

Nevropsykologisk utredning i samiske kontekster

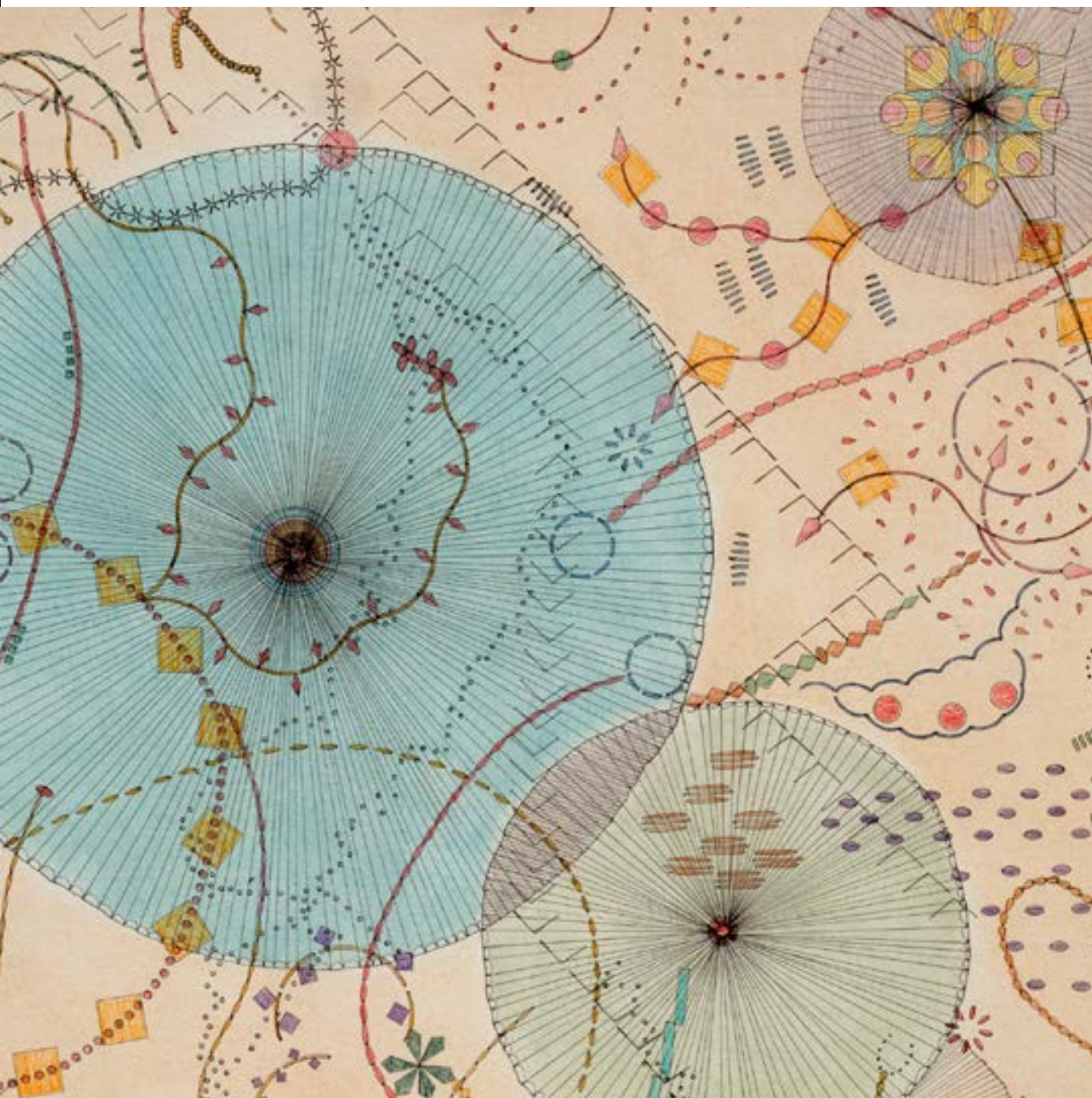
Dagmar Patricia Steffan

Urfolksperspektiver i samtalerapi

Laila Blindseth &
Sivkersok Cloos Olsen

Tilfriskning fra fødselsdepresjon

Frida Sætre, Lynn Watson &
Liss Anda



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
15.12.2025

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 31 33
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Bestillingsfrist 16.01, 13.02, 13.03

Opplag 10 600

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 Stänicke, Jens
Thimm og Espen Walderhaug

Layout Christian von Schack
Bileredaktører Maria Astrup og Kristin Bø
Omslagsillustrasjon Kristin Tårnesvik
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-/
figurtaksten. 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 1 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

OMSLAG

Kristin Tårnesvik står bak årets første forside, som viser en detalj fra «Transformert» (2025). Hele bildet kan du se på side 16. Tårnesvik er en norsk-samisk kunstner fra Gáivuotna/Kåfjord, bosatt i Oslo.



FAGARTIKKEL Ragnhild Bø & Cecilie Skule	
Digitale selvhjelpsløsninger for alkoholreduksjon	2
FRA PRAKSIS Laila Blindseth & Sivkersok Cloos Olsen	
Urfolksperspektiver i samtaleterapi – en modell for behandleren	9
FRA PRAKSIS Dagmar Patricia Steffan	
Nevropsykologisk utredning i samiske kontekster	15
FRA FORSKNINGEN Ragna Louise Sandvoll & Isak Bakkeli	
Paradoksale utfall i psykoterapi	21
ORIGINALARTIKKEL Sætre, Watson & Anda	
Norske kvinners opplevelser av hva som var hjelpsomt for tilfriskning fra fødselsdepresjon	24
ORIGINALARTIKKEL Hopsø, Hyldmo, Veia & Gustafsson	
Behandlingsmodell med kognitiv atferdsterapi ved over-spisingslidelse og fedme hos voksne: en pilotstudie	35
DOKTORGRADER	
Undersøkte oppfølging av Utøya-etterlatte Hvilken mening finner folk i jobb?	42
ETIKKpanelet Bjørnar Olsen	
Tomme kalorier for sjelen eller kraftkost for faglig vekst? Om KI og journalføring	43
DEBATT Helge Holgersen	
Farlig svakt av Fagetisk råd	47
KLASSIKEREN Anders Malkomsen	
Eksistensiell angst fra Kierkegaard til vår tid	49
BOKESSAY Espen Håland	
Hat, hevn og kjærlighet i <i>Greven av Monte Cristo</i>	54

TEKST Ragnhild Bø
Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Cecilie Skule
Helse Sør-Øst RHF

Digitale selvhjelpsløsninger for alkoholreduksjon

Forskning på digital selvhjelp gir lovende resultater, men få av løsningene er tilgjengelige for befolkningen.

Alkoholproblemer er et betydelig folkehelseproblem. Bruk av alkohol er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2023). Det er ingen psykiske lidelser som har like mange tapte leveår som rusrelaterte lidelser (Helse Sør-Øst, 2022). Ofte opptrer alkoholproblemer sammen med andre psykiske lidelser eller somatiske sykdommer (Skarstein et al., 2023), og forverrer sykdomsforløpene og prognose (e.g., Brière et al., 2014).

Behandlingen av alkoholproblemer krever store helseressurser (Oslo Economics, 2022), og i tiden fremover vil det bli krevende å møte behovene for behandling og omsorg (NOU, 2023). Tjenestene må innrette seg slik at helsepersonell kan nå frem med hjelp og behandling på nye måter, blant annet gjennom hjemmebehandling og digitale løsninger (Helsedirektoratet, 2023).

Politiske føringer angir at flere skal få behandling for alkoholbrukslidelser, og at det er behov for økt tilgjengelighet og bruk av kvalitetssikrede digitale verktøy

KONTAKT ragnhild.bo@psykologi.uio.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema. RB oppgir ingen interessekonflikter. CS er ansatt som assisterende fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF med ansvar for psykisk helsevern og rusbehandling. Det er mulig at HF vil delta i utviklingen av tilbud som beskrives i teksten.

innen psykisk helse (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2024, 2024–2025). Helsedirektoratet har fått i oppdrag å tilgjengeliggjøre og øke bruken av kvalitetssikrede digitale verktøy innen rus og psykisk helse, og utrede hvordan det kan legges til rette for et nasjonalt tilbud blant annet for digital selvhjelp (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2025). I psykisk helse og rusfeltet kan digitale selvhjelpsprogrammer sannsynligvis bidra til å forebygge mer alvorlige tilstander, og redusere behovet for behandling i spesialisthelsetjenesten.

I artikkelen går vi gjennom kunnskapsgrunnlaget knyttet til effekter av digitale selvhjelps løsninger og eventuelle barrierer for bruk av slike løsninger, og vi peker på implikasjoner for forskning og for helsetjenesten.

Å komme tidligere til med hjelp

Slik situasjonen er i Norge i dag, er bare 7 % av de som har et alkoholproblem, i behandling (Torvik et al., 2018). Å søke hjelp før det utvikler seg til avhengighet, kan hindre omfattende problemer og stort funksjonstap. Likevel går det gjerne mange år fra begynnende problembruk av alkohol til personer kommer i behandling (Christoffersen et al., 2021). Dette til tross for at mennesker med et risikofyllt forbruk ofte selv er bekymret for forbruket, helsesituasjonen og konsekvensene for familien og arbeidet. Fremskrivningsarbeidet for psykisk helsevern og rusbehandling fra 2022 (Helse Sør-Øst, 2022) vektlegger betydningen av å nå frem til gruppen med rusproblemer som *ikke* oppsøker behandlingsapparatet. Det må gjøres en innsats for å nå ut til de som ikke ber om hjelp, og her blir det fremhevet at de unge er en viktig målgruppe. Digitale løsninger åpner muligheten for å nå frem til et stort antall personer med tidlig intervensjon rettet mot alkoholproblemer, inkludert unge mennesker.

Hva er digitale intervensjoner?

Digitale intervensjoner inkluderer en rekke teknologier som mobilapplikasjoner, nettbaserte programmer og interaktive løsninger (Ndulue & Naslund, 2024). Felles for de fleste digitale intervensjonene som retter seg mot alkoholreduksjon, er at de omfatter en kartlegging av konsum ut fra pasientenes egenrapportering. Ofte baserer de seg på algoritmer for å tilby individuelle råd og veiledning ut fra konsumet pasientene rapporterer om. Rådene skal bygge på anerkjente metoder for atferdsendring, selv om det teoretiske grunnlaget ikke alltid er tydelig beskrevet (Kaner et al., 2017). I tillegg inkluderer noen intervensjoner eksperimentelle kognitive programmer for å fremme atferdsendring, for eksempel ved å endre implisitte tendenser i oppmerksomhet og tilnærmingssatferd (Bø, 2019). Andre digitale intervensjoner inkluderer chattefunksjoner for å samhandle med likemenn som også har alkoholreduksjon som mål.

eBehandling

Digitale intervensjoner kan benyttes med eller uten støtte av en terapeut, som definerer skillet mellom rene selvhjelps løsninger og terapeutveiledet internettbehandling.

Sistnevnte, hvor en person arbeider selvstendig med et strukturert program med terapeutisk støtte, favnes av begrepet eBehandling.

I Norge tilbys terapeutveiledet internettbehandling blant annet mot depresjon, sosial fobi og panikktilstand, og metoden er vurdert av Beslutningsforum (Elvsaas et al., 2018). Flere terapeutveilede behandlingsprogrammer rettet mot psykisk helse og rus er under utvikling og utprøving, både til barn og unge, og for voksne. Sykehuset i Vestfold (SiV) HF har blant annet utviklet et eBehandlingstilbud for alkoholproblemer som i første omgang gjennomføres som et forskningsprosjekt ved SiV, flere helseforetak i Helse Sør-Øst og St. Olavs Hospital HF i Trondheim.

Erfaringene så langt indikerer at eBehandling for alkoholproblemer når frem til pasientgrupper som ellers ikke ville henvendt seg for å få hjelp med et problematisk forhold til alkohol.

Digital selvhjelp

Ikke alle pasienter ønsker å være i kontakt med behandlere og bli registrert som pasient i spesialisthelsetjenesten. Selv digital kontakt med spesialisthelsetjenesten kan være en barriere for å søke hjelp. Det ville derfor være en fordel å tilby kvalitetssikrede digitale selvhjelpsverktøy til bruk ved risikofyllt eller problematisk bruk av alkohol. I tillegg til å gjøre hjelpen mer tilgjengelig er selvhjelps løsningene mindre ressurskrevende ettersom de ikke inkluderer kontakt med helsepersonell.

Effekten av digital selvhjelp

Vi er ikke kjent med at det pågår norsk forskning på effekten av digitale selvhjelpsprogram for alkoholreduksjon, og leter man etter ressurser på nettet, finnes det mest nettsider som gir informasjon om alkohol og dens skadelige effekter. Enkelte andre land har kommet lenger enn Norge i å tilby gratis tilgjengelige, digitale selvhjelps løsninger rettet mot skadelig bruk av alkohol. I Storbritannia («Drink Less»), Australia («Daybreak») og Sverige («Minska») finnes et grundig effekttestet tilbud åpent tilgjengelig på nett.

Det er foreløpig et svakt kunnskapsgrunnlag for å innføre digitale selvhjelps løsninger for alkohol sammenlignet med kun å tilby informasjon på nettsider, men enkelte funn er lovende. I en svensk studie undersøkte personer som søkte på nettet etter hjelp med å redusere alkoholbruk. Det var her ingen spesifikke kriterier deltakerne måtte oppfylle utover at de selv var på leting etter en måte å redusere alkoholkonsumet på, og at de hadde en smarttelefon ($N = 2129$). Deltakeren ble randomisert, og studien fant at den digitale selvhjelps løsningen «Minska» med høy sannsynlighet reduserte ukentlig alkoholkonsum og frekvensen av episoder med høykonsum mer enn kun generell informasjon om alkohol (Bendtsen et al., 2022). Den absolutte reduksjonen i gruppen som fikk «Minska», var fra en median på 17 enheter i uka til seks enheter i uka ved fire måneder. I samme periode gikk månedlig frekvens av høykonsumepisoder ned fra en median på



ILLUSTRASJON EMIL JOHNSON ELLEFSEN

seks til to. Noen av begrensningene ved studien var stort frafall ved oppfølgingen og at effekter utover fire måneder ikke ble undersøkt.

I Storbritannia er det gjort en lignende studie blant personer ($N = 5602$) med et risikofylt alkoholkonsum (AUDIT score ≥ 8). Her fant man begrenset støtte for den digitale selvhjelpsløsningen «Drink Less» etter seks måneder sammenlignet med generell informasjon om alkohol (Oldham et al., 2024). Det er likevel verdt å merke seg at begge grupper halverte sitt ukentlige

konsum i prosjektperioden, og at sensitivitetsanalyser blant dem som brukte intervensjon, et slags bestefalls-scenario, fant at disse drakk over to alkoholenheter ($1 \text{ AE} = 12,8 \text{ gram alkohol}$) mindre per uke ved seks måneders oppfølging sammenlignet med dem som kun mottok generell informasjon.

Intervensjoner for unge

Lignende intervensjoner, spesielt de som gir feedback om konsum og er rettet mot ungdom og unge voksne definert



som risikodrikkere (AUDIT-C ≥ 4 for menn og ≥ 3 for kvinner; $N = 1770$), har vist signifikant effekt på ukentlig alkoholkonsum og antall episoder med høykonsum, helt opptil tolv måneder senere (Bertholet et al., 2023). Også her ble intervensjonen sammenlignet mot generell informasjon om alkohol. Begge grupper hadde en økning i konsum ved tre måneders oppfølging, men deretter nedgang (under baselinenivå) ved seks og tolv måneders oppfølging. Ved seks måneder var reduksjonen på 14,6 gram alkohol/uke (1,1 AE) i intervensjonsgruppen og 4,6

— Digitale selvhjelps- løsninger for alkoholreduksjon antas å treffe bredt

gram alkohol/uke (0,4 AE) i kontrollgruppen. Reduksjonen er vesentlig mindre enn den man fant for «Minska» ved fire måneder og for «Drink Less» ved seks måneder. Subgruppeanalyser viste at effekten av intervensjonen var sammenlignbar for personer som hadde et sannsynlig diagnostiserbart alkoholproblem og risikodrikkere, noe som kan støtte at slike intervensjoner kan benyttes i flere faser av en problemutvikling. Det er likevel verdt å merke seg at selv om reduksjonen var signifikant, så var endringen svært liten.

En studie som har undersøkt hva som forklarer forskjellen mellom folkehelseopplysning og selvhjelps-løsninger, fant at selvhjelp gir mer kunnskap om *hvordan* man kan redusere, ikke bare *at* man burde redusere, og at selvhjelpen øker troen på at det er mulig å lykkes (Bendtsen et al., 2023).

Målgruppe

Digitale selvhjelps løsninger for alkoholreduksjon antas å treffe bredt (Ndulue & Naslund, 2024). Det er nok spesielt gunstig for unge voksne som er mindre tilbøyelig til å oppsøke tradisjonell rusbehandling (White et al., 2010). Det er imidlertid behov for å utvikle løsningene for å bedre treffe den yngre gruppen. Samtidig finnes det indikasjoner på at effekten for problemdrikkere er større i eldre aldersgrupper sammenlignet med yngre aldersgrupper når den digitale intervensjonen først er tatt i bruk (Riper et al., 2018).

En studie som har undersøkt individualiserte behandlingseffekter, har funnet at deltakere som rapporterte høyere konsum og hyppigere frekvens av episoder med høykonsum (fire eller flere enheter for kvinner og fem eller flere enheter for menn), hadde bedre effekt av digitale selvhjelps løsninger sammenlignet med dem som drakk mindre (Crawford et al., 2024). Effekten står i kontrast til behandlingsalternativene personer med

henholdsvis lav og høy risiko for alkoholproblemer foretrekker, hvor de med lavest risiko for alkoholproblemer foretrekker digitale intervensjoner, mens de med høyest risiko foretrekker spesialisert rusbehandling (Davies et al., 2019).

Når det gjelder ukentlig konsum, er det funnet få kjønnsforskjeller i effekten av digitale selvhjelps løsninger (Crawford et al., 2024; Kaner et al., 2017), men kvinner virker å ha større nytte med hensyn til å redusere episoder med høykonsum sammenlignet med menn (Crawford et al., 2024). Det er i tillegg studier som tyder på at kvinner ikke oppsøker tradisjonell alkoholbehandling like ofte som menn (Gilbert et al., 2019), og at de derfor kan ha særlig nytte av slike intervensjoner.

Alternativ til standard behandling?

Poliklinisk behandling av alkoholrelaterte problemer utgjør det største volumet av poliklinisk aktivitet i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (Helse Sør-Øst, 2022). Moderate til alvorlige alkoholproblemer behandles vanligvis i spesialisthelsetjenesten. Noen har i løpet av behandlingsforløpet behov for døgnbehandling, men de aller fleste pasientene får poliklinisk behandling. Behandlingen gis ofte som individuelle polikliniske konsultasjoner, men kurs- og gruppetilbud er også vanlige elementer i et behandlingsforløp. I noen sammenhenger gis behandlingen ambulant, og enkelte ganger i form av fleksible ambulante team i samarbeid med kommunen (FACT-team).

I standard behandling av alkoholproblemer spiller terapeuten en sentral rolle. Spørsmålet er da hvilken effekt vi kan vente av digitale selvhjelps løsninger, sammenlignet med effekten når en terapeut leder eller er involvert i behandlingen? Så vidt vi kjenner til, er det ikke gjort studier som har sammenlignet digital selvhjelp og behandling gitt av terapeut. Det finnes en studie som har sammenlignet digitale selvhjelps løsninger mot samme digitale intervensjon innlemmet i en behandlingsrelasjon (Quanbeck et al., 2024). Studien inkluderte i tillegg en gruppe som brukte den digitale intervensjonen med støtte fra likemenn. Blant personer med moderate til alvorlige alkoholproblemer ($N = 588$) var det nær en halvering av dager med høykonsum over en tolv måneders periode for alle tre grupper, men kun de som hadde den digitale intervensjonen innlemmet i en behandlingsrelasjon, viste signifikant nedgang fra tre til seks og ni måneder, samt bedret mental helse og livskvalitet. Samtidig var det vesentlig høyere frafall blant dem som møtte en terapeut. Vi vet ikke nok om hva som kan forklare det overraskende høye frafallet, men forfatterne av studien reflekterte rundt muligheten for at gruppen av personer med milde til moderate alkoholproblemer verdsatte autonomien og anonymiteten de digitale tjenestene ga, samtidig som forfatterne mente at man bør være lydhør for om pasientene ønsker terapeutinvolvering.

I tidligere faser av problemutviklingen er det ikke vist en like klar fordel av å møte en terapeut. I en metaana-

lyse ($N = 94\,753$) (Beyer et al., 2023) som undersøkte forskjellen mellom terapeutledede intervensjoner versus selvhjelps løsninger, førte intensive, terapeutledede intervensjoner til større reduksjon i ukentlig konsum ved én og seks måneder sammenlignet med digitale selvhjelps løsninger. Ved tolv måneder er det derimot ingen forskjell i reduksjonen mellom de to intervensjonene. Det er ingen forskjell mellom de to behandlingsformene for antall episoder med høykonsum ved noen av tidspunktene, men likevel en reduksjon i antall episoder i begge grupper når man sammenligner mot ingen oppfølging opptil seks måneder. Ved tolv måneder er reduksjonen i høykonsumepisoder kun signifikant for den terapeutledede intervensjonen, selv om den absolutte reduksjonen var større i selvhjelpsgruppen.

Barrierer for bruk

I Norge tilbyr Helsedirektoratet kvalitetssikrede verktøy via Helsenorge, men foreløpig tilbys ingen digitale selvhjelpsverktøy for alkoholreduksjon. Helsenorge har lenker til ideelle organisasjoner som tilbyr digital kartlegging og råd basert på alkoholkonsum. En rekke apper er tilgjengelige for alkoholreduksjon hos plattformer som GooglePlay og AppStore. Her er det nyttig å være klar over en studie som viste at industrifinansierte apper som hevder å hjelpe brukerne med bevisstgjøring av eget alkoholforbruk ved å overvåke konsum, kan inneholde feilinformasjon som forleder brukerne til å tro at alkoholbruken er mindre farlig enn det den faktisk er (Roy-Highley et al., 2024). Studien underbygger behovet for digitale selvhjelpsverktøy som er basert på dokumentert effekt, støttet av utgivere som har tillit i befolkningen.

Digital kompetanse er ujevnt fordelt i befolkningen, og kan påvirke om digitale løsninger blir tatt i bruk. Derfor vil det være en klar fordel om digitale selvhjelpsverktøy har et enkelt og intuitivt brukergrensesnitt (Glass et al., 2022). Eldre har ikke nødvendigvis motforestillinger mot digitale løsninger, men kan trenge noe mer bistand for å ta løsninger i bruk sammenlignet med yngre befolkningsgrupper (Seifert et al., 2019).

For å kunne ta i bruk digitale intervensjoner og motvirke frafall er det flere utfordringer som må løses. Selv når den digitale selvhjelpsintervensjonen er utviklet for å være brukervennlig, engasjerende og er vurdert å være pålitelig, finner studier at et stort antall personer ikke laster ned den digitale selvhjelpsintervensjonen, ikke bruker den og dropper ut (e.g., Bertholet et al., 2023). En oversiktsartikkel pekte på avgjørende kontekstuelle betingelser som påvirker engasjementet, som opplevelse av sosial tilhørighet og autonomi (Borghouts et al., 2021). Dette er kunnskap som må inkluderes for at digitale selvhjelps løsninger skal tas i bruk og anvendes.

For å sikre virksomme løsninger tilpasset norsk kontekst må vi ha mer kunnskap om og utvikling av digitale selvhjelpsverktøy som oppfyller krav til effekt, personvern og sikkerhet (Ndulue & Naslund, 2024). Vi trenger altså en forskningsinnsats, uten at det i seg selv er tilstrekkelig. En litteraturgjennomgang viser at kun et

— behandling på et tidligere tidspunkt av en problemutvikling, vil ofte være en fordel

mindretall av digitale selvhjelps løsninger for alkoholreduksjon som er effekttestet, er allment tilgjengelig etter avslutningen av en studie (8 av 19). Samtidig har bare halvparten av de som er tilgjengelig, vist effekt (Colbert et al., 2020). Det eksisterer med andre ord et betydelig «research to practice-gap». Psykologer kan spille en viktig rolle i implementeringsarbeidet (Graham et al., 2020).

