

**«Korleis har du klart å overleve
alt dette?» Reframing på eit
feltsjukehus i Gaza**

Steinar Johannessen & Mahmoud Asfour

**Hvordan bruker terapeuter
egenterapi? En metasyntese
av norske forskningsfunn**

Marit Råbu & Christian Moltu

**En banebrytende bok
om intensiv dynamisk
korttidsterapi**

Jonas Sharma-Bakkevig



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
23.09.2025

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 17:10, 17:11, 10:12

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 Tiril Haug Johnne

Trykk Aksell AS

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

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

 **Fagpressen**



INNHold

NR 10 - 25

Psykologtidsskriftet
Vol 62

OMSLAG

Tiril Haug Johne har laget forsideillustrasjonen, og sier: «På tross av den grusomme fortellingen var artikkelen oppløftende å lese; at selv i ekstreme situasjoner kan vanlige psykologiske metoder gjøre en stor forskjell.»



Møt kandidatene	
INTERVJU Simen Bø	580
Profesjonsstudier ved UiS og UiA: lover mer enn kvantitet	
NYHETER Matt Oxman	593
UiS og UiA støtter kritikk av egnethetsprøve: – Kan være fullstendig uforsvarlig	
NYHETER Matt Oxman	596
«Korleis har du klart å overleve alt dette?» Reframing på eit feltsjukehus i Gaza	
FRA PRAKSIS Steinar Johannessen & Mahmoud Asfour	598
Konsulterende team for arbeid med spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten	
FRA PRAKSIS Nilsen, Lindeberg, Kvistum & Djupesland	602
Leketerapi og EMDR i behandling av barn med PTSD	
FRA PRAKSIS Ole Christer Lund	606
Ketaminassistert psykoterapi for anorexia nervosa	
FRA FORSKNINGEN Dahlgren, Tverrli og Stewart	612
Depresjon og kognitiv funksjon	
FRA FORSKNINGEN Brage Kraft	615
Hvordan bruker terapeuter egenterapi? En metasyntese av norske forskningsfunn	
OVERSIKT Marit Råbu & Christian Moltu	618
Vi forsket ikke på karakteranalyse	
KOMMENTAR Bernhardt, Nissen-Lie & Råbu	618
KI og symbiotisk intelligens – en brytningstid for helsemyndiggjøring?	
KOMMENTAR Rune Johan Krumsvik	628
Metaanalytiske funn i DPS-hverdagen	
KOMMENTAR Stian Solem	631
Kunstig intelligens i terapirommet	
ETIKKPANELET Torhild Tønnesen Haugnes & Roland Westerlund	633
Horisontal dissosiasjon: systemets angst for psyken	
KRONIKK Per Are Løkke	637
En banebrytende bok om intensiv dynamisk korttidsterapi	
KLASSIKEREN Jonas Sharma-Bakkevig	641
Adolescence: ferden mot omsorgens og skyldens posisjon	
FILMESSAY Kjell Grønnevik	644

TEKST Simen Bø
Journalist

Møt kandidatene

I november er det valg av presidentskap i Psykologforeningen. Til hvert av vervene stiller to kandidater og det er duket for ekte valgkamp.

PODKAST

Hør intervjuer med kandidatene
i Psykologtidsskriftets podkast:



Den 19. – 21. november, på Psykologforeningens landsmøte i Sandefjord, skal representanter fra foreningens lokalavdelinger blant annet velge presidentskap og sentralstyre, og vedta satsningsområder for foreningens arbeid.

Presidentskapet i Psykologforeningen består av en president, en visepresident med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitikkk og en visepresident med ansvar for fag- og profesjonspolitikkk. Til hvert av vervene stiller nå to kandidater, og det er duket for en reell valgkamp frem til landsmøtet.

Håkon Kongsrud Skard stiller til gjenvalg som president. Hanne Indregard Lind, visepresident for lønns- og arbeidslivspolitikkk, stiller også som president og er Skards utfordrer. Til Linds nåværende verv stiller sentralstyremedlem Bjarte Bønes Bruntveit og nestleder i foreningens Oslo-avdeling, Helén Ingrid Andreassen. Visepresident for fag- og profesjonspolitikkk, Arnhild Lauveng, stiller til gjenvalg og sentralstyremedlem Chris Margaret Aanondsen er hennes utfordrer til vervet.

— Psykologforeningen har stort gjennomslag til å være en forening med 12 000 medlemmer

FOTO FELICIA ROLF/PSYKOLOGFORENINGEN



PRESIDENTKANDIDAT

HÅKON KONGSRUD SKARD

Bosted: Oslo

Alder: 46

Relevante verv:

- Styremedlem i Fontenehuset Oslo sentrum
- Styremedlem i Akademikerne
- Juryleder for Akademikerprisen

Håkon Kongsrud Skard er president i Psykologforeningen. Han stiller til gjenvalg.

Hvorfor skal psykologer bry seg om hvem som styrer Psykologforeningen?

– De rettigheter, goder, plikter og ansvarsområder psykologer sitter med i dag, har Psykologforeningen bidratt til å utvikle. Så hvis de ønsker å bevare noe som er bra, må de engasjere seg. Hvis de ønsker å utvikle noe som kan bli bedre, må de engasjere seg. Vi røkter faget og profesjonen sammen.

Hvilke konkrete tiltak vil du gjennomføre som president?

– Jeg ønsker å etterlate en forening som er i enda bedre skikk enn den var i 2019. Helt konkret vil det si å gjøre organisasjonsendringene ferdig, sørge for best mulig utfall i prosessen om offentlig spesialistgodkjenning, bistå helsemyndighetene med å ferdigstille implementeringen av mer hensiktsmessig måling samt sørge for at vi faktisk får en finansieringsordning for psykologkompetanse i kommunen.

Mange medlemmer engasjerer seg ikke i Psykologforeningen. Hva vil du gjøre for å engasjere dem?

– Styrke rekrutteringsarbeidet på universitetene. Det er vi godt i gang med, og Studentpolitisk utvalg har gjort en kjempejobb med opprettelse av studentlag og nå forslag til Landsmøtet om en grunnutdanningskomité. Vi ser andre profesjonsutdannelser hvor profesjonsforeningen har en naturlig rolle overfor studentene.

Hvis du må velge ett konkret tiltak som kan styrke medlemsdemokratiet i Psykologforeningen, hvilket ville du valgt?

– Jevnlige psykologmøter på alle arbeidsplasser i arbeidstiden, hvor det er avsatt tid til «foreningssaker» i regi

av tillitsvalgt. Da kan innspill fra medlemmene komme inn til foreningen og sentral politikk formidles til medlemmene.

Hvis du må velge ett konkret tiltak i Psykologforeningen som vil være til det beste for Norges psykologer, hvilket ville du valgt?

– Innføring av psykologkompetanse i en tverrfaglig allmennhelsetjeneste. Det hadde medført at de psykologiske vurderingene hadde blitt gjort før henvisning, mennesker hadde fått hjelp raskere, henvisningene hadde blitt bedre, og vi hadde fått mer sammenhengende psykiske helsetjenester.

Hvilke tanker har du om kjønn i presidentskapet?

Forventer du at det blant presidenten og visepresidentene skal være minst én mann og én kvinne?

– Jeg mener vi gjør klokt i å ha rimelig kjønnsbalanse i ledelsen av Psykologforeningen. Kjønn er ikke nevnt i våre vedtekter hva angår sammensetningen av Sentralstyret, men landsmøtet har alltid hensyntatt det.

Det er stort press på psykisk helsevern og mye snakk om prioritering av ulike grupper. Hvem skal prioriteres?

– Psykisk helse skal prioriteres, noe jeg opplever at politikerne er like interessert i som oss. Å sette pasientgrupper opp mot hverandre er noe av det mest provoserende man kan foreta seg. Derimot så må helseressurser prioriteres, og der mener jeg prioriteringsveilederen må ligge til grunn. Så bør praktiseringen av det få mye større fokus, både i tjenestene og i utdanningen.

Ønsker du at din neste presidentperiode skal være annerledes enn dine forrige presidentperioder? I så fall, hvordan?

– Jeg håper vi slipper en ny pandemi og ytterligere et krigsutbrudd i Europa. Begge disse hendelsene har hatt enorm innvirkning på verden, Norge, helsetjenestene og derav foreningen og medlemmene. Det har medført at vi har i stor grad måttet reagere på ytre krav, fremfor å agere på indre ønsker.

– Samtidig har vi evnet å fatte utrolig mange viktige beslutninger, utforme nødvendig politikk og utvikle organisasjonen. Jeg håper at vi kan videreføre det, men med større handlingsrom til å selv disponere våre ressurser. Selv om jeg frykter at det er et fåfengt håp, sett i lys av de endringene som pågår i helsetjenestene.

Du nevner digitalisering som en viktig problemstilling for Psykologforeningen i fremtiden, «enten som erstatning eller supplement» av behandlingstilbud. Hvilke deler av dagens tilbud mener du kan erstattes av kunstig intelligens?

– Jeg oppfordrer medlemmene til å ta eierskap til denne problemstillingen ute i tjenestene, hvor det pågår fagutvikling. Noen områder er åpenbare, som verktøy til journalføring. Mens andre områder er det like åpenbart at KI ikke kan erstatte.

– Modum Bad har veldig interessant pågående forskning på temaet. Grunnpremisset der er at «psykologen må sitte i førersetet». Det støtter jeg helhjärtet. Foreningens rolle mener jeg er best egnet til å se på nødvendig regulering i lov og forskrift.

Får Psykologforeningen nok gjennomslag hos myndighetene? Hva vil du gjøre for å styrke foreningens gjennomslag?

– Psykologforeningen har stort gjennomslag til å være en forening med 12 000 medlemmer. Likevel er det flere grep vi jobber med, blant annet i form av at vi utarbeider enda tydeligere løsninger på hvordan vår kompetanse kan nyttiggjøres til å møte samfunnets utfordringer. Videre jobber vi med å utvikle allianser som styrker vår stemme, som «Felleserklæringen for en bedre psykisk helse» og «1001 dager», for å nevne noen.

– Til slutt, vi øker gjennomslag ved å være «i posisjon» rundt bordet i de viktige diskusjonene, ikke «i opposisjon» utenfor møtearenaene.

FEM KORTE OM HÅKON

Hva leser du daglig?

– Enorme mengder med nyheter. Både nasjonalt og internasjonalt, fagstoff og politisk analyse.

Hva bruker du for mye tid på?

– Se punktet over. Jeg tilbringer altfor mye tid på skjerm, med å lese nyheter og andre publikasjoner.

Hva er din siste minneverdige kulturopplevelse?

– Jeg velger to. «Fruen fra havet», Ibsens stykke i Fjæreheia Amfi, og «Kneecap» på Øyafestivalen.

Hvilket av dine egne personlighetstrekk er viktigst for deg?

– Hvilken personlighetsmodell? Jeg er diplomatisk anlagt, jeg velger det.

Hvilket av psykologiens fagbegrep er din favoritt?

– Resiliens.

— *Vi må passe på at ikke ufaglige løsninger
tres ned over hodet vårt*

FOTO MATT OXMAN



PRESIDENTKANDIDAT

HANNE INDREGARD LIND

Bosted: Nesodden

Alder: 41

Relevante verv:

- Leder av Akademikerne helse

Hanne Indregard Lind er psykolog i nevrospesialisering på Sunnaas sykehus og på Arbeid og helse på DPS, og visepresident i Psykologforeningen med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitik. Hun stiller til valg som president.

Hva er den viktigste konkrete endringen man kan gjøre for å styrke medlemsdemokratiet i Psykologforeningen?

– Medlemmene er Psykologforeningens viktigste ressurs. Skal vi styrke medlemsdemokratiet, må vi ha flere og bedre arenaer for innflytelse. Medlemmene i Sentralstyret kommer fra hele landet, og vi trenger flere møtepunkter for dem. Altså flere sentralstyremøter enn bare seks i året, og også et landsstyremøte i løpet av valgperioden.

– Når vi gir medlemmene reell påvirkningskraft, øker også engasjementet. Ved å bygge videre på dette kan vi skape en mer levende, inkluderende og fremtidsrettet Psykologforening. Jeg vil bygge lag.

Hvilke tanker har du om kjønn i presidentskapet? Forventer du at det blant presidenten og visepresidentene skal være minst én mann og én kvinne?

Kjønn i presidentskapet har jeg absolutt tenkt litt på – jeg er den første kvinnen som stiller til presidentvervet på 18 år. Representasjon er absolutt viktig, og sammensetning av ulike variabler i presidentskap og Sentralstyret er opp til landsmøtet å bestemme.

Får Psykologforeningen nok gjennomslag hos myndighetene? Hva vil du gjøre for å styrke foreningens gjennomslag?

– Det er mye som kan gjøres for å styrke foreningens innflytelse og gjennomslag. Det er viktig å tåle å stå i å forvalte en fagtradisjon ved å stå på noen prinsipper over tid, selv om man innimellom taper noen kamper.

– Vi må passe på at ikke ufaglige løsninger tres ned over hodet vårt, og formidle til myndigheter og arbeidsgivere hva som er viktig for å kunne utøve faget på en god måte, hva som er et sunt arbeidsliv for psykologer, og hva som skaper gode tilbud til befolkningen.

– Jeg har mye erfaring med å jobbe for gjennomslag fra min tid som konserntillitsvalgt, og har lykket med mye av det. Men dette er ikke et en-persons-arbeid. Vi trenger å jobbe godt med naturlige samarbeidspartnere, og vi trenger mer dialog med politikere og arbeidsgivere, også lokalt.

– Vi kan ikke sitte og vente på såkalte mulighetsrom og bare sitte og finlese partiprogrammene for å se hvor vi kan smette inn noe, vi må være proaktive, tydelige og konsistente over tid, og slik sette kursen selv.

Du har snakket mye om moralsk slitasje blant psykologene. Kan du utdype noe konkret om hva du ønsker å gjøre her?

– Psykologer ønsker å hjelpe, og når man opplever at man ikke har tid til å gjøre det på en god nok måte, så kan man oppleve moralsk slitasje. Det kan komme av at man ikke får gitt hyppig nok behandling, må avslutte forløp før folk er ferdigbehandlet, eller at man ikke får gitt det innholdet i utredning og behandling som man tenker man burde.

– For å gjøre noe med dette må man jobbe langs flere akser. En handler om vår egen kommunikasjon rundt dette, at vi snakker om dette på en ærlig måte. Det å stå alene øker belastningen og slitasten.

– Som president vil jeg si tydelig ifra om rammene vi jobber innenfor, og jobbe for å endre disse til det bedre.

Som president vil du trolig havne i situasjoner der du må ta beslutninger kun med utgangspunkt i arbeidsutvalget eller Sentralstyret, i tilfeller der det ikke er mulig å forankre disse i medlemsmassen eller ytterligere eksperter. Hvordan vil du navigere dette?

– Enkelt saker kan variere stort, men vi er en medlemsorganisasjon og henter vår legitimitet og vårt mandat fra psykologene der ute. Min opplevelse er at man sjelden kommer i situasjoner der man ikke har tid til å diskutere og belyse saker før man fatter vedtak.

– Jeg synes det er viktig å ikke bruke hast som element for å forbigå viktige prinsipper for organisasjonsdemokrati, med mindre det er helt tvingende nødvendig. Jeg mener også at færre saker vil bære preg av hast dersom vi får hyppigere styremøter og mer aktiv involvering av medlemmene. Dersom man må fatte beslutninger som haster så vil den viktigste rettesnoren være politikk som er vedtatt av landsmøtet og sentralstyret.

– I tillegg må vi være proaktive når det gjelder saker vi ser komme, som for eksempel KI, hvor vi burde ha kommet mye lenger enn vi har kommet i dag.

Du vektlegger et sterkt offentlig helsetilbud som er tilgjengelig for alle, uansett hvor de bor. Hvordan skal du få til dette?

– Norge er ganske ulikt og langstrakt, så det å være for et sterkt offentlig helsevesen betyr ikke at alt skal være likt, men det skal være likeverdig, og det må være grenser for nedjusteringer i tilbudet.

– Et godt eksempel er Helse Nord, hvor jeg har vært særlig opptatt av utfordringene med rekruttering og det å beholde fagfolk, samt å unngå nedleggelser av døgnplasser på tynt grunnlag.

– Jeg mener også vi kan bruke penger bedre for å

ivareta tjenestene. I dag bruker man enorme summer på dyre vikarordninger, i stedet for å satse mer systematisk på å tiltrekke seg og holde på ansatte. For meg handler et sterkt offentlig helsevesen om å bygge varige, stabile og likeverdige tilbud.

Hvor står saken om Helsedirektoratets ønske om en egnethetstest for å gi autorisasjon til psykologer utdannet i utlandet? Hva vil du gjøre i den videre oppfølgingen av denne saken?

– Dette er en pågående prosess som vi foreløpig ikke vet utfallet av. Det viktigste her er pasientsikkerhet, og en ordning som ivaretar kvalitetshensyn tilstrekkelig. Så er også hensynet til våre fremtidige kollegaer som har tatt sin utdanning i utlandet, viktig. De må tas godt imot og få tilgang på praksis de trenger, ikke bare avspises med en test.

FEM KORTE OM HANNE

Hva leser du daglig?

Nyheter, inkludert saker som er relatert til økonomi og forhandlinger, samt om psykisk helsefeltet og i grunnen helsefeltet for øvrig.

Hva bruker du for mye tid på?

Akkurat nå, med både baby og tenåring i hus, bruker jeg tiden på familie og jobb. Tidligere i livet kan jeg nok i enkelte perioder ha brukt for mye tid på å spille Scrabble på nett.

Hva er din siste minneverdige kulturopplevelse?

Det vil jeg si var i sommer, da Kammerpikene, som min mor synger i, optrådte i dåpen til datteren vår, hvor vi også giftet oss. Det gjorde det hele ekstra spesielt for oss.

Hvilket av dine egne personlighetstrekk er viktigst for deg?

Min evne til å lytte og mine analytiske evner er de aller viktigste egenskapene for meg på jobb og i verv. Privat er jeg glad for at jeg er omsorgsfull og har mye humor.

Hvilket av psykologiens fagbegrep er din favoritt?

Det går litt i perioder, og jeg bytter litt på. Akkurat nå om dagen er det «ekkoisme» etter at jeg nylig leste en interessant artikkel om dette i Psykologtidsskriftet.

— det skal gå an å også være en forening som kjemper for ikke-spesialister

Helén Ingrid Andreassen er psykolog på tre lavterskel rusinstitusjoner i Oslo: Dalsbergstien hus, Thereses hus og Marcus Thranes Hus. Hun stiller som kandidat til visepresidentvervet for lønns- og arbeidslivspolitik.

Hvorfor skal psykologer bry seg om hvem som styrer Psykologforeningen?

– Hvem som styrer, avgjør hva vi som forening faktisk får til. Skal vi ha en forening som først og fremst forvalter ordninger og svarer på høringer – eller en forening som setter dagsorden, forsvarer døgnplasser og arbeidsvilkår?

Hvilke konkrete tiltak vil du gjennomføre som visepresident?

– Det viktigste er å følge opp landsmøtet sine vedtak. Her er noen ting jeg selv vil legge vekt på:

– Styrke de lokale tillitsvalgte: De står midt i hverdagen og vet hvor skoen trykker. Jeg vil jobbe for mer frikjøp og bedre støtte.

– Koble sammen tariff og politikk: Tariff er selve verktøyet vi har til å gjøre politiske seire om til konkrete rettigheter for medlemmene. Jeg vil bruke foreningens tyngde til å synliggjøre hvordan kutt, nedbygging av døgnplasser og økende produksjonskrav undergraver både pasientbehandling og psykologers vilkår.

– Bygge kommunepsykologrollen: Vi trenger kommunepsykologer med riktig posisjon og myndighet – på linje med kommuneoverlegen – slik at psykologisk kunnskap brukes i skole, barnevern og kriseteam.

Mange medlemmer engasjerer seg ikke i Psykologforeningen. Hva vil du gjøre for å engasjere dem?

– Det må bli tydeligere hvordan man kan engasjere seg. Skal lokale tillitsvalgte få mulighet til å inkludere flere, tror jeg de trenger mer støtte og tid til vervene sine. Lokallagene må også få konkret hjelp til å drive organisasjonen, f.eks. til administrative oppgaver, som kan frigjøre tid til å arrangere engasjerende medlemsmøter.

FOTO PER HALVORSEN



VICEPRESIDENTKANDIDAT

HELÉN INGRID ANDREASSEN

Bosted: Oslo

Alder: 35

Relevante verv:

- Hovedtillitsvalgt for Psykologforeningen i Oslo kommune
- Nestleder i Oslo-avdelingen, Psykologforeningen

Hvilke tanker har du om kjønn i presidentskapet?

Forventer du at det blant presidenten og visepresidentene skal være minst én mann og én kvinne?

– Det er det landsmøtet som bestemmer, men det er generelt viktig med bred representasjon i presidentskapet og i Sentralstyret.

Det er stort press på psykisk helsevern og mye snakk om prioritering av ulike grupper. Hvem skal prioriteres?

– Det at hver enkelt psykolog sitter og må si hvem som er mest trengende, er å gjøre et politisk problem til et individuelt problem. Politikerne må ta ansvar for at tjenestene har begrenset kapasitet, og si tydelig hvem som skal få og ikke få, så skal vi som yrkesgruppe følge opp.

Hvordan, konkret, skal man sørge for at færre psykologspesialister forlater offentlig sektor til fordel for privat sektor?

– Mange spesialister forlater det offentlige fordi arbeidsvilkårene oppleves som for stramme: for lite tid til pasienter, økende administrasjon og en opplevelse av manglende faglig innflytelse.

– Skal vi beholde spesialistene, må vi gjøre det mer attraktivt å bli. Det betyr tydeligere vern mot rapporteringskrav som ikke tjener pasienten, mer rom for faglig utvikling og tillit til den enkelte kliniker. Like viktig er det å gi psykologer reell medbestemmelse i tjenestene.

– Så må vi fortsette den vellykka lønnspolitikken til Psykologforeningen, der spesialistene bør og skal ligge høyt. Samtidig mener jeg det skal gå an å også være en forening som kjemper for ikke-spesialister.

Hvilke konkrete tiltak ville hjulpet psykologer til å få mer tid med pasientene?

– Kort sagt: Vi må flytte ansvaret fra individet til systemet. Det er ikke psykologene som skal løpe raskere, men rammene som må gi rom for faglighet. Får de lokalt tillitsvalgte drahjelp, tror jeg vi kan få til mye.

Mange mener at spesialisthelsetjenesten er sprengt på kapasitet. Hvilken rolle bør kommunepsykologene ha i lys av dette?

– Med riktige rammer kan kommunepsykologene både avlaste spesialisthelsetjenesten og forebygge at køene vokser. Kommunepsykologer må være **brobyggere** mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og styrke forebygging fra barnehage til eldreomsorg. Konkret handler det om å veilede helsestasjon og skolehelsetjeneste, drive tidlig innsats i saker som vold, skolevegring og utenforskap og bidra strategisk i kommunenes prioriteringer.

Får Psykologforeningen nok gjennomslag hos myndighetene? Hva vil du gjøre for å styrke foreningens gjennomslag?

– Nei – vi har mer å gå på. Psykologforeningen sitter på en unik faglig kunnskap. Nettopp derfor er rommet for å være tydelig og konstruktiv mye større enn det vi benytter i dag. Det vet jeg, som tidligere tillitsvalgt og ansatt i politikken.

– For å få gjennomslag må vi gjøre tre ting:

– Være mer synlige i mediene, med raske og tydelige utspill som setter dagsorden.

– Koble lokale erfaringer fra tillitsvalgte til nasjonal

politikk – det gjør budskapene våre konkrete.

– Jobbe langsiktig og strategisk opp mot partier og myndigheter, ikke bare svare på høringer.

Du har vært ungdomspolitiker i AUF, og var også på Utøya 22. juli 2011. Hvordan tenker du disse erfaringene vil påvirke ditt arbeid som visepresident?

– Som visepresident tar jeg med meg et sterkt engasjement for terapi, gode rammer og fleksibel oppfølging. Jeg kjenner psykisk helsevern både som pasient og som behandler. Som pasient opplevde jeg at hjelpen fra kommunen kom sent – slik mange andre overlevende også erfarte. Alle bør ha tilgang til rask og tilpasset oppfølging.

FEM KORTE OM HELÉN

Hva leser du daglig?

– Nå leser jeg fantasyserien *Wheel of Time*. Og så leser jeg nyheter hver morgen.

Hva bruker du for mye tid på?

– Mannen min mener jeg bruker for mye tid på å skrive innlegg og engasjere meg i absolutt alt. Det er et innspill jeg ikke har tatt til følge. Gaming kan også ta mye tid i perioder, men med småbarn og jobb begrenser det seg litt av seg selv.

Hva er din siste minneverdige kulturopplevelse?

– Jeg var på Øyafestivalen i år, med min elleve år yngre søster. Det var veldig gøy å se Chappell Roan og Charlie XCX, men jeg følte meg brått litt gammel også.

Hvilket av dine egne personlighetstrekk er viktigst for deg?

– Jeg er veldig stolt av at jeg er så engasjert. Det beste er når jeg også klarer å engasjere andre, og få til endring sammen med dem. Det er lite som slår den følelsen.

Hvilket av psykologiens fagbegrep er din favoritt?

– Med fare for å være veldig «basic»: Jeg var en av de som strevde med å operasjonalisere begrepene overføring og motoverføring på studiet. Men det sekundet jeg hadde min første pasient i hovedpraksis, falt det på plass.

— Jeg vil prioritere lønnsstrategier som gir høyest mulig livsløpslønn

FOTO FELICIA ROLF / PSYKOLOGFORENINGEN



VISEPRESIDENTKANDIDAT

BJARTE BØNES BRUNTVEIT

Bosted: Bergen

Alder: 49

Relevante verv:

- Foretakstillitsvalgt i Helse Bergen siden 2012
- Leder i Akademikerne i Helse Bergen siden 2012
- Leder av sektorutvalg for spesialisthelsetjenesten siden det ble etablert i 2023
- Medlem av Lønns- og arbeidslivsutvalget siden 2013

Bjarte Bønes Bruntveit er psykologspesialist på akutt-posten i Klinikk psykisk helsevern for barn og unge i Helse Bergen. Han stiller som kandidat til visepresidentvervet for lønns- og arbeidslivspolitik.

Hvorfor skal psykologer bry seg om hvem som styrer Psykologforeningen?

– Fordi det handler om å ha en velfungerende forening som jobber for gode faglige vilkår, kvalitet i spesialistutdanningen og trygge lønns- og arbeidsforhold. Hvis man ønsker endringer, er det fullt mulig å engasjere seg selv eller bidra til å velge ledere som representerer ens synspunkter.

Hvilke konkrete tiltak vil du gjennomføre som visepresident?

– Jeg vil ha fullt fokus på å redusere den høye turnoveren blant psykologer. Den påvirker arbeidsmiljøet, pasientbehandlingen og økonomien i tjenestene negativt.

– Alle helseforetak bør ha strategier for å rekruttere og beholde psykologer. Dette betyr fra de er studenter til de er seniorer. Strategiene må utvikles i samarbeid med de tillitsvalgte. I kommunene må vi tenke annerledes, med mer tverrfaglig tilnærming. Vi må også inkludere psykologer i andre etater enn helse.

– Jeg vil prioritere lønnsstrategier som gir høyest mulig livsløpslønn og samtidig hjelper tjenestene med å rekruttere og beholde psykologer. Dette betyr at jeg ønsker å fortsette strategien med å prioritere spesialistlønn.

Hvilke tanker har du om kjønn i presidentskapet?
Forventer du at det blant presidenten og visepresidentene skal være minst én mann og én kvinne?

– Ja. Prinsippprogrammet sier at vi skal ha en jevn kjønnsfordeling i lederposisjoner.

Det er stort press på psykisk helsevern og mye snakk om prioritering av ulike grupper. Hvem skal prioriteres?

– Vi har egentlig brukbare prioriteringsveiledere, men sliter med å ta unna alt. Jeg tror for mange samfunnspro-

blemer blir individualisert og plassert i helsevesenet. Et eksempel er barn som trenger tilrettelegging og et godt sosialt miljø, men som blir henvist til BUP når det ikke fungerer. En mer inkluderende skole vil være det beste forebyggende tiltaket for å redusere ventelistene for barn og unge.

Hvordan, konkret, skal man sørge for at færre psykologspesialister forlater offentlig sektor til fordel for privat sektor?

– Vi må ha en helhetlig strategi som følger psykologen gjennom hele karrieren. Helseforetakene må utvikle egne strategier for rekruttering og for å beholde psykologer, og bruke turnover som et kvalitetsmål de må levere på.

– Her er noen punkter som jeg mener en kan ta utgangspunkt i:

– Arbeidsforhold og faglig utvikling: Psykologer bør ha fleksibel arbeidstid og mulighet for å påvirke egen arbeids- hverdag. Mengden papirarbeid bør reduseres, og her blir innfasing av KI ekstremt viktig de kommende årene. De bør få mulighet til å fordype seg faglig og bli tillatt hyppig oppfølging av pasienter (1-2 ganger i uken, med mindre det er faglige grunner til noe annet).

– Utdanning og rekruttering: Det må bli tydeligere hva studentene trenger erfaring med før de kommer ut i arbeidslivet, og lønnede studentstillinger bør brukes for å rekruttere. Nyansatte bør ha introduksjonsprogram og redusert pasientmengde.

– System og ledelse: Arbeidsmengde og belastning bør aktivt følges opp, og lønn bør brukes som et strategisk virkemiddel for å beholde kompetanse.

Hvordan tenker du man kan styrke psykologers tilstedeværelse i barnehagene, skolene og arbeidslivet?

– Jeg mener at vi må jobbe for å bygge ned skillene mellom de ulike sektorene. Vi må samarbeide med lærerne og førskolelærerne om hva de trenger for å ivareta barn i skolene og barnehagene.

– I arbeidslivet er det mange som ser ansatte med psykiske vansker og lurer på hva de skal gjøre for å få dem i arbeid. Jeg tror vi må være lettere tilgjengelige for Nav og arbeidslivet. Jeg mener at psykologene skal være bevisste på hvordan vi kan fremme inkludering i arbeidslivet hos pasientene våre.

Du skriver at Psykologforeningen bør lage en strategi for privat sektor. Hva bør inngå i en slik strategi?

– Vi har etablert et sektorutvalg for privat sektor, og dette må brukes aktivt. Det er mulig vi ikke kan lage én felles strategi – det er stor forskjell på å jobbe i en forskningsstiftelse, som organisasjonspsykolog, som privatpraktiserende uten avtale eller som avtalespesialist.

– Mål om etablering av flere tariffavtaler i privat sektor, rådgivning til det å drive privat, faglige og sosiale møteplasser er tiltak vi kan sette inn i denne strategien.

Du mener at ikke hele toppledelsen i Psykologforeningen bør komme fra én lokalavdeling. Hvorfor er det viktig?

– Ledelsen skal speile den geografiske og faglige bredden i foreningen. Hvis én lokalavdeling får dominere, risikerer vi at en liten gruppe får uforholdsmessig stor makt.

FEM KORTE OM BJARTE

Hva leser du daglig?

– NRK, TV2, Bergens Tidende, Bergensavisen, DIPS Arena, Vigilo og Spond

Hva bruker du for mye tid på?

– Skrive valgkampinnlegg til tidsskriftet.

Hva er din siste minneverdige kulturopplevelse?

– Jeg så «Hundemannen» med ungene. Et fantastisk epos om hvordan et kreativt helsevesen, fri fantasi og lav impuls kontroll kan bli en stor fortelling. Har også lest alle bøkene.

Hvilket av dine egne personlighetstrekk er viktigst for deg?

– Optimistisk. Jeg tror det ordner seg til slutt.

Hvilket av psykologiens fagbegrep er din favoritt?

– Objektpermanens – utrolig at noe eksisterer selv om jeg ikke ser det.

— Det aller viktigste nå er å finne gode løsninger for spesialiseringen

Arnhild Lauveng er forskningsansvarlig hos Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, og visepresident for fag- og profesjonspolitik i Psykologforeningen. Hun stiller til gjenvalg som visepresident.

Hvorfor skal psykologer bry seg om hvem som styrer Psykologforeningen?

– Fordi det påvirker vår hverdag som psykologer. Psykologforeningen bestemmer fagpolitikk, sender høringsuttalelser, er i dialog med myndighetene, forvalter spesialiseringsordningen og forhandler lønn og arbeidsbetingelser.

Hvilke konkrete tiltak vil du gjennomføre som visepresident?

– Mest aktuelt nå – sørge for å lande saken angående offentlig spesialisering på en så god måte som overhodet mulig.

– I tillegg vil jeg fortsette med å styrke fagutvalgene og å utvikle Fag- og profesjonsrådet (FAPRO), og bruke dette rådet aktivt til å diskutere viktige fagpolitiske saker.

– Mer overordnet – fortsette arbeidet med å sørge for gode demokratiske prosesser i foreningen, og å sørge for at foreningens arbeid er godt forankret i prinsipperklæringen om evidensbasert praksis.

Mange medlemmer engasjerer seg ikke i Psykologforeningen. Hva vil du gjøre for å engasjere dem?

– Personlig skulle jeg ønske at mange flere engasjerte seg. Samtidig har jeg forståelse for at mange medlemmer hverken har tid eller interesse til å personlig engasjere seg aktivt.

– Men alle som ønsker å engasjere seg mer, må vite at de har anledning til dette. For å sikre dette må vi jobbe videre med tydelig kommunikasjon om hvilke saker

FOTO FARTEIN RUDIORD / PSYKOLOGFORENINGEN



VICEPRESIDENTKANDIDAT

ARNHILD LAUVENG

Bosted: Lørenskog

Alder: 53

Relevante verv:

- Varamedlem i SEPREP (Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser)

foreningen arbeider med, hvordan og hvorfor. Vi må også sikre at alle medlemmer vet hvordan de kan kontakte de tillitsvalgte, og ha jevnliges kontaktpunkter mellom medlemmer og lokale tillitsvalgte.

Hvis du må velge ett konkret tiltak som kan styrke medlemsdemokratiet i Psykologforeningen, hvilket ville du valgt?

– Vi har gode rutiner for medlemsdemokrati i foreningen, og det er gode muligheter for at alle som ønsker, kan delta i lokalavdelingen. Jeg tror det aller viktigste tiltaket er å fortsette å styrke lokalavdelingene, samt alle råd og utvalg i foreningen og sørge for nok informasjon, slik at alle medlemmer som ønsker å delta, vet hvordan de kan gjøre dette.

– Vi må også sikre at flest mulig av medlemmene har en reell mulighet til å velges inn i aktuelle råd og utvalg, slik at makt og innflytelse fordeles på flere.

Hvis du må velge ett konkret tiltak i Psykologforeningen som vil være til det beste for Norges psykologer, hvilket ville du valgt?

– Det aller viktigste nå er å finne gode løsninger for spesialiseringen, slik at vi også i fremtiden har påvirkning på det faglige innholdet, og kan sikre både bredden og dybden i faget. Jeg er alvorlig bekymret for at en overgang til offentlig godkjent spesialisering kan føre til at vi mister de fleste av de spesialiseringene vi har i dag.

– Vi arbeider aktivt for å forhindre en offentlig spesialisering. Hvis myndighetene likevel bestemmer seg for dette, har vi klare strategier for de ulike mulige utfallene. Det handler om at vi i størst mulig grad må beholde påvirkning over det faglige innholdet i spesialiseringen.

– Mer generelt tenker jeg at det viktigste for Norges psykologer er at foreningen fortsetter å støtte alle de tre bena våre, som fagforening, som faglig forening og som samfunnsaktør.

Hvilke tanker har du om kjønn i presidentskapet?

Forventer du at det blant presidenten og visepresidentene skal være minst én mann og én kvinne?

– Det er tradisjon for å ha minst en mann og minst en kvinne i arbeidsutvalget, og det tror jeg er lurt. Men lovene våre presiserer ikke dette, og det blir derfor helt opp til landsmøtet å bestemme.

Det er stort press på psykisk helsevern og mye snakk om prioritering av ulike grupper. Hvem skal prioriteres?

– Nei. Jeg vil ikke sette sårbare grupper opp mot hverandre. Det er nødvendig å prioritere, ja, men det må være individuelle vurderinger, basert på kontekst. I de fleste tilfeller er det også mer relevant å vurdere hvilken hjelp som skal gis, på hvilket nivå, og av hvem, enn å vurdere hvem som skal få hjelp eller ikke.

– Ellers er det viktigste at psykisk helse, både på kommunalt og spesialisthelsetjenestenivå, prioriteres høyere.

Hvor står saken om Helsedirektoratets ønske om en egnethetstest for å gi autorisasjon til psykologer utdannet i utlandet? Hva vil du gjøre i den videre oppfølgingen av denne saken?

– Vi har hele tiden vært svært tydelige på at en egnethetstest ikke er et sikkert alternativ til lisensprøve. Å erstatte veiledet praksis med en test utgjør en

betydelig risiko for både psykologer og pasienter. Vi har en pågående og konstruktiv dialog med myndighetene i denne saken, og hva vi gjør videre, avhenger av den.

Får Psykologforeningen nok gjennomslag hos myndighetene? Hva vil du gjøre for å styrke foreningens gjennomslag?

– Til å være en forening med 12 000 medlemmer har vi mye gjennomslag hos myndighetene, men jeg vil ikke si det er nok – det kan alltid bli bedre.

