

**Avtalespesialistenes dom
over felles henvisningsmottak**

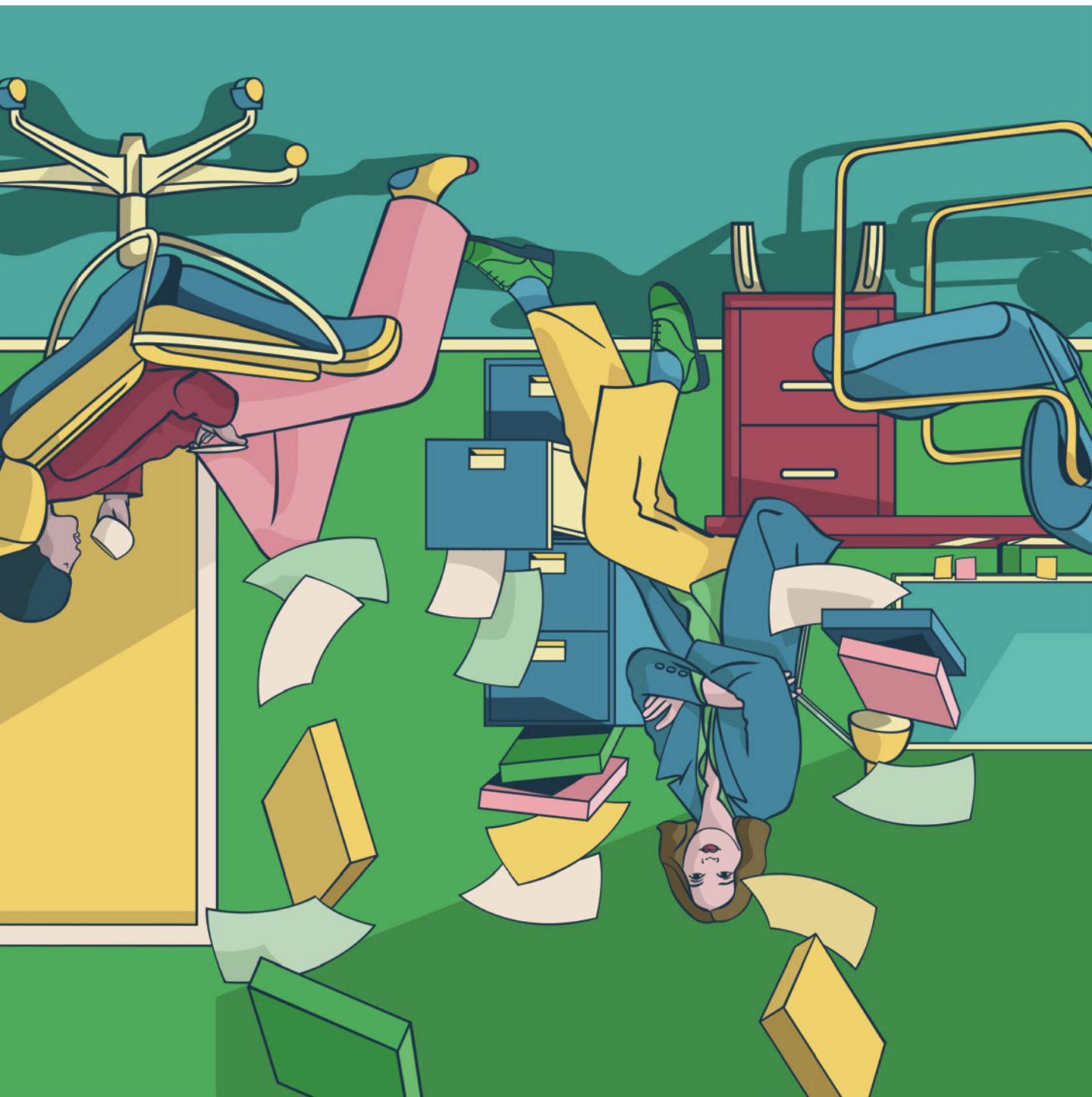
Matt Oxman

**Knut Hamsuns
vei til Gud**

Kim Larsen

**Omsorgsforvitring og
maktesløshet i akuttpsykiatri**

Hagen, Knizek & Hjelmeland



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
21.11.2025

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 tlf. 23 10 3133
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Bestillingsfrist 10.12, 16.01, 13.02

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
Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus Moe
Thompson, Helene Amundsen Nissen-Lie,
Elisabeth Schanche, Erik Stånicke, Jens
Thimm og Espen Walderhaug

Form Maria Astrup, Kristin Bø og
Christian von Schack

Omslagsillustrasjon Gilles & Cecilie
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.



INNHold

NR 12 - 25

Psykologtidsskriftet
Vol 62

OMSLAG

Gilles & Cecilie har laget forsideillustrasjonen og forteller: Med utgangspunkt i redaksjonens prompt om et opp-ned-kontor valgte vi å visualisere omveltningen ved å la bunken med henvisninger falle bort, mens psykologen sitter rolig på en ren pult. Et bilde på at selv om systemet snus på hodet, består kontoret, roen og rommet for samtalen.



JULEHILSEN Katharine Cecilia Williams	
God jul til alle våre lesere	728
REPORTASJE Matt Oxman	
Avtalespesialistenes dom over felles henvisningsmottak	729
NYHETER Matt Oxman	
Nevropsykologene fortviler	735
FRA PRAKSIS Tone Schøyen	
Vurdering av henvisninger i DPS: erfaringer fra en konsernrevisjon	739
FRA PRAKSIS Smerud, Bikset & Aanderaa	
Kliniske erfaringer med bruk av DC:0-5	744
FAGARTIKKEL Kim Larsen	
Knut Hamsuns vei til Gud	751
FRA FORSKNINGEN Hagen, Knizek & Hjelmeland	
Omsorgsforvitring og maktesløshet i akuttpsykiatri	759
FRA FORSKNINGEN Høstmælingen, Nissen-Lie, Monsen & Solbakken	
Kan bruk av antidepressiver påvirke nytten av psykologisk behandling?	763
FRA FORSKNINGEN Ludvig Daae Bjørndal	
Tidlige tapsopplevelser, resiliens og risiko for senere psykiske lidelser	766
ORIGINALARTIKKEL Zahl, Morken, Pedersen & Bremer	
En undersøkelse blant behandlere i spesialisert behand- ling for pasienter med personlighetsforstyrrelser	769
EVIDENSBASERT PSYKOLOGISK PRAKSIS Holmøy & Andersen	
Psykologisk behandling av vedvarende vansker etter bruk av psykedelika	778
DOKTORGRADER	
Fremtidenstenkning Nakenbildespredning uten samtykke	788
DEBATT Barbro Andersen	
Forskjellsbehandling av vedlikeholdsaktivitetene	789
DEBATT Henrik Berg	
Evidensbasert praksis i psykologi – en begrunnet standard?	792
KRONIKK Benedicte Storø Endresen & Anniken Lian Johansen	
Hvem hjelper helperen?	794
ANMELDT Victoria Forsberg	
Å holde motet oppe	798
OPERAESSAY Øystein Klev	
Barnet og trylleriene – opera om det lille mennesket i den voksne	800
MINNEORD	
Ellen Hartmann	805



God jul til alle våre lesere

I skrivende stund har det blitt vinter i landet. Lysdekorasjonene er på plass og smykker opp i mørketiden, som bærer bud om et år som er på hell.

Når vi går inn i 2026, legger Psykologtidsskriftet et viktig år bak seg. I sommer ble vi indeksert i Directory of Open Access Journals, DOAJ. Dette var en svært sentral brikke å få på plass for målet om å oppfylle kravet i vår formålsparagraf, hvor det heter at vitenskapelige, fagfellevurderte artikler skal utgjøre ryggraden.

I den forbindelse er det svært gledelig at Norsk Nevropsykologisk Forening og Psykologtidsskriftet i november signerte en samarbeidsavtale om publisering av vitenskapelige artikler. Vi ser frem til samarbeidet, som jeg håper kan gi oss en modell for liknende samarbeid med andre psykologfaglige miljøer. Vi ønsker å bidra til at leserne våre får tilgang på forskning, og vi ønsker at forskere tar et aktivt eierforhold til oss som tidsskrift.

Men Psykologtidsskriftet publiserer ikke bare vitenskapelige artikler. Vi kommer til å arbeide aktivt for å utvikle tidsskriftet videre i året som kommer, for at du som leser skal oppleve oss som et organ for faglig vedlikehold og oppdatering. Det gjør vi gjennom våre journalsaker, bokenmeldelser og debattspalte og ikke minst våre ulike fagartikler. Psykologtidsskriftets mål er å være et middel mot faglig isolasjon. Vi vil være en felles arena for faglig utveksling, deling og diskusjoner.

Jeg vil gjerne takke alle våre forfattere, fagfeller, vårt redaksjonsråd og deg som leser – med ønske om en fredfull desember og entusiastiske forventninger til 2026.

Katharine Cecilia Williams

SJEFREDAKTØR

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no



Avtalespesialistenes dom over felles henvisningsmottak

To år etter utrulling startet, er mange positivt overrasket eller i hvert fall fornøyde med ordningen. Andre fortviler.

Høsten 2023 startet en omveltning i avtalespesialisters praksis i psykisk helsevern. Til da hadde de selv vurdert henvisningene fra pasienter, fastleger og andre. Nå skulle brorparten av henvisningene via inntaksteamene ved distriktpsikiatrisk senter (DPS) eller annet lokalt helseforetak (se faktaboks). Mange avtalespesialister møtte ordningen med skepsis fra idéfasen. Et par år senere har Psykologtidsskriftet tatt temperaturen på erfaringene deres. Et titalls intervjuer og innsyn i resultater fra forskjellige spørreundersøkelser viser at opplevelsene varierer betydelig.

Mange avtalespesialister later til å være positivt overrasket eller i hvert fall tilfreds, men vil justere ordningen. Noen sier det er for tidlig å konkludere. Andre igjen fortviler og ønsker seg tilbake til de gode, gamle dager. Spesielt nevropsykologene sliter. Tidligere i år ba Psykologforeningen forgjeves de regionale helseforetakene (RHF-ene) om å trekke nevropsykologene ut av ordningen (se egen sak). Helse Sør-Øst RHF, som koordinerer det nasjonale arbeidet med felles henvisningsmottak, sier variasjonen i erfaringer er naturlig.

Valgte forhandling

Felles henvisningsmottak var et av Bent Høies hjertebarn da han var helse- og omsorgsminister. Målet var lik rettighetsvurdering for pasienter i avtalespesialistordningen som i resten av det offentlige helsevesenet. Da Helse Sør-Øst skulle pilotere felles henvisningsmottak, strandet piloten. Men Høie var fast bestemt og kom med et ultimatum.

Hanne Indregard Lind deltok i forhandlingene om felles henvisningsmottak da hun var nestleder i Psykologforeningens lønns- og arbeidsmarkedsutvalg:



RESOLUTT: På tross av en mislykket pilot var tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie bestemt på å innføre felles henvisningsmottak, med eller uten forhandlinger.

– Til slutt sa han at enten så kommer partene frem til en avtale, ellers kommer ordningen som en ensidig forskrift fra departementet. Psykologforeningen valgte å gå inn i forhandlinger for å få innflytelse.

Lind sier Psykologforeningen fikk gjennomslag på noen punkter, men ikke alle. For eksempel fikk de gjennomslag for at avtalespesialister skulle motta pasienter basert på faglig profil og etter dialog, men de fikk ikke gjennomslag for nasjonale retningslinjer rundt hvilke pasientgrupper som er uegnet for behandling i avtalepraksis. Lind påpeker at noen av gjennomslagene fortsatt er teoretiske. For eksempel har RHF-ene enda ikke tilrettelagt for digital kommunikasjon mellom avtalespesialister og lokale helseforetak.

Over forventning

I et debattinnlegg i november 2022 skrev Kari Tenmann og tre andre avtalespesialister om bekymringer knyttet til felles henvisningsmottak. Nå har pipen fått en litt annen lyd. Psykologtidsskriftet møter Tenmann og to av hennes tre medforfattere – Kristin Østlie og Torbjørn Liaaen – på lunsjrommet ved kontorene deres på Ila i Oslo.

– Noen av fordommene våre tålte ikke helt dagens lys, sier Liaaen.

Tenmann skryter av samarbeidet med Nydalen DPS. Hun sier den største fordelene med felles henvisningsmottak er oversikten over alle som søker behandling:

– Jeg går ikke og lurte på hvordan det gikk med den personen.

I tillegg er det godt å slippe strømmen av henvendelser, sier hun. Enkelte dager kunne hun få opptil 10–12 stykk fra fastleger og pasienter, samt DPS via fastlege, ifølge en opptelling hun gjorde i sammenheng med debattinnlegget i 2022. Tenmann sier man kan spørre seg om nåløyet for behandling faktisk har blitt trangere – slik hun og medforfatterne advarte mot i innlegget sitt – når man ser at avvisningsprosenten har gått opp.

AVTALESPEISIALISTER OG FELLES HENVISNINGSMOTTAK

- Avtalespesialister er psykolog- og legespesialister som driver privat praksis, men har driftsavtale med ett av de fire RHF-ene.
- Helse Sør-Øst RHF har avtale med nærmere 1000 avtalespesialister, Helse Vest RHF rundt 250, Helse Midt RHF litt over 100 og Helse Nord RHF litt under 100.
- Målet med felles henvisningsmottak var å oppnå lik og rettferdig rettighetsvurdering for alle pasienter i psykisk helsevern.
- Ordningen innebærer at henvisninger til avtalespesialistene nå hovedsakelig går via inntak ved DPS eller annet lokalt helseforetak.
- Vurderingene skjer på bakgrunn av de samme prioriteringskriteriene som før.
- Hver avtalespesialist har en samarbeidsavtale med et lokalt foretak, i tillegg til den nasjonale rammeavtalen hvor RHF-ene også er part.
- Innføringen av felles henvisningsmottak startet i september 2023, men ikke samtidig i alle deler av landet eller alle deler av psykisk helsevern.
- Fastleger kan sende henvisninger til forskjellige inntak eller be om at en pasient henvises til en bestemt avtalespesialist – for eksempel i tilfeller hvor en psykolog er pasienten og ikke ønsker at bekjente skal vurdere henvisningen.
- Hvorvidt avtalespesialister er representert i et inntak eller deltar i rettighetsvurderingene, avhenger av samarbeidsavtalen mellom det lokale foretaket og de tilknyttede avtalespesialistene – ikke krav i den nasjonale rammeavtalen.

FOTO MATT OXMAN



PLASS VED BORDET: Hanne Indregard Lind var med på forhandlingene om felles henvisningsmottak da hun var nestleder i Psykologforeningens lønns- og arbeidsmarkedsutvalg.

Men hun viser til en konsernrevisjon som tyder på at rettighetsvurderinger ved Nydalen DPS generelt har vært i tråd med gjeldende føringer (se faktaboks).

– Mange av henvisningene som har blitt avvist, er «best å sjekke ut»-varianten om utredning av ADHD, forklarer Tenmann.

Hun, Østlie og Liaaen sier de ikke vil tilbake til det gamle systemet, men at felles henvisningsmottak også har ulemper og må videreutvikles. For eksempel har det blitt vanskeligere å rekruttere pasienter til gruppeterapi, sier Liaaen:

– Du kan ikke putte hvem som helst sammen.

Østlie sier pasienter kan bli engstelige for avsluttet behandling fordi de må få ny rettighetsvurdering hvis de vil tilbake til henne:

– Jeg har flere pasienter enn før som «henger igjen», med sjeldnere timer istedenfor avslutning. De går glipp av utviklingen som avslutningen kan gi, og tar opp kapasitet. Men det er lett å forstå deres frykt for å ikke få hjelp igjen, om de skulle trenge det.

For tidlig å si

I september 2023 skrev to andre avtalespesialister – Kristin Lyse og Inger Wangen – et debattinnlegg

FOTO MATT OXMAN



POSITIVE: Avtalespesialistene Torbjørn Liaaen, Kari Tenmann og Kristin Østlie sier fordelene ved felles henvisningsmottak har veid tyngre enn ulempene.

med enda en advarsel om felles henvisningsmottak: «Konsekvensene av felles henvisningsmottak, uten videre økning av avtalespesialister, er prematur avslutning av behandling. Som for den enkelte kan medføre en katastrofe.» Lyse og Wangen ville ikke stille til intervju til reportasjen da Psykologtidsskriftet spurte mot slutten av august 2025.

Wangen skriver på e-post: «Jeg har siden 1. februar 2025 hatt permisjon fra min avtalepraksis, så jeg har ikke noen oversikt på hvordan det fungerer nå.» Hun beskriver erfaringen før permisjonen som positiv: «I hele 2024 satt jeg som avtalespesialistenes representant

ved DPS Groruddalen. Her synes jeg vi fikk til gode samarbeid mellom DPS og avtalespesialister.» Lyse har kontor sentralt i Trondheim. Hun påpeker at felles henvisningsmottak først ble innført i hennes region 1. oktober 2024, og forklarer: «Jeg har derved smått grunnlag for å uttale meg om problemstillingen vi hadde i debattinnlegget.»

Lengter tilbake

Avtalespesialistene Martin Hegdahl og Inger Johanne Storesund sitter i styret til Foreningen for psykologer i privat praksis. Begge sier de ville gått tilbake til det gamle

— *Jeg går ikke og lur på
hvordan det gikk med den
personen*

«SYNLIGGJØRING» AV AVSLAG

I en Fra praksis-artikkel i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet skriver Tone Schøyen om en konsernrevisjon i Helse Sør-Øst RHF, utført våren 2024.

Schøyen leder inntaksteam ved Bærum DPS og var ekstern fagrevisor i revisjonen. Revisjonen omfattet til sammen seks DPS tilknyttet Oslo universitetssykehus, Sykehuset Østfold og Sykehuset Sørlandet.

Et av målene var å vurdere rett-messigheten til et utvalg avslag på henvisninger ved DPS-ene. Schøyen skriver at avslagene i all hovedsak samsvarte med hennes uavhengige vurderinger.

Videre skriver hun at nærmere en tredjedel av de avslåtte henvisningene fremsto i stor grad som «bestillinger» av ADHD-utredning, der symptombildet eller alvorlighetsgraden ikke tilsa rett til behandling.

Blant de reviderte DPS-ene var Nydalen DPS, der avtalespesialistene Tenmann, Østlie og Liaaen er tilknyttet.

Christine Bull Bringager, overlege og seksjonsleder ved allmennpsykiatrisk poliklinikk Nydalen DPS, påpeker at mange pasienter som ville fått avslag fra avtalespesialist før felles henvisningsmottak, nå får det fra lokalt helseforetak: – Avslagene har bare kommet til syne.

henvisningssystemet hvis de fikk bestemme, for å få tilbake autonomi. Hegdahl har kontor i Færder. Han satt i en prosjektgruppe i Vestfold som jobbet med innføring av felles henvisningsmottak i landsdelen, og sitter i inntak som representant for avtalespesialister. Hegdahl sier han savner at praksisen hans var mer lokal, noe han hadde mer kontroll over før felles henvisningsmottak. Samtidig viser han forståelse for idéen bak ordningen og ser fordeler ved det nye systemet:

– Man har på papiret i hvert fall fått en mer rettferdig fordeling av ressurser. Min venteliste var nærmere ett år på det verste, før felles henvisningsmottak.

Storesund sier hennes venteliste ikke var så lang:

– Jeg opplevde at jeg hadde god styring og kontakt med pasienter.

Hun sier felles henvisningsmottak har vært et hinder for å utnytte hele kapasiteten hennes:

– I høst har jeg hatt dager hvor jeg ikke har hatt pasienter. Før kunne jeg alltid ta én fra ventelisten min.

Storesund har kontor i Hauge-sund og jobber primært med barn og unge. Hun påpeker at avtalespesialister for barn og unge egentlig skulle tas inn i det nye systemet etter avtalespesialistene for voksne:

– Det skjedde fort og brått, og var ikke godt planlagt. Storesund noterer at ingen avtalespesialister er repre-

sentert i inntaket hun er tilknyttet.

At Storesund har hatt en mindre heldig erfaring med felles henvisningsmottak enn Hegdahl, er eksempel på et større problem, ifølge Hegdahl:

– Jeg har en fanesak, som er at det trengs en kartlegging av hvordan ordningen er organisert i ulike deler av landet. Utrullingen var preget av at mye var uavklart nasjonalt og ble overlatt til lokal avklaring.

Hegdahl sier at ulik organisering er et problem med tanke på målet om likest mulig rettighetsvurdering.

Blandet

Psykologtidsskriftet har fått innsyn i resultater fra ulike spørreundersøkelser om avtalespesialisters erfaringer med felles henvisningsmottak. Marit Grande, Psykologforeningens tillitsvalgt for avtalespesialistene i Helse Sør-Øst RHF, sto bak en av undersøkelsene, sammen med Heidi Husby fra Legeforeningen.

Grande og Husby sendte åpne spørsmål til avtalespesialister i regionen i forbindelse med et erfaringsseminar om henvisninger innen psykisk helsevern arrangert av Helse Sør-Øst RHF i 2024. Psykologforeningens jus- og arbeidslivsavdeling sto bak en annen undersøkelse, sendt til foreningens medlemmer med driftsavtale i 2024 og igjen i 2025. Avdelingen endte opp med å sende en egen undersøkelse til nevropsyko-



FOTO PRIVAT



FOTO ANNA KRISTINE STORESUND

MISFØRNUDE: Styremedlemmene Martin Hegdahl og Inger Johanne Storesund i Foreningen for psykologer i privat praksis sier de ville gått tilbake til det gamle henvisningssystemet hvis de fikk velge.

FOTO MATT OXMAN



BEDRE ENN FORVENTET: Marit Grande sier avtalespesialisters tilbakemeldinger om felles henvisningsmottak har vært overraskende positive.

logene i begynnelsen av mai 2025. Resultatene fra Grande og Husbys undersøkelse og undersøkelsene til foreningen samsvarer generelt. Mange svargivere rapporterer at felles henvisningsmottak stort sett fungerer godt, og peker på viktige fordeler sammenliknet med den gamle ordningen. Men det er betydelig variasjon på tvers av landsdel og lokalt foretak, og noen avtalespesialister opplever store problemer (se faktaboks).

Grande var med i en prosjektgruppe som forberedte innføring av felles henvisningsmottak nasjonalt. Hun sier hun ble overrasket over at så mange av respondentene oppgav å være såpass fornøyde.

– Historisk sett har det vært veldig mye motstand blant avtalespesialiste-

ne, forklarer Grande, men legger til:

– Det er fortsatt en del som skal rettes på.

Heidi Roald, spesialrådgiver og advokat i Psykologforeningens jus- og arbeidslivsavdeling, var ansvarlig for undersøkelsene fra foreningen.

– Systemet fungerer for mange, og det er en del positive aspekter, men også utfordringer. For noen er situasjonen kritisk, særlig noen nevropsykologer, oppsummerer Roald.

Spredt ansvar

Helse Sør-Øst RHF har hatt koordinerende ansvar for avtalespesialistordningen nasjonalt siden starten av 2024 og etablerte en enhet for avtalespesialistordningen i mars 2024. Det koordinerende ansvaret går på rundgang mellom RHF-ene. Det forteller Kjersti Anna Berg, som har ledet enheten siden august 2024.

– Avtalespesialistordningen er en veldig viktig ordning i spesialisthelsetjenesten fordi avtalespesialistene behandler veldig mange pasienter. Omtrent en femtedel av de polikliniske konsultasjonene i psykisk helsevern i vår region skjer hos avtalespesialister, sier Berg.

Psykologtidsskriftet har samlet tilsvarende tall fra de andre RHF-ene. Helse Vest RHF og Helse Nord RHF forteller at avtalespesialister sto for 18 % av de polikliniske konsultasjonene i psykisk helsevern for voksne i deres regioner i 2024. Helse Midt RHF forteller at tallet var 9 % i deres region.

FOTO MATT OXMAN



PEKER PÅ PROBLEMER: Heidi Roald, spesialrådgiver og advokat i Psykologforeningen, sier felles henvisningsmottak skaper betydelige utfordringer for noen avtalespesialister.

– *Fra deres perspektiv, hvordan har det gått med innføringen av felles henvisningsmottak?*

– Vi mener at det har gått bra og systemet fungerer etter intensjonen. Pasientene får de samme rettighetene, og alle DPS sender henvisninger til avtalespesialister, som har blitt en enda mer integrert del av helsetjenesten. Tilbakemeldingene vi får, er at det stort sett er enighet om rettighetsvurderingene i de inntakene hvor avtalespesialister er med.

– *Hvilke utfordringer ser dere med systemet?*

– De går blant annet på avklaringer rundt henvisningsflyt, noe som krever tett og godt samarbeid. En annen utfordring er at noen avtale-

TILBAKEMELDINGER FRA SPØRREUNDERSØKELSENE

Positivt:

- Generelt mer rettferdige rettighetsvurderinger
- Mindre administrasjonsarbeid for avtalespesialistene
- Stort sett godt samarbeid og god kommunikasjon med DPS

Negativt:

- Problemer med å fylle ledige timer, spesielt på kort varsel
- Redusert inntekt på grunn av pasienter som oftere avlyser eller ikke møter opp
- Avvisning av pasienter med «lette» psykiske lidelser når tidlig behandling kunne forebygget forverring og sykemelding

- Henvisning av pasienter som ikke egner seg til behandling i avtalepraksis fordi de har sammensatt, omfattende og kompleks problematikk eller behov for tverrfaglig hjelp
- Manglende og forsinket løsning for digital kommunikasjon mellom avtalespesialister og lokale helseforetak
- Fastleger som har «gitt opp» å henvise pasienter på grunn av høy avslagsprosent

— Vi mener at det har gått bra og at systemet fungerer etter intensjonen



FOTO MATT OXMAN

NATURLIG: Kjersti Anna Berg ved Helse Sør-Øst RHF sier variasjonen i avtalespesialisters erfaringer med felles henvisningsmottak er å forvente.

spesialister ikke tar imot så mange henvisninger som forventet. Når vi ser at det er mange som har behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten, er det viktig å bruke de samlede ressursene på en god måte.

Berg sier DPS-ene har meldt om en belastende økning i kommunikasjonsoppgaver. Den lenge lovede digitale plattformen – Henvisning 2.0 – rulles omsider ut i løpet av første halvdel av 2026, som vil gjøre oppgavene enklere, sier hun.

– Håpet var at plattformen skulle være klar til innføringen av felles henvisningsmottak. Nå venter vi på at leverandøren, DIPS, skal ferdigstille modulen.

På spørsmål om hvorfor løsningen er forsinket med to år, svarer Berg at

Helse Sør-Øst RHF har erfaring med at det går ganske bra uten Henvisning 2.0, samtidig som de ser frem til løsningen.

– Hva tenker du om variasjon i avtalespesialisters erfaringer med felles henvisningsmottak avhengig av geografisk område og lokalt foretak?

– Det er naturlig at det er variasjon rundt samarbeid, henvisninger og pasientflyt. Vi har over 400 avtalespesialister i psykisk helsevern i regionen. Det er lagt opp i rammeavtalen at det kan være regionale forskjeller i organiseringen, og at den enkelte avtalespesialist og deres lokale foretak blir enige om hvordan de skal samarbeide.

– Noen avtalespesialister forteller at de sliter med å fylle timeplanen på grunn av felles henvisningsmottak. Hvordan skal man sikre at kapasiteten deres blir fullt utnyttet?

– Mitt inntrykk er at årsakene til utnyttet kapasitet varierer.

Berg gjentar at den enkelte avtalespesialist og deres lokale foretak har ansvar for samarbeidet dem imellom. Men hun legger til at RHF-ene kan ha en dialog med begge og følge opp. Hva oppfølgingen vil innebære, vil variere avhengig av problemet og årsaksfaktorene, sier Berg.

– Foregår det en ansvarspulverisering når såpass viktige elementer av ordningen – for eksempel om det skal sitte avtalespesialist i inntak – må avklares lokalt?

– Det jeg kan si, er at det er lagt opp til regionale variasjoner, og det vil være variasjon innad i og mellom regioner.

– Noen avtalespesialister sier de er bekymret for at pasienter med «lette» psykiske lidelser blir avvist når tidlig behandling kunne forebygget forverring og sykemelding. Deler du bekymringen?

– Avtalespesialistene har ulike behandlingsprofiler. Så er det noen pasienter som skal få hjelp og oppfølging i kommunene. Det er viktig at DPS bistår i kartleggingen av det kommunale tilbudet.

– Hvordan skal dere evaluere felles henvisningsmottak fremover?

– Vi starter opp en nasjonal evaluering i høst, i tråd med rammeavtalen, nå som vi har rukket å få noen erfaringer med ordningen for barn og unge også. Vi er i startblokken og kommer med mer informasjon etter hvert. 📌



TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

Nevropsykologene fortviler

Psykologforeningen ba forgjeves de regionale helseforetakene om å ta nevropsykologer ut av felles henvisningsmottak. Foretakene sier lik rettighetsvurdering for pasientene kommer først.

Felles henvisningsmottak fyller to år i høst, og mange avtalespesialister er positivt overrasket over ordningen, eller i hvert fall tilfredse. Noen nevropsykologer, derimot, kunne ønske de feiret slutten på ordningen.

Liten gruppe med store problemer

Da Psykologforeningen tidligere i år utførte en spørreundersøkelse om erfaringer med felles henvisningsmottak blant medlemmer med driftsavtale, var det én gruppe som skilte seg ut: nevropsykologene. Nevropsykologenes praksis er såpass ulik andre avtalespesialisters at foreningen så seg nødt til å sende dem en egen, tilpasset

spørreundersøkelse. Det forteller Heidi Roald, spesialrådgiver i foreningens jus- og arbeidslivsavdeling. Roald var ansvarlig for undersøkelsen, som fikk svar fra 15 av 28 mottakere.

– Veldig mange av dem har en relativt stor grad av ledig kapasitet etter innføringen av felles henvisningsmottak. Det tyder på at systemet ikke fungerer godt for dem, forteller hun.

Helse- og omsorgsdepartementets siste takstbruksundersøkelse viser en nedgang i aktivitet blant nevropsykologene på totalt 24 % og samsvarer sånn sett med resultatene av spørreundersøkelsen.

Roald påpeker at avtalespesialister ikke kan øke prisene sine for å kompensere for redusert aktivitet.



BEKYMRET: Knut Føllesø sier felles henvisningsmottak skaper problemer for nevropsykologer og pasienter.

På bakgrunn av resultatene fra spørreundersøkelsen ba Psykologforeningen før sommeren de regionale helseforetakene (RHF-ene) om å trekke nevropsykologer ut av felles henvisningsmottak og ta dem inn igjen når ordningen eventuelt rulles ut i somatikken.

– De sa de ikke tviler på nedgangen, men at de er usikre på forklaringen. De sa de ville se nærmere på årsakene og jobbe for å løse problemet, forteller Roald.

Roald henviser Psykologtidsskriftet videre til Knut Føllesø for å lære mer om situasjonen til nevropsykologer.

– Katastrofe for noen

Føllesø er nevropsykolog og jobber som avtalespesialist i Fredrikstad. Han er medlem av Psykologforeningens takstforhandlingsutvalg og foreningens sektorutvalg for avtalespesialister. Han har vært involvert i utformingen av avtaleverket

— *Veldig mange av pasientene har forsvunnet*

rundt felles henvisningsmottak siden ordningens idéfase. Nevropsykologene hadde en litt annerledes inngang til prosjektet, forteller Føllesø:

– Vi er organisert i psykisk helsevern, men jobber med pasienter fra alle deler av helsevesenet.

Det er noe av grunnen til at foreningen fremforhandlet en særordning for nevropsykologer innenfor felles henvisningsmottak, forklarer Føllesø:

– Fastlegen og andre skulle fremdeles kunne sende henvisninger direkte til oss, som før, når det ikke handlet om psykisk helse.

– Har særordningen blitt etterfulgt?

– Nei. Det er kjernen av problemet. Veldig mange av pasientene fra fastlege har forsvunnet. For noen av kollegaene mine har det vært en katastrofe. Enkelte har ikke hatt nok å gjøre. Noen har vært tvunget til å ta lange ferier eller si opp hjelpepersonell.

Føllesø sier Helse Sør-Øst RHF har minnet fastlegene på at de fremdeles kan sende de aktuelle henvisningene direkte til nevropsykologene, men:

– Det er generelt vanskelig å gi

detaljerte instruksjoner til en overarbeidet fastlege.

Follesø sier noen nevropsykologer opplever at felles henvisningsmottak kommer i veien for ubyråkratiske samarbeidsrelasjoner de har brukt årevis på å bygge sammen med sitt nettverk av fastleger.

Den ledige kapasiteten til nevropsykologene representerer en pasientgruppe som ikke lenger får et tilbud, sier han:

– Gruppen omtales ofte som «gråsonepasienter». Ingen snakker om dem fordi de faller mellom alle stoler. Det er typisk pasienter med lavt funksjonsnivå som har vandret rundt i systemet veldig lenge fordi de er vanskelig å sortere. De kan ha symptomer på psykisk helsesvikt, neurologiske symptomer og symptomer på mer generell somatisk helsesvikt.

– Fastlegen vet kanskje ikke hvilken del av symptombildet de skal «satse på», eller hvor de skal henvende seg. Noen sendes til psykisk helsevern og blir avvist fordi de ikke har alvorlige nok psykiske symptomer.

Follesø sier en rekke somatiske tilstander kan ligge i bunn hos gråsonepasientene, for eksempel ulike nevrokognitive utviklingsforstyrrelser, medfødte eller tidlig ervervede hjerneskader og somatiske sykdommer som påvirker hjernefunksjon.

Han sier nevropsykologer som svarte på spørreundersøkelsen til Psykologforeningen, rapporterte at de generelt fikk færre pasienter fra fastlegene, blant annet pasienter med ikke-språklige lærevansker og rusrelatert kognitiv svikt.

På spørsmål om sin personlige erfaring med felles henvisningsmottak understreker Follesø at han har et godt forhold til DPS-et han er tilknyttet.

Han nevner at senteret har tatt initiativ til og arrangerer «nevropsykologenes hjørne» – en spørretime en gang i kvartalet, hvor han eller en annen nevropsykolog svarer på spørsmål fra psykologer og leger ved poliklinikken, som skal bidra til å avklare hvilke problemstillinger som skal henvises videre til nevropsykolog. Men også henvisningsvolumet til

— Jeg tenker at man bør utnytte all tilgjengelig kapasitet, mens de tenker at man bare kan ta inn «alvorlige» tilfeller

Follesø er betydelig redusert, sier han.

– DPS fyller opp når jeg melder ledige timer, men de opererer på en kort horisont. Jeg var vant med venteliste på fire til seks måneder. Nå er den på fire uker. Hvis en pasient ikke kan komme eller ikke møter opp, er det ikke bare å ringe til neste, forklarer Follesø og fortsetter:

– Mangel på tilgang til en venteliste gjør det vanskelig å planlegge drift og behov for hjelpepersonell. Problemet gjelder for alle nevropsykologer innordnet felles henvisningsmottak, men har vært mye verre for andre enn meg.

Fordi nevropsykologer er en liten gruppe, hadde den enkleste løsningen vært å ta dem ut av felles henvisningsmottak og heller fase dem inn igjen når ordningen eventuelt innføres i somatikken, slik Psykologforeningen har bedt om, sier Follesø:

– Ordningen er prematur for oss, sånn som det er gjort nå.

Samtidig opplever flere nevropsykologer i regionen at situasjonen har gått seg noe til etter tiltak fra Helse Sør-Øst RHF, forteller han:

– I sommer igangsatte de en kartlegging hvor de ba DPS-ene vurdere situasjonen for nevropsykologene. Mange av nevropsykologene fikk spørsmål fra sitt lokale DPS om hvordan man kan utnytte kapasiteten deres bedre.

Han understreker at den enkelte avtalespesialist er prisgitt godt

samarbeid med deres tilknyttede inntak:

– Hvis relasjonen blir konfliktfylt, er du som nevropsykolog utsatt, siden du er avhengig av å få henvisninger fra DPS.

Konflikt

Nevropsykolog Svenn Erik Jacobsen i Oslo bruker nettopp ordet «katas-trofe» for å beskrive sin erfaring med felles henvisningsmottak:

– Det er kanskje et litt sterkt ord, men jeg synes at situasjonen er vanskelig.

Jacobsen har jobbet som nevropsykolog i over 20 år. Siden han begynte å jobbe som avtalespesialist i 2009, har det vært en gradvis økning av både voksne pasienter og barn med spørsmål om ADHD, sier han.

– Jeg har en 50 % avtalehjemmel, men før felles henvisningsmottak jobbet jeg i realiteten 100 % som avtalespesialist. Jeg hadde en ganske stor pågang, forteller Jacobsen.

– Jeg gjorde aldri noen rettighetsvurderinger, men ga pasientene første ledige time. Jeg mener at det er uetisk å uttale seg om folks helse før man har gjort en utredning, legger han til.

Jacobsen sier at han aldri hadde lengre enn fire måneders ventetid. Henvisningene kom «i det store og hele» fra fastleger og noen andre psykologer, mens han hadde lite kontakt med DPS.

— Sluttproduktet ser ikke ut i måneskinn

– Hva var forventningene dine til felles henvisningsmottak?

– De første møtene med DPS var hyggelige. Jeg forventet mer byråkrati, noe jeg ikke liker. Men jeg tenkte: «Dette er greit nok.» Jeg forsto at jeg mistet selvstendighet, men tenkte samtidig at det er nok pasienter i systemet til å fylle hele min kapasitet.

Utfordringene med felles henvisningsmottak ble etter hvert mange og vanskelige, forteller Jacobsen, blant annet fordi han og DPS har hatt ulike forventninger og ulik tenkning rundt prioritering og utredning.

Jacobsen sier han har fått «veldig få» henvisninger i forhold til hva han og senteret har avtalt:

– Jeg skjønner at de har en mye strengere inntakspraksis enn det jeg hadde. Jeg tenker at man bør utnytte all tilgjengelig kapasitet, mens de tenker at man bare kan ta inn «alvorlige» tilfeller.

Kort tid etter innføring av felles henvisningsmottak startet han derfor også en 50 % privatpraksis:

– Pasienter banker på døren. Det har vært en stor etterspørsel når det gjelder private utredninger.

Om forskjellig tenkning rundt utredning sier Jacobsen:

– Jeg er vant til å gjøre egne, selvstendige utredninger. Med DPS har det vært uenighet om hvorvidt jeg skal stille diagnoser, og det har vært litt reaksjoner når jeg har stilt diagnoser som ikke er i overensstemmelse med det de har konkludert med tidligere.

Hvor mye tid som skal brukes på å gi en diagnose, kan også være en kilde til konflikt:

– DPS bruker ofte et halvt år, mens nevropsykologer bruker tre til fem timer, samt noe etterarbeid. Noen tenker vi er litt for raske, mens jeg tenker at DPS kanskje drøyer litt for mye. Det er nok også forvirrende for pasienter at vi utreder det samme og har såpass forskjellige tilnærminger.

Jacobsen sier han opplever lite interesse fra DPS til å ta tak i utfordringene:

– Jeg tror av og til at DPS ikke helt forstår at avtalespesialistene har en avtale med det offentlige, og at vi ikke er ansatte. De bestemmer hvilke pasienter vi skal ha, men jeg har også opplevd at de ønsker å bestemme hvordan vi skal utrede, hvilke diagnoser vi kan stille, hvilke testutvalg vi kan ha, og så videre. Da har vi ikke lenger en avtale, men en de facto ansettelse.

Ved siden av samarbeidsproblemer med DPS sier han at det har vært «massive utfordringer» med overføring av elektroniske data:

– DPS sender meg en epikrise som det ikke går an å svare på digitalt. I perioder har jeg fysisk levert rapporter hos dem. Den eneste elektroniske løsningen jeg har funnet, er å sende en avviksmelding. Visuelle fremstillinger kan ikke overføres på helsenettet, og tabeller blir forskjøvet. Sluttproduktet ser ikke ut i måneskinn.

Jacobsen sier Psykologforeningen gjorde rett i å be RHF-ene om å ta nevropsykologer ut av felles henvisningsmottak:

– Da ville det vært mindre forvirring rundt hvilke pasienter som skal til oss. Jeg tror hverken DPS-ene eller

nevropsykologene synes ordningen er god.

Psykologtidsskriftet kontaktet DPS-et som Jacobsen er tilknyttet, med tilbud om å svare på Jacobsens kritikk, men fikk ikke svar før publisering.

Uaktuelt med retrett

Psykologtidsskriftet spør Kjersti Anna Berg, leder for enhet for avtalespesialistordningen ved Helse Sør-Øst RHF, hvorfor de ikke ville ta nevropsykologene ut av felles henvisningsmottak.

– Det viktige er pasientens rettighetsvurdering, sier Berg og legger til:

– DPS-ene med tilknyttede nevropsykologer forteller oss at erfaringene er veldig varierte. Noen nevropsykologer har mye å gjøre, noen litt mindre.

Berg sier Helse Sør-Øst RHF gjerne vil ha en dialog med hver enkelt nevropsykolog omfattet av felles henvisningsmottak der det er behov, men:

– Å ta de ut ser vi ikke som noe alternativ. Oppdraget vi har fått, er å innføre ordningen, og sørge for at rettighetsvurderinger blir innført også for pasienter som skal behandles i avtalepraksis. ♣



TEKST Tone Schøyen
Bærum DPS, Vestre Viken HF

Vurdering av henvisninger i DPS: erfaringer fra en konsernrevisjon

Inntaksteamene gjør et kompetent arbeid, men presset på tjenestene utfordrer systemet.

Det har pågått en debatt om prioriteringer i de psykiske helsetjenestene, der spesialisthelsetjenesten står i en situasjon med høye forventninger, og hvor kapasiteten utfordres. Vi er nødt til å prioritere hvilke behov som skal møtes med de ressursene som er tilgjengelige, og omfanget av pasienter og oppgaver vil trolig fortsatt øke (Karlsen, 2025).

I debatten drøftes blant annet om psykologer mangler prioriteringskompetanse (Elvik, 2025), og om vi trenger et prioriteringsfag (Karlsen, 2025). I den sammenheng kan det være nyttig å kjenne til funn fra Helse Sør-Øst RHF sin konsernrevisjon som nylig undersøkte vurderingspraksis i DPS, med utgangspunkt der pasienten hadde fått avslag på henvisning.

I de siste årene har henvisningsøkningen i psykisk helsevern fått mye oppmerksomhet, og det har vært en jevn økning i avslag. Helse Sør-Øst RHF har uttrykt bekymring for om avslag blir gitt på feil grunnlag. Kan det være slik at kapasitet påvirker rettighetsvurderingene? Og kan variasjoner mellom og i helseforetakenes vurderingspraksis handle om ulik forståelse av prioriteringskriteriene?

Som leder for inntaksteamet i Bærum DPS ble jeg våren 2024 bedt om å ta oppdraget som ekstern fagrevisor for konsernrevisjonen i Helse Sør Øst RHF, hvor man ønsket å undersøke DPS-enes vurderingspraksis, og der vi spesielt skulle se nærmere på om avslag ble gjort i henhold til gjeldende regelverk.

KONTAKT
tonetherese.schoyen@vestreviken.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.