Kost-nytte

Det er lite sikker evidens omkring hvorvidt digitale selvhjelpsverktøy på lang sikt er kostnadsbesparende sammenlignet med andre typer tidlig intervensjon for problematisk bruk av alkohol (Ulfsson et al., 2024), da de fleste studiene har en tidshorisont på 4–12 måneder. En nylig publisert studie fra England (Angus et al., 2025) undersøkte den antatte kostnadseffektiviteten ved å rulle ut den digitale selvhjelps løsningen «Drink Less» i stor skala. Bakgrunnen for studien var at selv om intervensjonen ligger åpent tilgjengelig, var graden av bruk i befolkningen lav.

I studien tok forskerne utgangspunkt i helsekostnader forbundet med alkoholbruk over en 20-årsperiode i Storbritannia, og de brukte en velutprøvd matematisk modell for å studere effekten av alkoholtiltak. Gjennom modelleringen av ulike scenarioer antok de at ved å kjøre en storstilt reklamekampanje for intervensjonen gjennom sosiale medier, ville alkoholkonsumet reduseres med 0,04 AE per uke per innbygger (omregnet fra britisk til norsk AE), noe som ville kunne resultere i cirka 109 000 færre sykehusinnleggelser, ett dødsfall mindre hver tredje dag, øke kvalitetsjusterte leveår og spare National Health Services (NHS) for flere milliarder kroner i helseutgifter.

Det er med andre ord indikasjoner på at selv små reduksjoner i alkoholkonsum på individnivå vil kunne gi store besparelser for samfunnet.

Hvilken besparelse intervensjonene vil føre til på andre områder enn i helsesektoren ble ikke belyst i modelleringen fra England, og det trengs flere forløpsstudier av reelle besparelser. Fremtidige studier av kostnadseffektivitet bør derfor ha en bredere tilnærming til nytte utover besparelse av helsekroner, som arbeidsproduktivitet, bruk av sosiale tjenester og frivillighet, samt innen justissektoren (Ulfsson et al., 2024).

Avslutning

Det er klare helsepolitiske føringer på at digitale selvhjelps løsninger for alkoholreduksjon er ønskelig og nødvendig for å nå ut til mennesker som er bekymret for sitt alkoholforbruk, og for å møte kapasitetsutfordringene helsetjenesten i Norge står overfor. Basert på de foreløpige erfaringene med eBehandling mot alkoholproblemer ser digitale løsninger ut til å være noe mennesker med et problematisk alkoholbruk ønsker seg. Enkelte studier indikerer at digitale selvhjelpsintervensjoner vil kunne ha effekt i perioder hvor alkoholproblem utvikles og opprettholdes. At flere kommer i behandling på et tidligere tidspunkt av en problemutvikling, vil ofte være en fordel. Det må arbeides videre med å identifisere hva som kan være hindre for at befolkningen tar i bruk slike løsninger, og hva som gjør at personer dropper ut. Dermed kan intervensjonene utformes på en måte som opprettholder engasjementet. Et bredere kunnskapsgrunnlag om effekten, både på kort og lang sikt, vil gi mulighet for å utvikle et kostnadseffektivt tilbud tilpasset norske forhold. Ψ

REFERANSER

- Angus, C., Oldham, M., Burton, R., Dina, L.-M., Field, M., Hickman, M., Kaner, E., Loeberberg, G., Munafò, M., Pizzo, E., Brown, J. & Garnett, C. (2025). Modeling the potential health, health economic, and health inequality impact of a large-scale rollout of the drink less app in England. *Value in Health*, 28(2), 215–223. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.11.007>
- Bendtsen, M., Åsberg, K. & McCambridge, J. (2022). Effectiveness of a digital intervention versus alcohol information for online help-seekers in Sweden: a randomised controlled trial. *BMC Medicine*, 20(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02374-5>
- Bendtsen, M., Åsberg, K. & McCambridge, J. (2023). Mediators of effects of a digital alcohol intervention for online help-seekers: Findings from an effectiveness trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 251, 110 957. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110957>
- Bertholet, N., Schmutz, E., Studer, J., Adam, A., Gmel, G., Cunningham, J. A., McNeely, J. & Daepfen, J.-B. (2023). Effect of a smartphone intervention as a secondary prevention for use among university students with unhealthy alcohol use: randomised controlled trial. *BMJ*, 382, e073 713. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073713>
- Beyer, F. R., Kenny, R. P. W., Johnson, E., Caldwell, D. M., Garnett, C., Rice, S., Simpson, J., Angus, C., Craig, D., Hickman, M., Michie, S. & Kaner, E. F. S. (2023). Practitioner and digitally delivered interventions



- for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in people not seeking alcohol treatment: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 17–29. <https://doi.org/10.1111/add.15999>
- Bø, R. (2019). Kognitiv rehabilitering ved alkoholavhengighet: supplement til ordinær behandling? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(2), 88–98. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2019a-s01ae-Kognitiv-rehabilitering-ved-alkoholavhengighet-supplement-til-ordinaer-behandling->
- Borghouts, J., Eikeby, E., Mark, G., De Leon, C., Schueller, S. M., Schneider, M., Stadnick, N., Zheng, K., Mukamel, D. & Sorkin, D. H. (2021). Barriers to and facilitators of user engagement with digital mental health interventions: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), e24 387. <https://doi.org/10.2196/24387>
- Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 526–533. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.10.007>
- Christoffersen, L. A. N., Mortensen, E. L., Becker, U., Osler, M., Sørensen, H. J. & Flensborg-Madsen, T. (2021). Age at onset and age at treatment of alcohol use disorders: Associations with educational level and intelligence. *Alcohol*, 95, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2021.04.005>
- Colbert, S., Thornton, L. & Richmond, R. (2020). Smartphone apps for managing alcohol consumption: a literature review. *Addiction Science & Clinical Practice*, 15(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13722-020-00190-x>
- Crawford, J., Collier, E. S. & Bendtsen, M. (2024). Individualized treatment effects of a digital alcohol intervention and their associations with participant characteristics and engagement. *Alcohol and Alcoholism*, 59(5). <https://doi.org/10.1093/alcalc/aga049>
- Davies, E. L., Maier, L. J., Winstock, A. R. & Ferris, J. A. (2019). Intention to reduce drinking alcohol and preferred sources of support: An international cross-sectional study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.011>
- Elvsaa, I. K. Ø., Stoinska-Schneider, A. & Smedslund, G. (2018). *Terapeutveiledet internetbehandling ved psykiske lidelser - en fullstendig metodevurdering*. <https://www.ny-emetoder.no/4aed79/siteassets/documents/rapporter/terapeutveiledet-internetbehandling-ved-psykiske-lidelser-rapport-2018.pdf>
- Folkhelseinstituttet. (2023). *Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol*. Folkhelseinstituttet. Hentet 13.02.2025 fra <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkhelseperspektiv-pa-alkohol/?term=>
- Gilbert, P. A., Pro, G., Zemore, S. E., Mulia, N. & Brown, G. (2019). Gender differences in use of alcohol treatment services and reasons for nonuse in a national sample. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(4), 722–731. <https://doi.org/10.1111/acer.13 965>
- Glass, J. E., Tiffany, B., Matson, T. E., Lim, C., Gundersen, G., Kimbel, K., Hartzler, A. L., Curran, G. M. McWethy, A. G., Caldeiro, R. M., & Bradley, K. A. (2022). Approaches for implementing digital interventions for alcohol use disorders in primary care: A qualitative, user-centered design study. *Implementation Research and Practice*, 3, 26334895221135264. <https://doi.org/10.1177/26334895221135264>
- Graham, A. K., Lattie, E. G., Powell, B. J., Lyon, A. R., Smith, J. D., Schueller, S. M., Stadnick, N. A., Brown, C. H. & Mohr, D. C. (2020). Implementation strategies for digital mental health interventions in health care settings. *American Psychologist*, 75(8), 1080–1092. <https://doi.org/10.1037/amp0000686>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsestjeneste*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e-6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2024–2025). *Meld. St. 5. Trygghet, fellesskap og verdighet. Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ea80c49b41b4d9eae9268019e1526cd/no/pdfs/stm202420250005000dddpdfs.pdf>
- Helse og Omsorgsdepartementet. (2025). *Tildelingsbrev 2025 Helsedirektoratet*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d-64def982cb7c8ce1eeb64/2025-tildelingsbrev-helsedirektoratet.pdf>
- Helse Sor-Øst. (2022). *Franskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://www.helse-sorost.no/497adf/siteassets/documents/styret/styremoter/2022/1216/franskrivningsmodell-phv-og-tsb.pdf>
- Helsedirektoratet. (2023). *Digital hjemmeoppfølging*. <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppfølging/digital-hjemmeoppfølging>
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J. J., de Vocht, F., Hickman, M., Brown, H., Maniatopoulos, G. & Michie, S. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD011 479. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2>
- Ndulu, O. I. & Naslund, J. A. (2024). Digital interventions for alcohol use disorders: A narrative review of opportunities to advance prevention, treatment and recovery. *Psychiatry Research Communications*, 4(3), 100 183. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2024.100183>
- NOU. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Oldham, M., Beard, E., Loeberberg, G., Dinu, L., Angus, C., Burton, R., Field, M., Greaves, F., Hickman, M., Kaner, E., Michie, S., Munafò, M., Pizzo, E., Brown, J. & Garnett, C. (2024). Effectiveness of a smartphone app (Drink Less) versus usual digital care for reducing alcohol consumption among increasing-and-higher-risk adult drinkers in the UK: a two-arm, parallel-group, double-blind, randomised controlled trial. *eClinical-Medicine*, 7(0). <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102534>
- Oslo Economics. (2022). *Samfunnskostnader ved alkoholbruk*. <https://avogtil.no/content/uploads/2022/02/220112-Rapport-Samfunnskostnader-ved-alkoholbruk-OE.pdf>
- Quanbeck, A., Chih, M.-Y., Park, L., Li, X., Xie, Q., Pulvermacher, A., Voelker, S., Lundwall, R., Eby, K., Barrett, B. & Brown, R. (2024). A randomized trial testing digital medicine support models for mild-to-moderate alcohol use disorder. *npj Digital Medicine*, 7(1), 248. <https://doi.org/10.1038/s41746-024-01241-2>
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A. H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z.,... Smitt, J. H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Medicine*, 15(12), e1 002 714. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714>
- Roy-Highley, E., Körner, K., Mulrenan, C. & Petticrew, M. (2024). Dark patterns, dark nudges, sludge and misinformation: alcohol industry apps and digital tools. *Health Promotion International*, 39(5). <https://doi.org/10.1093/heapro/daae037>
- Seifert, A., Reinwand, D. A. & Schlomann, A. (2019). Designing and Using Digital Mental Health Interventions for Older Adults: Being Aware of Digital Inequality [Opinion]. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00568>
- Skarstein, S., Lien, L. & Abebe, D. S. (2023). The burden of somatic diseases among people with alcohol- and drug use disorders are influenced by mental illness and low socioeconomic status. A registry-based cohort study in Norway. *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111 137. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111137>
- Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T. H., Bramness, J. G., Gillespie, N., Aggen, S. H., Kendler, K. S., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 54–64. <https://doi.org/10.1111/acps.12829>
- Ulfssdotter Gunnarsson, K., Henriksson, M. & Bendtsen, M. (2024). Digital alcohol interventions could be part of the societal response to harmful consumption, but we know little about their long-term costs and health outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e44 574. <https://doi.org/10.2196/44574>
- White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E. & Young, R. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5), e62. <https://doi.org/10.2196/jmir.1479>

TEKST

Laila Blindseth
Barne- og familieetaten, Oslo kommune

Sivkersok Cloos Olsen
Tromsø familievernkontor

Urfolksperspektiver i samtaleterapi – en modell for behandleren

Kompetanse på urfolksperspektiver kan bidra til forsoning og gi personer med urfolksbakgrunn en opplevelse av plass og trygghet i terapirommet.

KONTAKT urfolksperspektiver@gmail.com

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Forfatterne var ansatt ved Alternativ til Vold (ATV) i Tromsø da de skrev artikkelen.

Sannhets- og forsoningskommisjonen peker på at fornorskingspolitikken har ført til omfattende diskriminering og marginalisering av samer, kvener og skogfinner – særlig knyttet til språk, kultur og identitet. Rapporten understreker behovet for mer forskning og formidling for å fremme forsoning (Sannhets- og forsoningskommisjonen, 2023). Sametinget påpeker at forsoning, i likhet med fornorskningen, må være altomfattende og ta hensyn til asymmetriske maktforhold (Sametinget, 2024). Vi ønsker derfor å rette blikket mot psykologenes rolle i forsoningsarbeidet og ser nærmere på: «Hva kan være forsoning i en individualterapeutisk kontekst?»

Den kliniske konteksten for utviklingsarbeidet vi beskriver i teksten, er samtalebehandling i fagfeltet vold i nære relasjoner ved Stiftelsen Alternativ til Vold (ATV) i Tromsø. ATV tilbyr voldsbehandling til voksne som utøver vold i nære relasjoner, og til deres familier. Utover arbeidet med å hjelpe den enkelte med sin voldsproblematikk er ATV også et kompetansesenter om vold i nære relasjoner, som gjennom kunnskapsutvikling og fagformidling arbeider for å bekjempe vold som samfunnsproblem.

Vold er et samfunnsproblem også i Sápmi. Bakgrunnen for å bekjempe problematikken er temarapporten «Vold og overgrep i samiske samfunn», der Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter fremhever at samiske personer er mer utsatt for vold enn den øvrige befolkningen i Norge (NIM, 2018, s. 6). Undersøkelser som intervjuer fagpersoner, peker på at mennesker med samisk bakgrunn som lever med vold i nære relasjoner, kan oppleve større barrierer mot å oppsøke det offentlige hjelpeapparatet (Øverli et al., 2017; Bergman et al., 2025). Ut fra dette bakteppet fikk ATV i 2019 et oppdrag fra Barne- og familiedepartementet (BFD) om å tilby likeverdige tjenester til den samiske befolkningen i Norge. ATV valgte da å ramme inn oppdraget i et prosjektarbeid med midler fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Ettersom vi var to ansatte med urfolksbakgrunn ved ATVs kontor i Tromsø, fikk vi en særskilt rolle for det faglige innholdet i oppdraget om å tilby likeverdig voldsbehandling til den samiske befolkningen.

Vi er to psykologspesialister med hver vår urfolksbakgrunn – én norsk/svensk same og én inuk fra Kalaallit Nunaat (Grønland). Vi befinner oss dermed i et krysningsfelt mellom voldstematikk og urfolkstematikk, men også i et krysningsfelt mellom to urfolk, noe som har preget vårt arbeid på grunnleggende måter. Det første som møtte oss, var at vi som selv er urfolk, opplevde å bli tildelt ekspertroller og dermed også en definisjonsmakt over våre respektive folk og kulturer. Vi kjente på forventninger om at vår oppgave var å bidra til mer kunnskap om samisk kultur for derigjennom å sikre likeverdige tilbud til den samiske befolkningen. Dette opplevde vi som en overforenkling av en stor og kompleks oppgave. På tross av personlig kjennskap til egen kultur og folk ble vi sittende med spørsmål som: Hvem har definisjonsmakt over hva som er samisk kultur, og hva som er viktig og

relevant for urfolket i Norge i en terapeutisk kontekst? Hvordan skal vi sikre at vår faglige inkludering av urfolk når bredden i den samiske befolkningen? Ut fra disse spørsmålene igangsatte vi et fagutviklingsarbeid med målsetting om å bedre forstå hvordan vi som psykologer skal ivareta klienter med urfolksbakgrunn i terapi.

I artikkelen ønsker vi å dele våre tanker og argumenter for at terapeututvikling er en forutsetning for å gi likeverdige tilbud og for at terapirommet kan bli en viktig arena for forsoning. Selv om utviklingsarbeidet utspringer fra voldsbehandling, mener vi at det faglige innholdet er relevant for annen terapi og delvis også for andre undertrykte minoriteter.

Urfolksperspektiver

Urfolk blir ofte omtalt og beskrevet som gruppe. I fagutviklingsarbeidet ble det sentralt for oss å gå bort fra overordnede beskrivelser av kultur, og over i et søkelys på det opplevde perspektivet knyttet til det å ha en urfolksbakgrunn. Det ledet til at vi begynte å bruke begrepet *urfolksperspektiver*. Et urfolksperspektiv i et terapirom ser vi som et subjektivt ståsted med all sin kompleksitet. I det å ha et urfolksperspektiv ligger opplevelser av hvordan det er å være et urfolk, hvordan egen urfolksverden ser ut, hvordan tilhørigheten til og kontakten med eget folk oppleves, hvordan en selv er påvirket av plassen som eget folk har i samfunnet, og hvordan en opplever å bli møtt med sin urfolksbakgrunn. Samtidig kan urfolk også ha sterke opplevelser av gruppetilhørighet, og speile seg i hverandres opplevelser på tvers av urfolkskulturer og verdensdeler.

Strukturell vold som felles erfaring

Vi tenker at den strukturelle konteksten er viktig i voldsarbeid generelt, men særlig viktig i møte med urfolk. Strukturell vold er et begrep som er sentralt å forstå i klinisk arbeid med urfolk, og vi jobber ut fra en påstand om at strukturell vold angår alt urfolk. Det er felles for urfolk verden over at folket som gruppe har gjennomlevd strukturell vold fra landets myndigheter, og at folket fremdeles lever med pågående strukturell vold, konsekvenser av strukturell vold, lavere status eller med usynliggjøring i sine hjemland. Felles er også at urfolk har hatt en annen kultur og leveste enn majoritetssamfunnet, men

— *terapeututvikling er en forutsetning
for å gi likeverdige tilbud*

der kultur på individuelt nivå i nåtid kan ha svært ulike uttrykk og betydning for den enkelte. Begrepet strukturell vold er fra den norske sosiologen Johan Galtung, som brukte det første gang i 1969 (Galtung, 1969). Han skiller mellom individuell og strukturell vold – sistnevnte oppstår når ulik tilgang til makt begrenser livsmuligheter basert på gruppetilhørighet. Selv om volden er strukturell, fritar det ikke individet for ansvar, da strukturene bygger på samfunnets handlinger og holdninger. Rasistisk vold og dominans kan både være individuelle handlinger og samtidig et uttrykk for strukturell vold. Ikke alle urfolk opplever seg direkte utsatt for strukturell vold, men alle lever med konsekvensene av historisk og pågående strukturell vold.

Mer enn kompetanse på kultur

Det pågår viktig arbeid for å sikre likeverdige tjenester for den samiske befolkningen, blant annet gjennom forskning, handlingsplaner og innsats for å redusere barrierer i helsetjenesten (Øverli et al., 2017; Bergman et al., 2025). Flere tiltak har særlig vektlagt språkkompetanse og økt kulturkompetanse blant hjelpere (Øverli et al., 2017; Hansen & Skaar, 2021; Silviken & Berntsen, 2022; Bersvendsen & Saus, 2023).

I vårt fagutviklingsarbeid har kulturkunnskap spilt en liten rolle. Som urfolk fra ulike kulturer har vi likevel gjenkjent hverandres erfaringer som urfolk – noe vi også har sett i møte med andre urfolk globalt. Det viser at urfolksperspektiver handler om mer enn kultur og språk; det handler også om erfaringer med undertrykking og strukturell vold, og om det å leve med konsekvensene av strukturell vold i et samfunn der folket er lite synlig. Utsatthet for strukturell vold og undertrykking er *ikke* en del av kulturene til urfolk, men er likevel en sentral del av livsbetingelsene og noe som preger opplevelsen av å ha en urfolksbakgrunn.

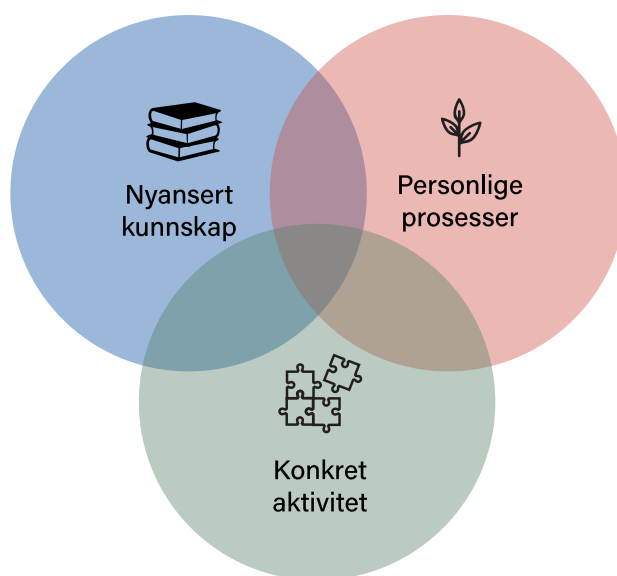
Underveis har det blitt tydelig for oss at den individualterapeutiske konteksten trenger særskilt oppmerksomhet på forsoning for å sikre likeverdige behandlinger. Grunnen er at den individualterapeutiske konteksten handler om det spesifikke møtet mellom urfolksklient og terapeut, på en arena der terapeuten innehar en enorm makt til å definere og vurdere klientens strev, samtidig som terapeuten også innehar det overordnede ansvaret for relasjonen og rammene for klientens terapeutiske prosess. Dette er også relevant for terapeuter med urfolksbakgrunn, da vi også trenger å utvide forståelsen av bredden i urfolksperspektiver og ta inn over oss maktforskjeller innad i et urfolk. Terapeuter med urfolksbakgrunn kan for eksempel gå i fallgruver av å ugylldiggjøre eget perspektiv eller utøve definisjonsmakt over klientens identitet.

En arbeidsmodell for terapeuten

I fagutviklingsarbeidet vårt med å ivareta urfolk i samtaleterapi har vi utviklet et refleksjonsfremmende verktøy som er utformet for å gjøre den komplekse tematikken

FIGUR 1

Modell for kompetanse på urfolksperspektiver



mer oversiktlig og lettere å navigere i. Modellen er ikke ment for bruk i direkte kontakt med klienten, men brukes av terapeuten på egen hånd eller i felles refleksjon med kolleger. Den er relevant for både majoritets- og urfolksterapeuter, og målsettingen er at terapeuten skal få bedre forutsetninger for å ivareta urfolksklienter i terapi – uavhengig av deres kulturelle uttrykk. Modellen kan brukes av terapeuter som ønsker å øke kompetanse på urfolksperspektiver, eller som ønsker å være en kongruent terapeut i kontakten med urfolksklienter.

Modellen for kompetanse på urfolksperspektiver består av tre gjensidig påvirkende deler: nyansert kunnskap, personlige prosesser og konkret aktivitet som oppsummert kan sies å bestå av en forståelsesdel, en opplevelsesdel og en handlende del. Modellen vektlegger at kompetanseutvikling krever at terapeuten forholder seg aktivt til alle tre deler, og at prosessen ikke nødvendigvis starter med kunnskapsinnhenting.

For bruk av modellen kan man ta for seg et bestemt tema og se temaet i lys av hver av delene i modellen. Temaene kunne for eksempel være: kultur (generelt) i et terapirom, majoritetsperspektiver i møte med urfolk eller ivaretagelse av urfolk ved et gitt hjelpetilbud. Vi vil i det følgende eksemplifisere modellen med utgangspunkt i temaet *strukturell vold*, og se det i lys av de ulike delene i modellen.