– Det aller viktigste jeg vil gjøre for å styrke foreningens gjennomslag, er å sikre at vi aldri firer på kvalitet. Vi er selvsagt en fagforening og opptatt av egne medlemmer, men vi er også en faglig forening, og en samfunnsaktør. Min oppgave er å sikre at ingen kan ta oss på de faglige vurderingene.

– I tillegg er det selvsagt viktig å fortsette med formidlings- og informasjonsarbeid, og å samarbeide med andre aktuelle aktører. Det har jeg gjort mye av i forrige periode, og det vil jeg selvsagt fortsette med hvis jeg blir gjenvalgt.

FEM KORTE OM ARNHILD

Hva leser du daglig?

– Bøker. Og nyheter. Leser mye nasjonale og internasjonale nyheter, og leser flere bøker hver uke. I tillegg leser jeg jo forskningsartikler, rapporter, sakspapirer og mailer hver dag.

Hva bruker du for mye tid på?

– Kanskje jobb? Jeg jobber veldig mye, men jeg er usikker på om det er for mye, siden jeg trives med det.

Hva er din siste minneverdige kulturopplevelse?

– En lokal oppsetning av Eidsvoll amatørteater for et par uker siden. «Retten på Eid», om betydningen av sannhet, rettferdighet og trygge rettsprosesser. *Hvilket av dine egne personlighetstrekk er viktigst for deg?*

– Trodde poenget var en integrert og helhetlig personlighet? Men jeg er utholdende, og fullfører ting. Det har jeg nytte av.

Hvilket av psykologiens fagbegrep er din favoritt?

– Vanskelig å velge bare ett, men det må bli noe fra sosialpsykologien, tror jeg.

— Vi har en felles interesse av å opprettholde kvaliteten på utdanningen og den norske modellen med integrert klinisk praksis

Chris Margaret Aanondsen er psykologspesialist ved og koordinator av regionfunksjon for hørsel og psykisk helse for barn og unge i Helse Midt, avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, St. Olavs hospital. Hun stiller til valg som visepresident for fag- og profesjonspolitik.

Hvorfor er Psykologforeningen viktig for psykologer som er universitetsansatte? Hva skal du gjøre for at de forstår at Psykologforeningen er relevant for dem?

– Jeg vil heller snu på spørsmålet: Hvordan kan vi sørge for at universitets- og høyskoleansatte opplever Psykologforeningen som relevant? I dag er de vitenskapelig ansatte svært viktige for oss som medlemmer, og vi må gjøre et arbeid for å bli mer relevante for dem – slik at vi kan konkurrere med andre fagforeninger, som Forskerforbundet.

– Dette gjelder flere områder: arbeidsvilkår, lønn, medvirkning og fagpolitikk. Et mulig tiltak kan være å etablere et utvalg eller en underforening for psykologer i vitenskapelige stillinger, slik legene har gjort.

Hvorfor er det viktig for Psykologforeningen å være en relevant og naturlig samarbeidspartner for universitetene?

– Det finnes mange grunner. De psykologiske instituttene og Det psykologiske fakultet utdanner våre fremtidige kollegaer, og dette blir særlig aktuelt nå som profesjonsutdanning i psykologi etableres i Stavanger og Kristiansand, samtidig som finansieringen av grunnutdanningen er under press.

– Vi har en felles interesse av å opprettholde kvaliteten på utdanningen og den norske modellen med integrert klinisk praksis. Universitetsmiljøene er også sentrale for forskning på bredden av vårt fagfelt, samtidig som de driver klinikknære forskningsprosjekter.

– En tett dialog vil kunne bidra til raskere integrering av oppdatert kunnskap i tjenestene. Samarbeid er også avgjørende for doktorgradsløpene og for å ivareta psykologstudentene under sine praksisperioder. Vi har potensielle medlemmer ved flere institusjoner og innen ulike fagområder – som bl.a. innenfor pedagogikk og klima – som vi kan dra mer nytte av.

FOTO: FRODE FOSSVOLD JØRUM / NTNU



VICEPRESIDENTKANDIDAT

CHRIS MARGARET AANONDSSEN

Bosted: Trondheim

Alder: 47

Relevante verv:

- Medlem av Sentralstyret
- Foretaksstillitsvalgt ved St. Olavs hospital
- Lokal tillitsvalgt ved BUP
- Akademikernes representant i IA-utvalget Trøndelag
- Styremedlem i European Society for Mental Health and Deaf People (ESMHD)
- Leder for Special Interest Group for Deaf Children and Their Families i ESMHD

Hvilke tanker har du om kjønn i presidentskapet?

Forventer du at det blant presidenten og visepresidentene skal være minst én mann og én kvinne?

Som sittende sentralstyremedlem under landsmøtet i år, har jeg ikke stemmerett. Jeg mener at det da er opp til landsmøtet å velge hvilken kjønnssammensetning de ønsker i presidentskapet og ikke minst samlet sett i hele Sentralstyret.

Du skriver at du ble «inspirert av distriktskandidaturet» til Bjarte Bruntveit. Hvorfor er det viktig at flere landsdeler er representert i Psykologforeningens styre?

– Jeg er glad for at «distriktskandidatur» er satt i anførselstegn – verken Bergen eller Trondheim vil nok like å bli kalt distrikt.

– Samtidig illustrerer begrepet et ønske om bred geografisk representasjon – ulike landsdeler har ulike utfordringer, som bl.a. ulik grad av tilgang til psykologer og spesialister, og ulike erfaringer med hvordan disse utfordringene kan håndteres. Geografisk spredning i vervene vil kunne sikre at slike utfordringer fanges opp og følges opp i tide.

Du kan bli kritisert for å kun tenke på psykologer i spesialisthelsetjenesten. Hva tenker du om arbeid med kommunehelsetjenesten?

– Siden jeg har jobbet mest i spesialisthelsetjenesten, er det naturlig at noen kan oppfatte meg som mest opptatt av den. Jeg mener det er uheldig å sette spesialist- og kommunehelsetjenesten opp mot hverandre. Vi er avhengige av hverandre for å tilby gode tjenester.

– Jeg mener vi og må tenke bredere enn kun kommunehelsetjeneste; vi må også ha fokus på psykologer i barnevern, PPT, helse- og velferdstjenester m.m. Som tidligere styremedlem i lokalavdelingen Sør-Trøndelag, med ansvar for tillitsvalgte på tvers av sektorer, har jeg fått god innsikt i situasjonen i kommunene.

– Målgruppen jeg jobber med – døve og hørselshemmede barn og unge – har behov for sammensatt oppfølging på tvers av tjenester på både individ- og systemnivå.

– Jeg mener at det er svært viktig at bredden av fagfeltet vårt og vår tilhørighet til ulike sektorer bør gjenspeiles i sammensetningen av Sentralstyret, og da ikke kun fra spesialisthelsetjenesten og kommune, men også fra universitetene og privatpraktiserende.

Studentpolitisk utvalg i Psykologforeningen har foreslått en utdanningspolitisk komité for å bedre dialogen mellom universitetene og foreningen. Hvordan vil du samarbeide med utdanningsinstitusjonene?

– Jeg er svært takknemlig for at Studentpolitisk utvalg har satt fokus på behovet. Jeg tror dette er et viktig skritt mot bedre dialog mellom universitetene og foreningen, og håper landsmøtet støtter opprettelsen.

– Etter en eventuell etablering må vi vurdere om komiteen dekker behovet for tettere kontakt, eller om det trengs flere møtepunkter og -arenaer. Slik det er formulert i dag, vil visepresidenten for fag og profesjon ha ansvar for å lede komiteen, og dermed utgjøre et viktig bindeledd.

FEM KORTE OM CHRIS

Hva leser du daglig?

E-post, nyheter og bøker – alt fra krim, science fiction og romanser til klassikere.

Hva bruker du for mye tid på?

Familien mener nok det er tillitsvern og Psykologforeningen – og kanskje også badstue og bading. Jeg tenker heller at utfordringen er at døgnet har for få timer.

Hva er din siste minneverdige kulturopplevelse?

Det var nok konserten med JuniorSolistene og Cam Kjell som solist på Dokkhuset under ledelse av Alex Robson for noen uker siden.

Hvilket av dine egne personlighetstrekk er viktigst for deg?

Jeg tror det er å være nysgjerrig, både i møte med kollegaer, pasienter, fagområder jeg kan for lite om, nye mennesker og nye språk.

Hvilket av psykologiens fagbegrep er din favoritt?

Det som kanskje har preget hverdagen min som både tillitsvalgt, kliniker og forsker mest de siste årene, er nok dessverre å bli vitne til «sunk cost fallacy» gjennom innføringen av Helseplattformen her i regionen.

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

Profesjonsstudier ved UiS og UiA: lover mer enn kvantitet



FOTO WALTER NORMAN WEHUS/UIA

FEIRER: Forsknings- og høyere utdanningsminister Sigrun Aasland (Ap) kunngjorde at regjeringen vil finansiere psykologutdanning ved UiA, med rektor Sunniva Whittaker til høyre.

Regjeringen vil finansiere psykologutdanninger i Stavanger og Agder. Begge universitetene garanterer høy kvalitet på utdanning og forskning, på tross av økt konkurranse.

Arbeiderpartiets nåværende mindretallsregjering annonserte like før valget at de vil finansiere nye profesjonsprogram i psykologi ved Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Agder (UiA).

Nyheten ble presentert med stor fanfare av statsminister og statsråder, og mottatt med jubel av universitetene og Psykologforeningen.

Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti, Rødt, Sosialistisk Venstreparti og Venstre inkluderte alle finansiering av programmet ved UiS i sine alternative budsjett for 2025.

Psykologtidsskriftet har spurt UiA og UiS hvordan de skal sikre utdanning og forskning av høy kvalitet, når eksisterende profesjonsprogram sliter, og hvordan de vet at hjemmeavlede psykologer vil bli værende i regionene.

Hvordan nykommerne stiller seg til bekymringene rundt egnethetsprøver og endringer i studieplassfinansieringen, kan du lese om i saken på side 596.

Konkurransen om kompetanse

Da Psykologtidsskriftet sist skrev om planene for psykologutdanninger ved UiS og UiA, hadde begge

fått avslag fra Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) (Halvorsen & Skjerdingsstad, 2023).

Planene ble møtt med skepsis fra de fire institusjonene som har utdannet psykologer til nå.

Daværende dekan ved Det psykologiske fakultet i Bergen, Norman Anderssen, sa det var mer naturlig å opprette flere plasser ved de eksisterende utdanningene og kanskje desentralisere deler av deres utdanning.

Anne-Kari Torgalsbøen, professor ved Psykologisk institutt i Oslo, stilte spørsmål ved om UiA kunne samle nødvendig kompetanse.

Leder for Institutt for psykologi i Tromsø, Per Håkan Brøndbo, advarte om at hardnet konkurranse om akademisk personell i ytterste konsekvens kunne føre til at Universitetet i Tromsø (UiT) mistet profesjonsutdanningen.

På toppen av det hele spådde Statistisk sentralbyrå (SSB) at Norge vil få et psykologoverskudd (Halvorsen, 2023).

To år senere har UiS og UiA likevel overbevist NOKUT og regjeringen.

Kolbjørn Kallesten Brønnick, dekan ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet ved UiS, sier at Stavanger i utgangspunktet har et stort fagmiljø.



FORBEREDT: Ved UiS er de klare for utfordringene ved å etablere psykologutdanning, sier Kolbjørn Kallestén Brønnick, dekan ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Brønnick er utdannet psykolog.

Det er Brønnicks fakultet som skal huse den nye psykologutdanningen.

- Vi har allerede veldig mange fagpersoner for eksempel i Helse Stavanger og Helse Fonna, som både har doktorgrad og spesialistkompetanse, men som enda ikke har en universitetsansettelse, sier Brønnick og understreker:

- Profesjonsstudiet i Stavanger kommer kanskje brått på mange, men er et resultat av en langsiktig satsing i regionen. Folk har jobbet veldig hardt for å få til studiet, og jeg er veldig stolt av fagmiljøet.

Sunniva Whittaker, rektor ved UiA, sier det blir avgjørende for dem å videreutvikle egen kompetanse.

- I tillegg bruker vi våre internasjonale partnere, for eksempel i delte stillinger eller toårsstillinger.

Konkurransen om forskningsmidler

Tidligere i år fikk Institutt for psykologi ved UiT kass kritikk for å ha for mange og små forskningsgrupper (Oxman, 2025b).

Instituttet viser til kravene om bred kompetanse i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger (RETHOS). Kravene kan gjøre det vanskelig for et lite institutt å etablere store, slagkraftige forskningsgrupper.

Brønnick sier det ville være feil av UiS å ta lett på utfordringen som UiT har påpekt, men:

- De har mye bra forskning på mange områder ved UiT. Vi er Norges tredje største byregion og har et mye større folketall enn Tromsø. Vi har allerede ganske store miljøer på universitetet vårt innenfor mange områder, og stor kompetanse på universitetssykehuset.

- Vi må innrømme at det er en utfordring, men jeg tenker vi klarer å møte den her i Stavanger og regionen, oppsummerer Brønnick.

Rektor ved UiA, Whittaker, sier de er opptatt av å trekke veksler på eksisterende forskningskompetanse ved andre relevante utdanninger ved universitetet – inkludert psykososial helse og pedagogikk – samt samarbeidspartnere internasjonalt.

Spår at studenter blir i regionen

Et uttalt mål med å etablere nye psykologutdanninger er å fylle stillinger i de regionene.

- Det er et skrikende behov for psykologer i vår landsdel, sier Whittaker ved UiA.

Brønnick sier det er underdekning også i nedslagsfeltet til UiS.

I søknadene til NOKUT viste både UiS og UiA til en SSB-rapport om bosetting etter endt utdanning i velferdsyrker (Statistisk sentralbyrå, 2022).

Rapporten viser at mange kandidater har blitt i fylkene hvor de har tatt utdanningen.

Men det er ikke entydig hvor mange av psykologene utdannet ved UiS og UiA som vil bli i området. Ulike faktorer kan forklare bosettingsmønstrene presentert i SSB-rapporten. Analysen var av en femårsperiode, og det var variasjon mellom landsdeler og yrker.

SAS og Norwegian

På spørsmål om hvordan psykologutdanningene ved UiA og UiS vil være annerledes enn de fire eksisterende utdanningene, viser begge universitetene til kravene i RETHOS, som begrenser hvor annerledes deres programmer kan bli.

Whittaker sier UiA ønsker å se på hvilket handlingsrom de har rundt opptakskrav, for å oppnå kjønnsbalanse på studiet, samtidig som de sikrer høy kvalitet.

Brønnick påpeker at diskusjonen om opptakskrav er gammel:

- Jeg husker godt vi diskuterte alternative krav når jeg var student.

- *Hvor sto du da?*

- Psykologi er et akademisk fag, så karakterer er gyldig for å identifisere folk som egner seg til å bli psykolog. Jeg mente på det tidspunktet at det var uklart om det fantes andre gyldige metoder. Kanskje det finnes nå, men det har jeg ikke fått med meg.

- Finnes det andre valide metoder, så skal vi absolutt se på det. Vi har ikke diskutert det enda, og inntil videre baserer vi oss på samme type opptak som alle andre.

Brønnick legger til at andre metoder kan være dyre å iverksette, før han fortsetter:

- Enkelte sier det nærmest er et minus å ha gode karakterer, noe jeg reagerer negativt på. Det finnes ikke grunnlag for å si at folk som er flinke på skolen, er dårlige til å snakke med mennesker.

Samtidig som det er begrenset handlingsrom for endring, sier både UiA og UiS at det kan være en fordel å bygge opp et profesjonsprogram fra bunnen av med dagens premisser, i motsetning til å justere et etablert program.

Brønnick trekker spesielt frem endringer i krav til praksis:

- Den gamle psykologutdanningen som jeg tok, var veldig todelt. Nå skal praksis inkorporeres i hele studieløpet. Det har utfordret oss med tanke på vår forståelse av pedagogikk og utvikling av studiet.

Brønnick legger til at UiS har et sterkt simuleringsmiljø, som kan gjøre logistikken ved praksis lettere, og gi studentene en mykere praksisstart.

Videre sier han at det kan være fordeler ved å være et ungt universitet:

– Vi har kanskje ikke like satte strukturer og tradisjoner som andre. Det gjør det kanskje lettere å jobbe tverrfaglig. Jeg opplever at vi har en ganske smidig organisasjon, sier Brønnick videre.

Rektor ved UiS, Klaus Mohn, sier også det kan være en fordel å starte med blanke ark.

– Det er ikke uten videre slik at de psykologiske fagmiljøene per i dag er utpreget veldrevne.

– Kan du være mer konkret?

– Jeg har ikke lyst til å konkretisere eller utdype det.

– Skjønner. Men hvordan kan det å bygge noe fra grunnen av ha en gunstig effekt på kostnadene?

– Nykommere har potensial til å gi et løft for alle. Noen ganger har jeg brukt eksempelet med SAS og Norwegian. SAS hadde over tid utviklet en kostnadsstruktur som ikke var konkurransedyktig. Så kommer det en nykommer på banen som kunne sette i gang med de nyeste løsningene fra start. Vips, så hadde vi en konkurrent som virkelig kunne puste SAS i nakken, til tross for at det var en mye mindre aktør. Dette bidro til forbedringstiltak også for SAS. Liknende mekanismer kan man ikke utelukke i vår sektor.

– Man hører du har en bakgrunn i økonomi.

– Det er ikke noen hemmelighet.

Psykologtidsskriftet har tidligere intervjuet Stine Lehmann, den nye dekanen ved Det psykologiske fakultet i Bergen, om hvordan hun vil håndtere underskudd på flere titalls millioner kroner (Oxman, 2025a). 



FOTO BENEDICTE PENTZ/UIS

FINANSIERINGSSTEMNING: Statsminister Jonas Gahr Støre besøkte UiS og rektor Klaus Mohn for å annonsere finansiering av psykologutdanning ved universitetet.

— *Det er ikke uten videre slik at de psykologiske fagmiljøene per i dag alle er utpreget veldrevne*

INN OG UIO KJØRER PÅ, MENS OSLOMET LEGGER PLANER PÅ IS

Tidligere har også INN og OsloMet hatt planer om å etablere psykologstudier (Halvorsen & Skjerdingsstad, 2023). Psykologtidsskriftet spør via e-post om de er i rute. Marit Roland, spesialrådgiver ved INN og tidligere dekan ved Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap, svarer:

– INN vil sende søknad om akkreditering av profesjonsutdanning i psykologi til NOKUT innen fristen 1. november 2025. Vi har ikke endret våre ambisjoner etter at UiA og UiS fikk studieplasser.

Marit Kirkevold, dekan ved Fakultet for helsevitenskap ved OsloMet, skriver: «Vi har satt arbeidet med psykologistudiet på vent og har ingen umiddelbare planer om å gjenoppta arbeidet nå. Bakgrunnen er fakultetets økonomiske situasjon. Vi følger selvsagt også med på utviklingen ved andre institusjoner.»

I tillegg spør vi Psykologisk institutt i Oslo om status for samarbeid med Sykehuset Innlandet om desentralisert utdanning. Instituttleder Bjørn Lau skriver:

– UiO har inngått et samarbeid med Sykehuset Innlandet om å etablere en egen linje med profesjonsstudium i psykologi. UiO planlegger nå å søke om ekstra midler for å kunne realisere dette. Slik saken står nå, påvirker det ikke UiOs vurderinger at UiA og UiS har opprettet nye programmer.

REFERANSER

- Halvorsen, P. (2023). Spår psykologoverskudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023a-so6ae-Spar-psykologoverskudd>
- Halvorsen, P. & Skjerdingsstad, N. (2023). Kampen om psykologutdanningen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(7), 406–413. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023aso6ae-Kampen-om-psykologutdanningen>
- Statistisk sentralbyrå. (2022, 18. februar). Bosetting etter endt utdanning. <https://www.ssb.no/utdanning/hoyere-utdanning/artikler/bosetting-etter-endt-utdanning>
- Oxman, M. (2025a). Budsjettkrise venter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(6), 314–315. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso5ae-Budsjettkrise-venter>
- Oxman, M. (2025b). Forskning ved IPS i Tromsø får gjennomgå. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso8ae-Forskning-ved-IPS-i-Troms-f-r-gjennomg>

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

UiS og UiA støtter kritikk av egnethetsprøve: – Kan være fullstendig uforsvarlig

Universitetene i Stavanger og Agder takker regjeringen for finansiering av nye psykologutdanninger, men er kritiske til egnethetsprøve og ny finansieringsmodell.

Regjeringens nyhet om finansiering av psykologutdanninger ved Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Agder (UiA) ble møtt med stor applaus. Noen av hendene som klappet da, hever nå pekefingeren i samme retning.

Representanter for UiS og UiA er skeptiske til egnethetsprøve for å autorisere utenlandsutdannede psykologer, bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

I tillegg sier de den nye modellen for finansiering av profesjonsstudiet i psykologi, iverksatt av Kunnskapsdepartementet (KD), er uheldig.



ADVART: De eksisterende psykologutdanningene har slått alarm om egnethetsprøve for å autorisere utenlandsutdannede psykologer. Ledere for de nye utdanningene ved UiS og UiA slenger seg på advarselen. Faksimile av utgave 4/2025

Egnethetsprøve: Stemmer i varsko

I årets tildelingsbrev fra HOD til Helsedirektoratet har direktoratet fått i oppgave å opprette tilbud om egnethetsprøve for å autorisere psykologer utdannet i utlandet (Oxman, 2025b). De eksisterende

psykologutdanningene har advart om at en test som alternativ til veiledet prøveperiode i ytterste konsekvens kan være en fare for pasientsikkerheten. Også Psykologforeningen, Helsetilsynet og pasientorganisasjonen Mental Helse har vært negative.

– Her er jeg 100 % enig med institusjonene som har hatt psykologutdanningen til nå, sier Kolbjørn Kallesten Brønnick, dekan ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet ved UiS.

– En egnethetsprøve kan være fullstendig uansvarlig.

Brønnick er selv psykolog og utdannet i Bergen. Den nye psykologutdanningen i Stavanger vil være underordnet hans fakultet.

– Hele psykologutdanningen vår er lagt opp sånn som den er med integrert praksis for at den skal sikre kvaliteten vi tilbyr pasienter. Hvis vi skulle hatt en forsvarlig egnethetsprøve, så måtte jo den bortimot vært en full praksisperiode, sånn som vi har.

– Vurderingen må gå på innsikt i utredningsmetodikk, testing og psykometri. Den må gå på egnethet i forhold til interaksjonen med brukere og pasienter, og det må være en lang rekke med typer av brukere og pasienter – barn, foreldre, andre voksne – og ulike typer tjenestetilbud, utdyper Brønnick.

– Det er et så stort spekter av vurderingssituasjoner som må til at jeg kan ikke se at en sånn egnethetsprøve kan være valid.

– Jeg håper denne utviklingsprosessen ender med en konklusjon om at det ikke er mulig å lage en sånn test. Jeg synes oppdraget er svært betenkelig, og jeg er veldig imot, oppsummerer han.

Bård Bertelsen ved UiA sier han er «veldig skeptisk» til egnethetsprøve.

Bertelsen er førsteamanuensis ved Institutt for psykososial helse og koordinator for faggruppe for psykologi. Han er også psykologspesialist.

– Jeg synes nok at den ordningen vi har hatt, er en fornuftig måte å gjøre det på, sier Bertelsen.

– Det er vanskelig å se for seg hvordan man kan lage en egnethetsprøve som kan svare til den oppgaven.

Svar fra HOD

På spørsmål om kritikken mot egnethetsprøve svarer HOD på e-post:

«Det har kommet innspill om behov for unntak fra muligheten til å kunne velge egnethetsprøve for psykologer. Departementet har blant annet avholdt møter med Psykologforeningen om dette, og har også mottatt foreningens synspunkter gjennom brev. For å søke ESA om et slikt unntak må det foreligge tilstrekkelige grunner til å rettferdiggjøre unntaket. Departementet har igangsatt en prosess med å vurdere dette nærmere.»

Psykologforeningen sier derimot at Norge ikke behøver å søke om unntak (Skard, 2025).

Helsedirektoratet har tidligere sagt til HOD at Norge burde få konkrete erfaringer med egnethetsprøver for noen av helseyrkene, før myndighetene vurderer unntak (Oxman, 2025b).

Ny finansieringsmodell: – Veldig uheldig

Siden UiS og UiA først søkte om å etablere psykologutdanning, har regjeringen innført en ny finansieringsmodell for universitetene (Skram, 2024).

Nå får universitetene mindre penger per nye studieplass i profesjonsstudiet i psykologi, og midlene øremerkes ikke lenger profesjonsstudiet.

Den nye modellen ble kaldt mottatt av de eksisterende psykologutdanningene (Skram, 2024).

Brønnick ved UiS sier han deler også denne bekymringen.

– Endringene har vært veldig uheldige for psykologutdanningen. Det er en praksisintensiv utdanning som også har betydelig innslag av labaktiviteter.

– Den norske psykologprofesjonen har hatt en veldig høy standard på utdanningen sin, og jeg frykter

at standarden kan senkes hvis ikke vi gjør noe med dette.

– Vi støtter foreningen i at vi burde være på samme finansieringsnivå som leger, tannleger og veterinærer, legger Brønnick til.

Også UiA uttrykker uro for den nye finansieringsmodellen.

– Det skaper utfordringer og krever nytenkning for vår del, antakelig. Praksis er det som gjør psykologutdanningen dyr, sier Bertelsen, men legger til:

– Det kan være en fordel for oss å starte med de premissene. Den nye modellen er kanskje en enda større utfordring for de utdanningene som allerede har en struktur som forutsetter en annen finansiering.

Svar fra KD

Psykologtidsskriftet spør KD om det ikke er et valgkampstunt å love finansiering av nye profesjonsprogram i psykologi, gitt at det ser mer imponerende ut å opprette nye program enn å reversere en underfinansiering av de gamle.

Forsknings- og høyere utdanningsminister Sigrun Aasland (Ap) svarer via e-post:

– Universitetene har en generell rammebevilgning, stor handlingsfrihet og ansvar for å fordele midlene mellom de ulike utdanningene.

– Det er universitetenes ansvar å sørge for en tilstrekkelig god kvalitet i utdanningene. Dagens utfordring er at det ikke utdannes nok psykologer. Derfor har regjeringen valgt å prioritere midler til å utvide utdanningskapasiteten.

På tross av den nye finansieringsmodellen og andre utfordringer lover UiS og UiA like høy kvalitet på deres psykologutdanning som de eksisterende (se egen sak). 📢

REFERANSER

- Oxman, M. (2025a). Vil ha test for å autorisere psykologer utdannet i utlandet: – Farlig for pasienter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s01ae-Vil-ha-test-for-a-autorisere-psykologer-utdannet-i-utlandet-Farlig-for-pasienter>
- Oxman, M. (2025b). Går videre med test for å autorisere psykologer, tross varsku. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(4). <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s03ae-G-r-videre-med-test-for-au->

- torisere-psykologer-tross-varsku
- Skard, H. K. (2025, 5. juni). Villedende fra Helsedirektoratet. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/QM4O44/villedende-fra-helsedirektoratet>
- Skram, N. (2024). Utvanning av profesjonsstudiet i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(11), 734–739. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024a-s10ae-Utvanning-av-profesjonsstudiet-i-psykologi>

TEKST Steinar Johannessen
Norges Røde Kors

Mahmoud Asfour
Palestinian Ministry of Health

«Korleis har du klart å overleve alt dette?» Reframing på eit feltsjukehus i Gaza

Der du minst forventar det, kan
enkle intervensjonar få fram
ressursane i personen og hjelpe til at
vedkommande held ut.

KONTAKT steinarjohannessen@hotmail.no

MERKNAD Pasienten har samtykket til publisering, og Amal er ikke pasientens virkelige navn. Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema. SJ er en del av Norges Røde Kors sin Emergency Response Unit og MA jobbar for Palestinian Ministry of Health, på Røde Kors sitt feltsjukehus.

Omfanget av liding og tap av menneskeleg verdigheit i Gaza overgår vår verste fantasi. For pasientar på Røde Kors sitt kirurgiske sjukehus i Rafah sør i Gaza kan det være vanskeleg å finne motivasjon for behandling og håp for framtida. Denne teksta løfter fram korleis reframing kan være ein måte å møte pasientar som opplever velgrunna håpløyse grunna livets rammevilkår, på. Den væpna konflikten i Gaza er eit sterkt eksempel på korleis kamphandlingar øydelegg helsesystem og gjer tilgangen på helsehjelp svært vanskeleg. Helsesystemet er fullstendig tilinkjesgjord. Ein sentral del av Røde Kors sitt humanitære arbeid verda over er helsetenester til våpenskada personar. Behova til pasientane er ofte samansette, alt frå førstehjelp og prehospitale tenestar, kirurgi og påfølgjande fysisk rehabilitering. I alle desse fasane har ofte pasientane psykologiske og sosiale vanskar (Andersen et al., 2022). Våre erfaringar frå feltsjukehus fleire

stader i Afrika, Midtausten og Asia er at pasientar strever med post-kirurgiske smerter, bekymringar, depresjon og angst. Pasientane kan og ha opplevd seksualisert vald, partner-vald, vore vitne til død og grafiske skadar på folk. Mange har mista folk dei er svært glade i, anten fordi dei er døde, eller så veit dei ikkje kvar dei er. Somme av pasientane har og påtrengande minner frå det dei nett har overlevd, og nettene kan vere prega av lite søvn. Vanskane er altså i regelen tett knytte til livet på sjukehuset eller til det som gjorde at dei måtte på sjukehus. Som ein konsekvens av desse samansette akutte vanskane pasientane ofte har, er mental helse og psykososial støtte (MHPSS) ein viktig del av Røde Kors sine kirurgiske sjukehus. Sjeldan har dette vore tydeligare enn ved Røde Kors sitt feltsjukehus i Rafah (ICRC, 2025).

Korleis MHPSS-arbeidet er organisert på eit sjukehus, varierer frå stad til stad, avhengig av kontekstuelle faktorar og storleiken på sjukehuset. Ved feltsjukehuset i Gaza består MHPSS-teamet av ti frivillige frå Palestinsk Røde Halvmåne, tre psykologar som jobbar for helsemyn-dighetene i Gaza, ein palestinsk psykolog som er tilsett av Røde Kors, og ein internasjonal MHPSS-delegat. Dei frivillige organiserer aktivitetar for pasientar og pårørande og gjennomfører enklare støttesamtalar. Dei identifiserer og pasientar som kan ha behov for vidare tilvising, anten for sosiale forhold eller fordi dei mistenkjer at dei har større og varige psykiske vanskar ikkje relatert til det som gjer at dei kjem til sjukehuset. Psykologane jobbar med dei meir alvorlege sakane, gjer utredningar, lagar behandlingsplanar og gjennomfører behandling. Når det er mogleg og naudsynt, tilviser dei og pasientane vidare om dei treng vidare oppfølging når den somatiske behandlinga er over.

Ein vanleg arbeidsdag startar med at teamet samlast, og så høyrer vi korleis natta har vore for den enkelte. Kamphandlingane er noko som rammar alle, og i somme tilfelle har kollegaer mista naboar eller familiemedlem-mar, andre har ikkje sove grunna kamphandlingar i nabolaget. Samhaldet i teamet er sterkt, og dei støttar kvarandre dersom det har vore ei ekstra vanskeleg natt. Deretter får teamet overlapp frå nattevakta, går gjennom pasientar som teamet kjenner frå før, eller nye pasientar

nattevakta tenkjer trengjer meir oppfølging. Deretter fordelast pasientane på dei frivillige og på psykologane, og vi drøftar potensielle utfordringar som kan oppstå den aktuelle dagen. Teamet går så ut til dei ulike sengepostane og til poliklinikken og møter pasientane. Vanskelege problemstillingar diskuterast ad hoc i løpet av arbeidsdagen. Dette kan vere til dømes at ein pasient ikkje har sove då det har vore kamphandlingar i område familien hans no er, at ein pasient ikkje tek smertestillande grunna frykta for avhengnad, eller at ein pasient som bør vere sengeliggande i fleire veker til, no vil dra heim for å ta vare på familien sin. Den siste timen av dagen samlast teamet igjen, og vi snakkar gjennom dagens aktivitetar, drøftar problemstillingar, løfter fram pasientar som treng tilsyn i løpet av natta, og pasientar som eventuelt treng meir oppfølging framover. Alt dette skjer mens vi høyrer skyting og eksplosjonar i bakgrunnen.

I live, men berre så vidt

Ein av pasientane teamet løfta fram på eit av desse ettermiddagsmøtene, var Amal. Han var ein mann i 40-åra og kom til sjukehuset nokre dagar inn i våpenkvila i januar 2025. Han var då hardt skadd med mange granatsplintar i kroppen, brot i arm og bein, utmagra og nærare livlaus i andletet. Fleire i MHPSS-teamet hadde lagt merke til at denne mannen hadde mykje fysisk vondt, men at det såg ut til at han og bar på mykje psykologisk smerte. Han var ein pasient vi truleg kom til å måtte følgje tett, sa dei MHPSS-frivillige frå Palestinsk Røde Halvmåne (PRCS).

Det medisinske teamet fortalde oss at Amal truleg måtte vere på sjukehuset i minst to månader. Vi drøfta saka, og Mahmoud, som er tilsett som psykolog ved sjukehuset, sa at Amal til då hadde vore litt avvisande til han, og at det no handla om å skape tillit. Mahmoud ville vise at han var ein som brydde seg, for så eventuelt å bygge ein meir terapeutisk allianse etter kvart. Mahmoud var forbi senga hans og helste på han kvar dag. Kirurgiske intervensjonar, mat, drikke og medisinar byrja etter nokre dagar å verke, og Amal kunne fortelje til dei frivillige at han hadde svært mykje vondt, at han uroa seg for familien sin, at han var svært redd for kva som skulle skje vidare, at han sov dårleg og hadde vonde minner. Dei frivillige tilbød han

— *Alt dette skjer mens vi høyrer
skyting og eksplosjonar i bakgrunnen*

ein telefon så han kunne ringje familien sin, og hjelpte han med å få tak i folk som kunne finne ut kva nummer han kunne nå dei på.

Etter eit par veker på sjukehuset der Mahmoud helste og småprata med Amal på lik linje med dei andre pasientane, takka Amal ja til å ha ein samtale. I samtalen fortalde han om alle sine fysiske smerter, men òg om kva som hadde skjedd. Huset hans låg i ei sone som måtte evakuerast, men han var usikker på om det gjaldt hans hus framleis, så saman med nokre vener våga han seg attende til huset sitt. Han ville sjå korleis det såg ut etter kampane som hadde gått føre seg i området, og sjå kva som var att av eigedelane hans. Medan dei var inne i restane av det som hadde vore huset hans, vart dei angripne. To av venene hans døydde, og han sjølv fekk eksplosive skadar i beinet og foten, samt armen. Han vart liggjande der utan å kunne røre seg i fleire dagar, og hundar hadde kome for å forsøke å ete på han. Rundt han føregjekk det intense kamphandlingar, både i lufta og på bakken. Då det var blitt våpenkvile, kom andre folk attende til nabolaget hans og fann han der. Dei hadde fått tak i ein ambulanse, og slik var det han kom seg på sjukehuset. Vidare fortalde Amal korleis han no hadde mareritt om hundar som kom og beit i han, og at han såg sine døde vener liggje rundt seg. Desse mareritta gjorde at han ikkje fekk sove, som igjen gjorde at han opplevde meir smerter på dagtid.

Vi drøfta saka i teamet vårt og vart samde om at det viktigaste no var at pasienten forstod at han var relativt trygg på sjukehuset (kamphandlingane kunne vi jo høyre gjennom heile dagen og natta), at alle på sjukehuset jobba for at han skulle bli frisk, og at han kunne stole på det medisinske teamet. Dei frivillige i det psykososiale teamet fekk i oppgåve å helse på han dagleg, invitere til å spele spel og oppmode han til å ta seg turar ut i rullestol så sant han kunne. Alt dette for å vise han at vi brydde oss, ville han vel og for å distrahere han frå smertene. Alle pasientar på sjukehuset har med seg ein pårørende som hjelper pasienten med alt som ikkje er medisinsk stell, og desse personane søv på sjukehuset. MHPSS-teamet skulle og følgje opp den pårørende som hadde kome med Amal til sjukehuset, slik at dei kunne ta eventuell frustrasjon eller håpløyse ut på dei frivillige og på best mogleg måte støtte Amal i det han stod i. Mahmoud skulle halde fram med individuelle samtalar to til tre gongar i veka. Teamet jobba saman med det medisinske personellet om korleis dei smertestillande medisinar fungerte for pasienten, slik at naudsynte justeringar kunne gjerast undervegs.

Eit skada offer eller ein helt som overlevde?

I våre diskusjonar fortalde Mahmoud til Steinar at Amal såg ut til å like å snakke, samstundes som at han gjentok det same som i første samtale: mareritt om hundar, bileta av sine døde vener og kor lite han sov. Han framstod som trist og med lite livsmot, slik Mahmoud såg han. Samtale nummer tre var svært lik dei to føregåande. Det var som om han sat fast i den delen av forteljinga, sa Mahmoud. Jo

meir vi drøfta saka og tok innover det Amal hadde vore gjennom, dess meir forundra vart vi over korleis han hadde klart å overleve desse ubegripelege hendingane. Mahmoud vart minna på reframing frå CBT-utdanninga si og sa at dette kanskje kunne vere innfallsvinkelen til neste samtale: «Korleis har du klart å *overleve* alt dette?» Vi opplevde begge auka energi og håp ved denne tanken, og var spente på korleis det ville gå. Med ein entusiastisk og håpefull stemme sa Mahmoud at han no måtte gjere om på rekkefølgja av samtalar i dag, han måtte prøve dette med det same.