Bakgrunn for konsernrevisjonen

For å bedre forstå årsakene til henvisningsøkningen og den høye avvisningsandelen iverksatte HSØ RHF et analysearbeid der konsernrevisjonen *Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurdering av henvisninger* ble gjennomført. Som fagrevisor med erfaring fra inntaksarbeid ble min oppgave å bidra med vurderinger og innsikt i revisjonsarbeidet.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst er en uavhengig internrevisjon som rapporterer direkte til styret i det regionale helseforetaket. Revisjonen skal bidra til å styrke risikostyring, internkontroll og kvalitet i tjenestene, og har som mål å være en ressurs for læring og forbedring i helseforetakene.

Å prioritere krever faglig trygghet

For å sikre likeverdige og forutsigbare helsetjenester må helseforetakene ha system som sikrer at henvisninger til spesialisthelsetjenesten tolkes og vurderes etter det samme kriteriesettet, uavhengig av behandlingssted (HSØ RHF, 2024a, b, c). Helseforetakene må påse at vurderingsansvarlige har tilstrekkelig kompetanse og er kjent med føringene som ligger til grunn for å vurdere henvisninger. I et inntaksteam i psykisk helsevern/DPS sitter det erfarne psykologer og leger med spesialistkompetanse. Rettighetsvurderinger i TSB krever ytterligere tverrfaglighet, og her finner vi medisinskfaglig, sosialfaglig og psykologfaglig kompetanse i inntaksteamene.

Ved manglende vurderingskompetanse eller uklare føringer er det en risiko for at «like» pasienter vurderes

ulikt, og at henvisninger avslås på feil grunnlag. Prioriteringsveilederen er ment å sikre at rett til helsehjelp bygger på en vurdering av de nasjonale prioriteringskriteriene kost, nytte og alvorlighet. Den skal være et praktisk hjelpemiddel for helsepersonellet som skal gjøre en samlet vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2015).

Kompleksitet og rammer i vurderingsarbeid

Rettighetsvurdering er en krevende beslutningsoppgave som forutsetter tilstrekkelig kompetanse og kjennskap til føringene som ligger til grunn for å vurdere henvisninger. Gode prioriteringer forutsetter også kunnskap om evidensbasert praksis og virksomme faktorer i behandling (Karlsen, 2025).

Spesialister i inntaksteamene må veksle mellom behandleroppgaver og prioriteringsoppgaver. Med økende henvisningsmengde er inntaksteamene ofte i en presset situasjon, med korte vurderingsfrister. I prioriteringsarbeidet møter de komplekse faglige og etiske dilemmaer; de står i en «myndig beslutningsposisjon som kan være krevende å innta» (Karlsen, 2025). Å prioritere er å ta bevisste valg om hva som skal gjøres først, og hva som må vente, om hvem som skal få, og hvem som skal få mindre eller ikke skal få (Helsedirektoratet, 2024). Prioriteringsvalg er vanskelige fordi de har implikasjoner som er viktige for liv og helse. De er gode for noen og ikke så gode for andre.

De organisatoriske rammene rundt vurderingsarbeid er viktige. Ryddige strukturer og rutiner, tilstrekkelig bemanning og tid er nødvendig. Det er også vesentlig at det er godt samarbeid mellom spesialister, inntakskoordinator og ledelse. Og ikke minst jevn kommunikasjon på tvers av tjenestenivåer, der fastlege, samhandlingslege, ansatte i helsetjeneste i kommune/bydel er viktige samarbeidspartnere.

En god rettighetsvurdering bør ikke kun handle om å inkludere eller ekskludere pasienter fra et spesifikt tilbud. Den bør også handle om hvorvidt pasienten trenger noe, og eventuelt hvilke andre behov vedkommende har (Karlsen, 2025). Som for eksempel helsehjelp og mestringsstøtte i kommune/bydel. Der det er naturlig, bør henviser få veiledende faglig tilbakemelding om dette (Helsedirektoratet, 2024).

Variasjon i vurderingspraksis

Konsernrevisjonen *Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurdering av henvisninger* ble i 2024 gjennomført i Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Sørlandet HF, herunder i seks DPS. Formålet var å undersøke om praksis for vurdering av henvisninger var i tråd med gjeldende føringer, samt belyse årsakene til den høye avslagsprosenten. Videre undersøkte revisjonen hvordan samarbeidet med primærhelsetjenesten ble gjennomført.

To problemstillinger ble definert: Hvordan sikrer helseforetakene at avslåtte henvisninger er vurdert og begrunnet i tråd med de nasjonale prioriteringskriteri-

ene? Og hvordan samarbeider helseforetakene med henvisende instanser og kommuner for å sikre at pasienter blir ivaretatt på rett omsorgsnivå?

Gjennomføring av revisjonen

For å svare ut problemstillingene ble det gjennomført intervjuer og dokumentgjennomgang for å belyse organiseringen av og hvilke føringer som lå til grunn for inntaksarbeidet ved de enkelte DPS. Det ble vurdert om det var en uønsket variasjon i gjeldende vurderings- og dokumentasjonspraksis mellom DPS-ene, og gjennomført undersøkelser av DPS-ene sitt samarbeid med primærhelsetjenesten.

For å undersøke avslagsbegrunnelsene ble et utvalg avslåtte henvisninger grundig gått gjennom. Og for å få et mer helhetlig bilde av utfordringene knyttet til samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ble det gjennomført samtaler med kommuneoverleger og fastleger i opptaksområdene til de reviderte DPS-ene. Henvisninger der det var gitt rett til helsehjelp, inngikk ikke i undersøkelsen, og revisjonen kan derfor ikke uttale seg om pasienter har fått rett til helsehjelp uten å fylle prioriteringskriteriene.

Hva fant vi?

Revisjonen fant at undersøkte rettighetsvurderinger utføres i tråd med nasjonale prioriteringskriterier. Rettighetsvurderingene var i all hovedsak i samsvar med fagrevisors vurderinger. Revisjonen fant heller ikke store variasjoner i vurderingspraksis mellom DPS-ene. Bekymringen om urettmessige avslag i spesialisthelsetjenesten begrunnet i kapasitetsutfordringer ble ikke støttet av konsernrevisjonens resultater i denne undersøkelsen. Rettighetsvurderingene ble dokumentert i standardiserte vurderingsnotater, og vurderingene var i stor grad individuelt tilpasset med utdypende vurderinger og begrunnelser. Eksempelvis hadde SH Østfold HF etablert en god praksis ved bruk av standardiserte vurderingsnotater, som ga en god oversikt over status, noe som ville komme til nytte ved eventuelle rehenvisninger eller hvis pasienten velger å klage på avslaget.

De fleste vurderingsnotatene inneholdt veiledende informasjon om annen helsehjelp, f.eks. i kommune/bydel. Samtidig er det slik at tilbudene i kommune/bydel varierer. En bydelsoverlege sa det slik: «Ved å anbefale tilbud i bydelene skapes det ofte en urealistisk forventning til hva bydel kan tilby. Som regel er det flere måneders ventetid.» Der det var gitt avslag på «ADHD-henvisninger», ble det ofte benyttet en standard tekst som beskrev hvorfor henvisningen avslås, og hvilket symptomtrykk pasientene må ha for å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Ved alle avslag fikk henviser kopi av pasientbrevene, som inneholdt samme tekst som i vurderingsnotatene. En fastlege sa det slik: «Det er til god hjelp at pasientbrevene inneholder gode begrunnelser for avslaget og hva som må til for å ikke få

avslag. Dette er til hjelp når jeg får pasienter med lignende problemer eller symptomer.»

Når det gjaldt organisering av inntaksteamene, fant revisjonen at klinikkens rutiner var tydelige og ga føringer for ansvars- og rollefordeling. Erfarne spesialister rettighetsvurderte henvisningene. Ved Oslo universitetssykehus HF ble mester-svenn-modellen benyttet ved opplæring, og det ble gjennomført systematiske kontroller av vurderingspraksis. Ved SH Sørlandet HF ble det gjennomført faste kalibreringsmøter mellom DPS-ene, for å sikre ensartet praksis og samlet forståelse av prioriteringsveileder. Det er grunn til å tro at kalibreringsmøtene er viktige for å unngå uønsket variasjon, samt at de bidrar til innsikt i praksis og tilnærming på tvers av DPS-ene.

I HSØ RHF er målet at avvisningsandelen reduseres. De reviderte DPS-ene la på sin side vekt på at rettighetsvurderingene skulle være i tråd med prioriteringsveileder, fremfor å ha oppmerksomheten rettet mot et mål som ikke oppleves realistisk. Både ledere og spesialister viste til at avslagsprosenten ikke nødvendigvis reflekterte feil i vurderingene, men snarere et høyt antall henvisninger som ikke oppfyller kriteriene for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det viktige var at gode faglige vurderinger lå til grunn for avslagsvedtakene.

Konsernrevisjonens gjennomgang av avslåtte henvisninger viste at ca. 30 prosent i stor grad fremsto som en «bestilling» av ADHD-utredning, der symptombilde/alvorlighetsgrad ikke tilsa rett til helsehjelp. De øvrige avslåtte henvisningene omhandlet ofte lettere symptomer, eller andre milde plager og utfordringer som gjerne betegnes som livsbelastninger.

Observasjonene viste at inntaksteamenes arbeid er ressurs- og tidkrevende. Og ved at DPS-ene mottar et stort antall henvisninger som ikke oppfyller kriteriene for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, belastes driften ytterligere. Mye tid går med til å gi avslag på henvisninger av tilstander som heller bør hjelpes i primærhelsetjenesten.



Samarbeid med fastleger og kommunen

Flere DPS opplevde at fastleger i opptaksområdet kunne være nyutdannet med begrenset klinisk erfaring, der manglende kjennskap til symptom- og sykdomsbildet hos pasienten kunne være en årsak til henvisning av pasien-



ter i «gråsonen». En fastlege uttalte: «Selv om henvisningen blir avslått, vil en spesialistvurdering være til hjelp for fastlegens avklaringer om annen helsehjelp, og for videre samarbeid med pasienten.» En kommuneoverlege beskrev det slik: «Det er ikke alt som krever spesialist, mye kan løses i kommunen. Men jeg oppfatter at noen fastleger har mer tillit til spesialisthelsetjenesten enn til psykisk helse i kommunene.» Noen mente også at lang ventetid i kommunen for tildeling av vedtak medførte at man heller henviste til DPS.

Selv om enkelte fastleger gir uttrykk for at det er spesialisthelsetjenesten som har den rette kompetansen til å vurdere om pasientens symptomtrykk tilsier behov for spesialisthelsetjenester, mener revisjonen at fastlegene i større grad bør vurdere nødvendighet og kostnad før de sender en henvisning som mest sannsynlig vil bli avslått. En kommuneoverlege viste til at det ikke er kompetansemål knyttet til psykisk helse i grunnmodulene til allmennlegespesialiseringen. En styrking av spesialiseringen innen psykisk helse vil være et viktig bidrag for å utvikle fastlegenes kunnskap på området, og på sikt kunne bidra til færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten som i utgangspunktet forventes å bli avslått.

De tjenester en pasient mottar ved behandlingsbehov, inngår i en kjede av sammenhengende tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Samarbeid på tvers av tjenestenivåer er utfordrende. Det gjelder å finne de gode løsningene i et samarbeid der kommunene og helseforetakene er likeverdige parter. Revisjonen gjorde ulike funn med varierende grad av samarbeid med tilhørende primærhelsetjeneste. I noen helseforetak er det imidlertid stor variasjon i antall kommuner og avstand til disse, i de ulike opptaksområdene. Derfor varierer både samarbeidsform og grad av samarbeid. Noen hadde behov for å etablere ytterligere samarbeid med primærhelsetjenesten,

mens andre hadde etablerte samarbeidsformer og avtaler på et overordnet nivå med solide strukturer, som virket å fremme god kommunikasjon og samarbeid.

Eksempler kunne være regelmessige møter med psykisk helse-tjenester i kommunen for gjensidig informasjonsutveksling og møter mellom samhandlingslege, klinikk og fastlegene. «Dashbord» ga klinikkledelsen oversikt over hvilke fastleger som får en betydelig andel avslag på sine henvisninger, og der det gis tilbakemelding til fastlegene det gjelder. Andre eksempler er tilbud om informasjon, opplæring og hospitering, faste telefontider for å ta kontakt ved behov for faglig veiledning, råd og beslutningsstøtte. Nyhetsbladet *Praksisnytt* i regi av samhandlingslegene var en viktig kilde for informasjon for fastlegene. «Felles tjenestevurderingsteam» var nyttig for å avklare tjenestenivå og samhandlingsmøter med tildelingsansvarlige for kommunale helsetjenester. Nyhetsbrev fra helseforetaket med informasjon om hva en henvisning bør inneholde, var et annet godt tiltak, samt sjekkliste for «den gode henvisning» på DPS sin hjemmeside, med mer (se Helse Sør-Øst RHF (2024a, b, c).

Felles ansvar for helhetlig helsetjeneste

Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har et felles ansvar for å tilby helsetjenester på riktig omsorgsnivå til personer med psykiske lidelser og behov for helsehjelp. For å sikre en helhetlig og effektiv pasientbehandling er det avgjørende at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samarbeider tett. Tjenestenivåene bør ha kunnskap om og forståelse for hverandres ansvarsområder og oppgaver.

Konsernrevisjonen vektlegger betydningen av å sikre gode rettighetsvurderinger og samarbeid med primærhelsetjenesten, noe som bidrar til sammenhengende helse-tjenester på tvers av nivåene, og anbefaler at foretakene har et kontinuerlig forbedringsarbeid slik at god kvalitet opprettholdes og videreutvikles gjennom disse oppsummerte anbefalingene:

- Sikring av at rettighetsvurderinger er i samsvar med nasjonale prioriteringskriterier, og at det er en lik praksis på tvers av DPS-ene
- Bruk av spesialistressurser på dem som trenger det mest
- Tilrettelegging for samarbeid på tvers av tjenestenivåene, styrking av samarbeidet med kommune/bydel slik at ressursene benyttes på beste måte på de ulike tjenestenivåene
- Gjennomføring av tiltak som viser god effekt på helsetjenesten, på tvers av DPS-ene
- Ivaretagelse av spesialisthelsetjenestens informasjons- og veiledningsplikt til primærhelsetjenesten, tilbud om støtte og veiledning av fastlegene i god henvisningspraksis
- Opprettholde en god dialog med pasienter og henvisende instanser for å sikre at alle parter er godt informert og involvert
- Videreutvikling av samarbeidet med kommunene for å redusere avslagsprosenten
- Kartlegge og analysere organisering og arbeidsform i inntaksteamene

Oppsummering

Det er knyttet store forventninger til hva spesialisthelsetjenesten kan hjelpe til med, og myndighetene ønsker at avslagsprosenten reduseres. Samtidig oppfyller ikke alle kriterier for rett til nødvendig helsehjelp, selv om ønsket om den typen helsehjelp er til stede. Befolkningen vil aldri ha perfekt helse, og derfor verken kan eller skal helsetjenestene dekke alle behov (Skard, 2025). På den annen side oppfordres det til åpenhet om psykiske helseplager og til å be om hjelp. Mange kan derfor bli overrasket når de følger oppfordringen, oppsøker fastlegen for å bli henvist til psykisk helsevern, for så å erfare at de får avslag fra DPS.

Årsakene til den høye avvisningsandelen er trolig sammensatt, og kan ikke forklares fullt ut innenfor rammene av en revisjon. Revisjonen vurderte at det kan ha sammenheng med generell økt åpenhet om psykisk helse, som kan medføre økende forventninger i befolkningen om tilgang til helsetjenester. Dette kan igjen gi vekst i henvendelser til fastlegene, der fastlegens portvokterrolle blir utfordret. En høy avvisningsandel i spesialisthelsetjenesten bør derfor også sees i lys av fastlegenes rammer og henvisningspraksis (HSØ RHF, 2024a, b, c).

Konsernrevisjonen har gitt viktig innsikt i vurderingspraksis i DPS, og i samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Funnene viser at inntaksteamene utfører et samvittighetsfullt og kompetent arbeid, men også at presset på tjenestene og variasjonen i kommunale tilbud utfordrer systemet. En høy avvisningsandel kan ikke tilskrives enkeltforhold, men må forstås i lys av økende åpenhet om psykisk helse, høye forventninger i befolkningen og varierende rammer for fastlegenes portvokterrolle. Funnene i revisjonen understreker behovet for systematisk samarbeid, kompetanseheving og tydelig prioriteringspraksis på alle nivåer i tjenestekjeden.

REFERANSER

- Elvik, I. (2025). Psykologer mangler prioriteringsferdigheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 44–47. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s01ae-Psykologer-mangler-vurderingsferdigheter>
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder Psykisk helsevern for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2024). *Om prioritering i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften*. Helsedirektoratet.
- Helse Sør-Øst RHF. (2024a). *Konsernrevisjonen. Rapport 1–2024–1. Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurderinger av henvisninger*. Oslo universitetssykehus HF. styresak-2025–019–01-konsernrevisjonen-rapport-1–2024-prioritering-av-helsetjenester-i-psykisk-helsevern-for-voksen.pdf
- Helse Sør-Øst RHF. (2024b). *Konsernrevisjonen. Rapport 1/2024–2. Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurderinger av henvisninger*. Sykehuset Østfold HF. <https://www.helse-sorost.no/4ac025/siteassets/documents/konsernrevisjonen/rapporter-2024/revisjonsrapport-1–2024–2-prioritering-av-helsetjenester---vurdering-av-henvisninger.pdf>
- Helse Sør-Øst RHF. (2024c). *Konsernrevisjonen. Rapport 1/2024–3. Prioritering av helsetjenester i psykisk helsevern for voksne – vurderinger av henvisninger*. Sørlandet sykehus HF. <https://www.helse-sorost.no/48d032/siteassets/documents/konsernrevisjonen/rapporter-2024/revisjonsrapport-1–2024–3-prioritering-av-helsetjenester---vurdering-av-henvisninger.pdf>
- Karlsen, K. E. (2025). Vi trenger et prioriteringsfag. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso4ae-Vi-trenger-et-prioriteringsfag>
- Kraft, B. (2025). Psykologene må ville prioritere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s01ae-Psykologene-ma-ville-prioritere>
- Skard, H. K. (2025). Prioriteringskunst 2.0. *Norsk psykologforening*. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/prioriteringskunst-2-0>

TEKST Hege Syversen Smerud
Regionsenter for barn og unges
psykiske helse, Helse Sør-Øst

Birgit Bikset
BUP Øvre Romerike, Ahus

Agathe Syrdal Aanderaa
Regionsenter for barn og unges
psykiske helse, Helse Sør-Øst og
BUP Øvre Romerike, Ahus

Kliniske erfaringer med bruk av DC:0-5

Verktøyet gir større rom for en helhetlig forståelse i utredning og behandling av sped- og småbarn.

Som eldre barn kan sped- og småbarn utvikle psykiske helseplager. Nyere studier tyder på at forekomst av psykiske lidelser hos 2–5-åringer ligger mellom 8 og 16 %, prevalenstill som er relativt like som for eldre barn og unge (Zeanah & Zeanah, 2019). Hvilke barn som vokser seg inn og ut av strev er vanskelig å predikere. Selv om økende kunnskap om miljøets betydning har bedret vår evne til å forutse ulike barns utviklingsløp (Sameroff & Fiese, 2000), har en såkalt vente og se-holdning tradisjonelt preget feltet. Forskning tyder derimot *ikke* på at vansker i sped- og småbarnsalder generelt går over av seg selv, tvert imot er det grunn til å tro at tidlig intervensjon er mest effektivt (Zeanah & Zeanah, 2019). Dette understreker viktigheten av å fange opp strev også hos de minste barna.

Å oppdage psykiske helseplager hos sped- og småbarn er ofte vanskeligere enn hos eldre barn. Symptomene er kroppslige, diffuse og uspesifikke, som vansker med søvn, gråt, spising, sosial kontakt og tilbaketrekning. Det er også mer utfordrende å vurdere hva som er normalt eller ikke ut fra barnets alder. Videre er foreldre og barns liv vevd særlig tett sammen i sped- og småbarnstiden. Kvaliteten på relasjonen til barnet og foreldrene har en avgjørende betydning for barnets utvikling (Humphreys et al., 2015). Som transaksjonsmodellen til Sameroff (2010) viser, utvikler barnet seg i gjensidig samspill med sine omgivelser over tid.

KONTAKT hege.smerud@r-bup.no

FORFATTERNE har fylt ut
interessekonfliktskjema og oppgir ingen
interessekonflikter

Winnicotts forståelse av at «There is no such thing as an infant» (Winnicott, 1960), ligger altså til grunn for hvordan vi forstår psykisk helse hos de minste barna. Kliniske forstyrrelser må ses på i sammenheng med barnets fysiske helse, psykososiale stressfaktorer, utviklingskompetanse og relasjonell kontekst. Nettopp dette er utgangspunktet for det multiaksiale diagnosesystemet DC:0-5, Diagnostisk klassifisering av psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i sped- og småbarnsalderen, hvis mål er å kombinere den best tilgjengelige kunnskapen fra empirisk forskning og klinisk praksis (Zero to three, 2020).

ICD-10 (*International Classification and Diagnosis*; WHO, 1992) er det offisielle diagnosesystemet i Norge. ICD-10 brukes derfor også i diagnostisering av sped- og småbarn i Psykisk helsevern for barn og unge (BUP), til tross for at DC:0-5 på mange måter er bedre egnet. DC:0-5 er utviklet fordi ICD-10 ikke i tilstrekkelig grad dekker psykiske vansker i sped- og småbarnsalder. Diagnosekriteriene i DC:0-5 er tilpasset sped- og småbarnets utviklingsnivå, og gjør det dermed lettere å differensiere symptomer fra normalatferd. DC:0-5 er derfor ikke en konkurrent, men et viktig *supplement* til ICD-10, og vil i de fleste tilfeller bidra til en utdyping av sped- og småbarns psykiske fungering. DC:0-5 foreslår koblinger mellom sine diagnosekoder og de best tilsvarende diagnosekodene i ICD-10.

Vi har alle tre lang erfaring med arbeid i sped- og småbarnsenhet i BUP. I tillegg jobber to av oss (HSS og ASA) på Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helse Sør-Øst (RBUP). Der gir vi opplæring i DC:0-5, og er med i et nordisk samarbeid om implementering. I det følgende ønsker vi å dele erfaringer med hvordan vi bruker systemet i klinikk. Vi presenterer en fiktiv case, Gry og hennes foreldre, som vi bruker som illustrasjon gjennom teksten. Vi beskriver DC:0-5, den diagnostiske prosessen og en kasusformulering av Gry. Videre drøfter vi våre erfaringer med implementering og bruk av systemet i klinikk.

Gry på fire måneder

Gry er fire måneder gammel når hun kommer til BUP. Bakgrunnen for henvisning var depressive plager hos mor, vansker i parforholdet og bekymring for hvordan dette påvirker Grys psykiske helse og utvikling. Hun bor med begge foreldre og er deres første barn. Mor forteller om stress, kvalme og bekkenplager gjennom svangerskapet, og en tøff fødsel hvor hun mistet mye blod. Barseltiden har vært krevende. Mor opplever Gry som urolig, at jenta gråter mye og er vanskelig å trøste. De siste ukene har mor kjent økende depressive plager. Hun har mye skyldfølelse fordi hun synes det er vanskelig å være alene med Gry. Far kjenner glede over å være sammen med Gry, og synes det er vanskelig å forstå mor. Dette fører til vonde krangler mellom foreldrene. Begge er urolige for om mors strev kan påvirke Grys utvikling negativt. Hvordan skal vi forstå og hjelpe Gry og foreldrene?

Beskrivelse av DC:0-5

DC:0-5 er organisert omkring fem akser som barnet og omsorgsgivere skal vurderes langs. Kunnskapen fra de ulike aksene bygger på hverandre. I det følgende listes aksene opp i rekkefølgen de skal vurderes etter: akse III: fysisk helse; akse IV: psykososiale stressorer; akse V: utviklingskompetanse; akse II: relasjonell kontekst; akse I: kliniske forstyrrelser. Samlet kan en vurdering langs alle aksene få frem hvordan faktorer i barnets omgivelser samvirker med barnets egne bidrag til den diagnostiske vurderingen.

En diagnostisk vurdering langs alle aksene i DC:0-5 danner utgangspunkt for å utarbeide en kasusformulering. Her vil kunnskap fra utredningen utvides med hypoteser om utvikling og skjevutvikling, vurdering av hvordan risiko- og beskyttende forhold i og rundt barnet forholder seg til hverandre, og mot hvilke akser tiltak bør rettes. Tiltak kan ha til hensikt å avhjelpe strev og redusere risiko, så vel som å styrke beskyttende forhold og bygge resiliens.

Kultursensitivitet

I DC:0-5-systemet vektlegges det at klinikerer er sensitiv for hvordan kultur påvirker omsorgssystemet og barnets vansker. Klinikerer må finne mer ut av hvilke kulturelle verdier, overbevisninger og antakelser som preger miljøene hvor foreldrene og familien har sin tilhørighet, og hvordan de igjen former forventninger til barna. Videre må klinikerer ikke være for rask i å veilede ut fra egne normer.

Grys foreldre var født og oppvokst i Norge. Kanskje er det typisk i en norsk kontekst å forestille seg graviditet og spedbarnstid som en livsfase preget av idyll og mestring, som det er foreldrenes ansvar å realisere? Mor hadde høye forventninger til tiden etter fødsel. Hun så for seg trilleturer, trening, babysvømming, barselyoga og kaféturer – slik venninner hadde fortalt om, og slik det ser ut på sosiale medier. Kontrasten til hvordan den første tiden var for henne, ble stor. Selv var hun nemlig søvndeprivert og nedstemt. Gry virket utilfreds samme hva hun gjorde, og mor kjente på utilstrekkelighet og manglende glede. Skammen gjorde at hun og jenta holdt seg mye for seg selv. Å be om hjelp ble vanskelig. Mor tenkte hun burde klare omsorgsoppgavene selv.

Akse III: Fysisk helse

Det første som vurderes, er barnets fysiske helse. Fysisk helse gir informasjon om sped- og småbarnets forutsetninger og fungering. Det som skal diagnostiseres, er somatiske tilstander som er relevant for barnets psykiske helse. Eksempler er prenatale tilstander og ruseksponering, kroniske og akutte medisinske tilstander, erfaringer med medisinske prosedyrer, smertetilstander, fysiske skader og medisineffekter. I DC:05 overlapper og interagerer vurderinger av barnets fysiske helse med psykiske og sosiale aspekter som fanges opp i andre akser.

— «*There is no such thing as an infant*»

Gry ble født til termin, og var somatisk frisk. Vi fant ingen diagnoser omhandlende fysisk helse som var aktuelle for henne.

Akse IV: Psykososiale stressfaktorer

Det andre som vurderes, er psykososiale stressfaktorer som kan påvirke psykiske symptomer og forstyrrelser hos sped- og småbarn. Hypotesen om kumulativ risiko, som får stadig mer støtte i empiri, innebærer at det totale antallet stressfaktorer har større prediktiv verdi for senere skjevutvikling enn enkeltstående stressfaktorer (Zero to three, 2020). I DC:0-5 fremheves det at virkning av stress avhenger av stressfaktorens alvorlighetsgrad, barnets utviklingsnivå og kapasitet i omsorgsmiljøet til å beskytte og hjelpe barnet med å forstå og håndtere stress.

Grys familie hadde stabil bosituasjon og foreldrene fast inntekt. Jenta hadde en storfamilie som ønsket å støtte, men mor synes det var vanskelig å spørre om hjelp. De psykososiale faktorene som ble vurdert å påvirke mest, var belastninger i svangerskap og fødsel, psykisk uhelse hos mor og konflikter mellom foreldrene.

Akse V: Utviklingskompetanse

Deretter går vi over til å vurdere barnets utviklingskompetanse innen emosjonell, sosial-relasjonell kommunikasjon, kognitiv og motorisk utvikling. DC:0-5 har tabeller til hjelp for vurdering av om utviklingsmilepæler er fullt til stede, begynner å komme eller er fraværende. Som klinikere må vi ha kunnskap om utviklingspsykologi, inkludert hva som er normalvariasjon, for å unngå å havne i fellene av enten å sykeliggjøre eller bagatellisere. Det som er vanlig ved seks uker, for eksempel å trenge mye støtte for å regulere blikkontakt, kan være et symptom på en psykisk vanske ved 16 uker.

Da vi vurderte Grys utviklingskompetanse, ble det tydelig at noen milepæler enda ikke var fullt ut til stede. Det skulle mye til å utløse smil hos Gry, hun hadde begrenset lydproduksjon, og vansker med å roe

seg selv. Andre ferdigheter ble vurdert som fullt ut til stede, for eksempel at hun viste interesse for omverden og snudde seg etter kjente stemmer. Det var altså noe bekymring for Grys emosjonelle, sosial-relasjonelle utvikling og kommunikasjonsferdigheter, mens motorisk utvikling ble vurdert som god.

Akse II: Relasjonell kontekst

Det neste vi vurderer, er sped- og småbarnets relasjonelle kontekst (AkseII). Vurderinger av relasjonen mellom forelder og sped- og småbarn bør inkludere observasjoner av samspill, samt en beskrivelse av foreldrenes holdninger og fortolkninger av sped- og småbarnet. Vurderingen gjøres i to hoveddeler. Den ene delen beskriver tilpasning i relasjonen mellom omsorgsperson og sped- og småbarn. Den andre delen beskriver spedbarnets omsorgsmiljø, inkludert samhandling mellom foreldre, søsken og andre viktige familierelasjoner som påvirker barnets utvikling. DC:0-5 har også tabeller for systematisk å vurdere både omsorgspersoner og barnets individuelle bidrag inn i relasjonen, og deres gjensidige påvirkning.

I samspillsobservasjon så vi at mor klarte å ha oppmerksomhet rettet mot Gry, og at det var øyeblikk med delt glede. Mor fremsto samtidig som nedtonet i følelser og strevde med å fange opp og gi svar på Grys signaler. Gry viste sosial interesse i korte perioder. Hun ble lett overveldet og urolig av sansestimuli. I foreldreintervju kom det frem at mor strevde med å knytte seg emosjonelt til Gry. Hun opplevde at hun ikke strakk til som mor, og hadde vansker med å akseptere Grys behov for regulering av gråt og uro. Relasjonen ble vurdert til nivå 2 (utfordrende til bekymrede relasjoner). Det innebærer at intervensjoner anbefales. I relasjon til far så vi at han hadde noen utfordringer med å gi trøst, men det synes ikke påvirke relasjonen i særlig grad. Den ble derfor vurdert til å ligge på nivå 1 (veltilpassede til gode nok relasjoner). Foreldrenes konflikter gjorde at vi vurderte omsorgsmiljøet til nivå 2 (anstrengte til bekymringsfulle omsorgsmiljøer).

Akse I: Kliniske forstyrrelser

Først etter å ha gjennomgått de andre fire aksene vurderer vi kliniske forstyrrelser. De kliniske forstyrrelsene i DC:0-5 er til dels overlappende med ICD-10. Samtidig har DC:0-5 diagnoser som er spesifikke for aldersgruppen, som sanseprosesseringsforstyrrelser, gråte- og relasjonsforstyrrelser. For de fleste er alderskriteriet over seks måneder eller eldre, med noen unntak, som forstyrrelser relatert til ekstrem gråt, som typisk oppstår i de første levmånedene. Gråt kan bli en forstyrrelse dersom barnet fortsetter å gråte hyppig og lenge, selv etter at primære behov er dekket. I DC:05 dekkes dette i diagnosen *Forstyrrelse relatert til ekstrem gråt*, ofte referert til som *spedbarnskolikk*. Forstyrrelser i gråt som varer i mer enn tre måneder, følges ofte av samspillsvanser og vansker i foreldrerolle.

Mor opplevde at Gry gråt mye mer enn forventet. Trass dette ble ikke hyppighetskriteriet for spedbarnskolikk på tre timer gråt per dag, tre dager i uken, i minst tre uker vurdert oppfylt. Det er likevel viktig å ta på alvor foreldre som opplever gråten til barnet som «for mye».

Diagnostisk konklusjon Gry

Nå har vi vært gjennom alle aksene med Gry, og den diagnostiske konklusjonen kan oppsummeres slik:

- Akse I: Kliniske forstyrrelser: Ingen aktuell tilstand.
- Akse II: Relasjonell kontekst: Gry er i særlig behov av sensitiv omsorg emosjonelt og sosialt. Vi ser begrensninger i emosjonell investering og støtte til emosjonsregulering fra mor. Vi ser også at far også kan streve med å trøste Gry. Konflikter mellom foreldrene påvirker omsorgsmiljøet negativt.
- Akse III: Fysisk helse: Ingen aktuell tilstand
- Akse IV: Psykososiale stressorer: Prenatalt stress, depresjonssymptomer hos mor, parvansker og manglende sosial støtte.
- Akse V: Utviklingskompetanse: Aldersadekvat kognitiv og motorisk utvikling, med noe bekymring for emosjonell og sosial-relasjonell utvikling, samt sosial kommunikasjon.

Kasusformulering Gry

Gry er fire måneder, somatisk frisk og bor sammen med mor og far. Hun er et ønsket barn, men hverken svangerskap, fødsel eller barseltid ble slik mor forestilte seg. Mor har vansker med å kjenne på gode følelser, og relasjon både til jenta, og til partner, er under press. Følelser av skyld og skam gjør det vanskelig å be om støtte i storfamilien. Gry utvikler seg godt kognitivt og motorisk, spiser og sover greit, mens regulering av gråt er mer krevende. Vi ser behov for å støtte opp under jentas emosjonelle og sosiale utvikling i relasjon til mor spesielt. Et annet viktig arbeidsområde er foreldrenes relasjon. Dersom de i større grad kunne støtte og forstå hverandre, ville de antakelig hatt større

kapasitet til å møte jentas behov. Både terapeutiske samtaler om foreldrerollen og samspillsveiledning kan være tiltak i BUP. Videre er mors depressive plager tiltagende. Vi vil tilby bearbeidende samtaler om svangerskap og fødsel med hensikt å hjelpe mor med å gi mening til egne opplevelser, og øke aksept og selvmedfølelse i mammarollen. Videre vil vi følge med på om mor trenger oppfølging av egen psykisk helse i annen tjeneste. I tillegg blir det viktig å mobilisere sosial støtte for mor og Gry i hverdagen.

Våre erfaringer med bruk av DC:0-5

Helhetlige vurderinger

Et vanlig fenomen i klinikk er at mesteparten av tiden avsatt til diagnostisk drøfting brukes på kliniske forstyrrelser. Vurderingen av små barns psykiske helse bør inkludere også barnets fysiske helse, psykososiale risiko- og beskyttelsesfaktorer, barnets utviklingsnivå og relasjonelle kontekst. Vi mener at det å følge DC:0-5 sikrer en helhetlig diagnostisk drøfting. Rekkefølgen aksene skal vurderes i, hjelper oss til ikke å feiltolke barnets gråt som symptom på psykisk lidelse når den kan forstås ut fra somatiske forhold som refluks (akse III), vold eller omsorgssvikt (akse IV), normalvariasjon ut fra barnets alder og utviklingsnivå (akse V), eller relasjonelle forhold som at mor strever med å håndtere og trøste barnet (akse II). Først etter å ha vurdert de andre aksene kan vi vurdere barnets gråt opp mot kriteriene for psykisk lidelse (akse I).

Strukturert kartlegging og mulige tiltak

DC:0-5 hjelper oss til å strukturere relevant informasjon og til å gi retning til tiltak gjennom hele pasientforløpet. Allerede i vurdering av henvisning kan vi ha DC:0-5s akser i bakhodet og se etter hvilke akser det gis informasjon om, hvor det allerede har blitt rettet tiltak, og hva det er aktuelt å rette tiltak mot nå. Aksene hjelper oss å danne kliniske hypoteser om hva som må undersøkes nærmere, allerede i det første møtet med barnet og familien.

DC:0-5 gir en struktur for å innhente informasjon. I journalføring, for eksempel av anamnese, opplever vi det ryddig å sortere informasjonen ut fra anbefalt rekkefølge på aksene i DC:0-5. Vi har laget oss oversikter over hvilke utredningsverktøy som gir oss informasjon til de ulike aksene. Eksempelvis gir anamnesen oss informasjon på alle aksene, legeundersøkelse gir informasjon for å vurdere fysiske tilstander, foreldreintervjuer og samspillsobservasjoner gir informasjon til å vurdere relasjonsaksen, og evnetester til å vurdere utviklingskompetanse.

Videre har vi erfart at systemet kan hjelpe oss med å vurdere rekkefølge og samtidighet av tiltak. Noen tiltak må være på plass for at andre skal ha ønsket effekt, og noen ganger er det behov for samtidig innsats rettet mot flere akser. Er det en rekke risikofaktorer til stede på flere akser, samt lite beskyttelse, trengs ofte samarbeid mellom flere tjenester, som barneverntjenesten, Pedagogisk-psykologisk tjeneste, Nav og/eller psykisk helsehjelp til foreldre.



— *Balansen mellom å tydeliggjøre risiko og få frem ressurser kan være utfordrende*

Implementering av DC:0-5

For å systematisk ta i bruk DC:0-5 i klinikk mener vi alle ansatte bør ha opplæring. Å ha én eller to nøkkelpersoner som har et ekstra ansvar for implementering, anser vi som viktig. Det er avgjørende å få systemet inn i alle deler av den kliniske hverdagen fra planlegging og gjennomføring av utredninger, til å ramme inn de diagnostiske drøftinger. I vår enhet ved BUP Øvre Romerike, Akershus universitetssykehus, har vi utviklet en egen drøftingsmal for diagnostisk vurdering og behandling med utgangspunkt i DC:0-5. Drøftingsmalen tar oss gjennom alle aksene i anbefalt rekkefølge. Vi starter med å avklare hvilke akser som bør vies mest tid i drøftingen. Dette sikrer oss tid til å gå i dybden på områdene som er mest relevante, uten å miste helheten.

Vi gjør oss også erfaringer med nye måter å bruke DC:0-5 på. Vi har eksempelvis laget en egen sjekkliste for symptomer på ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) hos småbarn basert på diagnostikerkriteriene i manualen. Vi har også brukt tabell for omsorgsdimensjoner for å identifisere aktuelle områder i foreldreveiledning sammen med foreldre. At alle i enheten har opplæring i og bruker systemet, gir en felles forståelse og et rammeverk for utredning og behandling.

Dilemmaer i diagnostiseringen

Å diagnostisere psykiske helseplager hos de minste barna reiser en rekke dilemmaer. Et dilemma handler om når det er riktig å sette diagnoser på de minste barna, versus å jobbe forebyggende først. Et annet er hvordan gjøre diagnostiske vurderinger når vi ser mye strev i barnets omsorgssystem, men få tydelige tegn på uheld hos barnet. Det kan vekke motstand i oss som psykologer å ilegge barnet vansker som i utgangspunktet kanskje best kan forstås relasjonelt.

Videre kan en mulig skjevutvikling hos barnet også være smertefullt eller vanskelig å ta inn for forelder. Foreldre som selv strever, kan kjenne skyld og skam, og ha en stor frykt for at egne vansker skal påvirke barnet negativt. Balansen mellom å tydeliggjøre risiko og få frem ressurser kan være utfordrende.

Når vi diagnostiserer de minste barna, må vi forholde oss til disse dilemmaene, og samtidig gjøre helhetlige vurderinger. Her opplever vi at DC:0-5 hjelper oss med å balansere mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer. Tenkningen bidrar også positivt i alliansearbeidet med foreldrene. Rammen hjelper oss med å unngå for eksempel å kun vektlegge foreldres psykiske vansker uten å ta høyde for hvordan også andre forhold i og rundt sped- og småbarnet spiller inn.

Utfordringer og muligheter

DC:05 er grundig, har vurderingspunkter på alle akser og kan brukes som et oppslagsverk. Utover kliniske drøftinger er den en kunnskapskilde om både normal- og skjevutvikling, og til hjelp for å holde oppe kompleksitet i diagnostisk klassifisering. Samtidig er den omfattende, og en utfordring vil være å ha god nok kjennskap til manualen. Det kan også kjennes overveldende å lære seg systemet godt nok til å ta det i bruk. Fordi aksene frembringer så mye informasjon, er det krevende å prioritere tiden i drøftinger, og dermed ekstra viktig å ha en person som har ansvar for å lede drøftingene.

En svakhet vi opplever med DC:0-5, er at den ikke direkte belyser sammenhenger mellom foreldrenes egne omsorgserfaringer og hvordan de løser omsorgsoppgavene for eget barn. Nedbrytende erfaringer fra foreldres egen oppvekst kan komme til uttrykk som strev i samspill, eller i usikkerhet eller frykt for at erfaringene kan påvirke barnet. Det er sentrale arbeidsområder i behandlingen. DC:0-5 gir oss kun mulighet til å kode foreldrenes egne erfaringer med vold, mangelfull omsorg og traumer indirekte gjennom foreldrenes psykiske helse, nettverk eller hvordan det utspiller seg i relasjonell kontekst.

Videre opplever vi at en del av koblingene som foreslås fra DC:0-5 og over til ICD-10, ikke er tilstrekkelig tilpasset norske forhold og vår kliniske praksis. Et eksempel er ADHD, hvor vi i Norge har en mer restriktiv praksis enn diagnostikerkriteriene i DC:0-5 legger opp til.

Videre mener vi det er uheldig at DC:0-5 ikke er likestilt ICD-10 i diagnostisering av sped- og

småbarn i psykisk helsevern. Diagnoser fra DC:0-5 må overføres til en egnet diagnose i ICD-10-systemet, som sjelden beskriver sped- og småbarns psykiske vansker godt nok. Dette kan for mange også bli et dobbeltarbeid. En utilsiktet konsekvens av at kun IDC-10 brukes i diagnostisering av sped- og småbarn, kan være at ulike formål med medisinsk koding ikke oppfylles. Eksempler er å få oversikt over forekomst av psykiske helseplager, planlegge og styre arbeidet, samt få et reelt grunnlag for aktivitetsbasert finansiering for sped- og småbarn. Vi mener en nasjonal anbefaling om bruk av DC:0-5 trolig ville økt både kvalitet og likeverd i utredninger av sped- og småbarn i psykisk helsevern.

Oppsummering

Sped- og småbarn i risiko for, eller som allerede viser, skjevutvikling trenger at vi som skal hjelpe, har kunnskapsbaserte og tilpassede diagnoseverktøy for å vurdere barnets psykiske helse og utvikling. Her mener vi DC:0-5 er en sentral ressurs. Vår erfaring er at opplæring, regelmessig bruk og prioritering av DC:0-5-drøftinger, samt etablering av en klar struktur på diagnostiske drøftinger, er til hjelp.

DC:0-5 tilbyr en helhetlig tilnærming, og hjelper klinikerne i det krevende arbeidet det er å vurdere og behandle sped- og småbarns psykiske helse. Å beskrive barnet langs fem akser gir rom for å forstå både de systemiske og individuelle bidragene til barnets psykiske helse. Slik reduserer vi faren for å tillegge barnet vansker som også kan forstås relasjonelt og i lys av deres psykososiale kontekst.

REFERANSER

- Humphreys, K. L., Zeanah, C. H. & Scheeringa, M. S. (2015). Infant development: The first 3 years of life. *Psychiatry*, 1(4), 134–158. <https://doi.org/10.1002/9781118753378.ch9>
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. I C. H. Zeanah, Jr. (Red.), *Handbook of infant mental health* (2. utg., s. 3–19). The Guilford Press.

- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595. The theory of the parent-infant relationship - PubMed
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. World Health Organization.
- Zeanah, C. H. & Zeanah, P. D. (2019). Infant Mental Health: The Science of Early Experience. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of Infant Mental Health* (4. utg., s. 5–25). The Guilford Press.

- Zero to three. (2020). DC:0-5™. *Diagnostisk klassifisering av psykisk helse og utviklingsforstyrrelser i sped- og småbarnsalderen* (A. V. Brean, Overs.). Gyldendal Norsk Forlag.

NOTIS

Godkjenner doktorgradsartikler fra Legetidsskriftet

Doktorgradskandidater i medisin ved Universitetet i Oslo kan igjen publisere artikler fra doktorgraden sin i Tidsskrift for Den norske legeforening. Endringen skjer etter at fakultetet i 2024 avviste en avhandling som inkluderte en slik artikkel, fordi artikler publisert i tidsskriftet «ikke kommuniserer med et internasjonalt forskersamfunn».

I likhet med Psykologtidsskriftet har Legetidsskriftet fagfellevurderte

artikler på norsk og engelsk som er åpent tilgjengelige (diamant åpen tilgang). Med endringen i retningslinjene kan medisinstudentene i Oslo publisere doktorgradsartikler i norske tidsskrift på lik linje med dem i Tromsø og Trondheim.

De nye retningslinjene tilsier at kun én artikkel skal være «publisert eller antatt for publisering i et internasjonalt anerkjent engelskspråklig tidsskrift med fagfellevurdering på

engelsk». De øvrige artiklene kan publiseres i norske tidsskrift. Kravet om minimum tre artikler i doktorgradsavhandlingen er også frafalt.

Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen godtar fremdeles normalt ikke artikler publisert i Legetidsskriftet som en del av doktorgradsavhandlingene.

TEKST SIMEN BØ

TEKST Kim Larsen

Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Østfold
Nasjonalt senter for selvmordsforskning
og -forebygging, Universitetet i Oslo

Knut Hamsuns vei til Gud

Fortvilelsen over datteren Ellinor
banet veien for forfatterens religiøse
oppvåkning og gudstro.

Den vanlige oppfatningen av Knut Hamsun er at han ikke trodde på Gud. Men korrespondansen som er bevart om datteren Ellinor, viser noe annet. Hamsun gjennomgår tilsynelatende en religiøs utvikling parallelt med, og kanskje som en følge av, de stadig større problemene til Ellinor og påvirkningen som disse har på ham. I artikkelen ønsker jeg å presentere hvordan Knut Hamsun forholder seg til Ellinors psykiske lidelse, og hvordan familiedynamikken i Hamsun-familien ble påvirket av hennes lidelse. Jeg ønsker å vise at forholdet til Ellinor og de psykiske problemene hennes fører til en dyptliggende følelse av avmakt og hjelpeløshet hos Hamsun, som utvikler seg til troen på en personlig Gud.

Ellinor

Biografien til Knut Hamsuns datter Ellinor Hamsun (1915–1987) er lite kjent. Fra å være en livlig ung kvinne som ferdedes i kunstnerkretser på Rivieraen og i Berlin, fikk hun stadig større adferdsmessige og psykiske problemer. På 1950-tallet ble hun lobotomert to ganger. De siste tre år av sitt liv tilbrakte hun på et pleiehjem i Danmark. I artiklene *Ellinor Hamsuns tragiske skjebne I & II* (Larsen, 2022a; 2022b) blir Ellinors livshistorie og sykdomshistorie beskrevet.

Ellinor ble født i 1915 på gården Skogheim i Hamarøy som den yngste av Marie og Knut Hamsuns fire barn, men vokste opp på Nørholm i Grimstad, dit familien flyttet i 1918. Foreldrene reagerte tidlig på oppførselen hennes, og

KONTAKT kim.larsen@so-hf.no

MERKNAD Ingen oppgitte
interessekonflikter. Teksten er et resultat
av et skrivesamarbeid med avdøde
Anders Zachrisson (1943–2024).

— Ellinor og hennes psykiske problemer fører til en dyptliggende følelse av avmakt og hjelpeløshet

hun blir som 16-åring sendt på klosteskole i Krefeld i Tyskland i 1931 og deretter til Belgia i 1932. Ellinor og søsknene hadde en kosmopolitisk oppvekst som var de færreste ungdommer forunt i denne tiden. Hun oppholder seg i perioder i Bordeaux, og i 1934 er hun og broren Arild på in-stedene Nice og Juan-les-Pins. Fra midten av 1930-tallet bor Ellinor i Berlin, hvor hun går på teaterskole og håper å bli filmskuespillerinne. Hun er imidlertid involvert i en alvorlig bilulykke nyttårsaften 1935/36, brekker hoften på to steder og må ligge i gips i fem uker. Ellinor vanker i nasjonalsosialistiske kunstnermiljøer og treffer der filmskaperen Richard Schneider-Edenkoben. De gifter seg i 1939, og hun blir da tysk statsborger. Ekteskapet er preget av krangler og konflikter fra første stund og er i realiteten over allerede i 1943 (men oppløses først formelt ved rettslig avgjørelse i 1954). Ellinor blir innlagt på en institusjon i München, og mannen flykter med sin sekretær, som han senere gifter seg med. Etter at ekteskapet havarerer, blir Ellinor hentet hjem til Nørholm. Hun er innlagt på flere institusjoner både på Sørlandet og i Oslo, og det er stadige konflikter rundt henne på Nørholm. Søsteren Cecilia er gift med en dansk lege og bor i Danmark. Det hele ender med at Ellinor blir lobotomert to ganger i Danmark, henholdsvis i 1953 og 1956. Hun tilbringer de siste tredve årene av sitt liv på et pleiehjem på Jylland, hvor hun dør i 1987.

Hamsuns religiøsitet

Knut Hamsuns spirituelle verdensbilde er ofte beskrevet å bevege seg fra å være ateistisk i unge år til etter hvert å inneholde elementer av panteisme og naturmystisisme, som noen av de mest kjente romanene også preges av, som *Pan* (1894), *Mysterier* (1892) og *Markens grøde* (1917). Men som Kolloen (2012) peker på, finner en gjennom mye av Hamsuns forfatterskap henvisninger også til en mer personlig Gud. Jeg ønsker å vise at spesielt forholdet til Ellinor og hennes psykiske problemer fører

til en dyptliggende følelse av avmakt og hjelpeløshet hos Hamsun, som i sin tur utvikler seg til troen på en personlig Gud og en selvutslettelse og ydmykhet overfor Ham. Dette er et bilde som står i motsetning til slik Hamsuns personlighet og livssyn vanligvis blir beskrevet. En studie av korrespondansen om Ellinor gir et helt annet bilde av Hamsun. Tidligere har Arne Tumyr (1996) og Birgitte Furberg Moe (Furberg Moe, 2023; Gulbrandsen, 2023; Smedsrud, 2023a, 2023b; Walgermo, 2023) kommentert den sene Hamsuns kristne utvikling. Tumyr (1996, s. 517) legger vekt på Guds rolle som et substitutt for Hitler, nazismen og «overmennesket». Furberg Moe ser i sin doktorgrad om opprinnelseshistorien til verket *Paa gjengrodde Stier* (1949) omvendelsen til kristendommen som en indikasjon på at Hamsun føler skyld og anger for sin nazisme under annen verdenskrig. Noen har til og med, ifølge Smedsrud (2023a), sett Hamsuns kristendom som en strategisk manøver med hensyn til landssvikopp-gjøret. Jeg ser det som en dyptfølt og oppriktig religiøs omvendelse som følge av kontakten med Ellinor og de vedvarende og massive problemene hennes.

Familiefaren

Knut Hamsun blir gjennomgående beskrevet som barnekjær. Det er mange ganger nevnt at dette kan være en reaksjonsdannelse som følge av hans egen ulykkelige barndom og ungdom etter at han ble flyttet til sin onkel ved ni-tiårsalderen:

Knut Hamsun hadde alltid vært en barnekjær mann. Han hadde aldri glemt sine egne ungdomsår, og som far tok han seg mer av sine barn enn vanlig var for fedre den gangen. Han kunne være streng og bestemt, men han skjemte dem likevel bort. De fikk løpe fra bordet straks de var ferdige med å spise. Og han lot innrede en jernbanevogn til lekestue for jentene – med innlagt strøm og miniatyrkopier av møblene

i huset. Han kjøpte boksehansker til guttene og en hundevalp til jentene. En platespiller fikk han til og med anskaffet. Han kunne finne på de merkverdige ting for å more barna. I grunnen stakk det fortsatt et barn i ham selv. Han lekte gjerne med ungene, og om kvelden pleide han å lese for dem. Barna, det var den siste glede, hadde han forkynt i en av sine romaner. (Rottem & Falck, 1996, s. 185)

Hamsun skrev delvis hjemme på Nørholm. Han hadde innredet en dikterstue til dette formålet som lå i en viss avstand fra de andre husene, og her var det forbudt å forstyrre ham. I særlig intensive kreative perioder, ofte i forbindelse med fullføringen av verkene, bodde han på pensjonater og hoteller i nærheten. Med fire barn sier det seg selv at støy og distraksjoner fra barna kunne bli et problem for skrivingen, og at et visst disiplinerende regime var nødvendig for å forene familielivet og kunsten. Ifølge Gerd Høsts (2004) erindringsbok var Ellinors tilknytning til hjemmet sterk og vedvarende, og hun forsvarte alltid sine foreldre dersom noen kritiserte dem. Høst refererer en uttalelse som Ellinor skal ha kommet med overfor henne: «De er glade i meg, men de har meget å gjøre. Og du vet, det er så mange slags kjærlighet» (Høst, 2004, s. 77).

Reaksjonene til Knut Hamsun på Ellinors tilstand og utvikling endrer seg over tid, og han ender opp som fundamentalt religiøs. Det var ganske overraskende å lese hvordan denne hardnakkede ateisten (i hvert fall i unge år) senere brukte svært konkrete religiøse metaforer i brevene til Ellinor, og hvor det fremstår som sannsynlig at det var nettopp omgangen med Ellinor og hennes sykdom som var en av de viktigste grunnene til denne endringen.

Tre distinkte faser

Hamsun var en barnekjær far som hadde kjærlighet for Ellinor, og det er synlig av bildene som finnes av dem sammen. Han går gjennom flere faser i sin reaksjon på Ellinors tilstand. Knut Hamsuns brev til Marie om barna når de er små, er preget av varme og en rørende omsorg for dem. Bursdags- og julegaver diskuteres opp og ned for å finne det som kan glede dem aller mest. Helsetilstanden deres overvåkes med kjærlig omsorg. I de periodene han bor borte for å skrive, er han også opptatt av barnas gjøren og laden ned til minste detalj. Det samme er tilfellet da han bor i Oslo i perioder i 1926–27 for å gå i en psykoanalytisk orientert behandling hos Johannes Irgens Strømme (se Anthi & Stänicke, 2018). Bruk av journalen fra denne analysen var nylig et omdiskutert tema i Hamsun-forskningen (Børset, 2017; Kvam, 2017).

Det første problemet som dukker opp i korrespondansen når det gjelder Ellinor, er at hun spiser for lite (Brev 2130 av 27.08.1930 og brev 2138 av 18.09.1930). Man kan se en ambivalens i følgende formulering: «Aa Ellinor er flink, hun greier seg nok storartet, har ikke frykt for henne for så vidt, men hun er for vild og for voksen, skulde helst være 16–17 år» (Brev 2257 av 07.10.1932).

Dessverre er kun fire av en antatt mengde på 150–200

brev til Ellinor bevart, men det er mulig å rekonstruere mye av Hamsuns reaksjon på problemene hennes ut fra den øvrige korrespondansen, særlig med familien. Det ser ut til å være tre faser i hans reaksjon på og tolkning av problemene fra de først er nevnt og frem til Hamsuns død i 1952. Den første fasen består av formaninger, appeller til å vise viljestyrke og å «ta seg sammen» og med viljen og personlighetens kraft overvinne problemene. Neste fase er skuffelse og oppgitthet, «nå gidder jeg ikke mer», og til og med trusler om selvmord. Hamsun klager over at de (Arild og Ellinor befant seg på Rivieraen og ba stadig faren om å sende dem penger) har plaget ham nok, og «at det skal ikke forundre nogen av dere om jeg en Dag blir borte fra det hele» (Brev 2395 av 09.09.1934 til Tore Hamsun).

Denne fasen er preget av desperasjon der Hamsun bønnfaller Ellinor om å følge de rådene han gir. Uheldige hendelser forklares med at hun og de andre barna ikke etterlever rådene hans. Noen av brevene, særlig til sønnene, bærer preg av devaluerende sarkasmer. Den siste fasen er den mest overraskende, særlig for dem som har bitt seg merke i de blasfemiske passasjene fra *Sult* (1890). I denne siste fasen i forholdet til Ellinor er Gud det eneste håpet og en uforbeholden ydmykhet overfor Ham den eneste løsningen. For å legge tyngde bak denne løsningen understreker Hamsun at han har prøvd det selv.

Fase 1 – appeller og formaninger

I korrespondansen opp gjennom årene er det gjentatte henvisninger til Ellinor. Marie besøkte Ellinor i Tyskland i 1933 og må ha rapportert urovekkende, men heller ikke helt overraskende ting hjem, for i brev til Marie nyttårsdagen 1934 skriver Hamsun blant annet følgende:

Hvis Ellinor bruker Forstanden sin saa vil hun foresætte sig at slutte med sin Utsulting nu fra 1934. Fremturer hun saa har det intet annet at være end Sykdom paa Sindet, men en slik Ulykke vil jeg bede Gud skaane henne for. [...] Spør Ellinor om hun ikke selv synes det er en Skam av hende og (sic) skaffe os saa megen Sorg bare paa Grund av hendes stivnak-kende Trass. [...] Jeg vilde saa uenderlig gjerne faa se at hun fikk Dødningerynkerne ut av sit unge Ansikt og litt Menneskefacon paa Kroppen. Hun kunde gjerne gjøre mig den Glæde før jeg dør, saa vilde hun selv faa det bedre paa sit eget Dødsleie. Kjære Ellinor, snille velsignede Ellinor, hør paa min Bøn og tænk Dig Om! (Brev 2357 av 01.01.1934)

Som om ikke dette var nok, legger han inn en liten formaning til Marie også:

[...] jeg skulde ogsaa gjerne se at du spiste Smør og Menneskemat igjen og fik Skik paa dine Nerver og Gudskjelov om du blev litt tykkere. Især vilde det være bra om Ellinor saa at ogsaa du oppgav din Galskap – som du begynte med *etter* et langt og sunt Livsav-snit-. Din K.» (Brev 2357 av 01.01.1934. Utheving i originalen)



Ellinor har bodd i Tyskland siden 1931, og i 1934 er hun og Arild i Frankrike, hvor deres henvendelser om penger har fått en ekstra omdreining ved at de begge vedlegger legeattester på at de må reise til varme strøk «eller vil det bli tuberkulose». I brev til Ellinor av 11. mars 1934 kommer et «fase to»-utfall:

Jeg frykter at dere blaaser i hvad en gammel Papa beder dere inderlig om, dere bare fremturer. Sæt dere ned og tænk dere om, jeg har kanskje ikke fortjent daarlig Opførsel av dere. Jeg har vist dere Tillit at la dere faa prøve at leve uten Opsyn, men nu er jeg ræd for at dere bare ustanselig fører mig bak Lyset og skjuler Sandheten med Opspind og Løgn. Gud i Himlen, hvor daarlig dere opfører dere, og dere kan være visse paa at Livet vil hævne det paa dere. Og jeg som hadde Tillit til dig Ellinor, og har forsvaret dere begge hver eneste Dag naar Mama er fortvilet. Nu vil jeg ikke mere.» (Brev 2376, s. 29)

Hamsun tar seg likeså godt en tur til Juan-les-Pins, og samtidig som han gremmer seg over pengeforbruket, er han imponert over ungenes aristokratiske omgangskrets: «[...] jeg har merket mig at især Ellinor er svært kjent her. Men de har hatt fin Omgang, en Rikmand og Frue fra Malmö f. E., Fruen kalte Ungerne Arild og Ellinor uten videre. Din Knut» (Brev 2382 av 26.4.1934, s. 38).

Fase 2 – desperasjon og fortvilelse

Vi finner eksempler både på Hamsuns desperasjon og fortvilelse og på hans nådeløse sarkasmer i et brev av 9. september 1934 til sønnen Tore, som da bodde i München og gikk i lære hos tegneren Olaf Gulbransson, mest kjent for sine tegninger i satiremagasinet *Simplicissimus* (et slags datidens *Charlie Hebdo*). Hamsun skriver om hvor lei han er av barnas adferd:

Jeg vil gjøre det paa beste Maaten for dere Børn, men det går galt likevel. Jeg er saa træt og slitt av at strides med dere at jeg ligger ofte om Natten og ønsker mig Døden [...] Hele veien ikke et lysglimt, det skal ikke forundre dere om jeg en Dag blir borte fra det hele. Jeg er saa slitt, og mitt liv er uten Glæde. Endda alt jeg har strævet i mine Dager! – Prøv nu du, Tore, som den ældste at stagge Galskapen. (Brev 2395, s. 51–52)

Ellinor får også sitt:

Ellinor spiser nu og ser mere ut som et Menneske, men hun skal likevel male sig i Ansiktet, den Sindsyken skal hun ialfald ikke gi Slip paa! Da hun hadde maset om en Julegave fik hun en Ring til 1 Tusen Mark. Igaar fant jeg Ringen slængt sammen med andet Skrap i en Skuffe i Gangen – Saaledes hele Veien, jeg vet ikke hvor lenge jeg holder det ut. (Brev 2395, s. 51)

Tore selv får også en skikkelig sarkasme slengt etter seg. Hamsun hadde funnet seks malertuber hvor Tore ikke hadde skrudd på korkene, og i tillegg mistet disse. Hamsun konkluderer med følgende nådeløse karakteristikk av yrkesgruppen:

Jeg vet det er den sædvanlige Slarv blant Malere, de skal være flotte, baketter gaar de som Betlere og vil bli av med sine Skildrerier. Lær nu du dig at være ordentlig med dine Saker, det er grundlæggende for Livet. (Brev 2395, s. 51)

Men alt hjelper dessverre lite. Kun noen måneder etter finner vi klager på pengeproblemer og slurv i et brev til Cecilia 21. november 1934:

Jeg sender Checken til dig Cecilia, denne Gang og beder dig for Gud i Himlens Skyld paase at det Oppholdstillatelseskort som Ellinor har kastet bort, blir betalt paany og *straks*. Likeledes skal Doktoren og Pillerne betales *straks*. Vær nu saa snil at ordne dette, saa jeg slipper at bli utplyndret med Regninger etterpaa. Ellinor vilde jeg helst ha sendt Checken til fordi hun er ældst, men jeg har faat forlite Haap til Hende nu. Jeg hører ogsaa at hun har pantsatt Ringen som var fra hendes Papa herhjemme – jaja, Gud velsigne dig og hende, dere faar gjøre som dere vil mot mig. (Brev 2409, s. 65–66. Uthevinger i originalen)

Nyttårsaften 1933/34 blir imidlertid Ellinor hardt skadet i en bilulykke i Berlin. Det som har vært tema når det gjelder Ellinors problemer frem til nå, er spiseforstyrrelsen, generelt upålitelig adferd, pengeforbruket og de kostbare reisene. Under det lange sykehusoppholdet i Berlin kommer også alkoholproblemene frem i lyset. Marie reiste ned til Ellinor etter ulykken og har skrevet til Hamsun, som kommenterer i et brev til Tore:

Jeg undres virkelig om hun ikke er paa Randen av Galskap Ellinor [...] Jeg vil nu at hun [Marie] skal skrive brev til Overlægen i mitt Navn: at Ell. Øyeblikkelig skal forbydes Alkohol, da hun har misbrukt moselvinen. Herregud saa meget ondt det er. (Brev 2475 av 24.01. 1936, s. 119)

Hamsun er nå etter ulykken forsiktig med å komme med irrettesettende kommentarer til Ellinors oppførsel. Han gir uttrykk for at ulykken kan være et vendepunkt i livet hennes, og at livet etter ulykken kan snus til det bedre (Brev 2476 av 29.01.1936, s. 120). Men det skjer ikke; det utsvevende livet fortsetter. I et brev til Tore 2. april 1936 skriver han: «Ellinor vil bare være med på Moro» (Brev 2503, s. 143).

Ellinor er innlagt på Rikshospitalet i Oslo en periode høsten 1936, og brev fra denne tiden er fylt med håp (Brev 2520 av 08.08.1936 og 2521 av 13.08.1936 til Sigrid Stray). Til Marie skriver Hamsun: «... du skal se paa Ellinor – rund og sund og forstandig som aldrig før» (Brev 2528 av 30.11.1936, s. 160).

Hamsuns rådgiving begynner nå også å omfatte Ellinors herrebekjentskaper: «Og Ellinor ogsaa som enda skriver til Lurven – han som benyttet sig av hendes Svakhets-tilstand paa Hospitalet og bare vilde gjøre den Erobring ogsaa» (Brev 2562 av 18.06.1938, s. 191).

«Lurven» er lege Gunnar Røvig (1904–1973) som Ellinor var blitt kjent med på Rikshospitalet. Han giftet seg i 1939 med en kollega, Asta Stang, og besøkte Hamsun-familien på Nørholm etter krigen (Brev, bd. 6 s. 192).

Hamsun er på denne tiden på utenlandsreise i Dubvronik og vurderer flere reiser for å snakke med nazi-topper. Han skriver til Tore 25.05.1941 om sine planer for tysklandsbesøk i et brev som også involverer Ellinor:

Jeg har ikke faat nogen Inbydelse til Tyskland, og selv om jeg fik en mottar jeg den *ikke*. Jeg reiser ikke til Tyskland, jeg kan ikke snakke tysk, jeg er døv og jeg er 82 Aar, saa jeg er ingen Severdighet at føre rundt og vise frem. Dessuten kommer det til at jeg maatte bo hos Ellinor, og det vilde ikke smake paa højere Hold (den Schneider'n hendes har stelt sig slik at det er rent utrolig). Alt sammen gjør at jeg ikke rikker mig til Tyskland om saa selve Hitler indbydde mig.» (s. 291. Uthevinger i originalen)

(Det var nettopp dette som faktisk skjedde to år senere, se Rem, 2014.)

Tiden like etter krigen var selvfølgelig vanskelig for familien, med rettssaken mot Knut Hamsun og med Marie i fengsel. Ellinor bodde på Nørholm, og det var stadige krangler med broren Arild og hans kone Brit.

Fase 3 – Gud

Vi kommer nå til «fase 3»-brevne til Ellinor om underkastelse overfor Gud. Hamsun er internert på Landvik gamlehjem etter å ha vært innlagt til observasjon på Psykiatrisk klinikk på Vinderen. Vi skal konsentrere oss om det første brevet med ubetinget religiøst innhold, skrevet 20. mars 1946 til Ellinor:

Nu har du det ondt, nu er det netop det rette, det eneste Øieblikk du har at gaa til din og min gode og almægtige Fader og Gud i Himlen, gjør det nu, min inderlig kjære Ellinor! Det er din gamle Papa som skriver dette til dig nu igjen: Gaa til Gud i din Nød, fortel din Broder Jesus Kristus hvor ondt du har det og bed ved den Hellige Aand om Veiledning til at holde det ut. Du kan tro, jeg har erfaret det selv, ellers vilde jeg ikke raade dig til det. Det kan være noget helt fremmed for dig, som det var for mig, men du kan stole paa at det vil skaffe dig Lise og Fred. Ellinor, min snille og gode Datter, du og jeg skal gaa til det eneste Sted hvor vi kan faa hjelp [...] den gode Gud har hjulpet flere end dig og mig; paa vaar Hendvendelse vil han være villig at hjelpe ogsaa os. Men vi maa være *nødige* og *trængende*, vi maa tigge inderlig om Barmhjertighet. (s. 417. Uthevinger i originalen)

Lignende formuleringer finnes i brev til Tore (Brev 2822 av 27.03.1946) og til Ellinor (Brev 2823 av 01.04.1946 og 2832 av 12.05.1946).

Ellinor er igjen innlagt på forskjellige institusjoner, blant dem sykehuset i Arendal, og familien har koblet inn edruehetsnemnda (Brev 2828 av 25.03.1946, s. 430). Hamsun til Tore 3. mai 1946:

Nu faar vi se hvad Ædruehets-Karene formaar. Jeg haaper ikke stort. Jeg vet ikke om Nymann er Lærer, jeg er ikke istand til at svare paa hans Brev. Det desperate ved Ellinor er at hun ogsaa *kaster opp igjen Maten*. Det vet visst ikke Nymann. Kanskje du kunde telefonere til Mama at hun underretter Nymann. Ellers blir dette viktige Punkt overseet av Ellinors Vakt. (Brev 2830, s. 432. Uthevinger i originalen)

Johan Nymann var medlem i edruehetsnemnda i Eide. I et brev datert Homborsund 26. april 1946 skriver han til Hamsun:

I går var Anton Ødegård og jeg borte i Arendal for at tale med Deres datter Ellinor om hennes forhold til berusende drikke. Hun erklærte seg da villig til å ta opphold i de pleiehjem som edruehetsnemnda i Eide bestemte. Og hun føyde til: «*Dette gjør jeg for fars skyld*.» Og hun ville gjerne at vi skulle sende Dem en meddelelse om dette. Ærbødigt Joh. Nymann. (Brev, bd. 6, s. 433. Mine uthevinger)

Det virker som den tidligere sosietetskvinnen blir satt til ganske anstrengende «arbeidsterapi», som står i grell kontrast til hennes tidligere liv. Hamsun skriver til Cecilia 30. mai 1946:

Du maa skrive til Ellinor, jeg graater for hende. Men nu fik jeg Brev fra hende om at hun er tilfreds med Plassen hun har faat, hun er bare Hjelpenonne og har stridt Arbeide fra kl. 6. Morgen til 11. Kveld. Hendes adresse er: St. Fransiscus Hotel, Arendal. (Brev 2840, s. 441)

Hamsun tenker nå også tilbake på hvordan Ellinor var som barn, og hvordan det kunne gå så galt: «Stakkars Ellinor, hun omtumles av sin Skjebne, og ældre og ældre blir hun og glemmes av os andre. Og hun var den flinkeste og gladeste i Hjemmet paa Nørholm» (Brev 2584, s. 487, til Lisbeth Hamsun, konen til Tore).

Hamsun er skuffet over at Ellinor ikke svarer på brev fra ham, og han er urolig for henne (Brev 2894 til Lisbeth Hamsun 10.04.1947, og brev 2908 av 02.06.1947, brev 2932 av 18.10.1947 og brev 2966 av 08.05.1948 til Tore Hamsun). I ett av dem skriver Hamsun: «Gud hjelpe hende, ingen anden kan. Ellinor som skulde vært Fyrstinne av Nørholm [...] Men om Hundrede Aar er vi alle glemt» (Brev 2932 av 18.10.1947, s. 530).

I resten av korrespondansen er det henvisninger til Ellinor i forbindelse med økonomiske forhold og fordeling av arv. Henvisninger til Ellinor utover dette er en henstilling til familiens advokat Sigrid Stray om

— jeg finner Hamsuns omvendelse oppriktig og ekte

å være verge for Ellinor (Brev 2991 av 10.10.1948, s. 581). Den siste henvisningen til Ellinor er trist: «Hvis De altså synes saa, Fru Stray, saa treffer De Tore og blir enig med ham. Han kan kanskje ogsaa være med at bestemme om Ellinor. Jeg orker ikke» (Brev 3050 av 02.06.1949, s. 630).

Som vi ser, gjennomgår utviklingen av forholdet til Ellinor og hennes problemer tre faser som ender i en uforbeholden underkastelse overfor Gud. Kolloen (2012) er inne på hvorfor dette er så overraskende med hensyn til det sta og egenrådige i Hamsuns personlighet:

For en person som i så ekstrem grad krevde kontroll og styring over både liv og diktning, var det hardt å forsone seg med tanken på at man måtte underordne seg en høyere vilje. Men det var liten tvil om at Hamsun gjorde det – mer og mer. (Kolloen, 2012, s. 10)

Man kan jo også spekulere over om ikke Hamsun gav den religiøse metaforikken en ekstra omdreining siden Ellinor trengte en slik religiøsitet av denne uforbeholdne sorten i den desperate livssituasjonen hun nærmest kronisk befant seg i (I.S. Kolloen, personlig kommunikasjon, 19. 05. 2025). Det kan hende Hamsun «tok litt i» i de religiøse beskrivelsene ut fra terapeutiske hensyn, men jeg finner Hamsuns omvendelse oppriktig og ekte – han ender opp med en personlig gudstro.

Familedynamikken

Maries anger

Fra 1950 bor Marie og Knut sammen på Nørholm, og Hamsun er svært svekket, men likevel oppegående. Hamsun dør ved midnatt 19. februar 1952 etter å ha ligget i koma i 48 timer (Simonsen, 2009). Det er fire år etter det siste brevet fra Knut Hamsun om arveforhold og vergemål for Ellinor til advokat Sigrid Stray i 1948.

I likhet med Knut ser også Marie tilbake på hvordan Ellinor var som barn. I et brev 21. oktober 1951 skriver hun til Cecilia:

Ellinor har fødselsdag i overmorgen. 36 år. Hvem skulle ha tenkt at det skulle gå så skjevt i livet for henne, så søt og strålende hun var som liten pike! Hvis vi mennesker kunne se inn i fremtiden ville de fleste av oss begå selvmord. Nu får vi det i små porsjoner og må prøve å synke det, så bittert det er. (Referert i Hansen, 1978, s. 732)

Torkil Hansen (1978) gjengir en del av Maries korrespondanse med datteren Cecilia mot slutten av Maries liv. Marie er overbevist om at årsaken til at det kunne gå så galt med Ellinor, er henne selv og Hamsun-familiens indre liv. Hun er på denne tiden hjemsokt av intens skyldfølelse for å ha bidratt til Ellinors tragiske skjebne. Hennes forklaring er at det at jentene ble sendt til utlandet altfor unge var årsaken til Ellinors skjebne. Hun ser i denne perioden Ellinor som offer for Knut Hamsuns egoisme: at hun ble «ofret» til fordel for hans kunst og kreativitet. Noen eksempler: «Takk for din søsterlige godhet mot Ellinor! Stakkars mine søte småpiker, dere ble på en måte ofret på kunstens alter – jeg mener den grenseløse egoismens alter» (Udatert, men sannsynligvis skrevet mellom høsten 1965 og 1966, s. 764).

Et annet brev:

Ingen tenker på at Ellinor er syk. Åh, Cecilia, Cecilia! Jeg skal jo dø snart og kan ikke hjelpe mine stakkars barn, fordi det ikke blir noe igjen etter mig. Ikke annet enn et skjendet ettermæle, fordi jeg politisk kom på gale siden. Men min eneste politikk var jo bare å holde et slags hjem sammen. En *Konge* skal da ikke skilles, vel? – Så gikk det ut over dere barn. (Udatert, med samme tidsangivelse som over. Uthevinger i originalen, s. 765)

Et av de aller siste brevene Marie skriver til Cecilia, er hjerteskjærende:

Jeg er så redd for å dø. Presten er også bortreist. Og det verste er at jeg ikke kan se at jeg er noen synder – bortsett fra den synden jeg gjorde mot de to småpikene mine, da dere reiste hjemmefra – for geniets skyld. Jeg har angret og grått resten av livet for det, er det ikke nok? (Våren 1969, referert i Hansen, 1978, s. 766)

I fortolkningen av Maries fremstilling av Ellinor i brevene her fra 1951 og frem til 1960-tallet er det viktig å huske at Marie mot slutten av livet var preget av en uttalt bitterhet overfor Knut Hamsun. Den dreier seg antagelig mye om Hamsuns handlinger under krigen, men av brevene ser vi også tydelig bitterheten over det hun oppfatter som Hamsuns egoisme i det kunstneriske virket. Denne bitterheten er så stor at hun nekter å la seg begrave ved siden av ham på Eide kirkegård, men velger å la seg begrave sammen med et av barnebarna, Esben Hamsun, som døde i en trafikkulykke i 1964, 21 år gammel.

Oppsummering og konklusjon

Jeg har forsøkt å vise at Knut Hamsuns møte med datteren Ellinors vedvarende psykiske lidelse og alkoholproblemer kan være en vesentlig årsak til hans religiøse utvikling. Hamsun synes å gjennomgå tre distinkte faser i sin måte å forholde seg til Ellinors problemer på: først appeller og formaninger, deretter desperasjon og fortvilelse, og til slutt gudstro. Interessant nok ligner disse fasene svært på en inndeling Hamsun selv hadde tenkt å beskrive i et planlagt verk om religiøs utvikling: «Rundt førtiårsalderen planla Hamsun en dramatrilogi om menneskets forhold til gudsmaktene. I det første ville han skildre gudsopprøret, i det neste resignasjonen og i det siste troen. Han fullførte kun første del av verket, versedramaet *Munken Vendt*» (Kolloen, 2012, s. 8).

Ellinor blir etter den andre lobotomien som 39-åring plassert på et pleiehjem på Jylland, hvor hun dør tredve år senere, i august 1987. Hun testamenterer alt hun eier til vedlikehold og bevaring av barndomshjemmet Nørholm. ♫

REFERANSER

- Anthi, P. & Stänicke, E. (2018). Psykoanalysens inntog i Norge. En historisk beretning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 446–457. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2018a-so6ae-Psykoanalysens-inntog-i-norsk-psykologi-og-psykiatri>
- Børset, B. (2017). Dr. Irgens Strømme, Hamsun og psykoanalysen. *Vagant*, 3.
- Furberg Moe, B. (2023). *Om tekstens tilblivelse og om skyld i Knut Hamsuns Paa gjengroddes Stier* [Doktorgradsavhandling]. Institutt for lingvistiske og nordiske studier, Universitetet i Oslo.
- Gulbrandsen, C. (2023, 30. september). *Følte Knut Hamsun aldri skyld etter krigen for å ha støttet nazistene?* Forskning.no. <https://www.forskning.no/andre-verdenskrig-boker-literatur/folte-knut-hamsun-aldri-skyld-etter-krigen-for-a-ha-stottet-nazistene/2-253-671>
- Hamsun, K. (1890). *Sult*. Gyldendal.
- Hamsun, K. (1892). *Mysterier*. Gyldendal.
- Hamsun, K. (1894). *Pan*. Gyldendal.
- Hamsun, K. (1917). *Markens grøde*. Gyldendal.
- Hamsun, K. (1949). *Paa gjengroddes Stier*. Gyldendal.
- Hansen, T. (1978). *Prosessen mot Hamsun*. Gyldendal.
- Høst, G. (2004). *Så mange slags kjærlighet. Med Ellinor Hamsun i Berlin 1937–39*. Aschehoug.
- Kolloen, I. S. (2012). «Oppe i himlen satt Gud ...». *Om Knut Hamsuns religiøsitet*. [Foredragsmanuskript].
- Kvam, T. (2017). Schizoleaks 1926–2017 – The Hamsun Files. *Vagant*, 1 & 2.
- Larsen, K. (2022a). Ellinor Hamsuns tragiske skjebne del I. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(1), 36–41. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2021as12ae-Ellinor-Hamsuns-tragiske-skjebne-del-I>
- Larsen, K. (2022b). Ellinor Hamsuns tragiske skjebne del II. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(2), 104–109. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022a-so1ae-Ellinor-Hamsuns-tragiske-skjebne-del-II>
- Næss, H. S. (Red.). (1984–2000). *Knut Hamsuns brev*. (Bd. 1–6, suppl.bd. utgitt 2001). Gyldendal.
- Rem, T. (2014). *Knut Hamsun. Reisen til Hitler*. Cappelen Damm.
- Rottem, Ø. & Falck, S. (Red.) (1996). *Hamsuns liv i bilder*. Gyldendal.
- Simonsen, A. H. (2009). Marie Hamsun. I *Store norske leksikon*. Hentet 15. oktober 2025 fra https://snl.no/Marie_Hamsun
- Smedsrud, M. S. (2023a). Hun har lest Hamsun som ingen før henne. *Forskningsmagasinet Apollon*, 33(4), 18–21. <https://www.apollon.uio.no/om/pdf/apollon-2023-utgave4.pdf>
- Smedsrud, M. S. (2023b, 31. oktober). Knut Hamsuns mørkeste stund. *Forskningsmagasinet Apollon*. https://www.apollon.uio.no/artikler/2023/4_hamsun.html
- Tumyr, A. (1996). *Knut Hamsun og hans kors. En diafonisk livsvandring med Knut Hamsun*. Norgesforlaget.
- Walgermo, A. K. (2023, 27. juni). Knut Hamsun ble personlig kristen etter krigen. *Vårt Land*. <https://www.vl.no/kultur/knut-hamsun-ble-personlig-kristen-etter-krigen/338984>

TEKST Julia Hagen
Mangfold og inkludering,
NTNU Samfunnsforskning AS

Birthe Loa Knizek
Institutt for psykisk helse
NTNU

Heidi Hjelmeland
Institutt for psykisk helse
NTNU

Omsorgsforvitring og maktesløshet i akuttpsykiatri

OMTALT ARTIKKEL

Hagen, J., Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2024). Corrosion of care and disempowerment in acute psychiatry: As seen from the positions of therapists and suicidal patients. *Health*, 1–17. <https://doi.org/10.1177/13634593241303617>

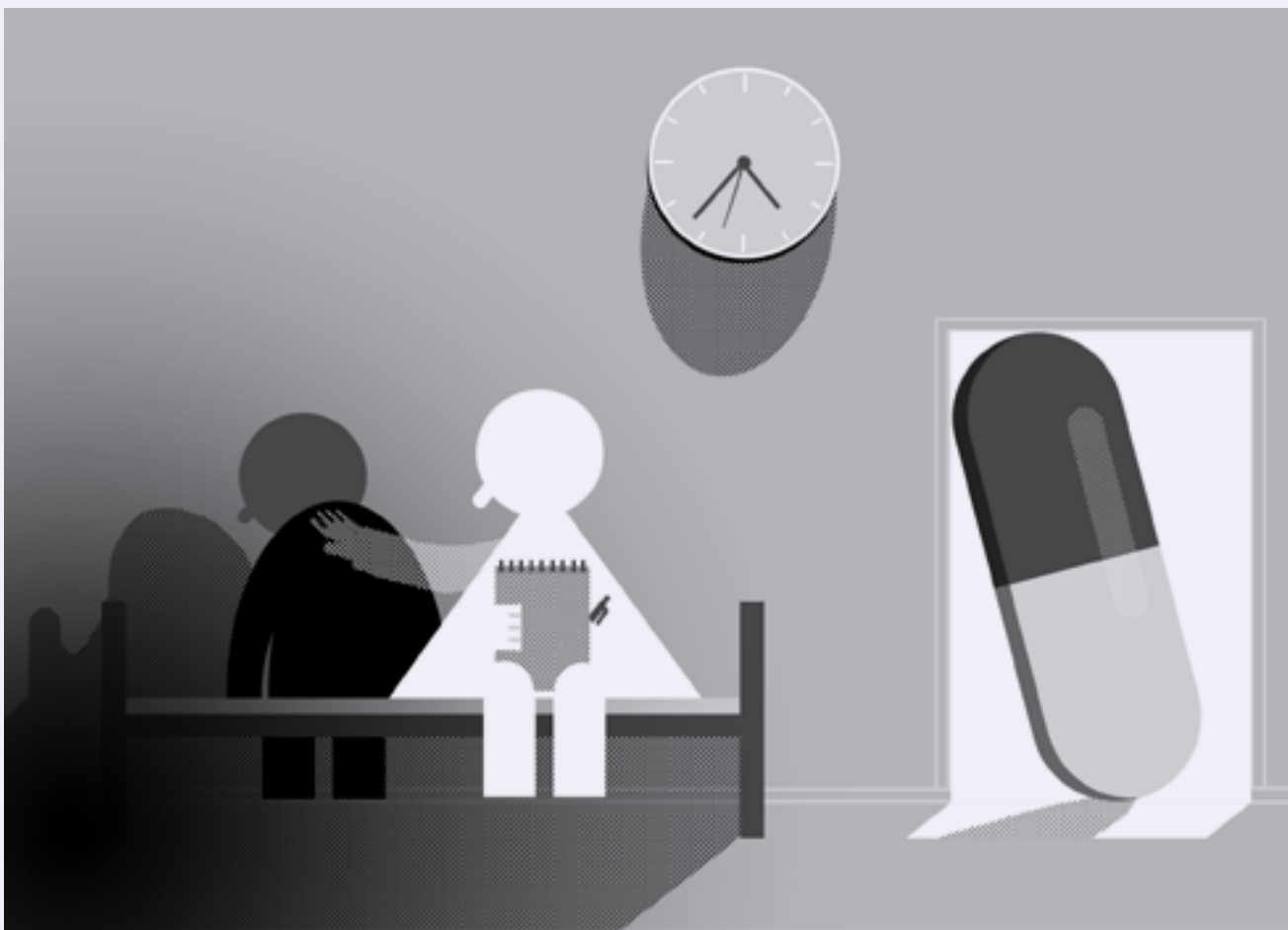
KONTAKT julia.hagen@samforsk.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktkjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Funnene tyder på at både behandlere og pasienter hadde få valgmuligheter og kjente på maktesløshet.

Å forebygge selvmord og selvmordshandlinger er en stor utfordring i psykisk helsevern, og etter å ha forsket på temaet i mange år er det vår oppfatning at det er behov for endringer for å bedre det selvmordsforebyggende arbeidet. Her presenterer vi funn fra en feltstudie (Hagen et al., 2024) hvor vi undersøkte behandleres praksis og møter med personer innlagt som følge av selvmordsforsøk eller selvmordstanker, og pasientenes opplevelse av oppfølgingen de fikk i en akuttpsykiatrisk seksjon.

Studien var en oppfølging av Julia Hagens doktorgradsarbeid, som utforsket behandling og omsorg for suicidale pasienter i psykiatriske sengeposter basert på behandleres, sykepleieres og tidligere pasienters erfaringer (Hagen et al., 2017a, 2017b, 2017c, 2018). I disse studiene fant



vi at behandlere hadde begrenset direkte kontakt med pasientene, og at de vektla diagnostikk og selvmordsrisikovurderinger i behandlingen. Selv om behandlerne så betydningen av personsentrert og relasjonelt arbeid, noe pasientene søkte og verdsatte, syntes det som behandlerne hadde forpliktelser som bidro til at tilnærmingen deres tidvis var instrumentell og medisinsk. I etterkant av doktorgradsarbeidet mente vi at det var behov for å undersøke samme tema fra innsiden av akuttpsykiatrisk avdeling, for å komme tettere på praksis og på den måten få mer innsikt i interaksjoner mellom personale og pasienter og konteksten den foregikk i.

Posisjoneringsteori

I studien tok vi utgangspunkt i posisjoneringsteori (*positioning theory*, Harré et al., 2009; Harré & Van Langenhove, 1999), som omhandler hvordan folk posisjonerer seg selv og andre i sosiale interaksjoner gjennom handlinger og kommunikasjon. Teorien kan gi økt forståelse om mellommenneskelige møter og praksiser i ulike kontekster og er nyttig for å forstå maktmekanismer i sosiale interaksjoner og relasjoner. Teorien fremhever at måten personer posisjonerer seg selv og andre på, er påvirket av de plikter og rettigheter man har i en gitt situasjon. Hver posisjon innebærer et sett med rettigheter og plikter, mens selve posisjoneringen er en prosess hvor folk tildeler, forhandler om og responderer

på posisjoner i en sosial interaksjon eller samtale. Det kan skje bevisst eller ubevisst.

