeker, finnes det flere tiltak mot slike utfordringer som metaanalysene vanligvis inkluderer, men det gjør likevel ikke at jeg stoler blindt på ett enkelt tall som skal presist oppsummere effekten av all psykoterapi for alt av depresjon.

Innovasjon etterlyses også

Det ble påpekt at metaanalysen som jeg viste til, var gammel (Cuijpers et al., 2014), og at de nyere metaanalysene ikke støtter konklusjonen om at psykoterapi har liten effekt. I artikkelen fra 2014 skrev forfatterne: «We... found

that one in seven patients has to be treated with psychotherapy to have one more successful outcome than treatment with placebo.» Den eneste grunnen til at jeg refererte til den en gang, var at jeg antok at uttalelsen i Folkeopplysningen om en av syv var hentet fra den studien. Men det er spennende å høre at man vil formulere dette annerledes nå. Og hvorfor skulle resultatene være annerledes nå enn i 2014? Har det skjedd noe nytt som gjør at psykoterapi har blitt mer effektivt de siste 10 årene? Stemmer det ikke lenger at kun en av syv blir bedre? Eller handler kanskje det hele om at tallet på 14 % kun var fra studier som sammenlignet psykoterapi med effekten av juksepill?

Det er fint om man kan finne innovative behandlingsmetoder som Cuijpers foreslår, men man kan jo lure på hvor mange innovative metoder som har kommet siden 80-tallet? Inntrykket mitt er at det ikke har kommet noen revolusjonerende psykoterapi som gjør at effektiviteten har blitt bedre, men lite hadde vært bedre enn om jeg tok feil på det.

Artikkelen min ble også kritisert for å bruke en gammel versjon av databasen. Det er fint og forventet at antall studier øker med tiden, men jeg synes ikke 2022 er så lenge siden. Samtidig er jo 415 studier ganske så mange. Det hadde vært spennende å høre om hvorvidt andelen av studier som jeg etterspurte, har økt eller ikke. Samtidig tilsier min erfaring at selv om du skulle få nye studier lik de jeg etterlyser, for eksempel CBT vs. Treatment as usual, TAU, betyr ikke dette at de vil være veldig like. Hva slags CBT som har blitt gitt, kan variere, terapeutene og pasientene kan variere, settingen kan være ulik, målene kan være forskjellige, og sammenligningsbetingelsene kan være veldig forskjellige. Noen ganger er TAU som kontrollbetingelse en behandling slik som Kari gir, andre ganger er TAU at pasientene får en infobrosjyre. TAU kan altså være alt annet enn «usual» (Watts et al., 2015). Et bedre begrep for terapien Kari bedriver, er klinisk representativ terapi (Shadish et al., 1997). Det er forskning på dette jeg etterlyser.

Jeg forstår imidlertid at Cuijpers som redaktør for Journal of Consulting and Clinical Psychology ikke er så interessert i å få tilsendt studier om behandlingseffektiviteten ved norske DPSer. Det oppleves som lite innovativt. Det er heller ikke det jeg foreslår, men heller at slik statistikk registreres i lokale eller nasjonale kvalitetsregister. Samtidig tenker jeg at resultater fra kvalitetssikringsforskning ved norske DPSer kan være av internasjonal interesse i noen tilfeller. Hvis man kan vise at en klinikk økte effektiviteten sin og kuttet ventelister ved å gjøre ulike tiltak, tenker jeg at det er spennende også utover Norges landegrenser.

Annerledeslandet Norge

Norge skal ikke være annerledes enn andre land, sier Cuijpers, men det er ikke utenkelig at det kan være forskjeller. Studiene i metaanalysene har gjerne manualiserte behandlinger, mens dette er veldig uvanlig i den mer eklektiske praksisen ved DPS. Norge har også et velferdssystem som er ganske så unikt. Mange forstår

ikke AAP-ordningen vår. Og ved DPS er det mange som er i AAP-forløp. Det er ikke utenkelig at det kan påvirke terapiforløpene. Det kan også tenkes at det er forskjeller mellom norske klinikker. Noen klinikker har lange ventelister, andre korte, antall pasienter per terapeut varierer, noen har begrenset antall timer de gir pasientene, mens andre har åpne terapiforløp, veiledningsressurser og muligheter for videreutdanning kan være ulik, kanskje kan pasientpopulasjonene også variere? En tysk studie fant faktisk at klinikkfaktorer kan være vel så viktig om ikke viktigere enn terapeutvariabelen i å forklare terapiutfall (Deisenhofer et al., 2025).

Jeg påpekte i min artikkel at jeg ikke synes det var aktuelt å metaanalysere de elleve studiene jeg trakk ut, fordi det var for få studier som sammenlignet behandling A med B. Cuijpers gjorde likevel en analyse på de elleve og fant at effekten av disse var den samme som alt annet av terapi i databasen. Dette resultatet er ikke så interessant for meg. Poenget mitt var ikke å hevde at Karis terapi er mer effektiv enn andre tilnærminger til depresjon. Jeg ville sjekke om disse elleve studiene tydet på at kun 14 % blir bedre. Resultatene så ikke sånn ut. De var langt mer positive. Samtidig var det et ekstra poeng at mange studier ikke omhandler den terapien Kari bedriver. Hvis jeg skal tyne ut Tripadvisor-metaforen min fra forrige artikkel, vil denne nye analysen være som at man stiller spørsmålet om hvorvidt McDonalds (Norges mest besøkte restaurant ≈ TAU) er bedre enn alle andre restauranter i verden. Konklusjonen ble altså at McDonalds fikk like mange stjerner som snittet av alle andre restauranter.

Ikke en analyse for alt

Jeg tenker at metaanalyser kan være veldig hjelpsomt, men andre ganger misledende. Som fotballinteressert trønder lurer jeg på om jeg kan «metaanalysere» hvor god Rosenborg er, og om de er bedre enn Ajax? I 23/24-sesongen vant Ajax 44 % av seriekampene sine, mens Rosenborg i 2024 vant 53 % av sine. Kan vi si at Rosenborgs effektstørrelse er større enn Ajax sin? Urettfærdig sammenligning, sier du – de møter ikke de samme motstanderne? Ok, da, men sist Rosenborg spilte mot Ajax, vant Rosenborg begge kampene.

Konklusjon

Det virker som at konklusjonen til Cuijpers blir lik min – at psykoterapi er hjelpsomt, og at det hjelper mer enn bare 14 %. Veien frem til denne konklusjonen er derimot litt forskjellig. Forståelsen av hva som er viktig å forske på, og hvordan dette bør gjøres, har vi også forskjellige synspunkter på. Cuijpers påpeker at i vanlig behandling kan terapeuter ved manglende respons øke antall timer, de kan legge til medisiner, og de kan bytte terapiform. Slik tenker jeg er spennende, og at vi ikke kjenner effekten av slike avgjørelser godt, fordi det forskes lite på slik klinisk representativ terapi.

REFERANSER

- Cuijpers, P. (2025). Psychotherapy for depression is effective, but not for the reasons provided in a recent review. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://doi.org/10.52734/XZBD1002>
- 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/S0033291713000457>
- Cristea, I. A., Stefan, S., Karyotaki, E., David, D., Hollon, S. D. & Cuijpers, P. (2017). The effects of cognitive behavioral therapy are not systematically falling: A revision of Johnsen and Friborg (2015). *Psychological bulletin*, 143(3), 326–340. <https://doi.org/10.1037/bul0000062>
- Deisenhofer, A. K., Hehlmann, M. I., Rubel, J. A., Lutz, W., Schwartz, B., Bräscher, A. K., Christiansen, H., Fehm, L., Glombiewski, J. A., Heider, J., Helbig-Lang, S., Hermann, A., Hoyer, J., In-Albon, T., Lincoln, T., Margraf, J., Risch, A. K., Schöttke, H., Schulze, L., Stark, R., ... Odyne, P. (2025). Love yourself as a therapist, doubt yourself as an institution? Therapist and institution effects on outcome, treatment length, and dropout. *Psychotherapy research*, 35(5), 793–806. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2352749>
- Haavie, A. (Regissør). (2022, 28. September). Folkeopplysningen Psyk. I Olsen, T. E. (Produsent), *Folkeopplysningen*. NRK.
- Johnsen, T. J. & Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 141(4), 747–768. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>
- Ljótsson, B., Hedman, E., Mattsson, S. & Andersson, E. (2017). The effects of cognitive-behavioral therapy for depression are not falling: A re-analysis of Johnsen and Friborg (2015). *Psychological bulletin*, 143(3), 321–325. <https://doi.org/10.1037/bul0000055>
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Prout, H. T., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M. & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 355–365. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.355>
- Solem, S. (2025). Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(8), 482–489. <https://doi.org/10.52734/DLXA2543>
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M. & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, 175, 152–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>

TEKST Pim Cuijpers

Department of Clinical, Neuro and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health research institute, WHO Collaborating Centre for Research and Dissemination of Psychological Interventions, Vrije Universiteit Amsterdam, the Netherlands, Babes-Bolyai University, International Institute for Psychotherapy, Cluj-Napoca, Romania

Missed opportunities to improve mental health care

KOMMENTAR TIL:

Solem, S. (2025). *Metaanalyser til både hjælp og forvirring.*

I appreciate the discussion about psychotherapy for depression and meta-analyses that was started by Stian Solem. I do not want to continue with this discussion endlessly, but I do think there are a few points that need clarification.

14% of patients improve from therapy?

The first point is about the statement that 14% of patients improve from therapy. I assume that Solem refers to an estimation of the NNT (numbers needed to treat) of seven. Unfortunately, Solem's interpretation of the NNT is simply wrong. An NNT of seven does not mean that 14% of patients improved after therapy. The NNT is based on the risk difference, which indicates the difference between the proportion of people improving in therapy minus the proportion of people in the control condition. If that difference is 14%, then the NNT is indeed seven (the NNT is one divided by the risk difference). But that can mean very different things; if nobody in the control group improves, then indeed only 14% of the people in treatment improve, but if 80% of the people in the control group improve, then 94% of the people in treatment improve. In both cases the NNT is seven, but from a clinical perspective it means something completely different.

For depression, the response rate in control groups has been estimated to be 16%–17%, compared to 42% in therapy, which means a risk difference of ~25% and an NNT of four.

Solems comments on meta-analyses

The second point I want to make is that Solem does not have a strong point in his comments on meta-analyses. He would have to go back decades in time to find critics of the methods of meta-analyses (Eysenck in the 1970s, who called meta-analyses ‘mega-silliness’ because he could not accept that people did not agree with his simplistic methods to conclude that therapies were not effective; and Samuel Shapiro, who talked about ‘shmeta-analysis’ but only in the context of meta-analyses of observational studies). Of course this does not mean that meta-analyses can be problematic. He gives a good example by referring to a meta-analysis saying that the effects of CBT have declined over time. This meta-analysis was methodologically very flawed, but that was not even seen by the reviewers and editor of the journal. Unfortunately, that is the reality of research. However, the same is true for randomised trials and any other research conducted. It is important that readers remain critical of what they read, whether it be meta-analyses, randomised trials or the research that Solem proposes.

What has happened since our publication of 2014

The third point: Solem wonders what has happened since our publication of 2014 that seemingly changed the effects of therapies. Our 2014 paper was a small meta-analysis comparing therapies with pill placebo. That is a highly specific subject and can only be examined in trials in which pharmacotherapy is also a treatment option. The difference between therapy and pill placebo has not changed since 2014. However, this difference provides a very narrow look at the effects of therapy, because comparisons with other control groups have been made in hundreds of trials, while only 10 trials compared therapy with pill placebo. Based on the broader range of studies, one can say that an NNT of four is more appropriate.

My fourth and final point is that I am sorry that Solem insists on looking at differences between trials while a huge body of research shows that these differences are not related to the outcome. This is a rigid and conservative position, suggesting that we do not know enough about this specific therapy in this context in this population by this therapist. It ignores the fact that we have a wealth of knowledge about which therapies work, for whom, and in which context, and that this knowledge is ready to be used in innovating practice to help patients improve. Ⓢ

TEKST Arne Holte

Professor emeritus i helsepsykologi, UiO

Tidligere assisterende direktør i Folkehelseinstituttet

Svakt og usaklig om psykoterapi for depresjon hos voksne

KOMMENTAR TIL:

Solem, S. (2025). *Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang*.

Solem har velkjente poenger i sin kritikk av metaanalyser, men verden har beveget seg fremover.