Seinare same dag kom Mahmoud attende til Steinar med eit stort smil rundt munnen, og sa at Amal verkeleg var ein helt. Det var ikkje til å tru det han hadde vore gjennom og overlevd. Intervensjonen reframing hadde gjort at Amal fortalde ein heilt annan historie. Etter at venene hans var drepne, såg han kor store skadar han hadde, og han forbann sine eigne sår for å stoppe blødinga. Han bevega seg frå der han var, til restane av eit anna hus like ved som han tenkte kunne beskytte han litt betre mot både kuler og eksplosivar. Samstundes måtte han jage bort hundar som ville ete han. I dette huset fann han noko alkohol som han nytta til å reinske sår sine. Trass smertene vart han etter kvart klar over at han var tørst og kunne ikkje finne vatn. Han fann då det som hadde vore baderommet i det øydelagde huset han var i, og i røyr som hadde forsynt vasken med vatn, fann han nokre dropar han fukta leppene sine med. Han ville ikkje ha meir vatn, for han var redd for at om han drakk vatn, så ville han blø meir. Amal heldt seg inne i det huset vidare, der han gøymde seg frå både dei og det som kunne sjå at han var der, både frå lufta og på bakken. Ved eit tilfelle trudde han at han vart oppdaga, og han måtte då ligge heilt stille og spele at han var død, til trugselen var forbi. Då det var tomt for vatn i røyra, måtte han bevege seg vidare. I eit anna hus fann han ei flaske med vatn som var halvfull, og slik heldt han seg i live nokre dagar til. Mahmoud fortalde at Amal snakka med glød, livsmot og smilte fleire gonger medan han gjenfortalde det han hadde overlevd. Sjølv syntest Mahmoud det nesten var vanskeleg å tru på det Amal fortalde, for han visste alt om korleis livet utanfor sjukehuset var då kamphandlingane føregjekk, samstundes som han lovprisa Amal for hans mot, kreativitet og vilje til å leve.

Steinar kunne sjå at det var som om noko hadde skjedd med Amal, han gav no endå meir blikkontakt enn før, han smilte og ville halde hendene hans lenge i takksemd kvar gong han gjekk forbi senga hans. Mahmoud fortalde at i dei påfølgjande samtalan var ikkje lenger mareritta om hundar og dei påtrengande bileta av venene eit tema slik dei hadde vore i dei tre første samtalan. Til Mahmoud fortalde Amal at dei dagane han jobba for å overleve, så var det kjærleiken til barna og uroen for familien sin som gav han energi og vilje til å overleve. Vidare samtalar krinsa rundt Amal sin relasjon til Gud, all hans anger over ting han hadde gjort tidlegare i livet, og hans ynskje om å leve eit betre og meir rettvis liv i tida som kom. Han fortalde òg mykje om vanskelege ting han hadde

— lett å bli lamma av alt vi ikkje kan gjere noko med, og bli gripen av håpløysa

opplevd som barn i relasjonen med sine foreldre. Særleg situasjonar der han hadde vore uhøfleg og frekk med faren sin, var noko han angra mykje på. I tillegg var alltid hans fysiske helse ein del av samtalane, smerte og glede, motivasjon til å kunne gå igjen, uro for framtida og korleis han kunne ta vare på familien sin. Han takka alltid Gud inderleg for livet og helsa.

Etter kvart som han vart fysisk sterkare, jobba dei frivillige og Mahmoud saman med det medisinske teamet med å motivere han til å våge å stå på beinet som hadde vore så hardt skadd. Det var stor glede blant alle då han tok sine første skritt igjen. Igjen takka Amal Gud inderleg for at han hadde gjort han frisk og spart livet hans. Amal vart ein viktig inspirator for andre pasientar som kom til sjukehuset, og han hjelpte teamet med å bygge relasjonar til pasientar som fann det vanskeleg å stole på medlemmane av det psykososiale teamet.

Då det gjekk mot utskriving, spurde vi han kva samtalane med Mahmoud hadde gjort med han, og han sa at det hadde vore ei svært positiv oppleving. Han var blitt stolt over kva han hadde fått til då han innsåg kva han hadde overlevd, og over at han no hadde klart å bli frisk nok til å halde fram med å ta vare på familien sin. Han hadde følt seg trygg og komfortabel i samtalane, og han hadde igjen blitt klar over at han hadde mykje å leve for. Til slutt spurde vi han om vi kunne dele historia hans og arbeidet med Mahmoud med omverda. Han nølte litt først, men ettersom han vart trygg på at alt ville vere anonymisert, og at det ikkje ville vere bilete av han nokon plass, syntest han det høyrdest fint ut.

Etter at vårt sjukehus hadde gjort det vi kunne for han, skulle han vidaretilvisast til eit anna sjukehus. På dagar etter at han vart utskriven, starta kamphandlingane opp att, og tilbodet han hadde fått ved det andre sjukehuset, forsvann. Dette sjukehuset måtte, som Røde Kors, igjen prioritere livreddande kirurgi. Det siste vi hørde frå han, var at han no sat heime, men kom innom sjukehuset for

sårstell med ujamne mellomrom. Han håpa han skulle få dei resterande operasjonane han trengde for å kunne fungere så godt som mogleg, og var bekymra for korleis han skulle få mat til familien sin. Som alle i Gaza var han redd for at verken han eller familien kom til å overleve.

Medvandrarar i håpløysa, vitne til lidinga

Amal si historie er berre ei av eit overveldande antal forteljingar om umenneskeleg lidning, både fysisk og psykisk, i ein brutal kontekst. Overalt i verda har ekstreme kontekstuelle belastningar store konsekvensar for den psykiske helsa. Som psykologar er det ofte lite vi kan gjere med den enkelte pasient sine konkrete livsvilkår. Då er det lett å bli lamma av alt vi ikkje kan gjere noko med, og bli gripen av håpløysa pasientane kjenner på. Dette kan gjere at vi ser forbi kontekstuelle faktorar vi kan gjere noko med. Det er og lett å gløyme at uansett kva avgrensingar pasienten møter på, kan vi alltid vere medmenneske og medvandrarar i lidinga. Ved å vere der, halde ut og tåle håpløysa saman vil dette i regelen over tid føre til ein sterk relasjon mellom psykologen og pasienten. Denne relasjonen er djupast sett menneskeleg, ikkje først og fremst terapeutisk. Og så, på eit eller anna tidspunkt, der du minst forventar det, kan kanskje ein slik relasjon saman med enkle intervensjonar bidra til å få fram ressursane i personen og hjelpe til at vedkommande held ut og finn løysingar vi ikkje kunne føresjå. Den store utfordringa er å halde ut, vere i relasjonen, sjølv når vi og vil gje opp, når vi vil gje etter for håpløysa. Medan vi er medvandrarar i lidning, er det viktig at medvandringa alltid skjer samstundes som at det vert jobba aktivt for å finne løysingar på dei strukturelle årsakene til dei psykiske vanskanane pasientane vi møter, opplever. Den balansen er verken enkel, emosjonelt lettbeint eller alltid openberr, men desto viktigare. 

Les også intervjuet *Psykolog i Gaza* by på psykologtidsskriftet.no

REFERANSAR

Andersen, I., Rossi, R., Nyamkume, P. K. & Hubloue, I. (2022). Mental health and psychosocial support for the war-wounded: A retrospective cohort study from the Democratic Republic of Congo,

Mali and Nigeria. *PLoS ONE*, 17(5), e0268737. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268737>
International Committee of the Red Cross. (2025). *Update: Red Cross field hospital*

in Rafah – 15 - month operational summary. <https://www.icrc.org/en/article/update-red-cross-field-hospital-rafah-15-month-operational-summary>

TEKST Jan-Vegard Nilsen
Responsteamet ved Regional seksjon
for spiseforstyrrelser

Esther Lindeberg
Responsteamet ved Regional seksjon
for spiseforstyrrelser

Kari Anne Kvistum
Responsteamet ved Regional seksjon
for spiseforstyrrelser

Kirsten Djupesland
Responsteamet ved Regional seksjon
for spiseforstyrrelser

Konsulterende team for arbeid med spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten

Behandling av spiseforstyrrelser kan være krevende. Responsteamet ved RASP ble utviklet for å bistå med faglig støtte i utfordrende saker.

Responsteamet ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) er et konsultativt tilbud til klinikere som arbeider med spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Teamet ble opprettet i 2013. Den viktigste bakgrunnen for initiativet var erkjennelsen av at også terapeuter og behandlingsteam trenger støttepersoner i arbeidet med spiseforstyrrelser. Det er det responsteamet ved RASP ønsker å være: en veiledende støtte for lokal spesialisthelsetjeneste.

Vårt inntrykk er at selv om mange klinikere og ledere kjenner til oss, er det også potensielle samarbeidspartnere i opptaksområdet som ikke vet om tilbudet. Derfor ønsker vi kort og godt å synliggjøre responsteamets arbeidsform. Vi håper også teksten kan inspirere lesere i andre regionale helseforetak til å utvikle tilsvarende tilbud.

KONTAKT jan.vegard.nilsen@icloud.com

MERKNAD Forfatterne har fylt ut
interessekonfliktskjema og oppgir ingen
interessekonflikter.

En tjeneste for tjenestene

Responsteamet består i dag av en overlege, en psykologspesialist og to psykiatriske sykepleiere. I tillegg til å jobbe i responsteamet har vi også andre arbeidsoppgaver ved RASP, men vi har alltid kapasitet til å ha flere veiledningstimer i uken. Teamet er organisatorisk knyttet til kompetanseenheten ved RASP, og jobber med kompetanseheving gjennom veiledning, rådgivning og også undervisning. Vi er dermed en tjeneste for tjenestene og samarbeider hovedsakelig med klinikere og behandlingsteam i Helse Sør-Øst. Både poliklinikker, døgnavdelinger og somatiske sykehusavdelinger som behandler barn, ungdom og/eller voksne, kan ta kontakt med oss. I samarbeid med lokal spesialisthelsetjeneste bistår vi også tjenester i kommunen.

Vårt motto er: rask respons og høy tverrfaglig kompetanse. Antallet konsultasjoner, form og innhold kan variere stort. En opptelling av frekvens på antall møter med den enkelte henviser viste at for de fleste veiledningsforløpene møtte vi henvisende instans én til fire ganger. På det meste hadde vi hatt 25 veiledninger med ett enkelt behandlingsteam. Varigheten på en konsultasjon kan også variere, fra én enkelttime med et team til en halv eller hel dag, ved for eksempel en døgnerhet med ulike veiledningsbehov. Under pandemien ble majoriteten av møtene gjennomført digitalt, og vi har i ettertid fortsatt å tilby veiledning digitalt i tillegg til personlige møter. Teamet møtes ukentlig for å drøfte problemstillinger, planlegge arbeidet og drive intern fagutvikling.

Bakgrunnen for å opprette teamet

Siden RASP ble etablert som en regional enhet tilbake i 2004, har seksjonen tidvis hatt lang ventetid på de regionale døgnplassene. Seksjonen har fått tilbakemelding om at behandlere og ledere i lokal spesialisthelsetjeneste ikke opplever at den regionale tjenesten er tilgjengelig nok, når de har behov. Videre har ikke samarbeidspartnere i opptaksområdet opplevd å få dekket sine behov mens de ventet på ledig plass. Nettopp det at RASP kunne oppleves vanskelig å nå, var en sentral pådriver for etableringen av responsteamet i 2013. RASP ønsket å etablere en høyspesialisert tjeneste for tjenestene, som skulle være lett å komme i kontakt med. Ut over dette ble responsteamet etablert som ledd i RASPs mandat om å bidra til å styrke kompetansen på utredning og behandling av spiseforstyrrelser i helseregionen.

Kontakt og arbeidsmetode

Start med en telefon

Hei! Så fint at dere har anledning til å snakke med oss på så kort varsel. Vi har behov for å snakke litt om en bestemt pasient som har vært i behandling hos oss i omkring et og et halvt år nå. Det var egentlig veldig god progresjon innledningsvis, både på reduksjon av undervekt og mestring av måltidene, blodprøvene viste også tydelig bedring de første månedene. Vi har stort sett jobbet etter prinsippene fra familiebasert

terapi slik vi har lært det på FBT-utdanningen, og foreldrene er skikkelig engasjerte og 'på ballen'. Men nå, egentlig i en lengre periode over noen måneder, har bedringen stoppet helt opp. Egentlig er det vel snakk om et tilbakefall nå, en forverring. Foreldrene er blitt veldig slitne av å stå i alle de strevsomme måltidene, det er jo ikke rart, motstanden er sterk. Bror lider også under det hele, og vi lurte litt på om vi møter hans behov godt nok? Er det slik at vi må sende en henvisning, eller hvordan oppretter vi kontakt?

Sitatet er konstruert, men representerer en typisk henvendelse fra en lokal barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Den vanligste veien inn til oss er nemlig at en behandler ringer til ekspedisjonen og ber om å bli satt over til responsteamet, eller at hen legger igjen en beskjed og vi ringer tilbake. Problemstillingene kan være svært forskjellige. Vårt ønske er at det skal være lav terskel for å ta kontakt med oss.

For å starte et formelt samarbeid med responsteamet sender man en skriftlig henvisning, der ønsket om veiledning knyttet til en aktuell pasient i behandling beskrives kort. Henviser beskriver gjerne litt om bakgrunnen for kontakten, behandlingshistorikk og hva de ønsker. Å ha helt konkrete formeningar om hva spesifikt man ønsker veiledning på, kan være vanskelig, og er ikke noe vi krever. Ofte er det nettopp slik en konsultasjon starter: en felles utforskning av hva som erfares problematisk, strevsomt, «hvor skoen trykker».

Veiledning og undervisning

Responsteamet tilbyr i hovedsak veiledning til helsepersonell og behandlingsteam, men vi er også åpne for å ha med pasient/foreldre dersom vi sammen vurderer dette som hensiktsmessig. Selv om vi gjør mest veiledning knyttet til enkeltsaker, tilbyr vi også andre tjenester. Eksempler kan være undervisning om aktuelle tema som henviser er opptatt av. Ønske om undervisning kommer særlig fra døgnavdelinger, der en del av personalgruppen gjerne ikke har jobbet med spiseforstyrrelser. Det kan også komme forespørsler om å delta på internundervisninger eller fagdag ved poliklinikk eller døgnerhet. Vi har også erfart at behovet kan være stort ved mer spesialiserte enheter for spiseforstyrrelser, enten i poliklinikk eller døgnerhet. Vi minner derfor om at responsteamet også er tilgjengelig for de mer spesialiserte tjenestene i opptaksområdet.

Digitale og personlige møter

Siden etableringen av teamet i 2013 har vi reist rundt i regionen for å møte behandlere og behandlingsteam som har henvist saker til oss. Under pandemien ble møtene hovedsakelig digitale. Det fikk betydning for tilgjengeligheten, spesielt for klinikere og behandlingsteam som er lokalisert et stykke unna Ullevål sykehus, der RASP og responsteamet holder til. Når vi kan møtes digitalt, har vi mulighet for hyppigere konsultasjoner med behandlingsteam langt unna. Det er vi godt fornøyde med, og det har trolig også økt opplevelsen av tilgjengelighet. Samtidig er vi glade for at vi igjen også kan møte folk

ansikt til ansikt. Som antydning kan en henvisning resultere i alt fra et enkelt møte til at vi følger en behandlingsprosess med for eksempel månedlige møter over et helt år. Det er i stor grad opp til henviser hvor mye kontakt det blir. Slik er vår tjeneste i stor grad brukertilpasset.

Veiledningens form og innhold

Stor variasjon

Henvisningene og veiledningsbehovene varierer stort, både tematisk og hvorvidt det er snakk om veiledning av en enkelt behandler, deler av et team eller veiledning av en større personalgruppe. Derfor vil også form og innhold variere. Samtidig er det noen fellestrekk på tvers av de ulike henvisningene.

En brukerorientert holdning

Nye henvisninger drøftes i vårt ukentlige møte, der vi samles med leder for kompetanseenheten ved RASP. Her fordeles nye saker innad i teamet, og vi kan snakke litt om umiddelbare hypoteser og tanker om den kommende veiledningen. Selve det første møtet mellom henviser og responsteamet starter som regel ved at vi samler oss rundt henvisningen. Vi får deretter en kort oppdatering av henviser om eventuell utvikling i saken før vi hører med henviser om ønsker og forventninger for veiledningen. Slik sett er vi i stor grad brukerorienterte i vår arbeidsform og holdning, der henviser i dette tilfellet blir vår «bruker». Meget sjelden legger vi tydelige føringer for veiledningens innhold.

Hvis henviser formidler uttalt usikkerhet eller forblir litt vag med tanke på konkrete ønsker for form og innhold for veiledningen, hjelper vi til med å stille en del utforskende spørsmål innledningsvis. Dette kan være varianter av refleksive spørsmål:

Hvis vi forestiller oss at veiledningen er over og dere kjenner at dette - det ble nyttig og hensiktsmessig bruk av tiden vår; hva har vi snakket om da, hvordan har vi løst det, hva har vi hatt fokus på?

Hvordan kan vi organisere dette på måter slik at vi øker sannsynligheten for at pasienten/familien kan merke en forskjell?

Veien blir til mens vi går

Av og til ønsker henviser svar på meget konkrete spørsmål eller helt konkrete råd. Dette kan være spørsmål knyttet til justering av medisindose, eller spørsmål om endring av kostplan. Men mer vanlig er det at vi starter med et tema eller et dilemma, for så å bli gradvis mer opptatt av noe annet etter hvert som dialogene skrider frem. Ikke helt ulikt en terapiprosess. I denne ofte dynamiske prosessen lærer også vi som team veldig mye.

Varianter av reflekterende team

Siden det som regel er flere i rommet – eller på skjermen – og en veiledningstime kan løpe av sted veldig raskt,

vil det være behov for en viss struktur. Ofte avtaler vi på forhånd hvem av oss som tar ledelsen i dialogen med henviser, og ofte benytter vi oss av varianter av reflekterende team. Mange kjenner godt arbeidsformen som da faller seg umiddelbart naturlig på plass. I andre sammenhenger må vi ta mer tydelig styringen og introdusere strukturen og formen.

Kjernen i reflekterende team kan oppsummeres i tre overordnede steg: 1) noen snakker om noe de er opptatt av, til de har fått snakket ut om det (for eksempel: «hvordan skal vi forholde oss til pasientens svingende endringsmotivasjon», «hvordan skal vi engasjere foreldrene bedre i måltidsstøtten», «hvordan skal vi forstå selvskadningens funksjon, og hvor mye selvskadning kan vi håndtere på enheten», «bør vi ikke avslutte behandlingen nå», «bør ikke pasienten legges inn»), 2) noen lytter aktivt – og de som lytter, legger merke til hvor oppmerksomheten går, og snakker deretter seg imellom om det de har lyttet til (for eksempel hva har de hørt, hva har de blitt opptatt av, hvor gikk deres nysgjerrighet, hvilke nye spørsmål, tanker, idéer, eller perspektiver ble de opptatt av), 3) tilbake til utgangspunktet: De som startet å snakke om «noe», får anledning til å snakke seg imellom og reflektere over refleksjonene de har lyttet til. Hva ble de opptatt av, hvor er de nå, med tanke på utgangspunktet? Varianter av reflekterende team kan organiseres og instrueres på mange ulike måter. Henvisningen og dilemmaene/temaene det ønskes veiledning på, blir retningsgivende for hvordan vi best kan organisere samtalen. Her kan også deler av responsteamet fungere som et reflekterende team.

Hvorfor reflekterende team?

Varianter av reflekterende team brukes blant annet for å forebygge at en enkelt stemme blir for dominerende i samtalen – og dette gjelder både for oss selv og dem vi veileder. Temaene som blir aktualisert i veiledning, vekker ofte et sterkt engasjement og også sterke følelser, både hos dem som veiledes, og hos oss i responsteamet. For å sikre oss at flere stemmer og perspektiver kommer frem i teamet vi veileder, blir det ofte nyttig med en viss struktur og ledelse av konsultasjonene, også for å tøyne vårt eget engasjement. Hensikten blir å fremme ulike forståelser, få tilgang på ulike perspektiver og måter å handle på. Kort og godt: å utvide refleksjons- og handlingsrommet til terapeutene.

Reflekterende team initierer reflekterende prosesser i teamet vi veileder. Da blir det ofte synlig at de gode løsningene og nyttige forslagene til nye eller andre behandlingsstrategier befinner seg – uforløst – i teamet som tar kontakt. Slik kan vi ofte oppleve oss selv som igangsettere, mer enn rådgivere. Mye av vår innsats blir da å validere og støtte opp om deres egen tenkning, forståelse og retningsvalg, mer enn å si hva de skal gjøre, og hvordan de skal forstå.

Tverrfaglig kompetanse og erfaring

Gjennom veiledningen drar vi i responsteamet veksler på vår mangeårige erfaring med klinisk arbeid innen

spiseforstyrrelsesfeltet. Vi har alle bred erfaring fra klinisk arbeid med barn, ungdom, familier og voksne og fra ulike behandlingskontekster som poliklinikk, dogn, individuelt og grupper. At vi er tverrfaglig sammensatt og har ulike erfaringsbakgrunner, mener vi er nyttig.

Vår erfaring er at de som tar kontakt, ofte ønsker å vite helt konkret hva vi tenker og mener om ulike saksforhold. Vi er derfor ikke tilbakeholdne med tanke på å reflektere og spille inn våre egne perspektiver, idéer og meninger om dilemmaene og temaene som drøftes. Tvert imot blir vi ofte opptatt av å formidle våre perspektiver og tanker om løsningsforslag omkring ulike dilemmaer også dersom dette *ikke* etterspørres. Dette representerer også en viktig etisk holdning – at vi ikke holder tilbake, dersom vi erfarer at det vi kan si eller mene, kan bedre kvaliteten i behandlingen. Her kan også meninger og perspektiver innad i teamet være noe forskjellige. Det mener vi er en styrke – all den tid vi samarbeider i et felt der det er få klare svar, og det er viktig å forebygge for sterk skråsikkerhet.

Tilbakemelding på teamets arbeid

Responsteamet er i oppstarten med å evaluere egen virksomhet mer formelt. Vi planlegger å sende ut et elektronisk spørreskjema til henviser i etterkant av avsluttet veiledningsserie. Her vil vi etterspørre erfaringer og invitere henviser til å gi tilbakemeldinger om hvilke forskjeller møtene med responsteamet har gjort for forståelsen og arbeidet med den aktuelle saken. Samtidig vil vi åpne for mer generelle tilbakemeldinger om hvordan henviser erfarte samarbeidet med responsteamet. Vi planlegger å formidle resultatene i en egen artikkel om et par år.

Selv om vi per nå ikke har evaluert vår arbeidsform systematisk, har vi en generell opplevelse av at tjenesten er godt likt. Vi vil avslutningsvis formidle noen av de

tilbakemeldingene vi har fått, samlet i noen overordnede tema. Vi understreker at beskrivelsene er basert på våre egne subjektive sammenfatninger. Temaene omhandler først og fremst arbeidet med veiledning på enkeltsaker og ikke generell veiledning eller undervisning. Vi vil løfte frem følgende fire tema:

Tilgjengelighet. Vi får mye positiv feedback på vår tilgjengelighet. Vi har kort ventetid, og de fleste som tar kontakt, oppnår forbindelse med noen i teamet samme dag. Dette får vi ofte høre representerer noe helt unikt.

Vitaliserende engasjement som smitter. Vi kan ofte merke at det at vi engasjerer oss i saken, at vi lytter med nysgjerrighet, utforsker ulike forståelser og deler idéer og nye perspektiver, kan smitte over på teamet. Dette får vi også ofte høre: at deres eget engasjement og nysgjerrighet blir fornyet i møtet med oss.

Kompetent og tverrfaglig kompetanse gir mange inngangsporter. Det at responsteamet er tverrfaglig sammensatt, fremheves av mange som positivt. At vi også har lang fartstid i spiseforstyrrelsesfeltet og bred erfaring fra mange forskjellige behandlingskontekster, synes også å bli verdsatt.

Bekreftelse på det henviser allerede gjør. Vi har opplevd at henviser fremhever at i tillegg til å tilføre noe nytt har også responsteamet bekreftet at henviser allerede er på et hensiktsmessig spor.

Nettopp dette kan vi i teamet ofte kjenne på selv: at jo, vi bidrar med noe nytt, men at vi mest av alt representerer en ny kontekst eller et mulighetsrom. Her kan teamet som søker veiledning, få anledning til å samles, og gjennom prosessene som utfolder seg, selv komme på sporet av sine egne foretrukne løsninger.

Vi erfarer altså at tilbudet vårt er tiltrengt og satt pris på, og mener at utvikling og opprettholdelse av lignende tilbud bør prioriteres. Ψ

TEKST Ole Christer Lund
BUP Elverum, Sykehuset Innlandet.
Ole.Christer.Lund@sykehuset-innlandet.no

Leketerapi og EMDR i behandling av barn med PTSD

Å supplere EMDR-behandlingen med en sekvens leketerapi ga en opplevelse av en nærere og mer fortrolig terapeutisk relasjon.

MERKNAD Forfatteren har undertegnet interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Samtykkeerklæring om publisering av anonymisert materiale fra et terapiforløp er undertegnet av pasienten og foresatte.

Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) er en effektiv metode for å behandle traumer og symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hos barn, ungdom og voksne (Shapiro, 2001, 2014). Når man tilpasser EMDR til barn og ungdom, anbefales det at man integrerer elementer fra for eksempel leketerapi eller kunst-/uttrykksterapi (Adler-Tapia & Settle, 2009; Tinker & Wilson, 1999). Jeg vil her presentere hvordan man som terapeut kan bruke psykodynamisk gjennomarbeiding i form av leketerapi etter EMDR-økten, illustrert ved et terapiforløp med et barn. Pasienten og foresatte har gitt informert samtykke og underskrevet samtykkeerklæring til publisering av de anonymiserte kliniske vignettene som brukes. Alle personkjennetegn er fjernet, og noen detaljer er endret for å sikre konfidensialitet.

EMDR med fire justeringer

EMDR er en evidensbasert metode som kombinerer kognitive og psykodynamiske elementer, øyebevegelser og taktile/auditive signaler for å bearbeide tanker, følelser og kroppsopplevelser knyttet til traumeminner, som i EMDR kalles *targets* (Shapiro, 2001, se også Adler-Tapia & Settle, 2009; Tinker & Wilson, 1999). Targets ble i dette forløpet prioritert kronologisk. Vi startet med det første traumet og jobbet oss videre i kronologisk rekkefølge gjennom livshistorien. I terapiprosessen som artikkelen presenterer, har jeg fulgt standard prosedyre fra EMDR-manualen med fire justeringer:

1. *Lynkort.* Jeg benytter ofte lynkort av papp (Lund, 2011, 2013) for å forsterke elementer fra EMDR-terapien. Dette gjøres ved å oppsummere for eksempel prosedyren for «trygt sted», mestringsstrategier eller andre viktige innsikter fra terapien på små pappkort som pasienten får med seg hjem, for å gjøre innsiktene mer «bærbare» og øke sannsynligheten for at de blir brukt som mestringsstrategier eller hjemmeoppgaver mellom timene. Som terapeut bruker jeg slike lynkort fordi klientene gir uttrykk for at de setter pris på det, og det gjør det lettere for dem å ta frem mestringsstrategier vi har utviklet sammen, i hverdagslivet. Jeg opplever at lynkortene er lite tidkrevende, uten ekstra kostnader, og lett lar seg integrere med behandlingsfilosofien i EMDR.
2. *Tilpasset bruk av Subjective Units of Distress (SUD).* I standard EMDR-prosedyre fasiliteter terapeuten bearbeiding av en spesifikk target til det foreligger en betydelig reduksjon i SUD (en skala fra 0 til 10, hvor 0 er intet ubehag og 10 er maksimalt ubehag), fortrinnsvis redusert til null. I forløpet som presenteres her, benytter jeg en mer fleksibel tilnærming til SUD, der vi jobber med en spesifikk target inntil ubehaget oppleves å være redusert og «tappet», og at det føles som man har «uttømt» narrativene og assosiasjonene som targetet gir. Terapeut og pasient blir enige om at det er ok å gå videre, selv om SUD ikke nødvendigvis er redusert helt ned til null. Jeg velger å gjøre det slik fordi å jobbe med samme target gjentatte ganger over flere økter inntil en reduksjon til null i SUD, kan gjøre prosessen unødvendig repetitiv og føre til at terapiprosessen stagnerer, med fare for redusert motivasjon og økt risiko for frafall. Traumeminner har ofte mange ubehagelige assosiasjoner, og nedgang på SUD til null vil i noen tilfeller være urealistisk. Nyere eksponeringsterapi tar også til orde for å skifte fokus fra reduksjon i ubehag («habituerings») til dialog om hvordan man kan bruke mindre indre unngåelse i neste forsøk.
3. *Livslinjediagram.* Floatback-prosedyren er en del av EMDR-manualen, hvor man starter med traumeminnet som ønskes bearbeidet, og assosierer seg tilbake til lignende minner som er lagret på den samme «følelses-tråden» i hukommelsen. Som et supplement benytter jeg ofte metoden «livslinjediagram» fra narrativ eksponeringsterapi (NET) for å få oversikt over potensielle traumer før en traumeterapi med barn og ungdom (Schauer et al., 2011). Livslinje brukes for å kartlegge de traumatiske hendelsene i livet på en snor, hvor barnet legger småstein for å symbolisere når og hvilke hendelser som skjedde. Dette gir et kronologisk, visuelt og konkret «kart» over hvilke targets vi skal bearbeide sammen. Livslinjen oppleves som en kraftfull måte å engasjere barn og unge i behandlingen på. Det gir en følelse av sammenheng til livshistorien deres i tillegg til motivasjon og et klart mål for behandlingsprosessen, der vi sammen skal jobbe oss gjennom hendelsene som er oppsummert i livslinjediagrammet.
4. *Leketerapi.* I en del forløp etter at EMDR-delen i timen er over, velger jeg å avslutte med enten psykodynamisk leketerapi eller samtaleterapi (Johansen & Cappelen, 2020; Klein, 1957; Spillius et al., 2011; Våpenstad & Landmark, 2004). Dette gjør jeg for å bidra til en friere terapeutisk gjennomarbeiding av temaene som EMDR vekker mot slutten av timen, og for å roe ned slik at man avslutter timen mer nedregulert. Det aktuelle behandlingsforløpet var en korttidsterapi med varighet på cirka 20 samtaletimer. Timene i kasesbeskrivelsen var hovedsakelig ukentlige og varte omtrent 50 minutter, hvorav de første 25–30 minuttene ble brukt til EMDR, mens de siste 20–25 minuttene ble brukt til leketerapi. I leketerapien ble det benyttet en lekekasse med et utvalg leker (både ville og tamme dyr, fredelige og mer krigerske menneskefigurer, noen fabeldyr og dinosaurer, noen kjøretøy og i tillegg tegnesaker, hyssing, saks, tape og kortspill/sjakk). Barnet får selv bestemme fritt hvilke leker det vil benytte, og hva slags type lek og narrativene, formen og innholdet som det vil iscenesette i lekesekvensen (Våpenstad & Landmark, 2004). Barnet velger også fortløpende hvilke roller det tildeler terapeuten under leken; i hvilken grad inviteres terapeuten inn som deltager i leken kontra å ha rollen som observatør, og hvilke samtaler som tar form underveis i leken. Terapien jeg anvender i forløpet, kan beskrives som en objektrelasjonstilnærming til samtale- og leketerapi inspirert av blant annet Freud, Klein og Lacan (Freud, 1900/1997; Hinshelwood & Fortuna, 2018; Klein, 1957; Lacan, 2001/1966; Spillius et al., 2011).

— *bidra til en friere terapeutisk gjennomarbeiding av temaene*



ILLUSTRASJON TROND IVAR HANSEN

Objektrelasjonsorientert leketerapi

En «objektrelasjon» er relasjonen mellom et «subjekt» (barnet/ungdommen selv) og et intrapsykisk «objekt» (som representerer andre personer). I objektrelasjonstilnærmingen til psykoterapi (Hinshelwood & Fortuna, 2018; Klein, 1957; Spillius et al., 2011) antar man at vi bærer med oss ubevisste minner og fantasier som er

basert på vår hukommelse fra samspill med og relasjoner til sosiale «objekter» i livet vårt, som foreldre, søsken, lærere, overgripere/voldsutøvere, mobbere eller venner. I Kleins leketerapeutiske forståelse (Spillius et al., 2011; Hinshelwood & Fortuna, 2018) blir leken sett på som et alternativt «språk» som barnet kan benytte for å uttrykke seg om vanskene sine, som et supplement til det verbale

språket vi anvender i samtalerapi. Barnet «overfører» forventningene og representasjonene det bærer med seg i sine indre objektreasjoner, til lekeobjektene, og i leken vil barnet ha en tendens til å «spille ut» («re-enact») opplevelser og relasjoner som for eksempel har vært viktige, vanskelige eller traumatiske. Dette gjør barnet fordi det gir en følelse av mestring og lettelse når man i leken «tar kontroll» over en situasjon hvor man tidligere kanskje var mer hjelpeløs eller avmektig. I «re-enactmentet» i leken blir barnet den aktive som får mulighet til å utforske alternative scenarier i fantasien, og velge å lage andre hendelsesforløp enn det som skjedde på ordentlig, og det gir slik en mulighet til å frigjøre seg fra det fastlåste minnet, legge det bak seg og gå videre.

Det teoretiske bakteppet som jeg benytter for å gi forståelse av og retning på de terapeutiske intervensjonene, er en revisjon av Freuds strukturelle modell (Carveth, 2018; Freud, 1900/1997, 1923/2003). Den delen av jeget som regulerer indre tilstander i forhold til den eksterne verden (kalt *ego*), kan ofte stå i konflikt med den delen av jeget som har internalisert erfaringer med at andre var strenge, sinte, grensesettende eller kritiske (kalt *super-ego*), og med den mer primitive delen av jeget som består av impulser og drifter knyttet til aggresjon og seksualitet, som skal sørge for overlevelse og forplantning (kalt *id*). Når man som terapeut tar inn temaene barnet viser frem eller setter ord på i enten lek eller samtale, lytter man etter mulige tegn til «re-enactments», objektreasjoner eller mulig intrapsykisk konflikt mellom for eksempel *id* (i form av for eksempel grådighet, hevngjerrighet, misunnelse eller aggresjon), *super-ego* (ofte i form av selvkritikk, strenge indre regler eller selvnedvurdering), *ego-ideal* (sammenligninger mellom den jeg ideelt sett ønsker å være, versus den personen jeg opplever å faktisk være) og samvittigheten (å møte seg selv og andre med omsorg, aksept og sympati). Underveis i leken kan man sette ord på, undre seg og utforske dette sammen med barnet som mulige hypoteser for å forstå barnets indre liv, reaksjonsmønstre og relasjoner bedre, og slik bidra til mer innsikt og frigjøring fra hemmende eller problematiske reaksjonsmåter og selvinstruksjoner.

EMDR og leketerapi

En fosterhjemsplassert gutt på rundt åtte år som hadde blitt utsatt for alvorlig vold og omsorgssvikt i oppveksthjemmet, kom til terapi på grunn av søvnvansker, fobiske reaksjoner, senvirkninger etter posttraumatisk stress og relasjonelle vansker. Gutten fremsto som nysgjerrig, hadde god fantasi og likte godt å leke, og jeg opplevde ham som høflig og vennlig, men kanskje litt underdanig i kontakten. Han virket ivrig etter å bli kjent med meg, og dannet relativt raskt en trygg og tillitsfull behandlingsallianse. Som behandler gjennomførte jeg først en poliklinisk basisutredning. Den besto av førstesamtale, barnesamtale med fokus på traumekartlegging og relasjonsbygging, samtaler med fosterforeldre og barnevern, gjennomgang av tidligere journal, informasjonsinnhenting fra skole, spørreskjema ASEBA (måler psykiske vansker hos barn og ungdom) og

anamneseopptak. Diagnostisk konklusjon var PTSD-diagnose, og vi planla EMDR-basert traumebehandling. Men med bakgrunn i alder og fordi han virket så leken, fantasifull og nysgjerrig, ble han tilbudt psykodynamisk leketerapi som supplement på slutten av timene. I traumeterapien ble EMDR-manualen fulgt, med justeringene nevnt over, og vi startet med utvikling av livslinjedigram hvor vi kartla pasientens traumer. I livslinjedigrammet fremkom det mange episoder over en periode på flere år med alvorlig vold og omsorgssvikt i oppvekstfamilien, og flere tilfeller av mobbing og press fra jevnaldrende.