Vi utforsket behandleres og pasienters erfaringer og posisjoneringer med følgende forsknings-spørsmål: 1) Hvordan posisjonerer behandlere seg i forhold til suicidale pasienter, og hva vektlegger behandlerne for å oppfylle formelle forpliktelser og krav i en akuttpsykiatrisk kontekst? 2) Hvordan posisjoneres pasienter som er i en suicidal krise, og hvordan opplever de møter med behandlere og omsorgen de mottar?

Deltagende observasjon

I feltstudien tilbrakte Julia Hagen, som selv har bakgrunn som psykiatrisk sykepleier fra akuttpsykiatri, ca. 160 timer i akuttseksjonen i løpet av tre måneder. Hun innhentet data gjennom deltagende observasjon og intervjuer med behandlere og pasienter. Deltagende observasjon innebar at Hagen var med i flere behandler-pasient-samtaler, hvor hun observerte interaksjonen og det som ble sagt, og hadde samtaler med både behandlere og pasienter. Hagens kliniske erfaring var en styrke, selv om det noen ganger var utfordrende å skille sykepleierrollen fra forskerrollen. Kanskje var det ikke mulig å skille de to rollene helt. Den emosjonelle smerten og maktesløsheten noen av pasientene ga uttrykk for, ble værende og innebar en god del emosjonelt arbeid.

METODE

- Kvalitativt design
- Data innhentet gjennom deltakende observasjon med ni behandlere (fire psykiatere, en psykologspesialist, en psykolog, en lege, og to lis-leger) og elleve personer (kvinner) innlagt som følge av selvmordsforsøk eller selvmordstanker. I tillegg individuelle intervjuer med pasientene og ett fokusgruppeintervju med fire (av ni) behandlere.
- Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017), supplert med et posisjoneringsteoretisk perspektiv (Harré & Van Langenhove, 1999).

HOVEDFUNN

Vi utviklet to hovedtema:

- Behandlere posisjonert som profesjonelle med autoritet i en kontekst med begrenset handlingsrom. Behandlere viste autoritet, kompetanse, makt og effektivitet i møte med pasienter. Samtidig hadde behandlere begrenset handlingsrom, hvor plikter og arbeidsforhold, som mangel på tid og sengeplasser, bidro til at de fokuserte på symptomer, diagnose og utskrivelse/pasientflyt.
- Pasienter i suicidal krise posisjonert som medisinske subjekter med begrenset innflytelse. Suicidalitet ble i stor grad knyttet til en antatt underliggende psykisk lidelse/psykiatrisk diagnose, og pasienter syntes å bli posisjonert på liknende vis – som medisinske subjekter. Noen pasienter syntes å akseptere en slik underordnet posisjon, mens andre viste motstand. Flere opplevde problemer med å bli hørt, og kunne føle seg maktesløse.

Posisjoner, makt og maktesløshet

Det var ikke overraskende å finne at behandlere har mer makt enn pasientene. Det ble tydeligere for oss at pasienter har en underordnet posisjon og kan ha problemer med å hevde behov og bli hørt. Her er det interessant å reflektere rundt kjønnsaspektet, idet deltakerne var kvinner, som er et tema vi var inne på i første artikkel fra feltstudien (Hagen et al., 2020). Etter hvert som vi analyserte datamaterialet, ble det også tydeligere at behandlernes praksis var sterkt påvirket av organisatoriske forhold, førende retningslinjer og høyt arbeidspress. Innad i behandlergruppen var det hierarki, slik at behandlere måtte bøye seg for beslutninger fra sin overordnede. Slik sett hadde behandlere begrenset handlingsrom, og for oss ble det et uttrykk for at ikke bare pasientene, men også behandlerne, kunne kjenne på maktesløshet.

Epistemisk urettferdighet

Funnene synliggjør at i denne akuttpsykiatriske konteksten hadde både behandlere og pasienter begrensede valgmuligheter og kunne kjenne på maktesløshet. Det gjelder mest pasientene, som er de med minst makt. Studien gir ny innsikt i maktmekanismer som del av den medisinske modellen og det psykiatriske byråkratiske systemet: mekanismer som påvirker praksis og møter mellom behandler og pasient, og som bidrar til at pasienters erfaringer, kunnskap og behov for hjelp til en viss grad ignorerer eller tilsidesettes. Det er noe vi har reflektert over i etterkant av studien, og som etter vårt syn kan forstås som *epistemisk urettferdighet* (Fricker, 2007). Med andre ord: Å være psykiatrisk pasient underlagt medisinsk autoritet innebærer å *ikke* bli ansett som likeverdig kunnskapsbærer. Behandlernes fagkunnskap, definisjonsmakt og plikter trumfer pasientens erfaringskunnskap, meninger og behov for å bli hørt.

Bakkebyråkrati

Studien gir i tillegg ny innsikt i behandleres praksis i akuttpsykiatrisk sengepost og hvordan deres tilnærming til pasienter kan forstås som det Lipsky (2010) beskriver som «bakkebyråkrati» (*street-level bureaucracy*). Funnene viser tydelig den innebygde motsetningen i bakkebyråkraters arbeid: De forventes å utvise skjønn for å imøtekomme enkeltpersoners behov, mens de i praksis må møte personer i form av rutiner, retningslinjer og merkelapper for å utføre arbeidet i henhold til krav og forpliktelser (Lipsky, 2010). Selv om fagfolk har skjønn til rådighet, tyder funnene våre på at behandlere har et begrenset handlingsrom i denne konteksten, og dermed også begrensede muligheter til å gi persontilpasset oppfølging.

Mulige implikasjoner for klinisk praksis

I lys av studiens funn mener vi at det er behov for endringer når det gjelder forståelsen av og tilnærmingen til suicidalitet og organiseringen av akutt psykisk helse-

tjeneste. Vi vil trekke frem Makt-trussel-mening-rammeverket (MTMR) som et mulig faglig grunnlag for slike endringer. MTMR er utarbeidet fra et bredt spekter av teori og forskning, og kan gi fagpersoner en bredere tilnærming til suicidalitet som går utover det diagnostiske og medisinske paradigmat (Boyle & Johnstone, 2024; Holter et al., 2024; Johnstone & Boyle, 2018). Vi oppfatter

at en tilnærming basert på Makt-trussel-mening-rammeverket gir mer håpefulle og livsfremmende narrativer om personers liv og utfordringer enn den medisinske forståelsen, og som personene kan *handle* ut ifra – på egen hånd og sammen med andre. I tillegg kan MTMR bidra med et perspektiv som jevner ut noe av maktubalansen i behandler-pasient-relasjoner. ♡

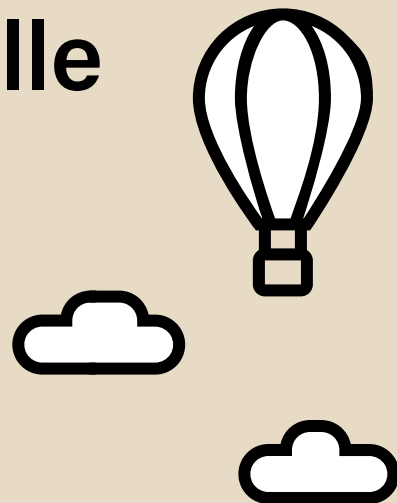
REFERANSER

- Boyle, M. & Johnstone, L. (2024). *En enkel innføring i Makt-trussel-mening-rammeverket. Et alternativ til psykiatrisk diagnostikk* (oversatt av T. F. Aarre). Originalens tittel: A Straight Talking Introduction to the Power Threat Meaning Framework (opprinnelig utgitt 2020). Fagbokforlaget.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Hagen, J., Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2024). Corrosion of care and disempowerment in acute psychiatry: y: As seen from the positions of therapists and suicidal patients. *Health*, 1–17. <https://doi.org/10.1177/13634593241303617>
- Hagen, J., Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2020). «... I felt completely stranded»: liminality and recognition of personhood in the experiences of suicidal women admitted to psychiatric hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15, 1 731 995. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1731995>
- Hagen, J., Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1), 1 461 514. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>
- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2017a). Connecting with suicidal patients in psychiatric wards: Therapist challenges. *Death Studies*, 41(6), 360–367. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1284955>
- Hagen, J., Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2017b). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 31–37. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>
- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2017c). Relational principles in the care of suicidal inpatients: Experiences of therapists and mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(2), 99–106. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1246631>
- Harré, R., Moghaddam, F. M., Cairnie, T. P. et al. (2009). Recent advances in positioning theory. *Theory & Psychology*, 19(1), 5–31. <https://doi.org/10.1177/0959354308101417>
- Harré, R. & Van Langenhove, L. (1999). The dynamics of social episodes. I R. Harré & L. Van Langenhove (Red.), *Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Actions*. Blackwell Publishers.
- Holter, M. T. S., Bøe, T. D. & Bertelsen, B. (2024). Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: Makt-trussel-mening-rammeverket. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(7), 454–462. <https://doi.org/10.52734/PTJO4792>
- Johnstone, L. & Boyle, M. (med Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J.) (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences, and troubled or troubling behavior, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. The British Psychological Society. www.bps.org.uk/PTM-Main
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. Russell sage foundation.

Fritt og åpent for alle

Vi mener at det er viktig at psykologisk kunnskap kommer alle til gode. Derfor vil ingen bli møtt med en betalingsmur, krav om abonnement eller innlogging hos oss.

Alt vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle på www.psykologtidsskriftet.no



TEKST Andreas Høstmælingen
Nasjonalt utviklingssenter for barn
og unge (NUBU)

Helene Amundsen Nissen-Lie
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Jon Trygve Monsen
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Ole André Solbakken
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Kan bruk av antidepressiver påvirke nytten av psykologisk behandling?

OMTALT ARTIKKEL

Høstmælingen, A., Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Heinonen, E., Wampold, B. E., Czajkowski, N., Visted, E., Lau, B., & Solbakken, O. A. (2025). Use of antidepressant medication is associated with slower response to open-ended psychotherapy for depressed patients. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1503848. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1503848>

Pasienter med depresjon som brukte antidepressiver, trengte lengre tid i psykoterapi og hadde mindre symptomreduksjon

Mange som oppsøker psykoterapi for å få hjelp med depresjon, bruker allerede antidepressiver, og har gjort det lenge. Antidepressiver har vist seg å være effektivt for behandling av depresjon (Cipriani et al., 2018), og flere studier finner at de fungerer like godt som psykoterapi (Cuijpers et al., 2020). I tillegg har forskning vist at kombinasjonen av psykoterapi og antidepressiver kan gi bedre resultater enn behandlingsformene hver for seg (Craighead & Dunlop, 2014; Cuijpers et al., 2009; Cuijpers et al., 2014; Cuijpers et al., 2009, Forand et al., 2009). Imidlertid har vi de siste årene også fått indikasjoner på at særlig langtidsbruk av antidepressiver kan ha negative konsekvenser. Mange pasienter utvikler toleranse for antidepressiver under langtidsbruk (Fava, 2014). Mange opplever også bivirkninger som seksuelle problemer,

KONTAKT andreas.hostmalingen@nubu.no

HOVEDFUNN

- Det var ingen statistisk signifikant forskjell i depresjon mellom gruppene ved baseline.
- Pasientene som brukte antidepressiver, hadde nesten dobbelt så lang varighet på psykoterapi som de umedisinerte pasientene.
- Pasientene som brukte antidepressiver, hadde statistisk signifikant mindre endringsrate i symptomreduksjon enn de umedisinerte pasientene.

DESIGN OG ANALYSE

- Klinisk utvalg av pasienter diagnostisert med depresjon ($n = 166$). Alle gikk i terapi, og halvparten fikk i tillegg antidepressiver.
- Utvalget er trukket ut fra et større utvalg ($n = 370$) i studien The Norwegian Multi-Site Study of Process and Outcome in Psychotherapy (NMSPOP).
- Depressive symptomer ble målt med SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised).
- Hver pasient ble målt 11 ganger: ved start av behandlingen (T1), etter henholdsvis 3, 6, 12, 20, 40 og 80 timer, ved endt behandling (T2), ved 6 måneders oppfølging (T3), ved 1 års oppfølging (T4) og 2,5 års oppfølging (T5).
- Analysemetoder: multilevel modellering (MLM)

vektøkning og emosjonell nummenhet (Cartwright et al., 2016; Read & Williams, 2018). Vedvarende bruk av antidepressiver kan altså føre til en rekke problemer som igjen muligens bidrar til å opprettholde depressive symptomer og begrenser nytten man får av psykoterapi (Fava et al., 2016, 2017; Fava & Offidani, 2011).

Metode

Vår studie analyserte utfall av langtids psykoterapi for 166 pasienter med depresjon, hvor halvparten var medisinert med antidepressiver og halvparten var umedisinert. Utvalget hadde et høyt lidelsestrykk: Pasientene hadde i gjennomsnitt slitt med psykiske lidelser i 15 år, hadde i gjennomsnitt søkt hjelp seks ganger tidligere, og halvparten hadde søkt hjelp de siste to årene. Gjennomsnittlig alder var 35 år, 73 % var kvinner, 51 % var i et fast forhold, 33 % hadde høyere utdanning (bachelor eller over), og 63 % var i arbeid mer enn 15 timer i uka. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i depresjonssymptomer mellom gruppene ved oppstart av behandlingen. Av dem som brukte medisiner, hadde 64 % stått på antidepressiver de to siste årene før behandlingen startet.

Hovedfunn

Vi fant at pasienter som gikk på antidepressiver, hadde nesten dobbelt så lang varighet på psykoterapien sammenliknet med pasienter som ikke brukte medikamenter. Videre var raten av symptomreduksjon mindre for pasienter som hadde antidepressiver, enn umedisinerte pasienter. Funnene er i tråd med en annen norsk studie som fant at pasienter som ikke brukte medisiner, hadde mer bedring i depresjonssymptomer gjennom et behandlingsforløp enn pasienter som samtidig brukte antidepressiver (Høstmælingen et al., 2022).

Diskusjon

En forklaring for funnene kan ha sammenheng med at mange pasienter som bruker antidepressiver over tid, antar at depresjon primært er en biokjemisk tilstand som man er avhengig av medikamenter for å håndtere (Maund et al., 2019). En slik endringsteori innebærer eksternalisering av kontroll. Pasienter som står på antidepressiver, kan da muligens få mindre tro på egen kapasitet til å håndtere depresjonen gjennom endring av tanke-, følelses- og atferdsmønstre, hvilket kan begrense potensialet for endring gjennom psykoterapi. En annen forklaring kan være knyttet til at nesten halvparten av pasientene som har brukt antidepressiver over lang tid, opplever emosjonell nummenhet (Goodwin et al., 2017). Antidepressiver virker ofte ved å dempe intense negative emosjoner, mens dette gjerne er følelser som man forsøker å få tilgang til i psykoterapi. Det kan derfor være mulig at pasienter som brukte antidepressiver, hadde større vansker med å jobbe med affektiv differensiering, toleranse for og bearbeiding av emosjonell aktivering.

Styrker og begrensninger

Funnene fra vår studie må tolkes med forsiktighet, siden fraværet av et randomisert kontrollert design gjør at utenforliggende variabler vi ikke hadde kontroll på, kan ha påvirket resultatene. Pasientene hadde «open-ended» behandling, og det var stor variasjon i behandlingslengde, hvor mange pasienter hadde lange behandlingsløp. Dette kan begrense generaliserbarheten til psykisk helsevern slik det er organisert i dag. Imidlertid gir studien bidrag til et spirende forskningsfelt som indikerer at langtidsbruk av antidepressiver kan ha negative følger. En implikasjon av dette er at behandlingsapparatet bør foreta grundige vurderinger av medikamentbruk for pasienter som oppsøker psykoterapi, og under trygg veiledning fra kvalifisert helsepersonell evaluere om pågående bruk av antidepressiver fortsatt er nyttig.

REFERANSER

- Cartwright, C., Gibson, K., Read, J., Cowan, O. & Dehar, T. (2016). Long-term antidepressant use: Patient perspectives of benefits and adverse effects. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1401–1407. <https://doi.org/10.2147/PPA.S110632>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A. & Geddes, J. R. (2018). Comparative Efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Craighead, W. E. & Dunlop, B. W. (2014). Combination psychotherapy and antidepressant medication treatment for depression: For whom, when, and how. *Annual Review of Psychology*, 65, 267–300. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131653>
- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), 1219–1229. <https://doi.org/10.4088/JCP.09r05021>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C., Cipriani, A. & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19, 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T. & Reynolds III, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: A meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56–67. <https://doi.org/10.1002/wps.20089>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. & Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 26(3), 279–288. <https://doi.org/10.1002/da.20519>
- Fava, G. A. (2014). Rational Use of Antidepressant Drugs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(4), 197–204. <https://doi.org/10.1159/000362803>
- Fava, G. A., Cosci, F., Offidani, E. & Guidi, J. (2016). Behavioral Toxicity Revisited: Iatrogenic Comorbidity in Psychiatric Evaluation and Treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(6), 550–553. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000570>
- Fava, G. A., Guidi, J., Rafanelli, C. & Rickels, K. (2017). The Clinical Inadequacy of the Placebo Model and the Development of an Alternative Conceptual Framework. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(6), 332–340. <https://doi.org/10.1159/000480038>
- Fava, G. A. & Offidani, E. (2011). The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(7), 1593–1602. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.07.026>
- Forand, N. R., DeRubeis, R. J., & Amsterdam, J. D. (2013). Combining medication and psychotherapy in the treatment of major mental disorders. I M. J. Lambert (Red.), *Garfield and Bergin's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. utg., s. 735–774). Wiley.
- Goodwin, G. M., Price, J., De Bodinat, C. & Laredo, J. (2017). Emotional blunting with antidepressant treatments: A survey among depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 221, 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.048>
- Høstmælingen, A., Ulvenes, P., Nissen-Lie, H. A., Eielsen, M. & Wampold, B. E. (2022). Trajectories of change in chronic depression: Differences in self-criticism and somatic symptoms between users of antidepressants and nonmedicated patients. *Journal of Counseling Psychology*, 69(1), 85–99. <https://doi.org/10.1037/cou0000572>
- Maund, E., Dewar-Haggart, R., Williams, S., Bowers, H., Geraghty, A. W. A., Leydon, G., May, C., Dawson, S. & Kendrick, T. (2019). Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 38–62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.107>
- Read, J. & Williams, J. (2018). Adverse Effects of Antidepressants Reported by a Large International Cohort: Emotional Blunting, Suicidality, and Withdrawal Effects. *Current Drug Safety*, 13(3), 176–186. <https://doi.org/10.2174/1574886313666180605095130>

TEKST Ludvig Daae Bjørndal
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Tidlige tapsopplevelser, resiliens og risiko for senere psykiske lidelser

OMTALT ARTIKKEL

Bjørndal, L. D., Chen, Y., Lu, D., Brikell, I., Kuja-Halkola, R., D'Onofrio, B. M., Lundin, A. H., Lichtenstein, P., Larsson, H., Danielsdóttir, H. B., Fall, K., Valdimarsdóttir, U. A. & Fang, F. (2025). Stress resilience and risk of psychiatric disorders after childhood bereavement. *JAMA Network Open*, 8(7), e2519706. <https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2025.19706>

I en ny studie ga tidlig tap i nær familie økt risiko for psykisk lidelse som voksen. Lav resiliens ved 18 år forklarte delvis risikoen.

At tap av nære personer er forbundet med økt risiko for psykiske vansker, har vært dokumentert i forskning i mer enn 60 år (Beck et al., 1963). Tidlig tap av både foreldre og søsken er knyttet til høyere forekomst av psykiske lidelser som depresjon senere i livet (Bolton et al., 2016; Pham et al., 2018). Et betydelig antall barn og ungdommer opplever nettopp å miste en nær person i oppveksten. Norske data viser at omtrent 3 % opplever å miste en forelder før fylte 18 år (Delalic & Kann, 2024). Internasjonale studier anslår at opptil 7 % mister en forelder eller et søsken før voksenlivet begynner (f.eks. Burns et al., 2020).

Mye forskning har undersøkt hvilken rolle *resiliens* kan spille for betydningen av stress for senere psykisk helse. Begrepet har bakgrunn fra studier som har vist at en betydelig andel av personer som opplever utfordrende hendelser, har god psykologisk fungering etterpå (Bonanno et al., 2011). Resiliens konseptualiseres og måles på ulike måter (Sheerin et al., 2018).

Variasjonen gjør det utfordrende å sammenligne funn fra ulike studier. Grovt sett kan man skille mellom tre tilnærminger: resiliens forstått som 1) god funksjon etter eksponering for stressende hendelser (ofte definert som fravær av psykiske vansker eller tilbakevending til 'baseline'-nivå av psykisk helse), 2) en prosess som utfolder seg over tid under og etter vanskelige opplevelser, og 3) et trekk eller en karakteristikk ved en person, ofte målt gjennom selvrappport (Choi et al., 2019). Innen utviklingspsykopatologi er resiliens teoretisert som en dynamisk tilpasningsprosess (Cicchetti, 2020), og som å involvere en rekke mulige kilder og systemer rundt personen (Masten et al., 2021).

I en nylig publisert studie i JAMA Network Open undersøkte vi sammenhengen mellom tap av søsken og/eller foreldre i oppveksten og risiko for psykiske lidelser i voksenlivet (Bjørndal et al., 2025). Vi ønsket å studere om resiliens målt ved 18 år kunne være en mekanisme som forklarer hvordan slike tidlige erfaringer påvirker psykisk helse senere i livet.

Studien omfattet over 1,7 millioner svenske innbyggere. Registerdata fra sesjon ble koblet sammen med data fra andre befolkningsregistre, inkludert det svenske pasientregisteret. Vi hentet ut informasjon om tapsopplevelser før fylte 18 år (om en forelder og/eller et søsken i familien hadde dødd) og diagnosekoder i voksenlivet. Resiliens ble målt med intervju gjennomført av psykologer ved sesjon da deltagerne var omtrent 18 år. Resiliens slik vi målte det, ligger tettest opp mot definisjon 3) ovenfor: et trekk eller en karakteristikk ved en person. Deltagerne ble fulgt i det svenske pasientregisteret i opptil flere tiår. Det store flertallet av deltagerne med tilgjengelige data fra sesjon var menn (98 %). Dataene og registerkoblingene gjorde det mulig for oss å studere sammenhengene i et utvalg som er blant de største og med lengst oppfølgingstid i litteraturen.

Studien hadde tre hovedfunn. For det første var tap i oppveksten forbundet med økt risiko for psykiatriske diagnoser i voksenlivet, inkludert depresjon, angst, rusmiddelrelaterte og stressrelaterte lidelser. Gitt den lange oppfølgingstiden tyder funnene på at tidlige tapserfaringer gir økt risiko godt inn i voksenlivet. For det andre fant vi at tidlige tapsopplevelser økte risikoen for lavere resiliens kartlagt ved 18 år, som i sin tur var assosiert med økt risiko for psykiatriske diagnoser i voksenlivet. For det tredje fant vi at resiliens delvis medierte sammenhengen mellom tap og psykiske vansker. Dette gir støtte for at endret resiliens kan være en mekanisme som forklarer hvordan tapsopplevelser tidlig i livet øker risiko for psykiske vansker over tid. Samtidig var effekten moderat og understreker behovet for videre forskning på også andre forklaringsfaktorer og mekanismer.

Studien har flere viktige begrensninger. Resiliens ble kun kartlagt ved ett enkelt måletidspunkt, og intervjuguiden psykologene brukte, er ikke offentlig tilgjengelig. Begrepet har mange ulike og kun delvis overlappende definisjoner (Cicchetti et al., 2020; Sheerin et al., 2018) og fortjener både mer teoretisk

STUDIEDESIGN OG ANALYSE

- Studien baserte seg på to registerdata fra Sverige med mer enn 1,7 millioner deltagere, der 98 % var menn.
- Vi studerte longitudinelle sammenhenger med Cox-modeller, hvor vi justerte for en rekke mulige konfunderende variabler og kausal medieringsanalyse.
- Vi studerte sammenhengene mellom tap av søsken og/eller foreldre i oppveksten og risiko for depresjon, angst, rusmiddelrelaterte og stressrelaterte diagnostiske koder i voksenlivet.
- Deltagerne ble fulgt i opptil 34 år etter tapsopplevelser for å studere sammenhenger over flere tiår.

HOVEDFUNN

- Tap i oppveksten var forbundet med økt risiko for psykiatriske diagnoser i voksenlivet, inkludert depresjon, angst, rusmiddelrelaterte og stressrelaterte lidelser.
- Tidlige tapsopplevelser var knyttet til økt risiko for lavere resiliens ved 18 år, og lav resiliens var assosiert med økt risiko for psykiatriske diagnoser.
- Resiliens medierte delvis sammenhengene mellom tapsopplevelser og risiko for psykiatriske diagnoser. Funnet tyder på at endret resiliens delvis kan forklare hvordan tapsopplevelser påvirker risiko for psykiske vansker senere i livet.

arbeid og empirisk forankring. I tillegg vet vi ikke *hva* som er kildene til resiliens. De er sannsynligvis mange, for eksempel fra medfødte disposisjoner til nære relasjoner og andre sosiale ressurser, og opererer på tvers av ulike systemer (Masten et al., 2021). Videre er en rekke antagelser for kausal medieringsanalyse vanskelige å teste, noe som gjør at vi ikke kan etablere kausalitet. Det er også uklart i hvilken grad våre funn kan generaliseres utover en skandinavisk kontekst, og til kvinner, som har høyere forekomst av flere av de psykiske lidelsene som ble kartlagt (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). 

REFERANSER

- Beck, A. T., Sethi, B. B. & Tuthill, R. W. (1963). Childhood Bereavement and Adult Depression. *Archives of General Psychiatry*, 9(3), 295–302. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720150105011>
- Bjørndal, L. D., Chen, Y., Lu, D., Brikell, I., Kuja-Halkola, R., D'Onofrio, B. M., Lundin, A. H., Lichtenstein, P., Larsson, H., Danielsdóttir, H. B., Fall, K., Valdimarsdóttir, U. A. & Fang, F. (2025). Stress Resilience and Risk of Psychiatric Disorders After Childhood Bereavement. *JAMA Network Open*, 8(7), 1–13. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.19706>
- Bolton, J. M., Au, W., Chateau, D., Walld, R., Leslie, W. D., Enns, J., Martens, P. J., Katz, L. Y., Logsetty, S. & Sareen, J. (2016). Bereavement after sibling death: A population-based longitudinal case-control study. *World Psychiatry*, 15(1), 59–66. <https://doi.org/10.1002/wps.20293>
- Bonanno, G. A., Westphal, M. & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Burns, M., Griesse, B., King, S. & Talmi, A. (2020). Childhood bereavement: Understanding prevalence and related adversity in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(4), 391–405. <https://doi.org/10.1037/ort0000442>
- Choi, K. W., Stein, M. B., Dunn, E. C., Koenen, K. C. & Smoller, J. W. (2019). Genomics and psychological resilience: A research agenda. *Molecular Psychiatry*, 24(12), 1770–1778. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0457-6>
- Cicchetti, D. (2020). Studying psychopathology in early life: Foundations of developmental psychopathology. I A. G. C. Wright & M. N. Hallquist (Red.), *The Cambridge handbook of research methods in clinical psychology* (s. 193–204). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316995808.019>
- Delalic, L. & Kann, I. C. (2024). Kan tap av forelder i barndommen påvirke mottak av AAP som voksen? *Arbeid og velferd*, 3, 4–17. <https://doi.org/10.60847/NAV.5221>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M. & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in Development and Psychopathology: Multisystem Perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521–549. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
- Pham, S., Porta, G., Biernesser, C., Walker Payne, M., Iyengar, S., Melhem, N. & Brent, D. A. (2018). The Burden of Bereavement: Early-Onset Depression and Impairment in Youths Bereaved by Sudden Parental Death in a 7-Year Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 175(9), 887–896. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17070792>
- Sheerin, C. M., Stratton, K. J., Amstadter, A. B., The VA Mid-Atlantic Mental Illness Research, Education, Clinical Center (MIRECC) Workgroup & McDonald, S. D. (2018). Exploring resilience models in a sample of combat-exposed military service members and veterans: A comparison and commentary. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1486121>

Skriving som vedlikeholdsaktivitet

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

Publikasjon i fagtidsskrift teller for 20 timer vedlikeholdsaktivitet for spesialistgodkjenningen.



**Kjell-Einar Zahl**

Seksjon for gruppeterapi, Follo DPS,
Akershus universitetssykehus

**Katharina Teresa
Enehaug Morken**

Avdeling for rusmedisin, Haukeland
universitetssykehus, Bergen

Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i
Bergen

Geir Pedersen

Seksjon for behandlingsforskning,
Forsknings- og innovasjons-
avdelingen, Klinikk psykisk helse og
avhengighet, Oslo universitetssykehus HF

Kjetil Bremer

Seksjon for behandlingsforskning,
Forsknings- og innovasjon-
savdelingen, Klinikk psykisk helse og
avhengighet, Oslo universitetssykehus HF

Nasjonalt kompetansesenter for rus- og
avhengighetslidelser, alvorlige samtidige
lidelser og personlighetsforstyrrelser
(NRAPP)

En undersøkelse blant behandlere i spesialisert behandling for pasienter med personlighetsforstyrrelser

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med personlighetsforstyrrelser, med komplisert interpersonlig problematikk og suicidalitet, kan by på utfordrende terapeutiske prosesser og vekke sterke motoverføringer hos terapeutene. Tidligere forskning har vist at spesielt suicidalitet kan være krevende for norske psykologer mer generelt. I vår studie undersøkte vi hva terapeuter i Nettverk for personlighetsforstyrrelser opplever utfordrende, og til hjelp, i sitt arbeid. **Metode:** Et elektronisk spørreskjema ble utviklet og sendt ut til om lag 140 behandlere i Nettverket, og vi fikk 79 besvarelser, noe som gav en svarprosent på 56.

Resultat: Suicidalitet ble oppgitt som et mindre problem hos størsteparten av behandlerne, mens pasienters unngåelse av følelser var en større utfordring i både individual- og gruppeterapi. Forhold utenfor terapien, som økonomi og sosiale problemer, var også utfordrende i individualtimene. Motoverføringer forbundet med emosjonelt ustabile trekk ble i liten grad rapportert som et problem, mens narsissistiske og antisosiale trekk vekket mer krevende motoverføringer. Veiledning og kollegasamtaler var det som ble opplevd som mest nyttig. **Konklusjon:** Blant behandlere i Nettverket var unngåelse av følelser en større utfordring i terapi enn suicidalitet. Pasienter med narsissistiske og antisosiale trekk vekte større motoverføringsreaksjoner enn pasienter med emosjonelt ustabile trekk. Veiledning opplevdes mest hjelpsomt for terapeutene.

Nøkkelord: terapeuter, personlighetsforstyrrelser, motoverføringer, veiledning

KONTAKT Kjell-Einar.Zahl@ahus.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

CC BY 4.0

Personlighetsforstyrrelser (PF) er forbundet med vesentlig subjektiv lidelse, sosiale og yrkesmessige vansker med økt forekomst av ruslidelser, uforhet, selvskading og suicid (Karterud et al., 2017). Forekomsten av PF i psykiatriske poliklinikker kan være så høy som 50–80 % (Beckwith et al., 2014), og psykoterapi er ofte den primære behandlingsanbefalingen. Selv om mange pasienter får god hjelp av terapi, kan den terapeutiske prosessen være krevende. Motoverføringer – som i vid forstand kan defineres som følelser som vekkes i terapeuten i møte med pasienten – kan være utfordrende (Rossberg et al., 2007). Allianserbrudd, uteblivelse eller frafall kan være hyppig forekommende, og arbeid med intense følelser, selvskading og suicidalitet utfordrer gjerne terapirelasjonen (Schenk et al., 2021). Lav agens og mye angst kjennetegner pasientgruppen, og kan føre lite eierskap om egen terapeutisk prosess og utfordre alliansen tilsvarende (Weme et al., 2023).

Motoverføringer i behandlingen

I terapeutisk arbeid med PF er det utbredt med krevende motoverføringer, dvs. følelsesmessige reaksjoner pasienten vekker hos terapeuten (Betan et al., 2005). Dette henger sammen med graden av relasjonelle og emosjonelle vansker pasientgruppen kjennetegnes av. Motoverføringsfølelser kan forstyrre den psykoterapeutiske prosessen på måter som gjør terapien mindre hjelpsom eller i verste fall skadelig. Terapeuten kan for eksempel utagere med å gå til motangrep, trekke seg unna eller bli overbeskyttende. En metaanalyse (Hayes et al., 2018) fant at det er *håndteringen* av motoverføringen, og ikke hvorvidt motoverføring forekommer i seg selv, som er avgjørende for om den blir skadelig eller ikke. Å kunne forholde seg konstruktivt til motoverføringer med PF-pasienter er derfor spesielt viktig for et godt utfall av terapien.

Fra klinisk erfaring og forskning er det velkjent at spesielt suicidalitet kan være en utfordring for terapeutene og terapirelasjonen. Maltsberger og Buie (1974) påpekte tidlig at motoverføringer i terapi med suicidale pasienter kunne føre til hatefulle holdninger hos terapeuten. Det er senere beskrevet i sterke vendinger på norsk: «Bare gå og heng deg, din jævla dritt!» (Larsen, 2011).

En norsk studie fra 2019 underbygger at suicidalitet kan være utfordrende. Stige et al. (2019) undersøkte hva slags mellommenneskelige situasjoner norske psykologer oftest opplevde som mest krevende. Psykologene jobbet både i det private og ved allmennpoliklinikker. De fant at den vanskeligste utfordringen var nettopp at klienten fremstår som suicidal. Nærmere halvparten av respondentene (47,6 %) anså dette som svært eller ekstremt krevende. Suicidalitet og selvskading er vanlig hos pasienter med PF, spesielt ved emosjonelt ustabil PF (Urnes, 2009).

Studier har vist stor variasjon i motoverføringsreaksjoner, og synes noe avhengig av type PF (Rossberg et al., 2007). I arbeid med emosjonelt ustabil PF kan det ofte forekomme en følelse av hjelpeløshet og overinvolvering,

mens ved engstelig/unnvikende PF kan det oppstå et overaktivt støttebehov hos terapeuten (Colli et al., 2013; Iñiguez & Lietor, 2021).

En viktig del av spesialiserte behandlingsmetoder for PF er at de har inkludert elementer for å hjelpe terapeutene å håndtere motoverføringer (Karterud et al., 2017). Dette ikke bare for å unngå utagering, men også for å nyttiggjøre seg reaksjonene som kilde til forståelse av pasienten. Slike elementer innebærer blant annet samarbeid i team, veiledning og kunnskap om personlighetsproblematikk.

Nettverk for personlighetsforstyrrelser

Nettverk for personlighetsforstyrrelser, forkortet med *Nettverket*, er et klinisk forskningssamarbeid etablert i 1992 (Pedersen et al., 2022). Det består i dag av 20 enheter fra alle helseregioner, som primært arbeider med behandling av PF og personlighetsforankrede problemer. Engstelig/unnvikende og emosjonelt ustabile utgjør en klar majoritet. Omtrent 140 fagpersoner er i dag ansatt, og det drives hovedsakelig kombinasjonsterapi med individualsamtaler og gruppeterapi. Den vanligste terapiformen er mentaliseringsbasert terapi (MBT) og psykodynamisk terapi, men noen enheter jobber også med dialektisk atferdsterapi (DBT), skjemafokusert terapi (SFT) og metakognitiv interpersonlig terapi (MIT). I Nettverket er det implementert felles fagutvikling, årlige konferanser, seminarer, ledermøter og en felles forskergruppe. Det gjøres en standardisert innsamling av opplysninger om behandlingsforløpene, både fra behandlerne og fra pasientene selv. I hvert forløp samarbeider oftest flere terapeuter med den enkelte pasienten (to gruppeterapeuter og en individualterapeut). De fleste steder har også systematisk veiledning i team, ofte med bruk av videoopptak fra terapiene.

Formålet med undersøkelsen

Så vidt vi vet, har ingen undersøkelser rettet seg spesifikt mot terapeuter i Nettverket. Dette er behandlere som primært forholder seg til PF og hyppig suicidalitet. Vi kan dermed forvente ekstra store belastninger sammenliknet med psykologer i andre arbeidssituasjoner. Vi ville derfor undersøke hvilke kliniske utfordringer terapeutene opplevde mest krevende, og hva som kunne være til hjelp.

Konkret søkte vi svar på følgende spørsmål:

- Hvilke situasjoner opplever terapeuter i Nettverk for personlighetsforstyrrelser som krevende eller svært krevende, både i individual- og gruppeterapi?
- Hvilke PF-trekk utløser mest krevende motoverføringer?
- Hvilke rammer på arbeidsplassen oppleves til hjelp for å håndtere krevende motoverføringer i møte med pasienten?

Metode

Prosedyre

En prosjektgruppe av forskere og erfarne behandlere i Nettverket utformet spørreskjemaet til undersøkelsen. Gjennom drøfting ble vi enige om hvilke spørsmål som skulle inkluderes ut ifra formålet med undersøkelsen. Spørreskjemaet og informasjonsskriv om undersøkelsen ble administrert elektronisk og sendt via enhetslederne i Nettverket.

Etikk

Besvarelsene var anonyme, og kunne ikke knyttes til hvilken enhet behandlerne jobbet ved. Da besvarelsene bygget på et informasjonsskriv og deltakelse var frivillig, valgte vi ikke å innhente informerte samtykker. Ettersom studien ikke omfattet personsensitive opplysninger, vurderte vi i samråd med lokalt personvernombud ved Oslo universitetssykehus at det ikke var nødvendig å fremlegge studien for Regional etisk komité.

Måleinstrumenter

Spørreskjemaet besto av 29 spørsmål, inkludert demografiske mål om behandlerne og seksjonen de jobbet ved.

For å kartlegge utfordringer i gruppeterapien formulerte vi utsagnet «Dette er krevende atferd jeg opplever fra deltakerne i gruppen(e)», som omfattet ni mulige svaralternativer: devaluering av meg eller gruppen, utagering (oppgående/aggresjon), passivitet/motstand mot deltagelse, følelsesunngåelse, tomprat, fravær av engasjement gruppedeltakerne seg imellom, sensitivitet for krenkelser og suicidalitetstematikk.

For å kartlegge utfordringer i individualterapiene formulerte vi utsagnet «Dette er krevende kliniske utfordringer jeg opplever som individualterapeut», som omfattet følgende svaralternativer: motstand (avviser hjelp, passivitet, offerrolle etc.), håndtere kompliserende vansker i tillegg til PF (rus, psykose, nevroutviklingsforstyrrelse), aggresjon og utagering, alliansebrudd (krenkbarhet, mistenksomhet, devaluering), følelsesunngåelse/pseudomentalisering, intense/overveldende følelser og selvsikring.

For å undersøke personlighetspatologi som kunne utløse krevende motoverføringer, formulerte vi utsagnet «Jeg opplever motoverføringer (definisjon: terapeutens følelser i møte med pasienten) som er vanskelig å håndtere for meg», ved følgende type pasienttrekk: emosjonelt ustabile, unnvikende, antisosiale, narsissistiske, paranoide og avhengige trekk, samt «annet».

For å undersøke hva terapeutene opplevde til hjelp for å håndtere motoverføringer, utformet vi utsagnet «Dette

opplevs til hjelp i håndtering av krevende motoverføringer». Her var underpunktene: veiledning, teamdrøfting, kollegasamtaler, egenterapi, selvrefleksjon, lese, erfaring og «annet».

Alle spørsmålene ble besvart på en Likert-skala fra 0–4 («svært liten», «liten», «noen», «stor» og «svært stor» grad), ev. «vet ikke/ikke relevant».

Respondenter

79 av 140 mulige behandlere svarte (svarprosent på 56 %). 71 % var kvinner. Den vanligste aldersgruppen var 40–49 år, og 44 behandlere (56 %) var psykologer eller psykiologspesialister, 16 psykiatriske sykepleiere og 4 psykiatere. Mange hadde under 5 års erfaring (20 %) og mange over 20 års erfaring (22 %), færre i mellomstadiene. Over halvparten (53 %) hadde videreutdanning i gruppeterapi fra Institutt for gruppeanalyse (IGA) og en tredjedel i mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G). Nesten samtlige (92 %) jobbet med behandlingsprogram som var implementerte i henhold til manual (for eksempel MBT, SFT, DBT). 23 % brukte et eklektisk behandlingsprogram. 75 % oppgav veiledning ukentlig, og 71 % brukte videoopptak i veiledningen.

Analysér

Beskrivende statistikk er beregnet ved hjelp av SPSS versjon 29 (IBM, 2022).

Resultater

I figurene har vi valgt å fremheve dem som har svart «i stor grad» og «i svært stor grad», mens tabell 1 viser svarfordelingen i prosent per svarkategori.

Utfordringer i terapien

Situasjonen som oftest ble rapportert som krevende i stor/svært stor grad i individualterapien, var *følelsesunngåelse* (43 %), etterfulgt av *ytre forhold* (bolig, økonomi, sosiale forhold) (33 %). *Suicidalitet* var rapportert som krevende i stor / svært stor grad av 11 % av behandlerne, det vil si på nest siste plass av de 11 temaene vi spurte etter her (se figur 1). Bare *selvsikring* var lavere (8 %).

FIGUR 1

Behandlers opplevelse av krevende atferd i individualterapi

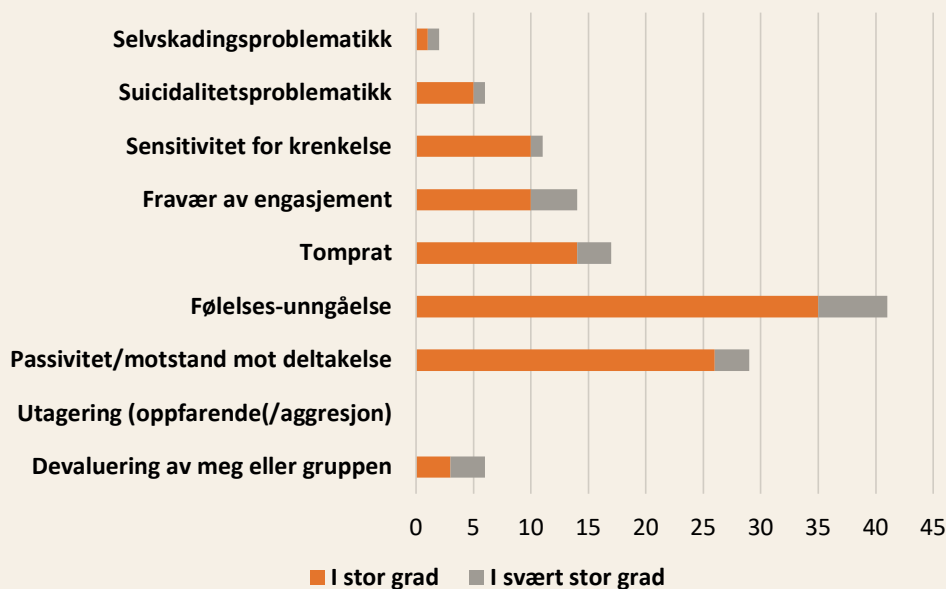


Merknad. Graderingen angir hvor mange prosent som oppgir at de opplever dette i stor eller svært stor grad.