I augustnummeret publiserer Psykologtidsskriftet artikkelen «Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang» (Solem, 2025). Artikkelen kritiserer et to år gammelt TV-program og en ti år gammel metaanalyse (Cuijpers, Turner et al., 2014) og gjør en ny sammenstilling av utvalgte data fra www.metapsy.org.

www.metapsy.org er en database ved Vrije Universiteit i Amsterdam, der en av verdens mest siterte psykoterapiforskere, Pim Cuijpers, fortløpende registrerer alle vitenskapelige studier av psykoterapi ved depresjon. Basen er åpent tilgjengelig for alle. Bare hittil i år er det publisert et titalls metaanalyser på behandling av depresjon fra basen.

Solem mener at nesten ingen av de 415 studiene i 2022-versjonen er representative for behandlingen i norske DPS-er. Med sine egendefinerte kriterier finner han likevel elleve studier som han mener har relevans for DPS, men er uegnet for metaanalyse. For en korreksjon av Solems beskrivelse av www.metapsy.org, se Cuijpers (2025a).

Solems artikkel inneholder mange feil. Som Cuijpers (2025a) skriver, «he makes several methodological errors in looking at these details (too many to list here)». Nedenfor peker jeg blant annet på noen av de feilene Cuijpers ikke fant plass til.

KONTAKT arne.holte@psykologi.uio.no

MERKNAD Holte er medlem av forskerkollegiet Global Consortium for Depression Prevention (GCDP), der Pim Cuijpers også er medlem.

NNT = 7

Solem tillegger Cuijpers, Turner et al. (2014) at kun 14 % av deprimerede blir bedre av psykoterapi. Dette er en sterk misforståelse av Number Needed to Treat (NNT) = 7. For utdyping, se Cuijpers (2025b). Studien er en over ti år gammel sammenligning med placebopiller. Det står ingenting om at kun 14 % blir bedre av psykoterapi. Studien har heller ikke noe å gjøre med hvor representative de 415 studiene i www.metapsy.org er for behandlingen i DPS.

14 prosent

I en annen metaanalyse samme år, men som Solem ikke nevner, opptrer imidlertid fjortenprosenttallet (Cuijpers, Karyotaki et al., 2014). Det er en studie av effekten evidensbasert psykoterapi gir i tillegg til «treatment as usual» (TAU). Altså den spesifikke effekten av psykoterapi.

Denne analysen er langt mer omfattende og relevant enn placebostudien som Solem bruker. Cuijpers, Karyotaki et al. (2014) undersøker både absolutt antall pasienter som ikke lenger oppfyller kriteriene for alvorlig depresjon (Major Depressive Disorder, MDD), respons- (minst 50 % symptombedring) og remisjonsrater, samt absolutt reduksjon på BDI, BDI-II og HAM-D. Analysen omfatter 92 studier med 181 studiebetingelser med 6937 pasienter. Etter behandling oppfylte 62 % i psykoterapigruppen ikke lenger kriteriene for MDD.

Tankekorset er at hele 43 % i kontrollgruppen og 48 % i TAU-gruppen heller ikke gjorde det. Den spesifikke merverdien av psykoterapi var altså på bare – ja, nettopp, 14 %. Den evidensbaserte psykoterapien gir ifølge denne studien altså kun en liten tilleggseffekt.

TAU

I metaanalyser av effekt av psykoterapi refererer TAU til alle andre behandlingstiltak, ofte uspesifisert, enn de spesifikke psykoterapiformene man undersøker. Som oftest består TAU av støttesamtaler med/uten psykofarmaka – altså den behandling pasienter med depresjon hyppigst tilbys i førstelinjen. Solem ekskluderer for eksempel Fonagy et al. (2015) fordi langtids-psykoanalytisk behandling ble gitt i tillegg til TAU.

Men hos Solem er TAU også vanlig behandling i norsk DPS. Det er en svært ukonvensjonell definisjon av TAU. Vi vil vel gjerne tro at DPS-er driver evidensbasert psykoterapi, selv om behandlingen ved DPS ikke er manualisert, men inngår i en bredere klinisk tilnærming.

Observasjonsstudier

Solem hevder at forskjeller innen en gruppe over tid («within-group differences»), altså før-etter-målinger alene, er en indikasjon på psykoterapieffekt. Det er selvfølgelig feil. Effekt i psykoterapiforskning kan kun avgjøres ved RCT. Før-etter-målinger, dvs. observasjonsstudier, gir kun en beskrivelse av forløp og ikke hva endring skyldes. Noen akademikere kan være uenig, sier Solem. Men man behøver ikke være akademiker, som Solem selv, for å vite dette.

Metaanalyser

«Metaanalyser der man inkluderer ulike former for evidensbasert psykoterapi for depresjon, kan vanskelig gjennomføres fordi man da sammenligner ulike betingelser», skriver Solem. Feil igjen. Forskjellene i effekt av ulike former for evidensbasert psykoterapi er så ubetydelig at det ikke spiller noen rolle for utfallet. Det er andre forhold, som alder, utvalgsstørrelse, geografisk region, seleksjonsbias, kanskje depresjonsgrad m.m., som predikerer forskjeller i utfall innen og mellom studier (Kuper et al., 2025).

Variasjon

«De elleve inkluderte studiene (i Solems eget utvalg, forf. anm.) viste tydelig variasjon i en rekke viktige parametre», innvender Solem mot å metaanalysere. Det er slikt man håndterer med statistiske analyser. Det er nettopp fordi man har slik variasjon i datamaterialet, at man kan se om forskjeller i effekt innen eller mellom studier skyldes forhold utenom behandlingsmetoden. Som Cuijpers' (2025a) metaanalyse viser, «det er ikke noen indikasjon overhodet på at studiene valgt av Solem skiller seg vesentlig fra de andre studiene når det gjelder utfall (min oversettelse)» (Cuijpers, 2025a).

DPS-valg

Solem blir usaklig når han stiller opp tre alternativer for preferanse for DPS. Den ene (A) har utført en RCT på behandlingen de leverer. Den andre (B) har bare gjort en før-etter-måling (observasjonsstudie). Den tredje (C) har ikke gjort noen av delene. Forskjellen fra før til etter (B), der det ikke er kontrollert for noen alternative forklaringer, er selvfølgelig vesentlig større enn effekten fra RCT (A).

Så spør Solem: Hvilken DPS ville du tatt om du fikk velge? Selvfølgelig velger vi alternativ B, som viser størst forskjell. Skal jeg velge behandler, er jeg ute etter helheten, ikke hvor stor andel av helheten som skyldes den spesifikke effekten av psykoterapien. Eksempelet sier ingenting om den spesifikke effekten av evidensbasert psykoterapi mot TAU. Som kontekstualisering av dette i en presumptiv vitenskapelig artikkel, er eksempelet svært usaklig.

Falsk analogi

«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 at TripAdvisor viser en snittkarakter på 3,2 stjerner, eller noe liknende. Å konkludere at man derfor ikke bør gå på restaurant fordi maten er «gjennomsnittlig», blir helt feil», skriver Solem.

Denne analogien er falsk. Det er ikke dette Cuijpers' gruppe gjør. De undersøker om det er forskjell mellom psykoterapi der behandlingen leveres av en utdannet spesialist, versus TAU. Overført til restaurantanalogien blir det å sammenligne restauranter der maten leveres av en mesterkokk, sammenlignet med TAU. TripAdvisor er herved tipset.

Best og verst

Usaklig blir han også når han kontekstualiserer sin kritikk av metaanalyser fra www.metapsy.org ved å trekke frem studiene med de beste og verste effektene. Raljeringen over to nigerianske, en kinesisk og en amerikansk studie er uten relevans for kvaliteten på metaanalyser fra www.metapsy.org. For utdyping, se Cuijpers (2025a). Jeg tviler på at Solem har lest alle de 415 studiene han baserer sin rangering på.

Gammelt og nytt

Solem har noen velkjente poenger i sin kritikk av metaanalyser. De gjelder gamle, utdaterte studier. I moderne metaanalyser ivaretas disse innvendingene gjerne med metaregresjonsanalyser, analyser av sensitivitet, heteroge-

nitet, seleksjonsbias, intention-to-treat m.m. Uten dette får man knapt publisert metaanalyser i anerkjente tidsskrifter.

Så hvorfor i all verden skal vi henge oss opp i et to år gammelt TV-program og en ti år gammel artikkel? Verden har beveget seg fremover. Her er noen viktige metaanalyser publisert fra Cuijpers' gruppe i år eller som kommer: Wienicke et al., 2025; Miguel et al., 2025; Plessen et al., 2025; Cuijpers et al., 2025; Harrer, Sprenger et al., 2025; Penedo et al., 2025; Giguère et al., 2025; Kuper et al., 2025; Harrer, Miguel et al., 2025; Schramm et al., 2025; Driessen et al., 2025. Dette lover godt for å øke vår forståelse av effekt av psykoterapi for voksne både med depresjon og andre psykiske vansker. De er også egnet til å beskytte mot publisering av så svake og usaklige artikler som den Psykologtidsskriftet ga ut i august 2025. 

REFERANSER

- Cuijpers, P. (2025a). Psychotherapy for depression is effective, but not for the reasons provided in a recent review. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://doi.org/10.52734/XZBD1002>
- Cuijpers, P. (2025b). Missed opportunities to improve mental health care. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://doi.org/10.52734/RPCV9443>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–85. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C. et al. (2025). Cognitive behavior therapy for mental disorders in adults: A unified series of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 82(6), 563–571. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0482>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D. & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- 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/S0033291713000457>
- Constantin, Y. P., Panagiotopoulou, O. M., Tong, L., Cuijpers, P. & Karyotaki, E. (2025). Digital mental health interventions for the treatment of depression: A multiverse meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 369, 1031–1044. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.018>
- Driessen, E., Efthimiou, O., Wienicke, F. J., Breunese, J., Cuijpers, P., Debray, T. P. A., Fisher, D. J., Fokkema, M., Furukawa, T. A., Hollon, S. D., Mehta, A. H. P., Riley, R. D., Schmidt, M. R., Twisk, J. W. R. & Cohen, Z. D. (2025). Developing a multivariable prediction model to support personalized selection among five major empirically-supported treatments for adult depression: Study protocol of a systematic review and individual participant data meta-analysis. *PLOS ONE*, 20(4), eo 322 124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322124>
- 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), 312–21. <https://doi.org/10.1002/wps.20267>
- Giguère, S., Fortier, A., Azrak, J., Giguère, C.-É., Potvin, S. & Dumais, A. (2025). Effectiveness of psychological therapy for treatment-resistant depression in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 15(8), 338. <https://doi.org/10.3390/jpm15080338>
- Gómez Penedo, J. M., Meglio, M., Flückiger, C., Wienicke, F. J., Breunese, J., Menchetti, M., Rucci, P., Johansson, R., Town, J. M., Abbass, A. A., Lillengren, P., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Lemmens, L. H. J. M., van Bronswijk, S. C., Barkham, M., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Fonagy, P., Luyten, P., Constantinou, M. P., Barber, J. P., McCarthy, K. S., Solomonov, N., Joyce, A. S., Cuijpers, P. & Driessen, E. (2025). Interpersonal problems as a predictor of treatment outcome in depression: An individual participant data meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 118, 102 570. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102570>
- Harrer, M., Miguel, C., Luo, Y., Ostinelli, E. G., Karyotaki, E., Leucht, S., Furukawa, T. A., & Cuijpers, P. (2025). Standardized effect sizes are far from «standardized»: A primer and empirical illustration in depression psychotherapy meta-analyses. *PLOS Mental Health*, 2(7), eo 000 347. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000347>
- Harrer, M., Sprenger, A. A., Illing, S., Adriaanse, M. C., Albert, S. M., Allart, E., Almeida, O. P., Basanovic, J., Van Bastelaar, K. M. P., Batterham, P. J., Baumeister, H., Berger, T., Blanco, V., Bø, R., Casten, R. J., Chan, D., Christensen, H., Ciharova, M., Cook, L., ... Ebert, D. D. (2025). Psychological intervention in individuals with subthreshold depression: Individual participant data meta-analysis of treatment effects and moderators. *The British Journal of Psychiatry*, 1–14. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.56>
- Kuper, P., Miguel, C., Cuijpers, P., Apfelbacher, C., Buntrock, C., Karyotaki, E., Sprenger, A. A. & Harrer, M. (2025). Sample size and geographical region predict effect heterogeneity in psychotherapy research for depression: A meta-epidemiological study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 183, 111 779. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2025.111779>
- Schramm, E., Elsaesser, M., Müller, J., Kwarteng, N.-A., Evrenoglou, T., Cuijpers, P., Orestis, E., Klein, D. N., Keller, M. B., Furukawa, T. A. & Nikolakopoulou, A. (2025). Efficacy of psychotherapy versus pharmacotherapy, or their combination, in chronic depression: Study protocol for a systematic review and network-analysis using aggregated and individual patient data. *BMJ Open*, 15(2), eo89 356. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089 356>
- Solem, S. (2025). Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(8), 482–489. <https://doi.org/10.52 734/DLXA2543>
- Wienicke, F. J., Dekker, J. J. M., Peen, J., van H. L., Barber, J. P., McCarthy, K. S., Solomonov, N., Karlsson, H., Hietala, J., López-Rodríguez, J., Villamil-Salcedo, V., Burk, W. J., Spijker, J., Twisk, J. W. R., Cohen, Z. D., Cuijpers, P. & Driessen, E. (2025). Antidepressant medication or short-term psychodynamic psychotherapy for depression? A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cps0000281>

Kan hende er det meir tillitvekkande
for våre brukarar når vi tør å syne at
vi også har eit liv utanom kontoret.