Vi utformet deretter i tråd med EMDR-manualen et «trygt sted», som skal være et indre sted som gir en følelse av trygghet og ro. Sammen med pasienten utviklet vi i fantasien et tempel oppe i skyene, inspirert av en tv-serie han likte godt, og når vi dro dit i fantasien, så vi for oss at vi gjorde en mindfulnessbasert pusteøvelse (Lund, 2010, 2011, 2013). Pasienten ga uttrykk for stor glede og stolthet over dette selvutviklede trygge stedet, og roet seg fort når vi i tankene beveget oss dit. Han fikk med seg et lynkort som oppsummerte hovedtrekkene av det trygge stedet, slik at han kunne øve på å finne roen der mellom timene. Basert på pasientens egne forslag ble en kortversjon av det trygge stedet på cirka ett til to minutter en fast «bro» mellom EMDR-traumebearbeidingsdelen og leketerapiden av timen.

— *Pasienten ga uttrykk for stor glede og stolthet over det selvutviklede trygge stedet*

I første time med traumebehandling og leketerapi lekte pasienten at skikkelsen som han forklarte at representerte ham selv, var på et helt nytt sted og måtte overbevise dyrene som levde der, om at han ville dem vel, og at han ville beskytte dem. Dette temaet minnet meg som terapeut om pasientens nylige flytting til ny skole og ny fosterfamilie, men jeg valgte å ikke si noe om dette innledningsvis. Så ble stedet angrepet, de voksne forsvant, og pasienten ble stående igjen alene for å beskytte dyrene. Dette kunne minne om at pasienten flere ganger hadde fortalt at han måtte ta voksenansvar fordi biologiske foreldre ikke gjorde det, og at han ofte måtte passe på lillebroren, men jeg sa ikke noe om dette da.

— *Leketerapien var en aktivitet som barnet var engasjert i og gledet seg til*

Senere samme time fortalte pasienten om et mareritt han hadde hatt natten før, hvor pasienten så for seg at han ikke klarte å redde lillebror, og ble stående igjen redd og alene. På slutten av timen undret jeg på om tema i leken kunne ha sammenheng med at pasienten flyttet til et nytt sted og måtte bli kjent med nye venner og ny fosterfamilie, noe pasienten bekreftet at stemte. Videre utforsket vi om temaet å bli forlatt, der han måtte beskytte dyrene alene, og temaet fra marerittet (hvor han ikke klarte å redde lillebror) kunne ha noen sammenheng. Pasienten svarte: «Ja, for mamma var ikke en voksen for oss, hun beskyttet oss ikke slik hun skulle.» Man kan også forstå den aktiverte tematikken i denne timen som et overføringstema med et underliggende spørsmål til terapeuten i retning av: «Kan du være en voksen som jeg kan stole på og som ikke forsvinner, og kan vi jobbe slik at jeg kan komme meg videre og ikke trenger å stå alene?» (Kagnes, 2024).

De neste timene fortsatte arbeidet med traumene i EMDR. I leken dramatiserte pasienten episoder fra livshistorien sin, og han formidlet en redsel for å bli som sine biologiske foreldre. I timer hvor vi i EMDR jobbet med bearbeiding av at foreldrene var pågående, invaderende eller utøvde vold, kunne pasienten i leketerapien etterpå leke at han ble jaktet på av en stor, slem ridder, at han søkte tilflukt i dyreverdenen fordi menneskeverdenen var blitt for farlig, at han var foreldreløs og alene, og at han måtte passe på lillebror. Her virket det som om objektrelasjonene fra de vonde opplevelsene med biologiske foreldre ble «re-enacted» og spilt ut i leken, etter at vi i EMDR først hadde jobbet med de samme temaene i timene. I EMDR forsøkte vi å tappe minnene for emosjonelt ubehag og jobbet med å hjelpe pasienten til et friere og mindre fastlåst forhold til minnene. I leketerapien lekte pasienten ut de samme temaene, og der brukte han kløkt til å gjemme seg og lure de som jaktet på ham. Han overlevde traumene, han sloss mot fiendene og tok igjen, og etter strabasiose utfordringer løsrev han seg, unnslopp farene og overvant fiendene. Jeg observerte at det virket som han gjennom leken fikk en følelse av mestring, at han syntes det var gøy og spennende, og ubehaget han følte under EMDR-delen av timen, forsvant under leken, slik at han virket rolig, fornøyd og tilfreds når timen var over.

Senere i forløpet bearbeidet vi i EMDR en hendelse

hvor pasienten ble utsatt for mobbing og ville løpe vekk. I leketerapien senere i timen ble pasienten fanget av onde figurer så han ikke kunne flykte. Igjen så jeg eksempler på at de konkrete objektrelasjonene til mobberne som ble aktivert under EMDR-bearbeidingen, i symbolsk forstand ble overført til leketerapien, men da i form av onde, mytologiske figurer som mobber/fanger ham, og som han må slåss mot, frigjøre seg fra og bekjempe.

I en annen time bearbeidet vi i EMDR en hendelse hvor pasienten forsøkte å stå imot, men ble tvunget av en mobber til å gjøre noe galt mot uskyldige, og hvor han reagerte med intens skyldfølelse og anger. I leketerapien denne timen dukket samme tema opp i følgende form: Pasienten lekte at han handlet i strid med et råd fra dyrevennene. Det medførte at de ble satt i fare og ble fanget. Etter en stund maktet figuren i leken å be dyrene om unnskyldning og reparere det som var skjedd, ved først å måtte tåle selv å bli utsatt for torturlignende vold, for deretter å beseire de onde og frigi vennene. Denne lekesekvensen fikk meg som terapeut til å tenke på Kleins skille mellom «forfølggerisk» («persecutory») og «reparativ» skyldfølelse (Hinshelwood & Fortuna, 2018; Klein, 1957; Spillius et al., 2011). Den første typen skyldfølelse, «forfølgerisk», er selvsentrert, selvnedvurderende og selvkritisk, og man antar at det skyldes at super-ego angriper jeget. Dette stammer trolig fra en identifikasjon med objekter som har vært aggressive og irettesettende mot oss. Den andre typen skyldfølelse, «reparativ», er fokusert på sympati og empati med våre egne og den andres behov, og mobiliserer oss til å reparere det vi har gjort mot den andre, ved å be om unnskyldning, gi omsorg og gjøre det godt igjen. Lekesekvensen illustrerer denne bevegelsen fra «forfølgerisk» skyldfølelse (han ble fanget og utsatt for torturlignende vold fordi han hadde handlet slik at dyrene ble skadet) til en mer «reparativ» og konstruktiv form for skyldfølelse (klarte å si unnskyld, reparere det som var skjedd, beseire de onde og frigi vennene, og slik gjøre opp for seg).

I en time bearbeidet vi i EMDR insektfobi som kom etter å ha sett en skrekkfilm han var altfor ung til å se. I leketerapien etterpå sloss han mot det insektlignende monsteret fra filmen, som vi hadde bearbeidet i EMDR, mens lekefigurene minnet hverandre på, mens de sloss, at monsteret egentlig ikke var ekte. Her ser vi at han i leken

frigjør seg fra monsteret, og minner seg selv på at monsteret ikke finnes, for slik å bli mindre redd og hemmet av det. I timen etterpå kunne pasienten fortelle at han ikke var redd for disse insektene på samme måte lenger, og unngåelsesatferden opphørte. I leketerapien bearbeidet han også savn av å være mer sammen med bror, og tematikk knyttet til brødre som passer på og støtter hverandre var til stede i nesten samtlige lekesekvenser.

I løpet av terapiprosessen ble pasienten markant mindre plaget av posttraumatisk stress, og mange av symptomene ved oppstart ble tydelig redusert. Pasienten virket mer tilfreds, og de relasjonelle og fobiske vanskene avtok. Både pasienten og jeg opplevde tillegget av leketerapi etter EMDR som nyttig. Her fikk pasienten anledning til å jobbe videre med objektre-lasjoner som ble aktivert i EMDR-delen, slik at de i friere form kunne spilles ut og gjennomarbeides i leken etterpå. Leketerapien ga ham mulighet til å jobbe med mer underliggende temaer som kjærlighet/omsorg og aggresjon/hat, tilknytning og ensomhet, tillit versus mistillit. Leketerapien var en aktivitet som barnet var engasjert i og gledet seg til. Den tredelte strukturen av økten – først EMDR, så «trygt sted» som overgang, og avslutning med leketerapi – var noe barnet og terapeut skapte sammen, og det ble en forutsigbar ramme som pasienten ga uttrykk for å sette pris på. Som vist i eksemplene fra de kliniske vignettene nyttiggjorde barnet seg leketerapien ved å jobbe videre med objektre-lasjoner og ubevisste temaer som ble aktivert i EMDR-delen av timen, men på en måte vi sannsynligvis ikke hadde kommet frem til om vi kun benyttet EMDR. Og omvendt kan vi si at leketerapien trolig ikke hadde vært så fruktbar med tanke på å få gjennomarbeidet så mange utfordrende minner og relasjoner uten at vi hadde aktivert disse minnene og objektre-lasjonene i EMDR innledningsvis i timen. EMDR kan noen

ganger oppleves som mentalt utmattende og kanskje litt repetitivt og kjedelig for barn og ungdom. Å legge til en ustrukturert leketerapeutisk aktivitet virket for dette barnet å være et fruktbart tillegg som sikret godt oppmøte, engasjement og motivasjon. Og i dette forløpet virket det som om kombinasjonen av EMDR og leketerapi ga virksomme effekter nettopp fordi de virket sammen i samme time og forsterket hverandre. Kanskje ville det ikke ha vært like effektivt om vi i timene bare brukte en av metodene?

Oppsummering

Forløpet jeg har presentert i denne artikkelen, illustrerer at det oppleves som meningsfylt og terapeutisk nyttig å legge til en sekvens med psykodynamisk, objektre-lasjonsorientert leketerapi mot slutten av EMDR-økten i behandling av PTSD hos barn. Det gir anledning til en noe friere måte å arbeide terapeutisk på med de traumeminnene og objektre-lasjonene som aktiveres i EMDR-behandlingen. Det gir også mulighet til å jobbe med mer underliggende relasjonelle og eksistensielle temaer som kjærlighet/omsorg og aggresjon/hat, tilknytning og ensomhet, tillit og mistillit. Supplementet med leketerapien gjorde at jeg som terapeut opplevde den terapeutiske relasjonen med pasienten som nære, mer tillitsfull og fortrolig enn det jeg sannsynligvis ville gjort om vi utelukkende hadde benyttet EMDR. Det virket også som om motivasjonen for å møte opp til terapitimene, og pasientens fornøydhet med metode og allianse, ble bedre av en slik kombinasjon.

Siden funnene i denne artikkelen er basert på mine subjektive opplevelser som terapeut i en terapiprosess, må man være forsiktig med å trekke generaliserbare slutninger, og det er behov for å forske mer på kombinasjonen av EMDR og leketerapi for å få større erfaringsbasert klinisk kunnskap på dette fagfeltet. ♡

REFERANSER

- Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2009). *EMDR and the art of psychotherapy with children*. Springer.
- Carveth, D. L. (2018). *Psychoanalytic thinking: A dialectical critique of contemporary theory and practice*. Routledge.
- Freud, S. (1997). *The interpretation of dreams*. Wordsworth Editions Ltd. (Opprinnelig utgitt 1900)
- Freud, S. (2003). The ego and the id. I *Beyond the pleasure principle*. Penguin Classics. (Opprinnelig utgitt 1923)
- Hinshelwood, R. D. & Fortuna, T. (2018). *Melanie Klein – the basics*. Routledge.
- Johansen, R. & Cappelen, F. (2020). Lek på alvor. En idéhistorisk reise i teori om lek i psykodynamisk tenkning. *Mellanrummet*, 39, 29–38. <https://www.mellanrummet.net/nr39-2020/lekpaalvor-enidehistoriskreise.pdf>
- Kagnes, H. (2024). «En gutt og hans monster» – motoverføringsarbeid i en barneterapi. *Mellanrummet*, 47, 24–33. <https://mellanrummet.net/nr47-2024/artikkel-enguttoghansmonster.pdf>
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. Vintage Classics/SD Books.
- Lacan, J. (2001). *Écrits: a selection*. Routledge. (Opprinnelig utgitt 1966)
- Lund, O. C. F. (2010). Forsiktighetsregler ved anvendelse av oppmerksom tilstedeværelse. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, 4(11), 21–26.
- Lund, O. C. F. (2011). *Senk stresset i familielivet: Mindfulness i foreldrerollen*. Gyldendal Akademisk.
- Lund, O. C. F. (2013). *Selvfølelses- og mindfulness-fokusert terapi (SMFT): Manual for psykologisk behandling*. Gyldendal Akademisk.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. Guilford.
- Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life events. *Permanente Journal*, 18(1), 71–77. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>
- Spillius, E. B., Milton, J., Garvey, P., Couve, D. & Steiner, D. (2011). *The New Dictionary of Kleinian Thought*. Taylor & Francis LTD.
- Tinker, R. H. & Wilson, S. A. (1999). *Through the eyes of a child – EMDR with children*. W. W. Norton.
- Våpenstad, E. V. & Landmark, A. F. (2004). Mer enn å se et barn leke – lekeobservasjon som psykologisk metode. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(12), 985–990.

TEKST Camilla Lindvall Dahlgren
Institutt for psykologi, Oslo Nye Høyskole (ONH)

Elisabeth Tverrli
Axonklinikken

Lowan Han Stewart
Axonklinikken

Ketaminassistert psykoterapi for anorexia nervosa

OMTALT ARTIKKEL

Dahlgren, C. L., Tverrli, E. & Stewart, L. H. (2025). Reconnecting through dissociation: a 5-month follow-up case study on ketamine-assisted psychotherapy for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01313-y>

KONTAKT

camilla.lindvall.dahlgren@oslonh.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema. LS oppgir at han er medisinsk direktør ved Axonklinikken, en privat klinikk som tilbyr psykiske helsetjenester, inkludert ketaminassistert psykoterapi.

En ny kasusstudie ($N = 1$) av ketaminassistert psykoterapi dokumenterer erfaringer som kan informere videre fagutvikling og forskning.

Selv om det foreligger dokumentert effektive behandlinger for spiseforstyrrelser, er det pasienter som ikke opplever tilstrekkelig nytte av behandlingen. En ny og omfattende metastudie (Solmi et al., 2024) basert på data fra nesten 90 000 pasienter viste at under halvparten oppnådde full remisjon, en tredjedel hadde vedvarende symptomer, og én av fem utviklet kronisk psykisk lidelse. Komorbid angst og depresjon er blant de mest sentrale risikofaktorene for dårlig behandlingsutfall. Det komplekse og sammensatte sykdomsbildet ved spiseforstyrrelser understreker et behov for helhetlige behandlingstilnærminger. Intervensjoner som ikke bare retter seg mot kjernesymptomene ved spiseforstyrrelser, men også mot typiske utfordringer knyttet til angst og depresjon, kan være særlig viktige for pasientgruppen. Her presenterer vi en nylig publisert kasusstudie der vi undersøkte behandlingsutfall og bivirkninger ved ketaminassistert psykoterapi hos en kvinne med anorexia nervosa og depresjon.

Ketamin og ketaminassistert psykoterapi

Den økende interessen for ketamin som behandling ved psykiske lidelser – særlig behandlingsresistent depresjon (Nikolin et al., 2023) – merkes både internasjonalt og i Norge. I 2024 mottok Sykehuset Østfold 24,9 millioner kroner til en nasjonal og helseregiondekkende klinisk studie av ketaminbehandling for pasienter med behandlingsresistent depresjon (Berthold-Losleben et al., 2025). I 2025, ble det vedtatt at ketaminassistert behandling for behandlingsresistent depresjon skal tilbys i det offentlige norske helsevesenet. Parallelt pågår det også forskningsaktiviteter i Norge som undersøker potensialet ved andre klassiske psykedelika. Ved Sykehuset Østfold gjennomføres det en studie som vurderer sikkerhet og gjennomførbarhet ved bruk av MDMA (3,4-metylen-dioksymetamfetamin) i kombinasjon med psykoterapi i behandling av depresjon (Isachsen, 2024; Kvam et al., 2025), og ved Universitetet i Oslo har forskningsgruppen «Psykedelikagruppen» publisert fagfellekvurdererte artikler om bruk av psykedelika med vekt både på terapeutisk og rekreasjonell bruk.

Internasjonalt undersøkes ketamin som en mulig behandling for flere tilstander enn depresjon, slik som angstlidelse, PTSD (posttraumatisk stress-lidelse) og selvmordstanker (Drozd et al., 2022), og spiseforstyrrelser (Calder et al., 2023; Ragnhildstveit et al., 2022). Nye studier viser at både ketamin alene og ketaminassistert psykoterapi kan bidra til å redusere symptomer ved spiseforstyrrelser (Keeler et al., 2021; Ragnhildstveit et al., 2021; Schwartz et al., 2021; Scolnick et al., 2020), samtidig som både komorbid angst, depresjon og selvmordstanker ser ut til å minske parallelt (Keeler et al., 2021; Robison et al., 2022; Schwartz et al., 2021; Timek et al., 2024). Forskningen på feltet er fortsatt i en tidlig fase, og det mangler studier som kan dokumentere behandlingseffekten. Per i dag finnes det ingen publiserte norske studier på ketaminbehandling eller ketaminassistert psykoterapi ved spiseforstyrrelser, heller ikke når disse opptrer sammen med andre psykiske lidelser. Hensikten med kasusstudien var å kartlegge endringer i symptombildet til en pasient med anorexia nervosa og depresjon – og bivirkninger av ketamin i løpet av behandlingen.

Gjennomføring

Studien beskriver behandlingsforløpet til en kvinne i slutten av 20-årene som mottok ketaminassistert psykoterapi med Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ved Axonklinikken i Oslo, med oppfølging fem måneder etter avsluttet behandling. Ved oppstart var behandlingsindikasjonen depresjon, men pasienten hadde også en diagnostisert anorexia nervosa (ICD-10 F50.0). Hun hadde tidligere mottatt behandling både i offentlig og privat helsetjeneste, uten å ha opplevd at hennes viktigste utfordringer ble tilstrekkelig ivaretatt. Pasientens motivasjon for å gjennomføre ketaminbehandling var å få mer energi, større emosjonell fleksibilitet og bedre livskvalitet.

METODE

- Behandlingen bestod av et strukturert opplegg med fire intramuskulære ketamininjeksjoner, hver etterfulgt av en psykoterapitime basert på Acceptance and Commitment Therapy (ACT).
- Pasienten mottok i tillegg tre vedlikeholdsdoser uten kombinert psykoterapi.
- Hele oppfølgingsløpet varte litt over ni måneder.
- Utfallsmålene inkluderte spiseforstyrrelses-symptomer (EDE-Q), depresjon (PHQ-9), angst (GAD-7), selvmordstanker (MADRS), psykologisk fleksibilitet (AAQ-II) og helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5)
- Bivirkninger av ketaminbehandling ble kartlagt ved bruk av Ketamine Side Effect Tool (KSET) ved alle måletidspunkter.

HOVEDFUNN

- Markant symptomreduksjon i depresjon, angst og spiseforstyrrelsessymptomer etter fire ketaminassisterte psykoterapisesjoner.
- Moderat økning i symptomtrykk frem mot første vedlikeholdsdose.
- Bedring i løpet av de tre vedlikeholdsdosene.
- Stabilisering eller videre reduksjon i symptomer ved fem måneders oppfølging.
- Psykologisk fleksibilitet fulgte samme mønster.
- Livskvalitet og generell helsetilstand bedret seg tidlig og forble stabil gjennom oppfølgingen.

Funn

Pasientens vekt varierte i behandlings- og oppfølgingsperioden, men lå innenfor normalområdet i hele behandlingsperioden, både under sesjonene der pasienten mottok ketaminassistert psykoterapi, og i behandlingsfasen der hun fikk ketamininjeksjoner uten samtidig psykoterapi. Etter avsluttet behandling falt pasientens vekt betydelig, fra en KMI på 19,1 ved behandlingsslutt til 17,2 ved fem måneders oppfølging. I tråd med tidligere forskning på ketaminbehandling ved spiseforstyrrelser (Ragnhildstveit et al., 2022) rapporterte pasienten milde og forbigående bivirkninger.

Implikasjoner og veien videre

I løpet av sesjonene med ketaminassistert psykoterapi beskrev pasienten å erfare en sterk følelse av tilknytning og kjærlighet. Vi tenker det kan gjenspeile økt oppmerksom-

het mot livet utenfor spiseforstyrrelsen og en mindre kritisk holdning til egen kropp. Pasientens erfaring samsvarer med tidligere funn om at *connectedness* kan være en sentral drivkraft for varig terapeutisk endring (Kałużna et al., 2022; Mollaahmetoglu et al., 2021). Pasienten fremhevet selv indre ro, et rikere sosialt liv og opplevelsen av å kjenne seg fri fra spiseforstyrrelsen som konkrete, positive utfall av behandlingen. Det er verdt å poengtere at selv om vedlikeholdsdosene ble gitt uten den ekstra timen med formell ACT ble det likevel observert bedring i denne perioden. Bedringen var imidlertid mindre enn når ketamin ble kombinert med ACT. Det kan tyde på at ketamin fungerte som en katalysator, men at gevinstene av behandlingen økte når effekten av ketamin ble integrert i samtaleterapien. Uten en slik integrasjonsfase risikerer man at eventuelle innsikter forblir uforløste, noe tidligere studier også indikerer (Drozd et al., 2022). Selv om ketamin ofte gir rask lindring, er virkningen som regel kortvarig og retter seg ikke direkte mot de underliggende årsakene. Derfor er det viktig å kombinere ketamin med psykoterapi, som kan bidra til å forsterke og forlenge effekten. Etter ketaminbehandling oppstår en periode med økt synaptisk aktivitet i hjernen, som kan fremme dannelsen av nye nevronale forbindelser

og øke nevroplastisiteten. Det kan skape et mulighetsrom for å arbeide terapeutisk med dypere psykologiske faktorer som bidrar til å opprettholde spiseforstyrrelsen, samtidig som pasienten støttes i å utvikle nye strategier for å håndtere utfordrende følelser og tanker.

Selv om studier har vist at ketamin har potensial i behandling av spiseforstyrrelser, er det viktig at forskere og klinikere formidler et nyansert og realistisk bilde – særlig når behandlingen ses som en siste utvei. Vi vet at spiseforstyrrelser ofte har et forløp med tilbakevendende symptomer. Det betydelige vekttapet etter behandling i kasuistikken synliggjør antagelig dette, og viser hvor sentralt det er med en god oppfølgingsplan som sikrer fortsatt støtte i symptommestring, vektoppfølgning og vurdering av både fysisk og psykisk helse. Vi mener man bør formidle håp og optimisme om ketaminbehandling, men med realistiske forventninger. Ketamin kan være en katalysator for endring, men det er gjennom det terapeutiske arbeidet i etterkant at opplevelsene bearbeides og integreres, og det reelle potensialet for varig endring kan oppstå. ♡

REFERANSER

- Berthold-Losleben, M., Autran, I., Folstad, R. L. S., Römer, B., Kvam, T.-M., Van De Vooren, I.-T., Stewart, L. H., Claussen, I. & Andreassen, O. A. (2025). Ketamine in treatment-resistant depression. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.25.0045>
- Calder, A., Mock, S., Friedli, N., Pasi, P. & Hasler, G. (2023). Psychedelics in the treatment of eating disorders: Rationale and potential mechanisms. *European Neuropsychopharmacology*, 75, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.05.008>
- Drozd, S. J., Goel, A., McGarr, M. W., Katz, J., Ritvo, P., Mattina, G., Bhat, V., Diep, C. & Ladha, K. S. (2022). Ketamine Assisted Psychotherapy: A Systematic Narrative Review of the Literature. *Journal of Pain Research*, 15, 1691–1706. <https://doi.org/10.2147/JPR.S360733>
- Isachsen, H. (2024, 22. mai). *MDMA ved depresjon: – Vi opplever stor interesse for studien*. <https://www.dagensmedisin.no/angst-depresjon-ketamin/mdma-ved-depresjon-vi-opp- lever-stor-interesse-for-studien/632975>
- Kałużna, A., Schlosser, M., Gulliksen Craste, E., Stroud, J. & Cooke, J. (2022). Being no one, being One: The role of ego-dissolution and connectedness in the therapeutic effects of psychedelic experience. *Journal of Psychedelic Studies*, 6(2), 111–136. <https://doi.org/10.1556/2054.2022.00199>
- Keeler, J. L., Treasure, J., Juruena, M. F., Kan, C. & Himmerich, H. (2021). Ketamine as a Treatment for Anorexia Nervosa: A Narrative Review. *Nutrients*, 13(11), 4158. <https://doi.org/10.3390/nu13114158>
- Kvam, T.-M., Goksøyr, I. W., Rog, J., van de Vooren, I.-T. J. et al., Stewart, L. H., Autran, I., Berthold-Losleben, M., Mørch-Johnsen, L., Holst, R., Clausen, I. & Andreassen, O. A. (2025). MDMA-assisted therapy as a treatment for major depressive disorder: proof of principle study. *The British Journal of Psychiatry*, 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10320>
- Mollaahmetoglu, O. M., Keeler, J., Ashbullby, K. J., Ketzitidou-Argyri, E., Grabski, M. & Morgan, C. J. A. (2021). «This Is Something That Changed My Life»: A Qualitative Study of Patients' Experiences in a Clinical Trial of Ketamine Treatment for Alcohol Use Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 695 335. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695335>
- Nikolin, S., Rodgers, A., Schwaab, A., Bahji, A., Zarate, C., Vazquez, G. & Loo, C. (2023). Ketamine for the treatment of major depression: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 62, 102 127. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102127>
- Ragnhildstveit, A., Jackson, L. K., Cunningham, S., Good, L., Tanner, Q., Roughan, M. & Henrie-Barrus, P. (2021). Case Report: Unexpected Remission From Extreme and Enduring Bulimia Nervosa With Repeated Ketamine Assisted Psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 764 112. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.764112>
- Ragnhildstveit, A., Slayton, M., Jackson, L. K., Brendle, M., Ahuja, S., Holle, W., Moore, C., Sollars, K., Seli, P. & Robison, R. (2022). Ketamine as a Novel Psychopharmacotherapy for Eating Disorders: Evidence and Future Directions. *Brain Sciences*, 12(3), 382. <https://doi.org/10.3390/brainsci12030382>
- Robison, R., Lafrance, A., Brendle, M., Smith, M., Moore, C., Ahuja, S., Richards, S., Hawkins, N. & Strahan, E. (2022). A case series of group-based ketamine-assisted psychotherapy for patients in residential treatment for eating disorders with comorbid depression and anxiety disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00588-9>
- Schwartz, T., Trunko, M. E., Feifel, D., Lopez, E., Peterson, D., Frank, G. K. W. & Kaye, W. (2021). A longitudinal case series of IM ketamine for patients with severe and enduring eating disorders and comorbid treatment-resistant depression. *Clinical Case Reports*, 9(5), e03 869. <https://doi.org/10.1002/ccr3.3869>
- Scolnick, B., Zupec-Kania, B., Calabrese, L., Aoki, C. & Hildebrandt, T. (2020). Remission from Chronic Anorexia Nervosa With Ketogenic Diet and Ketamine: Case Report. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 763. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00763>
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., De Toffol, M., Vergine, M., Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Stubbs, B., Girardi, A., Busetto, P., Favaro, A., Carvalho, A. F., Steinhilber, H. & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: A transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23(1), 124–138. <https://doi.org/10.1002/wps.21182>
- Timek, A., Daniels-Brady, C. & Ferrando, S. (2024). Improvement in depressive symptoms in a patient with severe and enduring anorexia nervosa and comorbid major depressive disorder using psychotherapy-assisted IV ketamine: A case report. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01039-3>

TEKST Brage Kraft
OsloMet

Depresjon og kognitiv funksjon

I nettverkanalyser var redusert eksekutiv fungering knyttet til energitap, men ikke til negative tanker og følelser.

Eksekutive funksjoner, som oppmerksomhetsstyring, inhibisjon, arbeidsminne og mental fleksibilitet, er sentrale for selvregulering og målrettet atferd. Redusert eksekutiv fungering er vanlig ved depresjon og kan bidra til vedlikehold av symptomer, funksjonsnedsettelse, og økt risiko for tilbakefall. Depresjon er imidlertid en heterogen lidelse, der personer med samme diagnose kan ha svært ulike symptomer og funksjonsvansker. For eksempel kan to personer som begge har fått diagnosen depresjon, ha få eller ingen overlappende symptomer, ulike forløp, funksjonsnivå og respons på behandling.

Hvilke depressive symptomer henger sammen med redusert kognitiv fungering? I tre studier undersøkte vi spørsmålet nærmere. Dersom redusert kognitiv funksjon er knyttet til bestemte symptomer fremfor depresjon som helhet, åpner det for mer presis kartlegging, bedre målretting av tiltak og en bedre forståelse av variasjonen i hvordan depresjon påvirker kognitiv fungering. Det kan også gi et mer nyansert grunnlag for både kliniske beslutninger og videre forskning.

Nettverkanalyser

Vi benyttet nettverksanalyser for å undersøke hvordan enkeltsymptomer på depresjon henger sammen med redusert kognitiv fungering. Tilnærmingen gir et mer nyansert bilde av depresjon, uten å forutsette én felles underliggende faktor estimert som en samleskår (f.eks. totalsum på Beck's Depression Inventory). I nettverksanalyser representeres symptomer (og andre psykologiske

KONTAKT brage.kraft@oslomet.no

MERKNAD: Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

variabler) som noder, der linjene mellom dem viser de unike sammenhengene mellom dem, kontrollert for alle andre variabler (partielle korrelasjoner). Analysen gjorde det mulig å identifisere sentrale symptomer, deres innbyrdes relasjoner og hvordan spesifikke symptomer henger sammen med resultater på kognitive tester.

Energitap er et sentralt bindeledd

Vi undersøkte tidligere innsamlet data (Kraft, Bø, Jonassen et al., 2023) og inkluderte voksne deltagere med varierende depresjonsstatus (deprimerte, tidligere deprimerede, ikke-deprimerte). Nodene i nettverket inkluderte ni depressive symptomer og tre eksekutive funksjoner (Figur 1). Tre eksekutive funksjoner (inhibisjon, arbeidsminne, mental fleksibilitet) ble kartlagt med objektive tester. Resultatene viste at redusert eksekutiv funksjon var assosiert med energitap, tap av interesse og glede, appetittendringer, søvnproblemer og konsentrasjonsvansker. Blant disse fremsto energitap som det viktigste bindeleddet mellom depresjon og redusert eksekutiv funksjon, særlig redusert evne til å oppdatere arbeidsminnet. Interessant nok fant vi ikke noen direkte sammenhenger mellom eksekutive funksjoner og affektive kjernesymptomer som tristhet og skyldfølelse – som ofte fokuseres på i psykologisk behandling.

Individuelle forskjeller i symptom mønstre

Depresjon varierer imidlertid betydelig fra person til person – ikke bare i hvilke symptomer som dominerer,

men også i hvordan symptomene henger sammen og utvikler seg over tid. Det som gjelder for én pasient, gjelder ikke nødvendigvis for en annen. Mens noen opplever vedvarende tristhet som mest fremtredende, er det utmattelse, passivitet eller konsentrasjonsvansker som preger hverdagen for andre. Ved å analysere symptomer på individnivå og over tid kan man fange opp slike mønstre som ofte overses i studier på gruppenivå.

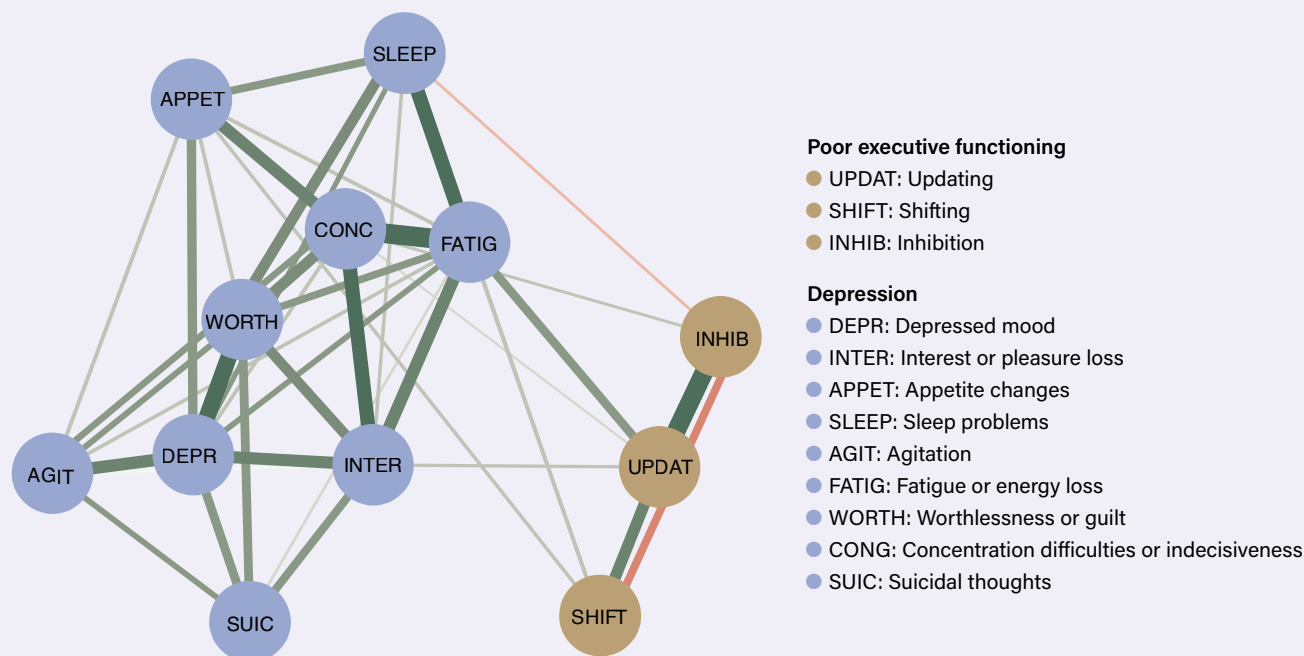
Vi undersøkte mønstrene nærmere ved å estimere personspesifikke nettverk (Kraft, Bø, Hoorelbeke et al., 2023). Ved hjelp av opplevelsessampling (ESM) rapporterte deltakerne sine depresjonssymptomer fem ganger daglig i en periode på 14 dager. Det gjorde det mulig å estimere individuelle symptomnettverk, og dermed få et individnært bilde av depresjonens struktur. Resultatene viste stor variasjon mellom deltagerne i hvilke symptomer som var mest sentrale. Samlet sett viste analysene at høy sentralitet av utmattelse og passivitet hang sammen med redusert oppmerksomhetskontroll.

Endringer etter oppmerksomhetstrening

Kan styrking av oppmerksomhetsfunksjon via en intervensjon bidra til bedring i depressive symptomer? Dette hadde vi undersøkt tidligere i en randomisert kontrollert studie der deltagerne gjorde oppmerksomhetstrening i 14 dager. Oppmerksomhetstreningen hadde som mål å trene deltakerne, som tidligere hadde hatt depresjon, i å rette oppmerksomheten mot positive ansiktsuttrykk. De som var i kontrollgruppen, fikk en nøytral variant. Treningen

FIGUR 1

Sammenhengen mellom ulike depressive symptomer og eksekutive funksjoner



Merknad. Linjetykkelse reflekterer størrelsen på assosiasjonen. Grønn linje = positiv assosiasjon; rød linje = negativ assosiasjon. Gjengitt fra «The association between depression symptoms and reduced executive functioning is primarily linked by fatigue», av Kraft, Bø, Jonassen et al., 2023. Lisensiert under CC BY-NC-ND.

ga en liten, men statistisk signifikant bedring i depressive symptomer, men vi ønsket å undersøke nærmere hvilke symptomer som faktisk endret seg (Kraft et al., 2019). Nettverksanalysen antydte at bedringen i depresjon skjedde gjennom økt interesse og engasjement i hverdagsaktiviteter. Endringer i interesse så ut til å være en utløsende faktor for forbedringer i de andre symptomene.

Tilpasning av behandling

Samlet sett tyder forskningen på at redusert kognitiv funksjon ved depresjon – særlig knyttet til oppmerksomhet og eksekutiv funksjon – i hovedsak er forbundet med symptomer som energitap, passivitet og redusert interesse. Når forsøkspersonene trente oppmerksomheten, førte det til en bedring i interesse, som igjen førte til en bedring i de andre depressive symptomene.

Symptomer knyttet til negativ affekt – som tristhet og skyldfølelse – var i liten grad relevant for redusert kognitiv funksjon. I stedet var symptomer relatert til redusert motivasjon og lav positiv affekt mer relevante. Dette tyder på at sammenhengen mellom redusert kognitiv fungering og depresjon kan være forankret i dysfunksjon i det positive valenssystemet – hjernens nettverk for belønning, driv og målrettet atferd – heller enn i det negative valenssystemet.

Studiene våre gir støtte til en mer nyansert og individtilpasset tilnærming til depresjonsbehandling, der man i større grad tar hensyn til hvilke symptomer som er mest fremtredende hos den enkelte. Hos pasienter der motivasjonelle og kognitive vansker dominerer, kan det være hensiktsmessig å styrke driv, egeninnsats og oppmerksomhetskontroll gjennom målrettede intervensjoner som atferdsaktivering og kognitiv trening. Forskningen vår peker på behovet for videre studier som undersøker hvordan slike tilnærminger best kan tilpasses ulike symptomprofiler, og hvordan dette kan bidra til å forebygge tilbakefall og fremme varig bedring hos personer med depresjon. 