Nyansert kunnskap

Nyansert kunnskap handler om å tilegne seg kunnskap om urfolksperspektiver, men også å utvide forståelsen gjennom refleksjon slik at nyansene kommer frem. I en

— vi som terapeuter er forpliktet til å forholde oss til maktubalansen

samtaletterapeutisk kontekst med klienter som tilhører en kultur og et folk som er forsøkt utryddet og assimilert, blir det viktig at vi terapeuter er bevisste på hvordan vi forvalter kunnskap om nettopp dette folket. Urfolk er ikke en homogen gruppe. Kunnskap som deles om urfolk, må derfor være nyansert. Det som beskriver en hel gruppe, gjelder ikke nødvendigvis for den enkelte.

Vi opplever at kulturkompetanse ofte vektlegger hvordan kulturen divergerer fra majoritetskulturen. En slik tilnærming kan bidra til at det er annerledesheten og graden av annerledeshet som blir det avgjørende for om terapeuten gyldiggjør klienten som urfolk. Etter vår mening er det derfor svært viktig å være bevisst skillet mellom kunnskap basert på overordnede beskrivelser av kultur og kunnskap om hvordan enkeltpersoner selv opplever sin tilhørighet, og å være bevisst hvordan den aktuelle kunnskapen gjør seg relevant i en konkret terapeutisk kontekst.

Gruppebeskrivelser kan, selv om det er utilsiktet og med gode intensjoner, bidra til en objektivering og til å skape avstand mellom terapeut og klient, eller bidra til å ugyldiggjøre urfolksperspektiver som ikke gjenkjennes i gruppebeskrivelsene. Nyansert kunnskap om en folkegruppe mener vi er kontekstavhengig: Kulturkompetansen til en turistguide og en samtaletterapeut må se forskjellig ut. Turistguiden forholder seg til det objektive, mens terapeuten trenger kompetanse på det subjektive ved å tilhøre den gitte gruppen.

Når det gjelder å tilegne seg *nyansert kunnskap* om strukturell vold mot urfolk, trenger terapeuten å utvide sin forståelse av urfolkets perspektiver gjennom å reflektere over hva strukturell vold innebærer både på gruppenivå og på individuelt nivå. Altså trenger man både kunnskap om hvordan strukturell vold påvirker konteksten til urfolket, som konsekvensene for samfunn og samhold, språk som dør, og primærnæringer som trues. Men man trenger også kunnskap om hvordan strukturell vold rammer menneskene på individuelt nivå, altså det opplevde nivået og de psykologiske og relasjonelle konsekvensene av strukturell vold.

Den historiske strukturelle volden mot den samiske befolkningen, altså assimileringspolitikken, handlingene som ble utført for å gjennomføre den, og den videre usynligheten av det samiske i Norge har ikke alene rammet den samiske befolkningen, men også den norske

majoritetsbefolkningen. Handlinger begått av majoritetsbefolkningens forfedre påvirket verdier i samfunnet, og en av konsekvensene som dette har for majoritetsbefolkningen i dag, er mangel på nyansert kunnskap om urfolksperspektiver (Sannhets- og forsoningskommisjonen, 2023, s. 24 og 632). Mangel på nyansert kunnskap kan også føre til ignoranse, fordommer og holdninger som er mer eller mindre synlige, mer eller mindre bevisste, og som bidrar inn i den nåværende strukturelle volden mot urfolk. Tilhørighet til et folk (majoritetsbefolkningen) som har utøvd slik undertrykking, kan også medføre usikkerhet, ubehag eller at man ikke vil ta inn over seg sin egen posisjon, da dette er handlinger som man ikke er personlig ansvarlig for. Dette bringer oss over i neste del av modellen, som omhandler personlige prosesser.

Personlige prosesser

«One enters a room and history follows; one enters a room and history precedes. History is already seated in the chair in the empty room when one arrives», skriver Dionne Brand (2021).

Å jobbe med temaer knyttet til urfolk skiller seg fra andre fagfelt fordi det ikke er et nøytralt tema – verken for fagpersoner med eller uten urfolksbakgrunn. I stedet for å starte med kunnskapssøking, som i andre fagfelt, har vi i vår kliniske praksis begynt med introspeksjon og refleksjon over egne prosesser.

Personlig prosess refererer til at arbeid med temaer som omhandler urfolk, berører personlig. Terapeuten vil her øke sin kompetanse på urfolksperspektiver gjennom å gi plass til å utforske egen posisjon overfor urfolket og hva tematikken gjør med en selv som terapeut. Vi ser det som en nødvendighet at den enkelte terapeuten, uansett tilhørighet, tilegner seg ny kunnskap og vender blikket innover og reflekterer over egen kultur og hvilken maktposisjon terapeuten har muligheten for å disponere over. Terapeutens egen kultur og maktdisposisjon vil, enten terapeuten vil eller ikke, være til stede i terapirommet. Vi ønsker at vi som fagpersoner blir bevisste og undrende på *om* og *hvordan* denne maktposisjonen kan ha betydning i terapirommet og for den terapeutiske alliansen/relasjonen. Ut fra modellen tenker vi at det er viktig at man er seg bevisst om hva temaet aktiverer hos en selv, og hvem man selv blir i møte med klienter med

urfolksbakgrunn. De personlige prosessene som tematikken setter i gang hos den enkelte terapeuten, har en stor nytteverdi i det å utvide forståelse for urfolksperspektiver. Personlige prosesser knyttet til urfolksperspektiver handler både om kulturell identitet, kulturell bevissthet og om bevissthet om egne maktdisposisjoner. På grunn av interne maktforskjeller innad i et urfolk er bevissthet om egne maktdisposisjoner også viktig for terapeuter som selv har urfolksbakgrunn.

Ubehag for «kolonih Herren»

Når vi snakker om en nødvendighet av å bli bevisst sin egen tilhørighet og sin kulturelle identitet, så handler det om å se seg selv utenfra, men enda lenger utenfra enn det vi vanligvis gjør når vi forsøker å ha selvinnsett i møte med andre mennesker. Det handler om å se sin egen kultur og tilhørighet til folket som man selv representerer, kanskje også til tross for manglende opplevelse av å tilhøre et folk. I vårt arbeid med å utvide forståelsen for urfolksperspektiver har vi også utvidet vår forståelse av perspektiver fra majoritetsbefolkningen. Gjennom det har vi sett at flere som tilhører majoritetsbefolkningen, mangler en klar opplevelse av kulturell identitet og av å tilhøre et folk, og at det for mange er en fremmed tanke at andre likevel kan oppfatte en som en representant for et folk. En annen erfaring er at når vi tematiserer maktdisposisjoner med terapeuter som tilhører majoritetsbefolkningen, så kan det vekke ubehag og følelser av å være «koloniherr», noe man ikke ønsker å identifisere seg med. Slikt ubehag kan være vanskelig å romme, samtidig som vi har erfart at slike følelser kan være en viktig del i utviklingen av kompetanse på urfolksperspektiver.

I et samfunn med historisk strukturell vold og pågående strukturell vold mot landets urfolk mener vi at vi som terapeuter er forpliktet til å forholde oss til maktbalansen ved å vende blikket mot oss selv. Utøver vi på noen måte en holdning som er dominerende uten at vi har intensjoner om det? Stiller vi spørsmål på måter som kan oppfattes nedlatende, eksotifiserende eller evaluerende? Er det slik at relasjonen mellom terapeut og klient påvirkes mer av ulikheter i maktdisposisjoner enn av kulturelle ulikheter?

Konkret aktivitet

Ettersom nyansert kunnskap og det å være introspektiv ikke er tilstrekkelig for å utvikle kompetanse på urfolksperspektiver, trenger terapeuten også å forholde seg praktisk/handlende til temaer om urfolk. Det å forholde seg til urfolksperspektiver eller temaer om urfolk helt konkret ved egne handlinger tenker vi er en viktig del av det å tilegne seg kompetanse på urfolksperspektiver.

Hensikten med den konkrete aktiviteten er at terapeuten forholder seg handlende til tematikken, noe som både bidrar til å fasilitere økt kompetanse på urfolksperspektiver, og det bidrar til at den nyanserte kunnskapen og introspeksjonen kan få en betydning i praksis. For hvilken betydning får den nyanserte kunnskapen i terapirommet?

Hvordan merker klienten at terapeuten har kompetanse på urfolksperspektiver? Hvordan kan kompetanse på strukturell vold, maktdisposisjoner og usynlighet av det samiske få en betydning i terapirommet?

I vår terapeutiske kontekst ved ATV Tromsø begynte vi å spørre alle klienter om de har urfolksbakgrunn, som en del av kartleggingssamtalen. I tillegg har vi samiske elementer i interiøret på kontorene, som gjør det samiske synlig, og som også kan gi klienten en naturlig inngang til å tematisere egen urfolksbakgrunn. Vi har også begynt å omtale begrepet strukturell vold i kontakt med klientene når vi tematiserer vold og ulike voldsformer som man kan oppleve i samfunnet.

Gjennom våre egne prosesser for å utvikle kompetanse på urfolksperspektiver har vi blitt mer sensitive til å lytte etter markører for urfolksperspektiver og/eller strukturell vold i klientens fortellinger. Vi har erfart at lyttingen er noe som trenger øvelse. For hva kan være markører for strukturell vold eller urfolksperspektiver? For eksempel kan markører være beskrivelser av diskriminering på bakgrunn av tilhørighet, fortellinger om skolegang på internat, eller beskrivelser av mistet språk eller kultur. Markører kan også være mer subtile måter å bemerke eller innlede samtaler om urfolksbakgrunn på. I tillegg til å fange opp markører må terapeuten også respondere på måter som åpner for tematikken. De erfaringer vi har gjort, er at det ikke alltid er åpenbart hvordan terapeuten fikk til å tematisere strukturell vold eller urfolksbakgrunn med klienten. Vi har derfor praktisert å reflektere med kolleger, der vi har et særskilt søkelys på terapeuten bidrag, når strukturell vold eller urfolksperspektiver har vært et meningsfullt tema i terapi. På denne måten har vi blitt enda mer bevisste og bedre til å fange opp markører og respondere på disse.

Avsluttende refleksjoner

Som Sametinget påpeker, må forsoning ta hensyn til maktstrukturer og være altomfattende. I terapirommet betyr det at terapeuten tar ansvar for å skape trygge rammer og møte urfolksidentitet uten at klienten må forklare eller forsvare den. Forsoning krever at terapeuter reflekterer over Norges historie med undertrykking og øker sin kompetanse på konsekvenser som strukturell vold har på individuelt/psykologisk nivå, for relasjonelt nivå, for gruppe- og samfunnsnivå og for egen terapeutrolle og praksis. Det handler også om å støtte klientens urfolksperspektiv og sikre at likeverdige tilbud også når de klientene som er hardest rammet av fornorskingen og den påfølgende usynliggjøringen.

Kompetanse på urfolksperspektiver handler altså om mer enn kulturkompetanse. Økning av kulturkompetanse alene er som å rette seg mot bare én del av hele urfolket, bare én del av det å ha en urfolksbakgrunn og bare én del av den terapeutiske relasjonen. Uten en mer helhetlig forståelse av urfolksperspektiver vil ikke kulturkompetanse alene hjelpe terapeuten med å skille mellom kulturelle uttrykk og konsekvenser av strukturell vold.

Vi ønsker å stå i solidaritet med våre folk som står i nødvendige og viktige kamper for å synliggjøre folket, kulturen og for overlevelse. Samtidig trenger vi bevissthet og anerkjennelse for at kampen for likeverdige samtaletilbud må se annerledes ut enn kampene som omhandler for eksempel rettssikkerhet, menneskerettigheter eller frihet fra hets og rasisme i samfunnet for øvrig. Vår kamp for likeverdige samtaletilbud har som målsetting at alle med urfolksbakgrunn, uavhengig av kulturelt uttrykk, skal ha gyldige urfolksperspektiver i møte med sine terapeuter, og at deres opplevelser av å ha et urfolksperspektiv får plass i terapirommet på en trygg måte og som er relevant for den enkelte. For å få det til mener vi at det krever en særlig innsats fra oss terapeuter, og vi håper at modellen for kompetanse på urfolksperspektiver kan være til nytte for nettopp dette arbeidet. 

REFERANSER

- Bergman, S., Kiil, M. A., Bjørnholt, M. & Ruud, N. S. (2025). *Når tausheten brytes: Om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i samiske samfunn*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Bersvendsen, A. & Saus, M. (2023). Samiske kvinner utsatt for vold og overgrep: En interseksjonell tilnærming til fortellinger om hjelp fra barnevernet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 100(2), 184–201. <https://doi.org/10.18261/tnb.100.2-3.9>
- Brand, D. (2023). *A map to the Door of No Return, notes to belonging*. Vintage Canada.
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167–191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Hansen, K. L. & Skaar, S. W. (2021). *Unge samers psykiske helse – en kvalitativ og kvantitativ studie av unge samers psykososiale helse*. UiT Norges arktiske universitet. https://uit.no/Content/721_559/cache=20_210_403_160_302/Miha_Unge_samer_rapport_digital.pdf
- NIM (2018). *Vold og overgrep i samiske samfunn*. Norges institusjon for menneskerettigheter. https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2018/06/NNIM_temarapport_web.pdf
- Sannhets- og forsoningskommisjonen. (2023). *Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med fornorskningsspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner*. Rapport til Stortinget fra Sannhets- og forsoningskommisjonen. Dokument 19 (2022–2023).
- Sametinget. (2024, 17. oktober). *Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport – Sameingets overordnede vurderinger*. <https://sametinget.no/sannhets-og-forsoningskommisjonens-rapport/sametingets-overordnede-vurderinger>
- Silviken, A. & Berntsen, B. (2022). «Sorg er tungt. Det er ikke bare å glemme» – Etterlatte ved selvmord i samiske områder. I A. M. A. E. Eriksen, S. R. A. Siri, M. Melhus & E. A. Thomassen (Red.), *Guktie mijjine? Gåktu viedjep? Movt mii veadjit? Hvordan har vi det? (s. 258–277)*. Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet.
- Øverli, I. T., Bergman, S. H. & Finstad, A. K. (2017). *Om du tør å spørre, tør folk å svare: Hjelpeapparatets og politiets erfaringer med vold i nære relasjoner i samiske samfunn*. (Rapport 2/2017). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

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 Etikspanelet. Del dine etiske refleksjoner med oss.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



TEKST Dagmar Patricia Steffan
Kautokeino kommune

Nevropsykologisk utredning i samiske kontekster

SAMISK VERSJON VIA QR-KODEN:



Nevropsykologii ja
fágasuorgi rahčá
váilevaš álgoálb-
motperspektiiv-
vain, maiddái sámi

álbmoga dáfus. Dárbu lea sihke
ovdánahttit teastaid ja guorahallat
dálá teastaid psykometralaš
iešvuođaid sámi konteavsttas.

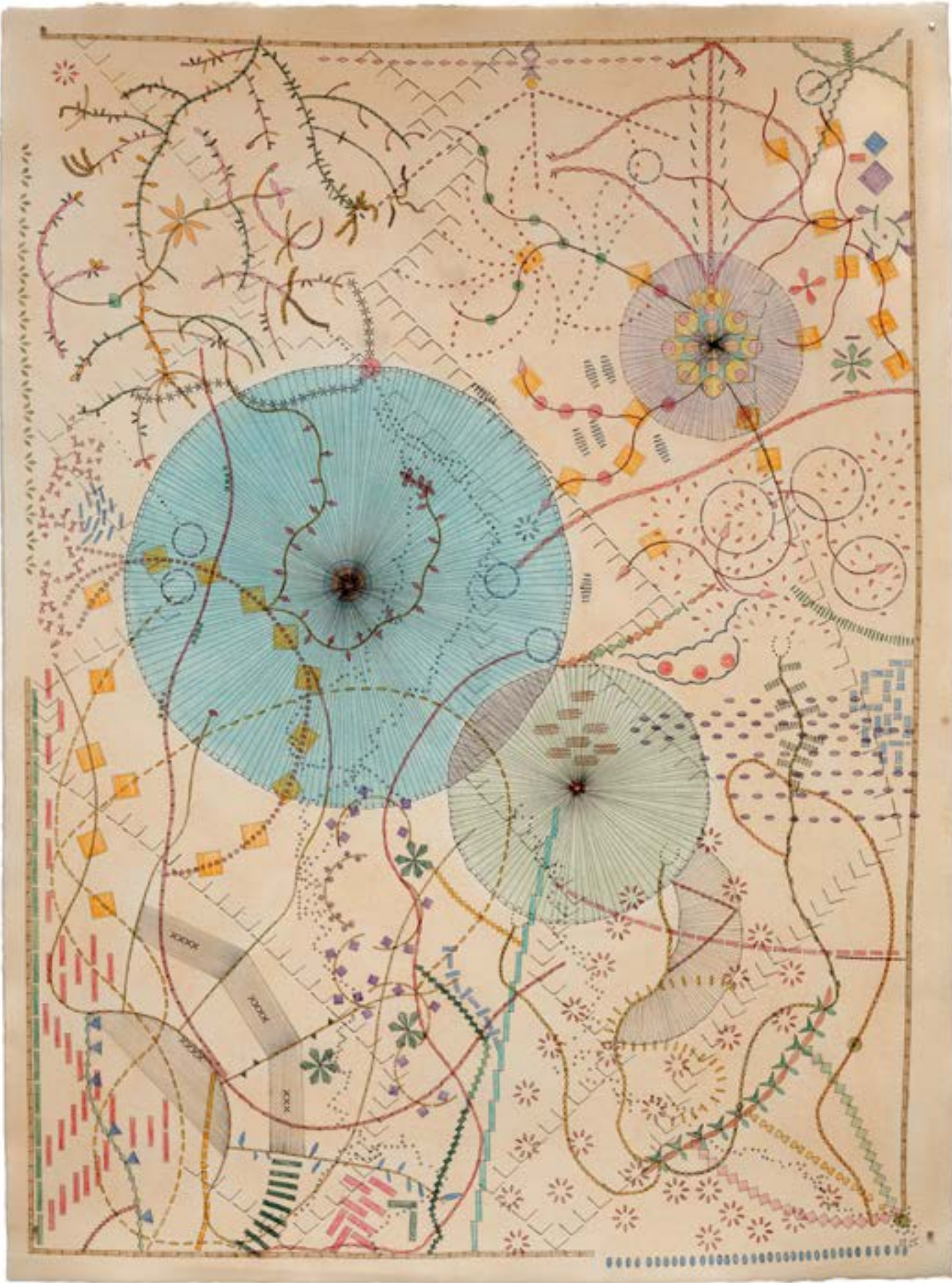
KONTAKT dagmarsteffan@gmail.com

MERKNAD Steffan er leder i Sámi
psykologasearvi (Samisk psykologforening)
og Norsk psykologforening i Finnmark.

Det nevropsykologiske fagfeltet mangler et urfolksperspektiv, også for det samiske folk. Vi trenger testutvikling og psykometrisk testing av eksisterende tester i samisk kontekst.

Den norske stat er grunnlagt på territoriet til to folk – nordmenn og samer. Det følger av Grunnloven § 108 at samisk og norsk er likeverdige språk. Til dette kommer International Labour Organization (ILO) Convention om urfolks rettigheter, også kalt ILO-konvensjonen nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater, som Norge har ratifisert. I artikkel 25 står det at helsetjenester må utvikles basert på urfolks egne premisser.

Samtidig er det i flere stortingsmeldinger blitt påpekt et behov for å øke samisk språk- og kulturkompetanse i helsetjenester (Meld. St. 17 (2024–2025); Meld. St. 12 (2023–2024)). Rapporter fra både Sametinget og den norske regjeringen understreker at samer generelt ikke får tilbud som oppfyller deres rettigheter (Sametinget, 2023; Meld. St. 31 (2018–2019)). Helsepersonell vet sjelden hvem som er same, og hvem som ikke er same. Få får mulighet



— den standardiserte testsituasjonen bærer likheter med maktstrukturer fra koloniseringstiden

til å snakke samisk i helsekonsultasjoner (Meld. St. 31 (2018–2019), s. 24). Dette etisk-juridiske perspektivet angår da også nevropsykologiske utredninger. Samtidig finnes det lite kunnskap om hvordan nevropsykologiske tester fungerer i samiske kontekster, og svært få av testene er utviklet i disse kontekstene (Strand & Mathisen, 2006).

Nevropsykologisk utredning i samiske kontekster er både et viktig og et utfordrende tema. I det videre går jeg først inn på internasjonal litteratur rundt urfolksperspektivet og nevropsykologisk testing. Deretter presenterer jeg erfaringer som nevropsykolog med hvordan et manglende urfolksperspektiv berører samiske pasienter spesifikt. Videre går jeg inn på noen språklige og kulturelle hensyn vedrørende nevropsykologisk testing. Til slutt presenterer jeg hvordan forskning har tilnærmet seg den nevropsykologiske undersøkelsen i samiske kontekster, og hva som kan være nyttig å gjøre i det videre.

Urfolksperspektivet i nevropsykologien

I den nevropsykologiske undersøkelsen benyttes gjerne penn- og papirtester, eller tester administrert på datamaskin. En generell utfordring som treffer urfolksgrupper, ligger i at nevropsykologiske arbeidsmetoder er utviklet på bakgrunn av majoritetssamfunnets paradigmer (Reagan et al., 2023; Suchy-Dicey et al., 2025). Når de anvendes i en urfolkskontekst, kan det i siste instans bli skadelig for dem som testes (Reagan et al., 2023). Andre har tematisert behovet for både en kulturell trygghet (*Cultural safety*) og psykometrisk valid og reliabel undersøkelse i den aktuelle urfolkspopulasjonen (Dudley et al., 2014; Reagan et al., 2023; Suchy-Dicey et al., 2025). Likevel er nevropsykologiske tester sjelden oversatt, normert og utviklet i pasienters kulturelle og språklige kontekster, heller ikke i samisk kontekst (Sametinget, 2023; Strand & Mathisen, 2006).

Ifølge Reagan et al. (2023) bærer den standardiserte testsituasjonen likheter med maktstrukturer fra koloniseringstiden og er en psykisk risiko for den som testes. Forfatterne påpeker at nevropsykologisk testing ikke tar hensyn til hverken urfolks epistemologier eller språk, og at diagnoser, som kan bli sluttresultatet, kan oppleves som nedverdiggende fordi urfolk gjerne i større grad definerer individet i en relasjonell kontekst. Også forskning i norda-

merikansk (Suchy-Dicey et al., 2025) eller i Aotearoa-/newzealandsk kontekst (Dudley et al., 2014) har vist at urfolks selvforståelse (First Nations og Māori) angående sykdom og helse i liten grad får plass i vestlig drevne nevropsykologiske utredninger. I en hovedoppgave med designet systematisk oversikt fant Eira (2021) at det er flere likheter enn forskjeller mellom urfolk og majoritetsbefolkningen. Samtidig fant oversikten at når testingen ikke er tilpasset urfolkets kultur, gjør urfolk det gjerne bedre på visuelle enn språklige deltester. Da blir risikoen at nevropsykologen vurderer kognitive forutsetninger som lavere enn de reelt sett er (Eira, 2021).

Det er altså et manglende *urfolksperspektiv* i det nevropsykologiske feltet. Et urfolksperspektiv innebærer blant annet å ha kunnskap og forståelse for urfolks tilhørighet til natur og land, koloniseringshistorien og urfolks egen spiritualitet (Gone & Kirmayer, 2020). En spesiell ontologi (hva vi ser av verden) og epistemologi (hva vi kan vite om verden) er del av urfolksperspektivet, og gjør at man kan se ulikt på vitenskapelige spørsmålsstillinger og forskningsmetoder. Selv om psykologers kliniske arbeidsmetoder er forankret i vitenskapen, stilles det sjelden spørsmålsteget til vitenskapens relevans i den enkelte konteksten kunnskapen skal brukes i.

Nevropsykologi i samisk kontekst

Gitt det vi vet om urfolksperspektiv mer bredt, virker det sannsynlig at psykologer bruker majoritetssamfunnets nevropsykologiske tester i samiske kontekster. Det både grunnet manglende tematisering av urfolksperspektivet i nevropsykologisk utredning og fravær av passende verktøy. Dette gjenspeiles i min erfaring som nevropsykolog.