I gruppeterapien var det på samme måte pasientenes *følelsesunngåelse* som ble rapportert som mest krevende (stor grad / svært stor grad) av flest behandlere (41 %), mens 29 % oppgav pasientenes *passivitet* som vanskelig. I gruppeterapien ble *suicidalitetstematikk* rapportert som utfordrende av 6 % av behandlerne, og *selvskading* som krevende i stor eller svært stor grad av bare 2 % (figur 2).

FIGUR 2

Behandlers opplevelse av krevende atferd i gruppeterapi



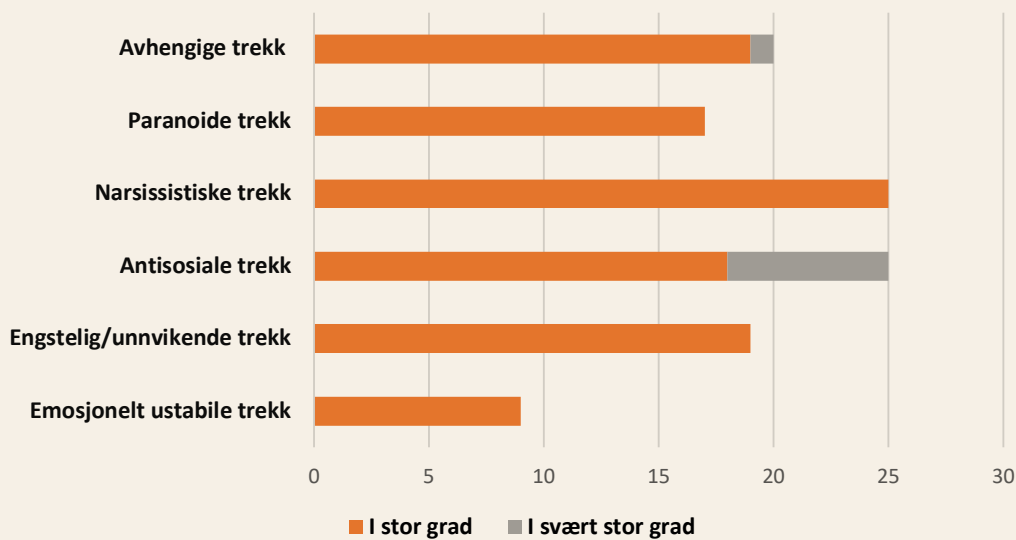
Merknad. Graderingen angir hvor mange prosent som oppgir at de opplever dette i stor eller svært stor grad.

Krevende motoverføringer

Flest behandlere opplevde krevende motoverføring i stor eller svært stor grad ved *antisosiale* og *narsissistiske trekk* (begge 25 %), litt færre ved *engstelig/unnvikende trekk* (19 %) og i lavest grad ved *emosjonelt ustabile trekk* (9 %) (figur 3). Ved *antisosiale trekk* var det en stor andel «Vet-ikke»-svar (21 %, tabell 1).

FIGUR 3

Behandlers opplevelse av vanskelige motoverføringer ved ulike PF-trekk



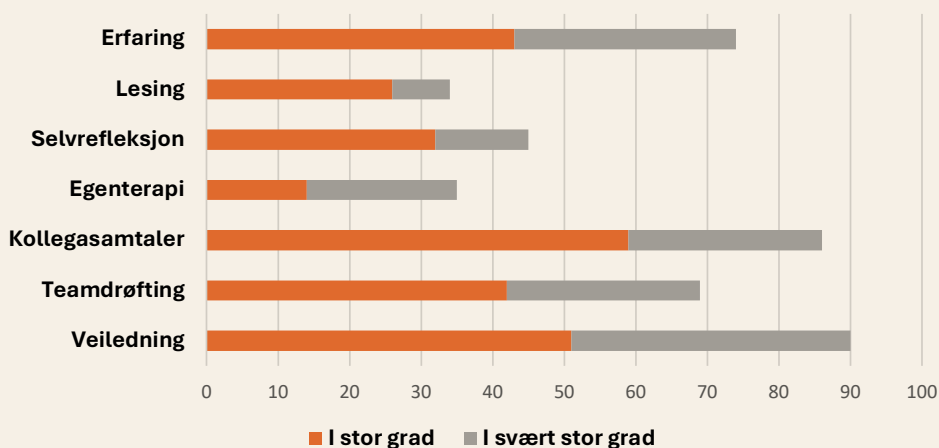
Merknad. Graderingen angir hvor mange prosent som oppgir at de opplever dette i stor eller svært stor grad.

Til hjelp ved krevende motoverføringer

90 % av behandlere svarte at *veiledning* i stor eller svært stor grad ga god hjelp ved krevende motoverføringer. 85 % svarte tilsvarende når det gjaldt *kollegasamtaler*, 75 % ved *erfaring*, og 71 % ved *teamdrøfting* (figur 4). *Egenterapi* ble av 31 % av behandlerne besvart til hjelp i stor eller svært stor grad, men det var en stor andel «Vet ikke»-svar (41 %, tabell 1).

FIGUR 4

Hva som var til hjelp i ulik grad ved vanskelige motoverføringer



Merknad. Graderingen angir hvor mange prosent som oppgir at de opplever dette i stor eller svært stor grad.

TABELL 1

Svarfordeling på fire tema i behandlerundersøkelsen

Krevende kliniske utfordringer som individualterapeut							
	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Gj sn (SD) ^a
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
Suicidalitetsfare	4 (3)	29 (23)	56 (44)	10 (8)	1 (1)	0	1,76 (0,74)
Motstand / passivitet	4 (3)	11 (9)	60 (47)	20 (16)	5 (4)	0	2,11 (0,81)
Håndtere kompliserte vansker	9 (7)	30 (24)	43 (34)	11 (9)	5 (4)	0	1,77 (1,01)
Aggresjon og utagering	33 (26)	48 (37)	14 (11)	3 (2)	0 (0)	1 (1)	0,91 (0,89)
Alliansebrudd	13 (10)	24 (19)	52 (41)	10 (8)	1 (1)	0	1,63 (0,87)
Følelsesunngåelse	1 (1)	11 (9)	44 (35)	35 (28)	8 (6)	0	2,37 (0,84)
Intense følelser	9 (7)	34 (27)	39 (31)	17 (13)	0 (0)	0	1,63 (0,88)
Selvskading	13 (10)	43 (34)	35 (28)	4 (3)	4 (3)	0	1,42 (0,91)
Krevende ytre forhold	8 (6)	22 (17)	37 (29)	28 (22)	5 (4)	0	2,01 (1,01)
Reforhandle allianse	8 (6)	41 (32)	38 (30)	11 (9)	1 (1)	0	1,58 (0,85)
Uteblivelse	20 (16)	35 (28)	34 (27)	9 (7)	0 (0)	0	1,32 (0,90)
Krevende atferd fra deltakerne i gruppene							
Devaluering av meg eller gruppen	22 (17)	33 (26)	38 (30)	3 (2)	3 (2)	3 (2)	1,39 (1,09)
Utagering (oppfarende/aggresjon)	38 (30)	46 (36)	13 (10)	0 (0)	0 (0)	3 (2)	0,85 (0,96)
Passivitet / motstand mot deltakelse	6 (5)	17 (13)	46 (36)	26 (20)	3 (2)	3 (2)	2,09 (1,01)
Følelsesunngåelse	1 (1)	6 (5)	48 (38)	35 (28)	6 (5)	3 (2)	2,47 (0,86)
Tomprat	8 (6)	13 (10)	60 (47)	14 (11)	3 (2)	4 (3)	2,03 (2,01)
Fravær av engasjement	9 (7)	33 (26)	42 (33)	10 (8)	4 (3)	3 (2)	1,75 (1,06)
Sensitivitet for krenkelse	5 (4)	25 (20)	56 (44)	10 (8)	1 (1)	3 (2)	1,85 (0,91)
Suicidalitetsproblematikk	14 (11)	29 (23)	46 (36)	5 (4)	1 (1)	4 (3)	1,62 (1,08)
Selvskadingsproblematikk	23 (18)	32 (25)	39 (30)	1 (1)	1 (1)	4 (3)	1,37 (1,13)
Opplevelse av motoverføringer som er vanskelige å håndtere ved pasienter med ...							
Emosjonelt ustabile trekk	4 (3)	14 (11)	73 (58)	9 (7)	0 (0)	0 (0)	1,87 (0,61)
Engstelig/unnvikende trekk	0 (0)	19 (15)	60 (47)	19 (15)	0 (0)	1 (1)	2,04 (0,71)
Antisosiale trekk	8 (6)	14 (10)	33 (24)	18 (13)	7 (5)	21 (15)	2,02 (1,08)
Narsissistiske trekk	5 (4)	19 (14)	45 (34)	25 (19)	0 (0)	5 (4)	2,12 (1,07)
Paranoide trekk	3 (2)	24 (18)	53 (40)	17 (13)	0 (0)	4 (3)	2,00 (0,94)
Avhengige trekk	4 (3)	22 (16)	50 (37)	19 (14)	1 (1)	4 (3)	2,04 (1,00)
Opplevs som hjelp i håndtering av krevende motoverføringer							
Veiledning	0 (0)	1 (1)	9 (7)	51 (40)	39 (31)	0 (0)	3,28 (0,68)
Teamdrøfting	1 (1)	1 (1)	28 (22)	42 (33)	27 (21)	0 (0)	2,92 (0,85)
Kollegasamtaler	0 (0)	0 (0)	13 (10)	58 (46)	27 (21)	1 (1)	3,17 (0,65)
Egenterapi	4 (3)	6 (4)	14 (9)	14 (9)	21 (14)	41 (27)	2,69 (1,28)
Selvrefleksjon	1 (1)	6 (5)	47 (37)	32 (25)	13 (10)	0 (0)	2,49 (0,85)
Lese	5 (4)	12 (9)	45 (35)	26 (20)	8 (6)	4 (3)	2,31 (1,08)
Erfaring	0 (0)	0 (0)	23 (18)	43 (33)	31 (24)	3 (2)	3,13 (1,12)

Merknad. ^a Målt med Likert-skala.

Diskusjon

Unngåelse av følelser og eksterne forhold

Det mest utfordrende blant behandlerne vi undersøkte, både i gruppe- og individualterapien, er når pasienter unngår å snakke om følelser. Mer hensiktsmessig emosjonsregulering er et viktig mål på tvers av psykoterapiformer (Palmieri et al., 2022), og mangel på følelser i terapirommet kan derfor være krevende for terapeutene. Dette kan være en utfordring behandlerne støter på relativt ofte med flere typer PF. Undersøkelser viser at mange pasienter i Nettverket har lav affektbevissthet (Johansen et al., 2013) og vesentlig aleksitymi (vansker med å identifisere og beskrive indre tilstander/følelser, Sayar et al., 2025). Pasienter med emosjonell ustabil personlighetsproblematikk kan typisk veksle mellom overveldelse (*psykisk ekvivalens modus*) og frakobling (*pretend mode*) (Bateman & Fonagy, 2019). Begge tilstander gir lite tilgang til pasientenes indre emosjonelle liv.

Unnvikende PF er vanligst i Nettverket, med om lag 39 % blant de diagnostiserte PF-pasientene (Wilberg et al., 2023). Unnvikende personlighetsproblematikk kjennetegnes blant annet av vansker med å kjenne, dele og sette ord på emosjoner (Johansen et al., 2013) og lav agens (Weme et al., 2023). Disse utfordringene stemmer overens med Stige og medarbeideres (2019) funn, hvor terapeutene opplevde det krevende når «pasienten ikke responderer/er ordløs» eller er «passiv, stille eller tilbake-trukket».

Vegringen for å ta opp følelser i gruppeterapi – og som trolig utfordrer terapeutene – kan ha flere årsaker, som mistillit og skam forbundet med å avsløre sårbare sider. Mye kan tyde på at faktorer ved terapeuten også kan spille inn her, og ikke minst samspillet mellom terapeut og pasienter (Soma et al., 2019). For eksempel kan terapeuter opprettholde lav emosjonalitet ved å bli preget av kjedsomhet, eller i forsøk på regulering av egen angst ty til overdreven kontroll og struktur i gruppene. Ulike tilnærminger for å stimulere engasjement og følelser i terapi kan kreve særegne terapeutferdigheter. Eksempelvis kan intervensjoner i personlighetsfokusert terapi med overdreven følelsesregulering (inhibisjon) spesifikt forsøke å utforske følelsesnære opplevelser (Valentino et al., 2020), og supplere med enkelte såkalte selvavsløringer som også kan gi en mer genuin relasjon (Bøe et al., 2024).

Terapeutenes opplevelser av krevende situasjoner knyttet til forhold utenfor terapien sier trolig noe om psykoterapiens begrensninger. I individualterapien tar pasientene ofte opp spørsmål rundt sin praktiske livssituasjon, som økonomi, bolig, sosiale forhold og Nav (Arbeids- og velferdsforvaltningen). Ofte har ikke terapeuten muligheter til å hjelpe til med dette, og kan bli rådvill mottaker av alt det eksterne som ikke fungerer i

pasientens liv. En undersøkelse har vist at psykoterapeuter ikke er så gode på å adressere privatøkonomi (Halvorsen, 2021), og mange av våre respondenter har kanskje av den grunn følt dette ekstra utfordrende.

Krevende motoverføringer ved ulike PF

Pasienter med narsissistiske trekk vekket motoverføringer som er krevende å håndtere for en fjerdedel av behandlerne. Det finnes ikke egne behandlingsprogram eller evidensbaserte behandlingsformer for denne pasientgruppen, selv om det har kommet behandlingsforslag de siste årene (f.eks. Drozek et al., 2023). Mangelen på etablerte behandlingsstrategier i kombinasjon med den mellom-menneskelige dynamikken som gjerne oppstår (spesielt devaluering), kan trolig forklare noe av terapeutenes opplevelser.

Det kom også frem at antisosiale personlighetstrekk vekket krevende motoverføringer hos en fjerdedel av behandlerne. Dette er et velkjent fenomen fra litteraturen (Flaaten et al., 2024). Mye tyder på at denne subgruppen av PF er den som i minst grad møter veldokumenterte behandlingsformer og får adekvat tilgang til hjelp i spesialisthelsetjenesten (Flaaten et al., 2024). Antisosial PF er en relativt sjelden pasientgruppe innenfor Nettverket, hvilket nok kan forklare at hele 21 % av behandlerne har svart «vet ikke» på spørsmål om motoverføringer ved denne pasientgruppen.

Emosjonelt ustabile pasienter utgjør en stor del av pasientgruppen som behandles i nettverket (33 %). MBT, som i utgangspunktet er utviklet for disse pasientene, er utbredt, og behandlerne er trolig derfor mest forberedt på reaksjoner i møte med disse pasientene. Rossberg og kolleger (2007) fant – med bakgrunn i pasienter i det samme nettverket – at cluster C-pasienter (herunder engstelig/unnvikende PF) vekket færre negative motoverføringer enn cluster A og B. Det er derfor påfallende at terapeuter i Nettverket (nå målt 18 år senere) hadde mindre problematiske motoverføringer med emosjonelt ustabile pasienter (Cluster B) enn med engstelig/unnvikende. Funnet kan bety at det er skjedd en endring blant behandlerne i Nettverket de siste tiårene i takt med videreutvikling av struktur og behandlingstilnærming.

Suicidalitet mindre utfordrende

I vår studie fant vi at suicidalitet ble rapportert som et mindre problem enn det som ble rapportert av Stige et al. (2019). Der hvor Stige fant at 48 % av norske psykologer mer generelt i psykisk helsevern opplevde suicidalitet som svært eller ekstremt krevende, fant vi at kun 11 % av Nettverkets behandlere opplevde suicidalitet som krevende i stor eller i svært stor grad. Det kan være flere forklaringer på denne forskjellen. En mulighet er at pasientene i Nettverket kan ha fått mer tro på behandling når de har

kommet inn i et spesialisert behandlingsprogram og har truffet andre i samme situasjon i gruppeterapien, og derfor hatt mindre selvmordstanker enn den jevne pasient i psykisk helsevern.

En annen sannsynlig forklaring er at man i Nettverket har bedre redskaper til å forstå og håndtere suicidalitets- og selvskadingsproblematikk, med tilpassede behandlingsrammer og veiledning for å møte disse utfordringene. En studie av Bateman og Fonagy (2009) har blant annet vist at slike systematiske tilnærminger reduserer suicidalitet. Dersom det er denne effekten som slår ut, er det naturlig at suicidalitet blir mindre utfordrende for behandlerne.

Til hjelp ved krevende motoverføringer

Behandlerne oppga at veiledning, kollegasamtaler og klinisk erfaring i størst grad er til hjelp for å håndtere krevende motoverføringer. Med denne pasientgruppen er det spesielt viktig å dele sine terapierfaringer med kolleger, og i Nettverket er det kliniske arbeidet i stor grad teambasert og med jevnlig veiledning. Behandlerne sitter derfor i liten grad alene med sine reaksjoner fra terapiene. Nytteverdien av dette synes i stor grad bekreftet av våre funn.

Erfaring og ferdigheter er også viktig for å oppleve økt mestring og trygghet i håndtering av suicidalitetsproblematikk med pasientene (f.eks. Bhola & Mehrotra, 2021). Det er så vidt oss bekjent lite forskning som viser at suicidalitet og motoverføringer er lettere å håndtere når terapeuter jobber i spissede behandlingsformer, som er tilfellet i Nettverket. Derfor kan våre funn være et viktig argument for å holde på spesialiserte og skreddersydde behandlingsprogram.

Styrker og svakheter

Dette er den første studien av forholdene for terapeuter som jobber i Nettverk for personlighetsforstyrrelser. Vi har heller ikke funnet tilsvarende undersøkelser internasjonalt, med vekt på behandlere for PF innenfor en spesialisert organisering eller spesialpoliklinikk. Studien ble gjort anonymt og elektronisk, hvilket kan ha bidratt til at vi fikk ærlige svar. Svaralternativene var laget av terapeuter som selv arbeider innenfor Nettverket. Dette er en styrke ved at relevante utfordringer i arbeidssituasjonen ble belyst, men også en begrensning ved at mer åpne spørsmål kunne gitt annen informasjon. Det må tas forbehold om generaliseringer, da det var en svarprosent på vel halvparten av behandlerne. Vi har heller ikke kartlagt hva slags type motoverføringer terapeutene har opplevd, noe som kunne vært interessant i videre forskning.

Konklusjon

For våre informanter, behandlere som jobber i Nettverket, var passivitet og følelsesunnngåelse mer utfordrende enn suicidalitet og selvskading i klinisk arbeid med pasienter med PF. Den systematiske jobbingen og veiledningen rundt de vanligste pasientgruppene (emosjonelt ustabile og engstelig/unnnvikende) antas å være medvirkende til at suicidalitet og selvskadingsproblematikk håndteres bra av behandlerne. Krevende motoverføringer er mer uttalt i møte med antisosiale og narsissistiske personlighetsproblemer, der vi også har mindre kunnskap om hva som er evidensbasert behandling. Utfordringen med følelsesunnngåelse kan kreve terapeutiske tilpasninger og tiltak, inkludert videre studier. 

REFERANSER

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Red.) (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publications.
- Beckwith, H., Moran, P. F. & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personality and Mental Health*, 8(2), 91–101. <https://doi.org/10.1002/pmh.1252>
- Betan, E., Heim, A., Conklin, C. & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>
- Bhola, P. & Mehrotra, K. (2021). Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), 116–125. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0025>
- Bøe, J. V., Nissen-Lie, H. A. & Wilberg, T. (2024). Finding a voice: A qualitative investigation of the therapeutic relationship with patients suffering from avoidant personality disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 38(2), 1–22. <https://doi.org/10.1080/09515070.2024.2394766>
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G. & Lingardi, V. (2013). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102–108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Drozek, R. P., Unruh, B. & Bateman, A. (2023). *Mentalization-based treatment for pathological narcissism: A handbook*. Oxford University Press.
- Flaaten, E., Langfeldt, M. & Morken, K. T. (2024). Antisocial personality disorder and therapeutic pessimism—how can mentalization-based treatment contribute to an increased therapeutic optimism among health professionals? *Frontiers in Psychology*, 15, 1320405. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1320405>
- Halvorsen, P. (2021). Hva gjør psykologene i møte med dårlige levekår? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(8), 658–659. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2021as07ae-Hva-gjør-psykologene-i-møte-med-dårlige-levekår>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S. & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000189>
- IBM Corp. (2022). *SPSS Statistics for Windows, Version 29.0*. IBM Corp.
- Iñiguez, I. C. & Lietor, M. D. C. M. (2021). Personality disorders and therapist countertransference: A review. *European Psychiatry*, 64(1), 441. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1176>
- Johansen, M. S., Normann-Eide, E., Normann-Eide, T. & Wilberg, T. (2013). Emotional dysfunction in avoidant compared to borderline personality disorder: A study of affect consciousness. *Scandinavian Journal*

- of *Psychology*, 54(6), 515–521. <https://doi.org/10.1111/sjop.12076>
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Larsen, K. (2011). «Bare gå og heng deg, din jævla dritt!» Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi*, 16(1), 18–24. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2070>
- Maltsberger, J. T. & Buie, D. H. (1974). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. *JAMA Psychiatry*, 30(5), 625–633. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760110049005>
- Palmieri, A., Fernandez, K. C., Cariolato, Y., Kleinbub, J. R., Salvatore, S. & Gross, J. J. (2022). Emotion regulation in psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: An integrative perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(2), 103–113. <https://doi.org/10.36131/cnforitieditore20220204>
- Pedersen, G., Wilberg, T., Hummelen, B. & Hartveit Kvarstein, E. (2022). The Norwegian network for personality disorders – development, contributions and challenges through 30 years. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(5), 512–520. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2147995>
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G. & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225–230. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.002>
- Sayar, H., Wilberg, T., Eikenæs, I. U. M., Ekberg, A., Leitemo, K., Morken, K. T. E., Oftedal, E., Omvik, S., Ulvestad, D. A., Pedersen, G. & Kvarstein, E. H. (2025). Improvement of alexithymia in patients treated in mental health services for personality disorders: a longitudinal, observational study. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1558654. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1558654>
- Schenk, N., Fürer, L., Zimmermann, R., Steppan, M. & Schmeck, K. (2021). Alliance ruptures and resolutions in personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 23(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01212-w>
- Soma, C. S., Baucom, B. R. W., Xiao, B., Butner, J. E., Hilpert, P., Narayanan, S., Atkins, D. C. & Imel, Z. E. (2019). Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(5), 591–603. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1661541>
- Stige, S. H., Dundas, I., Schanche, E. & Hjeltne, A. (2019). Kva typar mellommenneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8), 572–580. <https://doi.org/10.52734/P3K74Wu9>
- Urnes, Ø. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129, 872–6. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0140>
- Valentino, V., Centonze, A., Inchausti, F., MacBeth, A., Popolo, R., Ottavi, P., Zahl, K.-E. & Dimaggio, G. (2020). Addressing maladaptive interpersonal schemas, poor metacognition and maladaptive coping strategies in Avoidant Personality Disorder: The role of experiential techniques. *Psychology Hub*, 37(1), 19–28. <https://doi.org/10.13133/2724-2943/16898>
- Weme, A. V., Sørensen, K. D. & Binder, P. E. (2023). Agency in avoidant personality disorder: a narrative review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1248617. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1248617>
- Wilberg, T., Pedersen, G., Bremer, K., Johansen, M. S. & Kvarstein, E. H. (2023). Combined group and individual therapy for patients with avoidant personality disorder—a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1181686. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1181686>

Bjørn Holmøy

Avdeling for Forskning og Utvikling (FoU)
og Rus og avhengighet (ARA),
Akershus Universitetssykehus

**Kristoffer Andreas Aamodt
Andersen**

Seksjon for klinisk rus- og avhengighets-
forskning (RusForsk),
Oslo universitetssykehus HF

Psykologisk behandling av vedvarende vansker etter bruk av psykedelika

Sammendrag

Interessen for og bruken av psykedeliske stoffer vokser i befolkningen. Forskning har primært fokusert på terapeutiske anvendelser i formelle behandlingssettinger, og det er lite kunnskap om vedvarende negative effekter ved naturalistisk bruk. Målet med artikkelen er å gi en klinisk relevant oversikt over fenomenologi og symptombylde på langvarige psykiske plager etter bruk av psykedelika. Tre sentrale problemområder presenteres, basert på klinisk arbeid med subgruppen og en narrativ litteraturgjennomgang: 1) angst og uvirkelighetsfølelse, 2) varige endringer i persepsjon og 3) eksistensielle plager. Disse kategoriene er brede og ment som forslag til forståelsesrammer, ikke som en autoritativ inndeling av komplikasjoner fra rekreasjonell bruk. Artikkelen drøfter også utfordringer og anbefalinger for psykoterapeutisk arbeid med personer som opplever vedvarende plager etter bruk av psykedelika, i lys av prinsipperklæringen om evidensbasert praksis.

Nøkkelord: psykedelika, negative effekter, uønskede reaksjoner, HPPD, eksistensiell fortvilelse

KONTAKT bjohom@ahus.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema. KAAA oppgir å være eier av Psykolyse, en privat bedrift som tilbyr samtaleterapi og kurs til helsepersonell om psykedelika. BH er ansatt i Psykolyse. Kasus er fiktive.

Over de siste ti årene har interessen for hvordan psykedeliske stoffer påvirker bevissthet, hjerneaktivitet og fastlåst lidelse, økt betydelig blant forskere og klinikere (Carhart-Harris & Friston, 2019; Preller & Vollenweider, 2018). Lovende behandlingseffekter er funnet for psykiske lidelser, avhengighet og eksistensiell fortvilelse ved livstruende sykdom (Andersen et al., 2021). Samtidig har flere påpekt ukritiske medieoppslag og svakheter i forskningen, deriblant lav bevissthet om mulige skadevirkninger (van Elk & Fried, 2023; Yaden et al., 2022; Hinkle et al., 2024). En pågående diskusjon i faglitteraturen er kvaliteten og pasientsikkerhet tilknyttet de psykoterapeutiske behandlingsmodellene som benyttes i kliniske studier på både klassiske psykedelika og i MDMA-assistert psykoterapi (Cristea et al., 2024; McNamee et al., 2023). I den generelle befolkningen er interessen og bruken trolig uansett i vekst, både internasjonalt og i Norge (Rockhill et al., 2025; Jacobsen et al., 2021). Bruken i befolkningen generelt får mindre oppmerksomhet, til tross for at den er langt vanligere enn deltakelse i forskning eller utprøvende behandling.

Befolkningsstudier gir motstridende funn om bruk av psykedelika er assosiert med økt, redusert eller uendret forekomst av psykiske plager (Johansen & Krebs, 2015; Yang et al., 2022; Hendricks et al., 2015). Dels skyldes diskrepansen variabel kontroll for pre-eksisterende psykiske lidelser og annen rusbruk (Nesvåg et al., 2015), hvor man vil skille effekten av psykedelika fra andre egenskaper ved brukere. Kontroll for underliggende psykiske vansker er nødvendig for å vurdere stoffenes generelle effekter på befolkningen, men gjør det vanskelig å identifisere hvordan sårbare individer reagerer på stoffene, ettersom det da kontrolleres for faktoren som kan gjøre dem mer utsatt for negative effekter. Studier på brukere som har fått negative effekter viser at psykologisk sårbarhet før bruk hadde betydning for utfallene (Marrocu et al., 2024; Bremner et al., 2023; Barrett et al., 2017). I prospektive studier på risikogrupper er det derimot ikke funnet en konsekvent sammenheng mellom bruk av psykedelika og påfølgende forverring i psykiske helse (Gordon et al., 2024; Zhou et al., 2025). Samlet antyder funnene at individuelle utfall fra psykedelika-bruk varierer hos dem med økt risiko, hvor både positive, nøytrale og negative utfall forekommer.

Et ikke-ubetydelig antall beskriver likevel både langvarige og betydelige plager med negativ innvirkning på funksjon (Simonsson et al., 2023; Evans et al., 2023). Vi har drevet et privat psykologtilbud for personer som vil drøfte psykedeliske opplevelser med helsepersonell som har kompetanse på fagfeltet. Her har vi verken oppmuntret til eller tilrettelagt for bruk av psykedeliske stoffer, men hatt søkelys på samtaler om rusbruk og generell psykoterapi. En målsetting har vært å hjelpe personer som opplever skadevirkninger fra psykedelika. I artikkelen presenteres karakteristikker ved vedvarende negative effekter, slik de fremkommer hos brukere vi har

truffet, samt i forskningslitteraturen. Deretter diskuteres utfordringer og anbefalinger for psykologisk hjelp til denne gruppen.

Fremgangsmåte

Artikkelens litteratur ble funnet gjennom delvis systematiske søk i PubMed og PsychINFO. Søkestrengen vi benyttet for PubMed, var («Negative effects» OR «adverse effects» OR «adverse events» OR «side effects» OR «dissociation» OR «depersonalization» OR «HPPD») AND («psychedelics» OR «LSD» OR «psilocybin» OR «mescaline» OR «Dimethyltryptamine» OR «psychedelic») AND «survey». Siste søk var i juni 2025, og søket resulterte i 105 artikler. I tillegg ble relevant fagfelleverdert litteratur som forfatterne var kjent med fra før, tatt med selv om de ikke ble identifisert som en del av det systematiske søket i PubMed.

Artikkelen presenterer det vi vurderer som den mest sentrale forskningen på negative effekter ved psykedelika. Vi har valgt å avgrense til «klassiske psykedelika» (LSD, psilocybin, DMT, meskalin) ettersom dette er stoffer som gir prototypiske psykedeliske ruseffekter og har samme farmakologiske virkningsmekanisme (5HT_{2A}-agonister). Vi presenterer tre fiktive kasus inspirert av pasienter vi har hatt i behandling, for å fremheve det vi foreslår som tre hovedgrupper av sentrale vansker og representative kliniske presentasjoner.

Resultater

Angst og uvirkelighetsfølelse

Petter har de siste åtte månedene strevd med økt angst og endret opplevelse av seg selv og verden. Plagene oppstod gradvis etter en kaotisk opplevelse med psilocybin (fleinsopp/trøfler) i Amsterdam sammen med venner. Under trippe opplevde han overveldende kontrolltap og dødsangst, i en utrygg offentlig setting der han følte seg hjelpeløs. Vennegjengen hadde en ydmykende tone da han delte opplevelsen sin, og han har derfor holdt vanskene skjult. Etter trippe ble han skremt av en merkelig følelse av å ikke være til stede i egen kropp og at verden virket drømmeaktig – som å være en skuespiller i en kunstig virkelighet. Den frakoblede tilstanden varierer i intensitet, men forverres ved stress og dårlig søvn. Han plages av nervøsitet, tankekjør og sterk selvbevissthet i sosiale settinger. Han føler seg fortvilet, rådvill og stadig mer vaksom for indre opplevelser.

Vedvarende plager etter psykedelika oppstår ofte i forbindelse med spesielt ubehagelige opplevelser. I en stor

studie på brukere av psilocybin om deres vanskeligste opplevelse med stoffet rapporterte 39 % at opplevelsen var blant de fem mest krevende i livet. Blant dem som fortsatt hadde vansker i over et år etterpå, søkte 7.6 % psykisk eller medisinsk helsehjelp (Carbonaro et al., 2016). En representativ befolkningsundersøkelse fant at 8.9 % av brukere av klassiske psykedelika rapporterte nedsatt funksjon i over et døgn etter en krevende opplevelse (Simonsson et al., 2023). Blant personer med vedvarende vansker fant en større studie at flertallet hadde hatt plagene i over et år, og at høyere ubehag under den psykedeliske opplevelsen predikerte lengre varighet og økt intensitet av plagene (Evans et al., 2023). Samtidig leder ikke nødvendigvis vanskelige opplevelser til negative utfall, og mange rapporterer at de også har positive ettervirkninger (Carbonaro et al., 2016; Johnstad, 2021). I tråd med dette har forskningsfeltet i økende grad tatt i bruk betegnelsen *challenging experience* («utfordrende opplevelse») istedenfor det mer negative *bad trip*. En utfordrende opplevelse antyder mulighet for personlig vekst fremfor en primært marerittaktig eller skadelig erfaring, men kritikere mener det tilslører negative effekter og risiko (Strassman, 2018).

Innholdet i vanskelige opplevelser varierer, men vanlige tema er kontrolltap, hjelpeløshet, vonde minner, følelse av at folk vil en vondt, og eksistensiell eller åndelig fortvilelse (Barrett et al., 2016; Schutt et al., 2025). Vi har nylig oversatt og validert spørreskjemaet Challenging Experience Questionnaire (CEQ) til norsk, som måler vanskelige/utfordrende opplevelser over sju faktorer: frykt, sorg, kroppslig uro, frykt for å bli gal, isolasjon, død og paranoia (Andersen et al., 2025). En nylig spørreundersøkelse på et bekvemmelighetsutvalg av norske brukere av psykedelika fant en svak negativ assosiasjon mellom høy grad av utfordrende opplevelse (målt med CEQ) og subjektivt velvære (Tunstad et al., 2025). Videre fremkom det at faktorer som emosjonell forløsning (såkalt gjennombrudd) var assosiert med positive effekter ved utfordrende opplevelser, som antyder at utfallet av slike opplevelser påvirkes av hvordan den prosesseres underveis.

Ved rekreasjonsbruk kan utfordrende opplevelser oppstå i settinger som forhindrer ivaretagelse under den sårbare tilstanden. Pasienter har beskrevet svært ubehagelige situasjoner, som plutselig gjenopplevelse av minner om overgrep i en folkemengde på musikkfestival. Risikoen for overveldende og forvirrende opplevelser øker hvis brukeren ikke kjenner stoffenes uforutsigbare virkninger og tendens til å øke mottakelighet for ytre inntrykk (Haijen et al., 2018). Andre risikofaktorer er høye doser, kombinasjon av ulike stoffer, psykologisk sårbarhet og yngre alder (Simonsson et al., 2023; Carbonaro et al., 2016). En nylig longitudinell studie fant en positiv assosiasjon mellom negative psykedeliske opplevelser og påfølgende økning av depressive symptomer. Sammenhengen var sterkest dersom bruken foregikk

i en risikabel setting, kjennetegnet ved negativ sinnstilstand og manglende psykologisk støtte (Simonsson, Hendricks, Swords et al., 2025). Samtidig kan vonde opplevelser og vedvarende plager oppstå til tross for god forberedelse, noe som står i kontrast til hvordan stoffene ofte omtales som iboende terapeutiske i brukermiljøer (Holm et al., 2023). Flere har fortalt om nedlatende eller bagatelliserende kommentarer fra andre brukere som forsterker byrden, der negative utfall tilskrives personlige svakheter, som å ha «misforstått budskapet» eller å ha dårlig anlegg for personlig utvikling.

Symptombildet vi oftest ser, er en kombinasjon av angst, søvnvansker og dissosiative fenomen. Mange beskriver sterk fysiologisk aktivering og problemer med innsovning i etterkant, iblant ledsaget av panikkanfall. Risikoen for dette later til å øke hvis den psykedeliske opplevelsen var skremmende, men iblant er det ingen klar sammenheng med egenskaper ved opplevelsen. Vi ser imidlertid ofte at opplevelsen blir mentalt påtreggende, selv om minnene kan være fragmenterte. Det kan dreie seg om spesifikke sekvenser som har brent seg fast, intense kroppslige sensasjoner, følelse av akutt kontrolltap eller grufulle indre bilder. Erfaringsmessig varierer intensiteten av plagene, med skiftende symptomer, forvirring og plutselig angst. Både vår erfaring og litteraturen antyder at angst oppstår hyppigere enn depresjon (Robinson et al., 2025; Simonsson et al., 2023), hvor sistnevnte eventuelt oppstår ved langvarig strev og øvrige livsbelastninger.

Et hyppig fenomen er følelsen av å være mentalt frakoblet egen kropp og identitet, inkludert perioder med global uvirkelighetsfølelse (Evans et al., 2023; Robinson et al., 2025). Depersonalisering og derealisasjon (DP/DR) viser til vedvarende følelse av distanse, hvor en selv og omgivelsene virker kunstige eller meningsløse. Evnen til realitetstesting er intakt, men personen kan gruble mye over at tilværelsen føles drømmeaktig eller uekte (Ciaunica et al., 2022). Det er paradoksalt at stoffer som vanligvis styrker tilstedeværelse i øyeblikket, kan utløse frakobling, men det er kjent at DP/DR kan oppstå ved forstyrrelse av psykologiske og nevrale systemer som ligger til grunn for vår vante selv- og virkelighetsforståelse (Gatus et al., 2022). Fenomenet er også assosiert med stress, søvnmangel og utmattelse, som alle kan oppstå etter psykedelika, og er vanligere hos yngre personer (Yang et al., 2023) – som sammenfaller med brukergruppen. Ved langvarig og forstyrrende DP/DR utgjør det en egen tilstand, men kan også være et aspekt blant øvrige vansker.

En observasjon hos våre pasienter er at angstplager og DP/DR etter psykedelika ofte leder til en slags «mental helseangst». Mange frykter å miste grepet om virkeligheten, bli «gal» eller utvikle schizofreni. I de fleste tilfeller er det lite sannsynlig at personen er i ferd med å bli psykotisk, og det er mer rimelig å forstå det som overdreven bekymring for psykisk helse. Bekymringen

oppstår ofte etter ubehagelige erfaringer med endret sinnstilstand, enten under ruseffekten eller i tiden etter. Mange er også vokst opp med overdrevne advarsler som «fleinsopp er russisk rulett for hjernen», noe som kan forsterke frykten for å være alvorlig syk. Som ved annen helseangst vet personen oftest at frykten er uproporsjonal, men vissheten om dette svekkes under episoder med økt angst. Angstplagene kan dermed bli svært ubehagelige, dominerende og begrensende.

Varige endringer i persepsjon

Tarjei er i begynnelsen av 20-årene og føler at livet står på vent. Siden videregående har han vært plaget med endret visuell sanseoppfattelse, som startet i en periode hvor han tok høye doser LSD flere helger på rad, ofte kombinert med cannabis, alkohol eller MDMA. Etter en intens opplevelse – der han samtidig ble konfrontert av foreldrene – oppdaget han at visuelle effekter fra LSD-rusen vedvarte i edru tilstand: objekter som endrer størrelse, «smelter» eller «puster», etterbilder fra bevegelser, skarpere lysskinn, prikkete skurr og fargerike lysglimt. Dette har vært skremmende, forvirrende og ensomt. Intensiteten har roet seg, men det er stadig til stede. Usikkerheten om hva som har rammet ham, og om han noen gang blir kvitt det, er svært tyngende. Han har funnet en diagnose som stemmer med det han opplever, og søker heller informasjon fra nettforum enn helsepersonell. Å vite at andre har det samme, har lettet angsten for å bli gal, men han kjenner håpløshet og grubler mye over om det vil være et varig handikapp.

Vedvarende endringer i persepsjon etter inntak av psykedeliske stoffer er inkludert i DSM-5 ved diagnosen *Hallucinogen Persistent Perception Disorder* (HPPD). Tilstanden oppstår etter bruk av «hallusinogener» og innebærer langvarige endringer i sanseopplevelse, men ikke hallusinasjoner eller realitetsbrist slik det forstås ved psykoselidelser (Martinotti et al., 2018). HPPD kjennetegnes av endrede synsinntrykk som delvis overlapper med ruseffekten (Vis et al., 2021). Varighet og alvorlighetsgrad varierer, men en subgruppe rapporterer årelange plager av betydelig intensitet (Martinotti et al., 2018; Vis et al., 2021). Brukere vi har truffet med HPPD, opplever plagene som begrensende og psykisk belastende.

Forekomsten av HPPD er usikker. I en selvselektert undersøkelse rapporterte 4.2 % av brukere tilnærmet konstante synsendringer som de oppfattet som uønskede og forstyrrende (Baggott et al., 2011), mens 1.3 % av brukere i en representativ befolkningsundersøkelse oppga at de hadde fått diagnosen av helsepersonell (Simonsson, Goldberg, Chambers et al., 2025). Forskning antyder samtidig at forbigående og milde endringer i synsopplevelse etter psykedelika er vanlig, og sjelden forbundet med betydelig ubehag eller svekket funksjon (Müller et

al., 2022; Baggott et al., 2011). Perseptuelle endringer under psykedelisk ruseffekt kjennetegnes av oppløste grenser, økt sensorisk intensitet og opplevelse av alternative mønstre i kjente stimuli (Preller & Vollenweider, 2018), som antas å skyldes redusert kontroll og kategorisering i hjernens prosessering (Carhart-Harris & Friston, 2019). Normalt avtar perseptuelle endringer i takt med rusvirkningen, med kun lette visuelle ettereffekter i en kortere periode, men ved HPPD oppstår en varig og plagsom bevissthetsendring.

Begrepet *LSD-flashback* ble historisk brukt om både visuelle endringer og emosjonelle gjenopplevelser, og kan sees som en forløper til dagens diagnose (Abraham, 1983; Horowitz, 1969). Lang varighet og markert visuell effekt kan samsvare med LSD som utløsende faktor, da det kan tenkes å gi spesielt sterk innvirkning på visuelle systemer, men HPPD oppstår også ved andre psykedelika (Vis et al., 2021). Faktorer som trolig øker risiko, er hyppig bruk, blandingsbruk, høye doser og underliggende sensorisk sensitivitet (Halpern et al., 2018). Mekanismen bak HPPD er ukjent, men en sentral hypotese er redusert filtrering av sansedata grunnet «kortikal disinhibisjon» (Vis et al., 2021). Overaktivisering i visuell bearbeiding kan gi ustabil persepsjon av objekter, ansikter eller lysforhold. Verden kan da oppleves som hakkete, udifferensiert, omformet eller fargesprakende, og over tid kan sensitivisering til endret persepsjon forsterke plagene (Halpern et al., 2018).

HPPD har samtidig likhetstrekk med andre tilstander. For eksempel gir persisterende postural-perseptuell svimmelhet (dvs. kronisk subjektiv svimmelhet) lignende sensoriske endringer (Popkirov et al., 2018), og under angstanfall oppstår ofte endret synsopplevelse og uvirkelighetsfølelse (Hunter et al., 2003). Videre ledsages HPPD i mange tilfeller av DP/DR og angst (Martinotti et al., 2018), og anekdotisk har flere pasienter fortalt om hjernetåke, konsentrasjonsvansker og tankekjør. Det er mulig at angst bidrar til utvikling av HPPD, som kan forklare mulig sammenheng mellom negative ruserfaringer og langvarige persepsjonsendringer. Ikke-visuelle perseptuelle forstyrrelser, som for eksempel tinnitus, migrene med aura og vertigo, er også vanlige hos personer med HPPD (Vis et al., 2021; McConnell et al., 2025). De visuelle plagene virker derfor å inngå i et bredere mønster av perseptuelle, kognitive og affektive bieffekter, som kan forsterke følelsen av å være fanget i en endret tilstand.

Eksistensielle plager

Felix har levd et utsvevende liv preget av utforskning og engasjement i alternative miljøer. Han har tatt ayahuasca (brygg fra Amazonas der DMT er et aktivt stoff) på retreats i Sør-Amerika og i lokale seremonier i Norge, og blitt fascinert av DMT, som han har røykt flere ganger. Dette har gitt ham både terapeutiske

opplevelser og noen forferdelige erfaringer, som følelsen av å være besatt av demoniske krefter og tanker om en kosmisk forbannelse. Han har stadig fornemmelser av «fremmed energi» i kroppen og opplever intense mareritt. I en periode med mye stress bidro disse reaksjonene til grensepsykotiske symptomer. Selv om det aldri utviklet seg til en varig psykotisk lidelse, driver erfaringene stadig dveling rundt åndelige temaer og følelse av å være eksistensielt fortapt. Han kjenner et sterkt behov for å forstå og forløse dette indre trykket, og fristes av nye psykedeliske og religiøse seremonier. Parallelt har det vært mange belastninger i livet, som tap av nære personer og vanskelige barndomsforhold, som aldri er blitt fullt anerkjent.