HOVEDFUNN

- Energitap var det symptomet som hang sterkest sammen med redusert eksekutiv funksjon.
- Negative tanker og følelser hang i liten grad sammen med redusert eksekutiv funksjon.
- Redusert oppmerksomhetskontroll hang sammen med høy sentralitet av utmattelse og passivitet.
- Bedring i depresjon etter oppmerksomhetstrening hang sammen med økt interesse og engasjement i hverdagsaktiviteter.

DESIGN

- Funnene baserer seg på data fra én tverrsnittsstudie ($N = 289$) og to RCT-studier ($N = 302$; $N = 45$).
- Deltagerne gjennomgikk nevropsykologiske tester og gjorde oppmerksomhetstrening.
- Et utvalg av deltagerne rapporterte på depressive symptomer flere ganger daglig i to uker ved hjelp av en mobilapp.
- Det ble brukt ulike former for nettverksanalyse for å undersøke data.

OMTALTE ARTIKLER

Kraft, B., Bø, R., Hoorelbeke, K., Koster, E. H. W., Jonassen, R., Harmer, C. J. & Landrø, N. I. (2023). Examining attentional functioning in depression using a personalized network approach: A proof-of-principle study. *Psychiatry Research Communications*, 3(3), 100137. <https://doi.org/10.1016/j.psychom.2023.100137>

Kraft, B., Bø, R., Jonassen, R., Heeren, A., Ulset, V. S., Stiles, T. C. & Landrø, N. I. (2023). The association between depression symptoms and reduced executive functioning is primarily linked by fatigue. *Psychiatry Research Communications*, 3(2), 100120. <https://doi.org/10.1016/j.psychom.2023.100120>

Kraft, B., Jonassen, R., Heeren, A., Harmer, C., Stiles, T. & Landrø, N. I. (2019). Attention Bias Modification in Remitted Depression Is Associated With Increased Interest and Leads to Reduced Adverse Impact of Anxiety Symptoms and Negative Cognition. *Clinical Psychological Science*, 7(3), 530–544. <https://doi.org/10.1177/2167702618822480>

Marit Råbu

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Christian Moltu

Psykisk helsevern, Helse Førde HF

Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskulen på Vestlandet, Førde

Hvordan bruker terapeuter egenterapi? En metasyntese av norske forskningsfunn

Sammendrag

Mer enn 80 % av psykoterapeuter har erfaring med å være pasient i terapi. I flere videreutdanninger er egenterapi en del av opplegget, siden det kan være en arena for læring. I en metasyntese av kvalitative studier har vi undersøkt den norske konteksten. Forskningsspørsmålet var: Hvordan bruker psykoterapeuter erfaringene fra å være psykoterapipasienter når de selv arbeider som terapeuter? Syntesen bygger på tre kvalitative studier, som omfatter 29 terapeuter. Vi re-analyserte data fra de opprinnelige studiene (17 meningskategorier) og presenterer funnene som en prosessmodell: 1. Hjelpet behovet var autentisk. 2. Erfart betydning av relasjonelle møter med en terapeut. 3. Terapibegreper fikk dypere erfart mening. 4. Terapeuten ble en indre modell. Gode erfaringer ble inspirasjon, og dårlige erfaringer ble påminnelser om hvordan man ikke vil være selv. 5. Terapierfaringer bidro til en følelse av større trygghet og mot i terapeutrollen. Utbyttet som ble rapportert ellers, ligner på det forskningen har vist at andre folk får ut av terapi, som bedre selvfølelse og større trygghet i relasjoner. Meningen og verdien av terapien henger sammen med når i karrieren og hvorfor den skjer, og hva som ellers foregår i livet til terapeuten. Egenterapi kan inngå i terapeuters alltid pågående sykluser av refleksjon og praksis.

KONTAKT mariraa@psykologi.uio.no**MERKNAD** Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.**FAGFELLEVDERT**

CC BY 4.0

Nøkkelord: psykoterapi, kvalitativ metode, terapeututvikling

Fra spørreundersøkelser vet vi at mer enn 80 % av terapeuter har erfaring med å være pasient i psykoterapi (Orlinsky et al., 2005, 2011; Rønnestad et al., 2016). Mange terapeuter søker psykoterapi både før, under og etter utdanning, og ofte av samme grunner som andre mennesker søker terapi. I flere videreutdanninger er egenerapi en obligatorisk del av opplegget. Tanken bak er at egenerfaring med å være pasient i terapi kan være en viktig arena for læring, ikke minst når det gjelder å utvikle klinisk ekspertise (Taubner et al., 2013). Følelsesmessig krevende kliniske situasjoner kan aktivere egne livserfaringer og vekke sterke følelser i terapeuter. Det å kjenne seg selv (Freud, 1958; Maroda, 2022; Yalom, 2003) og å ha erfart hvordan det er å være «i den andre stolen» (Bennett-Levy, 2019; Bento & Sousa, 2022; Probst, 2015), kan være nyttig i møte med komplekse situasjoner (Anderson et al., 2009; Moltu et al., 2010) og bidra til å forebygge uheldig praksis (Nissen-Lie et al., 2021; Victor et al., 2022).

Det fins ingen enkel måte å måle om terapeuters egenerapi i sin tur har effekt på pasientene (Moe & Thimm, 2021; Willemsen et al., 2024). Å tenke på terapeuters egenerapi som en «faktor» som skal ha en bestemt virkning på en «variabel», er en forenkling. Terapeuten er et menneske med agens og intensjonalitet. Likeledes er pasienten et menneske med agens og intensjoner som i stor grad er med på å skape egen bedring (Constantino et al., 2021). I sum blir det for mye å kontrollere for å dokumentere hvordan A's terapierfaringer i 2020, og alt hun eller han gjør med erfaringene i etterkant, påvirker den høyst levende B's erfaringer som pasient hos A i 2025.

Terapeuter oppsøker terapi av ulike grunner og på ulike tidspunkter i livet. Effekten av egenerapi virker sammen med alle andre aktiviteter som terapeuter er involvert i, som å delta på seminarer, gå i veiledning eller lese, for ikke å snakke om å trene eller å oppleve viktige relasjonelle erfaringer i privatlivet. Chow et al. (2015) fant sammenheng mellom pasienters bedring og hvor mye tid terapeuter bruker på å utvikle egne kunnskaper og ferdigheter. I en oversiktsartikkel om terapeutfaktorer fant Nissen-Lie et al. (2023) at kvaliteter ved terapeuten, som gode interpersonlige ferdigheter, empatisk evne, responsivitet og å kunne håndtere egen motoverføring, har betydning for pasienters bedring. Vi kan anta at dersom terapeuter over tid arbeider aktivt med sin egen faglige og menneskelige utvikling, og tar vare på helsen sin, kan dette komme pasienter til gode. Vi kan også anta at det at terapeuter aktivt tar vare på egen fagutvikling og helse, vil være vesentlig for å forebygge utbrenthet i hjelperollen (Rønnestad & Skovholt, 2013; Råbu & McLeod, 2018). Men å spesifisere effekten av egenerapi i seg selv, blant alle utviklingsaktivitetene som utgjør et profesjonelt og personlig liv, det vil være vanskelig.

Kvalitative og meningsskapende tilganger til forskningsfeltet kan bidra med nyttige perspektiver. I en serie kvalitative studier har vi undersøkt hvilke erfaringer terapeuter har med å ha vært eller være pasient i terapi,

og hvilke tanker de har om hvordan erfaringene omsettes i praksis når de selv arbeider som terapeuter. Vi har brukt ulike metodiske tilnærminger og utforsket ulike utvalg av terapeuter (Råbu et al., 2021, 2024, 2025) for å få tak i flere perspektiver i forståelsen av fenomenet.

Undersøkelsene sprang ut av et forskningsprosjekt hvor vi studerte utviklingsprosesser i psykoterapi. Vi brukte kvalitative serie-intervjuer med pasienter og terapeuter, samt selvrapporteringskjemaer og lydopptak av terapitimer (Råbu et al., 2013; Råbu & Moltu, 2021). Terapeuters profesjonelle og personlige utvikling var en viktig del av dette prosjektet (Bernhardt et al., 2019, 2021, 2024; Råbu, 2014; Råbu et al., 2016, 2021, 2024, 2025; Råbu & McLeod, 2018). Da vi begynte å analysere intervjuene (Råbu et al., 2013) med et analytisk blikk på hva terapeutene hadde fått ut av egenerapi, var det i mange av intervjuene som om intervjueren og den som ble intervjuet, raskt ble enige om at egenerapi var nyttig og bra. Vi fikk en opplevelse av at vi delte noe innforstått og usagt. Dermed ble ikke temaet utforsket grundig nok. Med bakgrunn i denne observasjonen bestemte vi oss for å undersøke våre egne erfaringer på området refleksivt, før vi gikk videre og analyserte intervjuene. Seks psykologer i prosjektgruppa stilte oss selv og hverandre spørsmål om hva vi har med oss av erfaringer fra å være pasient i terapi, og hvordan vi bruker slike erfaringer når vi selv er terapeuter. Vi startet med å skrive hvert vårt notat, delte og leste hverandres tekster, og møttes til seminardager hvor vi diskuterte og kom fram til en sammenfatning av erfaringene våre (Råbu et al., 2021).

I forlengelsen av den selvbiografiske studien gjorde vi en studie hvor vi fikk åtte psykologer i alderen 30–40 år til å delta i en tretrinns undersøkelse. Først skrev deltakerne en lengre refleksjon over spørsmålene: Hvorfor gikk jeg i terapi, og hva forventet jeg? Hvordan påvirket terapien meg personlig? Hva fikk jeg ut av det? Hvordan har erfaringene med å gå i terapi hatt betydning for arbeidet mitt som terapeut? Deltakerne leste så hverandres tekster, og møttes til fokusgrupper hvor de drøftet erfaringene med hverandre. Siden formulerte de ettertankene sine i et oppdatert refleksjonsnotat (Råbu et al., 2024). Til slutt gjorde vi ferdig analysen av de kvalitative serie-intervjuene med terapeutene i hovedstudien (Råbu et al., 2025).

Den norske fagkonteksten er særpreget av et høyt utdanningsnivå for de som driver psykoterapi i de offentlige helsetjenestene. Terapeutene er hovedsakelig psykologer, psykologspesialister og til en viss grad psykiatere. Etter profesjonsutdanningene er det vanlig med en lengre psykoterapeutisk videreutdanning innen spesifikke retninger. Disse kan være for eksempel psykodynamisk terapi, kognitiv terapi eller emosjonsfokustert terapi. Fagfolk med denne kompetansen jobber med psykoterapi i institusjoner på primær- eller spesialisthelsetjenestenivå, i privat praksis med offentlig refusjon eller i helprivate virksomheter. Felles for disse er at psykoterapi har relativt høy status, og at den profesjonelle utøveren har

relativt stor grad av autonomi sammenlignet med andre land. Den særegne norske konteksten for utdanning og praktisering av psykoterapi er en grunn til å syntetisere forskning som er gjort på opplevelsen av egenerapi hos norske terapeuter.

Forskingsspørsmålet i metasyntesen er: Hvordan bruker psykoterapeuter i en norsk kontekst erfaringer fra å være psykoterapipasienter når de selv arbeider som terapeut?

Metode

Den overordnede metodologiske tilnærmingen er hermeneutisk-fenomenologisk (Binder et al., 2012, 2024a; Lavery, 2003), hvor vi reflekterer over forforståelsen vår, fortolker materialet og utvikler forståelse i dialog med materialet vi utforsker (Alvesson & Sköldbberg, 2017; Binder et al., 2024b). Vi har fulgt Timulaks (2009) anbefalinger for metasyntese av kvalitative psykoterapistudier.

Inklusjon av primærstudier

Metodologisk retter vi oss mot dybde i inklusjonen. Det gir mulighet for kunnskap som er anvendelig når det gjelder utdanning og terapeututvikling i norsk sammenheng. Følgende kriterier gjaldt for inklusjonen: Studier av norske psykoterapeuter, med autorisasjon som psykolog eller lege, sine erfaringer med å være pasient i terapier. Studiene måtte være gjennomført som strukturert kvalitativ forskning, og publisert i fagfelle-vurderte vitenskapelige tidsskrifter. Vi gikk inn i dette prosjektet med en forventning om at våre egne gjennomførte studier på området var de eneste som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Vi kontrollerte antakelsen ved å søke i databaser og spørre vårt nettverk av norske psykoterapiforskere. Hverken databaser eller forskernetverket kjente til andre publiserte artikler som tilfredsstilte kriteriene. Vi inkluderte derfor våre tre primærstudier fra en norsk kontekst som data i metasyntesen.

Datamateriale

Resultatdelene av de tre inkluderte artiklene utgjør datamaterialet i studien. Dette består av 10500 ord som beskriver funnene på tvers av de tre artiklene. Artiklene presenterer temaer og kategorier fra kvalitative dybdeanalyser. På tvers av artiklene presenteres funnene som 17 temaer/meningskategorier (tabell 1). Til sammen har 29 psykoterapeuter inngått i datamaterialet (20 kvinner og 9 menn). Femten deltakere var rekruttert fordi lederne deres mente de var gode terapeuter, åtte deltakere responderte selv aktivt på en invitasjon til en studie om egenerapi, og seks deltakere var psykoterapiforskere med lang klinisk erfaring i en selvbiografisk studie. I alle de tre delstudiene kan deltakerne sies å ha vært særlig engasjert

i temaet for undersøkelsen. Kvalitative studier tar ikke nødvendigvis sikte på å rekruttere et representativt utvalg. Det er viktigere at deltakerne er noen som kan tenkes å ha gjort seg refleksjoner om fenomenene som undersøkes (Malterud et al., 2021). Psykologer var den største yrkesgruppen med 26 deltakere. To var psykiatere og en var klinisk sosionom. Når det gjelder faglig orientering, oppga de fleste at de var påvirket av psykodynamiske eller integrative/humanistiske perspektiver. Noen hadde videreutdanning i emosjonsfokusert terapi, mentaliseringsbasert terapi eller kognitiv terapi. Datamaterialet representerer dermed ulike erfaringer med og perspektiver på egenerapi i en norsk kontekst.

Kvalitativ metaanalyse

Dataanalysen er gjennomført i tråd med de systematiske stegene for kvalitativ metaanalyse i psykoterapiforskning som beskrives av Timulak (2009). I første steg trakk vi ut resultatene fra de inkluderte artiklene som data i analysen. Som andre steg leste vi grundig gjennom dataene linje for linje, og noterte oss ideer og abstraksjoner som gikk igjen på tvers av datamaterialet. I tredje steg gjennomførte vi et full dags analyseseminar hvor vi gikk systematisk gjennom de individuelle notatene og utviklet metaanalytiske temaer. Disse metatemaene var abstraksjoner som fanger variasjon på tvers av de inkluderte artiklene. I fjerde steg videreutviklet vi de preliminnære abstraksjonene til en prosessmodell som svarte på forskningsspørsmålet (figur 1). Til slutt gikk vi tilbake til de tre inkluderte artiklene og kontrollerte prosessmodellen for korrespondanse. Tabell 1 viser en oversikt over de 17 meningskategoriene, og hvordan de inngår i prosessmodellen.

Refleksivitet

I den kvalitative forskningsprosessen reflekterer vi kontinuerlig over fortolkninger vi gjør av fenomenene vi studerer (Alvesson & Sköldbberg, 2017; Binder et al., 2012, 2024a, 2024b; Lazard & McAvoy, 2020). Dette er sentralt for studien her: Vi har planlagt og gjennomført studiene som er inkludert i metaanalysen, og vi inngår også selv i datamaterialet som deltakere i den selvbiografiske studien. Vi har dermed nærhet til materialet, på godt og vondt. Vår egen kunnskap om psykoterapi og erfaring som terapeuter og pasienter gjør at vi kan gå dypere inn i fortolkning og forståelse av erfaringene som deltakerne forteller om. Samtidig er vi bevisst på at våre egne erfaringer og perspektiver på psykoterapi har betydning for hva vi oppfatter og vektlegger. Vi forstår psykoterapi som komplekse relasjonelle prosesser, og ikke som for eksempel en teknikk der den ene gir eller lærer bort noe til den andre, eller som noe som kan sammenlignes med en medisin (Råbu & Moltu, 2021). Vi har hele veien vært opptatt av å utfordre våre egne forforståelser, som da vi oppdaget at vi hadde tatt mye for gitt da vi gjorde de første terapeutin-

TABELL 1

Datamateriale: kategorier og temaer i de tre inkluderte artiklene

Artikkel	Meningskategori	Metatema (1-5)
Råbu, McLeod, Haavind, Bernhardt, Nissen-Lie & Moltu (2021). How psychotherapists make use of their experiences from being a client: Lessons from a collective autoethnography. <i>Counselling Psychology Quarterly</i> , 34 (1), 109-128.	Being a client – before I had an idea of becoming a therapist	1
	Exploring fantasies and realities in client work as a result of working through complex personal issues	3, 5
	Transforming negative experiences from personal therapy into knowledge as a professional therapist	4
	Powerful positive experience in personal therapy can become a central aspect of professional practice	2, 3, 4, 5
Råbu, Binder & Moltu (2024). Living the language of psychotherapy. How therapists use their experiences from being patients in psychotherapy. <i>Journal of Contemporary Psychotherapy</i> , 54(4), 353-362.	The suffering – real needs	1
	Ambivalence of sharing vulnerability	2
	Living the language of psychotherapy	3
	Therapists become so important that they can easily hurt	4
	Addressing shame together	2
	Using one's therapist as an inner model when working with patients	4
Råbu, McLeod & Moltu (2025). Psychotherapist personal therapy as a pathway towards relationally oriented practice. <i>Counselling and Psychotherapy Research</i> , 25(2), e12844.	The personal context of therapy: I needed help	1
	The therapist being present and authentic made me feel more real	2
	Being accepted made me more generous toward others	2, 3
	Becoming able to set boundaries made me healthier	2, 3, 4, 5
	Experiencing needs in the patient role made me become safer in prioritising presence with my own patients	4, 5
	My therapist has become an internal representation that I can use	4
	Disappointments in therapy sensitised me to what can be hurtful for patients	4, 5

Merknad. Tabellen viser alle meningskategoriene med spesifikasjon av metatema (1–5) for hver meningskategori. Meningskategoriene er hentet fra de tre artiklene.

tervjuene. Vi har også invitert kolleger med forskjellige terapisynter til å delta i refleksjon omkring egne erfaringer, og å være med på å utvikle forståelser sammen med oss. Kunnskapen som kommer ut av studiene, er knyttet til kontekst, og kan brukes av andre til videre refleksjon.

Resultater

Metasyntesen er presentert som en prosessmodell med fem elementer. Det første elementet (autentisk behov) handler om utgangspunktet for at terapeuten oppsøkte terapi. De tre neste elementene (genuin kontakt, erfart symbolisering og modellering), handler om betydningsfulle erfaringer i terapien, og det femte (opplevd trygghet og mot som terapeut) oppsummerer hva terapeuten har med videre i eget arbeid som psykoterapeut. Tabell 1 viser hvordan ulike primært temaer går inn i de ulike metatemaene i prosessmodellen, og figur 1 gir en visuell oversikt over prosessmodellen.

Tema 1. Autentisk behov

De fleste deltakerne hadde søkt terapi på grunn av et opplevd behov snarere enn som en utdanningsbegrunnet erfaring. Mange søkte terapi allerede før de begynte å

studere. Noen fortalte om plager som kan defineres som diagnostiserbare psykiske lidelser, som angst, depresjon eller anoreksi. Noen beskrev belastninger som alvorlige traume-erfaringer, komplisert sorg og sårbar selvfølelse. «Jeg følte på mange måter at jeg hadde et godt liv, men på andre måter var jeg mye engstelig og usikker.» Mange hadde kompliserte relasjonelle erfaringer fra viktige relasjoner tidlig i livet: «Min far var alkoholiker og gambler, og erfaringene mine med ham preget meg veldig, med tanke på hvordan jeg relaterte meg til andre da jeg var ung.» Noen strevde med livsbelastninger og dilemmaer, som å gå gjennom en skilsmisse eller å streve med å finne seg en kjæreste. En av deltakerne som hadde hatt mye å streve med, sa at «Jeg tror jeg må si det så sterkt som at psykoterapi har reddet livet mitt og helsa mi». Flere hadde opplevelsen av at erfaringer med å få hjelp i form av psykoterapi hadde vært avgjørende i så måte.

Samtidig var det mange som hadde gått i terapi som del av videreutdanninger. De fleste gjorde dette i tillegg til terapi de hadde oppsøkt på grunn av opplevd behov. Noen få hadde en mer instrumentell tilnærming, hvor de hadde tenkt og snakket med medstudenter om at det ville være lurt å skaffe seg erfaring fra egenterapi. «Det var både genuint og for å lære.» Mange av deltakerne var opptatt av å ikke knytte erfaringen med å være pasient for sterkt til den profesjonelle identiteten, gjennom for eksempel å

kalle det «egenterapi» istedenfor bare å kalle det terapi. Noen understreket at å kalle det «egenterapi» kjentes som en eufemisme, da det var snakk om ekte lidelse og hjelpebehov. Flere var bekymret for om de skulle være «for mye» for terapeuten sin, og kjente på dilemmaer knyttet til hvor mye de kunne vise og dele av det de strevde med. Noen fryktet at terapeuten skulle tenke at de var for eksempel for sårbare, eller for emosjonelt ustabile, til å være noen som kan hjelpe andre. Det å våge «å være pasient på ordentlig» og våge å vise følelser, gråte, og ikke bare diskutere saklig med en kollega, ble viktig.

Tema 2. Genuin kontakt

En utbredt erfaring var at deltakerne hadde kjent behov for, og våget, å vise mer sårbarhet i rollen som pasient enn de hadde forestilt seg på forhånd. Det å bli møtt med vennlighet og anerkjennelse av at deres egne behov og livsproblemer var reelle og legitime, var avgjørende. Likeledes det å oppleve kontakten med terapeuten som autentisk.

Jeg hadde en følelse av tilstedeværelsen hennes når jeg snakket med henne, måten hun tok imot det jeg fortalte ... Jeg følte at hun veldig langt på vei engasjerte seg personlig i det jeg fortalte. Jeg følte at hun var autentisk, og ikke kontrollert eller tilbakeholden. Og jeg følte at det var med på å gjøre meg til en som betyr noe. Det følte veldig ekte, at gjennom hennes oppmerksomhet og nærhet og autenticiteten hun viste, så ble jeg mer virkelig. Det ga meg mer rom, gjorde meg til en som teller.

Flere hadde erfaringer med å møte igjen terapeuten etter at terapien var avsluttet, for eksempel i faglige sammenhenger, og å føle litt usikkerhet omkring hvordan det er «riktig» å møtes når man både er kolleger og har vært pasient og terapeut. I slike sammenhenger var det en lettelse å fremdeles bli møtt av den tidligere terapeuten på en vennlig alminnelig måte. Deltakerne erfarte med dette hvor viktig det kjentes å få tegn på at behandler likte en som person.

Tema 3. Erfart symbolisering

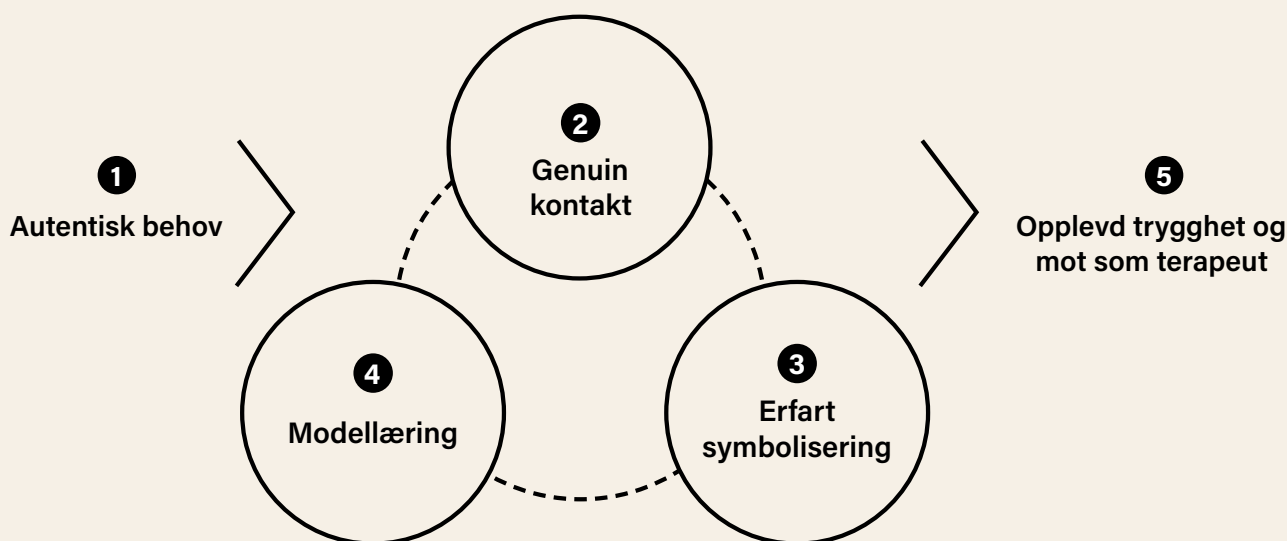
Å bli møtt med empati og varme var grunnleggende og avgjørende, men ikke tilstrekkelig. Det var også viktig at terapeuten kunne forstå og være med på å gi mening til komplekse erfaringer. Deltakerne trengte at noen tok imot noe personlig som er sårbart og komplisert, og kanskje dramatisk, på en rolig måte. Slik kan det strevsomme etter hvert tenkes og snakkes om, og forstås på nye måter. Det er gjerne en lettelse å føle seg som en som kan bli forstått av en annen. Det å kunne artikulere seg, forstå og tåle mer av seg selv kan igjen bidra til at man kan forstå og tåle mer av andre. «Det har kanskje vært det viktigste med min egen terapi, at jeg har vært i så mange av mine egne mørke avkroker.»

Den sterke erkjennelsen av kraften i det å bli forstått bidro til håp om å kunne være til hjelp for andre. For noen kjentes det som et «være eller ikke være» som terapeut, å erfare selv at terapi faktisk hjelper. «Man kan lese om for eksempel effektstørrelser, men det er noe helt annet å oppleve det på ordentlig.»

Betydningen av kompliserte begreper, som for

FIGUR 1

Visuell fremstilling av prosessmodellen



eksempel «overføring», ga mening på en ny måte når det ble erfart fra pasientperspektivet. Det å ha inngående kjennskap til begreper og teorier opplevdes som nyttig: «Å ha kunnskap om terapi kjennes utelukkende som en fordel. Jeg fikk en følelse av å få noe ekstra, eller å få noe lettere enn andre, i og med at vi delte fagspråket.» Denne erkjennelsen var også kilde til empati med pasienter som ikke har slik bakgrunnskunnskap: Hvordan skal vi best formidle det til andre?

Tema 4. Modellæring

Deltakerne var opptatt av å bruke det som hadde vært godt og nyttig i egne terapier som inspirasjon til å gjøre det samme, og å bruke dårlige erfaringer som påminnelse om å være på en annen måte i møte med sine egne pasienter. «Han har absolutt blitt en rollemodell som jeg har med meg, både når jeg er terapeut og ellers.» Deltakerne hadde fått med seg intervensjoner og metaforer fra terapeutene sine.

Jeg merker at ting hun har sagt, har påvirket meg, for eksempel metaforer som hun brukte, som jeg har beholdt og bærer med meg, og bruker når det passer. De er ikke alltid like gode når jeg gjenbraker dem, men noen ganger er det veldig bra. Da føles det som om jeg har terapeuten min med meg på skuldra i timen, og det kjennes godt.

Et eksempel var det å bli invitert til å respondere personlig på terapeuten dersom deltakeren hadde snakket om en følelse, og terapeuten sa for eksempel: «Var det noe med meg? Var det noe jeg gjorde som fikk deg til å føle slik?» Jeg ville ikke ha turt å snakke så personlig til henne om hun ikke hadde invitert meg til det. Og nå, med mine egne pasienter, spør jeg ofte om slike ting.»

Opplevelsen av å møte en terapeut som var åpen, tålmodig og vennlig nysgjerrig, og som stolte på prosessen, var viktig. Deltakerne følte at dette hadde bidratt til at de selv kunne være åpne og støttende både i sin egen utvikling og overfor mennesker som de møter i rollen som terapeut.

Jeg er veldig klar over den forskningen som viser at tilsynelatende så gjør det ingen forskjell om du går i egenerapi eller ikke. Samtidig som det er veldig mange terapeuter som sier at det betyr så veldig mye, at det har vært avgjørende ... Det hender, når jeg sitter med pasienter, at tanken dukker opp, hva ville hun (terapeuten min) ha sagt til dette? Hun har blitt et ganske sterkt indre objekt.

Denne indre terapeuten var noe som deltakerne kunne bruke som hjelp til å opprettholde en åpen og reflekterende holdning i møte med egne pasienter.

De fleste deltakerne hadde opplevd egne terapier først og fremst som hjelpsomme og nyttige. Allikevel

kunne det være aspekter eller situasjoner hvor de følte seg skuffet over eller var kritiske til terapeuten sin. Noen få hadde markant negative erfaringer, men som de i ettertid tross alt oppfatter som nyttige, som en kontrast til hva de tenker er god terapi. De dårligste erfaringene handlet om det å oppleve terapeuten som for passiv.

Det følte seg som om det jeg kom med, ikke ble tatt imot. Og jeg sa det mange ganger til han. Jeg følte at han ikke koblet seg på min opplevelse. Han ble for passiv, engasjerte seg ikke i det jeg kom med. Kanskje det bare var jeg som ikke klarte hans nivå av abstinensregelen. Men jeg følte at han anvendte den i en slik grad at jeg ble helt uten kontakt med terapeuten min. Det ble stumt. [...] Og den erfaringen har gjort meg veldig bevisst på at jeg ikke vil være sånn som han.

Andre hadde erfaringer med skuffelser som ikke var like gjennomgripende som eksempelet over, men som allikevel var betydningsfulle.

Noen ganger hendte det at det så ut som om hun skulle til å gjespe. Det var fullstendig forståelig, for jeg var der på kveldstid, men det gjorde sterkt inntrykk på meg. Og det gjorde meg oppmerksom på: Hvordan skal jeg være, oppføre meg, se ut når jeg er med pasientene mine?

En viktig erkjennelse var at terapeuter kan bli så betydningsfulle at de lett kan komme til å såre. En deltaker hadde fått en kommentar fra terapeuten helt mot slutten av terapien om at han ikke var så god til tur-taking. Kraften i det å ha blitt misforstått, å oppleve terapeuten som kritisk eller at hun «tok parti med moren min», hang igjen og kunne gjøre vondt lenge. «Det gjorde et enormt inntrykk på meg. Det er noe jeg har hatt i bakhodet, hvor hardt det kan ramme om terapeuten er krass eller irritert på en pasient.» Disse erfaringene gjorde dem ikke nødvendigvis mer engstelige som terapeuter, men bidro til oppmerksomhet på risikoen for å såre, og ydmykhet for ansvaret som det innebærer å komme nær andres sårbarhet og lidelse, og bevisstgjøring om betydningen av maktforskjell i relasjoner.

Tema 5. Opplevd trygghet og mot som terapeut

Den levde erfaringen med å ha kjent skam, men våget å dele noe personlig og smertefullt, og å bli møtt med varme, interesse og forsøk på å forstå og skape mening, bidro til en erkjennelse av hvor grunnleggende det er å bli møtt med vennlighet og nærvær når man kjenner seg sårbar. Det gjorde dem mer bevisst på å prioritere eget oppmerksomme nærvær i møte med andres smerte. Dette var også basert på en opplevelse av at det kan være

krevenne å være nær andre, og at det tidvis er fristende å skape avstand og dermed unngå lidelse. «Det å ha et vitne, selv om du har delt noe ekstremt vondt bare med den ene personen, er forløsende ... Jeg prøver å være et sånt menneske som pasienter kan våge å dele noe ekstremt vondt med.»

Det å arbeide seg gjennom konfliktfulle og kompliserte personlige vanskeligheter i sin egen terapi, bidro til tillit til egen evne til å kunne symbolisere noe som er komplekst, og det ga større mot til å gå inn i komplekse problemstillinger hos pasienter. For noen var det helt avgjørende: «Jeg tror ikke jeg kunne ha arbeidet som terapeut om jeg ikke selv hadde gått i terapi.» Den levde erfaringen med å være sammen med en terapeut på måter som opplevdes genuint meningsfull og livsendrende, ga trygghet til å stole på at det kan ha betydning å tilby en slik hjelpende relasjon til andre.

Diskusjon

Terapeuters erfaringer med å gå i terapi ligner på det som andre folk får ut av å gå i terapi, som bedre selvfølelse og større trygghet i relasjoner (Levitt et al., 2016). Det er likevel noen utfall som er spesifikke på måter som har betydning for deltakernes arbeid med å være terapeut for andre. Det å ha med seg en indre modell av en terapeut var en støtte, både i livet og i arbeidet som terapeut. Deltakerne hadde også en følelse av at det var lettere for dem å ha utbytte av terapi, siden de vet hva det går ut på, og kjenner til fagspråket. I tillegg fikk de levde erfaring med faglige begreper, som var til god nytte for dem i arbeidet. Sagt på en annen måte: De fikk flyttet noen av de abstrakte terapibegrepene fra en teoretisk forståelse til en erfart forståelse. Som et resultat av erfaringen hadde de en opplevelse av å ha blitt tryggere og modigere i møte med komplekse situasjoner og relasjoner.

Vår foreslåtte prosessmodell kan være nyttig i en terapiutdanningskontekst. Den gir et rammeverk for å forstå hvordan egenerapi kan innlemmes i terapeutens profesjonelle utvikling over tid. I stedet for å betrakte terapi som et enkeltstående tiltak med en enkeltstående effekt viser modellen hvordan innsikt, holdninger og ferdigheter kan utvikles meningsfullt gjennom sykluser av erfaring, refleksjon og praksis. I tråd med anbefalinger fra Wigg et al. (2011) kan vi tenke på terapi som et element i en alltid pågående holdningsrefleksjon. Dette er i tråd med forståelsen av profesjonell læring som en refleksiv prosess, hvor man handler og justerer seg i lys av alltid pågående erfaring (Schön, 2017). Prosessmodellen viser at læring skjer i et komplekst samspill mellom personlig og faglig utvikling (Bernhardt et al., 2019), og at betydningen av egenerapi varierer med tidspunkt, livssituasjon og klinisk modenhet (Rønnestad & Skovholt, 2013).

En alternativ inngang til å forstå terapeuters terapi-erfaringer er forestillingen om «the wounded healer»

(Zerubavel & Wright, 2012), som kolleger har skrevet innsiktsfullt om. Basert på funnene våre tenker vi at det kan være konstruktivt å sette «woundedness» som forgrunn for forståelsen av fenomenene. Deltakerne i studiene våre kan antas å ha vært særlig interessert og engasjert i terapeututvikling, i så sterk grad at de aktivt har brukt tid og innsats på å være med i et forskningsprosjekt. Dette er nyttig fordi de da kan sees som informasjonsrike deltakere i studiene (Malterud et al., 2021). I den ene delstudien (Råbu et al., 2025) ble deltakerne rekruttert ved at lederne deres foreslo terapeuter som de oppfattet som dyktige og effektive i arbeidet med pasienter. Det er derfor ingen grunn til å tro at disse deltakerne var spesielt sårbare eller trengende. I prosessmodellen vår blir det sentralt at lidelse er et fellesmenneskelig anliggende. Livet inneholder lidelse, og erfaringer med lidelse er en del av det å være menneske (Binder, 2020). Da må vi også forholde oss til vår egen sårbarhet. Det er neppe konstruktivt å betrakte «The wounded healer» (Dunne, 2015; Hadjiosif, 2021) som en statistisk identitet eller forutsetning. Isteden kan vi tenke på psykoterapi som måter å forholde seg til lidelse på (Miller, 2004), og psykoterapi som en praksis hvor man tilbyr rom for åpenhet, forståelse og meningsskaping (McLeod & Sundet, 2022). Som andre folk har terapeuter mange forskjellige erfaringer og livsbelastninger. Selv om fordelingen av belastninger langt ifra er lik, enn si rettferdig, er det ikke slik at noen er såret, mens andre ikke er det (Adams, 2024). Sentralt i funnene våre er prosesser der lidelse kan artikuleres, tales og gis mening. Egen erfaring fra terapi kan være en meningsfull støtte for terapeuten når hun eller han igjen skal lede egne pasienter i slike prosesser.

I innledningen påpekte vi at det er vanskelig å dokumentere årsakssammenheng mellom en terapeuts egen terapierfaring og nytten pasientene deres har av at terapeuten deres har slik erfaring. Med utgangspunkt i forskningslitteraturen og funnene våre vil vi hevde at ideen om en slik direkte og målbar effekt ikke er relevant for å forstå så komplekse sammenhenger. Lidelse, traumatiske og såre opplevelser og psykiske vansker er godt dokumentert i populasjonen som jobber som psykoterapeuter (Adams, 2024; Kästner et al., 2025; Maroda, 2022). I tillegg vil arbeidet som psykoterapeut uavlatelig og over tid sette terapeuten i nær kontakt med andres lidelse og traumer på en menneskelig krevenne måte (Skovholt, 2005; Råbu et al., 2016; Råbu & Moltu, 2021). Videre vet vi at psykoterapi kan være nyttig nettopp for å behandle, bearbeide og komme videre fra slik lidelse (Wampold, 2015). Endelig har vi en rekke studier nasjonalt som vi har re-analysert her (Råbu et al., 2021, 2024, 2025), og internasjonalt som vi har referert til i innledningen (Bento & Sousa, 2022; Willemsen et al., 2024). Disse viser hvordan terapeuter opplever at egenerapien har vært nyttig og ofte nødvendig for å ha det godt i eget liv, og for å fungere godt i arbeidet. Vi vil hevde at denne resonnementsrekken, som bygger på ulike og godt

etablerte kunnskapsbiter, er tilstrekkelig for å slå fast at egenterapi har en viktig plass i fagutviklingen for folk som skal jobbe som psykoterapeuter. Dette gjelder særlig når terapien er basert på et opplevd behov og et ønske om å gjøre seg nytte av en slik erfaring.