–Er du den same Knut Dalen som er på «Kav Halling» på Facebook?



FOTO: PRIVAT

TEKST Knut Dalen
Nevropsykolog.no AS

KONTAKT Knut.Dalen@nevropsykolog.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Spørsmålet blir stilt på kav halling, med rett uttale av etternamnet mitt, slik ein gjer det når ein kan den lokale dialekta. Han som spør, er ein godt vaksen kar på min alder. Vi er ikkje på noko nettforum når spørsmålet kjem, men på kontoret mitt. Han er tilvist til nevropsykologisk undersøking, og vi er i gang med anamneseopptaket. Han er spent slik alle har lov til å vere når dei kjem til psykologen for første gong. Eg stadfester at det er eg som brukar å skrive innlegg på Facebook-gruppa «Kav halling». Skuldrene hans senkar seg, han set seg godt til rette i stolen, ser meg inn i augo og seier: «Då skal dette gå bra!»

Eg har hatt fleire innlegg på internasjonale konferansar der temaet har vore psykologar og bruk av sosiale medium. Ein av titlane var «Facing Facebook and other social media». Det er dei etiske sidene ved dette som eg særleg har vore oppteken av.

Det er meir enn tjuefem år sidan NPF fekk den første fagetiske klagesaka der ein psykolog vart klaga inn med bakgrunn i framferda hans på sosiale medium. Han var aktiv på Usenet, som var ei av dei få diskusjonsgruppene som eksisterte i steinalderen. Klagesaka enda med åtvaring, der han kom til å bli meld inn til

Sentralstyret dersom han ikkje endra framferda si på Usenet. Den innklaga psykologen meinte at han ikkje var psykolog når han deltok på diskusjonsgruppa. Utsegnene som han kom med der, var like private som om han hadde komme med dei på puben som låg i nabolaget der han budde. Det var takt og tone i diskusjonsgruppa som var gjeldande, ikkje dei etiske prinsippa, som etter det han visste, ikkje omhandla cyberspace i det heile teke. Han hadde også si eiga webside som psykolog, der han hadde link til alle innlegga sine på Usenet. Han såg ikkje at dette kunne oppfattast som at han også var psykolog når han skreiv både usaklege og krenkande innlegg i diskusjonsgruppa. Utan å gå i alle detaljar, så konkluderte Fagetisk råd (FER) med brot på alle dei fire prinsippa i Etiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP): Respekt, kompetanse, ansvar og integritet. Psykologen var ikkje samd med FER sin konklusjon. Han la heile konklusjonen til FER ut på diskusjonsgruppa. Der låg konklusjonen i fleire år, og psykologen har såleis lagt grunnlaget for at eg fritt kan sitere frå konklusjonen i denne klagesaka. Det set eg pris på. Open refleksjon er avgjerande for å halde eit godt fagetisk nivå.



— på sosiale medium, i den verkelege verda og i cyberspace, er vi meir psykologar enn det vi trur sjølve

Klagesaka frå 2001 vart vurdert etter dei same etiske prinsippa som vi har i dag. I mellomtida har cyberspace eksplodert når det gjeld sosiale medium. Sjølv skaffa eg meg Facebook-profil i 2009, tjueto år etter at eg fekk mi første e-postadresse. Då eg tok til å bruke Facebook, var det 250 millionar som var på Facebook minst ein gong i månaden. Nå er det over tre milliardar daglege brukarar. Det har komme til ei rad nye plattformer, og mange er meir «på mobilen» enn dei er ute i den verkelege verda.

Ein tidlegare kollega ved UiB, professor Wenche Håland, sa ein gong at det mest provoserande med tenåringar er at dei er meir lik oss enn vi er sjølve. Eg vil seie noko liknande om å vere psykolog: «Det mest provoserande med å vere psykolog er at vi er meir psykolog enn det vi trur sjølve.»

I fagetisk samanheng, på sosiale medium, i den verkelege verda og i cyberspace, er vi meir psykologar enn det vi trur sjølve. Difor treng vi å ha den fagetiske refleksjonen med oss, også når vi trur at vi er på Facebook eller andre plattformer som privatpersonar. Vi har med oss dei faglege og etiske ideala frå Freud og dei andre som har brøytta vegen for oss. Skal vi framleis halde på dei gamle ideala som går ut på at vi skal syne minst mogleg av oss sjølve som personar? Klassiske psykoanalytikarar skulle ikkje eingong handhelse på sine pasientar. Er dette eit teikn på gode, profesjonelle grenser, eller kan det like godt oppfattast som dårleg folkeskikk?

Det finst psykologar som meiner at ein ikkje skal delta på sosiale medium. Facebook og liknande er i seg sjølv uetisk, er det nokon som seier. Eg meiner at ein ikkje kan rope: «Stopp verda, eg vil av!» Vi lever i ei verd der vi ikkje kan unngå å bli eksponert. Vi har likevel kontroll over korleis vi ønskjer å bli eksponert. Her kjem det inn korleis vi vel å eksponere oss. Som psykologar er det eingong slik at vi er representantar for yrkesgruppa vår, om vi likar det eller ikkje. Dette gjer at vi må vere klar over at vi aldri er fullt ut privatpersonar når vi opererer på sosiale medium.

Er det så farleg å bli sett? Kan hende er det meir tillitvekkande for våre brukarar, om vi kallar dei pasientar, klientar, observandar eller noko anna, når vi tør å syne at vi også har eit liv utanom kontoret. Slik eg forstår prinsippet om fagleg integritet i EPNP, kan vi vere redelege og tydelege også utanfor kontoret, utan at det kjem i konflikt med fagetikken.

«Ja, det er eg som skriv innlegg på Kav halling.» Då var settingen tryggare med ein gong. Han var kommen til ein heilt normal person som også hadde eit liv utanfor kontoret. 

2019 er fjern fortid

Valgkampen i 2025 gir ekko av valgkampen i 2019, men kun et fåtall husker denne. Et tilbakeblikk er nødvendig for å forstå konfliktlinjene i dagens valgkamp.

Da jeg stilte til presidentvervet i 2019, var det på en plattform av mer medlemsdemokrati og større søkelys på utfordringene i tjenestene. Jeg ble nominert av Oslo lokalavdeling ved Birgit Aanderaa og Møre og Romsdal lokalavdeling ved daværende leder Siri Næs. Daværende konserntillitsvalgt Hanne Lind og foretakstillitsvalgt Chris Aanonsen var blant de sentrale tillitsvalgte som ga meg støtte.

Temaene vi snakker om i dag ble like mye omtalt den gang da. Når Birgit Aanderaa i nåtid nominerer Hanne Lind til å utfordre meg og Siri Næs støtter hennes kandidatur, etterfulgt av at Chris Aanonsen utfordrer visepresident Arnhild Lauveng, krever det at man kjenner fortiden for å forstå nåtiden.

Hvorfor de samme temaene nå?

De siste seks årene har i stor grad blitt preget av pandemi og krisehåndtering for foreningen, samt en radikalt endret verden. Landsmøtesakene fra 2019 gir et godt bilde. USA var en stabil alliert, og Russland en viktig handelspartner.

Tross dette har foreningen levert på mange av de temaene som ble diskutert for seks år siden. Det har blitt opprettet sektorutvalg for de avtaletillitsvalgte, det er flere dialogarenaer, og foreningens ulike organisasjonsledd brukes flittig i politikkutforming. Gjennom politisk påvirkningsarbeid jobbet vi frem en opptrappingsplan for psykisk helse, som leverte på innhold, men skuffet på finansiering. Vi har strategier for å jobbe med hovedutfordringene i både spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester. Så hvorfor denne misnøyen fra mine tidligere støttespillere?

Enkeltsaker som symptom

Misnøyen er åpenbart sentrert rundt de enkeltsakene som har blitt brukt som basis for kritikk mot foreningen og min ledelse gjennom våren. Evidenskriterier for spesialistutdanningen i psykoterapi og prøveprosjektet med begrenset forskrivningsrett i Østfold. Men for meg fremstår

FOTO: FARTIN RUDJORD/PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST Håkon Kongsrud Skard
Norsk psykologforening

KONTAKT
hakon@psykologforeningen.no

MERKNAD Skard er sittende president i Psykologforeningen og kandidat til vervet som president.

det som om de er eksempler på en generell misnøye med foreningen i dag, hos de nevnte medlemmene. Så hvordan forstå det? Jeg opplever det som at mine tidligere støttespillere hadde sett for seg større gjennomslag enn de har endt opp med. De ønsker enda mer makt og ytterligere en dreining mot fagforening, med de strategiene de har tro på. Og dette er jeg uenig i. Noe jeg har sagt klart til dem. Men kanskje jeg ikke har vært tydelig nok på hvorfor.

Endring er en konstant

Når jeg motsetter meg – og vil tilby et alternativ til – det som Hanne Lind står for, har det flere årsaker. Kort oppsummert: Verden har endret seg, foreningen har endret seg, og jeg har endret meg. Endringene i verden kan man lese nyhetene for å få med seg, men konsekvensene for det økonomiske handlingsrommet i Norge og i helsevesenet er betydelige. Det gjelder da også handlingsrommet til foreningen. Jeg har skrevet om dette før (Skard, u.å., 2025). Foreningen har også endret seg, ved at medlemmene har fått større medvirkning. Men det har gitt plass til flere stemmer enn mine tidligere støttespillere og dermed også flere meninger. Likevel, Birgit Aanderaa, Siri Næs og Chris Aanonsen sitter alle i sektorutvalget de ønsket seg. Siri, Chris og Hanne sitter alle i Sentralstyret. Men det gjør også andre stemmer, med andre perspektiver.

Det gjør også at jeg har endret meg. Jeg er riktignok forpliktet til å lytte til disse andre stemmene med lik vekting som mine tidligere støttespillere når vi utformer politikk.

Men endringen skyldes også at jeg har lært mye i disse seks årene i vervet. Både gjennom erfaringen man får i dialog med myndigheter og andre aktører, men også gjennom ekspertise på politisk påvirkning som vi har hentet inn til Sentralstyret. Det gjør at jeg tror på de løsningene vi allerede har utarbeidet på grunnlag av innspill fra medlemmene, kombinert med kompetente råd utenfra. Det gjør også at jeg ikke tror på løsningene som fremmes i form av å heve stemmen og å søke en mer konfliktorientert tilnærming. Dreiningen som Hanne etterlyser, mener jeg allerede er foretatt i tilstrekkelig omfang. Vi hever stemmen når det er nødvendig.

En forening på tre bein

Psykologforeningens virksomhet er kompleks. Tariffpolitikken er bundet av lover, avtaler, strukturer og sedvane, som det tar tid å lære. Fagpolitikken er tett bundet til utdanningspolitikken, som har et omfattende spesialistreglement og hele tiden står i spenn mellom å bevare og utvikle faget. For ikke å snakke om den faglige uenigheten som eksisterer i medlemsmassen. Samfunnspolitikken er preget av vekselvirkningen mellom myndighetenes ønsker og våre interesser, de skiftende prioriteringene i samfunnsdebatten og ulike regjeringer, samt den interne dragkampen om hva som er viktigst for oss. Oppgaven av å balansere helheten i disse tre politikkområdene krever derfor ytterligere nennsomhet. Men når vi evner det, gir det Psykologforeningen en slagkraft som er langt større enn våre 11 674 medlemmer skulle tilsi. Historien vår er beviset på denne slagkraften.

Et valg for Landsmøtet

Som president har jeg alltid søkt å samarbeide med alle i hele organisasjonen, inkludert de som nå er mine kritikere. Jeg synes det er leit at det samarbeidet med disse tillitsvalgte nå har brutt sammen. Samtidig er det helt legitimt at de ønsker å fremme en annen retning for foreningen. Jeg er bare uenig i at vi er tjent med den retningen de foreslår.