Varig realitetsbrist og alvorlige maniske episoder er trolig den største bekymringen ved normalisering av psykedelika og bruk blant sårbare pasientgrupper. I kliniske studier ekskluderes vanligvis personer med økt risiko for psykose eller bipolar lidelse, basert på anekdotiske rapporter og forskning fra 1950- og 60-tallet (Yildirim et al., 2024; Johnson et al., 2008; Cohen, 1960). Det er uklart hvor stor risikoen er, men enkelte nyere studier støtter en føre var-holdning for høyrisikogrupper. En tredjedel av brukere med bipolar lidelse rapporterte for eksempel økte maniske symptomer, angst og søvnvan-sker etter psilocybininntak (Morton et al., 2023). Noen longitudinelle befolkningsstudier har funnet økning i psykotiske og maniske symptomer etter bruk, men funnene spriker (Simonsson, Goldberg, Osika et al., 2025; Honk et al., 2024). Rekreasjonsbruk kan innebære sammenfallende risikofaktorer, som spesielt sårbare individer, blanding av stoffer og uheldige omstendigheter. Ved vår klinikk har vi ikke erfaring med psykose-lidelser eller mani, men møter av og til personer med

tilgrensende plager der psykedelika har vært proble-matisk. Deriblant tendens til magiske forestillinger, uvanlige sanseopplevelser, uklar identitetsfølelse og intens opptatthet av eksistens eller åndelighet. Årsaksretningen mellom disse trekkene og bruk av psykedelika er uavklart (Dourron et al., 2025). Erfaring tilsier at dette er personer som i utgangspunktet er interessert i mystiske fenome-ner, og som i tillegg har hatt skjellsettende erfaringer med psykedelika. Både kvaliteten på opplevelsene og ettervirkninger kan bidra til at man blir oppslukt av å finne mening med vonde psykedeliske erfaringer. Flere beskriver at slik meningssøken innebærer dyp desillusjon, fortvilelse eller forvirring (Argyri et al., 2025; Schutt et al., 2025). Tematikken varierer bredt, men kan for eksempel involvere følelsen av å ha mistet seg selv som person eller tvil om virkelighetens sanne natur.

Økt interesse for eksistensielle og åndelige tema er relativt vanlig etter bruk av psykedelika og bør ikke patologiseres. Flere studier har funnet en tendens til endret virkelighetsforståelse, ofte i retning av et mindre materialistisk perspektiv, som har vært knyttet til positiv effekt på psykisk helse (Timmermann et al., 2021). For eksempel rapporterte over halvparten av brukere av DMT at de ikke lenger identifiserte seg som ateister etter møter med fremmede vesener, en karakteristisk effekt av stoffet (Davis et al., 2020). For noen blir intensiteten og kvalitetene ved slike opplevelser krevende å forholde seg til i ettertid. Begrepet *ontologisk sjokk* beskriver et skifte i filosofiske eller religiøse grunnoppfatninger etter ekstra sterke enkeltopplevelser, og slike erfaringer gir iblant forvirring, redsel eller andre kompliserte reaksjoner. I studier på personer med vedvarende vansker etter psykedelika oppgir halvparten eller mer utfordringer med eksistensielle og åndelige temaer (Robinson et al., 2025; Evans et al., 2023), og disse temaene blir ofte flettet

TABELL 1
Tre kategorier av problemområder etter bruk av psykedelika

	Tema	Symptomer	Utfordringer	Behov
Angst og uvirkelig-hetsfølelse	Kontrolltap, sjokk, følelse av distanse til egen person eller omverden.	Angstaktivering og bekymring, depersona-lisering og derealisasjon, nummenhet, vonde minner.	Frykt for å bli «gal», overveldet av indre uro ved påminnelser, fastlåst i uvirkelighetsfølelse.	Normalisering, avkreffe katastrofetanker, bearbeide opplevelse, angstbehand-ling.
Endret persepsjon	Forandret sanseoppfattelse, spørsmål rundt nevrologisk skade.	Visuelle fenomener i edru tilstand, andre perseptu-elle endringer, psykiske reaksjoner.	Grubling over tilstand, håpløshet over varighet, ensomhets- og skamfølelse.	Avklare tilstand, psyko-edukasjon om negative samspill, øve på konstruktive mestringsstrategier.
Eksistensielle plager	Grunnleggende tvil om tilværelsen, usikkerhet om virkelighetens natur, tap av mening.	Følelse av å være dypt forandret, oppslukt av åndelige tema, alternative forestillinger.	Vansker med å gi slipp, følelse av å være fortapt, strev med å gjenoppta normal tilværelse.	Anerkjennelse av kom-plekse utfordringer, finne tilhørighet og mening i hverdagen igjen.

Merknad. En forenklet modell som kan stimulere til økt interesse for utfordringer i brukergruppen. Modellen er ikke uttømmende, og det er glidende overganger mellom de foreslåtte problemområdene.

sammen med plager som angst, tvangspreget grubling, perseptuelle endringer eller depresjon.

Radikale opplevelser gir ofte behov for å forstå hva man har opplevd. Blant brukere av ayahuasca rapporterte over 1 av 10 opplevelser med å bli angrepet av energi eller vesener fra en åndelig dimensjon (Bousso et al., 2022). Pasienter har beskrevet merkelige og overveldende kroppslige sensasjoner, slik som pipende lyder og urofølelse i kroppen som ikke kjennes som ens egen. Enkelte forteller om tanker om å være besatt av en fremmed eller demonisk kraft, og opplever vansker med å gjenoppta hverdagen fordi de føler seg forstyrret og usikker på årsaken. Aixalà (2024) beskriver hvordan noen blir oppslukt av endrete bevissthetstilstander og stadig oppsøker dem, selv om det har negative konsekvenser. Hyppig bruk for å håndtere negative følelser er blitt funnet å predikere psykiske vansker (St. Arnaud & Sharpe, 2023). En medvirkende faktor fanges muligens av begrepet *spiritual bypassing* («åndelig forbigåelse»), hvor åndelig søken erstatter anerkjennelse av vanskelige følelser og reelle livsproblemer (Picciotto et al., 2018).

Det er flere likhetstrekk mellom negative effekter ved meditasjon og psykedelika. Ved meditasjon er det rapportert om kontrolltap under endret bevissthetstilstand, intense emosjonelle reaksjoner, dissosiasjon, depersonalisering, perseptuelle fenomener og gjenopplevelse av belastende minner (Goldberg et al., 2022; Lambert et al., 2021). En forskjell er at bruk av psykedeliske stoffer oftere er knyttet til individuell utforskning av mystiske opplevelser, mens meditasjon i større grad innebærer aktiv praksis og tilgjengelige fellesskap. Det kan medføre at brukere av psykedelika som opplever tilsvarende ettervirkninger, er mer utsatt for radikale tolkninger, isolasjon og uhensiktsmessig mestring.

Diskusjon

I denne seksjonen vil vi drøfte anbefalinger og utfordringer for klinisk praksis, som basert på våre erfaringer og foreliggende forskningslitteratur vurderes som spesielt relevante i møte med brukergruppen. Prinsipperklæringen for evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) utgjør et felles grunnlag for psykologisk arbeid (Norsk Psykologforening, 2007). Den bygger på integrasjon av 1) beste forskningsvidens, 2) klinisk ekspertise og 3) pasientens egenskaper, verdier og kontekst. Diskusjonen om psykologisk praksis med negative psykedeliske ettervirkninger vil være informert av disse tre punktene. Vanskeområdene angst og uvirkelighetsfølelse og varige endringer i persepsjon vies mest oppmerksomhet i diskusjonen om terapeutiske anbefalinger, ettersom de aktuelle symptomene har tydeligere tilknytning til eksisterende og empirisk støttede intervensjoner. Eksistensielle plager vurderes som nært knyttet til pasientens egenskaper, verdier og kontekst – og drøftes nærmere i lys av særskilte utfordringer.

Anbefalinger for EBPP

Verken vår erfaring eller tilgjengelig forskning tyder på at vansker etter psykedelika krever en egen form for psykoterapi. Det er begrenset med empiri på samtaleterapien som har blitt utviklet for å tilhøre psykedelika-assistert psykoterapi (van Elk & Fried, 2023; Hinkle et al., 2024), og dens primære formål er ikke behandling av negative effekter. Psykedelisk integrasjonsterapi fokuserer på bearbeiding av vanskelige opplevelser og etterreaksjoner, men utgjør ikke en felles tilnærming. I praksis tilbys et bredt spekter av konvensjonelle og alternative terapiformer under denne paraplyen (Glynos et al., 2024). I hovedsak dreier plager etter psykedelika seg om psykiske reaksjoner som også kan oppstå uavhengig av stoffene, og generelt virksomme psykoterapeutiske tilnærminger bør prioriteres. Videre er det verdt å bemerke at negative ettervirkninger fra klassiske psykedelika generelt sett *ikke* minner om avhengighetslidelser. Stoffenes farmakologiske og subjektive effekter er generelt lite vanedannende (Johnson et al., 2018), og valg av behandlingsstrategier bør i hovedsak ikke baseres på antagelser om at personen har et primært rusproblem knyttet til psykedeliske stoffer.

Meningsfull anvendelse av forskningsbasert evidens forutsetter at psykologisk fagkunnskap informeres av karakteristiske utfordringer etter psykedelika, samt den enkelte pasients individuelle problemutforming. For at klinikere skal gjøre gode tilpasninger, er det viktig med forståelse for de subjektive fenomenene pasientene strever med. Fellestrekket er sterke opplevelser med endrete tilstander, hvor den enkelte pasients behov vil variere basert på hvordan de forstår og forholder seg til ettervirkninger.

Overdreven bekymring

Ved overdreven bekymring for psykose eller å miste kontroll over eget sinn er det nyttig å avkrefte mistanken og normalisere erfaringene. Både sterke og underlige opplevelser underveis og i ettertid kan være naturlige gitt kjente virkningsmekanismer (Carhart-Harris & Friston, 2019). Betryggelse om at slike opplevelser kan forekomme uten å indikere alvorlig sinnslidelse eller nevrologisk skade, er iblant nok for å gi slipp på urimelig bekymring. Dersom problematikken er mer fastlåst, kan fokusert angstbehandling være relevant. Den kognitive modellen for depersonalisering (Hunter et al., 2003) kan eksempelvis være et utgangspunkt for samtaler om å utfordre katastrofetanker relatert til endret opplevelse via eksponering for ytre settinger og indre sensasjoner.

Ubearbeidede opplevelser

Andre kan ha nytte av følelsesmessig bearbeiding av en belastende eller uforløst psykedelisk opplevelse, hvor symptomene forstås som traumerelaterte (Calder et al., 2025). I noen tilfeller kan mer langvarig terapi være indisert for å adressere underliggende psykologisk sårbarhet, som kan ha påvirket den psykedeliske opplevelsen

eller bidratt til reaksjoner i ettertid. Eksempelvis dersom trekk på generalisert angstlidelse gjør opplevelser med kontrolltap uutholdelige og noe man føler man må være svært vaksom for i ettertid. En slik tendens til monitorering av egen bevissthetstilstand kan muligens forsterke eller opprettholde negative ettervirkninger, via forhøyet engstelighet og selvfokusert oppmerksomhet. For andre kan opplevelsen ha gjort vonde erfaringer eller perioder fra ens fortid mer tilgjengelige, og fremhevet emosjonelle reaksjoner som ellers følte mer avklarte eller tilbakelagte. Vi opplever at det er viktig å avklare med pasient hvis terapiens fokus skifter fra hjelp med psykedeliske etterreaksjoner til adressering av en generell psykologisk sårbarhet. Utarbeiding av felles problemforståelse er ordinær god praksis, men tydelighet er nødvendig ettersom utgangspunktet for hjelpen ofte dreier seg om konkrete psykedeliske opplevelser og assosierte ettervirkninger fremfor et ønske om utvidet terapi. Generelt er det særlig viktig med avklaring av mål og rammer for samarbeidet, blant annet fordi noen pasienter kan ønske å bruke terapien til å integrere fremtidige psykedeliske erfaringer.

Vedvarende perseptuelle endringer

Ved HPPD er det hensiktsmessig å vurdere om det foreligger psykiske tilleggsproblemer. Emosjonelle plager kan gjøre endret persepsjon vanskeligere å leve med, og muligens påvirke selve synsforstyrrelsen. Det er likhetstrekk mellom HPPD og såkalte somatiske symptomlidelser, hvor personen strever med kroppslige symptomer uten kjent fysiologisk årsak (Löwe et al., 2022). Mange rapporterer at stress og angst øker symptomenes intensitet. I verste fall kan placebo-effekter oppstå, hvor tilstanden forverres av bekymring, oppmerksomhetsbias og negative antakelser om prognose (Bălăeț, 2024). Det fremstår derfor viktig med balanse i omtale av fenomenet: anerkjenne det som en reell lidelse med *mulige* nevrologiske avvik, og samtidig forebygge mot overdreven frykt eller håpløshet.

Personer vi har truffet med HPPD, beskriver ofte naturlig bedring over tid, og iblant stor reduksjon i symptomer ved hjelp av andre mestringsstrategier. Flere opplever aksept for variasjon i indre opplevelser som nyttig, blant annet via tilnærminger som aksept- og forpliktelsesterapi og metakognitiv terapi. Teknikker som kognitiv defusjon og frakoblet oppmerksomhet kan være konkrete verktøy. En mulig forskningsfront er intervensjoner som har vist seg svært lovende på smertefeltet, slik som *Pain Reprocessing Therapy* (PRT) (Ashar et al., 2022). PRT sikter mot reversering av selve plagen ut fra ideen om at psykologiske forhold opprettholder symptomene.

Utfordringer for EBPP

Selv om vi opplever at terapisamtaler ofte er nyttige ved vedvarende plager, er det viktig å vurdere om psykoterapi i seg selv kan gi negative effekter. Mange av dem som

oppsøker «psykedelisk integrasjonsterapi», er i krise etter omveltende opplevelser de sliter med å forstå. Dette krever bevissthet om hvordan samtalene kan påvirke, og risikoen for utilsiktede effekter. Det kan for eksempel være uklart om personen trenger å bearbeide opplevelsen eller å gi slipp på den, hvor overdreven grubling kan hindre naturlig bedring (Watkins & Roberts, 2020). Det gjelder også for eksistensielle eller åndelige spørsmål: Er spørsmålene noe personen plages av fordi det unngås, eller har personen blitt for oppslukt av det? Det er ingen universelle svar, men behovene varierer med individets egenskaper og situasjon.

Mange kvier seg for å søke hjelp for vansker som har oppstått grunnet bruk av psykedeliske stoffer. En åpenbar grunn er at man i så fall innrømmer ulovlige handlinger, og ikke vet om åpenhet kan gi personlige omkostninger. Usikkerhet om behandlerens holdninger og kunnskapsnivå kan også påvirke beslutningen. For eksempel bekymring for at man antas å være rusavhengig fordi det gjelder illegale stoffer, eller at depersonalisering og endret persepsjon tolkes som psykose. Ved HPPD har flere beskrevet nullfunn ved utredning hos nevrolog og øyelege, og følt seg tilsidesatt eller mistenkeliggjort da fenomenet er relativt ukjent. Unngåelse eller negative møter med helsepersonell kan bidra til skam over «selvpåførte» skader, og at man heller oppsøker alternative kilder til diagnostisering og selvhjelp (Kruger et al., 2023).

Flere forhold påvirker hva den enkelte har behov for, og i en naturalistisk setting er det ulike fallgruver. Noen har følt seg lite forstått i møte med hjelpeapparatet, der en snever sykdomsmodell kan føles fremmedgjørende og hindre bearbeiding. Andre har allerede prøvd alternative terapimodeller og nyåndelig filosofi uten å komme seg videre, og oppgir nytte av tradisjonell psykoedukasjon og et mer prosaisk perspektiv. En intervjustudie blant brukere med vedvarende vansker preget av eksistensiell eller åndelig tematikk fant at hjelpsomme faktorer inkluderte normalisering av opplevelser, sosial støtte og oppmerksomhet på tilstedeværelse i nåtid (Argyri et al., 2024). Iblant beskriver pasienter møter med behandlere som har en så positiv holdning til stoffenes terapeutiske egenskaper at negative effekter ikke anerkjennes. Selv i kliniske studier har det blitt advart om overentusiastiske terapeuter som pålegger pasientene sine egne overbevisninger om åndelighet og livsfilosofi (Johnson, 2020). Som et generelt prinsipp anbefales varsomhet i tolkning av psykedeliske opplevelser, og nøktern rollebevissthet i møte med endret virkelighetsforståelse eller eksistensiell reorientering.

En særskilt utfordring oppstår i tilfeller som minner om schizotyp eller nærpsykotisk problematikk. Innen psykedelisk fagtradisjon har psykiateren og LSD-terapeuten Stanislav Grof introdusert begrepet *åndelige kriser* for tilstander i skjæringspunktet mellom psykose og religion. Han mener psykedelika kan utløse desorienterende kriser med potensial for dyp personlig

utvikling, der vante antagelser om mening og virkelighet rives ned. Ifølge Grof kan fenomenet på overflaten minne om psykoser, men en medisinsk tilnærming kan gjøre skade (Grof & Grof, 1992). En styrke ved modellen er rike beskrivelser av subjektivitet og ikke-patologiserende begreper. Det er samtidig uklart hvordan man skiller mellom åndelige kriser og alvorlig sinnslidelse. Konseptet bygger videre på spekulasjoner fra Grofs praksis, tvilsomme ideer om psykologiske virkninger av fosterliv og fødsel, og legger lite vekt på risiko. Slike forståelsesrammer er utbredt i brukermiljøer, og kan prege tolkningen av opplevelser (Holm et al., 2023).

På ulike vis kan det dermed være utfordrende å integrere faglige perspektiv med pasientens forståelse. Hva som er en ekte eller dyp innsikt, er ikke rimelig å bedømme, men en ydmyk og undrende holdning kan fremme hensiktsmessig refleksjon. Psykedeliske erfaringer kan videre preges av personlig viktige og emosjonelt ladete tema i uventet eller symbolsk form. Den konkrete gyldigheten av omtolkning av egen fortid og gjenoppstående minner er likevel usikker (McGovern et al., 2024). Fra psykologisk grunnforskning er det gode holdepunkt for at falske minner kan oppleves like ekte som reelle minner, og at sannsynligheten for at slike minner oppstår øker jo mer man påvirkes under gjenhenting (Schacter, 2022). Psykedeliske stoffer utløser nettopp en tilstand av høy suggestibilitet hvor det man opplever i nåtid, *føles* spesielt betydningsfylt (Carhart-Harris & Friston, 2019). Traumer som årsaksforklaring til psykiske plager er utbredt i psykedeliske terapimiljøer, men minner som har gjenoppstått under påvirkning bør møtes med forsiktighet.

En viktig del av konteksten er at mange brukere oppsøker alternative tilbud, deriblant seremoniell bruk og psykedelisk undergrunnsterapi. Det har blitt rapportert om tilfeller av seksuelle overgrep, vold og selvskade på psykedeliske retreats (Kruger et al., 2025; Grierson & Siddique, 2016). En mer vanlig problemstilling er emosjonell destabilisering og vansker med å gjenoppta

normal hverdag (Lutkajts & Evans, 2023; Bouso et al., 2022). Typiske ayahuasca-opphold i Sør-Amerika varer i én til to uker og inkluderer tre til seks inntak, gjennomført i grupper med deltakere fra ulike land, og ledet av lokale «sjamaner». Om den intensive doseringen øker risiko, er uklart, og kompetansen til å håndtere negative reaksjoner varierer. Tilsvarende vil undergrunnsterapi per definisjon mangle offentlig kvalitetssikring og krav til forsvarlighet, og graverende tilfeller har blitt avdekket (Ross et al., 2020–2021). Det betyr ikke at retreats eller undergrunnsterapi generelt er skadelig, men det fremhever gjennomgående problemstillinger: Hvem har høy risiko, hva er et akseptabelt risikonivå, og hvilken lærdom kan trekkes fra spesielt alvorlige utfall?

Avslutning

Psykedeliske stoffer gir sterke opplevelser og økt psykologisk sensitivitet i etterkant. Mesteparten av bruken skjer i uregulerte sammenhenger hvor mangelen på sikkerhetstiltak, som screening for sårbarhet og psykologisk støtte, kan øke risikoen for negative utfall. Samtidig har mange en terapeutisk intensjon for bruk, ofte inspirert av positive medieomtaler, og iblant med en holdning om at det er «et siste forsøk» på å få det bedre. Formålet med artikkelen er å gi et innblikk i sentrale vanskeområder og faglige betraktninger om psykologisk arbeid med slike utfordringer. Overordnede temaer er opplevelser av kontrolltap, følelsen av å være forandret og vansker med å leve videre som før. Vi anser det som sannsynlig at slike problemstillinger vil bli vanligere å møte i psykologisk praksis fremover. Ut fra eksisterende forskningslitteratur og klinisk erfaring med brukergruppen vurderer vi at evidensbaserte terapiretninger kan integreres med kunnskap om aktuelle subjektive opplevelser. Med en slik integrasjon står psykologer godt beredt til å hjelpe personer som opplever negative effekter etter bruk av psykedelika. 🧘

REFERANSER

- Abraham, H. D. (1983). Visual phenomenology of the LSD flashback. *Archives of General Psychiatry*, 40(8), 884–889. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790070074009>
- Aixalà, M. (2024). Deepening Psychedelic Integration: Exploring Complex Settings, Understanding User's Struggles, and Implementing Safe Interventions. I B. Ellenbroek, T. R. E. Barnes, M. P. Paulus, J. Olivier & K. Preller (Red.), *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. Springer. https://doi.org/10.1007/7854_2024_532
- Andersen, K. A., Carhart-Harris, R., Nutt, D. J. & Erritzoe, D. (2021). Therapeutic effects of classic serotonergic psychedelics: A systematic review of modern-era clinical studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(2), 101–118. <https://doi.org/10.1111/acps.13249>
- Andersen, K. A. A., Holmøy, B., Kvam, T. M. & Johnson, M. W. (2025). Adverse reactions among psychedelic users: Norwegian validation of the Challenging Experience Questionnaire. *Journal of psychiatric research*, 189, 18–25. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.05.062>
- Argyri, E. K., Evans, J., Luke, D., Michael, P., Michelle, K., Rohani-Shukla, C., Suseelan, S., Prideaux, E., McAlpine, R., Murphy-Beiner, A. & Robinson, O. C. (2025). Navigating Gro-undlessness: An interview study on dealing with ontological shock and existential distress following psychedelic experiences. *PLoS One*, 20(5), eo 322 501. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322501>
- Ashar, Y. K., Gordon, A., Schubiner, H., Uipi, C., Knight, K., Anderson, Z., Carlisle, J., Polisky,

- L., Geuter, S., Flood, T. F., Kragel, P. A., Dimidjian, S., Lumley, M. A. & Wager, T. D. (2022). Effect of pain reprocessing therapy vs placebo and usual care for patients with chronic back pain: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 79(1), 13–23. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
- Baggott, M. J., Coyle, J. R., Erowid, E., Erowid, F. & Robertson, L. C. (2011). Abnormal visual experiences in individuals with histories of hallucinogen use: A web-based questionnaire. *Drug and alcohol dependence*, 114(1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.006>
- Bălăeț, M. (2024). Considering the nocebo effect in the psychedelic discourse. *Journal of Psychedelic Studies*, 8(2), 286–291. <https://doi.org/10.1556/2054.2024.00365>
- Barrett, F. S., Bradstreet, M. P., Leoutsakos, J. M. S., Johnson, M. W. & Griffiths, R. R. (2016). The Challenging Experience Questionnaire: Characterization of challenging experiences with psilocybin mushrooms. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1279–1295. <https://doi.org/10.1177/026988116678781>
- Barrett, F. S., Johnson, M. W. & Griffiths, R. R. (2017). Neuroticism is associated with challenging experiences with psilocybin mushrooms. *Personality and individual differences*, 117, 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.004>
- Bouso, J. C., Andiön, Ó., Sarris, J. J., Scheidegger, M., Tófoli, L. F., Opaleye, E. S., ... & Perkins, D. (2022). Adverse effects of ayahuasca: Results from the Global Ayahuasca Survey. *PLOS Global Public Health*, 2(11), eo 000 438. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000438>
- Bremner, R., Katati, N., Shergill, P., Erritzoe, D. & Carhart-Harris, R. L. (2023). Case analysis of long-term negative psychological responses to psychedelics. *Scientific Reports*, 13(1), 15 998. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-41145-x>
- Calder, A. E., Diehl, V. J. & Hasler, G. (2025). Traumatic Psychedelic Experiences. I B. Ellenbroek, T. R. E. Barnes, M. P. Paulus, J. Olivier & K. Preller (Red.), *Current Topics in Behavioral Neurosciences* (s. 1–26). Springer. https://doi.org/10.1007/7854_2025_579
- Carbonaro, T. M., Bradstreet, M. P., Barrett, F. S., MacLean, K. A., Jesse, R., Johnson, M. W. & Griffiths, R. R. (2016). Survey study of challenging experiences after ingesting psilocybin mushrooms: Acute and enduring positive and negative consequences. *Journal of psychopharmacology*, 30(12), 1268–1278. <https://doi.org/10.1177/026988116662634>
- Carhart-Harris, R. L. & Friston, K. J. (2019). REBUS and the anarchic brain: toward a unified model of the brain action of psychedelics. *Pharmacological reviews*, 71(3), 316–344. <https://doi.org/10.1124/pr.118.017160>
- Ciaunica, A., Seth, A., Limanowski, J., Hesb, C. & Friston, K. J. (2022). I overthink—Therefore I am not: An active inference account of altered sense of self and agency in depersonalisation disorder. *Consciousness and cognition*, 101, 103 320. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2022.103320>
- Cohen, S. (1960). Lysergic acid diethylamide: side effects and complications. *The Journal of nervous and mental disease*, 130(1), 30–40. <https://doi.org/10.1097/00005053-196001000-00005>
- Cristea, I. A., Cuijpers, P. & Halvorsen, J. Ø. (2024). The psychotherapy in MDMA-assisted psychotherapy. *JAMA psychiatry*, 81(11), 1053–1054. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2887>
- Davis, A. K., Clifton, J. M., Weaver, E. G., Hurwitz, E. S., Johnson, M. W. & Griffiths, R. R. (2020). Survey of entity encounter experiences occasioned by inhaled N, N-dimethyltryptamine: Phenomenology, interpretation, and enduring effects. *Journal of Psychopharmacology*, 34(9), 1008–1020. <https://doi.org/10.1177/0269881120916143>
- Dourron, H. M., Bradley, M., Simonsson, O., Copes, H., Grossman, D., Shallcross, R. A. & Hendricks, P. S. (2025). Naturalistic Psychedelic Use and Psychotic Symptoms: A Cross-Sectional Study of Individuals with a Personal or Family History of Psychotic or Bipolar Disorders. *Psychiatric Medicine*, 3(2), 93–102. <https://doi.org/10.1089/psymed.2024.0036>
- Evans, J., Robinson, O. C., Argyri, E. K., Suseelan, S., Murphy-Beiner, A., McAlpine, R., ... & Prideaux, E. (2023). Extended difficulties following the use of psychedelic drugs: A mixed methods study. *PLoS One*, 18(10), eo 293 349. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293349>
- Gatus, A., Jamieson, G. & Stevenson, B. (2022). Past and future explanations for depersonalization and derealization disorder: a role for predictive coding. *Frontiers in human neuroscience*, 16, 744 487. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.744487>
- Glynos, N. G., Baker, A., Aday, J. S., Pouyan, N., Barron, J., Herberholz, M., Kruger, D. & Boehnke, K. F. (2024). Going Underground: Demographics, Services, and Best Practices Endorsed by Practitioners Providing Support for Naturalistic Psychedelic Use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/02791072.2024.2405685>
- Goldberg, S. B., Lam, S. U., Britton, W. B. & Davidson, R. J. (2022). Prevalence of meditation-related adverse effects in a population-based sample in the United States. *Psychotherapy Research*, 32(3), 291–305. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1933646>
- Gordon, A. R., Carrithers, B. M., Pagni, B. A., Kettner, H., Marrocu, A., Nayak, S., Weiss, B. J., Carhart-Harris, R. L., Roberts, D. E., Erritzoe, D. & Zeifman, R. J. (2024). The Effect of Psychedelics on Individuals with a Personality Disorder: Results from two Prospective Cohort Studies. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4203641/v2>
- Grierson, J. & Siddique, H. (2016, January 13). Canadian Who Killed Briton at Peru Retreat Says It Was «Kill or Die». *The Guardian*.
- Grof, C. & Grof, S. (1992). The stormy search for the self: A guide to personal growth through transformational crisis. *Penguin*.
- Haijen, E. C. H. M., Kaelen, M., Roseman, L., Timmermann, C., Kettner, H., Russ, S., Nutt, D., Daws, R. E., Hampshire, A. D. G., Lorenz, R. & Carhart-Harris, R. L. (2018). Predicting responses to psychedelics: a prospective study. *Frontiers in pharmacology*, 9, 897. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00897>
- Halpern, J. H., Lerner, A. G. & Passie, T. (2018). A review of hallucinogen persisting perception disorder (HPPD) and an exploratory study of subjects claiming symptoms of HPPD. *Behavioral neurobiology of psychedelic drugs*, 333–360. https://doi.org/10.1007/7854_2016_457
- Hendricks, P. S., Thorne, C. B., Clark, C. B., Coombs, D. W. & Johnson, M. W. (2015). Classic psychedelic use is associated with reduced psychological distress and suicidality in the United States adult population. *Journal of psychopharmacology*, 29(3), 280–288. <https://doi.org/10.1177/0269881114565653>
- Hinkle, J. T., Graziosi, M., Nayak, S. M. & Yaden, D. B. (2024). Adverse events in studies of classic psychedelics: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2546>
- Honk, L., Stenfor, C. U. D., Goldberg, S. B., Hendricks, P. S., Osika, W., Dourron, H. M., Lebedev, A., Petrovic, P. & Simonsson, O. (2024). Longitudinal associations between psychedelic use and psychotic symptoms in the United States and the United Kingdom. *Journal of affective disorders*, 351, 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.197>
- Holm, S., Petersen, M. A., Enghoff, O. & Hesse, M. (2023). Psychedelic discourses: A qualitative study of discussions in a Danish online forum. *International Journal of Drug Policy*, 112, 103 945. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103945>
- Horowitz, M. J. (1969). Flashbacks: recurrent intrusive images after the use of LSD. *American Journal of Psychiatry*, 126(4), 565–569. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.4.565>
- Hunter, E. C. M., Phillips, M. L., Chalder, T., Sierra, M. & David, A. S. (2003). Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1451–1467. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00066-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00066-4)
- Jacobsen, H. B., Stubhaug, A., Holmøy, B., Kvam, T. M. & Reme, S. E. (2021). Have Norwegians tried psilocybin, and do they accept it as a medicine? *Journal of Psychedelic Studies*, 5(1), 33–36. <https://doi.org/10.1556/2054.2021.00167>
- Johansen, P. Ø. & Krebs, T. S. (2015). Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: A population study. *Journal of psychopharmacology*, 29(3), 270–279. <https://doi.org/10.1177/026988114568039>
- Johnson, M. W. (2020). Consciousness, religion, and gurus: pitfalls of psychedelic medicine. *ACS Pharmacology & Translational Science*, 4(2), 578–581. <https://doi.org/10.1021/acscptsci.0c00198>
- Johnson, M. W., Griffiths, R. R., Hendricks, P. S. & Henningfield, J. E. (2018). The abuse potential of medical psilocybin according to the 8 factors of the Controlled Substances Act. *Neuropharmacology*, 142, 143–166. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2018.05.012>
- Johnson, M. W., Richards, W. A. & Griffiths, R. R. (2008). Human hallucinogen research: guidelines for safety. *Journal of psychopharmacology*, 22(6), 603–620. <https://doi.org/10.1177/0269881108093587>
- Johnstad, P. G. (2021). Day trip to hell: A mixed methods study of challenging psychedelic experiences. *Journal of Psychedelic Studies*, 5(2), 114–127. <https://doi.org/10.1556/2054.2021.00155>
- Kruger, D. J., Aday, J. S., Fields, C. W., Kolbman, N., Glynos, N., Barron, J., ... & Boehnke, K. F. (2025). Psychedelic therapist sexual misconduct and other adverse experiences among a sample of naturalistic psychedelic users. *Psychiatric Medicine*, 3(1), 41–47. <https://doi.org/10.1089/psymed.2024.0011>
- Kruger, D. J., Enghoff, O., Herberholz, M., Barron, J. & Boehnke, K. F. (2023). «How do I learn more about this?»: Utilization and trust of psychedelic information sources among people naturalistically using psychedelics. *Journal of Psychoactive Drugs*, 55(5), 631–639. <https://doi.org/10.1080/02791072.2023.2201263>

- Lambert, D., Van Den Berg, N. H. & Mendrek, A. (2021). Adverse effects of meditation: A review of observational, experimental and case studies. *Current Psychology*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01503-2>
- Löwe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M.,... & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*, 52(4), 632–648. <https://doi.org/10.1017/S033291721004177>
- Lutkajtis, A. & Evans, J. (2023). Psychedelic integration challenges: Participant experiences after a psilocybin truffle retreat in the Netherlands. *Journal of Psychedelic Studies*, 6(3), 211–221. <https://doi.org/10.1556/2054.2022.00232>
- Marrocu, A., Kettner, H., Weiss, B., Zeifman, R. J., Erritzoe, D. & Carhart-Harris, R. L. (2024). Psychiatric risks for worsened mental health after psychedelic use. *Journal of Psychopharmacology*, 38(3), 225–235. <https://doi.org/10.1177/02698811241232548>
- Martinotti, G., Santacrose, R., Pettorruso, M., Montemiro, C., Spano, M., Lorusso, M., Di Giannantonio, M. & Lerner, A. (2018). Hallucinogen persisting perception disorder: etiology, clinical features, and therapeutic perspectives. *Brain sciences*, 8(3), 47. <https://doi.org/10.3390/brainsci8030047>
- McConnell, A., He, W., McConnell, H., Sperandei, S. & Sowman, P. F. (2025). The never-ending trip: Associations between Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD) and non-visual perceptual disturbances. *Journal of Psychedelic Studies*, 9(3), 212–220. <https://doi.org/10.1556/2054.2024.00408>
- McGovern, H. T., Grimmer, H. J., Doss, M. K., Hutchinson, B. T., Timmermann, C., Lyon, A., Corlett, P. R. & Laukkonen, R. E. (2024). An Integrated theory of false insights and beliefs under psychedelics. *Communications Psychology*, 2(1), 69. <https://doi.org/10.1038/s44271-024-00120-6>
- McNamee, S., Devenot, N. & Buisson, M. (2023). Studying harms is key to improving psychedelic-assisted therapy—participants call for changes to research landscape. *JAMA psychiatry*, 80(5), 411–412. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0099>
- Morton, E., Sakai, K., Ashtari, A., Pleet, M., Michalak, E. E. & Woolley, J. (2023). Risks and benefits of psilocybin use in people with bipolar disorder: An international web-based survey on experiences of ‘magic mushroom’ consumption. *Journal of Psychopharmacology*, 37(1), 49–60. <https://doi.org/10.1177/02698811221131997>
- Müller, F., Kraus, E., Holze, F., Becker, A., Ley, L., Schmid, Y., Vizeli, P., Liechti, M. E., & Borgwardt, S. (2022). Flashback phenomena after administration of LSD and psilocybin in controlled studies with healthy participants. *Psychopharmacology*, 239(6), 1933–1943. <https://doi.org/10.1007/s00213-022-06066-z>
- Nesvåg, R., Bramness, J. G. & Yström, E. (2015). The link between use of psychedelic drugs and mental health problems. *Journal of Psychopharmacology*, 29(9), 1035–1040. <https://doi.org/10.1177/0269881115596156>
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (9), 1127–1128. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2007a-so8ae-Prinsipperklæring-om-evidensbasert-psykologisk-praksis
- Picciotto, G., Fox, J. & Neto, F. (2018). A phenomenology of spiritual bypass: Causes, consequences, and implications. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 20(4), 333–354. <https://doi.org/10.1080/19349637.2017.1417756>
- Popkirov, S., Staab, J. P. & Stone, J. (2018). Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. *Practical neurology*, 18(1), 5–13. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2017-001809>
- Preller, K. H. & Vollenweider, F. X. (2018). Phenomenology, structure, and dynamic of psychedelic states. *Behavioral neurobiology of psychedelic drugs*, 221–256. https://doi.org/10.1007/7854_2016_459
- Robinson, O. C., Evans, J., McAlpine, R. G., Argyri, E. K. & Luke, D. (2025). An investigation into the varieties of extended difficulties following psychedelic drug use: Duration, severity and helpful coping strategies. *Journal of Psychedelic Studies*, 9(2), 117–125. <https://doi.org/10.1556/2054.2024.00420>
- Rockhill, K. M., Black, J. C., Ladka, M. S., Sumbundu, K. B., Olsen, H. A., Jewell, J. S., Hunt, J., Wolf, R. C., Nerurkar, K., Dart, R. C. & Monte, A. A. (2025). The Rise of Psilocybin Use in the United States: A Multisource Observational Study. *Annals of Internal Medicine*, 178(7). <https://doi.org/10.7326/ANNALS-24-03145>
- Ross, L. K., Nickles, D. (Producers) & Tillet Wright, I. (Host). (2021–2022). *Cover Story: Power Trip* [Audio podcast]. *New York Magazine; Psychosia; Vox Media*. <https://www.psymposia.com/powertrip-2/>
- Schacter, D. L. (2022). The seven sins of memory: An update. *Memory*, 30(1), 37–42. <https://doi.org/10.1080/09658211.2021.1873391>
- Schutt, W. A., Exline, J. J. & Pait, K. C. (2025). How psychedelic experiences can cause, worsen, or resolve spiritual struggles: A mixed-methods study of psychedelic users. *Psychology of Religion and Spirituality*, 17(4), 398–414. <https://dx.doi.org/10.1037/relo000562>
- St. Arnaud, K. O. & Sharpe, D. (2023). Contextual parameters associated with positive and negative mental health in recreational psychedelic users. *Journal of psychoactive drugs*, 55(1), 30–39. <https://doi.org/10.1080/02791072.2022.2039815>
- Simonsson, O., Goldberg, S. B., Osika, W., Stenfors, C. U. D., Chaturvedi, S., Swords, C. M., Narayanan, J. & Hendricks, P. S. (2025). Longitudinal associations of naturalistic psychedelic use with psychotic and manic symptoms. *Psychological Medicine*, 55, e99. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000716>
- Simonsson, O., Hendricks, P. S., Swords, C. M., Osika, W. & Goldberg, S. B. (2025). Naturalistic psychedelic use and changes in depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 119 857. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119857>
- Simonsson, O., Goldberg, S. B., Chambers, R., Osika, W., Simonsson, C. & Hendricks, P. S. (2025). Psychedelic use and psychiatric risks. *Psychopharmacology*, 242(7), 1577–1583. <https://doi.org/10.1007/s00213-023-06478-5>
- Simonsson, O., Hendricks, P. S., Chambers, R., Osika, W. & Goldberg, S. B. (2023). Prevalence and associations of challenging, difficult or distressing experiences using classic psychedelics. *Journal of Affective Disorders*, 326, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.073>
- Strassman, R. (2018, 3. april). We now call ‘bad trips’ ‘challenging experiences’. Here’s why that’s misguided. *Psychosia*. <https://www.psymposia.com/magazine/bad-trips-challenging-experiences-misguided/>
- Timmermann, C., Kettner, H., Letheby, C., Roseman, L., Rosas, F. E. & Carhart-Harris, R. L. (2021). Psychedelics alter metaphysical beliefs. *Scientific reports*, 11(1), 22 166. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01209-2>
- Tunstad, P. A., Kvam, T. M., Uthaug, M. V., Stewart, L. H., Andersen, K. A. & Grønnerød, C. (2025). Contextual and experiential aspects of the psychedelic experience predicting improvement in subjective wellbeing: results from a Norwegian internet convenience sample. *Frontiers in pharmacology*, 16, 1 556 299. <https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1556299>
- van Elk, M. & Fried, E. I. (2023). History repeating: guidelines to address common problems in psychedelic science. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 13, 20 451 253 231 198 466. <https://doi.org/10.1177/20451253231198466>
- Vis, P. J., Goudriaan, A. E., Ter Meulen, B. C. & Blom, J. D. (2021). On perception and consciousness in HPPD: A systematic review. *Frontiers in neuroscience*, 15, 675 768. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.675768>
- Watkins, E. R. & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour research and therapy*, 127, 103 573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Yaden, D. B., Potash, J. B. & Griffiths, R. R. (2022). Preparing for the bursting of the psychedelic hype bubble. *JAMA psychiatry*, 79(10), 943–944. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2546>
- Yang, K. H., Han, B. H. & Palamar, J. J. (2022). Past-year hallucinogen use in relation to psychological distress, depression, and suicidality among US adults. *Addictive behaviors*, 132, 107 343. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107343>
- Yang, J., Millman, L. M., David, A. S. & Hunter, E. C. (2023). The prevalence of depersonalization-derealization disorder: a systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(1), 8–41. <https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2079796>
- Yildirim, B., Sahin, S. S., Gee, A., Jauhar, S., Rucker, J., Salgado-Pineda, P., Pomarol-Clozet, E., & McKenna, P. (2024). Adverse psychiatric effects of psychedelic drugs: a systematic review of case reports. *Psychological Medicine*, 1–13. <https://doi.org/10.1017/S0033291724002496>
- Zhou, K., de Wied, D., Carhart-Harris, R. L. & Kettner, H. (2025). Prediction of hallucinogen persisting perception disorder and thought disturbance symptoms following psychedelic use. *PNAS nexus*, 4(4), pgae560. <https://doi.org/10.1093/pnasnexus/pgae560>

Hvordan tenker folk om fremtiden?

I avhandlingen ble det brukt nettbaserte eksperimenter for å forstå hvordan folk forholder seg til fremtiden.

Første artikkel testet om folk er ærligere enn de forventer. Studiedeltakerne ($N = 3220$) ble tilfeldig plassert i en av to grupper: 1) De ble bedt om å utføre en oppgave de kunne jukse på, eller 2) de skulle oppgi hvor mye de forventet at de ville jukset på oppgaven. Deltakerne som utførte oppgaven, var ærligere (jukset mindre) enn de andre deltakerne forventet at de ville vært. Deltakerne overvurderte også hvor mye andre jukset.

Andre artikkel ($N = 3155$) består av tre eksperimenter som viser at folk planlegger mer for en best mulig fremtid enn en verst mulig fremtid, både når de planlegger for seg selv og

når de gir råd til andre.

Optimistisk planlegging forekom både blant amerikanske pandedeltakere og ungdommer fra Tanzania, to grupper der fremtidsutsiktene er veldig ulike.