Begrensninger

Vi avgrenset inklusjonen av studier til en norsk fagkontekst, begrunnet i det spesifikke ved denne konteksten. I internasjonale publikasjoner har vi diskutert temaet i lys av bredere litteratur, noe som på den ene siden gir flere perspektiver på materialet, men som på den andre siden kan hindre dybde. I denne artikkelen har vi prioritert kontekst-dybde fremfor bredde, som har fordeler og begrensninger knyttet til seg. Vi står nært materialet som forfattere av alle tre primærstudiene. Dette er en begrensning som vi har forsøkt å møte med transparens og refleksivitet, slik at lesere selv kan vurdere anvendeligheten til analysen. I kvalitativ forskning tar vi ikke sikte på å undersøke representative utvalg for å generalisere statistisk til en populasjon. Snarere ønsker vi å studere deltakere som kan ha spesielt relevante erfaringer, eller et spesielt informasjonsrikt språk til å beskrive disse erfaringene. Tanken bak er at beskrivelsene kan skape resonans, gjenkjennelighet og relevans i andre kontekster. Slik vil all forskning innebære en form for generalisering ved at funnene har verdi utover seg selv. Ekstern generalisering, eller snarere overførbarhet, handler om å gi funnene mening og relevant kontekst (Maxwell, 2021).

Konklusjon

Egen erfaring med terapi beskrives av terapeutene som en avgjørende kilde til personlig og faglig utvikling. Erfaringene gir økt innsikt i egen sårbarhet, styrker relasjonell sensitivitet og bidrar til refleksjon over en selv som terapeut. Prosessmodellen vår foreslår at betydningen av egenterapi henger sammen med situasjon, fase og kontekst, og kan forstås som et mulig element i en alltid pågående profesjonell utviklingsprosess. ♫

REFERANSER

- Adams, M. (2024). *The Myth of the Untroubled Therapist. Private Life, Professional Practice*. Routledge.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Reflexive methodology. New vistas for qualitative research*. SAGE.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: the theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 133–145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Bento, F. & Sousa, D. (2022). The therapist's personal therapy: What influence does it have on their clinical practice? *European Journal of Qualitative Research in Psychotherapy*, 12, 111–124. <https://ejqrp.org/index.php/ejqr/article/view/176>
- Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H. A., Moltu, C., McLeod, J. & Råbu, M. (2019). «It's both a strength and a drawback». How therapists' personal qualities are experienced in their professional work. *Psychotherapy Research*, 29, 959–970. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1490972>
- Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H. A., Moltu, C. & Råbu, M. (2024). «Feeling at home» or not? A qualitative investigation into therapists' experienced congruence between their personal self and their professional role. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 14, 1–16. <https://doi.org/10.24377/EJQRP.ARTICLE3097>
- Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H. A. & Råbu, M. (2021). The embodied listener: A dyadic case study of how therapist and patient reflect on the significance of the therapist's personal presence for the therapeutic change process. *Psychotherapy Research*, 31, 682–694. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1808728>
- Binder, P. E. (2020). *Eksistensiell psykologi*. Fagbokforlaget.
- Binder, P. E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–116. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>
- Binder, P. E., Moltu, C. & Råbu, M. (2024a). Teambasert eksplorerende refleksiv analyse – en dialogbasert tilnærming. I L. Lorås (Red.), *Håndbok i kvalitativ forskning* (s. 259–268). Fagbokforlaget.
- Binder, P. E., Råbu, M. & Moltu, C. (2024b). Hermeneutisk fenomenologi – en refleksiv forskertilnærming. I L. Lorås (Red.), *Håndbok i kvalitativ forskning* (s. 107–120). Fagbokforlaget.
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A. & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52, 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Constantino, M. J., Boswell, J. F. & Coyne, A. E. (2021). Patient, Therapist, and Relational Factors. I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley.
- Dunne, C. (2015). *Carl Jung: Wounded healer of the soul*. Watkins.

- Freud, S. (1958). Recommendation to physicians practicing psychoanalysis. I J. Strachey, A. Freud, A. Strachey & A. Tyson (Red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Bd. 12, s. 111–116). Hogarth. (Opprinnelig utgitt 1912)
- Hadjiosif, M. (2021). The ethos of the nourished wounded healer: A narrative enquiry. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 23(1), 43–69. <https://doi.org/10.1080/13642537.2021.1881137>
- Kästner, D., Schestag, L., Brähler, E., Longley, M., Franken, F., Martinez Moura, C., Ehlers, K., Liselotte Marie, S., Klapprott, F., Strauß, B. & Gumz, A. (2025). Revisiting the wounded healer concept—Associations between childhood maltreatment, adult attachment and the alliance bond capacity of prospective therapists. *British Journal of Psychotherapy*, bjp.12983. <https://doi.org/10.1111/bjp.12983>
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2, 1–29. <https://doi.org/10.1177/160940690300200303>
- Lazard, L. & McAvoy, J. (2020). Doing reflexivity in psychological research: What's the point? What's the practice? *Qualitative Research in Psychology*, 17, 159–177. <https://doi.org/10.1080/14780887.2017.1400144>
- Levitt, H. M., Pomerville, A. & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801–830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Malterud, K., Siersma, V. & Guassora, A. D. (2021). Information power: Sample content and size in qualitative studies. I P. M. Camic (Red.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (s. 67–81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000252-004>
- Maroda, K. J. (2022). *The analyst's vulnerability. Impact on theory and practice*. Routledge.
- Maxwell, J. A. (2021). Why Qualitative Methods are Necessary for Generalization. *Qualitative Psychology*, 8, 111–118. <https://doi.org/10.1037/qup0000173>
- McLeod, J. & Sundet, R. (2022). Psychotherapy as making. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1048665>
- Miller, R. B. (2004). *Facing human suffering: Psychology and psychotherapy as moral engagement*. American Psychological Association.
- Moe, F. D. & Thimm, J. (2021). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology*, 73(1), 3–28. <https://doi.org/10.1080/019012276.2020.1762713>
- Moltu, C., Binder, P. & Nielsen, G. H. (2010). Commitment under pressure: Experienced therapists' inner work during difficult therapeutic impasses. *Psychotherapy Research*, 20, 309–320.
- Nissen-Lie, H. A., Heinonen, E. & Delgadillo, J. (2023). Therapist factors. I S. D. Miller, D. Chow, S. Malins & M. A. Hubble (Red.), *The field guide to better results: Evidence-based exercises to improve therapeutic effectiveness*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000358-005>
- Nissen-Lie, H. A., Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2021). The emotionally burdened psychotherapist: Personal and situational risk factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(5), 429–438. <https://doi.org/10.1037/pro0000387>
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Willutzki, U., Wiseman, H. & Botermans, J. F. (2005). The prevalence, parameters, and purposes of personal therapy in Europe and elsewhere. I J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Red.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (s. 177–191). Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T. & Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 828–842. <https://doi.org/10.1002/jclp.20821>
- Probst, B. (2015). The other chair: Portability and translation from personal therapy to clinical practice. *Clinical Social Work Journal*, 43, 50–61. <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0485-2>
- Rønnestad, M. H., Orlinsky, D. E. & Wiseman, H. (2016). Professional development and personal therapy. I J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim & L. F. Campbell (Red.), *APA Handbook of clinical psychology: Education and profession* (Bd. 5, s. 223–235). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14774-015>
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2013). *The Developing Practitioner. Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. Routledge.
- Råbu, M. (2014). Ettertanke: Hva har det å være terapeut gjort med livet mitt? I A. L. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (Red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi* (s. 291–306). Gyldendal Akademisk.
- Råbu, M., Binder, P. E. & Moltu, C. (2024). Living the language of psychotherapy. How therapists use their experiences from being patients in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 54, 353–362. <https://doi.org/10.1007/s10879-024-09634-w>
- Råbu, M. & McLeod, J. (2018). Wisdom in professional knowledge: Why it can be valuable to listen to the voices of senior therapists. *Psychotherapy Research*, 28, 776–792. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1265685>
- Råbu, M., McLeod, J., Haavind, H., Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H. A. & Moltu, C. (2021). How psychotherapists make use of their experiences from being a client: Lessons from a collective autoethnography. *Counselling Psychology Quarterly*, 34, 109–128. <https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1671319>
- Råbu, M., McLeod, J. & Moltu, C. (2025). Psychotherapist personal therapy as a pathway towards relationally oriented practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 25(2). <https://doi.org/10.1002/capr.12844>
- Råbu, M. & Moltu, C. (2021). People engaging each other: A dual-perspective study of interpersonal processes in useful therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51, 67–75. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09469-1>
- Råbu, M., Moltu, C., Binder, P. E., & McLeod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research*, 26, 737–749. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>
- Råbu, M., Moltu, C. & McLeod, J. (2013). *The art and science of conducting psychotherapy – how collaborative action between client and therapist generates and sustains productive life change*. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Schön, Donald A. (2017). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge.
- Skovholt, T. M. (2005). The cycle of caring: A model of expertise in the helping professions. *Journal of Mental Health Counseling*, 27, 82–93. <https://doi.org/10.17744/me-hc.27.1.mj5rcvy6c713tafw>
- Taubner, S., Zimmermann, J., Kächele, H., Möller, H. & Sell, C. (2013). The relationship of introject affiliation and personal therapy to trainee self-efficacy: A longitudinal study among psychotherapy trainees. *Psychotherapy*, 50(2), 167–177. <https://doi.org/10.1037/a0029819>
- Timulak, L. (2009). Meta-analysis of qualitative studies: A tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 591–600. <https://doi.org/10.1080/10503300802477989>
- Victor, S. E., Lewis, S. P. & Muehlenkamp, J. J. (2022). Psychologists with lived experience of non-suicidal self-injury: Priorities, obstacles, and recommendations for inclusion. *Psychological Services*, 19(1), 21–28. <https://doi.org/10.1037/ser0000510>
- Wampold, B. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wigg, R., Cushway, D. & Neal, A. (2011). Personal therapy for therapists and trainees: A theory of reflective practice from a review of the literature. *Reflective Practice*, 12(3), 347–359. <https://doi.org/10.1080/14623943.2011.571866>
- Willemsen, J., de Condé, H., Kaluzeviciute-Moretton, G., Guogaite, G., Polipo, N. F. & Zech, E. (2024). A qualitative meta-analysis examining the impact of personal therapy on clinical work and personal and professional development. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(3), 853–869. <https://doi.org/10.1002/capr.12733>
- Yalom, I. D. (2003). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. SD Books.
- Zerubavel, N. & Wright, M. O. D. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482. <https://doi.org/10.1037/a0027824>

TEKST Ida Stange Bernhardt
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Helene Amundsen Nissen-Lie
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Marit Råbu
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Vi forsket ikke på karakteranalyse

KOMMENTAR TIL

Sletvold, J. (2025). Utviklingen av karakteranalysen i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9), 522-529.



KONTAKT

i.s.bernhardt@psykologi.uio.no

REFERANSER

- Bernhardt, I. S. (2020). *Bridging the personal and the professional domain through reflective practice: how psychotherapists experience their personal qualities to influence their therapeutic work: Vol. no. 782*. Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.
- Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H. A., Moltu, C., McLeod, J. & Råbu, M. (2018). "It's both a strength and a drawback." How therapists' personal qualities are experienced in their professional work. *Psychotherapy Research*, 7, 959-970. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1490972>.

I septemberutgaven av *Psykologtidsskriftet* skrev Jon Sletvold en artikkel om karakteranalysens utvikling (Sletvold, 2025). Han omtaler funn fra en kasesartikkel som er forfattet av oss (Bernhardt et al. 2021), som har blitt trukket inn i ordskiftet om karakteranalyse og Karakteranalytisk institutt. Vi er glade for at artikkelen vår blir lest og satt pris på. Samtidig ser vi at Sletvolds (2025) omtale av vår forskning kan leses som at vi har utført en uavhengig studie av karakteranalytisk psykoterapi, og at vi har funnet at dette er en ekstra god terapimetode. Begge lesninger er misvisende, og vi ønsker derfor å komme med noen presiseringer.

Forskningsprosjektet vårt (Råbu et al., 2013) var ikke rettet mot å undersøke hverken karakteranalyse eller andre metodiske retninger innen psykoterapi. Vi var ute etter å studere gode utviklingsprosesser i psykoterapi. Bare en av 17 terapeuter som deltok i prosjektet, hadde videreutdanning fra Karakteranalytisk institutt. Denne terapeuten og pasienten hans ble valgt til en kasesstudie fordi de hadde bidratt med et rikt datamateriale, som passet godt til å utdype hvordan terapeutens personlige og profesjonelle tilstedeværelse opplevdes å bidra til endring. Terapiprosessen var ikke nødvendigvis bedre enn de andre terapidyadene vi undersøkte, til sammen 11 dyader (Råbu & Moltu, 2021).

Videre har et sentralt tema i forskningen vår vært hvordan personlige og profesjonelle egenskaper virker sammen hos terapeuter med ulike teoretiske orienteringer og metodiske videreutdanninger (Bernhardt, 2020; Bernhardt et al., 2018). Et viktig funn var at terapeutens kontinuerlige evne til å opprettholde refleksjon omkring hvordan det personlige og profesjonelle uunngåelig virker sammen, er avgjørende i all terapeututvikling, uavhengig av terapeutens teoretiske orientering og metodiske forankring (Bernhardt, 2020). 🧠

- Bernhardt, I. S., Nissen-Lie, H. A. & Råbu, M. (2021). The embodied listener: A dyadic case study of how therapist and patient reflect on the significance of the therapist's personal presence for the therapeutic change process. *Psychotherapy Research*, 31, 682-694. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1808728>
- Råbu, M. & Moltu, C. (2021). People engaging each other: A dual-perspective study of interpersonal processes in useful therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51, 67-75. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09469-1>

- Råbu, M., Moltu, C. & McLeod, J. (2013). *The art and science of conducting psychotherapy – how collaborative action between client and therapist generates and sustains productive life change*. Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.
- Sletvold, J. (2025). Utviklingen av karakteranalysen i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9), 522-529. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2025as06ae-Utviklingen-av-karakteranalysen-i-Norge

TEKST Rune Johan Krumsvik
Universitetet i Bergen

KI og symbiotisk intelligens – en brytningstid for helsemyndiggjøring?

KOMMENTAR TIL

Godager, G. (2025). Etikk og KI i terapirommet – en håndskrevet tekst. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 48-50.



Etisk og reflektert bruk av KI kan styrke folks helsemyndiggjøring.

I Etikkpanelet i Psykologtidsskriftet i januar løftet Gaute Godager frem ulike sider ved kunstig intelligens innenfor en terapikontekst (Godager, 2025). Selv om viktige etiske aspekt blir berørt, kunne det vært adressert i større grad hva KI kan bidra med når det gjelder helsemyndiggjøring (*health empowerment*) – spesielt når primærhelsetjenesten knaker i sammenføyningene og time hos fastlege og psykolog er lettere sagt enn gjort (Krumsvik & Slettvoll, 2025a). Kan KI fremme helsemyndiggjøring hos folk flest, hva viser kunnskapsgrunnlaget, og er vi inne i en brytningstid rundt «KI-hjelp til selvhjelp»?

Både i min KI-bok (Krumsvik, 2023a) og i en KI-artikkel (Krumsvik, 2023b) skrev jeg en del om sosiale chatboter, KI-baserte chatboter o.l., og viste til studier fra pandemien som fant at «the overwhelming majority of Replika users experienced improvements in mental wellbeing during the COVID pandemic social isolation» (Krumsvik, 2023b, s. 257; Pentina, et al., 2023). I etterkant av denne studien er det publisert flere systematiske kunnskapsoppssummeringer og metaanalyser om effekten av slike sosiale chatboter på psykisk (u)helse, depresjon, helsefremmende livsstil m.m. Zhong et al. (2024) finner i sin systematiske review og metaanalyse at «AI-chatbots demonstrate significant reductions in depression and anxiety» (s. 459). Li et al. (2023) skriver: «The meta-analysis revealed that AI-based CAs significantly reduce symptoms of depression and distress. These effects were more pronounced in CAs that are multimodal, generative AI-based, integrated with mobile/instant messaging apps, and targeting clinical/subclinical and elderly populations» (s. 1). Singh et al. (2023) konkluderer med at selv om enkelte av primærstudiene hadde metodologiske svakheter, viste metaanalysen «significant effects of chatbots for increasing total physical activity, daily steps, fruit and vegetable consumption, sleep duration and sleep quality» (s. 1).

Funnene fra disse kunnskapsoppssummeringene er særlig interessante fordi de utfordrer etablerte forestillinger om helsemyndiggjøring, hvordan terapi kan utføres, og hvordan sosiale relasjoner dannes, opprettholdes og forstås i møte med KI-baserte interaksjoner. Våre egne casestudier indikerer at KI kan

KONTAKT Rune.Johan.Krumsvik@uib.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

styrke helsemyndiggjøringen for folk i griskrendte strøk og rasstengte bygder hvor tilgang til primærhelsetjenesten er begrenset eller umulig. KI kan bidra til å styrke pasientens autonomi, og redusere helsepaternalisme – kjerneelementer i helsemyndiggjøring – men foreløpig er kunnskapsgrunnlaget mangelfullt (Krumsvik, Johansen & Slettvoll, 2025; Krumsvik, Klock & Bratteberg, 2025; Krumsvik & Slettvoll, 2025a, b). I tillegg har de ovennevnte kunnskapsoppssummeringene også flere svakheter: De har relativt få primærstudier og er noe tilbakeskuende og baserer seg på språkmodellers «modenhet» og versjoner slik de opptrådte i primærstudiene fra 2023 og 2024. Og det er ikke uvesentlig. Det har nylig vært publisert studier som viser at de siste språkmodellene for første gang har klart Turing-testen (Jones & Bergen, 2025), de har scoret svært høyt på den meget krevende ARC-AGI-testen (Chollet, 2024), og flere RCT-studier viser at GPT-4 scorer bedre enn leger (Goh et al., 2024) – også på empatiske evner (Brin et al., 2023).

I tillegg viser vår forskning i Digital Learning Communities Artificial Intelligence Centre (DLCAIC-forskning (Krumsvik, 2025a) at store språkmodeller som GPT-4 blant annet er kapable til å bestå norskspråklige medisinske eksamener (Krumsvik, 2025b) og psykologiske eksamener (stikkprøver, Krumsvik, 2023a), samt at GPT-4 og GPT-4o har markert seg som kraftige Large Language Models (LLM)-er innen kunnskapsreproduksjon innen en rekke andre områder (Krumsvik, 2023a). Hva er det disse store språkmodellene faktisk gjør? LLM-er har høy prediksjonsevne, og det handler om statistisk resonnering, erfaringsbaserte mønstre og redundans. Gjennom våre kunnskapsoppssummeringer i 2023 (Krumsvik, 2023a) (også innenfor psykologi) fant vi at GPT-4 hadde et usedvanlig stort treningsgrunnlag og antall parametere. Når vi ser at den scorer høyt på medisinske eksamener, er det fordi eksamenene primært tester bruk av kjent kunnskap fra et enormt korpus innenfor veldefinerte rammer. I slike sammenhenger er GPT-4 fortsatt en formidabel kandidat.

Fra mønstergjenkjenning til kognitiv simulering?

Men utfordringen oppstår når vi beveger oss utenfor de velkjente stiene. Hvordan vil GPT-4 prestere når de står overfor helt nye psykologiske fenomener, et nytt virus, en ukjent komplikasjon eller en pasienthistorie som ikke matcher tidligere lærte mønstre?

Noe av svaret ligger i tester som ARC-AGI (Abstraction and Reasoning Corpus for Artificial General Intelligence) (Chollet, 2024) utviklet for å måle en KI-modells evne til å løse helt nye problemer uten å ha sett lignende eksempler før. På ARC-AGI har tradisjonelle modeller som GPT-3 og GPT-4 presteret tilnærmet null, fordi de mangler evnen til adaptiv problemløsning.

Derfor er OpenAIs nye o3-modell særlig interessant, da den bryter gjennom denne barrieren. For første gang ser vi en GPT som presterer over 50 % på ARC-AGI – et nøkkeltall som markerer en overgang mot mer genera-

lisert og *sympiotisk intelligens* (Licklider, 1960; Chollet, 2024; Krumsvik, Johansen & Slettvoll, 2025; Krumsvik, Klock & Bratteberg, 2025; Krumsvik & Slettvoll, 2025a, b). Hva gjør o3 annerledes?

I stedet for å gi et umiddelbart svar driver o3 med internt søk i et rom av mulige tankerekker – kjent som *Chain of Thought* (CoT)-søk. Modellen genererer, tester og velger mellom ulike resonnmener basert på *test-time search* med en evalueringsmodell før den svarer. Denne evnen minner om hvordan mennesker løser ukjente problemer: ved å vurdere flere mulige strategier før beslutningen tas. Tidligere GPT-modeller fungerte primært som «intelligente biblioteker» – fremragende i å hente kjent kunnskap, gode til å resonnerer, men sårbare i møte med ukjente fenomener. Ut fra vår nylige pretesting av o3 (Krumsvik, Johansen & Slettvoll, 2025; Krumsvik, Klock & Bratteberg, 2025; Krumsvik & Slettvoll, 2025a, b) ser vi konturene av en GPT som kan kombinere eksisterende kunnskap på nye måter og tilpasse seg nye, ukjente fenomener. For å komme dit må vi kombinere følgende to tilnærminger: 1) Retrieval-Augmented Generation (RAG) – muligheten til å hente fersk ekstern kunnskap i sanntid; og 2) Chain of Thought Search (CoT-søk) – evnen til å dynamisk generere og vurdere nye resonnmener. Dette krever avansert arkitektur – og tiden vil vise når dette blir realisert.

Symbiotisk intelligens

o3-modellen viser at språkmodellene har kommet lenger enn bare kunnskapsreproduksjon basert på treningsgrunnlaget, som GPT-4 og GPT-4o er kjent for. Det er viktig å ta høyde for denne «symbiotiske intelligensen» innen de fleste fagdisipliner – også innen psykologi og i terapeutiske kontekster. Det handler ikke om å erstatte psykologer, fastleger osv. med KI, men at vi ser konturene av at ekspertkompetansen disse profesjonene har, komplementeres med en «symbiotisk intelligens» som kunnskapsgrunnlaget viser at KI allerede besitter. Så når Godager (2025) adresserer om psykologer vil bli erstattet av KI i fremtiden, så må man gå til kjernen av det som ligger under et slikt konstraintuitivt postulat: at KI illustrerer at vår dikotomiske holdning om menneske versus maskin for ofte setter søkelys på en utskiftning av psykologer (og andre profesjoner) i stedet for en gjennomtenkt KI-integrering. Dette kan gi grobunn for en «KI-hjelp til selvhjelp» og helsemyndiggjøring, men krever en årvåkenhet rundt det «etiske minefeltet» det har vist seg at KI kan være. For å unngå dette kreves det en sektorkunnskap som profesjonene selv besitter, og som gjør at man unngår en form for teknologideterminisme hvor andre aktører er premissleverandørene og «KI-hypen» rår grunnen. Brukt på en kunnskapsbasert, gjennomtenkt og etisk fundert måte kan KI brukes komplementært for å styrke folk flests helsemyndiggjøringer i en tid hvor tilgang til primærhelsetjenesten kan fortone seg som en ørkenvandring for altfor mange. En slik helsemyndiggjøring ivaretas best når profesjonseksperter selv har hånden på rattet: Psykologen Harvey

Lieberman testet nylig ChatGPT grundig i tre måneder og fant at den fungerte som en «kognitiv protese» for ham. Han erkjente at selv om den ikke er en terapeut, kan den være terapeutisk (Lieberman, 2025).

Likevel, alt tyder på at man i all overskuelig

fremtid fortsatt kommer til å lene seg mest på den mellommenneskelige nærheten i det fysiske møtet (og i terapeutisk sammenheng) – hvor den (teknologifrie) stille stunden fortsatt har dypest grunn. 🧘

REFERANSER

- Brin, D., Sorin, V., Vaid, A., Soroush, A., Glicksberg, B. S., Charney, A. W., Nadkarni, G. & Klang, E. (2023). Comparing ChatGPT and GPT-4 performance in USMLE soft skill assessments. *Scientific Reports*, 13(1), 16492. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-43436-9>
- Chollet, F. (2024, 20. desember). OpenAI o3 breakthrough high score on ARC-AGI-Pub. ARC Prize. <https://arcprize.org/blog/oai-o3-pub-breakthrough>
- Godager, G. (2025). Etik og KI i terapirommet – en håndskrevet tekst. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 48–50. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso1ae-Etik-og-KI-i-terapirommet-en-handskrevet-tekst>
- Goh, E., Gallo, R., Hom, J., Strong, E., Weng, Y., Kerman, H., Cool, J. A., Kanjee, Z., Parsons, A. S., Ahuja, N., Horvitz, E., Yang, D., Milstein, A., Olson, A. P. J., Rodman, A. & Chen, J. H. (2024). Large language model influence on diagnostic reasoning: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(10), e2440969. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.40969>
- Jones, C. R. & Bergen, B. K. (2025). Large language models pass the Turing test. *arXiv*. <https://arxiv.org/abs/2503.23674>
- Krumsvik, R. J. (2023a). Digital kompetanse i KI-samfunnet. Cappelen Damm Akademisk.
- Krumsvik, R. J. (2023b). Kunstig intelligens, chatboter og de nære ting. Fagsnakk. <https://www.fagsnakk.no/helse/kunstig-intelligens-chatboter-og-de-naere-ting/>
- Krumsvik, R. J. (2025a). Hva er Digital Learning Communities Artificial Intelligence Centre (DLCAIC)? <https://www.uib.no/en/rg/dlc/44412/hva-er-digital-learning-communities-artificial-intelligence-centre-dlcaic>
- Krumsvik, R. J. (2025b). GPT-4's capabilities for formative and summative assessments in Norwegian medicine exams—An intrinsic case study in the early phase of intervention. *Frontiers in Medicine*, 12, 1441747. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1441747>
- Krumsvik, R. J., Johansen, M. O. & Slettvoll, V. (2025). Artificial intelligence, health empowerment, and the general practitioner scheme. *Digital Health*, 11, 20552076251365006. <https://doi.org/10.1177/20552076251365006>
- Krumsvik, R. J., Klock, K. & Bratteberg, M. H. (2025, in review). Symbiotisk intelligens i tanntraumediagnostikk – en eksplorativ casestudie av språkmodellen o3 som simulert «sparringpartner» for tannlegestuderenter. <https://www.linkedin.com/pulse/symbiotisk-intelligens-i-tanntraumediagnostikk-en-av-o3-krumsvik-dukic>
- Krumsvik, R. J. & Slettvoll, V. (2025a). Hverdagshelseteknologi og kunstig intelligens: Kan vi avlaste primærhelsetjenesten? *Dagens Medisin*. <https://www.dagens-medisin.no/e-helse-kunstig-intelligens/hverdagshelseteknologi-og-kunstig-intelligens-kan-vi-avlaste-primarhelsetjenesten/678714>
- Krumsvik, R. J. & Slettvoll, V. (2025b, in press). Artificial Intelligence and Health Empowerment in Rural Communities and Landslide-or Avalanche-Isolated Contexts: Real case at a fictitious location. *Frontiers in Digital Health*.
- Li, H., Zhang, R., Lee, Y. C., Kraut, R. E. & Mohr, D. C. (2023). Systematic review and meta-analysis of AI-based conversational agents for promoting mental health and well-being. *NPJ Digit Med.*, 6(1), 236. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00979-5>
- Licklider, J. C. R. (1960). Man-computer symbiosis. *IRE Transactions on Human Factors in Electronics*, HFE-1(1), 4–11. <https://doi.org/10.1109/THFE.1960.4503259>
- Lieberman, H. (2025). I'm a Therapist. ChatGPT Is Eerily Effective. *New York Times* (1. August). <https://www.nytimes.com/2025/08/01/opinion/chatgpt-therapist-journal-ai.html>
- Pentina, I., Hancock, T. & Xie, T. (2023). Exploring relationship development with social chatbots: A mixed-method study of replica. *Computers in Human Behavior*, 140, 107600. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107600>
- Singh, B., Olds, T., Brinsley, J., Dumuid, D., Virgara, R., Matricciani, L., Watson, A., Szeto, K., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E. M., Vandelanotte, C. & Maher, C. (2023). Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of chatbots on lifestyle behaviours. *NPJ Digit. Med.*, 6, 118. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00856-1>
- Zhong, W., Luo, J. & Zhang, H. (2024). The therapeutic effectiveness of artificial intelligence-based chatbots in alleviation of depressive and anxiety symptoms in short-course treatments: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 356, 459–469. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.057>

DOKTORGRAD

Naturlige omgivelser i terapi

Sykehusbygg med naturmaterialer og åpne rom legger opp til kreativitet og bedre behandlingsmuligheter.

Anne Hagerup forsvarte en avhandling om naturlige omgivelser sin rolle i terapi, *Respice for the troubled mind – Supportive and natural spaces as a therapeutic tool*, den 25. april ved Institutt for sykepleievitenskap og helse, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet.

I avhandlingen intervjuet Hagerup de som designet det nye psykiatribygget ved Sørlandet sykehus. Hun intervjuet også psykoterapeuter og pasienter som brukte bygget.

Intervjuet brukere av nybygg

Hagerup brukte strukturerte intervjuer, fokusgruppeintervjuer og *photovoice* (fotostemme) som kvalitative metoder. Med *photovoice* brukes bilder deltakerne har tatt som utgangspunkt for å snakke om hva de føler og tenker.

Intervjuer med planleggere og designere avdekket

hvordan de tenkte om å tilrettelegge psykiatribygget for klinisk arbeid. Samtalerommene ble utformet med naturlige materialer og mye dagslys, og pasientene skulle få mer frihet i hvilke rom de kunne bevege seg i, blant annet i utendørs stillesoner.

Mer frihet og kreativitet i terapien

Psykoterapeutene opplevde at et mer naturorientert samtalerom gjorde dem mer kreative, noe som også påvirket forholdet til pasientene. Noen terapeuter vektla at pasienter med angstlidelser i større grad rettet oppmerksomheten utover mot de naturlige omgivelsene.

Flere av brukerne av bygget nevnte imidlertid at de nå forventes å gjøre mer administrativt arbeid, og dermed får mindre tid med pasientene. Dersom nybygg innebærer mindre tid med hver pasient, kan det gjøre det vanskeligere å oppnå full effekt av omgivelsene. For klinikere kan funnene inspirere til å tenke mer på omgivelser i psykoterapi, for eksempel med små endringer rettet direkte mot pasientgruppene de jobber med. 🧘

TEKST Stian Solem
Institutt for psykologi, NTNU

Metaanalytiske funn i DPS-hverdagen

KOMMENTAR TIL:

Holte, A. (2025). Svakt og usaklig om psykoterapi for depresjon hos voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9), 552-554.



Studier av selvhjelp er ikke relevante for å si noe om effekten av individualterapi for depresjon.

Arne Holte (2025) kritiserer min artikkel og spør om hvorfor vi skal bry oss om et TV-program som gikk for to år siden, fordi verden har beveget seg fremover. Bakgrunnen for at jeg pirker i et gammelt sår, er at jeg for en stund tilbake ble invitert på et rådslag i regi av Norsk psykologforening hvor tematikken ble aktualisert på nytt. Det handlet blant annet om tilbakemeldinger fra norske psykologer som opplever at effekten av psykoterapi blir trukket i tvil, og at de blir presset til å ta avgjørelser de opplever som uheldige for sine pasienter. Mange av kommentarene var samstemte med NPF sin medlemsundersøkelse, hvor psykologer sa at de ikke får sett pasientene sine hyppig nok, at behandlingen blir utvannet, og at de ofte må avslutte den for tidlig. I rådslaget ble metaanalyser mye diskutert. Men ifølge metaanalysene er kanskje ikke bekymringene ved distriktpsykiatriske sentre (DPS) reelle siden resultatene tyder på at selvhjelp og gruppebehandling er like effektive, og at antall sesjoner ikke har betydning for bedring? På denne bakgrunn tok jeg pennen fatt for å formidle aspekter ved metaanalyser som jeg opplever blir underkommunisert. Jeg tok utgangspunkt i en database av behandlingsstudier og undersøkte dem som omhandlet effekten av individualterapi (10 + timer) for personer med depresjon – hvilket kjennetegnet den vanlige DPS-hverdagen (Solem, 2025).

Motsvarene jeg har fått til artikkelen fra både Cuijpers (2025a, 2025b) og Holte (2025), tror jeg kan handle om at verken Cuijpers eller Holte tar utgangspunkt i DPS-settingen. Mitt inntrykk er at de er mer opptatt av alle former for terapeutiske intervensjoner for alle slags personer med alle slags varianter av depressive symptomer. Det kommer ikke fram hvorfor de eventuelt mener

KONTAKT stian.solem@ntnu.no

FORFATTEREN har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

studier på selvhjelp eller gruppebehandling for personer som ikke har depresjon, men heller tilstander som demens, er relevante for å si noe om effekten av individualterapi for personer med depresjon.

En kilde til uenighet virker å være metaanalysen fra Cuijpers et al. (2014), hvor det ble skrevet at «one in seven patients has to be treated with psychotherapy to have one more successful outcomes than treatment with placebo». Holte og Cuijpers virker å tro at jeg misforstår NNT-begrepet (*numbers needed to treat*), eller at jeg hevder at Cuijpers et al. (2014) konkluderer med at kun 1 av 7 (eller da 14 %) ble bedre av psykoterapi. Dette har ikke jeg skrevet. Men jeg antok at intervjuobjektet i NRK-serien, Joar Halvorsen, hentet utsagnet sitt om 1 av 7 fra Cuijpers sin 2014-artikkel. Det baserte jeg på et innlegg han skrev om Folkeopplysningen i Psykologtidsskriftet (Halvorsen, 2023). Det var derfor jeg knyttet de to sakene sammen. Det virker videre som at Holte (2025) tror at jeg har hentet tallet 14 % fra en annen metaanalyse fra Cuijpers sin forskningsgruppe i 2014. Det stemmer ikke. 14 % hentet jeg fra kalkulatoren ved å dele 1 på 7.

Når det gjelder hva 1 av 7-funnet i Cuijpers et al. (2014) er basert på, var dette en metaanalyse av ti placebokontrollerte RCT-studier (*randomized controlled trials*). Av disse ti hadde kun fem kliniske utvalg, som vil kjennetegne DPS-populasjonen. Resterende omhandlet dystymi og *minor depression*, der sistnevnte er en forskningskategori hvor det er tilstrekkelig med to depressive symptomer. To studier var rettet mot eldre deltakere. Fire studier hadde kun seks behandlingssesjoner. Så igjen blir spørsmålet mitt: Hvor gode er disse studiene til å si noe om effekten av standard individualterapi for personer med depresjon? Er det disse som skal informere den norske befolkningen om hva man kan forvente av behandlingseffekt om man er deprimeret og får behandling på DPS?

Metaanalysen fra 2014 inkluderte tre studier som virket å si at det var ingen forskjell mellom psykoterapi og placebo, mens de syv andre antydte at psykoterapi var mer hjelpsomt. Den ene som indikerte ingen forskjell, var Barber et al. (2012), som jeg også omtalte i min originale artikkel. Holte (2025) er kanskje ikke så opptatt av mine utvalgskriterier, men jeg tror derimot at han vil være enig i at en annen faktor ved Barber-studien er av relevans. Utvalget bestod nemlig av pasienter som levde i fattigdom. Kanskje de burde fått økonomisk hjelp i stedet? En slik type informasjon vil imidlertid drukne i de fleste metaanalyser om effekten av terapi for depresjon.

Den andre studien som tydet på liten forskjell, var Barrett et al. (2001). Deltakerne var pasienter med dystymi eller *minor depression*, og behandlingen ble beskrevet som «problemløsningsterapi for førstelinjen». Studien inngikk derfor ikke i min seleksjon av relevante studier for individualbehandling ved DPS. Den tredje som ikke fant særlig forskjell fra placebo, var Sloane et al. (1985), der eldre ikke-kliniske deltakere med dystymi eller *minor depression* fikk seks sesjoner med interpersonlig

terapi. Det at NNT = 7 fra Cuijpers sin metaanalyse (2014) er basert på slike studier, gjør at jeg blir skeptisk til relevansen av resultatet.

Holte (2025) skriver videre at databasen til Cuijpers fortløpende registrerer alle vitenskapelige studier av psykoterapi ved depresjon. Oppdateringene er imidlertid ikke tilgjengelig for oss ennå. En annen utfordring er at det går ikke lenger an å få ut referansene (doi-adresse) eller titlene på studiene. Dermed er det nå vanskeligere å sjekke hvilke studier som faktisk inngår i databasen. Holte (2025) skriver også at han tviler på om jeg har lest alle 415 studier i databasen. Det stemmer. Jeg hadde ingen intensjon om det. Jeg avgrenset søket mitt til individualterapi.