Dersom Landsmøtet gir meg videre tillit, vil jeg fortsette denne linjen av samarbeid. Uenighet er et gode. Det har jeg lært gjennom min tid som avtaletillitsvalgt i sykehus, nestleder i fagutvalg og styremedlem i lokalavdeling. Det er også min erfaring fra arbeidslivet, som psykolog i poliklinikk, som psykologspesialist på akuttavdeling, som universitetslektor på internklinikken ved Universitetet i Oslo. Men uenighet må til slutt lede til gode beslutninger, og alle parter må leve med beslutningene som er fattet.

Det gjelder også beslutningen som Landsmøtet fatter om Psykologforeningens videre retning. Dersom medlemmene har tiltro til en videreføring og videreutvikling av vårt nåværende arbeid på lenge etablerte prinsipper, så kan de velge meg. Jeg vil jobbe for at foreningen fortsatt hviler balansert på tre bein, som har tjent oss særdeles godt hittil. Dersom de ønsker ytterligere en dreining i retning av fagforening, kan de stemme på Hanne. Landsmøtet skal velge. ♡

REFERANSER

Skard, H. (u.å.). «It's the economy, stupid!» Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/its-the-economy-stupid>
Skard, H. (2025). Varme hjerter og kalde hoder. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-so5ae-Varme-hjerter-og-kalde-hoder>

DEBATT

Tilsvar til «2019 er fjern fortid»

Jeg kjenner ikke igjen president Håkon Skards virkelighetsbeskrivelse.

I stedet for å forholde seg til at mange ønsker et skifte, forsøker han å redusere dette til å handle om noen få enkeltpersoner og noen få enkeltsaker.

Han gjengir ikke sine meningsmotstandere på en slik måte at man kan kjenne igjen seg selv eller hva man er opptatt av. Dette blir en uheldig personifisering når han er uenig med noen. ♡



FOTO: OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

TEKST Birgit Aanderaa
leder Oslo lokalavdeling

KONTAKT birgit.aanderaa@gmail.com

Skard tar oppgaven med å beskrive mine motiv og meninger, for deretter å fremme motargument. Jeg kjenner meg ikke igjen i hans fremstilling av mine motiv og meninger.

Vi må selv skape mulighetsrommene



FOTO MATT OXMAN

TEKST Hanne Indregard Lind
Sunnaas sykehus

KONTAKT hailin@sunnaas.no

MERKNAD Lind er sittende visepresident i Psykologforeningen og kandidat til vervet som president.

Da jeg stilte som visepresidentkandidat i 2022, var jeg bekymret for psykologers rammevilkår i det offentlige helsevesenet. Jeg hadde da vært konserntillitsvalgt i landets største regionale helseforetak i fem år, og sett på nært hold hvordan tjenestene ble mer og mer presset. Da, som nå, fortalte mange psykologer at de ikke kunne gi mange og hyppige nok timer for å kunne gi god og faglig kvalitetssikret behandling. De fortalte at muligheten for å reise ut til skoler og barnehager var borte, og at inklusjon av pårørende i behandling var noe mange unntaksvis hadde tid til. Stadig nye og fornuftige faglige krav, men ikke tid til å gjennomføre. Dette gir for mange en moralsk slitasje og en opplevelse av å ikke strekke til i en ellers meningsfull og svært viktig jobb. Og selv om det har skjedd store ting i verden siden den gang (en verdensomspennende pandemi, krig i Europa), er ikke våre utfordringer i helsetjenestene blitt vesentlig endret, om noe har situasjonen tilspisset seg ytterligere. Finansieringen av sykehusene er noe endret i positiv retning, men de midlene som burde gått til psykisk helsevern, spises opp av store investeringer i bygg og IKT. Helseministeren har satt inn tiltak for å korte ned ventetider, men dette har ikke løst kapasitetsproblemer, pressede arbeidsvilkår eller trange betingelser for å drive godt fag i psykisk helsevern.

Jeg vil noe annet

Turnoveren er høy for faggruppen vår, også sammenlignet med andre faggrupper i helsetjenestene, som sykepleierne. Det vil si at mange psykologer slutter i jobbene sine, noe som truer fagmiljøene og mulighetene for fagutvikling og tjenesteutvikling. Flere enn i 2019 forteller at de må avslutte pasienter før de er ferdigbehandlet. Vi kan ikke være fornøyd med dette bildet. Vi har ikke kommet så langt som vi kunne siden 2019. Etter mange år i denne ledelsen opplever jeg at Skard selv, som styreleder, myndighetskontakt, kontakt for lokalavdelingene, kontakt for sektorutvalgene og øverst ansvarlig for kommunikasjon og ansikt utad, er en sentral faktor i dette – og garantist for mer av det samme. Jeg vil noe annet.

Å slå ring rundt tjenestene

Jeg går til valg for en bedre medlemsforankring. Jeg ønsker å bruke medlemmene aktivt i politikktutforming og i beslutningene vi fatter. Men det er også svært viktig for meg å slå ring rundt tjenestene.

Håkon Skard (2025) fremholder at jeg vil ha en konfliktorientert tilnærming. Dette synes jeg tilslører debatten. Jeg har et ønske om å forsvare tjenestene og medlemmene våre som jobber i dem, og jeg vil stille spørsmål ved hans tolkning av tydelighet som konflikt. Psykologforeningen arbeider i en offentlighet der de aller færreste politikere og borgere forstår hva psyko-terapi er, langt mindre hvilke rammevilkår som kreves for å utøve den. En kan selvsagt tenke at dette burde helsepolitikere vite, men hvem skal forklare dem dette, om ikke vi? Aktivt engasjement for forsvar av tjenestene er krevende og kan oppleves som et motvindsarbeid for en president. Jeg mener det er helt nødvendig, og at det handler om å gi våre folkevalgte så vel som offentligheten informasjonen de trenger for å ta gode avgjørelser, og også si tydelig ifra fra når de er i ferd med å ta avgjørelser som går negativt ut over tilbudene. Hvis vi skal vente på Skards «, blir vi sittende passive store deler av tiden. Vi får ikke brukt foreningens ressurser godt nok. Vi kommer ikke i forkant, og vi får ikke gjennomslag. Vi blir som veilederen som ser det utvikler seg konflikt og uro i gruppa, og som venter på at noen skal be om vår mening. Å være fremoverlent er ikke å søke konflikt.

Når det kommer forslag om innsparinger, når vi igjen og igjen taper kampen om midler mot somatikken, når våre medlemmer føler seg presset og i skvis på jobb og velger å forlate det offentlige: Da trenger vi en Psykologforening som utøver ledelse. Og vi må være på ballen også når det kommer nedleggelse av lavterskeltilbud i kommunene rundt baut. Det er til syvende og sist dem vi skal hjelpe, det går ut over, og det offentlige tilbudet. Hvem skal ellers si ifra?

Jeg tror mange der ute har ventet på Psykologforeningens stemme knyttet til disse temaene denne perioden, men blitt skuffet. Som forening kan vi også i større grad delta i samfunnsdebatten om psykisk helse og psykisk folkehelse. Som samfunnsaktører må vi

ta større plass på flere arenaer, og fremheve hvordan vårt fag, i samarbeid med andre, kan skape et bedre samfunn. Men vi kommer ikke til orde dersom vi kun skal uttale oss når vi ser «mulighetsrom». Vi må ta initiativ til å løfte saker, gå i diskusjoner og tørre å sette fingeren på samfunnsutvikling som vi ser er negativ for psykisk folkehelse, og/eller tjenestetilbud til mennesker med psykisk uhelse.

Utvikling i samarbeid med faget

Vi er en medlemsforening som skal fremme medlemmenes interesser og stemme. Da kan vi ikke til enhver tid innrette oss etter de partipolitiske programmene. Vi må heller søke å påvirke dem. Enhver som har arbeidet med politisk påvirkning, vet at det er i partiprogrammene og i personvalgene politikken utformes – etter valget er det meste fastlagt. Å være fremoverlent betyr å søke å påvirke de partipolitiske programmene til *alle* partiene, og bygge allianser på tvers av politiske skillelinjer – akkurat slik alle andre samfunnsaktører gjør. Det betyr å drive et kontinuerlig informasjonsarbeid for å skape de mulighetene vi trenger. Det betyr ikke at man ikke samtidig kan søke gjennomslag på nye områder, som å få psykologer på fastlegekontoret, eller drive med tjenesteutvikling. Men utvikling må alltid skje i samarbeid med faget og i samarbeid med medlemmene i Psykologforeningen. For å få til det ønsker jeg hyppigere styremøter slik at Psykologforeningens valgte representanter fra hele landet kommer oftere og mer til beslutningsbordet. Da får vi flere anledninger til å ligge i forkant og til å *sammen* konkretisere satsingsområdene. Jeg ønsker også et landsmøte halvveis i perioden hvor vi ikke har valg, men hvor vi beslutter politikk. Slik vil flere, fra flere deler av landet og flere fagfelt, ta del i viktige beslutninger og retningsvalg. Mer samarbeid, ikke mer konflikt.

Konstruktiv debatt

Skard fikk bred støtte for sitt kandidatur i 2019, men mange av oss opplever nå etter seks år at det er behov for endring. Etter oppfordring fra en rekke medlemmer, og min egen lokalavdeling Akershus, har jeg sagt ja til å stille som presidentkandidat. Valgkomiteen har valgt å innstille meg til vervet.

Skard tar oppgaven med å beskrive mine motiv og meninger, for deretter å fremme motargument. Ifølge ham ønsker jeg mer makt, å være mer høytlytt, å være konfliktorientert, og jeg har ønske om å fravike foreningens balanse på tre ben. Jeg kjenner meg ikke igjen i Skards fremstilling av mine motiv og meninger. Ikke minst blir jeg overrasket over å bli fortalt at mitt mål er en ensidig styrking av fagforeningens rolle i foreningens politikk.

Jeg tror de fleste som kjenner meg og har samarbeidet med meg, vil oppleve at beskrivelsene er lite dekkende. Jeg synes det er synd at Skard velger denne formen for retorikk, med å tillegge meg en rekke motiv og meninger. Det bidrar ikke til en opplyst og konstruktiv debatt. Jeg

håper dere vil lese de tekstene jeg har skrevet og intervjuene jeg har gitt, slik at dere selv kan se og vurdere hva jeg egentlig har gått til valg på (Lind et al., 2025a, 2025b; Lind, 2025; Blystad, 2025a, 2025b; Isachsen, 2025).

Balansert forening

Mitt syn på foreningens arbeid fremover er som følger: Gode arbeidsvilkår for psykologer betyr mer tid til fag, behandling og utarbeidelse av gode tjenester til befolkningen. Både fag og fagforening er avgjørende for at vi skal kunne lykkes med psykologenes samfunnsmandat. Dette går for meg hånd i hånd. Samtidig er foreningen helt avhengig av god medlemskontakt for å sikre at begge deler holder høy nok kvalitet, og at vi bruker makten vår godt. Godt organisasjonsarbeid og god politisk påvirkning for

gjennomslag er skreddersøm. Slik god terapi er det. Jeg vil slå ring rundt tjenestene og tilbudene, og jeg vil jobbe for et sunt arbeidsliv for psykologer, med gode betingelser for å utøve godt fag og for et mangfold i tilbudet til pasientene. Jeg vil lytte til medlemmene våre for å sikre god kvalitet i vårt arbeid som faglig forening, blant annet i spesialiseringsprogrammene, men også i vårt arbeid som samfunnsaktør og kunnskapsleverandør. Jeg vil at de som har behov for psykisk helsehjelp, skal få det – på riktig nivå, til riktig tid og med riktig behandlingsintensitet. Vi er et langt stykke fra denne ambisjonen i dag, men for å komme nærmere så må vi formidle budskap på vegne av medlemmene over tid og stå støtt i dette. Vi må ikke gå oss bort i å lete etter «mulighetsrom» på andres premisser, men selv skape de anledningene vi trenger for å bevare og utvikle helsetjenestene – og arbeidslivet. 