Tredje artikkel viser at miljøvennlig atferd kan påvirkes av om belønninger blir gitt nå eller i fremtiden. Studiedeltakerne ($N = 2013$) fikk 10 dollar som de kunne beholde selv – de kunne også donere så mye de ville av dette beløpet til en effektiv klimastiftelse.

Om pengene ble donert med én gang, istedenfor om fire måneder, gav deltakerne mer til klimastiftelsen. Om pengene de kunne beholde selv, ble betalt om fire måneder, og ikke nå, gav de også mer til stiftelsen. Tro på klimaendringer og politisk orientering påvirket ikke styrken på effekten. ♡



FOTO: PRIVAT

Simen Bø

Mental time travelers: Identifying and addressing shortcomings in how we plan, predict, and act with the future in mind

Disputas 28.11.2025

Institutt for strategi og ledelse, Norges Handelshøyskole

Forsket på spredning av nakenbilder

I avhandlingen forsøkte Stine Nygård å forstå spredning av nakenbilder fra perspektivet til ofre, gjerningspersoner og tilskuere. I artikkelen fortalte ofre, i semistrukturerte intervjuer, at spredningen av nakenbilder gjorde at de opplevde å miste kontroll over egen kropp, miste deler av privatlivet, havne i et offentlig søkelys og bli fanget i usikkerhet. Negative reaksjoner fra andre ble trukket frem som spesielt ubehagelig.

Artikkel to bestod av en systematisk litteraturgjennomgang av hva som kjennetegner dem som deler andres nakenbilder. Det tydeligste mønsteret var at personer som delte andres nakenbilder uten samtykke, hadde opplevd at det samme hadde skjedd dem.

I motsetning til en tanke om at slik bildedeling motiveres av et ønske om å skade eller ydmyke andre, viste det seg at folk ofte delte bildene av sosiale

grunner: for å vise seg frem, for å oppleve tilhørighet i en gruppe eller for å få sosial støtte.

I artikkel tre utviklet Nygård en validert skala for å undersøke hvordan tilskuere forholder seg til spredning av nakenbilder. Hvordan man forholder seg som tilskuer, avhenger av kjønn, seksuell orientering, tidligere opplevelser med spredning av nakenbilder, empati, mørke personlighetstrekk (*dark triad*) og tendenser til å skyldte på offeret (*victim-blaming attitudes*).

På bakgrunn av sine funn foreslår Nygård at intervensjoner som fremmer kritisk tenkning og støttende ferdigheter blant tilskuere, kan være gode intervensjonsstrategier i møte med spredning av nakenbilder uten samtykke. Dette reflekterer også hvor stor betydning andres reaksjon på spredningen har for ofrenes opplevelse. ♡



FOTO: KATINKA GOFFIN, UIO

Stine Nygård

Sketching a socio-ecological model of nonconsensual intimate image sharing and its harms: A study of victims, perpetrators, and bystanders

Disputas 09.10.2025

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Psykologforeningen har fått nye og skjerpede krav til godkjenning av vedlikeholdsaktiviteter. De nye kravene har foreningen ikke informert om, og håndhevingen virker lite konsistent.

Forskjellsbehandling av vedlikeholdsaktivitetene



TEKST Barbro Andersen
Somatic Experiencing Instituttet
Norge DA

KONTAKT barbroandersen@gmail.com

MERKNAD Barbro Andersen er stifter og medeier i Somatic Experiencing Instituttet Norge DA.

Siden 2009 har det vært et tilbud om utdanning i traumebehandlingsmetoden Somatic Experiencing (SE) i Norge, og den tilbys av Somatic Experiencing Instituttet Norge DA, der jeg er medeier. SE-utdannelsen har blitt godkjent som vedlikeholdsaktivitet av Psykologforeningen i 16 år.

Somatic Experiencing-modellen er utviklet av Peter Levine, som har doktorgrad i medisinsk biofysikk og psykologi. Hans stress- og traumebehandlingsmodell er knyttet til nevrofysiologisk grunnforskning og involverer flere fagdisipliner. Behandlingsmodellen ble utviklet noe senere (Levine, 1976, 2010).

I Norge er det 8. kullet i gang med SE-utdannelsen, som består av en kursrekke som går over 38 dager fordelt på tre år. Omtrent en tredjedel av de SE-utdannede i Norge er psykologer. I USA har APA godkjent SE-utdannelsen i 21 stater (Somatic Experiencing International, u.å.).

Brått ny praksis

Til tross for at vi har tilbudt SE-utdannelsen som vedlikeholdsaktivitet i mange år, ble søknad om fortsatt godkjenning avslått av Psykologforeningen 5. oktober 2025, med begrunnelse i manglende evidens. Bakgrunn for avslag og prosessen rundt krav til dokumentasjon har fremstått diskriminerende og uklar. Det er flere grunner til at jeg ønsker å bringe dette opp i Psykologtidsskriftet. Jeg

bekymrer meg for medlemmenes valgfrihet når de skal vedlikeholde sin spesialitet. Konsekvensen av det nevnte avslaget vil til syvende og sist bli en innsnevring av et kroppssorientert behandlingstilbud i psykisk helsevern. Vi erfarer at kroppssorienterte behandlingstilbud egner seg til de mest sårbare pasientene med posttraumatisk stresslidelse, PTSD, der man arbeider via sansene og kroppen. Dette er oftest klienter som ikke responderer på kognitiv atferdsterapi eller Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Kearney & Lanius, 2022).

Ikke første gang

Psykologforeningens stemoderlige behandling av SE-utdannelsen som vedlikeholdsaktivitet er ikke ny for oss.

I 2011 arrangerte SE-Instituttet et seminar med Stephen Porges og Sue Carter. Porges' polyvagal-teori er integrert i Somatic Experiencing-teorien og flere andre traumebehandlingsmodeller (Porges, 2025). Porges kom til Norge første gang i 2010, der han hadde et dagskurs i regi av Senter for krisepsykologi. Dette dagskurset ble godkjent som vedlikehold av Psykologforeningen. Da SE-Instituttet søkte godkjenning for seminaret vi arrangerte med Carter og Porges året etter, fikk vi et overraskende avslag av Psykologforeningen. I samme e-post fikk vi beskjed om at SE-utdannelsen ikke lenger var godkjent som vedlikeholdsaktivitet.

Vi samarbeidet den gang med RVTS Sør om samordning av Porges' reise og opphold.

RVTS Sørs kurs ble godkjent, men ikke vårt. Vi fant det urimelig og anket Psykologforeningens vedtak. I anken la vi ved dokumentasjon. I tillegg fikk Psykologforeningen uttalelser fra sentrale aktører i traumebehandlingsfeltet som kjente til SE-metoden og/eller Porges. Anken medførte at seminaret vårt i Oslo ble godkjent. SE-utdannelsen fikk også tilbake sin status som vedlikeholdsaktivitet. Psykologforeningen beklaget og sa at de kjente for lite til disse nye metodene, noe jeg oppfattet som en ryddig og sympatisk innrømmelse.

Ikke ønsket?

Problemet med å få anerkjennelse for SE-utdanningen stoppet dessverre ikke med det som skjedde i 2011. I 2025 opplever vi å være i en lignende situasjon med Psykologforeningen.

Vi søkte opprinnelig om godkjenning for en ny vedlikeholdsaktivitet på 72 timer for Somatic Ego State Terapi (SEST) 21. januar i år. Metoden er utviklet av Maggie Phillips (Zanotta, 2024). Jeg fikk som svar tilsendt et skjema fra Psykologforeningen og ble bedt om å dokumentere evidens med bl.a. to gruppestudier. På grunn av tidsnød før arrangementet og for få påmeldte avlyste vi utdannelsen. Jeg gav ikke beskjed til Psykologforeningen om avlysningen og lot det ligge.

Proaktiv Psykologforening

Noen måneder senere ble jeg plutselig kontaktet av Psykologforeningen med følgende melding:

«Vi kan ikke se at vi har mottatt etterspurt beskrivelse av dokumentert evidens i SE-metodekurset deres. Jeg sendte deg skjemaet på mail. Derfor avslår vi søknaden og ber dere om å fjerne den tidligere godkjenningen fra nettsidene deres. Dere er ikke godkjent som vedlikeholdskurs for psykologspesialister per 2025.»

Jeg sendte svar og forklarte at SEST-utdannelsen var avlyst grunnet få påmeldinger, og at jeg regnet med at dette måtte være en misforståelse. SE-utdannelsen var blitt godkjent i en årrekke allerede, og vi så ikke at noe prinsipielt var endret. Jeg ble nå bedt om å dokumentere evidens på SE-utdannelsen og å fjerne informasjon om godkjenning på SE-instituttets nettsider. Dokumentasjon på evidens med gruppestudier ble sendt inn 1. mai. Psykologforeningen formidlet at de ikke hadde kompetanse selv på å vurdere det innsendte materialet, og at de måtte ha vurdering fra Spesialistutvalget. Jeg fikk tilbake-melding fra saksbehandler 17. juni om at søknaden var overført Fagpolitisk avdeling. Uken etter fikk jeg beskjed om at jeg måtte redegjøre for risiko og refleksjon rundt bruk av berøring som tilbys av enkelte SE-behandlere. Artikkel om dette ble sendt inn 2. august. Saksbehandler bekreftet mottak av innsendt materiale den 5. august. Deretter gikk det to måneder før jeg fikk et endelig avslag på søknaden. Begrunnelse for avslaget var som følgende: I min redegjørelse om bruk av berøring formidlet jeg at SE-metoden er utviklet som et alternativ til metoder som har bidratt til å sprengte toleransevinduet hos pasienten der grenseoverskridelser og katarsisorienterte terapier benyttes. I Psykologforeningens konklusjon nevnes dette som: *«De beskriver at det er en kroppssorientert metode som henviser spesifikt til karakteranalyse og oppgir å være noe knyttet til karakteranalytisk teori.»* Min forklaring og tydelige avgrensning opp mot eldre karakteranalyse er ikke kommet frem, men jeg oppfatter derimot at begrepet *karakteranalyse* brukes mot SE-metoden av Psykologforeningen.

Videre konkluderte de med: *«Det vurderes dermed at krav til minst to gruppestudier er oppfylt, men at krav til minst en sekundæranalyse ikke er oppfylt, og at kravet til å vise effekt på nivå med tilsvarende etablert virksom behandling heller ikke er oppfylt.»* Jeg oppfattet nå at nye krav var kommet til som vi ikke tidligere var blitt informert om.

Ulike regler for ulike aktører

RVTS Sør tilbyr utdanning i den kroppssorienterte traumebehandlingsmetoden Sensorimotorisk Psykoterapi (SP) som er en kombinasjon av elementer fra SE-metoden og Hakomi-metoden. Hakomi er en karakteranalytisk tradisjon. SP tilbys via et privateid institutt i USA, Sensorimotor Psychotherapy Institute (SPI). Etter avslaget var mottatt, kontaktet jeg den ansvarlige ved RVTS Sør og fikk fortalt at vedkommende ikke hadde blitt avkrevd å oppgi dokumentasjon på evidens da de søkte om godkjenning for sitt kurs våren 2025. Jeg opplever at Psykologforeningen behandler søkere ulikt.

Innskjerping for vedlikeholdsaktivitet

På spørsmål til Psykologforeningen etter at avslaget var mottatt, får jeg opplyst at samme krav gjelder for evidens ved metodeutdannelse som søkes som vedlikehold, som for spesialistutdannelse. Disse nye kravene er imidlertid ikke gjort kjent for alle før inntil nylig, siden det ikke lå som informasjon på Psykologforeningens nettsider tidligere i oktober 2025. De nye kravene er nylig lagt ut på nettsidene etter at jeg etterspurte informasjonen om dette.

Likevel sitter jeg igjen med spørsmålet om de nye kravene nå skal gjelde alle lengre kurs for vedlikehold?

Jeg opplever at Psykologforeningen med dette overstyrer hva psykologspesialister kan velge av vedlikeholdsaktiviteter. Spesifikt kropporientert behandling for PTSD ser ut til å være utsatt, men muligens også andre nyere behandlingsmetoder.

Ingen kropporienterte behandlingsmetoder for PTSD har foreløpig effekt på meta- eller sekundæranalyse-nivå fordi metodene er relativt nye innovasjoner på feltet. Med dette risikerer psykologspesialister å bli akterutseilt hva angår faglige oppdateringer sammenlignet med psykologer som ikke satser på spesialisering. I snitt tar det 36 år fra en behandlingsmetode utvikles, til det foreligger sekundæranalyser. Rommet for faglig bredde innsnevres, mens det etablerte vinner hegemoni. Kropporienterte behandlingsteknikker har alltid vært en del av enkelte psykologers verktøykasse i Norge. 

REFERANSER

- Kearney, B. E. & Lanius, R. (2022). The brain-body disconnect: A somatic sensory basis for trauma-related disorders. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1 015 749. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1 015 749>
- Levine, P. A. (1976). *Accumulated Stress, Reserve Capacity and Disease*. [Doktorgradsavhandling]. University of California, Berkeley. [levine-doctoral-thesis-1976-accumulated-stress-reserve_capacity_and_disease.pdf](https://www.proquest.com/docview/2311111111)
- Levine, P. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books. <https://doi.org/10.1037/e570 412 013-014>
- Porges, S. W. (2025). Polyvagal theory: A journey from physiological observation to neural innervation and clinical insight. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 19. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2025.1 659 083>
- Somatic Experiencing International (u.å.). Continuing Education Credits. <https://traumahealing.org/continuing-education-credits/>
- Zanotta, S. (2024). *Somatic Ego State Therapy for Traumahealing, Whole Again*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9 781 003 460 602>

Hvordan knekke en fagetisk nøtt?

Sliter du med en fagetisk problemstilling i klinikk?
 Ser du etiske dilemma ved psykologenes praksis og rolle i samfunnet?

Vi ønsker bidrag til Etikkpanelet. Del dine etiske refleksjoner med oss.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Uten begrunnelser står vi uten mulighet til å evaluere hvorvidt påstander er basert på misoppfatninger. Vi har ikke kunnskap om vi ikke kan begrunne.

Evidensbasert praksis i psykologi – en begrunnet standard?



TEKST Henrik Berg
Universitetet i Bergen
Universitetet i Agder

Prinsipperklæringen for evidensbasert praksis i psykologi definerer psykologiens to kanskje vanskeligste spørsmål. Det første er hva som kjennetegner vitenskapelig kvalitet. Det andre er hvordan vi skal definere beste praksis.

Like viktig som de konkrete svarene prinsipperklæringen har på disse spørsmålene, er begrunnelsene den tilbyr. Begrunnelser har en enkel funksjon; de lar oss avgjøre argumenters holdbarhet. Et hovedproblem med prinsipperklæringen er at den fremstår som et løsrevet vedtak og ikke som en velbegrunnet standard.

Uten begrunnelser, ingen kunnskap

Den mest innflytelsesrike definisjonen av kunnskap er velbegrunnede og sanne oppfatninger (Gettier, 1963; Plato, 1987). Etter denne definisjonen har vi ikke kunnskap dersom vi ikke kan begrunne. Bakgrunnen for begrunnelseskravet er at vi kan ha misoppfatninger. Begrunnelsene våre setter oss i stand til å evaluere ulike påstander. Altså, uten begrunnelser, ingen kunnskap.

Begrunnelseskravet gjelder imidlertid også for hvilke metoder vi bruker for å innhente kunnskap. I behandlingsforskning er man blant annet opptatt av påstander av typen: «X kurerer Y.» Hvis vi mener at «X kurerer Y», er det (vanligvis) fordi undersøkelser som benytter en bestemt forskningsmetode, tyder på det. Men så kommer spørsmålet: Hvordan begrunner vi tilliten til forskningsmetoden? – Stopper resonnementet her, er hele påstandsstrukturen tuftet på dogmatikk. Vi må kunne begrunne de metodologiske standardene våre, hvis ikke er alle kunnskapskilder i bunn og grunn like gode/dårlige.

Kritikk bærer fremover

Vitenskapen er en sosialt organisert aktivitet. Det er viktig for at forskere skal kunne kritisere hverandre. Slik finner vitenskapen (presumptivt) frem til mer holdbare standpunkter. Men det er også viktig fordi definisjonen av vitenskapelig kvalitet spriker. I psykologien er det mange ulike oppfatninger om både saksforhold (f.eks. arv og miljø) og metodologiske standarder. I psykologien er det et metodisk mangfold som kan spores gjennom hele historien. Allerede Wundt skilte mellom eksperimentalsykologi og en mer kvalitativ folkepsykologi. I dagens psykologi er både kvantitative (Appelbaum et al., 2018) og kvalitative metoder (Levitt et al., 2018) bredt anerkjent. Dette mangfoldet er det foreløpige sluttproduktet av mange forskergenerasjoners arbeid og gjensidige kritikk. Dette er vitenskapens gang og en helt sentral del av vitenskapens natur.

I prinsipperklæringen finnes det et evidenshierarki. Evidenshierarkiet er riktignok avgrenset til å gjelde spesifikke intervensjoner (for øvrig en krevende og uspesifisert avgrensning). I evidenshierarkiet anses randomiserte kontrollerte forsøk som den beste metoden. Bakgrunnen er at den kan gi oss høyest indre validitet. Men hva den kan gi oss høyest indre valide påstander om, og hvorfor dette er mest nyttig for psykoterapi praksis, gir den ikke svar på. Påstander på populasjonsnivå kan for eksempel ikke uten videre anvendes på enkeltindivider. Det allmenne (nomotetiske) og det særegne (idiografiske) samsvarer ofte ikke. Dessuten er det ofte vanskelig å gjenskape betingelsene en behandlingsform var testet under. Det vil alltid være en betydelig usikkerhet når eksperimentelle funn skal ut i en kompleks verden.

Empiriske påstander uten begrunnelser

De som kjenner til prinsipperklæringens historie, vet at den kommer fra medisinen (American Psychological Association, 2006). Men heller ikke evidensbasert medisin tilbyr en begrunnelse for sin kunnskapsstandard. At empiriske påstander må ha empirisk støtte, er rimelig åpenbart og helt ukontroversielt. Spørsmålet er hvorfor vi skal velge ut *en* metode blant det store mangfoldet som kan gi oss svar på en rekke ulike spørsmål. Det finnes mange ulike forskningsspørsmål, og ingen forskningsmetode kan besvare alle. Det er en drastisk innskrenking av en vitenskap og en ganske fagarrogant manøver. Da hjelper det på ingen måte at det ikke tilbys noen begrunnelse.

Vitenskapens viktigste trekk er den kritiske tenkemåten. Fordi den er ubegrunnet, er evidensbasert praksis i psykologi dogmatisk. Slik den er formulert, er den til hinder for kritisk tenkning og utvikling av psykologifaget – også fordi den innstifter svake epistemiske normer. Psykologi er en pluralistisk vitenskap og kan ikke uten videre forstås metodehierarkisk. Prinsipperklæringen for evidensbasert praksis i psykologi gir oss heller ingen holdepunkter for å endre den oppfatningen.

REFERANSER

- American Psychological Association. (2006). Policy statement on evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Appelbaum, M., Cooper, H., Kline, R. B., Mayo-Wilson, E., Nezu, A. M. & Rao, S. M. (2018). Journal article reporting standards

- for quantitative research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/amp000191>
- Gettier, E. L. (1963). Is Justified True Belief Knowledge? *Analysis*, 23(6), 121–123. <https://doi.org/10.1093/analys/23.6.121>
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost,

- D. M., Josselson, R. & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1). <https://doi.org/10.1037/amp000151>
- Plato. (1987). *Theaetetus*. Penguin.

Arbeid med stor emosjonell belastning er risikabelt. Ivaretakelsen av ansatte må settes i system.

Hvem hjelper hjelperen?



TEKST Benedicte Storø Endresen
Voksenpsykiatrisk poliklinikk
ved Universitetssykehuset
Nord-Norge, Åsgård

Anniken Lian Johansen
Voksenpsykiatrisk poliklinikk ved
Universitetssykehuset Nord-Norge

Norsk helsevesen preges av effektivisering og store nedskjæringer. Direktør-lønningene vokser i takt med sykefraværet til dem som står direkte i pasient-behandlingen. Som hjelpere står vi i landets mest helseskadelige yrker – uten etablert verneutstyr eller et system for ivaretagelse. Dette reiser et presserende spørsmål: Hvem hjelper hjelperen?

Emosjonelle krav

Høsten 2024 leste vi om det høyeste sykefraværet på 15 år. Tall fra Nav (2024) viser at økningen i sykefraværet var størst for aldersgruppene 35–44 år, og at mesteparten av økningen skyldtes psykiske lidelser. Sykepleiere, vernepleiere/ sosialarbeidere, leger og psykologer troner statistikken med høyest sykefravær. Ifølge statistikk fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI/NOA, 2024) fremkommer det at arbeid med høye emosjonelle krav utgjør økt risiko for utvikling av helseplager. STAMI definerer emosjonelle krav som det å måtte justere eller undertrykke egne følelser eller håndtere andre menneskers følelser.

Arbeidsmiljøloven stiller krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, samt nødvendig opplæring og øvelse i bruk av verneutstyr. Loven slår fast at dette er et arbeidsgiveransvar, som ikke må overlates til den enkelte. Fra 1. januar 2026 vil loven tydeliggjøre at kravet også gjelder det psykososiale arbeidsmiljøet, herunder spesifikt emosjonelle krav og belastninger i arbeid med mennesker. Betyr det at vi vil få nødvendig opplæring i bruk av «vernebriller og hjelm» mot emosjonelt belastende arbeid?



«Psykologer sutrer for mye»

Flere yrkesgrupper med hjelpere har ropt varsko. Veterinærene er bekymret over at de topper selvmordsstatistikken. Legene tar et oppgjør med det såkalte rotteracet i helsevesenet gjennom kampanjen #legermåleve, i etterkant av et selvmord i egne rekker. I psykologstanden spenner debatten mellom titler som *Psykologer sutrer for mye* (Halvorsen, 2023) til *Psykoterapeutens tragedie* (Betin, 2023). Den ene siden argumenterte for at andre yrkesgrupper har det verre, og viser til en ny generasjon psykologer som har møtt for lite motstand i livet og har for svak systemforståelse. Den andre siden skildret psykoterapeuten som selv svømmer i kortisol og gråter inne på toalettet mellom pasientmøter.

Så tidlig som i marsutgaven av Tidsskrift for Norsk psykologforening fra 1987 fremmet Atle Dyregrov behovet for anerkjennelse av konsekvensene av hjelpearbeid:

Jeg tror det er viktig at vi som psykologer i likhet med andre hjelpere er oss bevisst den pris vi betaler for å hjelpe andre, og at vi bedrer den kollegiale støtten. Vi må ta ansvar for å støtte hverandre, for å bry oss, for å våge og strekke ut en hånd, og ikke minst for å motta den støtte som tilbys oss (Dyregrov, 2012).

Selv fikk vi allerede i studietiden høre at nyutdannede psykologer sto i fare for å bli utbrent i løpet av de første to årene av yrkeslivet. I dag oppgir mange yngre psykologer å være i skvis mellom krav om økt produktivitet og forsvarlig pasientbehandling. *Spesialistflukt* har blitt et velkjent begrep som viser til at også spesialisert kompetanse flykter fra offentlig helsevesen, til fordel for privat sektor.

Gjennom tiden vår i yrket har vi fanget opp tegn på slitasje, både hos oss selv og våre kolleger. Det kan vise seg i form av emosjonelle uttrykk som strekker seg fra tynn hud og kort lunte til kynisme og nummenhet. Veiledning og felles møter nedprioriteres, pauser kuttes og kontordører lukkes. Forsøk på å lette egen byrde kan gjennom ustrukturert debriefing ende med å i stedet spre belastningen til kolleger. Mange opplever usikkerhet rundt rammer og omfang av arbeidsoppgaver, og bruker overdrevent lang tid på journalføring og administrative oppgaver. Forsøk på å løse dette kan ende med overtidssjobbing, gjerne sene kvelder, uten å registrere arbeidet.

Både fysisk og mentalt blir skillet mellom jobb og privatliv mer utydelig. Omsorg og selvregulering gjentas i det uendelige – både på jobb og i familielivet – mens egne grunnleggende behov settes til side. Vi mener dette ikke handler om personlige svakheter, men om en systemreaksjon på høye emosjonelle krav. De emosjonelle kravene kommer både i møtet med pasienter og uklare rammebetingelser, manglende støtte og et stadig mer uforutsigbart arbeidsliv. Den emosjonelle slitasjen forsterkes når strukturer som skal støtte hjelperen, selv ikke fungerer.

Vi mener derfor det var for unyansert av vår yrkeskollega Holgersen (Halvorsen, 2023) å si at «Psykologer sutrer for mye». Han ville kanskje ikke sagt det samme til pasientene sine: at andre har det verre, eller at de nok har møtt for lite motstand i livet. Vi mener likevel det er et poeng at vi trolig står overfor en generasjon yngre hjelpere som ikke er godt nok rustet for arbeidslivet. Samtidig er det mulig at tidligere generasjoner stilte like uforberedt, men var oppdratt til å tie og stå i det. Vi mener at den såkalte sutringen heller er et resultat av at dagens åpenhetskultur legger til rette for at flere psykologer forteller om hvordan de faktisk har det.

Empati og yrkesrisiko

«We cannot walk through water without getting wet. We cannot do this work without being affected by it» (Remen, sitert i Isdal, 2017).

Litteraturen på belastningsreaksjoner blant hjelpere er omstridt, og terminologien er kritisert for å brukes om hverandre. Allerede på 90-tallet ble det introdusert begreper som *vikarierende traumatisering* og *sekundært traumatisering*, etter oppdagelse av belastningsreaksjoner blant hjelpere i traumefeltet. Begrepene beskriver velkjente fenomener, men anerkjenner i liten grad at lignende reaksjoner også oppstår blant hjelpere som ikke nødvendigvis jobber direkte med traumer. Eksempler på mer dekkende begreper er *motoverføring*, *omsorgstretthet* og *utbrenthet*.

I arbeidet møter hjelperen ofte sterke emosjonelle uttrykk. Et av psykologiens mest grunnleggende fenomener er at følelser smitter, og empati er etablert som et av hjelperens viktigste verktøy. Profesjonalitet i yrket forbindes likevel ofte med evnen til å fremstå nøytral og holde egne reaksjoner under kontroll. Dette oppleves

— pauser kuttes og kontordører lukkes

— trenger ivaretagelse, ikke bare selvivaretagelse

for oss som motstridende signaler for hvordan vi skal forholde oss til egen empati i yrket. Som Isdal (2017) og Haavik og Toven (2020) har påpekt, er empati et tveegget sverd: nødvendig for god terapi, men farlig uten rom for restitusjon.

En annen ulempe ved å legge for stor vekt på kontroll som en profesjonell dyd er at det stiller høye krav til hva hjelperen skal tåle. Terskelen for hva som anses som alvorlig, blir gradvis flyttet. Selv direkte belastning som vold, krenkelser og devaluering kan bli ansett som en uunngåelig del av jobben. I en arbeidshverdag der travelhet idealiseres og det samtidig stilles krav om både effektivitet og høy kvalitet, blir belastningsreaksjoner blant helpere ofte ignorert og bagatellisert, både av hjelperen selv og i hjelpeyrket generelt. Problemet er at hjelperen da kan ende med å stå i slike belastninger over for lang tid – det unormale blir normalt. Vi påvirkes ikke bare av alvorlighetsgraden av hendelser, men også av omfang, varighet, mulighet for restitusjon og ikke minst konteksten av vår personlige historie og livssituasjon. Isdal (2017) illustrerer et eksempel hvor vanndråpen som drypper på en stein, ikke vil sette merke, men dersom vanndråpen drypper samme sted, dag etter dag, vil det etter hvert sette spor i steinen.

Her møter vi psykologer oss selv i døra. Ironien ved at helpere jobber seg til sykemelding, er slående, og det er et paradoks at vi som er best på å hjelpe, samtidig er dårligst på å hjelpe oss selv.

Så, hvem hjelper hjelperen?

Vi mener at det først og fremst må snakkes mer om at emosjonelle krav utgjør en yrkesrisiko for oss alle. Grunnleggende psykologi forteller oss at slitasje som skjer gradvis og over tid, er både vanskelig å oppdage og setter dype spor. Vi er derfor avhengige av hjelp fra våre kolleger til å se egne blindsoner og attribusjonsfeil.

Haavik og Toven (2020) gjør et poeng av at helpere trenger *ivaretagelse*, ikke bare *selvivaretagelse*. Vi mener at hjelp av helpere må settes i system. Både arbeidsmiljøloven og psykologien underbygger at ivaretagelse av helpere er et systemansvar. Ledelsen er kulturbærende på arbeidsplassen, og må først og fremst fremme åpenhet og normalisering av emosjonell belastning. Godt verneutstyr satt i system kan eksempelvis være forutsigbarhet, tydelige rammebetingelser, rimelig arbeidsmengde, tilrettelegging for mestring gjennom autonomi og faglig utvikling, samt faste strukturer for restitusjon, veiledning og støtte.

Til syvende og sist mener vi spørsmålet «Hvem hjelper hjelperen?» handler om hele systemets bærekraft. Dersom vi ikke bevisstgjør helpere på risikoen ved emosjonelt belastende arbeid og etablerer systemisk ivaretagelse, vil det fortsette å få store konsekvenser både for helpere og pasienter. Et betimelig spørsmål til etterfølgelse er om systemet, slik det er lagt opp i dag, er i stand til å imøtekomme endringen i arbeidsmiljøloven fra og med 1. januar 2026. ♡

REFERANSER

Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/nav/lov/2005-06-17-62/>

Betin, K. (2023). Psykoterapeutens tragedie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(6), 374–376. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2023as05ae-Psykoterapeutens-tragedie-

Dyregrov, A. (2012). Egne reaksjoner som hjelper. *Tidsskrift for Norsk psykologfore-*

ning, 49(11), 1101. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2012as11ae-Egne-reaksjoner-som-hjelper>

Haavik, M. & Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av helpere*. Universitetsforlaget.

Halvorsen, P. (2023). «Psykologer sutrer for mye». *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/intervju/2023/08/psykologer-sutrer-mye>

Isdal, P. (2017). *Smittet av vold* (1. utg.). Fagbokforlaget.

Nav. (2024, 28. november). Sykefraværet fortsatte å øke i 3. kvartal. [Nav.no.https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/sykefravaret-fortsatte-a-oke-i-3.kvartal](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/sykefravaret-fortsatte-a-oke-i-3.kvartal)

STAMI/NOA. (2024, 9. desember). *Emosjonelle krav*. <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/krav-kontroll-og-belonning/emosjonelle-krav/>

TEKST Victoria Forsberg

Å holde motet oppe



BOK *Mot til å lære: Veier til vekst og mening i hjelpeyrkene*

FORFATTER Per-Einar Binder

ÅR 2025

FORLAG Fagbokforlaget

SIDER 204

Per-Einar Binder skriver klokt og gjenkjennelig om hvordan vi kan bevare mening og medmenneskelighet i krevende hjelperoller.

Jeg begynte å gråte da jeg leste innledningen til *Mot til å lære*. Etter åtte år som psykolog, med erfaring fra både offentlig psykisk helsevern og privat praksis, følte jeg at denne boken kom meg i hendene akkurat da jeg trengte den. På disse åtte årene har jeg fått god tid til å bli konfrontert med egen utilstrekkelighet, kjenne på kroppen hvor tungt det kan være å romme andres smerte, og bli overveldet av både systemets og mine egne krav. Som forfatteren selv spør: «Hvordan være tilstrekkelig åpen uten å overveldes? Hvordan gi uten å tømmes? Hvordan bevare gløden når systemene utfordrer?» (Binder, 2025, s. 17).

Boken inneholder kloke refleksjoner rundt disse spørsmålene, og fungerer som en eksistensiell påminnelse om å fortsette å være ydmyk, nysgjerrig og til stede i møte med menneskene vi forsøker å hjelpe. Som tittelen spiller på – dette krever mot. Det krever mot å skape nærhet, men det krever også mot å avgrense. Det krever mot å vekke håp, og å innrømme egne eller terapiens begrensninger. Og ikke minst, det krever mot å akseptere realiteten om at livet inneholder smerte for oss alle uansett hva vi gjør.

Gleden og tyngden av å være terapeut

Boken er skrevet for alle hjelpeyrker, og vil være interessant for psykologer uavhengig av terapitradisjon. Binder skriver lettlest og gjenkjennelig om fenomener relatert til arbeidet med å hjelpe mennesker og møte deres smerte: tilstedeværelse og ydmykhet, utbrenthet og sekundærtraumatisering, selvivaretakelse og selvmedfølelse, perfeksjonisme, grandiositet, ærefrykt, samt behovet for fellesskap og spiritualitet. Temaene utgjør de ulike kapitlene, og etter de fleste

MERKNAD Anmelderen har undertegnet interessekonfliktkjema og oppgir ingen interessekonflikter.

kapitler er det listet opp relaterte spørsmål som utgangspunkt for egenrefleksjon. Spørsmålene er en fin måte å stoppe litt opp på, og gjøre Binder sine tanker relevant for eget liv, både privat og i yrket. Spørsmålene virker også nyttig å ta med seg inn i veiledning, både som veileder og i egen veiledning.

Gjennomgående er segmenter med skjønnlitterære fortellinger der vi møter psykologer, sosionomer, leger og andre i utfordringene de står i. Dette levendegjør ulike situasjoner og skaper variasjon i teksten. Noen skildringer fungerer bedre enn andre, men Binder skriver best når han reflekterer selv og fletter sammen filosofiske sitater, forskning og egne erfaringer i en åpen utforskning av bokens tematikk. Han tydeliggjør viktige, eksistensielle elementer for å leve godt i dette yrket gjennom livet. Ingrediensene strekker seg fra individnivå og hvordan man snakker til seg selv, til relasjoner og fellesskapet man er en del av, til det helt store perspektivet som en mer spirituell opplevelse av å eksistere i dette mystiske universet. Han gir i tillegg noen konkrete råd, blant annet om hvordan kultivere selvomsorg og hvordan bevare et liv utenfor terapirommet. Dette er nok råd mange kan ha hørt før, men som han selv påpeker, trenger vi stadige påminnelser om å ivareta oss selv og finne balanse på nytt.

Avgrenset sjenerøsitet

Særlig gjenkjennelig og godt beskrevet er spennet mange av oss står i – mellom pasienten foran oss og systemet bak oss. Det å sitte foran et ansikt, et menneske med sin unike smerte, kjenne ansvaret og ønsket om å hjelpe, og samtidig være del av et utilitaristisk helsesystem som krever nyttevurdering og prioritering. «Utilitarismen (...) teller hoder og beregner nytte. Den spør ikke hva som skjer i rommet mellom meg og denne unike personen, men hva som gir mest mulig nytte for flest mulig. Fra et utilitaristisk perspektiv er hver enkelt pasient utbytbar med en annen (...)» (s. 86). Binder beskriver hvordan vi arbeider mellom to ulike etiske tilnærminger der følelsen av ansvar eller medmenneskelig plikt ofte vil kolliderer med utilitarismens overordnede rettferdighetsprinsipp.

Videre har boken gode refleksjoner rundt den vanskelige balansegangen mellom innlevelse og avgrensning i terapirommet. Binder trekker frem begrepet «avgrenset generøsitet» (Skovholt, 2005), og beskriver hvordan vekst som terapeut skjer i rytmen mellom å lene seg frem og trekke seg tilbake – lede og følge, kunne gi, men ikke utover vår kapasitet. Han minner om faren ved å love for mye, og den onde sirkelen dette kan skape ved at vi forstrekker oss i ønsket om å redde, vekker for høye forventninger og tipper over i en «stresspreget involvering» (s. 87). Det er også her Binders eksistensielle perspektiv virkelig kommer til sin rett. Både behandler og pasient trenger å lære om livets begrensninger. Ofte vil det beste vi kan tilby, være et rom hvor smerte kan bæres (ikke fikses), og en mulighet for å «finne plass i en større fortelling om hva det vil si å være et menneske» (s. 90). Denne skildringen kjennes befriende og samtidig ubehagelig: Vårt arbeid er viktig, men vi er ikke allmektige.

— Behandler og pasient trenger å lære om livets begrensninger

En liten terapeut i en stor verden

Det eksisterer flere norske fagbøker som tar for seg overlappende tema, som for eksempel Per Isdals Smittet av vold (2017) om belastningen og sekundærtraumatiseringen som kan følge av hjelpearbeid. Ivaretagelse av hjelpere (Haavik & Toven, 2020) gir konkrete råd om egenomsorg og organisatoriske rammer. Psykoterapeuten: En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi (von der Lippe et al., 2014) gir en empirisk og teoretisk gjennomgang av terapeutens rolle, bidrag i psykoterapiprosessen og terapeututvikling. Den nylig utgitte Kreativitet i terapirommet (Johns et al., 2025) fokuserer på fantasi og fleksibilitet som terapeutiske ressurser. *Mot til å lære* skiller seg ut ved å innta et helhetlig, filosofisk og eksistensielt perspektiv på de ulike sidene ved hjelperollen med en vilje til å gå inn i de usikre spørsmålene.

Det eneste jeg savner i boken, er en dypere utforskning rundt valget om å forlate det kliniske arbeidet helt. Det gjelder de av oss som av ulike grunner søker seg til forskning, undervisning, systemarbeid eller andre felt. Også dette valget krever mot, og kunne gjerne fått større plass.

Mot til å lære vekker flere spørsmål enn den besvarer, og nettopp det er dens styrke. Binder minner oss på at det å være terapeut ikke bare handler om å hjelpe andre, men også om å stadig lære om hva det innebærer å være et menneske som lever i denne vanskelige verden. Boken gir både inspirasjon, støtte og utfordring på veien. Og, selv om det ikke burde overraske meg: Det kjennes godt å bli forstått og få tydeliggjørende ord for det vi strever med – også som terapeut. 🙏

REFERANSER

- Isdal, P. (2017). Smittet av vold: Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene. Fagbokforlaget.
- Haavik, M. & Toven, S. (2020). Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette? Universitetsforlaget.
- Von der Lippe, A., Nissen-Lie, H. A. & Oddli, H. W. (Red.). (2014). Psykoterapeuten: En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi. Gyldendal Norsk Forlag.
- Johns, U. T., Landmark, A. F. & Stänicke, L. I. (Red.). (2025). Kreativitet i terapirommet. Gyldendal Norsk Forlag.
- Skovholt, T. M. (2005). The Cycle of Caring: A Model of Expertise in the Helping Professions. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 82–93. <https://doi.org/10.17744/mech.27.1.mj5rcvy6c713tafw>

TEKST Øystein Klev
Privatpraksis

Barnet og trylleriene – opera om det lille mennesket i den voksne



OPERA *L'Enfant et les sortilèges*
(Barnet og trylleriene)

KOMPONIST Maurice Ravel

LIBRETTIST Sidonie-Gabrielle Colette

ÅR 1925

Maurice Ravels lyriske fantasi skildrer en omfattende psykologisk transformasjon og gir et fascinerende innblikk i barnets følelsesliv.

We look at the world once, in childhood.

The rest is memory.

- Louise Glück

I år hylles tonedikteren Maurice Ravel internasjonalt, 150 år etter han ble født. Å høre – og senere selv spille – hans vakre *Pavane for en død prinsesse* ble en del av min egen musikalske oppvåkning som ung kulturskoleelev. I sommer gikk jeg i Ravels fotspor i Frankrike og endte opp i hans siste hjem – som nå er *Musée Ravel* – i den pittoreske landsbyen Montfort-l'Amaury noen mil vest for Paris. Komponistens hus står i dag omtrent som da han døde i 1937:

stappfullt av småting, alle slags miniatyrer, statuetter og nips, spilledåser og opptrekkbare leker: en kineser av tre rekker tunge på bestilling, en mekanisk nattergal på størrelse med en klinkekule flakser med vingene og synger i vei når det ønskes, en seilbåt krenger på bølger av kartong. Innfarvede krystallkuler, innkapslede smådjevler, glassfigurer, en rose med hengende kronblader ... (Echenoz, 2016, s. 62)

KONTAKT oystein.klev@proton.me

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Takk til Den Norske Opera & Ballett for tilgang til oversettelsen av librettoen som det refereres fra i denne teksten. Takk også til Charlotte Wilhelmsen for alle samtaler om musikken.

Ravel var på sett og vis en Peter Pan – en som hele livet omfavnet dybdene i barndommens rikholdige følelsesliv. Det var i musikkrommet i *Le Bélvédère* – som han kalte sitt hjem ved Rambouilletsskogen – at han for 100 år siden i år fullførte sin andre og siste opera *L'Enfant et les sortilèges* (på norsk *Barnet og trylleriene*). Her blir vi som publikum vitne til en indre forvandling i en gutt på seks-syv år. Det har vel knapt hendt før at hovedpersonen i en opera er et barn. Innen tre kvarter er gått, har vi fulgt ham gjennom en omfattende psykologisk prosess.

Tilfeldigheter skulle tidlig sette denne «lyriske fantasien» – som Ravel selv kalte operaen – på det psykoanalytiske kartet. Melanie Klein – barneanalysens mor – presenterte en artikkel for Den britiske psykoanalytiske foreningen allerede våren 1929 med utgangspunkt i librettoen til Sidonie-Gabrielle Colette. I denne artikkelen foregriper Klein mye av den senere objektrelasjonsteorien.

Ravels opera er altså et samarbeid med hans samtidige Colette. Hvem var Colette? Julia Kristeva anser henne for å være en av Frankrikes viktigste forfattere, ikke minst i kraft av å være en av de fremste inspirasjonskildene for flere av de toneangivende feministene utover på 1900-tallet (Aukrust *et al.*, 2019, s. 242). Personlighetsmessig var den ekshibisjonistiske Colette den rake motsetning av den mer tilbakeholdne Ravel, men i deres samarbeid om denne lyriske mor-barn-meditasjonen oppsto noe virkelig ... fortryllende.

Handlingen

«Jeg treffer ingen lenger, bare mine frosker, mine hyrdinner og en masse insekter», skal Ravel ha uttrykt i den krevende oppkjøringen til premièren av operaen i Monte Carlo våren 1925 (Nichols, 2011, s. 264). De eneste to menneskene i stykket er gutten og hans mor. Rollebesetningen for øvrig er, i første del, for det meste forskjellige gjenstander i huset hvor de bor. Disse gjenstandene blir etter hvert, på magisk vis, levende. I andre del er vi sammen med gutten ute i skogen, hvor vi møter en rekke dyr, insekter, planter og trær. Det er her ute hans «skogsterapi» skjer, transformasjonen til et psykologisk mer modent menneske.

Den underliggende litterære strukturen i Colettes korte tekst kan sies å være nokså lettfattelig: Den er bygd opp som en sirkelfortelling, som så mange barnefortellinger er. Protagonen drar ut i den vide verden, utsettes for prøvelser, for så å komme tilbake igjen en god del mer erfaren enn da vedkommende dro ut. Historien til Colette er sterkt komprimert, og her er et forslag til en synopsis: Vi er i Normandie, i et landsens hus hvor den seks-syv år gamle hovedpersonen bor med sin mor. Han burde gjort leksene sine, men sliter åpenbart med motivasjonen. Når moren finner ut at han ikke har gjort noe, straffes han med kun å få usukret te og tørt brød til middag. Overlatt til seg selv blir han fylt av et spektakulært sinne. Han synger:

«Jeg vil dra katten i halen
Og kutte av halen til ekornet
Jeg vil kjeffe på alle
Og få mamma til å angre»

Han raserer rommet fullstendig, og Ravel sparer ikke akkurat på de musikalske effektene. Utmattet setter gutten seg etter hvert ned i en lenestol – og da begynner magien! Tingene han har ødelagt, og dyrene han har skadet, får liv og begynner å hevne seg på ham: Stolen han sitter i, pendeluret og ilden fra peisen. Sistnevnte bryter ut i en halsbrekkende koloraturarie. Tekoppen og tekannen fra Wedgwood begynner å danse en truende foxtrot rundt ham. Hyrdene som er avbildet på det istykkerrevne tapetet, blir levende, likeså med prinsessen fra eventyrboken som han har revet



FOTO HENRI MANUEL

Sidonie-Gabrielle Colette fotografert rundt 1910.

i filler. Han synger operaens eneste selvreflekterende arie til henne. Mest skremmende av alt, synes jeg selv, er den personifiserte matematikken, *Monsieur Arithmétique*, som kommer syngende *staccato* ut av den ødelagte matteboken.