Det er fint at både Holte, Cuijpers og jeg virker å være enige i at psykoterapi hjelper flere enn bare 14 %. Vi har nok ulike syn på utfordringene med metaanalyser. Min bekymring går blant annet på hvordan resultatene fra disse brukes når vi omtaler DPS-psykologens hverdag. Vi kan se den samme utfordringen med å oversette resultater fra metaanalyser til praksisfeltet på andre områder. I stortingsvalgkampen har vi for eksempel politikere som diskuterer hvorvidt metaanalyser på utdanningsfeltet sier at lærertetthet i skolen er viktig eller ikke. Både forskere og politikere virker å være uenige i hva resultatene faktisk viser. Det blir spennende å se hva de som bestemmer, finner ut av, både med tanke på fremtiden til individualterapi ved DPS og antall elever per lærer. 

REFERANSER

- Barber, J. P., Barrett, M. S., Gallop, R., Rynn, M. A. & Rickels, K. (2012). Short-term dynamic psychotherapy versus pharmacotherapy for major depressive disorder: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(1), 66–73. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m06831>
- Barrett, J. E., Williams Jr., J. W., Oxman, T. E., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., Hegel, M. T., Cornell, J. E. & Sengupta, A. S. (2001). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *The Journal of Family Practice*, 50(5), 405–412.
- Cuijpers, P. (2025a). Missed opportunities to improve mental health care. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9). <https://doi.org/10.52734/RPCV9443>
- Cuijpers, P. (2025b). Psychotherapy for depression is effective, but not for the reasons provided in a recent review. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9). <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>
- Halvorsen, J. Ø. (2023). Misvisende om behandlingseffekt for depresjon? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023aso6ae-Misvisende-om-behandlingseffekt-for-depresjon->
- Holte, A. (2025). Svakt og usaklig om psykoterapi for depresjon hos voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9), 552–554. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso9ae-Svakt-og-usaklig-om-psykoterapi-for-depresjon-hos-voksne>
- Sloane, R. B., Staples, F. R. & Schneider, L. S. (1985). Interpersonal therapy versus nortriptyline for depression in the elderly. I G. Burrows, T. R. Normann & L. Dermerstein (Red.), *Clinical and Pharmacological Studies in Psychiatric Disorders* (s. 344–346). John Libbey.
- 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>

Kunstig intelligens i terapirommet

TEKST Torhild Tønnesen Haugnes
Modum Bad

Roland Westerlund
Modum Bad

Etisk bruk av KI krever klare ansvarslinjer med psykologen i førersetet.

Ved Modum Bads forskningsinstitutt arbeider vi med flere forskningsprosjekter som omhandler kunstig intelligens i terapirommet. Kunstig intelligens (KI) brukes i økende grad i psykoterapi. Teknologien finnes både i systemer som bistår klinikere med administrative oppgaver som oppsummeringer og journalnotater, og som beslutningsstøtte i diagnostikk og i prediksjon av behandlingsforløp ved hjelp av algoritmer. KI ligger også til grunn for interaktive terapeut-chatboter og pasient-chatboter, der sistnevnte kan hjelpe terapeuter under opplæring med å utvikle ferdighetene sine.

I teksten her ser vi på hvilke etiske implikasjoner KI kan få for pasientforløpet, med særlig vekt på bruken av KI som støtte for kliniske vurderinger. Vi ser spesielt på KI som aktør når det gjelder prediksjonsalgoritmer, en voksende trend innen beslutningsstøtte og persontilpasset behandling. Hvordan kan vi som klinikere møte de etiske implikasjonene prediksjonsverktøyer medfører rundt spørsmål om tillit, transparens og mulighetene for svekket ansvarsfølelse. Vi spør om KI er en løsning, eller enda en kikk som lager søl i det intrikate samspillet ved et sykehus. Vi spør også hva de etiske implikasjonene er i lyset av at det emosjonelle ubehaget som følger av vanskelige prioriteringer, trolig aldri erfares av en algoritme.

KONTAKT
TorhildTonnesen.Haugnes@modum-bad.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Et pasientmøte i nær fremtid

La oss skru tiden noen år fram og forestille oss hvordan en klinisk hverdag kan se ut når dagens forskningsprosjekter er i bruk. På overflaten er mye det samme. En forskjell er at informasjonen som pasienten gir oss, behandles av algoritmer med potensial til å forutsi behandlingsforløp med høyere treffsikkerhet enn ved tverrfaglige kliniske vurderinger alene. Algoritmene ser mønster som klinikerne kanskje ikke selv fanger i et hav av informasjon. Algoritmen har nå en kalkulert vurdering om hvilken behandling som er mest egnet til pasienten, og om pasienten er på vei mot et godt behandlingsutbytte.

Maskinlæring – den metodiske grunnpilaren for KI – vil etter hvert kunne bidra med prioriteringsstøtte i psykisk helsevern. Flere forskningsmiljøer har i dag kommet langt i å utvikle sofistikerte algoritmer som viser lovende resultater (se f.eks. Rubel & Lutz, 2025).

Ved Modum Bad forsker vi for å se om KIs algoritmer har bedre predikasjonsverdi i konkrete spørsmål som *hvilke* pasienter bør prioriteres, og *hvilke* behandlingsformer som er mest hensiktsmessige for den enkelte.

Arbeidet vil også undersøke om algoritmer forutsier pasientens behandlingsrespons.

Hvis evidens underbygger økt bruk av algoritmer, kommer det en ny aktør inn i samspillet mellom pasientens, klinikerens, klinikkens og samfunnets interesser.

Ansvar og empati i prioriteringsarbeid

Prioriteringer er – på godt og vondt – en kjernekompetanse for klinikere. I Tidsskrift for Norsk psykologforening etterlyste Elvik (2025) bedre vurderingskompetanse og vilje til prioriteringer blant psykologer. Mange pasienter bærer med seg vonde avslagshistorier, politikere ønsker lavere avslagsprosent samtidig som utgiftene skal holdes nede, og klinikere må balansere inklusjonskriterier, offentlige veiledninger og klinisk skjønn. Prioriteringsarbeid er både personlig, politisk og fagetisk. Hva skjer når algoritmer og KI trer inn i dette allerede betente landskapet?

Pasienten deler informasjon i forventning om at vurderingene fattes på riktig grunnlag. KI viser lovende takter når det gjelder å redusere bias i kliniske vurde-



— *I beste fall kan maskinlæringen faktisk lære klinikerne noe nytt*

ringer. Men dersom selvrappportskjemaer brukes som grunnlag for prediksjoner, oppstår et behov for å forstå *hvorfor* algoritmen anbefaler en bestemt behandling. Hvordan er det for en psykolog å anbefale en behandling uten å fullt ut forstå begrunnelsen – og hvordan oppleves dette for pasienten? I ytterste konsekvens kan ansvaret for vurderingen oppleves forskjøvet til en matematisk modell. Bandura (1999) beskriver hvordan ansvarsforskyvning kan skape distanse til konsekvensene av egne handlinger. Dersom klinikerne ikke lenger opplever seg som en aktiv aktør, kan det redusere klinikers emosjonelle ubehag knyttet til prioriteringer. Bateson (1991) påpeker at psykologisk distanse kan føre til svekket motivasjon og handling. KI kan forsterke et problem den var ment å avhjelpe, gjennom å sløve klinikers prioriteringskompetanse. En viktig løsning er at klinikerne i fremtiden bør ha forkunnskap om ansvarlig bruk av KI. Spørsmålet vi ved Modum Bad stiller oss er ikke *om* KI skal innføres i vår kliniske hverdag, men *på hvilken måte*. I beste fall kan maskinlæringen faktisk *lære* klinikerne noe nytt om hvilke faktorer vi overser i våre kliniske vurderinger.

Allianse og tillit

For at pasienten skal våge å dele intime og sårbare temaer, må relasjonen bygge på tillit til at opplysninger håndteres sikkert. Personvern og datavern er ikke bare juridiske anliggender, men fundamentale for den terapeutiske alliansen, som belyst av Nissen-Lie & Stänicke (2025). De siste årene har vi sett en rekke KI-skandaler, og helsevesenet er ikke immunt mot feilslått bruk av prediksjonsverktøy. Obermeyer et al. (2019) dokumenterte at en algoritme for vurdering av behandlingsbehov systematisk undervurderte helsehjelpbehovet hos minoritetsbefolkningen, ettersom tidligere helsekostnader ble brukt som indikator. Minoritetsbefolkningen hadde lavere helsekostnader og ble derfor vurdert å ha mindre behov for oppfølging. Dermed fremsto maskinen som nøytral, mens den i realiteten videreførte strukturell ulikhet. Slike eksempler illustrerer faren for at algorit-

mer kan forvalte og forsterke skjevheter forkledt som objektivitet (Narayanan & Kapoor, 2024). For å redusere risikoen for algoritmisk skjevhet må valg av variabler og evaluering av modeller gjøres i tett samarbeid med de kliniske ekspertene. Syntetiske data – kunstig genererte, men representative datasett – kan være ett virkemiddel for å korrigere disse skjevhetene.

Eierskap til kliniske vurderinger

KI kan bidra til mer effektiv ressursbruk og mer treffsikre behandlingstilbud. Prioriteringsalgoritmer kan redusere feil som oppstår når klinikerne uunngåelig preges av menneskelige bias. Samtidig innebærer bruk av KI alvorlige utfordringer knyttet til systematiske skjevheter – som kan være vanskelig å oppdage – og til svekket opplevelse av ansvar. Som Bandura (1999) påpeker, kan moralsk frakobling redusere empati og eierskap til kliniske beslutninger.

Utover at algoritmer bør være transparente og forklare sine vurderinger og formidle den statistiske usikkerheten som følger med, bør klinikerne ha kjennskap til teknologien som brukes og hele tiden insistere på hvor ansvaret ligger. Kunstig intelligens kan fremstå som en fristende snarvei i et presset helsevesen, men feilbarlighet gjelder også maskiner. Tiden vi sparer med KI-revolusjonen, bør på den andre siden bringe refleksjon over hva den åpner opp for skal den styrke menneskelige verdier i terapirommet. Med KI på bakrommet kan vi samtidig forvente at større kapasitet til pasienten, med økt rom for innlevelse, genuin kontakt og profesjonelt skjønn, blir en hoveddel av arbeidshverdagen.

Ved Modum Bad er vi opptatt av å fremheve det etiske i å styrke de evidensbaserte virkemidlene som kan gjøre terapi mer virksom for pasientene.

På den ene siden kan algoritmer spare samfunnet og pasienten fra overbehandling og forhindre behandlingsforløp uten varig effekt. Samtidig kan også prediksjonsalgoritmene komme med anmodninger om større behandlingsintensitet og lengre forløp. Hvilke

etiske implikasjoner oppstår hvis det er sprik mellom den økonomiske styringen og prediksjonen fra et framtidig sofistikert, datadrevet og reliabelt KI-system. Hvordan vil vi som fagprofesjon møte stadig mer informerte vurderinger i lyset av begrensede ressurser?

Som forskere på KI i en klinisk setting er vi opptatt av å formidle at fremtiden for KI i slike sammenhenger ikke handler om å erstatte klinikerens skjønn og varme med en

proffessor. Det handler mer om å ta i bruk nye verktøy for å styrke det terapeutiske håndverket.

Etisk forsvarlig bruk av KI krever klare ansvarslinjer med mennesket i førersetet, åpne og etterprøvbare modeller og kontinuerlig kvalitetssikring. Med målrettet opplæring av klinikere tenker vi at KI kan bli et supplement som styrker behandlingen uten å undergrave tillit eller faglig skjønn. 

REFERANSER

Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3(3), 193–209. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0303_3

Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Elvik, I. (2025). Psykologer mangler vurderingsferdigheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 44–47. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso1ae-Psykolog-mangler-vurderingsferdigheter>

Narayanan, A. & Kapoor, S. (2024). *AI snake oil: What artificial intelligence can do, what it can't do, and how to tell the difference*. Princeton University Press.

Nissen-Lie, H. A. & Stänicke, E. (2025). Fremtidens psykoterapi: Hvilken rolle bør kunstig intelligens spille?. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9), 512–518. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2025aso7ae-Fremtidens-psykoterapi-Hvilken-rolle-b-r-kunstig-intelligens-spille-

Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C. & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, 366(6464), 447–453. <https://doi.org/10.1126/science.aax2342>

Rubel, J.A. & Lutz, W. (Red.) (2025). *Feedback Informed Psychological Therapy: Science and Practice*. Springer Nature Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-90428-8>

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 Etikkpanelet. Del dine etiske refleksjoner med oss.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Hjelpesystemene rundt barna kobler seg av problemene og sender saken videre, heller enn å gå i dybden for å løse dem.

Horisontal dissosiasjon: systemets angst for psyken



FOTO PRIVAT

TEKST Per Are Løkke
Privatpraktiserende avtalespesialist

KONTAKT pe-arelo@online.no

MERKNAD Forfatter har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Som avtalespesialist for barn og unge har jeg kontakt med ulike deler av barnets system: tredjelinjetjenester, barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), kommunal helsehjelp, skoler, fastleger og foreldre. Jeg erfarer at det er i ferd med å utvikle seg et fenomen som kan minne om leken «ta den ring og la den vandre». Saken sendes horisontalt rundt til personer og systemer, til stadig nye utredninger og vurderinger, uten at noen føler de har tid, lov, kompetanse eller autoritet til vertikalt å gå inn i den. Alle vil gjøre noe, men å gjøre noe betyr å sende saken videre. Jeg mener vi holder på å utvikle en angst for psyken og miste forståelsen for psykens kompleksitet. Det er paradoksalt i en tid hvor psykisk helse endelig har fått plass på den politiske agendaen. Problemkomplekset sprer seg i psykisk helsevern, og innebærer at det som skal fremstå som presis og effektiv helsehjelp, har endt opp i et umettelig pengesluk. Jeg kaller fenomenet for *horisontal dissosiasjon*, som her er brukt for å peke mot mekanismer i systemene som kopler seg fra problemene fremfor å gå i dybden for å løse dem.

La meg begynne med skolen. Jeg har de siste årene vært vitne til et stadig stigende antall saker der for eksempel en elev rapporterer om krenkelser knyttet til hjemmet, en lærer eller andre elever. I utgangspunktet forteller eleven dette til en lærer i fortrolighet og kanskje bare i vage ordelag. Alminnelig fornuft ville da være at en lærer, sosiallærer eller helsesøster føler hen har kompetanse og lov til å finne ut og vurdere hva uttalelsen betyr, før det blir en sak som sendes videre.



Men på grunn av mange forskjellige forhold sendes saken videre og begynner sin vandring før noen har funnet ut hva eleven egentlig sa. Paragraf 12-4 med aktivitetsplikt og dokumentasjonsplikt til å sikre et trygt og godt skolemiljø, følelsen av mangel på kompetanse og retningslinjer om personvern har markant økt frykten for å trå feil. I noen saker der utsagn om krenkelser er knyttet til hjemmet, kan saken på kort tid gå fra lærer til rektor til barnevern og til og med politi. Senere blir både BUP, lokal psykisk helse, fylkesmann og advokater koblet inn. I ytterste konsekvens ender det hele i et absurd teater som kan ruinere hele klassemiljøer og familier.

I mange saker kan vi observere det samme vandringsfenomenet oppstå i mindre skala. Det grunnleggende problemet er at ingen føler de har autoritet eller lov til å gå inn i saken og gjøre en kvalifisert vurdering av hva elevenes utsagn handler om, og hva slags krefter som er i spill. Fagarbeiderne har mistet sin autonomi.

Det er selvsagt viktig å ta de unges uttalelser på alvor, enten uttalelsene gjelder familie, lærer eller mobbing. Men min erfaring er at i de fleste saker der de unge også for første gang har våget å fortelle om alvorlige hendelser, er effekten det får når saken begynner å vandre, så skremmende at de lover seg selv å aldri mer si det til noen. Det er ikke få unge jeg har snakket med som etter å ha blitt eksponert for et slikt systemuhyre har fått et tilleggsproblem med skyldfølelse for å ha vært åpen. De blir livredde for å si noe, og til slutt stumme som østers. Systemet gjør alt riktig, men det blir allikevel galt for de unge.

— *Systemet gjør alt riktig, men det blir allikevel galt for de unge*

Dagens press på å finne riktig diagnose bidrar også indirekte til horisontal dissosiasjon i kraft av å gjøre fagarbeiderne redde og maktesløse. Bakgrunnen er at diagnosemanualen invaderer skolen fra tre forskjellige fronter. For det første konkurrerer symptomeksperter om at deres forebyggende manualer knyttet til selvsikring, angst, depresjon, stress, seksuelle overgrep og selvmord skal implementeres i skolens psyk-helse-planer. Skolen har fått rollen som en av samfunnets fremste symptomvoktere og forebyggingsentreprenører. For det andre diagnostiserer flere og flere elever seg selv ut fra forskjellige nettplattformer og bruker symptomene i sin egen interesse rundt for eksempel skolefravær, karakterer og oppmerksomhet. Å dramatisere psykisk helse har blitt en egen sjanger i dagens ungdomsgenerasjoner. Mange har også blitt svært rettighetsfokuserende og snakker mer åpent om sine og andres smerter og krenkelser. Det har blitt vanskeligere for dem å skille mellom naturlig og alvorlig. For det tredje har også foreldrene blitt mer oppmerksomme på egne barns symptomer og rettigheter. De presser så skolen for at de skal ta mer hensyn til deres barn. Foreldre er ikke lenger lojale overfor skolens og lærerens autoritet.

Samlet sett skaper dette symptom- og rettighetssøkelyset en radikal grenseløshet hvor det er umulig å skille og sortere mellom forskjellige nivåer av problemer. Lærernes meldeplikt og «statsforvalterspøkelset» som skoleledere gjerne er redde for, skaper en fryktkultur som gjør at lærere nøler mer for å ta i ting enn tidligere, fordi de er bundet av et rigid regelverk. Det krever erfarne og trygge lærere og psyk-helsearbeidere for å sortere hva som er hva, her. Konklusjonen blir derfor ofte å sende saken videre.

Mange sendes til barne- og ungdomspsykiatrien med håp om å få en endelig vurdering i form av en utredning og diagnose. De havner på lange vandringar med utredninger som starter fra bekymring i hjemmet og skolen, via fastlege til BUP, videre til forskjellige spesialistvurderinger og så tilbake til tiltak i kommunen. Mange ender opp med altfor mange diagnoser og tiltak knyttet til de forskjellige diagnosene. Normale ungdomskriser blir patologisert. Dette skaper selvsagt en stor forvirring hos ungdom. Noen blir gående og vente på neste utredning i flere år og ofte uten at de har blitt spurt

om det viktigste. En jente med seks diagnoser sa det klart: «Det er rart jeg har fått seks diagnoser, men ingen har egentlig snakket med meg om volden jeg opplevde hjemme. Alle vil snakke med meg om symptomene, men ikke oppveksten med min mor.» Andre eksempler på symptompsykologiens skadevirkninger er når utredningsinstansen har introdusert en mulig autismespekter- eller personlighetsforstyrrelse, men vil vente og se før en diagnose eventuelt settes. Å definere unge mennesker i vekst og utvikling på denne måten ville for ikke så veldig lenge siden vært utenkelig.

Vi har skapt et system som stirrer seg blinde på de observerbare symptomene. Overflateperspektivet gjør at vi både mister av syne de primære og dypere psykososiale problemene og forståelsen av utviklingspsykologien. Det er forbausende å være vitne til at psykologien i dag underkaster seg biomedisinens og psykopedagogikkens prinsipper uten å se at dette utvanner noe av psykologifagets egenart.

Krav til digitalisering, retningslinjer, effektiviseringer, standardiseringer og generaliseringer tvinger frem et system der det ikke lenger er tid og rom til å gå i dybden.

REFERANSE

Reckwitz, A. (2024). *Slutten på illusjonene* (E. Tjønneland, Overs.). Cappelen Damm. (Opprinnelig utgitt 2019)

Eller enda tydeligere, vi har laget et system som holder på å utvikle fobi mot den komplekse psyken. Vi sender saken videre med all verdens begrunnelser når vi støter mot den mer sammensatte konteksten sakens kjerne er vevet inn i. Systemet vi skaper, har blitt abstrakt, en slags metaorganisme som har løsrevet seg fra de unges konkrete, kroppslige og subjektive livsverden. Vår generelle kunnskap øker, mens kompetanse til å møte den enkelte ungdoms kompliserte liv forvitres.

Systemet virker også tilbake på de unges selvopplevelse når diagnosemanualen har blitt et av de viktigste speil de har til å forstå seg selv. Som kliniker i barne- og ungdomspsykologien er jeg overbevist om at vi er på vei mot et galt sted. Politiske føring og dissosiative systemer invaderer familie, skole og de unges hverdagsliv. Jeg undrer meg om hvorvidt systemene vi har i dag som skal hjelpe, bringer mer skade enn gagn, og mot sin hensikt skaper en eksponentiell kostnadsvekst. Den tyske sosiologen Andreas Reckwitz skriver i boken *Slutten på illusjonene* at samfunnet i dag masseproduserer psykiske lidelser vi ikke har modeller for å takle.

Skriving som vedlikeholdsaktivitet

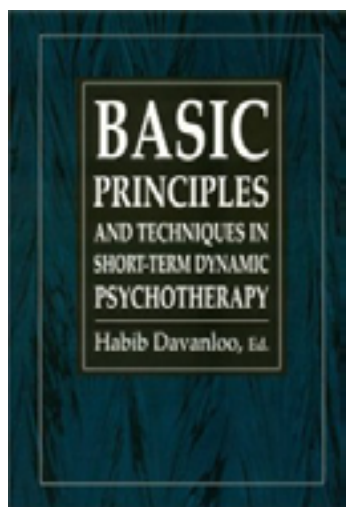
Faglig skriving er en god måte å drive vedlikehold av spesialistkompetansen på. Å skrive fagartikkel for *Psykologtidsskriftet* er også en fin måte å dele erfaringer med psykologkolleger over hele landet.

Publikasjon i fagtidsskrift teller for 20 timer vedlikeholdsaktivitet for spesialistgodkjenningen.



TEKST Jonas Sharma-Bakkevig
Psykologvirke

KONTAKT jonas@psykologvirke.no



BOK *Basic principles and techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*

FORFATTER Habib Davanloo (Red.)
ÅR 1977

FORLAG Spectrum Publications
SIDER 584

MERKNAD Forfatteren er styreleder og lærer ved Norsk Institutt for ISTDP.

En banebrytende bok om intensiv dynamisk korttidsterapi

Davanloos klassiske verk skisserer ikke bare en terapeutisk teknikk, men selve arkitekturen i menneskesinnet.

Det forbløffer meg fortsatt hvor sterkt mitt ubevisste styrer meg. Jeg handler og snakker før jeg vet hvorfor. Først i ettertid ser jeg klart – og så forstår jeg. Et plutselig røntgensyn inn i psyken og mønstrene mine – og alt gir mening. Overgangen fra forvirring til forløsning er fantastisk, og vi opplever det alle fra tid til annen. Jo lenger jeg har arbeidet som psykolog og veileder, jo tydeligere har det blitt for meg hvordan de samme usynlige trådene fra det ubevisste trekker i oss alle. Det samme skjulte mønsteret som jeg anerkjenner i meg selv og andre, ble først forståelig for meg da jeg ble introdusert for intensiv dynamisk korttidsterapi-ISTDP. Reiseguiden min i dette landskapet ble *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy* (1977) av Habib Davanloo. Jeg vender stadig tilbake til denne boken. Den fungerer både som en metode og et speil – for meg som terapeut, veileder, ektefelle, pappa og menneske i utvikling.

Psykologisk speed-dating

Etter å ha fullført psykologskolen speed-datet jeg forskjellige terapimetoder. Å velge ut metoden som skulle være rammeverket i arbeidslivet mitt, tok jeg like alvorlig som valg av livspartner. Jeg lette etter en sjelevenn. Høsten 2008 var jeg i Drammen på Norges første seminar om ISTDP. Her så jeg videoopptak av terapitimer som viste fenomen jeg tidligere bare hadde ant konturene av. En terapimetode for å navigere systematisk og presist i det ubevisste. Alle patologiske fenomen ble møtt og arbeidet med – ikke som problemer, men som dører til det underliggende. I takt med dette intensive arbeidet ble gamle følelser hurtig forløst, og pasientene fikk plutselig et klarsyn inn i sin egen psyke. Som mesterterapeuter kunne nå pasientene selv forstå og forklare sin egen psykopatogenese, altså hvordan symptomer oppstår. I takt med dette korrigerte pasientene forvridd forståelser av seg selv og andre, avbrøt uhensiktsmessige livsstrategier, bearbeidet gamle sår, utvidet sitt toleransevindue for seg selv og verden, og fremstod som mer integrerte, robuste og fleksible. Videre erfaring med metoden skulle naturlig nok nyansere bildet av metoden, men det jeg så hadde vekket min nysgjerrighet og faglige glød.

— *Vi kan stagnere i vårt fag og
vi kan bli blinde for oss selv*

Det ubevisste åpner seg

For første gang i min karriere var jeg vitne til at det ubevisste åpnet seg med en slik kraft, og viste seg som et reservoar av logikk, sammenheng, paradokser og mystikk. Hittil hadde jeg sett på det ubevisste som et uforståelig problem, men nå så jeg hvordan det ubevisste både var problemet og løsningen. Og jeg så hvordan det var mulig å følge en algoritme for å bidra til denne åpningen, men det krevde en terapeutrolle jeg ikke hadde sett før. Metodens presisjon, dybde, omsorg og ærlighet traff meg som en forelskelse, og jeg hadde endelig funnet det jeg lette etter. Jeg leste systematisk alt jeg fant om ISTDP, og Davanloos første bok ble hovedverket.

I *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy* beskrev Davanloo sitt banebrytende arbeid siden 1960-tallet, og skisserte ikke bare teknikken, men forsøkte å kartlegge selve arkitekturen i menneskesinnet. Davanloo forklarte videre på sin særegne måte – tidvis håpløst upedagogisk, tidvis briljant – stegene for å trenge dypt inn i pasientens psyke. Det minnet om da min svigerfar lærte meg Rubiks kube: kaos ordnet av struktur. Også psykens villskap skjuler en algoritmisk orden.

Ubevisst terapeutisk allianse

Bokens kanskje mest banebrytende bidrag ligger i oppdagelsen og beskrivelsen av en for meg helt ny dynamikk. Jo mer Davanloo mobiliserte pasientens følelser, jo mer kom angst og motstand til overflaten. Men samtidig økte volumet til en annen stemme hos pasienten, som han kalte den ubevisste terapeutiske alliansen (UTA). Midt i den intense følelsesmobiliseringen oppstår noe nytt. Pasienten ser plutselig seg selv klart, sier spontant noe som får brikkene til å falle på plass eller allierer seg endelig med sine sunne sider.

Det er som en dypere intelligens som smetter inn akkurat der vi trenger hjelp for å komme videre i prosessen. Gjennom å arbeide med alle prosessene som blokkerte for UTA, kunne Davanloo hjelpe både pasienter med langvarige og rigide karakterstrukturer, så vel som pasienter med skjør og ustabil fungering.

Slik UTA gir pasienten blikk, språk og robusthet for sin indre virkelighet, gav Davanloo terapifeltet

et nytt blikk, språk og robusthet. Han brøt med psykoanalysens tidkrevende terapeutiske konvensjoner. Samtidig integrerte han fritt teknikker fra andre retninger for å gjøre timene mer effektive. Davanloo var blant de første som systematisk brukte videoopptak for å studere egne terapitimer. Han intervjuet sine pasienter om hvordan de hadde opplevd ham og terapien, mens de så på opptak av terapitimene sammen. Han utviklet sin teori og metode i takt med sine funn, for så å revidere dem i møte med nye eller motstridende funn.

Komplisert opphavsmann

Davanloo var også en komplisert mann som skapte splittelser og konflikter i miljøet rundt seg. Han var kjent for å utstøte kollegaer fra sitt faglige fellesskap hvis de falt i unåde hos ham, og han hevdet et eneveldig eierskap til ISTDP som teori og metode. Han var ikke fri for ubevisste krefter som opererte i blindsonen. Intensive og dybdepsykologiske metoder synes å kreve en viss grad av selvinnsikt og indre stabilitet hos terapeuten. Uten det kan man forledes av sitt eget ubevisste. Om Davanloo var klar over sine egne blinde flekker, vet vi ikke. Men også her kan vi ane hans UTA – der han i bokens vignetter ettertrykkelig oppfordret sine pasienter til å gjøre seg sine egne tanker og erfaringer fremfor å underkaste seg terapeuten eller metoden. Dette var det nærmeste han kom til å uttrykke det han ikke helt klarte å si eller etterleve: at den samme selvstendigheten og autonomien må kultiveres hos terapeutene som lærer en terapimetode.

Shuhari

Vi kan stagnere i vårt fag, og vi kan bli blinde for oss selv. Men som Davanloo demonstrerte – rigiditet kan brytes opp slik at vi kan se med ny klarhet. Dette speiles i det japanske begrepet *shuhari*, som beskriver de tre stadiene forbundet ved utøvelsen av et yrke eller en ferdighet. *Shu* betyr beskytte, *Ha* betyr å bryte opp og *Ri* betyr å dra. Dette er en evig syklus der disse tre stadiene gjentar seg. Først lærer du håndverket, kopierer mestrene og trener på prinsippene. Deretter demonterer du alt – og ser hva som gjenstår når reglene brytes. Til slutt bygger du det opp igjen, på din måte.

Dette rommer alt fra små justeringer til radikale omforminger. Denne rytmen gir levende læring. Psykologens egen UTA overtar der metoden stopper. Slik Davanloo utviklet metoden gjennom å bryte og gjenskape egne rammer, illustrerer shuhari hvordan all praksis beveger seg i sykluser av læring, oppløsning og integrasjon.

Noen av mine lærere og veiledere innen ISTDP hadde lært av Davanloos mørke sider, og underviste implisitt eller eksplisitt for å motvirke lydig repetisjon av Davanloos og deres egne ubevisste mønstre. Det ble krevd at vi skulle lære oss grunnprinsippene i psykodynamisk teori og metoden i ISTDP. Deretter ble vi oppmuntret til å kritisk granske teorien og metoden, aktivt diskutere med og utfordre veiledere og lærere, og å trekke fra, legge til og tilpasse etter behov. Til slutt fant jeg på organisk vis min måte å gjøre ISTDP på. Inntil alt gjentok seg på nytt, som i en evig oppadgående spiral mot et mål vi ennå ikke vet hva er.

Både veikart og historisk dokument

Faglig utvikling ligner det å være i et forhold eller å ha barn. Vi gjør vårt aller beste, men det ubevisste forstyrrer likevel. Hver gang UTA plutselig bryter gjennom, ser vi parforholdet og foreldreskapet med fornyet klarhet, kreativitet og retning. Inntil våre ubevisste prosesser igjen tar over, og prosessen gjentar seg. Barna vil vokse opp og deretter videreføre, endre og forbedre sin måte å forstå seg selv og leve på – akkurat som vi gjorde. Generasjon for generasjon bearbeider vi det ubevisste, og gir videre en mer integrert arv.

Davanloos hovedverk *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy* står igjen som både et psykologisk veikart og et historisk dokument over en tenkers kamp med sitt eget ubevisste. Metoden lever gjennom den som lar seg bevege – som alt levende: i terapi, i familier, i det som fødes og forløses om igjen. Ⓜ

REFERANSER

Davanloo, H. (Red.). (1977). *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Jason Aronson.

TEKST Kjell Grønnevik
Privatpraksis

Adolescence: ferden mot omsorgens og skyldens posisjon

OM SERIEN

TITTEL *Adolescence*
SERIESKAPERE Jack Thorne
og Stephen Graham
REGI Philip Barantini
ÅR 2025
STRØMMETJENESTE Netflix

Kleins teorier kan belyse ubevisste dynamikker mellom Jamie og foreldrene i den rystende, men samtidig håpefulle serien *Adolescence*.

Rundt påsketider slapp Netflix den mye omtalte miniserien *Adolescence*. Det tegnes her et urovekkende bilde av kulturen våre barn vokser opp i. Etter å ha sett serien satt jeg igjen lettere rystet, men også underlig håpefull. Min søken etter å forstå denne følelsen av håp fører meg i en tilsynelatende paradoksal retning. Den tar veien om den psykoanalytiker som kanskje tydeligst videreførte Freuds kontroversielle idé om en dødsdrift, med sine maleriske utpenslinger av iboende destruktive krefter i oss alle: Melanie Klein.

Det uskyldsrene barnet

Adolescence starter med et smell. En tidlig morgen, i en døs by i Nord-England, stormer maskert, tungt bevæpnet politi huset til en intetanende familie, tramper opp trappene og sparker inn soveromsdøra til en forskremt 13-åring: Jamie Miller. Livredd stirrer han inn i munningen på våpenet som er rettet mot ham. Han får beskjed om at han er pågrepet, mistenkt for drap. Scenen er kaotisk. Hva kan denne forskremte gutten ha gjort som rettferdiggjør en slik brutal inntrengning i hjemmet? I likhet med foreldrene merker jeg hvordan jeg intenst

ønsker at det hele er en misforståelse. Bildene av den skjønne gutten kunne vært av mitt eget barn.

Allerede på slutten av første akt fremviser politiet overvåkningsbilder. Vi får se en gutt forfølge og – med syv knivstikk – drepe den jevngamle Katie på en parkeringsplass. Bildene er kornete. Det er ikke så lett å se ansiktet til gjerningspersonen, og jeg tar meg fortsatt i å tenke: Det er ikke ham! Men farens reaksjon etterlater ingen tvil. Jamie har gjort det. Saken er på et plan oppklart for stykket har begynt. Men politiet og vi trenger å forstå hvorfor.

I følgende akt tas vi inn i bakteppet for handlingen. Vi presenteres for underskogen i sosiale medier, Andrew Tates mannsideal, mobbing på nett, skolen som oppbevaringsplass, samt voksnes manglende kunnskap om og tilstedeværelse i denne jungelen barna lever i. Slik jeg har oppfattet det, har mye av oppmerksomheten i den påfølgende debatten vært på disse forholdene. Jeg tenker at det er relevante og viktige diskusjoner å ta. Samtidig slår det meg at dette perspektivet har en annen, tilslørt funksjon: Det inngår i kampen for å bevare forestillingen om det uskyldsrne barnet. Barnet som blir ødelagt av samfunnet – et offer for omstendigheter.

Et personlig, pinsomt intermesso

Jeg kjenner det så intenst selv. Jeg vil ikke at Jamie skal måtte bære børen av å ha drept en jevnaldrende. For hvordan er det å være ung gutt, i starten av livet, og forholde seg til å ha gjort noe slikt? Mens jeg fåfengt prøver å forestille meg hvordan det må være, dukker det opp et minne fra min egen barndom. Jeg kan ikke ha vært mer enn fire år, på besøk hos min bestekamerat. La oss kalle ham Thomas O. Thomas hadde flere og finere leker enn meg, så jeg stjal en av dem – en flott rød brannbil. Gjemte den i lomma. På vei hjem husker jeg at den falt ut, og at det ble oppdaget av mamma. Jeg husker følelsen av å ha gjort noe galt. Men jeg klarer ikke å huske hvordan den ble levert tilbake. Var jeg til stede? Måtte jeg be om unnskyldning? Så jeg spør min mor om hun husker episoden. Hun gjør ikke det, men sier plutselig: «Jeg husker at du bet ham en gang ... vi skjønte aldri helt det ... dere var jo så gode venner.» Hun ser ettertenksom ut, men blikket hennes – som om hun leter etter en forklaring uten å finne den. Igjen denne kampen for å bevare forestillingen om det uskyldsrne barnet. I den forestillingen er det ikke rom for at en liten gutt biter sin beste kamerat, og det er i hvert fall ikke rom for å fatte at en ung gutt kan knivstikke en klassekamerat til døde. Med mindre man har lest for eksempel Melanie Klein, da.

Kjærlighet og hat, hånd i hånd

Melanie Kleins (1882–1960) ferd mot å bli psykoanalytiker var utradisjonell. Drømmen om å utdanne seg til lege ble lagt bort da hun forlovet seg som 17-åring. Hennes vei ble til, ikke gjennom akademisk utdannelse, men gjennom livets skuffelser og tap, tunge depresjoner og egenerfaring i terapi, koblet opp mot et åpenbart intellekt, nysgjerrighet og en ukuelig vilje. Inspirert av Freuds teori og motivert



FOTO DOUGLAS GLASS

Melanie Klein i 1952.

av sine analytikere, Ferenczi og Abraham, begynte Klein å utvikle sin egen metode for å ta plagede barn i analyse. Gjennom systematisert mental tilstedeværelse i deres lek prøvde hun å få bedre tak på barnets indre verden. På grunnlag av sine observasjoner skapte hun en teori om mental modning. En teori som gav ansatsene til det som senere ble en av de mest toneangivende retningene innen psykoanalysen: objektrelasjonsteori(ene).