Jeg har også erfart at helsepersonell sjelden vet hvem som er same. Videre viser både mediasaker og Stortingsmelding 31 (Meld. St. 31 (2018–2019)) at samiske pasienter sjelden tilbys tolk, selv når samisk er pasientens førstespråk. I noen tilfeller brukes tolk i den nevropsykologiske testingen. En annen utfordring er når testspørsmål ikke passer eller ikke lar seg oversette direkte grunnet språknes egenskaper.

Omvendt har jeg erfart at samiskspråklige psykologer ikke har tilgang på passende arbeidsverktøy. Jeg har også

vært vitne til at psykologer mener at et samiskspråklig barn som sliter, burde lære norsk, slik at barnet kan få hjelp. Her opplever jeg at to feilantagelser møtes: For det første anses samisk ikke som et relevant testspråk. For det andre impliserer forventningen til barna om å lære norsk fremfor samisk en antagelse om at hjelpen er tilgjengelig i norsk kontekst, men ikke i samiskspråklig kontekst. Begge antagelsene er forenklinger.

I likhet med i urfolkssk kontekst mer generelt er det også i samisk kontekst flere risikoer ved at en nevropsykologisk utredning gjøres på majoritetsfolkets språk. En av dem er at samiske pasienter generelt risikerer å få en diagnose de ikke ville fått, dersom man hadde tatt hensyn til språklige og kulturelle kontekster (NOU 1995: 6; Steffan, 2016). Det er også en fare for feildiagnostisering spesifikt for eldre som utredes for mulig demens (Meld. St. 17 (2024–2025), s. 39). En vanlig måte å tilnærme seg en demensutredning i Norge på er å bruke tester som *Mini mental status (MMS)*, *Trail making test*, *Klokketest* eller *Wechsler's memory scale (WMS)*. Men ingen av testene tematiserer hva samisk orientering er.

Språklige og kulturelle perspektiver

Reagan et al. (2023) advarer mot å legge til grunn et europeisk sentrert konsept av kognisjonen i vurdering av urfolk. Temaet blir også relevant når det gjelder det samiske folket, og er direkte relatert til språklige forskjeller. I den samiske kulturen finnes det altså et noe annet verdenssyn enn i majoritetsbefolkningens. Sentralt står relasjoners betydning, tilhørigheten til naturen og praksiser. Kategorisering, språk og tidsforståelse er også annerledes. Slike aspekter er viktige i flere nevropsykologiske tester, som også bedømmer for eksempel eksekutive funksjoner og oppmerksomhet.

Det finnes ni samiske språk. Seks av dem snakkes i Norge, selv om noen har meget få brukere. Samiske språk tilhører den finsk-ugriske språkgruppen. Til forskjell fra den indoeuropeiske språkgruppen som norsk tilhører, har finsk-ugriske språk kjennetegn som kasusbruk, stadieveksling, suffikser, vokalendringer og spesielle pronomen. Samisk er både et presist og et indirekte språk. Det har for eksempel rike verbavledninger som enten endrer setningens oppbygning eller gir en tilleggsbetydning. Grammatikken gjør det dermed mulig å forklare om noe gjøres raskt, under tvang, vedvarende, i starten, plutselig, eller man blir utsatt for noe. Også stedsbetegnelser er veldig presise.

Gjennom samiske kasus forklarer man nyanser i hvilken kvalitet eller rolle noe gjøres (essiv), hvor handlingen kommer fra (lokativ), eller i hvilken retning den går (illativ), mens norsk skiller kun mellom subjekt og objekt. Språklige vendinger kan oversettes, men gjerne med flere ord. Selv om tolk skulle være til stede under en nevropsykologisk utredning, er det ikke sikkert at klinikerne får med seg rikdommen og nyansene i språket.

Som nevnt inneholder urfolksperspektiv også kunnskap om det spesifikke urfolkets tilhørighet til land og natur. I samisk kontekst har reinen alltid hatt en

sentral betydning. Likevel har ikke alle samer en direkte forbindelse med reindriften. Eira (2011) har undersøkt hvordan reindriftssamers språk har farget det samiske språket. Selv om Eira ikke skriver i en nevropsykologisk kontekst, gir hans arbeid mange beskrivelser over relasjoners betydning til å forstå ikke bare mennesket, men også kognitive funksjonsområder.

For eksempel forklarer Eira (2011) at reindriften presise språk gjør det mulig å beskrive tiden på forskjellige måter. Året har i utgangspunktet åtte årstider. Samtidig kan årstidene beskrives enten gjennom reinens natur eller menneskelige beslutninger. Det betyr at ulike systemer med hensikten å beskrive tid går hånd i hånd. Et annet eksempel gjelder språklige ferdigheter. Nevropsykologer anser forståelse, kunnskap og uttrykk som del av språkferdigheter. Eira utvider språkferdigheter til å inneholde også praktisk kunnskap og innsikten i hvorfor nettopp *du* skal utføre arbeidet som kreves. Et annet eksempel ses i kategorisering. Mens en semantisk kategorisering ofte er vanlig i nevropsykologisk kontekst, inneholder samisk språk også eksempler på visuell-språklig kategorisering: Hvordan mennesker snakker om reinen, vil for eksempel endre seg ut fra om den er synlig eller usynlig. Også Kuokkanen (2009) tematiserer en annen måte å kategorisere på i sitt arbeid angående forskningsfilosofi. Hun fremhever at vestlig akademisk kunnskap legger til grunn at verdenen kan deles inn i kategorier, hvor definisjoner er avgrenset og kategorier definert. Kategorier som natur og kultur, vitenskap og håndverk, skriftspråk og muntlig språk er hierarkier eller antonymer. Denne dualistiske tenkemåten samsvarer ikke med samisk tradisjonell forståelse. Kuokkanen (2009) skriver også at det i et urfolksperspektiv heller er naturlig at dikotomier ikke har definerte grenser, men utfyller hverandre.

Et relevant aspekt med den samiske tradisjonen er at den har blitt videreført muntlig fra generasjon til generasjon. En muntlig fortellertradisjon forutsetter andre virkemidler enn en skriftlig tradisjon i kunnskapsoverføring. En spesiell fortellerstil kreves, slik at fortellingen varer over mange generasjoner. Fortellingen vil endre seg og tolkes, og en god fortelling vinner gjerne over objektiv sannhet. Nevropsykologiske testmetoder som er basert på modeller fra majoritetssamfunnet, har eksempelvis spørsmål som inngår i språklige kunnskapsoppgaver, eller hukommelsesprøver som forventes gjengitt ordrett. Jeg mener det da er en fare for å overse betydningen, rekkevidden og dybden av den muntlige kunnskapen.

Av dette ser jeg to direkte kliniske implikasjoner. Den første er at nevropsykologiske tester ikke har testspørsmål som dekker nevropsykologisk relevante aspekter i samiske språk og kultur. Den andre er at nevropsykologen, som tester, vil kunne misoppfatte eller feiltolke pasienters kulturelt relevante svar.

Forskning i samisk kontekst og implikasjoner

Det finnes noe forskning på nevropsykologisk utredning i samiske kontekster. Noen har sammenliknet samiske barns resultater med majoritetssamfunnets barn på

— det er ikke sikkert at klinikeren får med seg rikdommen og nyansene i språket

enkelttester (Brunner 1992; Forsius & Seitamo, 1970; Yliranta, 2010). I en populasjonsbasert studie hos skoltesamiske barn undersøkte Forsius og Seitamo (1970) kognitive ferdigheter i Nord-Finland. De fant at skoltesamiske barns prestasjoner var gode på utføringstesten KTK (*Kuvallinen Testi Koordinaatiolle*). I sin hovedoppgave undersøkte Brunner (1992) samiske barns prestasjoner på fem deltester fra WISC-R (*Wechlers Intelligence Scale for Children – Revised version*). Der fant Brunner at samiskspråklige barn generelt strevde med *tallhukommelse* og *koding* som sekvensielle prosesser, mens de klarte seg bedre enn norske barn i oppgavene *bildeutfylling* og *puslespill* basert på simultane prosesser. Imidlertid ble testingen gjennomført på norsk, selv om barna snakket samisk seg imellom. Yliranta (2010) undersøkte samiskspråklige syvåringers prestasjoner på språklige deltester av NEPSY (*A developmental neuropsychological assessment*), som var *fonologisk bearbeiding, forståelse av instruksjoner, hukommelse for historier* og WISC IIIs *tallhukommelse*. Testspråket var norsk eller finsk, selv om barnas førstespråk var samisk. Yliranta konkluderte med at barna svarte svakere på de språklige testene *forståelse av instruksjoner og hukommelse for historier* enn majoritetssamfunnets barn. Her mener jeg at majoritetssamfunnets barn hadde en språklig fordel, som Yliranta sammenligner samiske barn med.

På bakgrunn av Seitamos resultater fra 1990 anslo Armstrong et al. (2014) at en samisk IQ er nær, men noe lavere enn, en finsk IQ. I en kommentar til studien skrev Dutton (2014) at den antatte forskjellen sannsynligvis er større enn den Armstrong et al. fant. Dette begrunnet Dutton med at arbeidsledighet i kjernesamiske områder på finsk side er høy. Han mente at begavete samer hadde flyttet fra kjernesamiske områder i Nord-Finland.

Steffan (2016) undersøkte psykometriske egenskaper på Ravens fargete matriser i kjernesamiske områder på svensk og norsk side. Testspråket var samisk, og testmiljøet var samiske skoler. Formålet var å undersøke testens interne egenskaper, som intern konsistens, løsningsfrekvenser og svarfordeling. Løsningsfrekvensen er basert på prosentandelen av deltagere i en gruppe som har løst et enkelt testspørsmål rett, og sier noe om testens vanskegrad. Med økende vanskegrad faller løsningsfrekvensen. Det overordnede resultatet i studien var at testens egenskaper samsvarer med dem som er funnet i andre kulturelle kontekster, og tyder dermed på at britiske

normer er mulig å bruke for samiskspråklige barn. Det ble sett visse variasjoner i løsningsfrekvensen og en tidligere takeffekt i testen.

Et annet viktig tema er testers oversettelse fra norsk til samisk. Oversettelsen skjer noen ganger uten påfølgende utprøving. I samisk kontekst er MMS (*Mini-mental state examination*) et eksempel, en test som har en offisiell nordsamisk oversettelse (Strobel & Engedal, 2018). Dessverre mangler den validering og normering til den samiske befolkningen. Spørsmålet blir da om de oversatte oppgavene faktisk dekker samisk orientering, hukommelsesprosesser, språk og praksiser? Videre forutsetter de eksisterende normene til MMS syv år med skolegang. På grunn av fornorskningen, internatskole og andre verdenskrigs påvirkninger har mange samer mistet skolegangen. Syv års skolegang er derfor sjelden tilfelle i den eldre befolkningen. Vi kan derfor anta at MMS blir strengere i samisk kontekst enn i norsk kontekst.

Utover oversettelse og validering av tester mener jeg også vi trenger tester som er utviklet i samisk kontekst og derfor basert på samisk forståelse. Det nærmeste man kommer, er tester slik som *Sámegiela impressiiva morfologalaš teasta* (SIM), som den samiske spesialpedagogiske tjenesten SEAD (Sámi erenoamášpedagogalaš bálvalusat) har tilpasset og normert på bakgrunn av samiske språk. SIM undersøker grammatisk forståelse og inneholder eksempler som total og postposisjoner. På samme måte hadde det vært interessant å undersøke hvilke testspørsmål som kunne ha passet bedre i andre vanlige tester som bedømmer hukommelse, orientering og eksekutive funksjoner, både i MMS og i andre tester. Innen orientering foreslår jeg som eksempel varierte slektsbetegnelser som finnes på samiske språk. Slektsstilhørighet og -bånd diskuterer mennesker som møtes, flittig for å finne ut om de er i slekt. Relasjoners betydning tatt i betraktning mener jeg at varierte slektsbegrep kunne være en relevant måte å undersøke orientering på, når mulig kognitiv svikt er spørsmålet, blant andre undersøkelser selvfølgelig.

I dag mangler vi altså tester som er bygget på samisk forståelse. Samtidig finnes det kilder for å utforske hvordan kognitiv fungering kan vurderes i samiske kontekster, som kanskje også testutviklere kan benytte seg av. Samisk litteratur og primærnæringer tilbyr mye kunnskap som kan informere om hva slags spørsmål som kanskje er aktuelle for å utvikle tester. Samiske språktester virker å være innen rekkevidde. Som nevnt har Eira

(2011) viktige poenger angående både forståelse og inndeling av tid og språk. Turi (2011) skriver også om mange tradisjonelle samiske mestringsstrategier, som forteller mye om eksekutive funksjoner. I samarbeid med samiske samfunn, fagpersoner og institusjoner virker det mulig å kartlegge både behov og løsninger. Dette mener jeg hadde vært det ideale paradigmat for å innfri en likeverdig nevropsykologisk undersøkelse.

Samtidig er det viktig å påpeke at samiske samfunn er i endring. Samer bor over hele Norge, mange bor i byer. Samiske samfunn er mangfoldige. På grunn av fornorskningen er samisk rettskriving ny og har vært under endring. Mange har aldri lært sitt eget språk (Sannhets- og forsoningskommisjonen, 2023). Og samiske primærnæringer er under press. Dermed er spørsmålet komplekst.

Avslutning

I kontekst av den nevropsykologiske utredningen har jeg beskrevet hvordan nevropsykologien mangler et urfolksperspektiv generelt. Jeg har påpekt hvordan dette også gjelder en samisk kontekst, inkludert at samiske pasienter testes uten tolk til stede, og at få tester er validert og utviklet i den gitte konteksten. Jeg argumenterer for at den eneste faglig og etisk rettferdige måten er å bygge nevropsykologiske utredninger på samisk selvforståelse i tråd med norsk lov og anbefalinger fra Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport. Det vil si å både oversette nevropsykologiske tester til samisk, validere og også utvikle slike tester i den samiske konteksten. ♫

REFERANSER

- Armstrong, E. L., Woodley, M. A. & Lynn, R. (2014). Cognitive abilities amongst the Sámi population. *Intelligence (Norwood)*, 46, 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2014.03.009>
- Brunner, J. F. (1992). *Kultur og kognisjon: en empirisk undersøkelse av samiske og grønlandske barns kognitive særtrekk*. Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.
- Davvi girji (red.) (2014). *SIM: Máná giellaádd-dejupmi - Maanan gielagoerke - Máná gielladádjaibme*. Karasjok.
- Dudley, M., Wilson, D. & Barker-Collo, S. (2014). Cultural invisibility: Maori people with traumatic brain injury and their experiences of neuropsychological assessments. *New Zealand Journal of Psychology*, 43(3), 14.
- Dutton, E. (2014). Cognitive abilities among the Sami: A comment. *Intelligence (Norwood)*, 46, 188–191. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2014.06.004>
- Eira, N. I. (2011). *Bohccuid luhte : gulahallat ja ollášuhttit siidadoalu* (Ođastuvvon., s. 152). DAT.
- Eira, R. B. E. (2021). *Nevropsykologisk undersøkelse av urfolkspopulasjoner: En systematisk litteraturgjennomgang* [Hovedoppgave]. UiT – Norges arktiske universitet.
- Forsius, H. & Seitamo, L. (1970). Mental State of Skolt Lapp Children: A Preliminary Report. *Arctic Anthropology*, 7(1), 6–8.
- Gone, J. P. & Kirmayer, L. J. (2020). Advancing Indigenous Mental Health Research: Ethical, conceptual and methodological challenges. *Transcultural Psychiatry*, 57(2), 235–249. <https://doi.org/10.1177/1363461520923151>
- ILO-konvensjonen 169 (1991). *Konvensjon om urbefolkninger og stammefolk i selvstendige stater ILO nr. 169*. <https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/1989-06-27-2>
- Kuokkanen, R. (2009). *Boaris dego eana : eamiálbmogiid diehtu, filosofijat ja dutkan* (2. utg., s. 255). ČállidLágádus.
- Meld. St. 12 (2023–2024). *Samisk språk, kultur og samfunnsliv*. Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20232024/id3029679/>
- Meld. St. 17 (2024–2025). *Samisk språk, kultur og samfunnsliv*. Kommunale tjenestetilbud til samiske innbyggere. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/meld.-st.-17-20242025/id3095316/>
- Meld. St. 31 (2018–2019). *Samisk språk, kultur og samfunnsliv*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/meld.-st.-31-20192020/id2729805/>
- Melbøe, L., Johnsen, B. E., Fredreheim, G. E. & Hansen, K. L. (2016). *Situasjonen til samer med funksjonsnedsettelse*. Nordens velferdssenter. <https://nordicwelfare.org/nb/publikasjoner/situasjonen-til-samer-med-funksjonsnedsettelse/>
- NOU 1995: 6. (1995). *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Reagan, G., Fellner, K., Tomlinson, G. & Danto, D. (2023). Beyond Appropriate Norms: Cultural Safety with Indigenous People in Canadian Neuropsychology. *Journal of Concurrent Disorders*, 5(1), 52.
- Sametinget (u.å.). Helse. <https://sametinget.no/barnevern-helse-og-sosial/helse/>
- Sametinget (2023). Høring – Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport. <https://sametinget.no/politikk/horinger/avholdte-horinger/horing-sannhets-og-forsoningskommisjonens-rapport.26642.aspx>
- Sannhets- og forsoningskommisjonen (2023). *Sannhet og forsoning: grunnlag for et oppgjør med fornorskingspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner*. Rapport til Stortinget fra Sannhets- og forsoningskommisjonen, avgitt til Stortingets presidentskap 01.06.2023. Dokument 19 (2022–2023).
- Sannhets- og forsoningskommisjonen. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/sannhets--og-forsoningskommisjonen/rapport-til-stortinget-fra-sannhets--og-forsoningskommisjonen.pdf>
- Steffan D. P. (2016). En utprøving av Ravens fargede matriser i samisk kontekst (spesialistoppgave, upublisert)
- Strand, N. & Mathisen, B. (2006). Vet råd for samiske barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(12), 1346–1347.
- Strobel, C. & Engedal, K. (2018). DÁROGIELAS JORGALUVVON MINI MENTÁLALAŠ STÁHTUS ÁRVVOŠTALLAN (MMSE-NR3). <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Strobel, C., Johansen, H., Aga, O., Bekkhus-Wetterberg, P., Brierly, M., Egeland, J., Follesø, K., Rike, P. & Schanke, A. (2018). Manual Norsk Revidert trail making test (TMT-NR3). <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Strobel, C., Aga, O., Bekkhus-Wetterberg, P., Brierley, M., Bystad, M., Engedal, K., Gaustad, C., Johansen, H., Odner, K. & Vatn, L. (2021). NORSK REVIDERT KLOKKE-TEST (KT-NR3). <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Suchy-Dicey, A., Rhoads, K. & Manson, S. M. (2025). Considerations on psychological and neuropsychological research in American Indians and Alaska natives: Science and practice. *Clinical Psychology*, 32(1), 73–76. <https://doi.org/10.1037/cps0000249>
- Turi, J. (2011). *Min bok om samene* (H. O. Lindbach, Tran.). Čállid Lágádus.
- Wechsler, D. (1997b). *The WMS-III administration and scoring manual*. The Psychological Corporation.
- Yliranta, A. (2010). *Verbal cognitive processing and emotion regulation among indigenous Sami children* [Masteroppgave]. Psychology University of Tampere.

TEKST Ragna Louise Sandvoll
Universitetssykehuset Nord-Norge HF,
Voksenpsykiatrisk poliklinikk Silsand,
Senter for psykisk helse og rusbehandling, Avdeling Nord

Isak Bakkeli
Universitetssykehuset Nord-Norge HF,
Ambulant akutteam, Tromsø,
Senter for psykisk helse og rusbehandling, Avdeling Nord

Paradoksale utfall i psykoterapi

OMTALT ARTIKKEL

Bakkeli, I., Sandvoll, R. L., Thimm, J. C., Stänicke, E. & Lillevoll, K. (2025). Systematic Review and Meta-synthesis of Case Studies with Paradoxical Outcomes in Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1007/s10879-025-09700-x>

KONTAKT Ragna.Louise.Sandvoll@unn.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

En ny metasyntese av paradoksale utfall i psykoterapi synliggjør kompleksiteten i evalueringer av behandlingsutfall.

Hvordan psykoterapi virker, og hvordan vi best kan måle om den virker, er to sentrale spørsmål i psykoterapiforskning og psykologifaget generelt. Nyere psykoterapistudier kombinerer psykometriske data med subjektive vurderinger for å undersøke endringer i psykoterapi mer inngående (Ladmanová et al., 2024), og har interessant nok funnet diskrepanser mellom kvantitative og kvalitative informasjonskilder (McElvaney & Timulak, 2013). Stänicke og McLeod (2021) har definert slike diskrepanser som *paradoksale utfall* i psykoterapi: motsetninger mellom kvantitative symptommålinger og kvalitative data, slik som kliniske observasjoner, pasientens beskrivelser eller projektive tester. Eksempelvis kan pasienten uttrykke tilfredshet med behandlingen, samtidig som skårene på selvrapportskjema viser forverring, eller pasienten kan vise bedring på symptomnivå, men beskriver psykoterapien som lite hjelpsom.

METODE

- Systematisk litteratursøk i PsychINFO og MEDLINE med relevante nøkkelord omkring motstridende utfall, og manuelt søk i Google Scholar ($n = 4951$).
- Inklusjonskriterier var kasusstudier med pasienter (>12 år) i individuell terapi med motstridende kvantitative og kvalitative utfall.
- 12 kasusstudier ble analysert med tematisk syntese (Thomas & Harden, 2008) med vekt på diskrepanser, hvor prosesser og utfall ble separert.
- Det resulterte i to analyser: 1) paradoksale utfall og prosesser, 2) forskernes forklaringer.

HOVEDFUNN

- Kasusstudiene (2011–2024) hadde 16 deltakere (14 kvinner og to menn) fra forskjellige land og med ulike tilnærminger (pluralistisk, psyko-dynamisk og kognitiv terapi m.m.).

Vi utviklet fire hovedtemaer:

- *Falsk forbedring (Type B)* viste seks pasienter som rapporterte symptomlette, men samtidig tegn til forverring. Pasientene var skuffet og ukomfortable med behandlingen eller terapeuten, og noen avsluttet fordi de ønsket mer råd eller dypere utforskninger. Samtlige beskrev seg verre og at problemene vedvarte. Noen av terapeutene ble utålmodige og følte seg utfordret.
- *Falsk forverring (Type C)* viste fire pasienter med forverrelse i symptomer, men uttrykte tilfredshet med terapien eller viste andre positive endringer som økt fleksibilitet, selvinnsikt, aksept og affekt-differensiering.
- *Usynlige endringer (Type A og Type D)* viste to pasienter uten klinisk signifikant symptomendring, men med ulike former for endringer. En selvskadet seg mindre, fikk økt stabilitet og selvforståelse (Type D), mens den andre forble ambivalent til å fortsette og unngikk å åpne seg til terapeuten (Type A).
- Utelatte aspekter ved psykoterapiutfall ($n = 12$): Forskerne uttrykte skepsis til selvrappoterings-skjemaenes validitet og manglende sensitivitet for å avdekke sentrale endringer.

Fenomenet er lite utforsket, og hvor stor andel som utviser paradoksale utfall i utfallsforskningen, er uvisst (Stänicke & McLeod, 2021). Her presenterer vi en ny metasyntese (Bakkeli et al., 2025), hvor vi undersøkte paradoksale utfall i kasusstudier i psykoterapi, med mål om å syntetisere studiene og finne ut: 1) hvilke paradoksale utfall og prosesser som forekom, og 2) hvordan forskerne selv forklarte dette.