REFERANSER

- Blystad, J. B. (2025a). Dugnadsånd, pasientmøter og politisk engasjement: Møt utfordrerene i Psykologforeningen. *Psykologisk.no* <https://psykologisk.no/2025/07/dugnadsand-pasientmoter-og-politisk-engasjement-mot-utfordrerene-i-psykologforeningen/>
- Blystad, J. B. (2025b). Slik vil hun endre Psykologforeningen: – Vi må si kraftig fra når pasienttilbudet trues. *Psykologisk.no* <https://psykologisk.no/2025/07/slik-vil-hun-endre-psykologforeningen-vi-ma-si-kraftig-fra-nar-pasienttilbudet-trues/>
- Isachsen, H. B. (2025). Utfordrer egen leder: – Jeg mener foreningen har vært for tilbaketrukket. <https://www.dagensmedisin.no/helsefolk-norsk-psykologforening-psykisk-helse/utfordrer-egen-leder-jeg-mener-foreningen-har-vaert-for-tilbakelent/696533>
- Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/helsefolk-norsk-psykologforening-psykisk-helse/utfordrer-egen-leder-jeg-mener-foreningen-har-vaert-for-tilbakelent/696533>
- Lind, H. I. (2019). Villfarelser om veivalg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2019a-so8ae-Villfarelser-om-veivalg>
- Lind, H. I. (2025). Tid for å løfte taket. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2025a-so4ae-Tid-for-aa-lofte-taket
- Lind, H. I., Solbakken, O. A. & Andreassen, H. I. (2025a). En forening for medlemmer, befolkning og samfunn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2025a-so4ae-En-forening-for-medlemmer-befolkning-og-samfunn
- Lind, H. I., Solbakken, O. A. & Andreassen, H. I. (2025b). For mange beslutninger tas av for få. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2025a-so4ae-For-mange-beslutninger-tas-av-for-fa
- Skard, H. (u.å.). Rødt eller blått? *Norsk psykologforening*. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/rodt-eller-blatt>
- Skard, H. (2025). 2019 er fjern fortid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-so8ae--er-fjern-fortid>

Funn fra gruppestudier får praktisk verdi når de integreres med evidens fra andre forskningsdesign og den aktuelle konteksten psykologen står i.

Evidens i møte med den enkelte pasienten



FOTO THOMAS BIRKELAND

Som psykologer må vi forholde oss til ulike kunnskapskilder. I 2007 utarbeidet Norsk psykologforening Prinsipperklæringen for psykologisk praksis, som vi skal forholde oss til blant annet når vi velger tilnærming i terapi (Norsk psykologforening, 2007). Jeg mener det er et problem at kvantitativ forskning, og da særlig gruppestudier, tilsynelatende har fått en forrang i kunnskapshierarkiet. Jeg vil argumentere for at integreringen av evidens i møte med enkeltindividet er kjernen i psykologvirket, og at såkalt taus kunnskap må sidestilles med det som kan måles.

TEKST Kjersti Nedreskår
Institutt for global helse og
samfunnsmedisin,
Universitetet i Bergen

KONTAKT kjersti.nedre@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut
interessekonfliktskjema og oppgir ingen
interessekonflikter.

Å hjelpe enkeltmennesket

Basert på prinsipperklæringen mener jeg vi må skille evidensbasert psykologisk praksis fra en evidensbasert *intervensjon*. Evidensbasert psykologisk praksis er terapien vi utøver som helhet. Timing, samarbeid, empati og gode faglige vurderinger er en del av bildet. Når en intervensjon har evidens fra gruppestudier, har den vist seg å være virksom isolert sett for et tilstrekkelig antall pasienter. Det forteller oss noe om sannsynligheten for at noe kan hjelpe. I praksis må terapeuten vurdere om det er grunn til å tro at det vil være virksomt i møte med den enkelte pasienten.

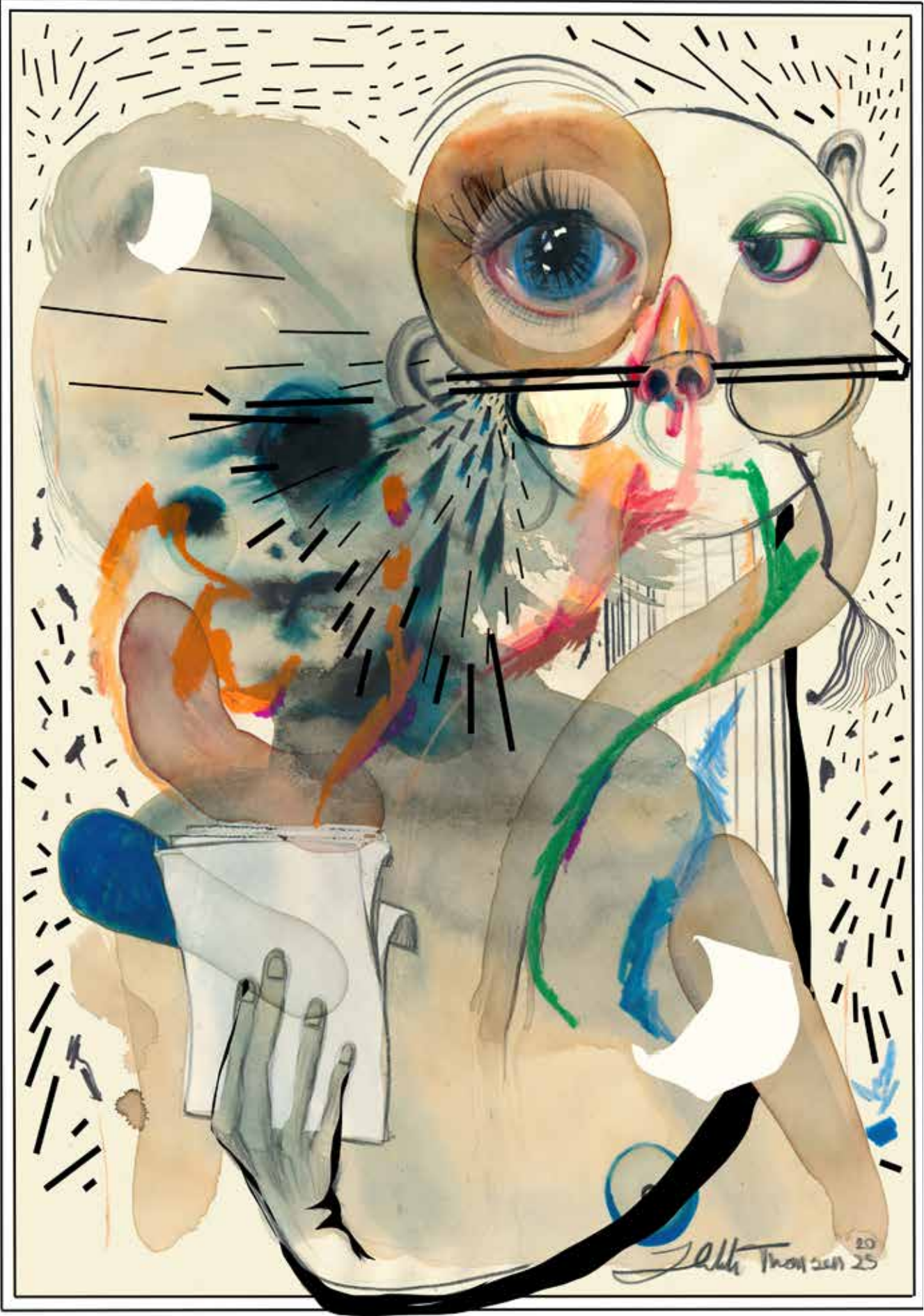


ILLUSTRATION HILDE THORSEN

Det vil si at selv om gruppestudier viser at for eksempel kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser er hjelpsomt ved anoreksi, kan jeg likevel ikke vite om det hjelper den spesifikke pasienten med anoreksi som sitter foran meg. Det som er hjelpsomt for noen, kan skade en annen. Jeg har snakket med folk som har fått det verre av å bli fortalt at de må tenke annerledes for å komme ut av depresjonen, når depresjonen først og fremst har vært situasjonsbetinget. Fleksibilitet i møte med den enkelte er avgjørende for om vi utøver god terapi. Hvorvidt intervensjonene har støtte i gruppestudier, er bare en liten del av det som avgjør om terapien blir virksom. Intervensjonen er som spiker når vi bygger et hus. Vi må ha gode spikere, men det vesentlige er likevel snekkerens evne til å velge riktige materialer på riktig sted.

Norcross og Lambert (2019) hevder det er problematisk å snakke om evidensbasert terapi uten å inkludere relasjonen og terapeutens fleksibilitet og timing i møte med en enkelt pasient og setting. De mener det ikke bare er en alvorlig reduserende måte å omtale terapi på, men også misvisende. Jeg får noen ganger en følelse av at når vi snakker om evidens, kutter vi terapi opp i biter og snakker som om hver bit er meningsfull alene. Vi må nødvendigvis isolere enkeltdeler i forskning, men i selve den psykologfaglige utøvelsen er det essensielt at vi integrerer kunnskapen den gir. Selv robuste forskningsfunn kan få andre utfall i andre kontekster (Greenhalgh, 2018). Kun i en gitt kontekst kan vi derfor snakke om evidensbasert *praksis*. *Evidens* betyr informasjon som gir oss grunn til å tro at noe kan være sant, og jobben vår er å finne ut om det er grunn til å tro at det er sant i den relevante konteksten.

— hvilken type kunnskap som er best tilgjengelig, mener jeg ikke er tilfeldig

Kunnskapshierarkiet og maktkamp

God kunnskapsintegrering avhenger av at relevant kunnskap er tilgjengelig. Men hvilken type kunnskap som er best tilgjengelig, mener jeg ikke er tilfeldig. Jeg utdannet meg til psykolog fordi jeg jobbet som assistent på en akuttavdeling hvor det ble brukt det jeg opplevde som unødvendig mye tvang og inhumane metoder. Jeg håpet på å lære om mer relasjonelle metoder på universitetet, hvilket jeg gjorde. Men jeg skjønnte ikke hvorfor slik kunnskap ikke ble brukt. Noen virksomme intervensjoner brukes nemlig sjelden, og noen av intervensjonene som brukes, har vist seg å ikke være virksomme. I mitt pågående doktorgradsforløp om implementering har jeg begynt å skjønne at hvilken kunnskap som formidles, og hvilken kunnskap som tas på alvor, er svært komplekst. Det avhenger av lag med makt, verdier og vurderinger som ikke nødvendigvis er evidensbaserte.

Det har over flere tiår blitt skrevet om at det er solid evidens for at alle terapiretninger er omtrent like virksomme, mens variasjoner i terapeutferdigheter i større grad predikerer om terapien blir virksom. Det hadde vært logisk om det førte til økt oppmerksomhet på humanistisk og kvalitativ forskning, men det har ikke påvirket den rådende måten vi snakker om ulike typer forskningsmessig støtte på. For meg ser det ut som at gruppestudier ligger på toppen i kunnskapshierarkiet, som om vårt viktigste spørsmål er hvordan vi kan standardisere helsehjelpen (Martinsen & Boge, 2004). Det er verken verdinøytralt eller selvsagt. Standardisering kan derimot føre til at mange pasienter ikke får helsehjelp som er nyttig for dem, eller at behandleren ikke er oppmerksom nok på at helsehjelp som har evidens på gruppenivå, også kan skade.

At vi styres av verdier, er naturlig. Problemet oppstår når verdiene blandes sammen med faglige argumenter. I samfunnet vårt er det målbare plassert høyt i kunnskapshierarkiet, og over det relasjonelle og omsorgsfulle, tause og kroppslige. Det er likevel et langt og ulogisk hopp fra dette til at kvantitativ forskning er det viktigste for psykologisk praksis. Det er som den gamle maktkampen der kvinners omsorg ses på som mindre viktig enn menns økonomiske bidrag til familien. Jeg mener

det er en tragedie at den skjeve vektingen av det kvantitative spilles ut i en tradisjon som burde ha ryggrad til å verne om det menneskelige. Vi bør vokte oss vel for å neglisjere kvalitative metoder og den mer tause kunnskapen. Når solid evidens peker på at relasjonelle ferdigheter er det som i størst grad gir virksom terapi, må vi vektlegge dette i stedet for å nedvurdere det.

Betydningen av taus kunnskap

I min kvalitative forskning ser jeg maktkampen utspille seg. Det er to «parter», der den ene parten har myndighet og kontroll og den andre parten utøver helsehjelp. De som har myndighet, uttaler seg gjerne om hva pasientene trenger basert på effekt på gruppenivå. De som *gir* helsehjelpen, har en kroppslig og relasjonell kunnskap som de gjerne ønsker å bruke for å individualisere hjelpen. Hjelpen kan omhandle noe så konkret som lys. Hvilket lys er bra generelt, og hvilket lys er bra for eksempel for «Gurine»? Hvis Gurine ikke kan snakke, må hjelperne basere vurderingen på kroppslig kunnskap. De merker kanskje at hun synker sammen i kroppen i skarpt lys, eller at hun sover bedre om nattbordslampen er på. Dette kan det være vanskelig å sette ord på: De *fornemmer* at det er sånn. Hvordan kan denne kunnskapen hevde seg mot gruppestudiene? Det ene er ikke mer sant enn det andre, men vi ser ulike sider av det samme problemet. Jeg mener de to kunnskapsformene bør sidestilles og integreres i én helhetlig forståelse.