Klein (1946) så for seg et voldsomt indre drama. I bildet som tegnet seg, mente hun at barn, fra starten av, må forholde seg til konflikten mellom iboende krefter av kjærlighet og hat. Barnet vil enda ikke ha utviklet evnen til å ha et integrert, helhetlig bilde av seg selv eller andre. I sin relasjon til det første objekt forholder det seg til forestillinger om deler av den andre. Mors bryst blir det første naturlige delobjekt. Klein anerkjente betydningen av det ytre miljø og kvaliteten på omsorg. Gode, kjærlige og tilfredsstillende erfaringer blir knyttet til det som etablerer seg som et godt indre objekt. Frustrasjoner og smerte blir knyttet til det som etablerer seg som et dårlig/ondt («bad») indre objekt.

Klein så imidlertid ikke på barnet som en passiv mottaker av erfaringer. Hun skriver om hvordan barnets drifter, dets temperament og ubevisste fantasier spiller en vesentlig rolle. Klein gjorde Freuds (1920) idé om dødsdriften til en hjørnestein i sin forståelse. Iboende destruktive krefter truer fra starten det gode og medfører en angst for utslettelse. For å håndtere denne angsten så hun for seg at barnet projiserer egen destruktivitet på/i det frustrerende delobjektet. Det etableres en relasjon mellom den delen av barnet som kjenner på frustrasjon, og det delobjektet som frustrerer. Klein beskriver her

sadistiske, ubevisste fantasier om å bite eller fylle objektet med dritt, og om den påfølgende frykten for gjengjeldelse. Relasjonen mellom det gode i en selv og den andre må holdes strengt adskilt fra relasjonen mellom det destruktive i en selv og den frustrerende andre, ellers risikerer en at det gode kontamineres og utslettes. Dette er en tilstand preget av paranoia, som håndteres gjennom avspaltning og projeksjon. Klein benevnte derfor denne tilstanden: «den paranoid-schizoide posisjon».

Gjennom god nok omsorg og en prosess der barnet vekselvis projiserer og introjiserer gode følelser og erfaringer, vil barnet etter hvert få etablert et mer stabilt og godt indre objekt. Et objekt som gir en økende trygghet på at en selv, den andre og verden, alt i alt, er trygg, og at det gode vil overvinne det onde. Senere i forfatterskapet fremhever Klein (1957) hvordan ekstrem misunnelse kan utgjøre en utfordring i denne prosessen ved at hatet rettes mot det gode objekt: Hvis en ikke har tro på at det gode kan bli en til del, blir løsningen å avfeie eller ødelegge det.

Med et godt indre objekt etablert er det mulig for barnet å begynne å få en integrert forståelse av seg selv og andre. Barnet kan i økende grad ta inn den andre som helt objekt: Det er den samme personen som tilfredsstiller og frustrerer meg. Det er den samme personen jeg føler kjærlighet og hat mot. Men med økt evne til integrasjon kommer også angsten for at en, med sine destruktive sider, vil ødelegge og miste det elskede objekt, som nå er erkjent som det samme som det hatete objekt. Klein (1935, 1940) kalte denne tilstanden for «den depressive posisjon», fordi barnet her må forholde seg til trusselen om tap. Som et forsvar mot denne angsten ser hun for seg at barnet vil falle tilbake på den paranoid-schizoide posisjon, med splitting av opplevelsen av seg selv og andre i godt/ondt, følelse av omnipotent kontroll over den andre og benekting av deler av virkeligheten.

Klein beskriver hvordan barnet i sin utvikling vil oscillere mellom disse posisjonene, inntil det med modning blir bedre i stand til å forholde seg til seg selv og andre som hele, sammensatte og virkelige mennesker, romme ambivalente følelser (elsk/hat), erkjenne at vi uunngåelig vil såre dem vi elsker, men samtidig utvikle troen på at skade kan repareres, og at det finnes tilgivelse. Den depressive posisjon er således en tilstand preget av omsorg for den andre, og det er en tilstand preget av evnen til å romme skyld. En kunne derfor også kalt denne tilstanden for: *Omsorgens og skyldens posisjon*. Jon Morgan Stokkeland (2011) har tidligere foreslått å kalle det «sorgens og omsorgens posisjon». For en inngående og innlevende redegjørelse av Kleins tenkning anbefales hans doktorgrad: «Å gi og å ta imot» (Stokkeland, 2011, s. 50–121).

Kjærlighet og hat i klinikken

Mens jeg skriver om Kleins posisjoner, dukker det opp et minne fra klinikken: Etter en lengre periode preget av idealisering og stillstand kommer pasienten til ny avtale. Hun setter seg ned med et lurt smil. Jeg spør hva hun tenker på, men får ikke noe svar. Bare stillhet og dette



FOTO NETFLIX

— *Jeg vil ikke at Jamie skal
måtte bære børen av å
ha drept en jevnaldrende*

megetsigende smilet. Tankene mine vandrer. Plutselig får jeg opp et bilde av blikket hennes idet jeg skulle lukke døren til kontoret. Jeg sier: «Da jeg lukket døren i sted, la jeg merke til at blikket ditt festet seg ved hånden



min.» «Mhm», svarer hun, fortsatt med dette smilet. Jeg venter, men hun sier ikke mer. Så jeg sier: «Jeg lurte på om noe i deg fikk lyst til å slamre den igjen – klemme fingrene mine.» Det stivnede smilet løser seg opp i noe som ligner på lettelse, før hun blir alvorlig. Så begynner hun å snakke. Hun forteller om hvor frustrert hun blir av å sitte i pasientrollen, hvor intenst hun kan misunne meg og mitt antatt perfekte liv, og hvordan hun kan hate meg, hvorpå hun utpensler sadistiske fantasier om hva hun kunne tenke seg å gjøre mot meg. Jeg kan enda huske Clawfinger-strofen – «*I love you, I hate you, I kiss you, I rape you. I cheat and deceive, but I need you*» – dukke opp i hodet mitt mens hun snakket. Jeg kom ikke med noen dybdeanalytisk tolkning, slik Klein antakelig ville ha gjort. I stedet snakket vi sammen om hvor vanskelig det er å trenge noen og samtidig bli revet mellom kjærlighet og hat mot samme person.

Selv om jeg kan tenke at Klein tillegger spedbarn

litt for velutviklede fantasievner, og er usikker på hva jeg mener om Freuds driftsteori, opplever jeg likevel at Kleins begrepsunivers er berikende. Det åpner opp for å tenke om indre dramaer, spesielt i de mørkeste avkroker av vårt sinn, og det gir en innfallsport til å forstå mer av hva som kan foregå på innsiden av en ung gutt som har knivstukket og drept en jevn gammel jente.

Jamies kamp mellom Kleins posisjoner

Vi møter Jamie igjen i stykkets tredje akt. Syv måneder har gått siden udåden. I påvente av rettssaken er han plassert på en «lukket opplæringsinstitusjon», der han nå skal møte den sakkyndige psykologen, Briony, til deres femte evalueringssamtale. Briony har med hjemmelaget sandwich og kakao. Tonen mellom henne og Jamie er lett, preget av gjensidig varme – i skarp kontrast til bakgrunnen for at de sitter der. Spørsmålet, fra et kleiniansk

— *Jamie kjemper en indre kamp for å holde på avstand bevisstheten om hva han har gjort*

perspektiv, blir om det gode i relasjonen er godt nok etablert til at det også kan romme det som ligger der av destruktivitet.

Jamie er usikker på hvor han har psykologen. Hun forsikrer at hennes rolle ikke er å lure frem noen tilståelse eller å dømme, men «å forstå hvordan han forstår seg selv». Men hva innebærer det? Hva må han da forholde seg til? Er det mindre truende å bli konfrontert med hvordan man har det med seg selv, enn å bli anklaget av andre? Jamie åpner seg, nølende. Han forteller hvordan han, i likhet med sin mor, føler at han er dårlig til alt. Samtidig kommer det tydelig fram hvordan han idealiserer sin far. Når psykologen stiller spørsmål om hans far, er han tydelig på vakt – beskyttende. Men den idealiserte relasjonen til far trues ikke utelukkende av psykologens spørsmål. Jamie forteller hvordan han har sett far snu seg bort i skam over hans dårlige prestasjoner på fotballbanen, og han så hvordan far snudde seg bort fra ham da han ble presentert for overvåkningsbildene av drapet. Så hva tenker far om ham nå?

Jamie spør psykologen om hun har vært i kontakt med far. Hun bekrefter det, og formidler at han har det tungt fordi sønnen er «der inne». Dette utløser et mentalt ras i Jamie. I fortvilelse bedyrer han sin uskyld, ber om å bli sluppet fri, før han blir mer og mer aggressiv, river over ende koppen med kakao, og til slutt står over psykologen, med pekefingeren opp i ansiktet hennes, mens han skriker: «Du bestemmer ikke over meg.» Det eskalerer brått og intenst, og både psykologen og vi som seere blir vippt av pinnen. Hva er det som skjer med gutten? *Er dette skiftet realistisk?* har jeg sett noen stille spørsmål ved.

Hvis vi skulle følge Melanie Kleins tenkning, kan vi se for oss at Jamie her overveldes av angsten for å ha ødelagt «det gode objekt», og en skyldfølelse som overgår det han klarer å romme. Klein (1957) skriver: «As soon as guilt is felt, the analyst becomes persecutory and is accused on many grounds» (s. 194). Hun viser til hvordan pasienter som overveldes av skyld og depressiv angst, faller tilbake i et paranoid-schizoid modus, preget av paranoia, splitting, omnipotens, benekting og projeksjon av negative sider ved seg selv på/i den andre.

Jamie står ikke bare overfor det å ha drept et annet menneske. Han står også overfor et indre drama, der han er redd for å ha ødelagt relasjonen til den personen han virker mest opptatt av å bli elsket av – sin far. Når dette kommer for tett på bevisstheten, svitsjer han fra å være sårbar, selvransakende og mottakelig for psykologens omsorg til å avfeie det, brått og brutalt – først ved å benekte personlig

ansvar, deretter feie koppen med varm omsorg på gulvet, for til slutt å innta en dominant posisjon overfor psykologen og skremme henne. Han har ikke bare projisert sin frykt på, men inn i henne, i tråd med hvordan Kleins begrep «projektiv identifikasjon» i ettertid har blitt redefinert (Ogden, 1979). Nå er det ikke lenger han som er redd, men psykologen. Det er heller ikke han som har gjort noe galt, men verden som har behandlet ham dårlig. Fra denne mentale posisjonen kan han skrike ut sin selvberettigede vrede.

Tydelig oppskaket forlater psykologen rommet. Når hun vender tilbake, uttrykker Jamie anger, og samtalen gjenopptas. Hun utforsker hans forhold til kvinner. Etter først å forsøke å lyve på seg seksuelle erfaringer han ikke har, blir Jamie igjen mer sårbar, og forteller om hvordan han ser på seg selv som stygg. Når psykologen ikke avkrefter dette, men vil utforske hvordan det er for ham å tenke slik om seg selv, skjer igjen et skifte i hans fremtoning. Han blir dominant og truende. Psykologen – tydelig ukomfortabel – blir denne gangen sittende. Jamie forteller hvordan han inviterte Katie ut på date etter at nakenbilder av henne var blitt spredd på nett. Han legger det frem som en taktisk manøver, da han anså at hun selv var så langt nede at hun ville ta til takke med ham. Men inntrykket er at han både kan ha følt omsorg for henne og ha likt henne. Han blir imidlertid avvist med forakt av Katie, hvorpå hun latterliggjør ham offentlig på nett. Krenkelsen er total. Jamie forteller hvordan han fulgte etter henne med kniv for å skremme henne, men bedyrer at han ikke drepte henne. Han uttrykker imidlertid at han burde gjort det, siden hun «er» en «bullying bitch», og vil ha psykologen til å slutte seg til denne beskrivelsen av Katie.

Vi ser her hvordan Jamie kjemper en indre kamp for å holde på avstand bevisstheten om hva han har gjort. Løsningen blir å benekte at Katie er død, ved at han flere ganger omtaler henne som om hun fortsatt lever, samt gjennom demonisering av henne som menneske. At han har følt omsorg for henne, og kanskje til og med elsket henne, er nå snudd til at hun er en «bitch». Hans skjøre selvfølelse, usikkerhet og angst er midlertidig fordunstet, og han opptrer som en dominant, skremmende mann, mens sårbarheten projiseres og rommes i fantasien om «Katie the bitch» og i psykologens frykt. Slik jeg ser det, pendler Jamie i denne evalueringssamtalen i skjæringspunktet mellom Kleins posisjoner, enda ikke klar for å ta inn over seg hva han har gjort, eller romme den skyldfølelsen en slik erkjennelse medfører.

Psykologen har fått det hun trenger. Hun sjekker ut

om Jamie har forstått at Katie er borte og ikke kan komme tilbake, at mord er en forbrytelse, hvem det er som skal avgjøre skyldspørsmålet, og om han er innforstått med at han må sone om han dømmes. Jamie bekrefter at han forstår det, hvorpå psykologen informerer ham om at dette blir deres siste samtale. Jamie blir tydelig fortvilet og trygler henne om å svare på om hun liker ham, men han får ikke noe svar. Spørsmålet henger ved: *Kan jeg bli elsket av dem som betyr noe for meg, også om de vet hva jeg er, og hva jeg har gjort? Kan det gode overleve det onde?* Mens han føres ut, hører vi ham rope til psykologen: «Tell dad I'm ok», og jeg tar meg plutselig i å tenke på Jesus sine siste ord på korset: «Min Gud, min Gud, hvorfor har du forlatt meg?» Det er det jeg hører i Jamies fortvilede stemme: Frykten for at det gode objekt er tapt.

Mea Culpa

I siste akt møter vi Jamies foreldre og søster. 13 måneder er gått, og de forsøker å finne balansen i sin nye tilværelse, med rettssaken nært forestående. I tråd med familierapeutens råd forsøker de å «fokusere på her og nå». Spørsmålet om deres eget ansvar og skyld omkranser dem like fullt som en tykk tåke, som faren forsøker å vifte bort med et «vi har ikke gjort noe galt». På vei i bilen ringer telefonen. Det er Jamie, som ringer for å gratulere sin far med dagen, før han sier: «Pappa, jeg er lei for det, men – jeg kommer til å erklære meg skyldig.» Faren klarer ikke å svare, og det blir stille. Søster og mor begynner å spørre om trivialiteter, før Jamie avslutter samtalen med å gjenta: «Pappa – jeg er lei for det.»

Tilbake i hjemmet sitter foreldrene og mimrer om den skjønnegutten han var. I jakten på lysglimt minnes de hvordan han satt og tegnet monstre «down under», med referanse til stuen. De snakker om det som et ubetinget hyggelig minne, noe som slår meg som påfallende tatt i betraktning hva sønnen nå står tiltalt for. Igjen dukker Klein opp i tankene mine. Denne kvinnen som viet karrieren sin til å lage et rom der barn kunne uttrykke det som måtte ligge der av monstre «down under». Og jeg tenker at slike rom trenger vi alle. Et rom der følelser av hat, grådighet og misunnelse kan sameksistere med det gode. Et rom der det å ha lyst til å bite sin beste kamerat, slamre døren igjen over terapeutens fingre eller nære morderiske fantasier inngår som en naturlig del av det å være menneske, og at det kan snakkes om fremfor å bli benektet eller utagert. Jamie kunne ha trengt et slik rom. Et modent sinn som kunne ta imot ham som en skjønn gutt som også rommet monstre i dypet.

Jamies mor begynner også å ta dette inn over seg. Hun viser til hvordan de i for stor grad lot ham sitte på rommet sitt, uten å involvere seg i hva han befattet seg med. Hun viser til at gutten hadde et temperament som barn, i likhet med sin far, som de ikke tok nok på alvor. Faren kjemper fortsatt imot. Han klamrer seg til familierapeutens utsagn om at de «ikke kan klandre seg selv». Men påskyndet av konas omsorgsfulle, nennsomme insistering erkjenner han at han nok har vært for lite til stede, at prosjektet med å «manne ham opp gjennom fotball og boksing» kanskje ikke var det beste for sønnen, og han erkjenner at han har vært flau over sønnen. Det er smertefullt å bevitne, samtidig som det bæres av morens: «Jeg tror det er bra om vi aksepterer at vi kunne ha gjort mer. Jeg tror det ville være ok for oss å tenke det.»

Slik jeg ser det, befinner de seg her i det Klein omtalte som den depressive posisjon, inspirert av sønnens ferd mot å ta på seg ansvar for det han har gjort. Nå er det mulig at han har erklært seg skyldig etter råd fra en advokat som, i lys av ugjendrivelige bevis, anser det som opportunt. Men jeg tror også at erklæringen av skyld har å gjøre med at Jamie har utviklet seg: at han gjennom å ta imot hjelp, og gjennom å ta inn over seg familiens vedvarende kjærlighet til ham, har funnet det trygt nok å erkjenne sine destruktive handlinger og hvordan han har såret andre. Og det er her følelsen av håp kommer inn.

I den avsluttende scenen, akkompagnert av Auroras «Through the Eyes of a Child», sitter faren alene på sønnens rom og gråter. Han brer dyna over sønnens bamse, holder hodet varsomt mellom hendene, kysser den på pannen og sier: «I'm sorry son. I should have done better.» Den strabasjose og smertefulle ferden mot omsorgens og skyldens posisjon er, i denne omgang, ved veis ende.

Vi kan gjøre bedre

Mennesker som uttrykker ektefølt skyld, basert på en erkjennelse av at vi alle er feilbarlige, er noe av det mest oppløftende og håpefulle som finnes. Samtidig som *Adolescence* på mange vis gir et foruroligende bilde, både av hvor destruktive vi mennesker kan være, og uheldige sider ved vår kultur, bærer den også et positivt budskap. Et budskap vi kanskje trenger mer enn noensinne, i en verden preget av den håpløst selvforsterkende spiralen av polarisering, projeksjoner, demonisering av «de andre» og økte splittelser. Gjennom Jamie og foreldrenes ferd viser serien det håpefulle i å fokusere på eget ansvar og romme skyld. Den inspirerer til å tenke: Vi kan gjøre bedre.

REFERANSER

Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. I *Standard Edition*. Vol. 18 (s. 1–64). Hogarth Press

Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. I M. Klein (Red.) (1975a), *Love, guilt and reparation and other works 1921–1945. The writings of Melanie Klein*. Vol I. Hogarth/Vintage.

Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. I M. Klein (Red.)

(1975a), *Love, guilt and reparation and other works 1921–1945. The writings of Melanie Klein*. Vol I. Hogarth/Vintage.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. I M. Klein (Red.) (1975b), *Envy and gratitude and other works 1946–1963. The writings of Melanie Klein*. Vol III. Hogarth/Vintage.

Klein, M. (1957). Envy and gratitude. I M. Klein (Red.) (1975b), *Envy and gratitude and other*

works 1946–1963. The writings of Melanie Klein. Vol III. Hogarth/Vintage.

Ogden, T. (1979). On projective identification. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 357–373.

Stokkeland, J. M. (2011). *Å gi og å ta imot. Donald Meltzers psykoanalytiske tenkning i tradisjonen fra Melanie Klein og Wilfred Bion* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Tromsø.

Gjennomtrekk i psykisk helsevern og lønn som virkemiddel

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



Hanne Indregard Lind

Visepresident med ansvar for fag- og profesjonspolitik

Psykologer slutter oftere enn andre yrkesgrupper i sykehusene. For å bremse gjennomtrekken må arbeidsgivere satse på lønn og gode arbeidsvilkår tidlig i karrieren.

Når det står en dør åpen i begge ender av et bygg, så kan det skape gjennomtrekk, og det er dessverre akkurat det vi ser i psykisk helsevern i dag. Psykologer og psykologspesialister slutter oftest av alle yrkesgrupper i sykehusene. Tallenes tale, både våre egne analyser fra medlemstall, og også helsetjenestenes egne tall viser dette. Det er ille for pasientene, for fagmiljøene, arbeidsgiverne og for både psykologer og psykologspesialister. Det koster for alle parter.

Det finnes ikke noen enkelt kongstanke som kan løse dette, eller ett enkelt grep som kan tas. Man må jobbe langs flere spor på en gang: ledelse, finansiering av tjenestene, reduksjon i uhensiktsmessig rapportering, økt tillit og autonomi til fagfolkene, reell mulighet til faglig fordypning og bidrag inn i fagutvikling, og større forståelse for fagfeltet vårt hos politikere, er alle variabler av betydning.

Lojaliteten til tjenestene går ned når man ikke føler seg verdsatt og når man ikke føler seg som en del av et fellesskap med verdier som gjenspeiler motivasjonen man selv har i yrket sitt. For lite tid og for høyt arbeidspress, kan føre til etisk stress i hjelpeyrker som vårt. Vi vil hjelpe og vi vil gjøre det gjennom god fagutøvelse, og når vi opplever at vi ikke får gjort en god nok jobb, at vi ikke strekker til, så kan vi kjenne på moralsk slitasje og et ønske om noe annet. Vi slutter.

Dette gjelder både psykologer og spesialister, mange går inn den ene døra og ut den andre. Men de første årene i yrkeslivet former oss som fagpersoner og kolleger. De som starter i jobb nå eller er i starten av karrieren, kommer inn i en tjeneste som har vært utsatt for heftig effektivisering over mange år, gjennom finansieringsgrep i tjenestene som har sørget for dette, samt en formidabel oppgavevekst. Når det gjelder unge psykologer handler gode arbeidsforhold om trivsel og utvikling for psykologene selv, her og nå, men også om kvaliteten i tjenestene i tiårene som kommer.

Yngre psykologers arbeidsforhold og lønnsforhold har over tid vært en kilde til diskusjon og bekymring. Yngre psykologers utvalg (YPU) har gjennomført undersøkelser som blant annet viser

at 48% av respondentene har vært sykmeldt i løpet av de siste tre årene, og av disse svarer over 40% at arbeidsbelastning var medvirkende årsak. Vi er mange som har sett, og selv har kjent på kroppen, effektene av høyt arbeidspress. Forsøk på å selv kompensere for stramme rammer, koster i lengden.

Som nevnt finnes det ikke en enkeltløsning på utfordringene vi ser i tjenesten i dag og den påfølgende gjennomtrekken, men noe som kan bidra til at færre går ut gjennom dørene, er å bruke lønn som virkemiddel. Det er et virkemiddel som er tilgjengelig og som virker raskt. Dette er noe arbeidsgiver bør ta inn over seg i mye større grad, og frontfagsresultatene bør brukes som en norm over tid og ikke som en fasit, særlig når man ser utfordringene med fagfolk i tjenesten og behovet for løft i helsesektoren. I Psykologforeningen har vi de siste årene hatt diskusjoner om lønnspolitikken etter at YPU løftet dette som problemstilling før landsmøtet i 2022.

«Lojaliteten til tjenestene går ned når man ikke føler seg verdsatt.»

Fordelingen av økonomien i lønnsoppgjørene skjer lokalt, i forhandlingene på arbeidsplassene. Vi ser av oppgjørene at det er ulik prosentvis fordeling til spesialister og til ikke-spesialister ut fra lokale prioriteringer.

Som nevnt har spesialistene blitt prioritert høyest over svært mange år i sykehusene, og denne strategien tjener vi på i et livsløpsperspektiv. Samtidig, etter diskusjoner på tariffkonferansene og i lønns- og arbeidslivsutvalget om ikke-spesialisters vilkår, ser vi at flere har prioritert ikke-spesialister noe høyere i de lokale forhandlingene når det har vært rom for det, altså uten å gå på bekostning av reallønnsvekst i andre grupper.

Diskusjonene vi har hatt knyttet til dette temaet har omhandlet både gjennomtrekk og en situasjon hvor man ser en tilstrømming for ikke-spesialister grunnet høy prisstigning. I tillegg strategiske avveininger opp mot lønnsgapet og arbeidsgivers vilje til å ansette spesialister.

Tallene viser at psykologene har hatt høyere lønnsvekst enn spesialistene i perioden, selv om spesialistene ble prioritert i oppgjørene i 2023 og 2024. I 2025-oppgjøret ble ikke-spesialistene prioritert noe høyere enn spesialistene.

Vi ser to bevegelser: bedre lønnsstiger for psykologer, og altså lokale forhandlingsresultater i helseforetakene som prioriterer psykologer noe høyere enn spesialister. Begge deler er grep som kan bidra til bedre rekruttering, stabilitet og faglig utvikling, og er også et uttrykk for økt bevissthet rundt ikke-spesialistenes situasjon.

Så vet vi at spesialistkompetanse er knapt og etterspurt, og at det å prioritere spesialistene har vært en vellykket strategi. At psykologer samlet

sett ble prioritert noe høyere enn spesialister i årets lokale forhandlinger i helseforetakene, er ikke et brudd med prinsippet om å belønne kompetanse. Spesialistene har fortsatt en tydelig lønns- og ansvarsmessig differensiering.

Samtidig, i et arbeidsmarked preget av gjennomtrekk og harde vilkår for de yngre, så er lønnsutvikling for ikke-spesialister noe som kan være viktig for å bremse gjennomtrekken mens vi arbeider med bedring av øvrige arbeidsbetingelser og faglige rammevilkår for alle grupper.

Gevinsten vil komme hele tjenesten til gode, inkludert spesialistmiljøene. Å investere tidlig i karriereløpet er å investere i robustheten til laget og fagligheten i tjenestene. ■

Kan den ansatte kreve prøvetid i ansettelsesforholdet?



Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen

Tone Hagen Stephensen

Spesialrådgiver i Jus- og arbeidslivsavdelingen

Hva er prøvetid?

Prøvetid i en jobb er en avtalt periode i starten av et ansettelsesforhold, vanligvis seks måneder, der både arbeidsgiver og arbeidstaker kan vurdere om arbeidsforholdet er hensiktsmessig for begge parter. I perioden vurderer arbeidsgiver arbeidstakerens faglige dyktighet og tilpasning til arbeidet, mens arbeidstakeren får muligheten til å vurdere om de trives i stillingen, og om rollen samsvarer med forventningene.

I prøvetiden gjelder det noen andre betingelser enn ellers, som blant annet at den ansatte har et noe svekket stillingsvern. Det vil si at terskelen for oppsigelse er lavere. I prøvetiden er også oppsigelsestiden kortere enn vanlig. Dette er naturlig fordi den ansatte er helt i oppstarten av arbeidsforholdet, og det kan være behov for å fratre stillingen raskere enn ellers. Hvor lang oppsigelsestiden er, vil variere. Etter arbeidsmiljøloven § 15-3 (7) følger det at oppsigelsestiden skal være 14 dager, med mindre det er avtalt noe annet med den ansatte direkte eller i tariffavtale.

I tariffavtalene Psykologforeningen har med arbeidsgiverorganisasjonene varierer det hvor lang oppsigelsestiden under prøvetiden er. I helseforetakene er det i tariffavtale for eksempel avtalt en oppsigelsestid på én måned. I kommunal sektor er oppsigelsestiden imidlertid 14 dager. For ansatte i staten er spørsmålet lovregulert, og der er oppsigelsestiden også én måned. Dette følger av statsansatteloven § 22.

Er det et krav om at det skal avtales prøvetid?

Det er ikke et krav i verken arbeids- og miljøloven eller i tariffavtalene at det må avtales prøvetid. Det er imidlertid svært vanlig at prøvetid avtales da dette skaper fleksibilitet og rom for både den ansatte og arbeidsgiver. Dersom det ikke avtales prøvetid, gjelder alminnelige betingelser fra dag en.

Spørsmålet om den ansatte kan kreve prøvetid oppstår gjerne i de situasjoner der arbeidsforholdet har begynt, og den ansatte ønsker å slutte raskt. Dersom det ikke er avtalt prøvetid, så er den ansatte bundet av alminnelig oppsigelsestid, som vanligvis er på tre måneder.

I de aller fleste tilfeller vil arbeidsgiver utvise fleksibilitet og la den ansatte få slutte tidligere ved en oppsigelse i prøvetiden. Men det er ikke alltid det er tilfelle. Dersom arbeidsplassen har lav bemanning som følge av høyt fravær blant de ansatte, eller at en står overfor alminnelig ferieavvikling, så vil arbeidsgiver ha behov for den ansatte for en periode fremover og holde på den ansatte.

Jus- og arbeidslivsavdelingen har sett flere tilfeller der psykologer har ønsket å fratre raskt etter egen oppsigelse, men at arbeidsgiver har motsatt seg dette. Å ha et bevisst forhold til prøvetid ved ansettelse er derfor viktig. Dersom du ønsker en gjennomgang av kontrakt, herunder bestemmelse om prøvetid ta, kontakt på ja@psykologforeningen.no. ■

Valgfritt program i

Anvendt psykologi i barnehage og skole

Sted og dato: Oslo, 24.11.2025 – 24.11.2026

Påmeldingsfrist: 20. oktober 2025

Pris per kurs: Medlem kr 8 300 /ikke-medlem kr 16 600

Tema

Dette nye, valgfrie programmet skal gi psykologen økte forutsetninger for å samhandle med barnehager og skoler, samt styrke psykologenes rolle i folkehelsearbeid og organisasjonsutvikling på disse arenaene.

Målgruppe

Psykologer som har interesse for oppvekstfeltet og som ønsker å bidra til forebyggende psykisk helsearbeid i barnehagen og på skolen.

Psykologer som har gjennomført fellesprogrammet og som skal bli spesialister i barne- og ungdomspsykologi, samfunns- og allmennpsykologi, familiepsykologi, eller habiliteringspsykologi.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Målsetting

Målet for dette kurset er at psykologer anvender sin kompetanse i møte med ansatte i barnehager og skoler på en måte som styrker deres mestringstro og handlekraft til å jobbe helsefremmende, samt styrke dem i møte med utfordringene som de møter. Psykologene som tar kurset vil få innføring både i lovverk, samt kartlegging og tiltak knyttet til de vanligste læreversker.

Kursledere

Psykologspesialistene Andrea Levinja Kanavin Grythe og Kristin Andreassen Eide.

Les mer om kurset
og meld deg på her:





UNIVERSITETET
I OSLO

Ønsker du å arbeide som barnefaglig sakkyndig og bidra til å klargjøre faktagrunnlaget for beslutninger i nemnd og domstol om barn og foreldre?

Utdanningsprogrammet i barnefaglig sakkyndighet ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, gir deg ferdighetene du trenger for å forstå og praktisere rollen som sakkyndig.

Programmet er samlingsbasert med totalt seks samlinger over to år.

Søknad til programmet åpner 7. oktober og varer frem til 1. desember.



HEKTA PÅ KUNNSKAP

Gratis nettportal for fagfolk som jobber med mennesker med samtidig ADHD og rusutfordringer.

Hekta på kunnskap består av 8 moduler med korte webinar, animasjonsfilmer utviklet av fagfolk, med støtte fra Helsedirektoratet.

www.adhdnorge.no/hekta-pa-kunnskap



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**



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Ansvarsforsikring

Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne.

Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden www.storebrand.no/akademikerne.

Frist for å reservere seg eller si opp forsikringen er **15. oktober** med virkning fra det kommende året.

Reservasjon eller bestilling sendes via **Min side** eller til medlemsservice@psykologforeningen.no

NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Kurs i avtalepraksis og takstbruk

Sted og dato: Oslo, 11. desember 2025

Sted: Clarion hotel the HUB, Oslo
Påmeldingsfrist: 5. november 2025
Pris: kr 1 950

Kurset gir en innføring i rammeverket for avtalepraksis med grundig gjennomgang av regelverket, takstsystemet, relevante avtaler for psykologspesialister med driftsavtale og konkrete eksempler på takstbruk.

Kurset er primært rettet mot avtalespesialister i oppstarts- eller tidlig fase av avtalepraksis. Mer

etablerte avtalespesialister som ønsker en gjennomgang av avtaleverk og takstsystem er også velkomne til å delta.

Riktig takstbruk er viktig for økonomisk inntjening i avtalepraksis, og kan forhindre unødvendige henvendelser og tilbakebetalingskrav fra myndighetene.

Kurset krever fysisk deltakelse og er basert på dialog og spørsmål fra deltakerne underveis. Det vil dessverre ikke bli tilrettelagt for digital deltakelse.

Påmelding innen onsdag 5. november til ja@psykologforeningen.no.

Kursledere: Heidi Roald og Julius Okkenhaug

Tid: Torsdag 11. desember kl. 10–17.00

Kursavgift: Kr 1950 inkludert lunsj. Kursavgiften er fradragsberettiget i regnskapet for din privatpraksis.

Husk å oppgi din fakturaadresse og eventuelle allergier ved påmelding.

Kontor til leie

35 kvm kontor nær Slottsparken leies ut 50% til en person.

Tirsdag/onsdag og fredag fra kl 13:00 og hele mandag.

Fellespraksis med psykologer/leger. Passer til analyse, psykoterapi, familie- og gruppeterapi.

Lav husleie.

Ta kontakt på sms til mobil:
928 00 741

IPSY
Institutt for psykoterapi

Institutt for Psykoterapi

For psykologer og leger blir det våren 2026 satt i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:
OSLO – Kristin Mack-Borander

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:
STAVANGER – Anne-Grethe Aase

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:
OSLO – Laila Hjulstad

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:
TRONDHEIM – Lilian Stokkeland

Innføringsseminar er en generell innføring i psykoanalytisk og psykodynamisk teori og terapi.

Videregående seminar bygger på innføringsseminaret og er en teoretisk fordypning med større vekt på det kliniske arbeidet.

Les undervisningsplanen på vår hjemmeside:
<http://www.instpsyk.no/>

Søknadsfrist: 15. november 2025. Søknad skal sendes via hjemmesiden <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>.

For mer informasjon: telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no.



Grunnutdanning i EMDR

Kursholder:

Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Trinn 1

Oslo 20. – 22. januar 2026
Digitalt 17. – 18. mars 2026

Trinn 2

Oslo 25. – 27. november 2025
Digitalt 9. – 11. desember 2025
Bergen 19. – 21. mai 2026

Påmelding og nærmere informasjon:

www.emdrutdanning.no

Kronisk traumatisering og traumerelatert dissosiasjon

I samarbeid med RVTS-Vest:

Arne Blindheim og Marianne Straume
(psyk.spes.) 12 dagers kurs (4 x 3 dager)
i Bergen, april 2026 – november 2026

For mer informasjon om kurset og om påmelding, gå til:

www.krisepsykologi.no

www.arneblindheim.no

Valgfritt program i Psykoterapeutisk metode for barn og unge

Mentaliseringsbasert arbeid med barn, unge og familier

Sted og dato: Oslo, 17.11.2025 – 20.11.2026

Påmeldingsfrist: 20. oktober 2025

Pris per kurs: Medlem kr 8 300 /ikke-medlem kr 16 600

Målgruppe: Målgruppen for dette valgfrie programmet er psykologer som jobber i psykisk helsevern for barn og ungdom, i kommunale tjenester for barn og unge, samt statlig barne- og familievern.

Psykologen må ha gjennomført det obligatoriske programmet for spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi for å kunne delta på det valgfrie programmet i psykoterapi for barn og unge.

Psykologer som har fullført andre obligatoriske spesialistprogram og som har minst 2 års erfaring med psykologfaglig arbeid med barn og unge kan også vurderes for opptak etter søknad.

Kurset godkjennes som 16 timer vedlikeholdsaktivitet.

Målsetting: Psykologen får spesifikke ferdigheter og kunnskaper i psyko-

terapeutisk behandling av et bredt spektrum av tilstandsbilder hos barn og unge, i samarbeid med deres omsorgspersoner og systemene rundt. Metoden er transdiagnostisk og har et utviklingspsykologisk kunnskapsgrunnlag.

Tema: Kurset vil tydeliggjøre hvordan enklere og mer komplekse tilstander kan behandles psykoterapeutisk på tvers av alder, og hvordan metoden kan implementeres i førstelinjen så vel som i spesialisthelsetjenesten.

Kursledere er Line Brotnow Decker og Fredrik Cappelen.

Les mer om kurset
og meld deg på her:



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 Lindø
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

Peter Hurlen, 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. 10 2025

Møt kandidatene

Simen Bø

Profesjonsstudier ved UiS og UiA: lover mer enn kvantitet

Matt Oxman

UiS og UiA støtter kritikk av egnethetsprøve: – Kan være fullstendig uforsvarlig

Matt Oxman

«Korleis har du klart å overleve alt dette?» Reframing på eit feltsjukehus i Gaza

Steinar Johannessen & Mahmoud Asfour

Konsulterende team for arbeid med spise- forstyrrelser i spesialisthelsetjenesten

Nilsen, Lindeberg, Kvistum & Djupesland

Leketerapi og EMDR i behandling av barn med PTSD

Ole Christer Lund

Ketaminassistert psykoterapi for anorexia nervosa

Dahlgren, Tverrli og Stewart

Depresjon og kognitiv funksjon

Brage Kraft

Hvordan bruker terapeuter egenerapi? En metasyntese av norske forskningsfunn

Marit Råbu & Christian Moltu

Vi forsket ikke på karakteranalyse

Bernhardt, Nissen-Lie & Råbu

KI og symbiotisk intelligens – en brytningstid for helsemyndiggjøring?

Rune Johan Krumsvik

Metaanalytiske funn i DPS-hverdagen

Stian Solem

Kunstig intelligens i terapirommet

Torhild Tønnesen Haugnes & Roland Westerlund

Horisontal dissosiasjon: systemets angst for psyken

Per Are Løkke

En banebrytende bok om intensiv dynamisk korttidsterapi

Jonas Sharma-Bakkevig

Adolescence: ferden mot omsorgens og skyldens posisjon

Kjell Grønnevik