Underliggende allianseprosesser

I metasyntesen fant vi fire ulike paradoksale utfall, i tråd med Wahlström (2021): usynlig endring – negativ (Type A), falsk forbedring (Type B), falsk forverring (Type C) og usynlig endring – positiv (Type D). Et fellestrekk for utfallene var at behandlingsalliansene gjenspeilte det paradoksale utfallet; var det usagte konflikter og mistillit, eller var det en trygg allianse hvor ubehag ble anerkjent? Usynlig endring – negativ (Type A) og falsk forbedring (Type B) viste utfall hvor det var symptomlette samtidig med alliansebrudd og misnøye med behandlingen. Alliansene var preget av utrygghet, uadressert motstand og passivitet samt manglende felles forståelse. Noen terapeuter strevde med å håndtere motoverføringer som følge av pasientenes tilbaketrekning. Falsk forverring (Type C) og usynlig endring – positiv (Type D) viste utfall hvor det forekom symptomforverring sammen med positive endringer, der alliansen var tillitsfull og ubehag ble forstått som nødvendig for ytterligere progresjon i behandlingen.

Symptommålenes blindsoner

Forskerne bak kasusstudiene som ble gjennomgått, forklarte flere av de paradoksale utfallene ved å uttrykke skepsis til selvrappoterskjemaenes validitet. Viktige endringer ble ikke fanget opp av skjemaene, slik som redusert selvskading og økt affektbevissthet, og globale skårer kunne skjule gjenværende vansker. Flere forskere forklarte paradoksale utfall i lys av *illusorisk mental helse* (Shedler et al., 1993), og symptomøkning ble forstått som økt emosjonell kontakt og latent terapeutisk fremgang.

Utfallsmål i kontekst

Vår analyse indikerer at pasientenes grad av tillit til behandler syntes å påvirke selvrappoternes troverdighet. At pasientene i Type A og B rapporterte symptomlette til tross for forverring, kunne gjenspeile sosial ønskelig rapportering for å blidgjøre terapeuten eller unngå konflikt. I Type C førte økt tillit til terapeuten til ærligere rapportering av psykisk smerte. Vi tenker dette samsvarer med perspektivet om at følt trygghet fremmer *epistemisk tillit* (Fonagy & Allison, 2023) – en økt åpenhet for terapeutens kunnskap – som også kan styrke validiteten i pasientrapporterte utfallsmål (McLeod et al., 2024).

Situasjonelle faktorer – slik som å få kjæreste, utfordringer på jobb – samt tidspunktet for skjemautfyllingen bidro også til paradoksale utfall. Det siste viser betydningen av å ta timingen i betraktning, og tolke symptomene i lys av pasientenes kontekst.

Implikasjoner

Funnene våre utfordrer antagelsen om at en sterk allianse predikerer gode utfall, og viser at gode allianser også kan forekomme ved forverring. Vår studie belyser kompleksiteten i å evaluere psykoterapi; bedring må ikke følge en lineær symptomreduksjon, og symptomøkning innebærer ikke nødvendigvis mislykket terapi, slik det ofte kan fremstilles i medisinske og positivistiske synsvinkler på bedring i terapi. Vi mener funnene våre kan bidra med en stemme til evidensdebatten i Psykologtidsskriftet (Berg, 2025; Nedreskår, 2025) og støtter opp om kritikker rettet mot prinsipperklæringens evidenshierarki og dens manglende epistemiske begrunnelse. Forskerne i kassustudiene kritiserte symptommålenes validitet. Som McAdams (1995) beskriver, kan slike skjema uttrykke «en fremmeds psykologi», der brede kategorier utenfra

gir en forenklet representasjon av pasientens erfaringer. Dette perspektivet fremmer et grunnleggende spørsmål om hvordan vi forstår evidens, og hvilke informasjonskilder som skal gis størst troverdighet i tilfeller hvor utfallene preges av *motstridende epistemologier*. Videre reises to andre sentrale spørsmål: I hvilken grad fanger vår evidensforståelse faktiske endringer i psykoterapi? Og hvis symptommålene er misvisende, kan det prege evidensgrunnlaget som informerer kliniske retningslinjer, beslutninger i psykisk helsevern og helsepolitikk?

Vi vurderer at våre funn understreker behovet for en bredere evidensforståelse i forskning og praksis. Selvrapportskjemaer bør integreres med andre informasjonskilder (triangulering), og underliggende prosesser i alliansen bør tas i betraktning for å forebygge paradoksale utfall som Type B (Falsk forbedring). Uten triangulering risikerer vi at diskursen fortsetter å fremstille terapiutfall som mer entydige enn de er, som har konsekvenser for både fagutvikling og etisk forsvarlig praksis. Et sentralt poeng er at symptommål ikke bør stå alene som grunnlag for inntaksvurderinger eller avslutning av behandling. Paradoksale utfall kan også gi mulighet for samtaler om hva motsetningene betyr for pasientene (Stänicke & McLeod, 2021). Ψ

REFERANSER

- Bakkeli, I., Sandvoll, R. L., Thimm, J. C., Stänicke, E. & Lillevoll, K. (2025). Systematic Review and Meta-synthesis of Case Studies with Paradoxical Outcomes in Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1007/s10879-025-09700-x>
- Berg, H. (2025). Evidensbasert praksis i psykologi – en begrunnet standard? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as11ae-Evidensbasert-praksis-i-psykologi-en-begrunnet-standard
- Fonagy, P. & Allison, E. (2023). Beyond mentalizing: Epistemic trust and the transmission of culture. *The Psychoanalytic Quarterly*, 92(4), 599–640. <https://doi.org/10.1080/00332828.2023.2290023>
- Ladmanová, M., Řiháček, T., Timulak, L., Jonášová, K., Kubantová, B., Mikoška, P., Polakovská, L. & Elliott, R. (2025). Client-identified outcomes of individual psychotherapy: a qualitative meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 12(1), 18–31. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00356-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00356-0)
- Nedreskår, K. (2025). Evidens i møte med den enkelte pasienten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9), 563–566. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2025a-sogae-Evidens-i-mote-med-den-enkelte-pasienten
- McAdams, D. P. (1995). What Do We Know When We Know a Person? *Journal of Personality*, 63(3), 365–396. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00500.x>
- McElvaney, J. & Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 13(4), 246–253. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.761258>
- McLeod, J., Stänicke, E., Oddli, H. W., Smith, S., Pearce, P. & Cooper, M. (2024). How do we know whether treatment has failed? Paradoxical outcomes in counselling with young people. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1390579>
- Shedler, J., Mayman, M. & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *The American Psychologist*, 48(11), 1117–1131.
- Stänicke, E. & McLeod, J. (2021). Paradoxical outcomes in psychotherapy: Theoretical perspectives, research agenda and practice implications. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 23(2), 115–138. <https://doi.org/10.1080/13642537.2021.1923050>
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45–45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Wahlström, J. (2021). How Paradoxical is 'paradoxical' outcome? Different pathways and implications. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 23(2), 222–236. <https://doi.org/10.1080/13642537.2021.1923052>

Frida Sætre

KPHV, Stavanger universitetssjukehus

Lynn Watson

Psykologisk institutt, Aarhus Universitet

Liss Anda

Institutt for sosialfag, Universitetet i Stavanger

Norske kvinners opplevelser av hva som var hjelpsomt for tilfriskning fra fødselsdepresjon

Sammendrag

Fødselsdepresjon (FD) rammer rundt 10 % av norske kvinner. Vi vet lite om hva som fremmer tilfriskning fra FD, spesielt fra perspektivet til kvinner med FD. Målet med studien var å undersøke hva kvinner opplever at fremmer tilfriskning fra FD. Vi analyserte semistrukturerte intervju med 10 kvinner som hadde opplevd FD i de siste 5 årene, med refleksiv tematisk analyse. Fire temaer ble skapt: «Å holde babyen er å holde mor: Praktisk hjelp og avlastning som nøkkel til tilfriskning», «Fra depressiv skam til gjenoppbygging av livet, via åpenhet og relasjon», «Å anerkjenne og ivareta egne basalbehov er nødvendig for tilfriskning» og «Mer enn bare en mamma: Å integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet etter FD». Funnene kan bidra til vår forståelse av hva kvinner med FD opplever som hjelpsomt i tilfriskning, og kan informere klinisk praksis.

KONTAKT frida.strand.sætre@gmail.com**MERKNAD** Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.**CC BY 4.0***Nøkkelord:* fødselsdepresjon, bedring, refleksiv tematisk analyse

Perioden rundt fødsel kjennetegnes av omfattende endringer, både biologisk, hormonelt, psykologisk og sosialt (Saxbe et al., 2017). I perioden opplever minst 1 av 10 nordiske mødre fødselsdepresjon (FD), dvs. en markant forverring av psykisk helse som påvirker humør, atferd, søvnkvalitet og funksjonsnivå (Eberhard-Gran et al. 2002; Glavin et al., 2009). Insidensen for FD er ikke høyere enn insidens for depresjon hos kvinner generelt, men en dansk studie fant forhøyet behov for psykisk helsehjelp i perioden etter fødsel (Eberhard-Gran et al., 2002; Munk-Olsen et al., 2006). FD er en belastning for kvinnen, og kan ha negative konsekvenser for barnet, partneren, familien og samfunnet (Oyetunji & Chandra, 2020; Wang et al., 2021). Vi vet mye om risikofaktorer og konsekvenser av FD (Milgrom et al., 2008; Slomian et al., 2019), men mindre om faktorer for tilfriskning. Formålet med studien er derfor å belyse norske mødres opplevelser og forståelser av hva som var hjelpsomt for tilfriskning fra FD.

Fødsel og depresjon

I DSM-5 (APA, 2013) og ICD-11 (WHO, 2018) regnes depresjon som fødselsdepresjon når den oppstår i graviditeten eller innen henholdsvis 4 og 6 uker etter fødsel. Det brukes ulike begreper om FD, basert på tidspunktet for oppstart (Stewart & Vigod, 2016). *Postpartum/postnatal* angir depresjoner med oppstart etter fødsel, *Antenatal* angir oppstart før fødsel, som skjer i omtrent 50 % av tilfellene (APA, 2013). *Perinatal/peripartum* brukes om depresjoner med oppstart rundt fødsel, både før og etter. Kvinnene i vår studie opplevde perinatal FD. FD er mer alvorlig enn barselstårer, altså forbigående mild nedstemthet i dagene etter fødsel (WHO, 2018). Nedstemthet etter fødsel kan ses som et kontinuum fra barselstårer til alvorlig depresjon, potensielt med psykose. FD medfører økt risiko for fremtidige depressive episoder (Putnick et al., 2020), og behandling av FD er viktig også for å forebygge nye episoder (Legere et al., 2017).

Perspektiver på fødselsdepresjon

Risikofaktorer for FD inkluderer tidligere depresjon, lavere sosioøkonomisk status og utdanningsnivå, manglende sosial støtte, å være enslig, å ha utfordringer i parforholdet og negative fødsels erfaringer (e Couto et al., 2016; Míguez & Vázquez, 2021). I sin teori om morsrollen trekker Innamorati et al. (2010) frem at å bli mor omfatter store fysiologiske, praktiske og sosiale endringer. Årsakene til FD er sammensatte, men i et stress-sårbarhetsperspektiv kan FD antas å henge sammen med disse endringene.

Kvinnens trivsel i overgangen til å bli mor kan knyttes til personlig identitet (Beck, 1993, 2012, 2023;

Stern, 2004, 2020). Fra et utviklingspsykologisk, psykoanalytisk perspektiv angir Stern (2004, 2020) at «å bli en mor» innebærer en omorganisering av kvinnens psyke, hvor morsidentiteten er sentral. Han beskriver fire temaer som former morens tanker, handlinger og følelsesliv: (1) å sikre at babyen trives, (2) å engasjere seg emosjonelt med babyen, (3) å utvikle sosiale relasjoner som støtter mor-barn-forholdet, og (4) omorganisering av identitet for å sikre tilpasning. Stern (2004) antar at omorganiseringen er en naturlig prosess som finner sted for de fleste kvinner, og at avvik fra den kan forårsake psykiske plager eller vansker i foreldre-barn-forholdet.

Utviklingen av slike vansker beskrives spesifikt i Becks (1993, 2012, 2023) psykososiale teori om FD, som er basert på kvalitative analyser av mødres levde erfaringer med fødselsdepresjon. I Becks firetrinnsmodell går kvinnen fra (1) terror og kontrolltap som fører til (2) å oppleve selvet som døende, tap av tidligere identitet og/eller frakobling fra morsrollen. Det siste fører til stadium (3), hvor kvinnene kjemper mot indre kaos for å overleve og finne mestringsstrategier, og til slutt (4) gradvis gjenvinner kontroll og en stabil følelse av selvtilitt og handlingsfrihet.

Disse to sentrale modellene samsvarer i forståelsen av at psykisk trivsel beror på mestring og kontroll i en periode med omfattende identitetsendringer, men de beskriver i mindre grad hvilke spesifikke faktorer som er involvert i tilfriskning, og hva mødre har funnet nyttig ved FD.

Tilfriskning fra FD

Anthony (Anthony, 1993; Anthony & Mizock, 2014) forstår tilfriskning (*recovery*) som en unik og personlig prosess mot å skape et meningsfylt liv som er under kontroll, selv ved vedvarende symptomer. Kjente prediktorer for tilfriskning fra FD inkluderer lavere symptomtrykk, å bo med en partner, sterkt sosialt nettverk, praktisk støtte, trening og hviletid etter fødsel (Nguyen et al., 2015; Sexton et al., 2012; Fuhr et al., 2023). Kvinner som har gjennomgått FD, kan bidra med unik og verdifull innsikt i tilfriskningsprosessen. Vi vet noe om hvordan kvinner med FD opplever tilfriskning (Williams, 2013), men mindre om hvilke faktorer de identifiserer som hjelpsomme i tilfriskningen. En britisk studie (Enlander et al., 2022) fant at praktisk og emosjonell støtte var viktig, men at relasjoner kunne være belastende hvis de ikke gav rom for ambivalens rundt morsrollen. Forfatterne vektla sosiokulturelle aspekter ved morsrollen som viktige tema i møte med mødre med FD. En britisk Delphi-studie (Di Mascio et al., 2008) fant at mødre knyttet tilfriskningen til emosjonell og praktisk støtte, forbedret kommunikasjon med partner og venner, bedret søvn, å knytte bånd med babyen, og bli tidlig

vurdert og eventuelt diagnostisert av helsepersonell.

Vi kjenner ikke til norske studier som undersøker spesifikt hva kvinner opplever som hjelpsomt i tilfriskning fra FD. Forståelse av norske kvinners opplevelser kan være sentralt gitt at kulturelle aspekter av morsrollen er en faktor i både FD og tilfriskning (Eberhard-Gran et al., 2002; Enlander et al., 2022). Formålet med vår studie var derfor å utforske norske kvinners tanker, opplevelser og erfaringer om hva som opplevdes hjelpsomt for å oppnå tilfriskning fra FD. En slik utforskning kan potensielt gi viktige innspill til hjelp for pasientgruppen i klinisk arbeid og på samfunnsnivå, og informere videre forskning på tilfriskning fra FD. Forskningsspørsmålet var: Hva opplever norske kvinner med FD som hjelpsomt for tilfriskning?

Metode

Rekruttering og deltakere

Inklusjonskriteriene for deltagelse i denne studien var fødsel de siste fem årene, FD-diagnose med symptomdebut innen 6 md. etter fødsel, tilstrekkelig norsk eller engelsk til å gjennomføre intervju og å kunne gi skriftlig informert samtykke. Eksklusjonskriterier var tidligere eller aktuell alvorlig psykisk lidelse som ville forhindret gjennomføring av intervju.

Deltakerne i vår studie ble tatt fra et utvalg av 20 kvinner som er rekruttert til et større prosjekt om depresjon og bæring av barn (Anda et al., 2025). Disse 20 ble rekruttert via ubetalte innlegg i sosiale medier og oppslag på en norsk helsestasjon høsten 2023. Vi gjorde et strategisk utvalg til denne studien, ut fra alder, geografi og fylldighet i uttalelser om tilfriskning i de tyve intervjuene. Vi vurderte at å velge ut ti informanter ville gi adekvat informasjonsstyrke (Malterud et al., 2016). Utvalget beskrives i Tabell S1 (tilgjengelig som online-supplement).

Intervju og datalagring

Den semistrukturerte intervjuguiden, laget i samarbeid med to medforskere med førstehåndserfaring med FD, dekket tre hovedtema: opplevelse av FD, mestringsstrategier ved FD og opplevelser med å bruke baretøy ved FD. Avslutningsvis kunne informantene tilføye annen relevant informasjon. LGA gjennomførte intervjuene i oktober–desember 2023, digitalt via NHNs krypterte plattform Join, med unntak av ett som ble gjort ansikt til ansikt. Medforskerne deltok på hvert sitt intervju. Lydopptak ble lagret i Nettskjema.no. FSS transkriberte alle intervju. Vi oppbevarte data i tråd med Universitetet i Stavanger (2024) og Aarhus Universitet (2024) sine retningslinjer. Hovedprosjektet har REK-godkjenning #540 290.

Analyse

Studien anvender refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006, 2021) med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming til materialet. Vi forstår mødrenes opplevelser som reelle, meningsfylte uttrykk for erfaringer som er forankret i deres kroppslige, sosiale og historiske virkelighet. Vårt søkelys var deltakernes opplevelser og forståelse av hva som var hjelpsomt ved tilfriskning fra FD. Forskningsspørsmålet guidet utvalg av data for koding, og analysen var datastyrt.

Analyseprosessen fulgte seks faser (Braun & Clarke, 2006): å bli kjent med rådata (1), skape preliminaire koder (2), skape tema basert på disse kodene (3), vurdere, velge ut (4), navngi og definere viktigste tema (5) og produsere rapport (6). Tabell S2 (online-supplement) viser hvordan rådata ble til koder og utviklet til temaer (fase 1–3). LGA og FSS har hver for seg kodet materialet. De jobbet sammen for å justere tema og velge endelige temanavn. LGA har også kodet de resterende ti intervjuene i hoveddatasettet, og hennes kjennskap til disse har påvirket hennes inntrykk av hva som var de viktigste temaene. Vi tilstrebet kredibilitet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet i hele prosessen (Nowell et al., 2017).

Resultater

Analysen resulterte i fire temaer, se Tabell 1. Å få praktisk hjelp (Tema 1), særlig med omsorg for babyen, var i seg selv symptomlindrende. Samtidig beskrev kvinnene praktisk støtte som en forutsetning for andre tilhørende faktorer som å anerkjenne og ivareta egne basalbehov (Tema 3) og kunne skape sin identitet som mor (Tema 4). Vi tenker også at det å få praktisk hjelp, da det innebærer tilstedeværelse av andre mennesker, også økte sjansen for at kvinnes helsetilstand kunne bli oppdaget og anerkjent (Tema 2), en nøkkel til å få profesjonell psykisk helsehjelp.

TABELL 1
Oversikt over tema

Tema	Tittel
Tema 1	Å holde babyen er å holde mor: Praktisk hjelp og avlastning som nøkkel til tilfriskning
Tema 2a og b	Fra depressiv skam til gjenoppbygging av livet, via åpenhet og relasjon. 2 a) «Du må føle det du føler»: Å finne egen aksept av depresjon sammen med andre. 2 b) «Holdt i sinn»: Åpenhet fasiliterer psykososial støtte fra andre.
Tema 3	Å anerkjenne og ivareta egne basalbehov er nødvendig for tilfriskning
Tema 4	Mer enn bare en mamma: Å integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet

Å holde babyen er å holde mor

Tema 1 – Å holde babyen er å holde mor: praktisk hjelp og avlastning som nøkkel til tilfriskning – samler beskrivelser av å oppleve praktisk hjelp og avlastning, inkludert barnepass, som sentralt for tilfriskning fra FD. FD kan ledsages av samspillsvansker med barnet, men også av opplevd utmattelse. Praktisk hjelp var nyttig i seg selv, men åpnet også for symptomlette og reduksjon av en subjektiv opplevelse av å være «alene», som ofte ledsaget utmattelsen. Kvinnene beskrev at avlastning i hjemmet kunne avhjelpe både utmattelse og ensomhet. Sammenhengen mellom praktiske utfordringer og ensomhet beskrives av Mona, som var mye alene med sine to barn:

Det ble altoppslugende, å skulle bare få dagene til å gå rundt med ja, to som skreik på, og skulle ha mat, og bleieskift og alt. Så følte man seg veldig alene. (...) Ehm ... Hvem skal jeg velge som trenger mest trøst nå? Hvem trenger meg mest?

Støtte kunne være pass av babyen og hjelp med praktiske oppgaver som husarbeid og hundelufting, fra partner, sosialt nettverk eller offentlige instanser. Betydningen illustreres av Maren, som ville sagt til andre mødre med FD «for det første at de trenger avlastning». Avlastningen hjalp den praktiske logistikken, men kunne også skape rom for symptomlette:

Ved to anledninger så var det to venninner [...] som tok med barnet mitt ut i kanskje tre–fire timer. Og da husker jeg at jeg fikk litt ro. [...] Angsten økte jo igjen med en gang de kom tilbake, men ja, da var det et par timer der jeg ikke hadde så høy angst. (Olivia)

Olivia anså pausen fra en angstprovoserende, altoppslugende omsorgssituasjon som i seg selv restituerende. Der FD kan oppleves svært isolerende, kan kvinnene ha oppfattet praktisk støtte som en «fysisk påminner» om at de ikke var alene. Maja hadde en venn som også stilte opp som tilgjengelig samtalepartner:

Jeg har en helt fantastisk bestevenninne som ikke har barn selv. Som har liksom kommet, og hjulpet meg med å vaske hus, ta vare på hus. Som har hjulpet meg masse, som er der for meg på telefon når som helst. Det har jo også vært uvurderlig for meg, det syns jeg.

Flere informanter nevnte også at når de sykemeldte seg og partner tok over permisjonstiden, fikk de mer praktisk støtte. Samtidig var de mindre alene psykisk:

[...] mannen min tok over permisjonstida. Så det hjalp veldig mye, det gjorde det. Da fant vi på mer ting. Vi spiste bedre mat. (...) Jeg fikk sove ganske mye bedre. For da tok han litt ansvar på natta. Og på en måte når jeg var ferdig å amme, og han ikke sovna da, så tok

han litt mer ansvar da. (...) At jeg fikk hjelp, og at jeg ikke følte meg så alene. (Sofia)

Praktisk hjelp var i tillegg en forutsetning for at Sofia kunne dekke egne basalbehov som søvn (se Tema 3). Olivia brukte på samme måte tiden med avlastning for eksempel til å klare å dusje. Praktisk hjelp fra Frelsesarmeens HomeStart utgjorde stor forskjell for henne:

... jeg har en helt klar oppfatning av at det også hjalp veldig mye. (...) I begynnelsen var vi bare sammen, jeg og hun XXX, som hun heter, og barnet. Så ble hun litt kjent med våre rutiner og hvordan vi hadde det hjemme. Så tok hun med barnet ut på en trilletur, og så passet hun barnet hjemme...

HomeStart var ikke et tiltak spesifikt mot fødselsdepresjon, men Olivia opplevde deres tilnærming, som er å gi støtte til mestrings og avlastning, som et vendepunkt. Praktisk hjelp kan altså sees som forutsetning for flere av de andre faktorene kvinnene følte at bidro til tilfriskning. Det å ha «noen rundt i huset» øker sjansen for å finne sosiale relasjoner som kan støtte en prosess med å bygge ned skam (Tema 2). Man kan få samlet overskudd til å komme i kontakt med mestrende deler av seg selv tross FD (Tema 4). Der kvinnene følte seg overveldet av sin FD, kan de synes å ha profitert på at andre bidro til å skape iallfall lommer av opplevd ytre struktur i hverdagen. Samlet sett indikerer dette at praktisk avlastning og fysisk tilstedeværelse av andre voksne i hjemmet i barseltiden kan være en nøkkel til tilfriskning fra FD.

Fra skam til gjenoppbygging av livet

Tema 2 – Fra depressiv skam til gjenoppbygging av livet, via åpenhet og relasjon – samler opplevelser av at å dele med andre at man var deprimeret, kunne redusere skam og fremme tilfriskning fra FD. Mange informanter følte seg overveldet av sin nye livssituasjon. De negative følelsene var i konflikt med egne og andres forventninger til livsfasen, i så stor grad at flere tvilte på egen opplevelse av at livet med barn virkelig kunne være så vanskelig. Det var et uventet og svært skambelagt personlig nederlag å ikke være glad. Emilie beskriver at: «Det er veldig få som vet hvor syk jeg har vært i perioder, da (...) Jeg tror det har vært noe som har bidratt til at jeg ble så dårlig som jeg ble.»