I terapi kan vi gjerne ane en smerte hos en pasient, uten å kunne sette ord på eller forklare den. Vi kan for eksempel få en fornemmelse av at pasienten ikke ønsker endring, til tross for at vedkommende er aktiv i timene. Ofte er vi ikke bevisste på hva vi fanger opp som gir oss disse fornemmelsene. Vi har ikke alltid tanker og ord for alt vi føler og opplever. Mennesket er et dyr som også bærer smerten skjult, gjemt i en knyttet neve og et nedvendt blikk. I vurderingen av om terapien er virksom eller til skade, er det slike pasienter jeg har vært mest redd for å skade. De som ikke har forstått eller klart å si hva som gjør livet så vanskelig for dem. De som sitter stille på stolen time etter time, men som er desperate etter hjelp. De som skader seg selv uten å klare å si hva de har opplevd. De som ikke stoler på noen, og som ikke kan lene seg bak i stolen i frykt for at stolryggen ikke skal ta imot dem. Gjør gjerne gruppestudier, men fortell meg ikke at de gir tilstrekkelig svar på hvordan jeg skal hjelpe enkeltmennesket som sitter foran meg. Til det trenger jeg også min tause, relasjonelle kunnskap.

Evidens er virksom når den integreres

Jeg vil gå litt tilbake til hjelperne som vil tilpasse lyset til hver enkelt pasient. Hvis evidensen fra gruppestudier ikke viser seg å stemme i konteksten de er i, spiller det ingen rolle hvor virksomt det har vært i gruppestudier. Her blir jeg opptatt av å unngå en maktkamp og heller forsøke å inkludere begge kunnskapssynene. Jeg tror vi må starte med å være enige om at praksis er noe annet enn forskning, og jekke ned perspektivet som gir gruppestudier forrang. Vi kan ikke sette kunnskap som skal ha praktisk verdi, inn i et hierarki. Evidens fra gruppestudier er bare meningsbærende når den er en del av en praktisk relevant helhet. Spørsmålet vi bør stille, er: Er terapien jeg gjør med en enkelt pasient evidensbasert? Spørsmålet mener jeg best besvares med et mangfold av evidens basert på ulike metoder, forskningsdesign, relasjonell kunnskap, selvrefleksjon og ikke minst klok integrering av alt dette. Ⓜ

REFERANSER

Greenhalgh, T. (2018). *How to implement evidence-based healthcare*. John Wiley & Sons Ltd.
Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbasert sykepleie. *Sykepleien*, 92(13), 58–61. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0010>

Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2019). 'What Works in the Psychotherapy Relationship: Results, Conclusions, and Practices'. I J. C. Norcross, & M. J. Lambert (red.), *Psychotherapy Relationships that Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. utg.). Oxford University Press.

Norsk psykologforening (2007). *Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis*. <https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/psykologprofesjonen/prinsipperklæring-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>

Som nyutdannet psykolog er jeg blitt inspirert til å utforske min indre planløsning for å avdekke skjulte rom og følelser.



Å møte fremmede følelser i terapirommet

TEKST Nanna Skram
Jæren DPS

Da jeg startet som psykolog, var jeg forberedt på utfordringer som høyt arbeidspress, krav til dokumentasjon av pasientforløp og emosjonelt ladete historier fra pasientene. Det jeg *ikke* var forberedt på, var hvilke følelser pasientmøtene skulle vekke i meg selv. Kombinasjonen av egne forventninger til mestring og ansvar i den nye rollen som behandler og et sterkt ønske om at pasientene skal bli bedre, kan være særlig utfordrende for nyutdannede psykologer.

En nyutdannet terapeut er i en utfordrende posisjon fordi de ofte har (1) lite erfaring med egen rolle og (2) lite erfaring med den ekstreme variasjonen, intensiteten og hyppigheten av sterke emosjoner pasienten fremviser. Dette gjør at flere følelsestilstander kan være ukjente eller overveldende, og følelser i terapeuten kan påvirke terapien.

Motoverføringer oppstår stadig vekk i terapi, og den moderne forståelsen av konseptet tillater oss som terapeuter å bli påvirket av erfaringen og bruke den som viktig informasjon om pasientens indre landskap. Samtidig er det viktig å undersøke hva motoverføringen kan være uttrykk for, og hvordan den relaterer seg til det som kan ha utspilt seg i den aktuelle timen (Zachrisson, 2008). I tillegg er det viktig for terapeuten å ha god oversikt over egne følelser som vekkes i timen. Forståelsen av motoverføringer som noe terapeuter kan la seg bli påvirket av, åpner også opp for at terapeutene risikerer å reagere på følelser som vekkes i dem selv. Min erfaring som nyutdannet psykolog er at det er lett å agere på egne følelser, særlig når jeg ikke er helt klar over at det er det jeg gjør. Tiltak og intervensjoner kan være nødvendige, men noen ganger kan de også fungere som livbøyer som redder meg fra emosjonelle reaksjoner jeg selv ikke har vært bevisst.

MERKNAD Forfatteren jobbet med kommunikasjon/PR på Emotion Revolution-konferansen 2025.

Hvem eier følelsen?

For eksempel kan terapeuten i møte med en svært engstelig pasient kjenne et behov for å gjøre den terapeutiske situasjonen tryggere. Dette kan utspille seg ved at terapeuten inviterer til en dialog som ligner mer på småprat og en «lett» samtale. På den ene siden kan lettheten bidra til en god allianse og å undersøke pasientens kapasitet til sosialt samspill. På den annen side kan det bidra til å tilsøre graden av vanskene til pasienten og i verste fall virke bagatelliserende. Spørsmålet er hvorfor jeg som terapeut inntar en slik holdning. Et mulig svar kan ligge i terapeutens manglende evne til å *tåle* de sterke følelsene som pasienten overfører. Hver terapeut har ulik toleranse for sterke og vanskelige følelser, men jeg tror toleransen er lavere hos nyutdannede psykologer.

Hvis terapeuten opplever sterke følelser i timen og kjenner behov for å senke temperaturen, vil det være viktig å reflektere over hvem som egentlig trengte å regulere seg ned – var det pasienten eller terapeuten selv? Følelsesregulering eller forsvarsreaksjoner kan bidra til kortvarig smertelindring, men det kan også signalisere at det pasienten bringer inn, er for vanskelig å håndtere – selv for terapeuten. Jeg må da spørre meg *hvilken* følelse som ble for vanskelig for *hvem*, og *hvorfor*?

Andre utfordrende følelser, som gjerne kan oppstå i møte med tungt depressive pasienter, er avmakt, frykt og sterk medfølelse. Hvis terapeuten blir bekymret for pasienten, kan den depressive motoverføringen føre til et behov for å utføre selvmordsrisikovurdering. Slike vurderinger er ofte viktige for å kunne iverksette nødvendige tiltak, men kan også være uttrykk for terapeutens usikkerhet i møte med sterke depressive symptomer. Som nyutdannet må jeg vurdere hvorvidt det å ty til prosedyrer eller konkrete intervensjoner kan være en måte å gi meg selv et fotfeste i noe som oppleves uforutsigbart, heller enn å være til hjelp for pasienten.

Fremmede følelser i terapeuten

På et inspirerende foredrag under Emotion Revolution foreleste psykoanalytiker og professor Nancy McWilliams (2025) om fremmede følelser i terapeuter – følelser som terapeuten ikke har opplevd tidligere og ikke *egentlig* identifiserer seg med, som kan vekke sterke motoverføringsreaksjoner og forsvar i terapeuten.

Hvis følelsen oppleves som «fremmed» eller «uforståelig», kan det være fordi terapeuten har et veletablert forsvar mot følelsen. I den terapeutiske situasjonen kan ukjente følelser oppstå hvis følelsen projiseres fra pasienten, eller hvis terapeuten ikke er bevisst egen motoverføring. McWilliams understreket at vi har kapasitet til å føle alle følelser i oss selv og andre, men at det kan oppleves dypt forstyrrende.

— utviklingen som terapeut er et livslangt prosjekt

McWilliams beskrev de fremmede følelsene som ukjente rom i terapeutens indre, hvis dør kan åpnes via pasientmøter eller selvutforskning. Vi har alle slike ukjente rom i oss selv, og den egenterapeutiske tradisjonen innen psykoanalysen fokuserer på å oppdage disse rommene. Bare hvis man kjenner disse følelsene og krokene i seg selv, kan man forstå pasientens opplevelse. Fullkommen forståelse for ens indre møblement er naturligvis et terapeutisk ideal og ikke en realitet for de fleste. For meg som nyutdannet psykolog ansporer det imidlertid til å innsisere min indre planløsning.

Et livslangt prosjekt

Arbeidet med å forstå seg selv i samspill med pasienten kan virke overveldende når arbeidslivet nettopp er begynt. Det kan være fristende å skru seg emosjonelt av, og noen ganger er det kanskje nødvendig i det minste å dempe volumet på egne følelser for å beskytte seg selv.

For å møte disse terapeutiske utfordringene fremhevet McWilliams autenticitet i møte med seg selv og andre. Å finne sin egen terapeutiske rolle og posisjon er derfor mye opp til en selv, innenfor rimelighetens rammer. Hun rådet også om å stå i følelsen av at arbeidet som psykolog er utfordrende – og det hjelper å vite at utviklingen som terapeut er et livslangt prosjekt. Langtidsperspektivet gjør det også lettere å være ærlig og introspektiv med veileder og kolleger om egne reaksjoner.

De dynamiske prosessene beskrevet ovenfor understreker derfor viktigheten av veiledning og gode kollegaer som man kan snakke med om alt det *rare* som skjer i terapi, og som man kanskje ikke forstår helt selv. Økt selvforståelse og innspill fra andre kan bidra til økt toleranse for, og forståelse av, de vanskelige følelsene man møter som terapeut. For det er ikke bare pasientene som skal finne ut av seg selv og egne følelser – det må terapeuten også gjøre.

REFERANSER

Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 939–948. <https://www.psykologforening.no/artikkel/2008aso7ae-Motoverforing-og-endringer-i-synet-pa-den-psykoanalytiske-relasjonen>

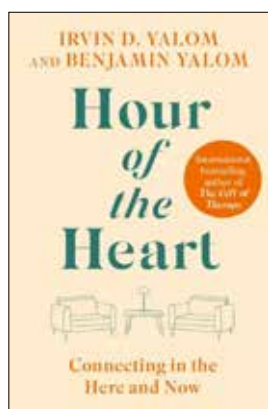
McWilliams, N. (2025). *Tolerating the Intense and*

Alien Emotional States Activated in Therapy: The Stranger in Ourselves. [Lysarkpresentasjon]. <https://www.emotionrevolution.no/nancy-mcwilliams>

TEKST Daniel Willumstad Gunstveit
Tidsskrift for Norsk psykologforening

Et verdig punktum

En av samtaleterapiens nestorer takker av, etter et langt liv i den eksistensielle psykoterapiens tjeneste.



BOOK *Hour of the Heart.*
Connecting in the Here and Now

FORFATTER Irvin D. Yalom &
Benjamin Yalom

ÅR 2024

FORLAG SD Books

SIDER 256

MERKNAD Anmelderen har undertegnet interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Hour of the Heart er en samling psykoterapeutiske fortellinger etter samme modell som *Kjærlighetens boddell* og *Momma, and the Meaning of Life*. Likevel er noe annerledes. Irvin Yalom har blitt vesentlig eldre, men viktigere er at han har mistet sin kone og livsvitne, Marilyn. Hun døde av kreft i 2019, en prosess som ble skildret i boka *A Matter of Death and Life*, hvor Irvin og Marilyn skriver annethvert kapittel frem til døden bryter opp det langvarige ekteskapet. Boka er til dels hjerteskjærende og full av livslang kjærlighet.

I *A Matter of Death and Life* skrev Irvin Yalom om sin begynnende demens som satte begrensninger for den kliniske praksisen hans – han slet rett og slett med å huske enkelte pasienter fra time til time. Likevel følte han at han fremdeles hadde noe å tilby pasientene, og bestemte seg for å gå over til enkeltstående konsultasjoner. Det er her *Hour of the Heart* plukker opp tråden.