Det blir et scenskifte i del to: Gutten går ut av huset og inn i skogen utenfor. Her hører vi dyr, insekter og planter synge. Han prøver å bli venn med dem, men de er skeptiske etter all den ugagn han gjorde mot dem tidligere. Han føler seg ensom og adskilt fra dem og roper etter hvert i desperasjon på sin mor: «Maman!» Dyrene hører dette og blir derfor oppmerksomme på ham. De bestemmer seg for at han skal angripes. Det blir en oppildnet stemning, og midt i tumultene blir et ekorn skadet ved et uhell *av dyrene selv*. Da blir det en vending, for nå er det *gutten* som hjelper det skadde ekornet og får sårene forbundet. Straks etterpå faller gutten sammen i utmattelse. Dyrene blir rørt da de ser hvordan gutten hjelper ekornet, og endrer sin holdning til ham. De bestemmer seg for å få ham trygt hjem til sin mamma mens de synger en vakker korsats i fugeform. Det siste ordet som synges i denne operaen, er «Maman», idet gutten gjenforenes med sin mor.

Guttens indre verden

Musikkverket foregår nesten utelukkende i barnets indre fantasiliv. Siden han ennå ikke har utviklet evnen til å ta inn over seg skyldfølelsen som moren innledningsvis påfører ham (i den ytre, konkrete verden), går han inn i en slags angst- og forvirringstilstand. Han reagerer først manisk:



«Jeg bryr meg ikke om noen!
Jeg er veldig, veldig slem!
Hurra! Ingen lekser mer!
Jeg er fri ... slem og fri!»

Så kommer den persekutoriske angsten mer etter hvert som han opplever at gjenstandene tar til å hevne seg på ham. Peisen synger:

«Pass deg! Jeg varmer de snille,
men jeg brenner de slemme»

Gutten uttrykker da for første gang at han er redd. I sceniske oppsetninger er gjenstandene i huset ofte veldig store og truende, som i vonde drømmer der man er barn i de voksnes verden. Vi er altså i et skremmende, hevnjerrig og nådeløst indre landskap. Klein kalte dette landskapet for «den paranoid-schizoide posisjonen»: «Når vi ikke lengre klarer å romme følelsene av frykt, sorg, sinne og skuffelse spaltes de av og projiseres på et ondt objekt» (Stokkeland, 2011, s. 82). Fraværet av morens reguleringsstøtte kaster gutten inn i et virvar av følelser. Hans sinn fragmenteres mer og mer ut over i første del, symbolisert med at han river i stykker ting og kutter forbindelser, konkret og i overført betydning. Han har så å si mistet den indre forbindelsen til det kleinianske «gode bryst». Siden han ikke klarer å gjøre et «psykologisk arbeid» med sin skyldfølelse, forstyrrer den påtrengende persekutoriske angsten mulighetene for å knytte an til moren igjen som et stabiliserende, trygt indre objekt.

«Å, hodet mitt!» synger gutten to ganger – han er

bekymret for sin forstand mot slutten av første del. Et amorøst katterpar dukker så opp på scenen. De mjauer en sensuell duett, og gutten får tilgang til et ødipalt-triangelert perspektiv på seg selv i møtet med dem.

Resten av operaen foregår ute i skogen. Han lar seg berøre av den vakre naturen der ute, av alle lydene, og av å bli vitne til hvordan dyrene forholder seg til hverandre. Gutten erkjenner her gradvis mer av sin egen destruktivitet. Han har buret inne et ekorn «... fordi jeg ville se mer på deg ... de små hendene dine og de vakre øynene dine», forklarer han. «Så du ville se de vakre øynene mine», svarer ekornet, «og hva spilte seg i øynene mine? Den åpne himmelen og den frie vinden, og brødrene mine, frie som fuglene. Se hva som spilte seg i øynene mine ... blanke av tårer».

Gutten har muligens her, med Melanie Kleins begrepsapparat, fått et gryende kjennskap til det hun senere i forfatterskapet skulle kalle «den depressive posisjonen». I artikkelen om *L'Enfant* skriver hun «... når gutten har medfølelse med det skadde ekornet og hjelper det, endres den fiendtlige verden til en god. Barnet har lært å elske og tror på kjærlighet» (1929, s. 214). Den depressive posisjonen handler i denne sammenheng altså ikke om psykopatologi, tvert om. Posisjonen handler om å være på et sted i seg selv der evnen til dypere empati, og evnen til å kunne sørge over de tap man lider underveis i livet, er en mulighet. «Det motsatte av den maniske benektningens usårbarhet, triumferende forakt og allmaktfølelser, er erkjennelsen av at man trenger andre, at man stadig gjør feil, at man er sårbar og utsatt, og at man vil oppleve å miste det man er glad i. Skal det være mulig å leve med disse innsiktene, må sorgen

og tilgivelsen foreligge som en livsvei», skriver Stokkeland (2011, s. 81) om livet i den depressive posisjonen.

Kristeva synes å være noe nølende til Kleins fortolkning av Colettes tekst ut fra tanken om den depressive posisjon og reparasjon. For er det ikke slik at gutten først og fremst synes synd på seg selv og kjenner seg alene? Vi får uansett bare guttens perspektiv på dette. Hun mener dessuten at det ikke er forfatteren Colettes lynne, så å si, å ha overdreven medfølelse med sorg, tilkortkommenhet og ubehag (Kristeva, 2004, s. 130–131).

Men hva ville psykoanalytikerne Bion og Meltzer tenkt om operaen? Det undrer Debbie Hindle seg over. Ut fra et bionsk perspektiv kan vi for eksempel vektlegge den innledende scenen der moren insisterer på at gutten skal *lære om* noe, noe hun selv verdsetter eller mener det er fornuftig å kunne noe om. Noe om matematikk? Men «*learning from experience*» innebærer, ifølge Bion, «to understand important truths about himself in relation to the world» (Hindle, 2000, s. 1191), og er altså en dypt personlig form for læring. Meltzers tanker om den estetiske konflikten kan også sies å handle noe om dette: Ingen av oss kan få opplæring i hva (eller hvem) vi liker, og hva vi synes er vakkert her i verden, vi må erfare det på en dypt personlig måte selv – slik gutten gjør i andre del. Det vakre innebærer imidlertid en indre konflikt: Det gode og det vakre kommer med tvil, ambivalens og usikkerhet, slik gutten føler det i forhold til sin mor, og som får det til å «rakne» for ham. Eller for å uttrykke den estetiske konflikten i oss mer poetisk, med Rilke: «For det vakre er bare det forferdelekes grense, som vi så vidt held ut, og vi beundrar det, av di det storslått avstår fra å legge oss øyde» (1923/2002, s. 9).

På sporet av den tapte tid

Forbindelseslinjer mellom psykoanalyse og musikk er ikke på langt nær så etablerte som de mellom psykoanalyse og andre former for kreativitet, for eksempel litteratur. Men musikken er i starten av livet mer tilgjengelig for oss enn noe annet. Susanne Langer hører til de filosofene som nedtoner det visuelle og språkliggjorte i meningsdannelsen: «Fordi den menneskelige følelses former i langt høyere grad er sammenfallende med musikalske former enn med språkets former, kan musikken avdekke følelsenes natur med en detaljrikdom og sannhet som språket ikke tilnærmelsesvis kan nå» (referert fra Kjerschow, 2014, s. 259). Anzieu (1979) kom inn på hvor sentralt det blir for terapeuten å romme det utviklingspsykologisk opprinnelige *sound-space* i den psykoanalytiske behandling gjennom *sound-mirroring*, en mindre visuell og verbal måte å speile klientens tidlige erfaring på enn den Winnicott og Kohut lærte oss om.

Som psykoterapeuter kan vi komme til å misunne musikerne. Musikeren kan forsere lytterens psykologiske forsvar og treffe noe emosjonelt på en direkte måte som vi terapeuter ikke nødvendigvis klarer med vår musikalske måte å bruke språket på.

Vår emosjonelle respons på operaens første del, den skrekkinngytende delen der det ikke-levende i rommet

plutselig oppfattes levende og truende, følger så å si oppskriften til Freuds beskrivelse av «det uhyggelige» (Freud, 1919/2011). Men musikken vekker etter hvert mer stillferdige former for tidlig erfaring. Når toget av hyrdene fra det istykkerrevne tapetet går forbi – mens de synger taktfast i kor – får vi kontakt med forlatthetsfølelse og separasjonsangst. Hyrdene forsvinner ut fra scenen mens de synger et stykke som kan minne oss om tidlig fransk barokkmusikk. Vi er langt tilbake i musikkhistorien og langt tilbake i vår egen historie.

Det går et skille mellom å *minnes* noe, og det at fortiden så å si plutselig og evokativt *gjenoppstår* i vår bevissthet. På Ravels morsmål kan vi kalle det et *moment bienheureux* – et lykkestreif. Det musikalske setter oss, på en direkte måte, i forbindelse med en nostalgisk følelse, en for lengst tapt tid. Med et trylleslag er vi der igjen, i *moment bienheureux*. Som i avslutningen: Vi er tilbake i den omsluttende moderlige symbiosen. Sirkelen er sluttet, åpningstemaet vender tilbake helt til slutt, men nå uten de skjærende motstemmene, og i harmoni.

Komponistens indre verden

Når et kunstverk er nedskrevet, kan ikke utøveren uttrykke seg helt fritt, men må blant annet søke å realisere aspekter ved den indre verden til skaperen av verket. Hva kan vi – skisseaktig – si om Ravels indre verden? «De sier jeg har et vinterhjerter. Det er feil. Jeg er baskisk. Baskere føler alt så sterkt, men de sier lite om det, og bare til noen få» (Larner, 1996, s. 9). Slik omtaler Ravel seg selv.



FOTO UKJENT, MAURICE RAVEL I 1925

Var han schizoid? Ikke i diagnostisk forstand, men for eksempel slik enkelte av de britiske objektrelasjonsteoretikerne har utviklet begrepet? Nancy McWilliams tegner opp et bilde av den schizoides psykodynamikk som, etter min mening, kan treffe vår mann ganske godt: «...the highest-functioning schizoid people, of whom there are many, seem much healthier in every meaningful respect (life satisfaction, sense of agency, affect regulation, self and object constancy, personal relationships, creativity) than many people with certifiably neurotic psychologies» (McWilliams, 2006, s. 1).

Da temperaturene i den franske hovedstaden ble for høye for meg i sommer, gikk min reise i Ravels fotspor videre til kysten, til stedet han hørte sine aller første lyder og sanger. Der, i Biscaya-bukten, står Atlanterhavet kontinuerlig på og gjør dagene svalere. Echenoz (2016) skriver i sin Ravel-roman: «Når sommeren fester taket og det er tid for en lang tur til Baskerland, til Saint-Jean-de-Luz i nærheten av Ciboure, der han er født, (treffer han) sine gamle venner igjen. Tyrefekting, baskisk pelota og bad i sjøen, pepperfrukt fra Espelette og vin fra Irouléguy ...» (s. 72). Denne vakre landsdelen på grensen til Spania med alle sine skikker, smaker og lyder hadde en sterk dragning på ham hele livet. Moren Marie kom derfra. Hennes familie tilhørte fra gammelt av en sosial gruppering som kaltes kaskarotene – en avstamning fra romfolket som ikke minst var kjent for å være fremragende fandangodansere.

Faren var en sveitsisk oppfinner og var sentral i utviklingen av de tidligste bilprototypene. Foreldrene må ha vært svært ulike. Komponisten hadde kun en yngre bror, som ble ingeniør som faren. Ravel selv levde alene etter at foreldrene døde, og fikk sannsynligvis aldri oppleve noen romantisk relasjon.

På hvilken måte kunne Colettes tekst om den lille gutten og hans mor ha berørt den middelaldrende Ravel? Både Ravel og Colette hadde uvanlig sterke emosjonelle bånd til sine mødre. Mye handlet vel nettopp om det. I et brev til en venninne skriver han tre år etter moren gikk bort i 1918: «... min fortvilelse tiltar for hver dag ... Jeg har ikke lenger dette kjære, tause nærværet som omsluttet meg med sin uendelige ømhet. Og som jeg nå ser, mer enn noensinne, var min eneste grunn til å leve» (Orenstein, 1967, s. 479). Han kjenner her på en bunnløs fortvilelse, som nærmest paralyserer hans søken etter å fortsette å gi indre erfaring symbolsk form.

Librettoen ble først sendt i posten til Ravel mens han tjenestegjorde som lastebilsjåfør ved Vestfronten under første verdenskrig. I løpet av disse årene mistet han mange av sine nærmeste venner, traumatiske tap som han bearbeidet i suiten *Le Tombeau de Couperin* (orkestrert i 1919). *L'Enfant* kan på sett og vis også tenkes å være en musikalsk sorgbearbeiding. I løpet av den langvarige kreative prosessen det tok å ferdigstille operaen, ble nok barndommen mer bearbeidet. Det virket som han fikk det bedre med seg selv, «...was this a sign of recovery from and acceptance of his mother's death?», undrer Nichols seg (2011, s. 227).

«Artistic creativity is rooted in a reparative impulse», uttrykte post-kleinianeren Hanna Segal i en forelesning i 2004 (sitert i Quinodoz, 2008, s. 39). «All creation is in fact a re-creation of a lost world, even though artists themselves may not be aware of this» (Quinodoz, 2008, s. 37). Jeg tør påstå at en slik psykobiografisk tilnærming til verket kan åpne opp for en del undertekster.

Ravel komponerte lite etter *L'Enfant*. Hans siste leveår var grusomme. Han utviklet en progressiv nevrologisk sykdom som blant annet medførte en form for amusia (tap av evnen til å forstå eller uttrykke musikk). Han beskrev det slik for en venninne i 1933: «Jeg har musikk i meg, jeg hører den, men jeg kan aldri mer skrive den ned ...» (Nichols, 2011, s. 338). «Gogol døde skrikende, Diaghilev døde leende, men Ravel døde litt etter litt. Det er det verste», mintes hans venn og komponistkollega Igor Stravinskij (Stravinsky & Craft, 1962, s. 44).

Etterklang

Vi kan snart snakke om en 100 år lang «psykoanalytisk resepsjonshistorie» til operaen, der stadig flere nyanser i guttens psykologiske reise belyses. Selv ser jeg nytten og gleden i å fordype meg i grenseflatene mellom musikk og psykoanalyse, og jeg tror begge disiplinene kan ha utbytte av en dialog.

Da er det bare å følge med på hvor *L'Enfant et les sortilèges* settes opp neste gang, og kjenne etter hva dette ekstraordinære verket vekker av barndomsminner og følelser i deg. Alle (over)teoretiseringer kan da med fordel tre tilbake. Det finnes trolig mer robuste mennesker enn meg som kan komme til å felle en tåre når gutten helt til slutt kommer tilbake til sin mor og synger: «Maman!» ♫

REFERANSER

- Anzieu, D. (1979). The sound image of the self. *International Review of Psycho-Analysis*, 6, 23–36.
- Aukrust, K., Kolderup, T. & Uvsløkk, G. (2019). *Nytten og gleden. Fransk litteratur gjennom tusen år*. Universitetsforlaget.
- Echenoz, J. (2016). *Ravel*. Bokvennen.
- Freud, S. (1919/2011). Det uhyggelige. I *Mellom psykoanalyse og litteratur*. Gyldendal.
- Glück, L. (1996). *Meadowlands*. Ecco.
- Hindle, D. (2000). *L'Enfant et les sortilèges revisited*. *International Journal of Psycho-analysis*, 81, 1185–1196. <https://doi.org/10.1516/0020757001600480>
- Kjerschow, P. C. (2014). *Musikken – fra grepethet til begrep*. Vidarforlaget.
- Kristeva, J. (2004). *Colette*. Colombia University Press.
- Klein, M. (1929). Infantile anxiety-situations reflected in a work of art and in the creative impulse. I *Love, Guilt and reparation*. Hogarth.
- Larner, G. (1996). *Maurice Ravel*. Phaidon.
- McWilliams, N. (2006). Some thoughts about schizoid dynamics. *Psychoanalytic review*, 93, 1–24. <https://doi.org/10.1521/prev.2006.93.1.1>
- Nichols, R. (2011). *Ravel*. Yale.
- Orenstein, A. (1967). Maurice Ravel's creative process. *Musical Quarterly*, 53(4), 467–481.
- Ravel, M. & Colette (1925/1932). *L'Enfant et les sortilèges*. Durand.
- Rilke, R. M. (1923/2002). *Duino-elegiane*. Aschehoug.
- 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.
- Stravinsky, I. & Craft, R. (1962). *Samtaler med Stravinsky*. Cappelen.
- Quinodoz, J.-M. (2008). *Listening to Hanna Segal. Her contributions to psychoanalysis*. Routledge.



Ellen Hartmann

1943–2025

Da psykologspesialist og professor i klinisk psykologi Ellen Hartmann døde 31. oktober, 82 år gammel, var hun faglig og sosialt engasjert på mange måter, selv om hun var sterkt rammet av kreft. Hun setter spor etter seg etter mange års innsats i vårt fagmiljø og ikke minst for Tidsskrift for Norsk psykologforening.

Norsk psykologforening startet eget tidsskrift i 1964 under navnet *Psykologen*. Medlemsbladet ble etablert 30 år etter at foreningen ble stiftet og den norske psykologrollen befant seg fortsatt i en tidlig utviklingsfase. Foreningens medlemsblad utviklet seg parallelt med profesjonens frembrudd.

Etter hvert som årene gikk, utvidet bladet seg, og fikk ny, redaksjonell profil. Ellen Hartmann var redaktør i overgangen fra *Psykologen* og til *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, som fikk sin første utgave i juli 1973. Ambisjonen var et tidsskrift som skulle være «et middel mot faglig isolasjon».

Mellom linjene i lederen i denne utgaven kan vi

ane at Ellen Hartmann var spent på om psykologer ville komme til å sende inn artikler. Historien som fulgte, har vist at hun ikke trengte å uroe seg. *Psykologtidsskriftet* har publisert artikler forfattet av psykologkolleger hver eneste måned i alle årene siden. Vi som arbeider i foreningen og redaksjonen, vet hvor mye dugnad og evne til å inspirere andre dette må ha krevd. Ellens tanker for tidsskriftet lever videre. *Psykologtidsskriftet* anno 2025 tar fortsatt mål av seg å være et middel mot faglig isolasjon.

Som forsker og fagperson er Ellen Hartmann ikke minst kjent for sitt arbeid med Rorschach, som har vært omdiskutert blant psykologer i en årrekke. Ikke sjelden ble metoden kritisert for å være uvitenskapelig, blant annet i en journalsak publisert i dette tidsskriftet for et par år siden. Sammen med en gruppe kolleger skrev hun et tilsvarende svar til redaktøren (undertegnede) som blant annet minnet meg om hvor viktig det er å gjøre tydelig når noe er faktabasert og

noe er en personlig mening som ikke er understøttet av dokumentasjon. Hvis ikke redaktøren er nøye med kvalitetssikringen i slike spørsmål, kan tidsskriftet gjøre seg skyldig i å gi grobunn for misoppfatninger. I tilsvaret, parafrasert her for å gi henne siste ord i saken, understreket Ellen at påstanden om at personer som bruker Rorschach-metoden, ikke forholder seg til alminnelig anerkjente vitenskapelige begreper, er grunnløs. Videre skrev hun at Rorschach-forskning og bruk av Rorschach-funn i f.eks. utredninger er underkastet samme metode- og rapporteringskrav som annen metodikk. Hun poengterte også at den sentrale evidensen for validiteten til Rorschach-variabler består av empiriske undersøkelser om samsvar mellom varia-

bler og kriterier publisert i vitenskapelige tidsskrifter.

Vi mottok beskjednen om Ellens bortgang med stort vemod. Heldige var vi, som fikk tilbringe gode dager sammen i det som ble hennes siste uker. Sammen med Psykologforeningens seniorforum dro vi sammen til Sicilia i september. Sverre stod som turarrangør og sørget for en helt spesiell reise med italiensk høstvarme, vin og samvær. Ellen var preget av sykdom og strevde med de italienske trappene i den gamle byen, men hun gjennomførte turen med ukuelig optimisme. Det slo oss ikke at vi hadde henne på lånt tid.

For oss var Ellen Hartmann en raus, snill, hjelpsom, skarp og engasjert venn, som vi allerede savner dypt.

Sverre Leonhard Nielsen og Katharine Cecilia Williams

Ellen Hartmann

Psykologspesialist og professor i psykologi, Ellen Hartmann, døde 31. oktober 2025. Hun ble født 8. april 1943 i Sverige, der hennes foreldre var flyktninger fra det tyskokkuperte Norge. I oppveksten bodde hun flere år i Danmark, sammen med sine foreldre og to yngre søstre. Alle søstrene ble i løpet av disse årene rammet av polio, og de var i en periode sengeliggende med kontinuerlig legetilsyn. I 1954 ble familien igjen etablert i Norge. Etter fullført folkeskole på Russeløkka i Oslo ble det naturfaglinjen på Katta for Ellen. Beveget av sin mors erfaringer som jødisk, og derfor som flyktning fra Tyskland til Norge før krigen, startet Ellen voksenlivet med et opphold i kibbutz i Israel. Men oppholdet ble på mange måter en skuffelse. Det hun så på nært hold av politiske og religiøse konflikter og motsetninger, førte til at hun ble dypt skeptisk til staten Israel.

Høsten 1963 begynte Ellen og jeg på psykologistudiet sammen. Blant den lille gjengen av nye studenter skilte hun seg ut fordi hun visste hva hun ville, og hva som skulle til for å bli det som vi andre hadde nokså uklare forestillinger om – nemlig *klinisk psykolog*. Etter fullført utdanning i 1970 ble hun nærmest headhuntet til det nystartede psykologistudiet ved Universitetet i Bergen. Siden har hun i all hovedsak holdt seg på

universitetssporet. Men hennes ambisjoner gikk langt utover det å være forsker. Gjerne empirisk forskning, men bare hvis det førte til teoriutvikling og kunne brukes i opplæring og veiledning av studenter i psykoterapi. Samtidig som det å være terapeut selv var en løpende kilde til kunnskapsutvikling. Denne kombinasjonen av «alt på en gang» har hun siden tatt med seg. Både da hun etter hvert dro tilbake til Oslo og ble førsteamanuensis, og da hun senere dro til Tromsø for å delta i oppbyggingen av den kliniske utdannelsen for studentene – og samtidig kvalifisere seg som professor. Hun er den eneste som har lært opp studenter ved alle disse tre universitetene. I Tromsø fikk hun undervisningsprisen. En enkel uformell sjekk forteller at hun er både husket og verdsatt av sine tidlige studenter.

Ellens første langsiktige interesse som forsker startet med en undersøkelse av mødres strategier for opplæring av sine seks år gamle barn. Dette arbeidet startet vi på sammen som studenter. Vi laget et brettspill som vi brukte til å observere samspillet mellom mor og barn. Noen mødre brukte spillet som en anledning til å oppfordre barnet til selv å planlegge og velge, mens andre mødre snarere dirigerte barnet til å gjøre det som var riktig. Ellen fulgte opp disse barna for å se

hvordan de klarte seg i skolesystemet over tid. Likevel hendte det flere ganger når hun senere søkte vitenskapelige stillinger eller ble vurdert til opprykk, at dette arbeidet ble omtalt som «hovedoppgaven». Og det til tross for at Ellens innsats etter hvert omfattet en fullstendig replikasjon, samt en undersøkelse av disse barnas møte med skolens krav og forventninger til prestasjoner. I første klasse var det en forskjell på de barna som hadde blitt oppfordret til selv å velge og planlegge, og de som stort sett var blitt dirigert. Barnas kapasitet til å nyttiggjøre seg opplæring for egen utvikling ble dessuten forsterket gjennom skoleårene. Det fikk igjen avgjørende betydning for hvordan de som 20-åringer hadde funnet fram til og tatt i bruk det nye landskapet av utdanningsveier for voksne. I 1992 fikk hun Bjørn Christiansen minnepris for en av disse artiklene.

Både nasjonalt og internasjonalt sto Ellen frem som Rorschach-forsker. For henne ble dette en viktig metode for å forstå menneskelig utvikling og mestring – også psykopatologi. Hun selv, og de forskerne hun samarbeidet med, brukte en systematisk tolkning av individuelle svar i Rorschach-intervjuer. Disse tolkningene bidro med viktig informasjon som – eventuelt sammen med standardiserte spørreskjemaer – kunne gi en mer helhetlig og nyansert forståelse av den enkelte person. Noen ganger viste det seg faktisk at resultatene fra Rorschach-metoden var bedre egnet enn «vanlige» personlighetstester til å forutsi hvem som ville klare fremtidige utfordringer. Metoden var også egnet til å knytte meningsfulle forbindelser fra dagens funksjonsmåter og tilbake til tidligere traumer og påkjenninger. Det er typisk for Ellen at når hun møtte kritikk fordi metoden handlet om «blekkflekker», svarte hun ikke med tilsvarende polemikk, men med videre utforskning. Noe som bidro til at instruksjonen ble mer valid og tolkningene mer systematiske.

Gjennom alle de årene Ellen virket som psykoterapeut, ble hun invitert til å skrive kapitler i lærebøker i psykoterapi. Hennes egne kliniske erfaringer gav stadig nytt grunnlag for teoretiske betraktninger om hva som kjennetegner «god psykoterapi». I dette utviklingsarbeidet hadde hun dessuten ektemannen Terje Hartmann som sin viktigste samarbeidspartner. De hadde holdt sammen siden studietiden, og selv om de begge var forankret i psykoanalysen, var de opptatt av å integrere psykoanalytiske grunnprinsipper med moderne selvpsykologi. Hartmann og Hartmann oppfordret terapeuter til også å være ivaretagende og bekreftende, snarere enn konsekvent nøytrale og konfronterende. Den interpersonlige utveksling i terapirommet skulle skape den form for trygghet som er nødvendig for å formidle og undersøke pasientenes livshistorie. Dette samarbeidet varte frem til Terje døde i

2020. Livslangt arbeid med å bestemme og formidle «god psykoterapi» har gitt Ellen mange fornøyde kandidater i veiledning. Men det førte også til at hun og Terje ble utsatt for kritikk. På denne fronten fortsatte Ellen å delta med tydelige standpunkter og kliniske «bevis». Hun kunne ikke bare gi seg.

Ellen har «brukt» en rekke av Ibsens dramaer til å lage psykologiske analyser. For henne dreier det seg ikke om å analysere personene, men snarere om å løfte frem noen psykologiske prinsipper som ligger til grunn for hvordan selve dramaet utspiller seg. Hun hevder at det er forfatterens dype menneskeforståelse som bidrar til at hans samtidsdramaer er egnet til å berøre og engasjere både skuespillere og tilskuere også i dag. Det siste Ellen rakk før hun ble innhentet av sykdom, var å utgi og lansere boka «Ibsens morløse kvinner». For både Nora, Hedda, Ellida og Rebekka er morløse. «Morløshet» er noe psykologer er vant til å gjøre et stort poeng ut av. Men slik er det ikke hos Ibsen. I Ibsens fremstilling av disse kvinnene er det snarere slik at deres morløshet er et stilltiende premiss for at de har en opprørstrang, og at de derfor forsøker å skaffe seg et utvidet handlingsrom. Noe som gjør at som voksne kvinner opplever noe som Ellen betegner som et sjebnesjokk. Av de fire er det bare Ellida som opplever at det umulige blir mulig. Og alle er laget slik at det oppstår et spenningsfelt mellom tilskuernes tolkninger av dem, noe som leder til skiftevis distansering eller innlevelse. «En empatisk lesning» kaller Ellen det når hun lar dette stilltiende premisset få en plass i den fullstendige tolkningen av hva som står på spill. Så der er terapeuten i henne likevel til stede. En ivaretagende og bekreftende terapeut kan – akkurat som en stor forfatter – vise til at en utvidelse av det kvinnelige handlingsrom nok er mulig, men likevel blir umulig.

Mens jeg holder på å skrive disse ordene til minne om Ellen, faller øynene mine litt tilfeldig på en overskrift i en avis som ligger oppslått på bordet: «Strandrestauranten får nytt liv på Huk». Det virker som en Rorschach-plansje. Før jeg vet ordet av det, har jeg gitt et svar: «Dit må vi gå!» For jeg vet bare så altfor godt at det er der Ellen finner den aller første blåveisen som kommer om våren. Der går det an å svømme om sommeren og gå tur under løvtrærne om høsten. Alt dette som hun elsket. Og så en restaurant, da gitt! «Den må vi jo prøve!» Kanskje et glass vin? Trådene samler seg. Ellen er her, i min indre forestillingsverden. Den blir ikke straks endret selv om hun er død. Hun ville forklart meg at Rorschach-svarene ikke er faste kategorier som jeg skal sorteres inn i, men en snarvei til å virkelig kjenne hvordan jeg ser meg selv og andre.

Psykologforeningen, det er oss

Denne teksten skrives første uken i november. Det er fortsatt to uker til Landsmøtet, og det er ingen som vet hvem som er president og visepresidenter når denne teksten leses. Det gjør det selvfølgelig litt utfordrende å skrive en tekst fra visepresidenten.

Foto: Fartein Rudjord/Psykologforeningen



**Arnhild
Lauveng**

Visepresident med
ansvar for fag- og
profesjonspolitikk

Samtidig så går det helt greit. For selv om det selvsagt er viktig hvem som er president og visepresidenter i foreningen, og hvem som har de andre plassene i sentralstyret, så er ikke foreningens politikk avhengig av enkeltpersoner.

Psykologforeningen har per i dag 13 fagutvalg, ett for hver av de 12 spesialitetene, og ett for felleselementene (fellesprogram, veiledning og skriftlig arbeid – de elementene som er felles for alle spesialiseringene). Lederne for alle disse fagutvalgene er samlet i Spesialitetsrådet, som møtes jevnlig og gir råd til Sentralstyret.

Det finnes også en rekke andre utvalg under sentralstyret: Fag- og profesjonsrådet, Menneskerettighetsutvalget, Klimautvalget, Fagutvalget for rettspsykologi og sakkyndighet, Forskningspolitisk utvalg, Testpolitisk utvalg, Lønns- og arbeidsmarkedsutvalget, fem ulike sektorutvalg, Ankeutvalget for specialistsaker, Godkjenningsutvalget, Studentpolitisk utvalg, og Yngre psykologers utvalg. I alle disse utvalgene sitter det dyktige og engasjerte psykologer som arbeider sammen for å finne gode løsninger i enkeltsaker, og for å forme foreningens politikk videre, i samarbeid med sentralstyret, sekretariatet og med andre utvalg.

**«Psykologforeningen er oss,
alle sammen, i fellesskap.»**

I tillegg til faste utvalg, er det også vanlig med arbeidsgrupper rundt utvalgte tema. Noen arbeidsgrupper vedtas av landsmøtet og får sitt mandat derfra, men det nye sentralstyret står også fritt til selv å opprette ulike arbeidsgrupper etter behov.

Vi har selvsagt også alle lokalavdelingene, som skal foreslå deltagere til utvalgene, og som alltid har anledning til å fremme saker til sentralstyret.

Og vi har alle våre dyktige tillitsvalgte etter avtaleverket, som daglig bistår sine kollegaer lokalt, i tillegg til å være viktige bindelegg mellom lokale og sentrale ledd av foreningen.

Og så har vi sekretariatet, en dyktig gruppe dedikerte ansatte med mange ulike profesjoner. Vi er heldige som har mange kompetente ansatte, både nyansatte og folk som har vært med oss i mange år. De sikrer kontinuitet og drift, uavhengig av hvilke personer som blir valgt som politisk ledelse.

**«Foreningens politikk er ikke
avhengig av enkeltpersoner.»**

Og, aller viktigst – vi har, og er, medlemmene våre. Psykologforeningen er og skal være en demokratisk medlemsforening, basert på representativt demokrati. Alle medlemmer kan delta på møter i lokalavdelingene, foreslå saker til sentralstyret, stemme på medlemmer til styret i lokalavdelingen, og forslag til deltagere utvalgene, representere Psykologforeningen lokalt, og, etter hvert, stemme på delegater til neste landsmøte. Noen engasjerer seg mer, andre mindre, det er naturlig, men jo flere medlemmer som engasjerer seg aktivt, jo mer representativ og aktuell blir Psykologforeningen.

Det har vært en ære å få lov til å utvikle og forvalte Psykologforeningens fag- og profesjonspolitikk de siste fem årene. Kanskje er jeg fortsatt visepresident når dette leses, kanskje ikke. Det vet jeg ikke. Men det jeg vet, er at Psykologforeningen aldri er sentralstyret alene. Psykologforeningen er mye mer. Psykologforeningen, det er oss. Alle sammen. I fellesskap. ■

Har du feriedager igjen?

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



**Ellen Ekre
Engh**

Spesialrådgiver i
Jus- og arbeidslivs-
avdelingen

Nå nærmer det seg slutten av året og mange psykologer har igjen feriedager som ikke er tatt ut. Hva bør arbeidstaker foreta seg før januar 2026 og hva kan arbeidsgiver bestemme?

Avtale om overføring av feriedager

Utgangspunktet er at ansatte skal ta ut alle feriedager hvert kalenderår. Dette skal arbeidsgiver sørge for, og arbeidstaker må medvirke. Formålet med ferie er å sikre arbeidstakere helt fri og avkobling fra jobben.

Etter ferieloven har alle arbeidstakere rett til 25 virkedager ferie hvert år. Virkedager er alle dager som ikke er søndager eller lovbestemte helge- eller høytidsdager. Dette betyr i praksis fire uker og én dag ferie ettersom lørdag regnes med. For arbeidstakere over 60 år kommer det i tillegg seks ekstra virkedager ferie. Ansatte som jobber på arbeidsplasser med tariffavtale har i tillegg krav på en ekstra uke ferie, gjerne kalt den avtalefestede ferien. Mange i private virksomheter har også avtalt fem uker ferie hvert år.

Hva skjer så med ferie som verken er tatt ut eller avtalt overført til neste år?

Ferie som ikke er tatt ut før 1. januar og som heller ikke er avtalt overført, skal også overføres til det påfølgende ferieår. Dette gjelder uansett grunn og uavhengig av avtale. For å sørge for at ansatte faktisk får ferie og et avbrekk fra jobb i løpet av året, legger loven opp til at det ikke er lovlig å inngå avtale om mer enn 12 dagers overføring. Retten til årlig uttak av ferie er en viktig del av vernebestemmelsene norsk arbeidstakere er omfattet av, og begrensningen på 12 dager understreker arbeidsgivers ansvar for at de ansatte faktisk tar ferie hvert år.

Har du feriedager igjen og ønsker å ta dem ut før 1. januar, bør du kjapt be om uttak. Ønsker du imidlertid ikke ferie før denne dato og du har feriedager igjen, så trenger du ikke bekymre deg for at du mister disse feriedagene.

«Formålet med ferie er å sikre arbeidstakere helt fri og avkobling fra jobben.»

Ferieloven åpner for at inntil 12 feriedager kan overføres til neste år. I tillegg kan det avtales at den avtalefestede ferien overføres, slik at avtale om overføring kan være på inntil tre uker.

En slik overføring av feriedager krever imidlertid avtale med arbeidsgiver. Hvis arbeidsgiver ikke samtykker i overføring av feriedagene du ikke har tatt ut, så er det arbeidsgivers plikt å finne rom for å ta ut feriedagene før 1. januar. Arbeidsgiver har som utgangspunkt vid styrrsrett på uttak av ferie, men har også en plikt til å sørge for at det faktisk er mulig å ta ut ferien. Arbeidsgiver kan ikke nekte overføring av ferie samtidig som den ansatte får så mange oppgaver at uttak av ferie i praksis ikke blir mulig.

Det er også mulig å avtale forhåndsuttak av ferie på inntil 12 dager per år.



Ferie under sykdom og foreldrepermisjon

Ferieloven fastslår også at dersom årsaken til at arbeidstaker ikke har hatt mulighet til å ta ut feriedager i løpet av ferieåret er sykdom eller foreldrepermisjon, så skal alle de gjenværende feriedagene overføres til neste år.

«Arbeidsgiver har ansvar for at de ansatte faktisk tar ferie hvert år.»

Kontakt oss gjerne

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

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



Ønsker du å annonserer?

Neste utgivelse er 2. januar, frist for å bestille annonse er **10. desember**

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
Januar	10. des	2. jan
Februar	16. jan	2. feb
Mars	13. feb	2. mar

Kontakt oss for mer informasjon:

Unni Sandland

E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Telefon 23 10 31 33

 **Psykologtidsskriftet**



Stipend

Psykologer i ledelse

Søknadsfrist: **2. februar 2026**

Les mer
søk her:



Norsk psykologforening deler ut tre stipender til lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000. Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere psykologer i ledelse.

Stipend kan søkes for å dekke utgifter i forbindelse med lederutdanning/lederkvalifisering. Ett av stipendene kan gis til anvendt forskning / kunnskapsakkumulering om psykologer og ledelse.

Søkere må være medlem av Norsk psykologforening. Kvinner oppfordres til å søke.

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2025 en kort redegjørelse for hvordan pengene er benyttet.

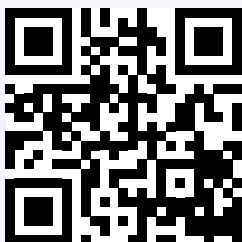
Søknad sendes Norsk psykologforening
v/ Tone S. Naglestad, p.b. 419 Sentrum, 0103 Oslo,
e-post tone.s.n@psykologforeningen.no



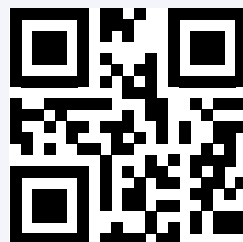
Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok?

Husk å bestille kvalifisert tolk

Les mer: [Helsenorge.no/tolk](https://helsenorge.no/tolk) og imdi.no/tolk



Skann
meg for
Helsenorge



Skann
meg for
IMDi

Psykologforeningens veilederutdanning for psykologer

Norsk psykologforening planlegger oppstart av nytt veilederutdanningsprogram høsten 2025. Målgruppen er psykologspesialister som gir psykoterapiveiledning og annen praksisorientert veiledning til psykologer. Hensikten med programmet er å styrke og fordype deltakernes veilederkompetanse, og derigjennom også bidra til en styrking av spesialistutdanningen. Psykologer som veileder andre yrkesgrupper kan også ha stort utbytte av veilederutdanningen. Bjarte Kyte og Hilde Pentzen leder programmet og er ansvarlige for det faglige innholdet.

Veilederutdanningen består av fire todagers fellessamlinger og ni gruppesamlinger. Underviserne på fellessamlingene bidrar med relevant forskning, teori og systematisering av erfaringer fra veiledningsarbeid. Fellessamlingene inneholder også gruppearbeid og faglige diskusjoner.

Deltakerne vil bli delt inn i veiledningsgrupper med gruppeleder og 5–6 deltakere som møtes ni ganger à én dag mellom fellessamlingene. I veiledningsgruppene vil deltakerne få veiledning på sitt eget veiledningsarbeid. Arbeidet i veiledningsgruppene er en sentral del av utdanningen, og det er viktig at alle deltakerne er til stede på og bidrar aktivt til hver gruppesamling. **Alle deltakerne må gi veiledning til andre under hele utdanningsforløpet, minst en av disse må være psykolog i spesialistutdanning. Deltakerne må også være villige til å filme eget veiledningsarbeid.**

Deltakeravgift

Prisen for deltakelse i programmet er kr 30 000 per semester (fire semestre). I prisen er det inkludert ni gruppesamlinger med gruppeleder, fire fellessamlinger og en overnatting per fellessamling og måltider. Alle gruppesamlingene vil finne sted i Oslo. Prisen forutsetter minimum 20 deltakere.

Påmeldingen er bindende til hele programmet, og en må delta på alle felles- og gruppesamlingene for å få utdanningen godkjent.

Spørsmål om praktiske forhold kan rettes til Norsk psykologforening ved kurskonsulent Liv K. Håkonsen eller Kevin Langli, tlf. 23 10 31 30.

Spørsmål om faglige forhold kan rettes til de faglige ansvarlige Bjarte Kyte tlf. 995 74 858 og Hilde Pentzen tlf. 995 85 379.

Datoer for fellessamlingene

23.–24. april 2026, 22.–23. oktober 2026,
15.–16. april 2027 og 21.–22. oktober 2027.

Påmeldingsfrist: 5. mars 2026.

**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 Lindøe
libi@siv.no
473 83 123

Troms

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

Vest-Agder

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

Vestfold

Simen Mjøen Larsen
Simen_ml@hotmail.com
906 53 556

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

Fagetisk råd

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

Ankeutvalg for fagetsaker klagesaker

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

Lønns- og arbeidslivsutvalget

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

Forhandlingsutvalg for privat praksis

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

Spesialitetsrådet

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

Fag- og profesjonsrådet

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

FAGUTVALGENE

Felleselementene

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiopsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder
evakarinfoevaas@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

Linn Engebretsen, konstituert utdanningssjef
linn@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. 12 2025

God jul til alle våre lesere

Katharine Cecilia Williams

Avtalespesialistenes dom over felles henvisningsmottak

Matt Oxman

Nevropsykologene fortviler

Matt Oxman

Vurdering av henvisninger i DPS: erfaringer fra en konsernrevisjon

Tone Schøyen

Kliniske erfaringer med bruk av DC:0-5

Smerud, Bikset & Aanderaa

Knut Hamsuns vei til Gud

Kim Larsen

Omsorgsforvitring og maktesløshet i akuttpsykiatri

Hagen, Knizek & Hjelmeland

Kan bruk av antidepressiver påvirke nytten av psykologisk behandling?

Høstmælingen, Nissen-Lie, Monsen & Solbakken

Tidlige tapsopplevelser, resiliens og risiko for senere psykiske lidelser

Ludvig Daae Bjørndal

En undersøkelse blant behandlere i spesialisert behandling for pasienter med personlighetsforstyrrelser

Zahl, Morken, Pedersen & Bremer

Psykologisk behandling av vedvarende vansker etter bruk av psykedelika

Holmøy & Andersen

Fremtidstenkning | Nakenbildespredning uten samtykke

Forskjellsbehandling av vedlikeholdsaktivitetene

Debatt Barbro Andersen

Evidensbasert praksis i psykologi – en begrunnet standard?

Henrik Berg

Hvem hjelper hjelperen?

Benedicte Storø Endresen & Anniken Lian Johansen

Å holde motet oppe

Victoria Forsberg

Barnet og trylleriene – opera om det lille mennesket i den voksne

Øystein Klev

Minneord for Ellen Hartmann