Å gi slipp på skammen gjorde det mulig å senke fasaden, som kan være et viktig steg mot å akseptere egen depresjon – noe som er nødvendig for tilfriskning. Åpenhet skapte også rom for relasjonelt støttet aksept, støtte og anerkjennelse av depresjonen, noe som tilrettela for tilfriskning. Temaet har dermed to subtema: a) «Du må føle det du føler»: Å finne egen aksept av depresjon sammen med andre, og b) Åpenhet mobiliserer sosial aksept og støtte.

Tema 2a: «Du må føle det du føler»: Å finne egen aksept av depresjon sammen med andre. Det å si høyt at tilværelsen med ny baby var vanskelig, kunne i seg selv være en lettelse og gjøre situasjonen mer angripelig for kvinnene. Åpenhet tillot også andre å holde og modellere aksept for kvinnene, som måtte redusere depressiv skam for finne sin egen aksept av FD på veien mot tilfriskning. Mona illustrerer en dynamikk beskrevet av flere. Hun forstod på ett plan at noe var galt, men det var likevel i begynnelsen vanskelig å motta hjelp:

Jeg kjente at dette var noe mer enn at jeg bare er trøtt og sliten. (...) Så ønsket vel egentlig legen å... Ja, tilbydde meg sykemelding (...) Men da var jeg sånn at jeg kunne holde ut litt til, og litt til, og litt til.

Det å anerkjenne overfor andre, og dermed seg selv, hvor vanskelig hun hadde det, ble en hjørnestein for tilfriskning:

Det er ikke rosenrødt, og det er lov å synes at denne perioden her er jævlig tøff. Det er lov å synes det. Det blir litt mindre fælt etter hvert når man har noen å dele byrden med. (Mona)

Å være åpen om vanskene var en del av arbeidet med å selv akseptere dem, noe som igjen tilrettela for tilheling:

Du må føle det du føler. Det er helt greit. Du er i en sårbar situasjon. Og snakk høyt om hvordan du har det. For det er helt greit å ha det som du føler du har det. (Maja)

Flere av kvinnene forteller om sammenheng mellom andres anerkjennelse av at vanskene var en FD, og egen evne til å også romme dette alternative perspektivet på opplevelsen av å være «en dårlig mor». Camilla beskriver vonde tanker om å måtte skjule sårbarheten det var å «ikke få det til» som mor:

Jeg trodde at hvis jeg viste hvordan jeg følte det, at jeg kom til å miste venner og familie rundt meg. Jeg blir oppfattet som egentlig en veldig sterk person. Og plutselig var jeg ikke det. Plutselig var jeg veldig, veldig sårbar.

Vi ser også at det å slite var en ny opplevelse for henne – hun var i egne øyne «sterk» og mestrende. Først når hun ble spurt direkte hvordan hun «egentlig hadde det», fant hun rom for å være ærlig med både seg selv og helsesykepleier, og kunne gi slipp på masken:

Da bare... alt kom bare plutselig. Og det var liksom, det var det som brøyt det litt ned. Da begynte jeg liksom å prate litt med folk rundt meg. (...) Med én gang jeg begynte å legge den fasaden [at alt gikk bra]

bort, så ble det mye enklere (...) Og da ble egentlig ting litt enklere bare ved å innrømme at jeg har det ganske vanskelig.

Helsesykepleier høres ut til å ha observert noe «ekte», og reflektert det til Camilla. Å slippe å late som var i seg selv ressursbesparende og tilhelende. Nora fant også at å få en diagnose hjalp henne med å anerkjenne sin FD, der hun tidligere følte at hun bare «selvdiagnostiserte». At behandleren tok opplevelsene hennes på alvor, reduserte skam:

DPS [distriktpsykiatrisk senter] var veldig bra, fordi hun så meg jo. (...) Da følte jeg at det ble ekte, på en måte. (...) Hun legitimerte det sånn at jeg ikke følte meg helt gal, da. Og sånn at... Hun sa at det er helt vanlig å føle tingene og. Hun tok veldig mye av den skammen, da.

Behandler høres ut til å ha møtt henne med en balanse av normalisering og samtidig anerkjennelse. Uten skammen kunne Nora anerkjenne overfor seg selv at hun virkelig hadde det vondt. Noe liknende kan vi se for oss har skjedd med Kristin, som forteller om et vendepunkt i form av å bli sett på barne- og familiesenteret:

Jeg husker ikke akkurat hva det var vi snakket om, jeg husker ikke akkurat hva det var hun sa, men jeg husker at etter den timen så kjente jeg meg sett, på en helt annen måte.

Hva som ble sagt, virker mindre viktig enn *måten* hun ble møtt på, at de to sammen skapte en forståelse av at Kristin trengte hjelp, og at dette var greit.

Tema 2b) «Holdt i sinn»: Åpenhet fasiliterer psykososial støtte fra andre. Kvinnene beskrev også at åpenhet om FD tillot deres sosiale nettverk å tilby psykososial støtte, en viktig byggestein for tilfriskning. Åpenhet gjorde at kvinnene ble holdt i sinn og forstått av dem rundt seg, tross FD. De fikk også ekstern hjelp til å mobilisere sitt eget nettverk. Maja ble sendt til familievernkontoret da hun var åpen med sin jordmor om FD-symptomer. Hun tenker åpenheten var en forutsetning for at hun kunne få hjelp til å mobilisere støtte også fra partneren sin:

Og det hjelper jo bare mye på situasjonen at vi kom oss til familievernkontoret. På min egen situasjon. (...) at jeg følte jeg hadde mer støtte, vi forstod hverandre bedre. At vi fikk prate. Vi lærte mye på... vi var der bare fire-fem ganger. Men vi fikk så mange verktøy.

Hun beskriver samboer som «*sånn at han problemløser*», mens hun selv hadde mest behov for forståelse og anerkjennelse av sin psykiske opplevelse. Majas åpenhet gav paret tilgang til hjelp, og støtte til å hjelpe hverandre. Emilie fant at når hun var åpen med mannen om at hun følte seg deprimert, kunne han også åpent uttrykke

bekymring: «Da var det akkurat som jeg stakk litt hull på en ganske vond verkebyll for han. Da kunne liksom han også si det, at ja, jeg er veldig bekymret for deg nå.»

Camilla opplevde også at åpenhet tillot nettverket hennes å støtte henne:

Når man liksom begynte å si «vet du hva, jeg har det ikke så bra, jeg» (...) Så viste det seg jo at veldig mye venninner og bekjentskap og sånt begynte jo faktisk å... man hadde et veldig bra nettverk, da. Som ringte og sendte SMS og liksom... Da begynte man liksom å skjønne at jeg har faktisk ganske mange rundt meg som er veldig glad i meg. Som bryr seg veldig mye om meg. Og som bryr seg om barna mine.

Hun beskrev videre at når hun delte sin depresjon med moren, tillot det moren hennes å holde henne i sinn:

Mamma liksom... åh... hun var der hele tiden. Kommer innom hver eneste dag for å passe på at jeg hadde det bra. [gråter] Åh, unnskyld (...) Mamma har jobbet med barn i 40 år, liksom. Og mamma bare, «se nå har jeg funnet artikler. Hvis du gjør sånn her, og sånn her, så kan det hjelpe på litt.» Mamma bare, «dette er ikke mitt kompetansefelt, men jeg prøver å finne ut av det.» Litt sånn på... Og begynne å grave liksom i gamle skolebøker og... Ja. Det er veldig, veldig fint.

Camilla opplever altså at hennes egen åpenhet fører til at moren setter sin egen livserfaring til side, og viser at hun skjønner at Camilla trenger andre råd og mer støtte. Moren er fysisk til stede, men jobber for å forstå Camillas situasjon og kanskje hjelpe Camilla selv til å forstå den bedre. Man kan tenke seg at Camilla føler seg sett og holdt i morens sinn selv når moren ikke er til stede.

Fra selvutslettelse til selvivaretagelse

Tema 3 – Fra selvutslettelse til selvivaretagelse: å anerkjenne og ivareta egne basalbehov er nødvendig for tilfriskning – samler historier om at det å komme i posisjon til å ivareta og prioritere sine egne basalbehov opplevdes som et vendepunkt i FD. Flere av mødrene opplevde det som uimotstridelig å skulle stå opp om natta, amme ved behov og roe ned barnet, og at deres egen helsetilstand og kropp ikke hadde betydning. For noen informanter kunne samtale åpne for økt selvivaretagelse. Andre opplevde at praktisk hjelp eller medisiner satte dem i stand til å prioritere å få nok søvn, mat og fysisk aktivitet. Temaet representerer også historier om å finne tilfriskning i å vende seg vekk fra, som flere og Hedda beskriver, at FD gjorde en «innstendig opptatt av å få det til». Hedda forsto hyperfokuset på å «få det til» som en slags kompensasjon for at hun syntes barseltiden var «jævlig»:

At jeg liksom gikk enda mer inn i å.... At (barnet) var så avhengig av brystmelk. Og at kroppen min ble bare en sånn der... Så ble det en sånn, ja, det er som det skal være. Jeg skal gå all in.

Fortellingen kan tolkes som en opplevelse av at kroppen ble et instrumentelt verktøy som Hedda ofret for på et vis å bøte på manglende glede over det å være ny mor. Kristin beskrev også at skyldfølelse over å være en «dårlig mor» forsterket neglisjeringen av egne behov til fordel for barnets, som hun aldri følte hun greide å møte tilstrekkelig:

Jeg satte jo mine egne behov helt i side, jeg sov ikke, jeg dusjet ikke, jeg, altså, passet knapt på meg selv, spiste som sagt en skive til frokost og middag, fordi gubben lagde middag, liksom, og det var det.

Å få støtte fra familiesenteret til å forstå at det var legitimt å lage avtaler med seg selv om selvivaretagelse, ble et vendepunkt for henne:

Plutselig så kommer jeg til et menneske som sier at, altså, du må faktisk passe på deg selv, sånn at du har kraft til å passe på ungen din fremover, på en måte. (...) Det var også første gangen jeg klarte å ikke bare høre at noen sa det, men faktisk ta inn over meg at grunnen til at jeg ikke klarer å møte mine egne behov, er fordi at jeg gir alt til ungen min (...)

Kristin måtte støttes til å oppleve og anerkjenne at både hun selv og barnet kan og må ivaretas samtidig, for å kunne tillate seg selv å dekke egne helt grunnleggende behov for hygiene og mat. Både anerkjennelsen og den faktiske maten og søvnen ble viktig for hennes tilfriskning fra depresjon. Sofia, i sitatet under Tema 1, fortalte at partnerens avlastning på nattestid førte til at hun sov bedre, og dermed fikk hun det bedre. Praktisk avlastning var hjelpsomt fordi det hjalp henne til å ivareta egne behov.

Flere av kvinnene fant at antidepressiver hjalp dem med å finne krefter til å ivareta sine basalbehov, inkludert søvn. Flere beskrev søvnvansker som både utløsende og opprettholdende faktor for depresjon, som måtte løses for å få det bedre:

Jeg har liksom fått de bra... hva heter det, bivirkningene av det [medisinene]. Så det har gjort meg sånn trette på en måte. Jeg sover mye hardere. [...] Det var skikkelig bra, den medisineren. (Nora)

Andre beskrev at medisinerne gav en symptomlette, særlig i form av mindre tankekyr og skyldfølelse, som satte dem i stand til å bedre ivareta sine egne behov. Emilie fant krefter til å spise og gå ut:

Nei, nettene var jeg stort sett våken og gråt (...) Så fort babyen sov, så snakket jeg mye stygt til meg selv om meg selv. Og gråt, egentlig. Og spiste altfor lite (...) Når jeg begynte på de medisinene, så merket jeg voldsom effekt etter to uker. Om det var faktisk medisiner, eller den tryggheten at jeg tok medisiner, det vet jeg ikke. Men det var vendepunktet for meg, altså. (...) Når høsten kom, så var jeg mer ute i dagslys. Spiste mer. (Emilie)

Mona opplevde at det emosjonelle trykket måtte lette for at hun skulle kunne ivareta seg selv, igjen en forutsetning for å bli bedre:

En del skjedde litt etter jeg startet på medisiner (...) Å få liksom dempet det verste av voldsomme følelser. Ehm ... Sånn at jeg har hatt litt mer roen og tiden til å komme i gang med små enkle ting, som å komme seg ut og prioritere seg selv litt. (Mona)

Det å neglisjere seg selv kunne altså være både en direkte konsekvens av utmattelse og FD, men også en slags mestringsstrategi for å håndtere skyld og skam. Flere oppfattet en slags svart-hvitt motsetning mellom å ivareta barnet best mulig og å ivareta egne basalbehov. Å støttes til å ivareta sine egne behov, ved hjelp av samtaler, medisiner eller praktisk støtte, kan dermed sees som hjelp til å finne tilbake til seg selv etter fødsel og i FD.

Mer enn bare en mamma

Tema 4 – Mer enn bare en mamma: å integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet etter FD – samler opplevelser fra informanter som opplevde at å føle seg som mer enn «bare» en mamma, var hjelpsomt for tilfriskningen. Å få kontakt med tidligere eller nye individuelle arenaer for mestring og velvære var noe flere av kvinnene brukte aktivt som strategi. Vi knytter denne prosessen til identitetsarbeid, hvor kvinnene forsøkte å finne jording og balanse gjennom et mestrende selv, for å kunne vokse inn i en ny identitet hvor de også rommet morsrollen uten å samtidig føle at de hadde tapt seg selv. Majoriteten av informantene opplevde manglende mestring i mammarollen. Samtidig mistet de tilgang til andre mestringsarenaer, eller følte seg utilstrekkelige også der. Det var en opplevelse av å miste «seg selv»:

Man føler at man ikke strekker til når begge ungene skriker samtidig og man står der alene, og ... (...) Så føler man at man ikke strekker til som samboer (...), at man ikke kom tilbake på jobb som man skulle, etter planen. Og (...) det ble mer arbeidsbelastning på kollegene mine. (Mona)

Jeg føler at det [depresjonen] startet med at på en måte treninga ble tatt ifra meg. Det har alltid vært

min... Jeg skjønner nå hvor viktig det er for psyken min, da. (Nora)

Og jeg følte jo og i hele denne prosessen at jeg mistet helt meg selv. For jeg elsker jo jobben min og legger veldig mye av identiteten min i jobb. Og så plutselig var jeg bare mamma, og det var bare vanskelig, og jeg følte ikke at jeg mestret noe. (Maren)

Å kunne komme i kontakt med et mestrende selv ble beskrevet av flere som nødvendig for tilfriskning. Det kunne oppnås gjennom tidligere mestringsarenaer som jobb og gjennom nye aktiviteter som gav tilgang til glede og mestring. Slike opplevelser gav pusterom i depresjons-symptomene som gjorde det mulig å samle energi for å vende seg mot tilfriskning. Å drive med egenaktivitet fordrer å ha overskudd til det. Imidlertid beskrev flere av kvinnene at å gjøre noe for seg selv var viktig for tilfriskning fordi det gav midlertidig symptomlettelse. Hedda beskrev det å finne en ny hobby som viktig for å få et pusterom i sin depresjon:

Og finn noe... Finn en hobby. Ja, men gjør noe for deg selv, liksom. Sånn... Det trenger ikke å være noe stort, og du trenger ikke å være dritgod på det, men bare gjør et eller annet som ikke er å være hjemme med baby og føle deg mislykket, på en måte.

Maren beskrev også en ny hobby som sentralt for tilfriskning, fordi det gav midlertidig pause fra depressoivt tankekjør:

Så hadde jeg dagmamma en dag i uken, så jeg skulle få en pause og drive med den hobbyen (...) Og det var første gang jeg klarte å glemme at jeg var mamma og alle bekymringene, at jeg klarte å kople ut.

Hun beskrev at å starte i jobb igjen også bidro til at hun følte seg bedre. Der kunne hun komme i kontakt med identiteten hun hadde før hun fikk barn, og føle mestring. Vi tolker at tilgang til arenaer utenfor huset ikke gjorde at bekymringene forsvant, men at kvinnene fikk lagt dem midlertidig fra seg. Den tette sammenhengen mellom praktisk avlastning (Tema 1) og Tema 4 illustreres for øvrig av at Maren kjøpte barnepass for mulighet til å komme seg ut.

Informantene beskriver altså at den midlertidige symptomletten ikke i seg selv utgjorde tilfriskning, men at det tillot dem å samle seg for å komme i kontakt med seg selv som individ og ikke-mamma. Camilla beskriver at hun fikk fokusert på noe annet enn de depressive tankene, men treningen gjorde også eksplisitt at hun følte seg som «seg selv» igjen:

Og at jeg begynte å trene ganske tidlig. For da begynte jeg også å føle at det er jo veldig meg. For jeg er veldig

glad i å trene. [...] Og at jeg fikk fokusert på noe annet (...) Eller gjøre noe som gjør at du føler deg som deg selv. En aktivitet, liksom.

Å føle seg som sitt gamle jeg igjen var viktig for hennes tilfriskning. Emilie beskrev det å ha overskudd til «seg selv» som en direkte kilde til mestringsfølelse:

Å drive med noen aktiviteter som var lystbetonte, og som først og fremst handlet om mine behov, da. At jeg hadde overskudd til å gjøre noe som jeg hadde lyst til å gjøre for meg selv. Men med barnet mitt, selvfølgelig. Ja, at det var en mestring i det. Å ha overskudd til å gjøre ting som jeg hadde lyst til.

Maren forteller også at roller i jobb og hobby gjorde at hun følte at hun kunne gjenfinne delene av henne selv utenom morsrollen:

Og du trenger de pausene for å være bare deg selv. Og å finne tilbake til deg selv igjen i form av de tingene som du pleier å like. Du trenger ikke bare være mamma hele døgnet.

Fra disse historiene kan vi lese om en normativ morsrolle som kvinnene ikke bare opplever som altoppslukende, men som de muligens oppfatter at de bør *omfavne* som altoppslukende. Denne forventningen kommer i konflikt med et annet implisitt og kulturelt betinget ideal – å få til å ivareta barnet OG ha overskudd til lystbetont egenaktivitet og selvutvikling. De oppdager imidlertid at den praktiske og psykiske plassen til å kunne drive med «noe annet» samtidig som de er mor, er noe de selv må skape underveis på reisen mot tilfriskning, eventuelt med hjelp fra nettverket sitt.

Diskusjon

Fødselsdepresjon oppstår sannsynligvis i et komplisert puslespill av fysiologiske, hormonelle og psykologiske belastninger. Dermed er tilfriskning også multifasettert. Vår analyse av intervju med ti kvinner med FD skapte fire tema som belyser faktorer de opplevde som hjelpsomme for tilfriskning: Å få praktisk hjelp (1), å kunne gi slipp på depressiv skam gjennom åpenhet og relasjon (2), å anerkjenne og ivareta egne basalbehov (3) og å integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet (4). Praktisk hjelp var viktig for tilfriskning i seg selv, men tilrettela også for relasjon, og var ofte en forutsetning for at informantene kunne ivareta sine basalbehov og finne et mestrende selv. Tilfriskning fra FD beror ifølge vår analyse både på strukturelle faktorer som avlastning og psykisk helsehjelp, men også på navigering av brutte kulturelle og internaliserte forventninger til en normativt intuitiv morsrolle. Å

ikke umiddelbart og «naturlig» mestre den nye tilværelsen med barn skapte debiliterende depressiv skam, som kvinnene måtte gi slipp på for å komme forbi sin FD. Sammen med teoretiske modeller av morskap og FD kan våre funn utvide forståelsen av forhold som kan bidra til å gjøre det lettere for kvinner som har utfordringer i tilværelsen med barn.

Mer enn en mor

Temaene våre understøtter tidligere forskning som fremhever viktigheten av praktisk og emosjonell støtte, erfaringsdeling, å bli diagnostisert, åpenhet og å bli sett, samt å returnere til lønnet arbeid (Di Mascio et al., 2008; Enlander et al., 2022; Vedeler et al., 2022). Imidlertid utfordrer vår analyse eksisterende funn. Å komme i kontakt med seg selv som mestrende individ og *mer enn en mor* (Tema 4) ble beskrevet som nødvendig for å komme seg ut av FD. Det utfordrer tidligere forskning, som hovedsakelig understreker viktigheten av å føle seg anerkjent nettopp *som mor* (Hine et al., 2018). Eksisterende modeller av morskap og FD har heller ikke lagt særlig vekt på ikke-moderlige aspekter av identiteten (Beck, 2012; Stern, 2004). Både Becks modell (2012) og kvinnes fortellinger peker på at kvinner med FD kan slite i forsoningen med morsrollen. Depressive tendenser som svart-hvitt-tenkning, grubling og emosjonell nummenhet kan muligens bidra til en følelse av å være fanget (*entrapment*) i morsrollen. Redusert psykologisk fleksibilitet, utmattelse og mangel på motivasjon gjorde det vanskelig å rette oppmerksomheten mot de delene av selvet som lå utenfor «morsboblen». Mange informanter trengte praktisk og psykisk støtte til å gjenfinne og integrere mestrende aspekter ved identiteten, og dermed bli bedre. Utviklingen av en mestrende morsidentitet er viktig for tilfriskning fra FD (Williams, 2013), men våre funn antyder at videre forskning bør se på hvordan andre mestrende identitetsaspekter kan gi tilfriskning ved FD.

Nettverk for mor

Alle våre tema kan leses som et eksempel på hvor essensielt relasjonell støtte er for tilfriskning fra FD. Selv om modeller som Sterns (2004, 2020) er relasjonelle, er søkelyset hovedsakelig mors relasjon til barnet (*primary relatedness*) og hennes vurdering av hvorvidt hun har den sosiale støtten (*support system*) som trengs for å sikre sin tilknytning til barnet, og dets overlevelse. Å bygge mors evne til samspill med barnet, eller eksplisitt kartlegge kvinners nettverk, er viktig for tilfriskning ved FD. Imidlertid vektlegger Stern hovedsakelig intrapsyriske aspekt ved relasjonen – altså mors vurdering av sine relasjoner. Våre funn indikerer at kvinnen selv trenger mulighet for og støtte til *primary relatedness* for egen del, til nettverket.

Nettverket kan i stor grad bidra til å modellere hennes selvaksept og støtte henne praktisk til egenomsorg i en sårbar tid. Flere informanter beskriver at de på et vis forsøkte å utsette seg selv (Tema 3) i forsøk på å løse det Stern beskriver som det primære anliggende for morsidentiteten, nemlig hvorvidt barnet har det bra. Veien mot balanse og et integrert selv som kan ivareta både mor og barn, fordrer ofte at kvinnen opplever å bli holdt i sinn av andre rundt seg, både pårørende eller profesjonelle. Disse tilfriskningsprosessene er relasjonelle, og vi som klinikere tenker at prosessene går utover det intrapsyriske modeller kan romme.

Normativ skam

Sterns modell (2004, 2020) kan anses å speile de normative aspektene ved morsrollen som er rådende i norsk kulturell forståelse av barseltiden som en tid hvor barnet «naturlig» og ganske smertefritt prioriteres. Våre informanter opplevde også barselomsorgen som i stor grad barnefokuset. Det kan ha opprettholdt deres depressive oppfatning om at egne basalbehov måtte nedprioriteres (Tema 3). Sterns modell og barnefokuset i helsetjenesten kan sees å reflektere vår kulturelle forståelse av det å få barn: Vi feirer at et barn kommer til verden, med mindre vektlegging av at en kvinne også blir mor. Sistnevnte beskrives f.eks. i Orchard et al. (2023) sin teori om morskap, som foreslår at utfordringene kvinnene forserer når de får barn, har langvarige nevroplastiske, kognitive og emosjonelle konsekvenser. Informanthistoriene i vår studie belyser hva kvinnene selv følte var riktig og viktig når denne prosessen ble særlig utfordrende. Som beskrevet i Tema 2 kan kontrasten mellom den nåværende opplevelsen og en ideell forståelse av morsrollen være en kilde til depressiv skam, som kvinnene trenger støtte og alternative forståelsesmodeller av morskap for å gi slipp på.