Hurtigterapi uten samleband

Hour of the Heart tar form som en utforskning av hvorvidt én enkelt samtale kan bidra til å skape endring hos pasienten. Foruten å være alle helsebyråkraters våre drøm skaper éntimes-terapien også en naturlig struktur i boka, hvor hvert kapittel skildrer et møte mellom den aldrende Yalom og en pasient. Klokka tikker, både rent konkret og metaforisk, og flere av terapeutens refleksjoner dreier seg om hvordan pasienten skal få med seg noe av verdi fra (det relativt dyre) møtet. Resepten er stort sett den samme som den vante Yalom-leser vil ha fått med seg fra tidligere bøker – en usvikelig tro på den terapeutiske relasjonen som det helende element i all virksom behandling.

— *Hour of the Heart* virker sterkest på meg som skildring av alderdommen

Mange av pasientene i *Hour of the Heart* er selv terapeuter, og Yaloms vemodige blikk på den moderne psykiatrien, hvor selve menneskemøtet havner i bakgrunnen, utpeker seg som et sentralt tema. Spesielt rørende er fortellingen om en røff kvinnelig terapeut fra Texas, som insisterer på egen usårlighet – du vet, hun som trives med de aller tøffeste pasientene – som viser seg å være både affektobisk og voldsomt ensom. Historien skildrer effektivt hvor utsatt vi terapeuter er for en egen form for ensomhet, og jeg tror den vil kunne resonnerer med mange av mine kolleger.

Kognitiv atferdsterapi og annen manualisert behandling presenteres også her som selve motstykket til Yaloms terapi, og helsebyråkrater med alle sine skjemaer og instrumentelle mål er en slags psykoterapiens dommedagsprofeter. Selv om det kan være underholdende lesning, kan Yaloms metode fort få noe selvforherligende over seg – det går jo som regel så bra i samtale, og *alt skyldes relasjonen*. Men litt må man vel unne seg, nå helt på tampen av karrieren. Og det er uansett ikke i fornyelsen av nå nittifire år gamle Yaloms metode bokens styrker ligger.

Den aldrende terapeutens sorg

Hour of the Heart virker sterkest på meg som skildring av alderdommen. Beskrivelsene av demenssykdommens utvikling og den aldrende mannens skam og frustrasjon over kroppens forfall er både sterk, vakker og genuint nitrist lesning: «and now they're all gone, and I am all alone, trying to hold on to memories, while my mind flakes away».

Døden er blitt en fysisk realitet Yalom må forholde seg til – gjennom de døde vennene, gjennom sin egen sykdom og langsommere ferd mot døden, men mest av alt tapet av kone og livsvitne Marilyn – alt dette lader *Hour of the Heart* med mening og tyngde. Flere ganger kjenner jeg et trist sug i magen, og kommer i kontakt med de eksistensielle dimensjonene av yrket vårt, som er så tett knyttet til livet ellers. Liv og død, begynnelse og avslutninger. Yalom viser frem hvordan én eneste time kan romme alle disse elementene, hvis man bare bruker tiden godt. Riktignok blir han kvitt sin egen dødsangst i løpet av boka, men det er ikke like trøstende å lese at dette skyldes at både kona, de fleste vennene og kollegene hans er døde. Hvem vil vel bli alene igjen i en tom verden? Denne mer stoiske Yalom skaper imidlertid rom for en mørk humor. Det virker for eksempel som om pasientene er mer bekymret for den aldrende terapeutens alder og død enn han selv er.



Levende, én gang til

At han fremdeles vil være terapeut langt oppi nittiårene, understreker hvor viktig terapeutidentiteten har vært for Yalom, som om den personlige identiteten og terapeuten har smeltet sammen til ett. Det er tydelig at han også bruker terapitimene for å holde seg fast i livet selv, ha en funksjon, etter Marilys død. Det er lett å forstå at terapeutrollen har blitt så viktig for ham etter seksti års praksis. Samtidig fremstår det også litt trist, at han ikke er nok *i seg selv*, men at han nærmest må rettferdiggjøre sin egen eksistens gjennom praksisen sin, for å føle seg levende, én gang til. For det er i aller høyeste grad også en bok om livet, dette, livet og døden, som har fulgt hverandre så tett gjennom Yaloms forfatter-skap, og som nå, mot slutten, gjenforenes. Når boka ikke *bare* er trist, skyldes det de mange oppløftende menneskemøtene Yalom fremdeles evner å ha, som gjør at alderdommen og alle tapene trer i bakgrunnen. Møtene vitaliserer både pasient og terapeut – og leser. *Hour of the Heart* kan gjerne brukes til å reorientere det vestlige, senmoderne synet på eldre som unyttige og plassert på livets sidelinje. Den eksistensielle grunntonen i forfatterskapet hans er sterk også i *Hour of the Heart*, det samme er den bankende kjærligheten han åpenbart fremdeles nærer for faget, og for pasientene sine. Da jeg lukker boka for siste gang, er det med en følelse av at dette er et verdig punktum for karrieren til Irvin D. Yalom, den eksistensielle psykiateren. 

Hvordan skal vi redde psykisk helsevern?

Foto: Fartein Rudjord / Psykologforeningen



**Arnhild
Lauveng**

Visepresident med ansvar for fag- og profesjonspolitikk

Psykisk helsevern har mange og store utfordringer. Mange pasienter får avslag, opplever lange ventetider, og/eller flere runder med stadige re-henvisninger. Det er bekymringer for om tilbudet til de aller sykeste er godt nok. I tillegg rapporterer mange behandlere om krevende arbeidshverdager hvor kravene til det som skal gjøres og tiden de har til å gjøre alt dette, rett og slett ikke henger sammen.

Tittelen på dette innlegget er hentet fra er debatt jeg fikk delta i under Arendalsuka i år, arrangert av RVTS-sør. Jeg skal ikke referere debatten her, men jeg har lyst til å reflektere litt over hvilke utfordringer jeg opplever i psykisk helsevern i dag, og hvordan vi i Psykologforeningen arbeider med disse utfordringene.

Det er stadig flere som henvises til psykisk helsevern, og mange får avslag – i Helse Sør-Øst blir omtrent en tredjedel av henvisningene avslått. Det er helt klart behov for mer ressurser til psykisk helse. Flere helseministere har krevd en større vekst innen psykisk helsevern enn innen somatikken, uten at dette har skjedd. Det er ikke akseptabelt, og må endres.

Mer ressurser alene vil imidlertid ikke løse alle utfordringene. Med den sterke økningen vi har i opplevde psykiske helseutfordringer, vil vi aldri ha nok ressurser, hverken økonomisk eller bemanningsmessig, til at alle skal behandles innen spesialisthelsetjenesten. Dette er heller ikke ønskelig, og det er ikke gitt at det alltid er det beste tilbudet. Tvert imot. For en del mennesker, for eksempel barn og unge med milde til moderate problemer, vil utredning, diagnostisering og behandling i seg selv være en stor belastning, og neppe den beste måten å løse utfordringene deres på. Spesialisthelsetjenesten skal være et tilbud til pasienter med moderate til alvorlige helseutfordringer – hvis alle som henvises tas inn, uten gode prioriteringer, vil tilbudet til de med alvorlige vansker vannes ut, og vi kan risikere å behandle personer som ville hatt større nytte, og mindre bivirkninger, av andre tilbud.

Samtidig blir alle pasienter henvist av en grunn. De selv, familien og omgivelsene, og også fastlegen, opplever at de har problemer som har vart over tid, og som er så alvorlige, at de trenger og ønsker hjelp. Når de så får avslag, oppleves dette ofte fortilende, for hva skal de gjøre nå? Problemene de søkte hjelp for, er jo der, så hvem skal hjelpe? Svaret på det spørsmålet avhenger selvsagt av situasjonen.

Noen burde helt opplagt fått et tilbud i spesialisthelsetjenesten, men fikk avslag på grunn av mangler i henvisningen. For disse ville bedre samhandling og bedre veiledning til fastlegene vært avgjørende for god hjelp.

For andre vil det kanskje være hensiktsmessig med en samtale med fastlege eller helsesykepleier om hva som er normale livsutfordringer, og hvordan vi kan løse dette selv, ved hjelp av nettverk og eller ulike former for selvhjelpsverktøy. Gode søvnrutiner, fysisk aktivitet og støtte fra sosialt nettverk hjelper faktisk på mange hverdagsutfordringer.

Andre igjen har behov for ulike kommunale tilbud, enten dette er kommunalt ansatte psykologer, psykisk helseteam, frisklivssentraler, dagsentre, familiehus eller kurstilbud.

Det er imidlertid viktig hvordan informasjonen formidles til folk. Hvis man får avslag med en begrunnelse om at «problemene ikke er så alvorlige at de kvalifiserer til hjelp i spesialisthelsetjenesten», er det naturlig at man føler dette som en avvisning. Noen vil også føle at de og dere problemer ikke er «viktige» nok, at det ikke er håp, eller at «ingen bryr seg».

En løsning på dette, er å gjøre som prosjektet «en vei inn» i Sandefjord, hvor kommunen og DPS gjør vurderingssamtaler i fellesskap. Alle får et tilbud, enten i kommunen eller ved DPS, og alle får det tilbudet som vurderes som mest nyttig for den enkelte.

En annen løsning, som Psykologforeningen har arbeidet mye med de siste årene, er psykologer tilknyttet fastlegekontorene. Med et tettere samarbeid mellom fastleger og psykologer vil det være enklere både å gjøre gode vurderinger av hvem som kan hjelpes best på kommunalt nivå, hvem som skal henvises videre, og å skrive bedre og mer presise henvisninger når det er aktuelt. Mange pasienter kan også få rask avklaring og behandling direkte hos fastlegen, eller den tilknyttede psykologen.

Det er også viktige med gode og helhetlige tilbud for de som har alvorlige, sammensatte og langvarige problemer, inkludert samtidige utfordringer med psykisk helse og rus. De fleste av disse menneskene vil trenge hjelp fra både spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester over lang tid, tillegg til at mange også trenger praktisk hjelp med bolig, økonomi, arbeid, fritid og annet. For å gi god, trygg og effektiv hjelp til disse menneskene, kreves det forpliktende samarbeid, og nok kompetanse. Individuell plan er en lovfestet rettighet, men fungerer i praksis ikke så godt, ofte på grunn av tungvinte skjema, rigide systemer og mangel på kompetanse.

Hvis flere med milde til moderate utfordringer skal få et godt tilbud i kommunene, samtidig som vi skal samhandle bedre rundt pasienter med sammensatte og alvorlige tilstander, trengs det imidlertid mer ressurser og mer kompetanse i kommunene. Det er veldig bra at det er lovfestet at alle kommuner skal ha tilknyttet psykolog, men det er ikke nok. Mange kommuner har bare tilbud til barn, andre bare til voksne. Veldig få kommunalt ansatte psykologer arbeider med eldre, alvorlig psykisk syke eller mennesker med innvandringsbakgrunn. Noen kommuner har ikke tilknyttet psykolog i det hele tatt, til tross for lovfestingen.

For å redde psykisk helsevern trengs det selvsagt mer ressurser til psykisk helsevern, og det vil vi fortsette å arbeide for. Men det er ikke nok. Det trengs også mer ressurser og mer kompetanse inn i kommunene. Og ikke minst trengs det mer kompetanse og bedre rutiner for prioritering, forpliktende samhandling og samarbeid, slik at vi arbeider klokere, og unngår å kaste bort tid og ressurser på å kaste pasientene mellom oss.

Når dette leses, er Arendalsuka over for lenge siden. Men debattene og påvirkningsarbeidet fortsetter, både i offentligheten, i kronikker, i direkte møter med organisasjoner, politikere og byråkrater, og de fortsetter i foreningens egne utvalg og råd. Det er ingen enkle løsninger på de utfordringene vi står i dag. Men det finnes muligheter. ■

Gratis advokatbistand – Akademikerne pluss privatjuss

Via ditt medlemskap i Psykologforeningen får du tre timer gratis privatjuridisk bistand samt ubegrenset telefonbistand til generelle spørsmål – en slags privat juridisk førstehjelp!



Foto: Felicia Rolf / Psykologforeningen

Ellen Ekre Engh

Nestleder og spesialrådgiver i Jus- og arbeidslivsavdelingen

Advokatfirmaet Solver har fra 1. juni tatt over tjenesten, og er vår nye samarbeidspartner på privatjuridiske spørsmål. Trenger du bistand innen arbeidsrett, altså saker og utfordringer som er knyttet til yrkesutøvelsen eller arbeidsplassen din, tar du kontakt med Jus- og arbeidslivsavdelingen.

Rådgivningstelefon

Som medlem har du tilgang til en ubegrenset og gratis Rådgivningstelefon. Rådgivningstelefonen er ment for å gi deg enkel og rask avklaring på generelle rettslige spørsmål og problemsstillinger.

Tre timer gratis bistand

Når du har behov for advokatbistand utover privatjuridisk førstehjelp fra Rådgivningstelefonen, gir ordningen deg i tillegg inntil tre timer advokatbistand per kalenderår. Du velger selv hvordan du vil bruke de tre timene, og det er du som bestemmer om tiden skal fordeles på en eller flere henvendelser. Ubrukte timer kan ikke overføres til nytt kalenderår.

Rettsområder

Ordningen dekker de fleste rettsområder, for eksempel kan du få privatjuridisk rådgivning innenfor:

- familie (barn, samboere, vergemål, fremtidsfullmakt, ektepakt og skilsmisse)
- arv (testament, generasjonsskifte og arveoppgjør)
- fast eiendom (kjøp/salg, grenser, tomtefeste, servitutter og jordskifte)

- husleie (bolig, fritidseiendom)
- plan- og bygningsrett (juridiske spørsmål og tvister knyttet til vedtak etter plan- og bygningsloven)
- naboforhold (naboeiendommer, borettslag og eierseksjonssameier)
- forbrukerrett (kjøp, håndverkertjenester og kontrakt)
- personskaade
- kontraktsrett
- forretningsjuss (spørsmål som psykologer måtte ha knyttet til næringsdrift)

Unntak

- arbeidsrett, næringsvirksomhet og andre saker forbundet med din yrkesutøvelse, eksempelvis tilsynssaker. Trenger du bistand innen dette, ta kontakt med Psykologforeningen
- straff, men du kan allikevel få bistand i førerkortbeslagsaker
- utenlandsk rett eller jurisdiksjon
- unntaksvis vil Solver kunne måtte si nei til oppdrag som følge av formelle hindringer som interessekonflikt eller andre advokatetiske forhold

Rabatterte timepris

Om du har behov for mer advokatbistand når du har brukt opp dine tre timer, gir ordningen deg en rabatterte timepris hos Advokatfirmaet Solver på kr 1 650 eks. mva. (2 062,50 inkl. mva.)

Slik går du frem

Gjennom en enkel Vipps-verifisering, blir du og ditt foreningsmedlemskap identifisert. Etter dette får du opp et autogenerated referansenummer. Dette referansenummeret inneholder ingen identifiserbare opplysninger om deg. Sammen med referansenummeret får du oppgitt et femsifret telefonnummer til Advokatfirmaet Solver. Har du ikke Vipps? Send en epost på post@akademikernepluss.no

Kontaktskjema og informasjon om ordningen finner du på nettsidene til Akademikerne Pluss. ■



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:

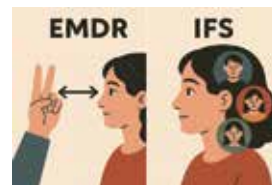
savitadalsbo@gmail.com

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.

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehemler i psykologi

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

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



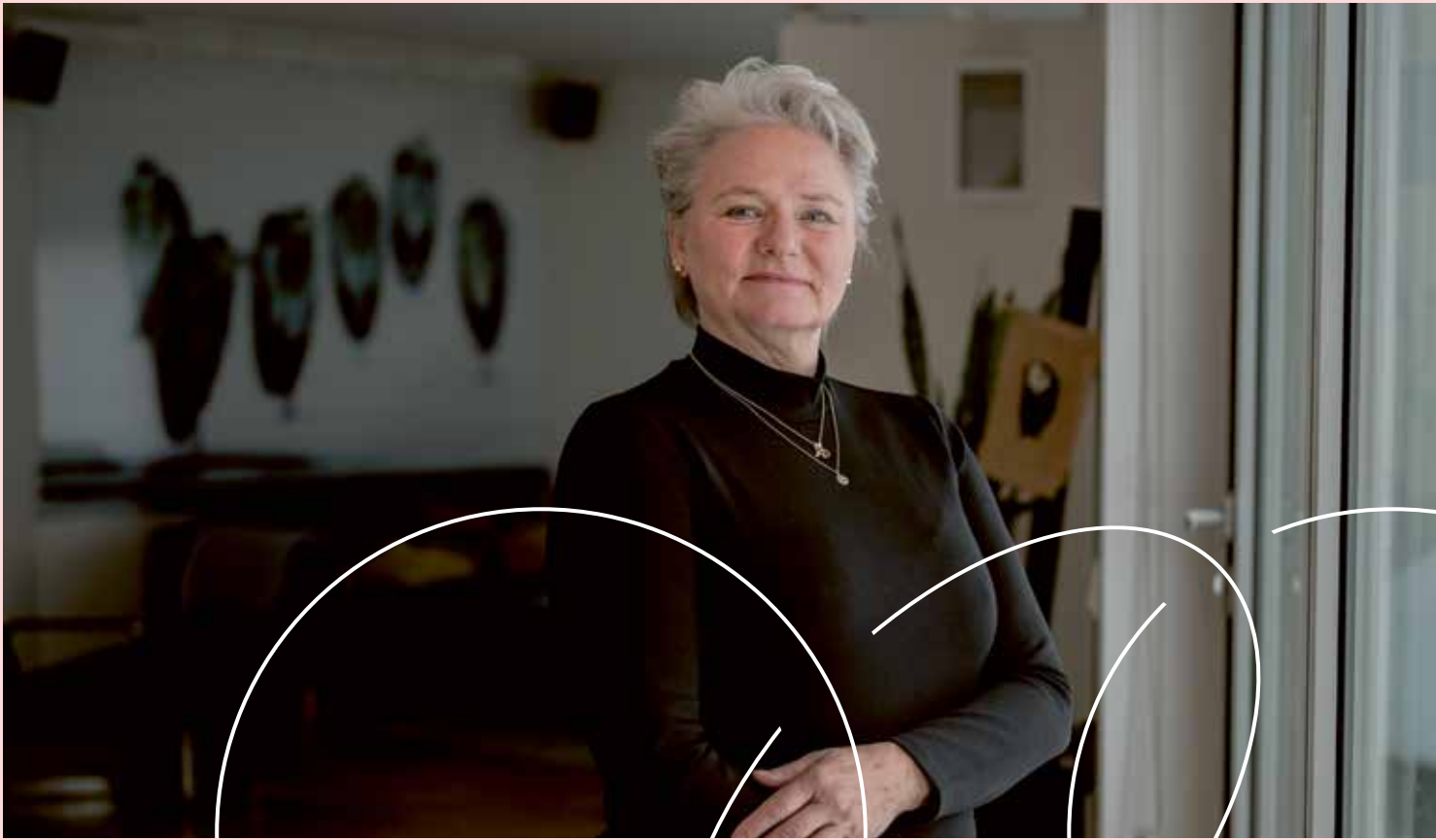
Hold deg oppdatert

Visste du at Psykologtidsskriftet jevnlig publiserer saker på nett som ikke er med i papirutgaven?

Vårt nyhetsbrev inneholder informasjon om nye publiseringer, stillingsannonser og annen aktuell informasjon for psykologer.

Meld deg på:





Er du medlem i Norsk psykologforening?

Husk at du har gode priser og betingelser

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

Scan QR-koden
for å lese mer



Vedlikeholdskurs

Metakognitiv terapi – Behandling av angst, depresjon og PTSD

Sted og dato: Oslo, 23. - 24. oktober 2025

Påmeldingsfrist: 01. oktober 2025
Pris per kurs: Medlem kr 8 300/ ikke-medlem kr 9 300

Les mer om programmet
og meld deg på her:



Målgruppe: Psykologer, psykologspesialister og psykiatere.

Målsetting: Metakognitiv terapi (MKT) er en innovativ behandling som kan anvendes på en rekke ulike lidelser.

Godkjent som 16-timers vedlikeholdskurs.

Innhold: Kurset gir en introduksjon av MKT og hvordan den kan anvendes i spesifikke lidelser. Pasienter opplever metakognitiv terapi som en nyttig, effektiv og paradoksal behandling. Erfaringer viser at MKT kan anvendes der andre behandlinger ikke har lyktes. Kurset vil vekse mellom teori og praksiseksempler og deltagerne får også anledning til å øve på metakognitiv dialog i arbeid med pasienter og noen sentrale teknikker.

Kursleder: Professor Hans Morten Nordahl.

Annonser i Psykologtidsskriftet

UTGIVELSESPLAN

Publiseringsdato	Bestillingsrist
1. oktober 2025	16. september
3. november 2025	17. oktober
1. desember 2025	17. november
2. januar 2026	10. desember
2. februar 2026	16. januar

Ønsker du profilering, kursannonsering eller stillingsannonse for vår målgruppe?
Ta kontakt og vi hjelper deg med synlighet.

E-post psykologi@hsmedia.no
Frida Robertsen Mostad tlf. 416 91 872
Ragnild Vangerud tlf. 990 14 423

STILLINGS- OG PROFILANNONSER

Annonser i papirutgaven	Priser 2025
2/1 side	29 820 kr
1/1 side	19 850 kr
½ side	15 650 kr
¼ side	13 550 kr
Side 2-3	34 000 kr
Side 4-5	31 900 kr
3. omslagsside	20 900 kr
Bakside	23 000 kr

KURSANNONSER

Annonser i papirutgaven	Priser 2025
1/1 side	19 850 kr
½ side	9 900 kr
¼ side	4 850 kr

SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**President**

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

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnild Lauveng
913 17 162
arnild@psykologforeningen.no

Medlemmer

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

Siri Næs
902 68 699
siri.naes@gmail.com

Ann Birgithe Solheim Eikholm
971 29 052
abseikhom@gmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Chris Margaret Aanondsen
957 92 616
chris.m.aanondsen@gmail.com

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

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

Varamedlemmer

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

Sebastian Gulbrandsen (2. vara)
926 93 702
sebastian.gulbrandsen@gmail.com

Kristin Haugholt (3. vara)
951 72 032
kristinhaugholt@hotmail.com

Jørgen Edvin Westgren (4. vara)
911 16 616
joergenwestgren@gmail.com

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

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

LOKALAVDELINGER**Akershus**

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

Aust-Agder

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

Buskerud

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

Finnmark

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

Hedmark

Lene Engen Kleppe
leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland

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

Møre og Romsdal

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

Nord-Trøndelag

Trude Hoff
trudhof@online.no
415 21 900

Nordland

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

Oppland

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

Oslo

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

Rogaland

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

Sogn og Fjordane

Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag

Idunn Aker
idunnaker@outlook.com
478 83 867

Telemark

Birgitte Lindøe
libi@siv.no
473 83 123

Troms

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

Vest-Agder

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

Vestfold

Simen Mjøen Larsen
Simen_ml@hotmail.com
906 53 556

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

Fagetisk råd

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

Ankeutvalg for fagetsaker 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

Arnild Lauveng, leder
arnild@psykologforeningen.no
913 17 162

Fag- og profesjonsrådet

Arnild Lauveng, leder
arnild@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
ceciliegaustad@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 Riekeles 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. 9 2025

Fremtidens psykoterapi: Hvilken rolle bør kunstig intelligens spille?

Helene Amundsen Nissen-Lie og Erik Stänicke

ChatGPT som validerende ekkokammer

Thea Degvold

Utviklingen av karakteranalysen i Norge

Jon Sletvold

Prediksjon av selvmord | Barn i mekling

«Fra frykt til framtidstro»: En kvalitativ studie om ungdoms erfaringer med mentaliseringsbasert terapi

Klara Johansson, Fredrik Cappelen,
Cilje Sunde Rolfsjord og Line Indrevoll Stänicke

Nytt utdanningsprogram for barnefaglig sakkyndige

Annika Melinder

Psychotherapy for depression is effective, but not for the reasons provided in a recent review

Pim Cuijpers

Metaanalyser til både hjelp og forvirring

Stian Solem

Missed opportunities to improve mental health care

Pim Cuijpers

Svakt og usaklig om psykoterapi for depresjon hos voksne

Arne Holte

Er du den same Knut Dalen som er på «Kav Halling» på Facebook?

Knut Dalen

2019 er fjern fortid

Håkon Skard

Tilsvar til «2019 er fjern fortid»

Birgit Aanderaa

Vi må selv skape mulighetsrommene

Hanne Indregard Lind

Evidens i møte med den enkelte pasienten

Kjersti Nedreskår

Å møte fremmede følelser i terapirommet

Nanna Skram

Et verdig punktum

Daniel Willumstad Gunstveit