Screening

På et mer praktisk nivå illustrerer våre funn hvor viktig det er at kvinner blir spurt «hvordan de egentlig har det» etter fødsel. Å bli sett og tatt på alvor ble i seg selv opplevd som tilhelende for mange. Det å bli oppdaget var også en nøkkel til profesjonell hjelp. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen sier at mer forskning trengs før man kan anbefale Edinburgh-metoden (screening med EPDS samt støttesamtale) (Cox et al., 1987; Helsedirektoratet, 2014). Basert på våre funn tenker vi likevel at universell screening kan være hensiktsmessig, i tråd med EDPS-utviklernes idé om at tidlig intervensjon var viktig ved FD (Cox et al., 1987). Såkalte «Listening Visits» (lyttebesøk) – altså besøk hvor helsepersonell lytter til kvinnen, uten å dømme, for å forstå kvinnen, heller enn å gi råd (McCabe et al., 2021) – kunne også vært interessant å utforske med norske kvinner med FD.

Trening

Flere informanter beskrev trening som viktig for tilfriskning, i tråd med funn fra Di Mascio et al. (2008). Treningsprogram kan redusere FD-symptom (Nakamura et al., 2019; Poyatos-León et al., 2017). Imidlertid beskrev informantene våre trening også som en vei til å «føle seg som seg selv». Treningen bidro til å gjenopprette kontakt med sin mestrende identitet. Det å føde og ha omsorg for et spedbarn er en intens fysisk jobb som på mange måter sprenger kroppens grenser. Man kan tenke seg at trening lot dem komme i kontakt med kroppen igjen på en kjent og trygg måte, og gjøre den til sin egen igjen. I tillegg er nordmenn en naturelskende nasjon: Mange ser fysisk aktivitet – og da helst i naturen – som et ideal (Vigane & Sæther, 2020), og bruker gjerne mye tid og ressurser på slike aktiviteter. Til sammen gjør kanskje dette at trening dukker opp i Tema 4. Friluftslivsbasert trening og fysisk aktivitet bør etter vår mening utforskes ytterligere som et potensielt tiltak ved FD i Norge, da det er relativt kostnadseffektivt og har få bivirkninger.

Sammensatt støtte

Funnene våre viser også hvor sammensatt støtte ved FD bør være. Å få praktisk og psykososial støtte fordrer at man enten er åpen om FD, eller omgitt av oppmerksomme andre som våger å spørre. Å gi slipp på depressiv skam over at man bryter forventninger til hvordan barseltiden skal oppleves, fordrer ofte andre som kan holde og tåle en likevel. Å bli holdt i sinn kan være en påminnelse om at mor skal ivaretas, så hun kan oppgi depressiv skam og resulterende selvutslettelse. Å bygge en eksplisitt forståelse av morskap som en omveltningssfase som for mange krever støtte og emosjonell stillasbygging, kan være hensiktsmessig. Der mye oppmerksomhet hos pårørende og helsevesen kan være på barnets velvære og å støtte kvinnen til å «få til» morsrollen, indikerer våre funn at tilfriskning kan komme gjennom kontakt med det mestrende selvet fra før man hadde barn. Det kan være en forutsetning for å kunne oppnå et integrert nytt selv, hvor man både føler seg som et selv og en mor man kan leve med over tid.

Styrker og svakheter

Styrker med studien er at den er først ute med å kvalitativt undersøke kvinner i Norge sine opplevelser av å bli bedre fra FD, og at studien kan gi et utgangspunkt for videre utvikling av klinisk arbeid og tjenesteforbedring for kvinner med FD.

En mulig svakhet i vår studie er at utvalget er homogent med informanter med lik sosial og utdanningsmessig bakgrunn (se Tabell S1, online-supplement), noe som kan gi manglende bredde og variasjon i erfaringene som beskrives. Vi mener likevel at det er sannsynlig at de faktorene kvinnene i utvalget opplevde som hjelpsomme,

også kan være hjelpsomme for andre kvinner med FD, men da særlig for kvinner i lignende demografiske grupper.

Andre mulige svakheter kan være at kvinnene kun selv rapporterte at de hadde fått FD-diagnosen (når og hvem som satte diagnosen), at vi ikke kartla medikamentbruk eller inkluderte objektive mål og definisjoner for tilfriskning. I den sammenheng vil vi si at i et recovery-perspektiv er tilfriskning en personlig prosess, der det virket riktig å la kvinnene selv definere hva tilfriskning betydde for dem.

Konklusjon

Kvinnene i studien uttrykte at tilfriskning fra FD berodde på praktisk støtte, å kunne gi slipp på skam og finne aksept for sin opplevelse av foreldreskap, å anerkjenne og ivareta egne basalbehov samt å komme i kontakt med og integrere et mestrende, ikke-moderlig selv i ny identitet som mor. Studien gir innsikt i hvordan kvinner forstår disse elementene i tilfriskningen fra FD, og kan informere klinisk arbeid og støtte til mødre med FD, som ønsker å bli sett som hele mennesker, og trenger å oppleve seg som en del av et nettverk som gir psykososial og praktisk støtte i arbeidet med å ivareta et nytt menneske, rollen som mor og seg selv.

Takksigelse

En stor takk til informantene som ved å dele sine historier gjorde denne studien mulig. Takk også til våre medforskere med erfaringskompetanse, Rachel Hasting og Anja Svendsen, for deres innspill og kloke hoder. Takk til Haldis og Josef Andresens legat for deres støtte til prosjektet. ♡

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
- Anda, L., Mørkved, N., Hasting, R. & Rettedal, S. (2025). *Norske kvinners erfaringer med å bære sine barn ved depresjon etter fødsel* [Upublisert manuskript]. Institutt for Sosialfag, Universitetet i Stavanger.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Anthony, W. A. & Mizock, L. (2014). Evidence-Based Processes in an Era of Recovery: Implications for Rehabilitation Counseling and Research. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 57(4), 219–227. <https://doi.org/10.1177/0034355213507979>
- Beck, C. T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing research*, 42(1), 42–48. <https://doi.org/10.1097/00006199-199301000-00008>
- Beck, C. T. (2012). Exemplar: Teetering on the edge: a second grounded theory modification. I P. L. Munhall (Red.), *Nursing Research: A Qualitative Perspective* (5. utg., s. 257–284). Jones & Bartlett Learning.
- Beck, C. T. (2023). Teetering on the edge: A third grounded theory modification of postpartum depression. *Advances in Nursing Science*, 46(1), 14–27. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000432>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_3470-2
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative psychology*, 9(1), 3. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>

- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Di Mascio, V., Kent, A., Fiander, M. & Lawrence, J. (2008). Recovery from postnatal depression: a consumer's perspective. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 253–257. <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0024-7>
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 426–433. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x>
- e Couto, T. C., Cardoso, M. N., Brancaglion, M. M., Faria, G. C., Garcia, F. D., Nicolato, R., de Miranda, D. M. & Corrêa, H. (2016). Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. *Journal of affective disorders*, 192, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.017>
- Enlander, A., Simonds, L. & Hanna, P. (2022). «I want you to help me, you're family»: A relational approach to women's experience of distress and recovery in the perinatal period. *Feminism & Psychology*, 32(1), 62–80. <https://doi.org/10.1177/09593535211047792>
- Fuhr, D. C., Sikander, S., Vanobberghen, F., Weobong, B., Rahman, A. & Weiss, H. A. (2023). Predictors of spontaneous remission and recovery among women with untreated perinatal depression in India and Pakistan. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e34. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.26>
- Glavin, K., Smith, L. & Sørum, R. (2009). Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 705–710. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00667.x>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen>
- Hine, R. H., Maybery, D. J. & Goodyear, M. J. (2018). Identity in recovery for mothers with a mental illness: A literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 16–28. <https://doi.org/10.1037/prj0000215>
- Innamorati, M., Sarracino, D. & Dazzi, N. (2010). Motherhood constellation and representational change in pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 31(4), 379–396. <https://doi.org/10.1002/imhj.20261>
- Legere, L. E., Wallace, K., Bowen, A., McQueen, K., Montgomery, P. & Evans, M. (2017). Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1431-4>
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- McCabe, J. E., Wickberg, B., Deberg, J., Davila, R. C. & Segre, L. S. (2021). Listening Visits for maternal depression: a meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 24(4), 595–603. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01101-4>
- Míguez, M. C. & Vázquez, M. B. (2021). Risk factors for antenatal depression: A review. *World journal of psychiatry*, 11(7), 325. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325>
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J.,... & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1–2), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O. & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama*, 296(21), 2582–2589. <https://doi.org/10.1001/jama.296.21.2582>
- Nakamura, A., van der Waerden, J., Melchior, M., Bolze, C., El-Khoury, F. & Pryor, L. (2019). Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 246, 29–41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.009>
- Nguyen, T. T., Tran, T. D., Tran, T., La, B., Nguyen, H. & Fisher, J. (2015). Postpartum change in common mental disorders among rural Vietnamese women: Incidence, recovery and risk and protective factors. *British Journal of Psychiatry*, 206(2), 110–115. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149138>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*, 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Orchard, E. R., Rutherford, H. J. V., Holmes, A. J. & Jamadar, S. D. (2023). Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 27(3), 302–316. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.12.002>
- Oyetunji, A. & Chandra, P. (2020). Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. *Psychiatry research*, 284, 112769. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112769>
- Pilgrim, D. (2022). A critical realist reflection on the power threat meaning framework. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 83–95. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1773359>
- Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I. & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, 44(3), 200–208. <https://doi.org/10.1111/birt.12294>
- Putnick, D. L., Sundaram, R., Bell, E. M., Ghassabian, A., Goldstein, R. B., Robinson, S. L., Vafai, Y., Gilman, S. E. & Yeung, E. (2020). Trajectories of maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 146(5), e20200857. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0857>
- Saxbe, D. E. (2017). Birth of a new perspective? A call for biopsychosocial research on childbirth. *Current Directions in Psychological Science*, 26(1), 81–86. <https://doi.org/10.1177/0963721416677096>
- Sexton, M. B., Flynn, H. A., Lancaster, C., Marcus, S. M., McDonough, S. C., Volling, B. L., Lopez, J. F., Kaciroti, N., & Vazquez, D. M. (2012). Predictors of recovery from prenatal depressive symptoms from pregnancy through postpartum. *Journal of women's health*, 21(1), 43–49. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2266>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y. & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health*, 15. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Stern, D. N. (2004). The Motherhood Constellation: Therapeutic Approaches to Early Relational Problems. I A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Red.), *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (s. 29–42). The Guilford Press. <https://doi.org/10.4324/9780429482489>
- Stern, D. N. (2020). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429482489>
- Stewart, D. E. & Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177–2186. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>
- Universitetet i Stavanger. (2024, 27. mai). Lagringsguide for ansatte. Uis.no <https://www.uis.no/nb/lagringsguide>
- Vedeler, C., Nilsen, A., Blix, E., Downe, S. & Eri, T. (2022). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(4), 647–655. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>
- Vigane, Å. & Sæther, E. (2020). Norwegian fri-luftsliv: History, cultural practice and values. *Hiking in European mountains: Trends and horizons*. Berlin: De Gruyter, 15–34. <https://doi.org/10.1515/9783110660715-003>
- Wang, D., Li, Y.-L., Qiu, D. & Xiao, S.-Y. (2021). Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of affective disorders*, 293, 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.088>
- Williams, P. (2013). Mothers' descriptions of recovery from postpartum depression. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 38(5), 276–281. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182993bf>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. McGraw-Hill Education.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11: International classification of diseases*. <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362880/9789240057142-eng.pdf>
- Aarhus Universitet. (2024). *Klassifikation af data*. <https://studerende.au.dk/it-support/informationssikkerhed/klassifikation-af-data>

Jan Egil Hopsø

Poliklinikk for spiseforstyrrelser, Nidelv DPS
Tiller, St. Olavs Hospital

Olga Vea

Fedmepoliklinikken, Kirurgisk klinikk,
St. Olavs Hospital

Åsne Ask Hyldmo

Fedmepoliklinikken, Kirurgisk klinikk,
St. Olavs Hospital

Miriam K. Gustafsson

ALIS og SamLIS Midt, Trondheim kommune
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,
Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Behandlingsmodell med kognitiv atferdsterapi ved overspisingslidelse og fedme hos voksne: en pilotstudie

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Overspisingslidelse (Binge Eating Disorder; BED) er en av de vanligste spiseforstyrrelsene, og forekomsten stiger ved økende grad av overvekt. I Norge er behandlingstilbudene for pasientgruppen begrenset. Prosjektet hadde som mål å prøve ut en helhetlig behandlingsmodell som inkluderer kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S) ved BED og fedme. Studien undersøker den kliniske nytteverdien av modellen.

Metode og resultater: Voksne pasienter med fedme og mistenkt BED ble henvist fra Fedmepoliklinikken ved St. Olavs Hospital til en spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser, og vurdert for inklusjon til behandling. Selvrappingsskjemaer ble fylt ut før og etter behandling med KAT-S. Avslutningsvis ble det avholdt et tverrfaglig samarbeidsmøte med begge instanser, pasient og fastlege. Klinisk nytteverdi ble målt som endringer i generelle spiseforstyrrelsessymptomer, overspising, kroppsmasseindeks (KMI) og psykisk velvære før og etter psykologisk behandling, samt frafallsprosent. Av de 30 inkluderte pasientene falt seks fra (20 %). Signifikante endringer ble funnet for spiseforstyrrelsessymptomer og overspising, men ikke for psykisk velvære. KMI var uendret.

Konklusjon: Til tross for et lite utvalg og mangel på kontrollgruppe viser studien klinisk nytteverdi av å tilby en helhetlig behandlingsmodell integrert med en spesifikk psykologisk behandling som KAT-S for pasienter med BED og fedme.

Nøkkelord: spiseforstyrrelser, pilotstudie, overspisingslidelse, fedme, kognitiv atferdsterapi

KONTAKT jan.egil.hopso@stolav.no

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

CC BY 4.0

Overspisingslidelse (Binge Eating Disorder; BED) er en av de vanligste spiseforstyrrelsene (SF), og prevalensen stiger ved økt kroppsmasseindeks (KMI) (Udo & Grilo, 2018). Bortsett fra en studie av videregående elever (Dahlgren et al., 2023) finnes så vidt vi vet, ingen nyere norske prevalensstudier av voksenbefolkningen. Internasjonale estimater viser en livstidsprevalens på 0.6–1.8 % for kvinner og 0.3–0.7 % for menn (Keski-Rahkonen, 2021). BED er ikke egen diagnose i diagnosekodeverket ICD-10 (International Classification of Diseases), men blir introdusert som diagnosekategori i Norge med innføringen av ICD-11 (Helsedirektoratet, 2024). I DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) defineres BED ved gjentatte episoder med inntak av store mengder mat på kort tid, ledsaget av tap av kontroll og fravær av kompenserende atferd (American Psychiatric Association, 2013).

Lidelsen forekommer ofte sammen med fedme, som øker risikoen for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdom og enkelte kreftformer (Udo & Grilo, 2019; World Health Organization, 2024). BED er også assosiert med psykososiale problemer som redusert livskvalitet og forhøyet stressnivå (Agh et al., 2016) samt psykiske lidelser (Udo & Grilo, 2019). I nevnte studie av Udo og Grilo (2019) oppfylte 93.8 % av pasientene med BED kriterier for minst én psykisk lidelse i løpet av livet, herunder stemningslidelser, angstlidelser, ruslidelser og personlighetsforstyrrelser. I tillegg er BED knyttet til økte helsetjenestebehov og samfunnsøkonomiske kostnader, siden lidelsen ofte opptrer sammen med overvekt og fedme (Agh et al., 2016; Streatfeild et al., 2021). Helsedirektoratet anbefaler psykoterapi rettet mot BED, men ingen spesifikk behandlingsmodell, samt selvhjelp (Helsedirektoratet, 2017). Internasjonalt er behandlingsmodellen kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S) ofte anbefalt (Crone et al., 2023; Fairburn, 2008; Hilbert et al., 2017; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020). Studier har vist at KAT-S har god effekt ved BED (Hilbert et al., 2019), men behandlingen har i liten grad ført til vektnedgang (Grilo et al., 2011). Det pågår en faglig diskusjon om hvorvidt restriktiv spising (*dietary restraint*) og vektnedgang bør inngå i behandlingen av pasienter med samtidig BED og fedme (Balantekin & Hayes, 2025).

Til tross for at BED er assosiert med somatiske, psykososiale og psykiske problemer, er det fortsatt begrenset tilgang på psykologisk behandling i Norge (Helmikstøl, 2021). Brukerorganisasjoner som Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) peker også på manglende tilbud for personer med BED. Det står i kontrast til de etablerte behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten for anoreksi og bulimi. (Helsedirektoratet, 2015).

Prosjektets overordnede mål var å prøve ut en helhetlig behandlingsmodell for pasienter som hadde samtidig fedme og BED. Modellen inkluderte tverrfaglig samarbeid mellom somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten, kombinert med psykologisk

behandling rettet mot BED.

Hovedformålet med pilotstudien var å undersøke den kliniske nytteverdien av behandlingsmodellen målt som endringer av generelle SF-symptomer, overspising, KMI og psykisk velvære før og etter psykologisk behandling med KAT-S, samt frafallsprosent.

Metode

Design

Studien er en åpen pilot uten kontrollgruppe med kartlegging før (pre) og etter (post) behandling.

Deltakere og rekruttering

Deltakere til studien ble rekruttert fra Fedmepoliklinikken ved Kirurgisk klinikk, St. Olavs Hospital i perioden september 2019 til september 2022. Ved mistanke om BED ble pasienter som ønsket det, henvist til Poliklinikk for spiseforstyrrelser ved Nidelv DPS, St. Olavs Hospital for utredning og vurdering av inklusjon i studien. Inklusjonskriterier: fedme ($KMI \geq 30$), BED, forstår og snakker norsk, alder 18–50 år. Eksklusjonskriterier: graviditet, pasienten avviser veiing i behandlingen, pasienten avviser nødvendige somatiske undersøkelser, aktivt misbruk av alkohol eller narkotiske stoffer, andre somatiske/fysiske, ytre eller psykologiske forhold eller tilstander som gjør det vanskelig å følge opp behandling. BED-diagnosen ble stilt på bakgrunn av klinisk intervju med vurdering opp mot kriterier for BED i DSM-5. Kriterier for BED i DSM-5 er oppgitt i Supplement (tilgjengelig online). KAT-S for BED ble gjennomført ved et DPS for å undersøke klinisk nytteverdi i en realistisk kontekst. Pasienter ved DPS har ofte komorbiditet, men vårt fokus var å vurdere KAT-S i møte med den aktuelle pasientpopulasjonen. Det ble derfor ikke gjort en strukturert kartlegging av komorbide psykiske lidelser, og det foreligger heller ikke data på hvor mange som tidligere hadde mottatt behandling for det. Bruk av medikamentell behandling for fedme ble ikke kartlagt, siden det ved prosjektstart var lite utbredt. Basert på tidligere pilotstudier valgte vi å inkludere 30 pasienter som fikk behandling for BED (Allison et al., 2010; Stice et al., 2000; Zandberg & Wilson, 2013). For å oppnå inklusjonsmålet ble til sammen 49 pasienter henvist fra Fedmepoliklinikken til Poliklinikk for spiseforstyrrelser med tanke på vurdering for inklusjon. Nitten pasienter (38.8 %) ble ekskludert eller ønsket ikke å delta. Årsakene til frafallet ble ikke systematisk kartlagt.

Behandlingsintervensjonen

KAT-S ble benyttet som psykologisk behandlingsintervensjon (Fairburn, 2008), og ble utført i et individuelt format. I samsvar med NICE-retningslinjen kunne behandlingen

varierte fra 16 til 20 timer (NICE, 2020). To psykologspesialister og en spesialist i psykiatri gjennomførte utredning og behandling. Alle hadde opplæring i bruk av KAT-S-manualen. Ved endt psykologisk behandling hadde pasienten, pasientens fastlege, behandler ved Fedmepoliklinikken og terapeuten ved Nidelv DPS et samarbeidsmøte. Der ble det gjort en klinisk evaluering av det psykologiske behandlingsforløpet og vurdering av behov for videre oppfølging.

Målevariabler og prosedyre

Pasientene fylte ut ulike selvrapporteringskjema før og etter KAT-S-behandlingen. Skjemaene ble besvart hjemme via tilsendt SMS-lenke på telefon. Somatiske mål ble planlagt innhentet før oppstart og ved avslutning. Kroppsmasseindeks (KMI) ble beregnet ut fra vekt, målt på DPS ved oppstart og avslutning av behandling, og høyde (kg/m^2). Demografiske data ble innhentet fra journal.

Frafall

I studien ble deltakere som avsluttet behandlingen på eget initiativ etter å ha deltatt på minst en poliklinisk behandlingstime etter inklusjon, definert som «drop-outs». Dersom $< 50\%$ av deltakerne avslutter behandlingen, vurderes behandlingsmodellen å ha nytteverdi (Fassino et al., 2009).

Instrumenter

Følgende endringsmål fra selvrapporteringskjemaer ble brukt:

Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0 (EDE-Q 6.0) (Fairburn & Beglin, 2008) er et selvrapporteringsinstrument som kartlegger atferdssymptomer og kognitive symptomer på SF i løpet av de siste fire ukene. Det anbefales å bruke dette ved utredning av SF (Helsedirektoratet, 2017). Rø et al. har brukt norske data og beregnet cut-off-skår for de med $\text{KMI} \geq 30$ til 3.26 (Rø et al., 2015). I denne artikkelen presenteres endringsmål fra EDE-Q 6.0 Global, som er basert på fire subskalaer: restriksjon, bekymring for spising, bekymring for figur og bekymring for vekt (Fairburn & Beglin, 2008). I tillegg presenterer vi endringer i antall overspisingsepisoder pre/post.

Binge Eating Scale (BES) kartlegger alvorlighetsgraden av overspising blant overvektige. Skjemaet har 16 spørsmål om overspisingssatferd og følelser/kognisjoner (Gormally et al., 1982). Totalskår kategoriseres slik: ingen til minimal overspising 0–17, moderat overspising 18–26 og alvorlig overspising 27–46.

5-item WHO Well-Being Index (WHO-5) er et spørreskjema som kartlegger subjektivt psykisk velvære (Topp et al., 2015). Skjemaet består av fem positivt ladede

spørsmål knyttet til de to siste ukene, og som skåres fra 0 (aldri) til 5 (hele tiden). Ved å gange med fire gjøres totalsummen om til prosent. I en dansk populasjonsstudie er gjennomsnittlig skår rundt 70 (Bech et al., 2003). Ved screening for depresjon brukes en WHO-5-skår på ≤ 50 som grenseverdi (Topp et al., 2015).

Etiske forhold

Skriftlig samtykke til deltakelse og til at datamateriale fra studien kan benyttes i aidentifisert form, ble innhentet fra pasientene ved inklusjon. Identifiserbart materiale med koblingsnøkkel til aidentifisert data ble lagret på sikkert lagringsområde i henhold til prosedyrer ved St. Olavs Hospital. Studien ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) sør-øst, referansenummer: 32332.

Statistiske analyser

Vi estimerte endringen fra pre- til postmåling ved hjelp av en lineær blandet effektmodell, med én utfallsvariabel om gangen som avhengig variabel, tid (post pre) som kovariat og pasient som tilfeldig effekt. Med blandet effektmodell inkluderes data fra alle individene i beregningene, også de som mangler data på ett eller flere tidspunkt (Lydersen, 2022). Normalfordelingen av residualene ble bekreftet ved visuell vurdering av QQ-plott. SPSS versjon 29.0.1.0 ble benyttet.

Resultater

Demografiske data

Demografiske data for populasjonen som ble inkludert til behandling, kommer frem av tabell 1. Gjennomsnittlig alder var 33.6 ± 8 , det var 27 (90 %) kvinner og tre (10 %) menn. Tre pasienter (10 %) hadde mottatt behandling for SF tidligere.

Gjennomføring av KAT-S og frafall

Seks av de 30 pasientene som ble inkludert, falt fra før fullført behandling, noe som gir en frafallsrate på 20%. Fire av de som falt fra, uttrykte manglende tiltro til at behandlingen kunne hjelpe dem, mens to falt fra av andre årsaker.

For de 24 gjenstående pasientene var gjennomsnittlig antall behandlingstimer 18. Det ble unntaksvis gjort tilpasninger med noe avvik fra manualen, for eksempel grunnet komorbiditet.

Etter endt BED-behandling fortsatte fire pasienter i psykologisk behandling. Nevropsykologiske utfordringer, stemningslidelse og personlighetsproblematikk var problemstillinger som bidro til anbefaling om videre oppfølging.

TABELL 1

Demografiske data for populasjonen ved inklusjon

	Total (N = 30)
Alder (år)	33.6 ± 8.0
Kjønn	
Mann	3 (10.0)
Kvinne	27 (90.0)
Sivil status	
Gift/samboer	17 (56.7)
Bor alene	9 (30.0)
Bor med barn	12 (40.0)
Utdanningsnivå*	
Grunnskole	2 (6.7)
Grunnskole + VGS	10 (33.3)
Bachelor og tilsvarende	8 (26.7)
Master / høyere utdanning	6 (20.0)
Jobb	
Ansatt/egenforetak	24 (80.0)
Uføretrygd/arbeidsavklaringspenger – 100 %	6 (20.0)
Uføretrygd/arbeidsavklaringspenger – under 100 %	2 (6.7)
Sykemeldt	5 (16.7)
Arbeidsledig	4 (13.3)
Student	2 (6.7)
Røyker*	1 (3.3)
Selvrapportert varighet på SF**	
Under 1 år	0 (0.0)
1–3 år	1 (3.3)
3–5 år	2 (6.7)
Over 5 år	25 (83.3)
Tidligere behandling SF	3 (10.0)
Psykofarmaka	9 (30.0)

Merknad. Kontinuerlig variabel er oppgitt i gjennomsnitt (*M*) ± standardavvik (*SD*). Kategoriske variabler er oppgitt i antall (*n*) og prosent (%).

*Mangler opplysninger fra fire pasienter.

**Mangler opplysninger fra to pasienter

Endringer i symptomer og KMI

Endringer pre/postregistrert ved selvrappoteringskjemaer fremgår av tabell 2. Det var en statistisk signifikant reduksjon i symptomer på SF målt med EDE-Q Global. Signifikant reduksjon ble også funnet for grad av overspising målt med BES, samt for antall overspisingsepisoder med og uten tap av kontroll og for overspisingdager med kontrolltap. Endringen i subjektivt psykisk velvære målt med WHO-5 var ikke signifikant. Gjennomsnittlig KMI ved oppstart var 43.3 (*SD* 5.8, *n* = 30), laveste 30.0 og høyeste 55.4. Det var tilnærmet ingen endring i KMI ved avslutning (44.1 (*SD* 5.5, *n* = 24)).

Diskusjon

Så langt vi kjenner til, presenterer vi den første pilotstudien i Norge som har undersøkt bruk og klinisk nytteverdi av KAT-S i spesialisthelsetjenesten som del av en helhetlig behandlingsmodell for BED. Av 30 inkluderte pasienter fullførte 24 (80 %) behandlingen. Bortsett fra selvrapportert psykisk velvære var det en signifikant reduksjon av generelle SF-symptomer og rapportert overspising pre/post den psykologiske behandlingen. KMI var uendret.

Frafallsrate på tvers av psykiatriske diagnoser ligger typisk på 20–30 % (Carpallo-González et al., 2023). For pasienter med spiseforstyrrelser fant Linardon et al. en frafallsrate på 24 % på tvers av ulike SF-diagnoser (Linardon et al., 2018), mens en spansk studie som sammenlignet BED og BN fant en frafallsprosent på over 30 % for pasienter med BED sammenlignet med 15 % for de med BN (Agüera et al., 2013). I vår studie fant vi et frafall på 20 %, noe som er lavere enn det Agüera et al. fant i sin studie. Det er uvisst hva den lave frafallsprosenten skyldes. Vi tenker imidlertid at god informasjon om at behandlingen ikke ville fokusere på vektnedgang, var viktig. I den spanske studien diskuterte forfatterne om behandlingens fraværende fokus på vektnedgang og mangel på vektreduksjon hadde innvirkning på frafallsraten (Agüera et al., 2013).

Reduksjon av SF-symptomer, inkludert overspisingssfrekvens, samsvarer med forskningen som er gjort på psykoterapi for BED (Hilbert et al., 2019). KAT-S for BED er en vektnøytral behandling med fokus på symptomkontroll og vektstabilisering fremfor vektreduksjon, og en uendret KMI er forventet. Slanking og restriksjoner anses som mulige triggere for tilbakefall, og det anbefales å gi psykologisk behandling før en vurderer en eventuell vektnedgang (Berkman et al., 2015; Fairburn, 2008). Som beskrevet i innledningen er det en pågående diskusjon rundt temaet, og enkelte studier utfordrer synet på restriktiv spising som en trigger for overspising ved BED (Balantekin & Hayes, 2025; Giel et al., 2022; Grilo & Pittman, 2024). Forskning på glukagonlignende peptid-1 (GLP-1) blir også relevant i denne sammenhengen. Hormonet er involvert i regulering av glukosekonsentrasjonen i blodet, og studier indikerer lovende resultater på reduksjon av overspising og fedme (Chao et al., 2019; Richards et al., 2023). Imidlertid trengs det mer forskning på temaet (Balantekin et al., 2024). Det er fortsatt usikkert hva som er optimal behandling for pasienter med BED og fedme (Giel et al., 2022).

Uendret KMI kan ha sammenheng med økt grad av kontroll over spising, med tilhørende vektstabilisering. Å forhindre forverring av fedme vil være hensiktsmessig tatt i betraktning de helserelaterte problemene som er assosiert med fedme og BED (Udo & Grilo, 2019). Hensikten med det tverrfaglige samarbeidsmøtet etter endt behandling var å gjøre opp status og evaluere sammen

TABELL 2

Generelle SF-symptomer, grad av overspising og psykisk velvære før og etter behandling

	Før			Etter			Endring		
	N	M	SD	N	M	SD	Estimat	P-verdi	95 % KI
EDE-Q 6.0 Global	30	3.7	0.8	23	2.5	1.1	-1.1	<.001	-1.5 til 0.8
BES	30	32.6	5.5	23	16.4	6.7	-15.8	<.001	-18.5 til 13.1
Overspisingsepisoder*	29	18.4	9.5	22	3.9	4.0	-14.5	<.001	-18.0 til -10.9
Overspisingsepisoder m/kontrolltap**	28	13.6	9.5	22	2.5	3.1	-10.9	<.001	-14.5 til -7.3
Overspisingdager m/kontrolltap***	28	13.3	8.8	22	3.5	4.9	-9.7	<.001	-13.1 til -6.2
WHO-5	28	8.6	3.9	23	10.8	5.0	2.1	.030	0.2 til 4.0

Merknad. Endringsestimatet er basert på analyser ved hjelp av en lineær blandet effektmodell. Forkortelser: *M* = gjennomsnitt; *SD* = standardavvik; *n* = antall; EDE-Q 6.0 = Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0; BES = Binge Eating Scale; WHO-5 = 5-item World Health Organization Well-Being Index.

*Spørsmål 13 på EDE-Q. Antall episoder med overspising siste 28 dager.

**Spørsmål 14 på EDE-Q. Antall episoder med overspising og opplevd kontrolltap siste 28 dager.

***Spørsmål 15 på EDE-Q. Antall dager med overspising og opplevd kontrolltap siste 28 dager.

med pasienten. Målet var å vurdere om det var oppnådd tilstrekkelig kontroll over spisingen og symptomene, og om et kontrollert fokus på vektreduksjon var aktuelt for de som ønsket det eller hadde behov for det. Tiltak som livsstilsendring og medikamentell eller kirurgisk behandling av fedme kunne drøftes i møtet. Vi har ingen systematisk oversikt over pasientenes videre forløp. Dette ville vært interessant å undersøke i fremtidige studier, også om de pasientene som har fått behandling for BED, får redusert behov for psykologisk eller somatisk helsehjelp i fremtiden.

I studien var kun tre (10 %) pasienter menn. Forekomststudier indikerer jevnere kjønnsfordeling ved BED enn ved AN og BN (Udo & Grilo, 2018). Vi vet ikke om den lave prosentandelen menn gjenspeiler antakelsen om at menn med spiseforstyrrelse generelt ikke blir fanget opp av helsevesenet (Rø, 2020), eller at menn med BED er signifikant mindre hjelpesøkende enn kvinner (Keski-Rahkonen, 2021). I fremtidig forskning blir det viktig å drøfte hvordan en skal klare å fange opp menn.

Ved inklusjon rapporterte pasientene lavt psykisk velvære (WHO-5). Som vist i tidligere studier har pasienter med BED generelt redusert livskvalitet sammenlignet med personer uten spiseforstyrrelser (Agh et al., 2016). Endringene på WHO-5 pre/post var ikke signifikante. Det er sannsynlig at både BED og fedme påvirker psykisk velvære og livskvalitet, også i vår studie, der KMI var høy og uendret (KMI > 40 = fedme grad III). Tidligere funn viser sammenheng mellom økende fedmegrad og redusert livskvalitet (Stephenson et al., 2021).

Da dette er en pilotstudie, har den sine begrensninger.

Vi har ingen kontrollgruppe, noe som gjør at vi ikke uten videre kan anta at endringene pre/post skyldes behandlingen. For å kunne vite mer om effekten av selve behandlingen vil det i fremtidige prosjekter kreves en randomisert kontrollert studie (RCT).

Vi har ikke systematisk oversikt over de 19 pasientene som ikke ble inkludert. Vi vet at flere av disse ikke oppfylte inklusjonskriteriene, blant annet manglende oppfyllelse av diagnosekriteriene for BED eller de ble ekskludert i henhold til kriterier for eksklusjon. I fremtidige prosjekter kan det være fordelaktig å systematisere slik informasjon på en bedre måte.

Konklusjon

Resultatene, både når det gjelder frafall og symptomreduksjon, tyder på at det kan ha verdi å tilby pasienter med BED en behandlingsmodell som inkluderer psykologisk behandling med KAT-S i spesialisthelsetjenesten. Vi håper studien kan gi grobunn for videre prosjekter og forskning som på sikt kan styrke det offentlige behandlingstilbudet til pasientgruppen. Ψ

Takksigelse

Stian Lydersen, professor i medisinsk statistikk, bidro til gjennomføringen av analysene med en lineær blandet effektmodell.

REFERANSER

- Ágh, T., Kovacs, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Voko, Z. & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 21(3), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s405190160264-x>
- Agüera, Z., Riesco, N., Jiménez-Murcia, S., Islam, M. A., Granero, R., Vicente, E., Peñas-Lledó, E., Arcelus, J., Sánchez, I., Menchon, J. M. & Fernández-Aranda, F. (2013). Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder: DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*, 13, 285. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-285>
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., Moore, R. H., O'Reardon, J. P. & Stunkard, A. J. (2010). Cognitive behavior therapy for night eating syndrome: a pilot study. *American Journal of Psychotherapy*, 64(1), 91–106. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2010.64.1.91>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Balantekin, K. N. & Hayes, J. F. (2025). Unpacking the Controversies of Weight Loss and Dietary Restraint With Binge-Eating Disorder: Commentary on Grilo and Pittman. *International Journal of Eating Disorders*, 58(2), 314–316. <https://doi.org/10.1002/eat.24342>
- Balantekin, K. N., Kretz, M. J. & Mietlicki-Baase, E. G. (2024). The emerging role of glucagon-like peptide 1 in binge eating. *Journal of Endocrinology*, 262(1). <https://doi.org/10.1530/joe-23-0405>
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M. & Rasmussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 85–91. <https://doi.org/10.1002/mpr.145>
- Berkman, N. D., Brownley, K. A., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Morgan, L. C., Bann, C. M., Wallace, I. F. & Bulik, C. M. (2015). AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. I *Management and Outcomes of Binge-Eating Disorder* (Rapport nr. 15(16)-EHC030-EF). Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Carpallo-González, M., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C. & Cano-Vindel, A. (2023). Symptoms of emotional disorders and sociodemographic factors as moderators of dropout in psychological treatment: A meta-review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(4), 100–379. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100379>
- Chao, A. M., Wadden, T. A., Walsh, O. A., Gruber, K. A., Alamuddin, N., Berkowitz, R. I. & Tronieri, J. S. (2019). Effects of Liraglutide and Behavioral Weight Loss on Food Cravings, Eating Behaviors, and Eating Disorder Psychopathology. *Obesity (Silver Spring)*, 27(12), 2005–2010. <https://doi.org/10.1002/oby.22653>
- Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N., Guarda, A., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Pierce, K., Riddle, M., Seritan, A., Uniacke, B., Zucker, N., Yager, J., Craig, T. J., Hong, S.-H. & Medicus, J. (2023). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167–171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>
- Dahlgren, C. L., Reneflot, A., Brunborg, C., Wenersberg, A. L. & Wisting, L. (2023). Estimated prevalence of DSM-5 eating disorders in Norwegian adolescents: A community based two-phase study. *International Journal of Eating Disorders*, 56(11), 2062–2073. <https://doi.org/10.1002/eat.24032>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0). I C. G. Fairburn (Red.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (s. 309–313). Guilford Press.
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9, 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67>
- Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U. & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T., Gueorguieva, R. & White, M. A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 675–685. <https://doi.org/10.1037/a0025049>
- Grilo, C. M. & Pittman, B. (2024). Exploring Dietary Restraint as a Mediator of Behavioral and Cognitive-Behavioral Treatments on Outcomes for Patients With Binge-Eating Disorder With Obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 57(12), 2475–2481. <https://doi.org/10.1002/eat.24288>
- Helmikstøl, Ø. (2021). De forsomte pasientene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 556–562. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/07/de-forsomte-pasientene>
- Helsedirektoratet. (2015, 2. november). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2024, 29. januar). *Norges arbeid med overgang til ICD-11*. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/norges-arbeid-med-overgang-til-icd-11>
- Hilbert, A., Hoek, H. W. & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423–437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S. & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91–105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525–531. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
- Linardon, J., Hindle, A. & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381–391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>
- Lydersen, S. (2022). Analyse av longitudinelle data. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 142(5). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0740>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020, 16. desember). *Eating disorders: recognition and treatment*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568394/>
- Richards, J., Bang, N., Ratliff, E. L., Paszkowiak, M. A., Khorgami, Z., Khalsa, S. S. & Simmons, W. K. (2023). Successful treatment of binge eating disorder with the GLP-1 agonist semaglutide: A retrospective cohort study. *Obesity Pills*, 7, 100–080. <https://doi.org/10.1016/j.obpill.2023.100080>
- Rø, Ø. (2020). Hva er spiseforstyrrelser? I Ø. Rø, T. W. Hage & V. W. Torsteinsson (Red.), *Spiseforstyrrelser – forståelse og behandling* (s. 43–52). Fagbokforlaget.
- Rø, Ø., Reas, D. L. & Stedal, K. (2015). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 408–412. <https://doi.org/10.1002/erv.2372>
- Stephenson, J., Smith, C. M., Kearns, B., Haywood, A. & Bissell, P. (2021). The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. *BMC Public Health*, 21(1), 1990. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12009-8>
- Stice, E., Mazottti, L., Weibel, D. & Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 206–217. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200003\)27:2<206::AID-EAT9>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<206::AID-EAT9>3.0.CO;2-D)
- Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., Myers, E. M., Richmond, T. K., Samnaliev, M., Velasquez, K., Weissman, R. S. & Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 851–868. <https://doi.org/10.1002/eat.23486>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Udo, T. & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating



- Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Udo, T. & Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 42–50. <https://doi.org/10.1002/eat.23004>
- World Health Organization. (2024, 1. mars). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Zandberg, L. J. & Wilson, G. T. (2013). Train-the-trainer: implementation of cognitive behavioural guided self-help for recurrent binge eating in a naturalistic setting. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 230–237. <https://doi.org/10.1002/erv.2210>

Undersøkte oppfølging av Utøya-etterlatte

I avhandlingen så psykologspesialist Erik-Edvard Leonard Nordström på den psykiske og fysiske helse-tilstanden til etterlatte åtte år etter terrorangrepet på Utøya. 122 foreldre og søsken, som var familiemedlemmer av i alt 48 av de 69 omkomne, deltok i studiene som en del av et større longitudinelt prosjekt ved Senter for Krisepsykologi, Universitetet i Bergen.

Selv åtte år etter terrorangrepet rapporterte mange foreldre og søsken høye symptomnivåer av insomni (68 %), forlengede sorgreaksjoner (62 %) og posttraumatisk stress (46 %). Utmattelse (*fatigue*) og mangel på energi var blant de vanligste rapporterte fysiske ettervirkningene. Flere etterlatte fortalte at de slet noe med å fungere på jobb, i hverdagen og sosialt. En større andel

var uføre etter terrorangrepet, som litt over halvparten mente kunne spores tilbake til erfaringene med angrepet.

Til tross for at mange etterlatte fremdeles hadde behov for mer hjelp åtte år etter terrorangrepet, for å bearbeide det de hadde opplevd, var de fleste fornøyd med hjelpen fra helsevesenet. Hjelpen ble imidlertid ikke opplevd som proaktiv, ettersom deltakerne i mange tilfeller selv måtte be om hjelpetilbud.

På bakgrunn av funnene argumenterer Nordström for at man bør drive mer langvarig, systematisk og proaktiv oppfølging etter traumatiske tap, og at psykologer bør få bedre opplæring i behandlingsmetoder for langvarige sorgreaksjoner. Tidligere screening for langvarige reaksjoner er blant tiltakene som foreslås basert på denne forskningen. 🧠



FOTO: SILJE KATRINE ROBINSON/UIB

Erik-Edwin Leonard Nordström

Time does not heal all wounds: Long-term health consequences and healthcare utilization following traumatic bereavement among parents and siblings bereaved by terrorism

Disputas 20.11.2025

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

DOKTORGRAD

Hvilken mening finner folk i jobb?

I avhandlingen undersøkte doktorgradskandidat Baptiste Marescaux hvordan ansatte kan dekke psykologiske behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet ved å endre egen arbeidshverdag. Autonomi handler om å oppleve valgfrihet på jobb, kompetanse om å få brukt og utviklet ferdigheter og tilhørighet om å knytte meningsfulle bånd til andre og tilhørighet til arbeidsplassen.

Marescaux gjennomførte semistrukturerte intervjuer, utviklet og validerte en skala, og samlet inn data longitudinelt blant ansatte i Norge, Frankrike og Storbritannia som jobbet i ulike yrker, for eksempel som jordmødre og IT-utviklere.

Avhandlingens kjernekonsept er behovsbasert jobbutforming (*work-related need crafting*), som innebærer å dekke behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet ved å endre innhold og kontekst for arbeidet. Ved kognitive endringer (endringer i

forståelsen av en arbeidsoppgave) eller atferdsmessige endringer (endringer i oppgavene man utfører) antas det at man kan bli mer motivert og engasjert på jobb.

Etter å ha utviklet og validert en skala for behovsbasert jobbutforming testet Marescaux sammenhengen slik jobbutforming har med trivsel og prestasjon på jobb. Å endre arbeidshverdagen for å dekke psykologiske behov hang sammen med økt engasjement og arbeidsglede og redusert utmattelse. Egne endringer var spesielt viktige for kompetansebehovet, mens støtte fra leder var spesielt viktig for autonomibehovet.

Med utgangspunkt i resultatene hevder Marescaux at ansatte kan dekke psykologiske behov ved å endre måten de forstår og utfører arbeidet sitt på. Å gjøre slike endringer selv, eller rådføre andre om å gjøre det, kan øke engasjement og glede på jobb. 🧠



FOTO: USN HANDELSHØYSKOLEN

Baptiste Paul Cyprien Marescaux

Needs reshaping work: The conceptualization, operationalization and articulation of work-related need crafting

Disputas 18.11.2025

USN Handelshøyskolen

TEKST Bjørnar Olsen
Privatpraktiserende psykolog

Tomme kalorier for sjelen eller kraftkost for faglig vekst? Om KI og journalføring

Lar vi KI føre journal for oss, mister vi et rom for å kvesse et viktig klinisk verktøy: evnen til kritisk refleksjon.

Snart vil rundt hundre tusen behandlere ved norske sykehus bruke kunstig intelligens (KI) gjennom DIPS sine systemer. Et viktig innsalg for denne nye vidunderlige verden er at klinikerer frigjør tid når KI genererer journalnotatene. Samtidig er det et krav om at yrkesetikken gjenspeiles i psykologers dokumentasjon, og jeg er redd disse verktøyene fjerner et viktig rom for kritisk refleksjon og faglig utvikling: den konsoliderende ettertanken som ligger i å skrive journalen selv.

Referent og sekretær

Effektiv frigjøring av tid er noe leverandørene av KI-verktøyene vet å peke på: «Mindre administrasjon, mer omsorg», skriver Noteless (2025). Medbric (2025) tilbyr behandleren presise journalnotater på et øyeblikk, med mindre stress og bedre behandling som følge. Mens Medivox (2025) skriver at deres verktøy hjelper helsepersonell til å fokusere på det som betyr mest: pasienten.

Skrivent-avlastningen skjer ved at programmet transkriberer opptaket av behandlingstimen, og sammenfatter dette til et journalnotat terapeuten

KONTAKT bjornarolsen@protonmail.com

MERKNAD Enkelte avsnitt bygger på argumentasjon i forfatterens bok *Skriving, redigering og formidling – en guide* (Gyldendal Akademisk, 2024).

godkjenner (Berntsen, 2025). Slik får psykologen tilgang til en sekretær, og kolleger som har tatt verktøyet i bruk, forteller om mindre stress i arbeidsdagen.

Svekket kritisk tenkning i det kliniske rommet

Flere forskere uttrykker imidlertid bekymring for at KI svekker vår evne til kritisk tenkning (Kosmyna et al., 2025; Gerlich, 2025). Samtidig antas kritisk refleksjon å være en grunnleggende forutsetning for profesjonsutøvers faglige utvikling og etiske utøvelse av yrket (Guamanga et al., 2025; Roberts, 2016; Schön, 1983). Da burde vi heller foredle refleksjonsrommet journalføring tilbyr, fremfor å sette ut jobben til KI.

For vår evne til refleksjon og nytenkning, det Kahneman (2011) beskriver som system 2-tenkning, er en helt nødvendig evne i møte med ukjente utfordringer. I terapi er det tydelig: Kunne vi ha surfet oss til livets fasit på nettet, ville få ha banket på vår dør. I det kliniske

de i stedet kan unne seg en kopp kaffe, ta en prat med en kollega eller sjekke om verden har gått under i løpet av de forrige 45 minuttene.

Men å skrive er ikke bare et redskap for å dokumentere og sammenfatte hva som skjer, men en aktiv prosess for å tenke og forstå (Allen, 2023). Skrivning tvinger frem presisjon, fordi vi må formulere våre tanker eksplisitt. Som annen tekst er journalnotatet størkede tanker som lyser mot oss fra skjermen. Og når de er foran oss, «kan vi ta stilling til tankene i ro og fred. Det å skrive hjelper oss til å senke tempoet, konsentrere oss, rette blikket mot denne ene tankerekken, dette mer eller mindre vage vi forsøker å gi form» (Olsen, 2024).

Journalføring er derfor mer enn en nedtegning: Det er en bearbeidelse av klientens fortelling og terapeutens forståelse. Rontal (2024) mener at journalskriving fungerer som egenveiledning, noe som er avgjørende for faglig utvikling. Vi bør derfor lære oss å skrive bedre journaler fremfor å outsource arbeidet til KI.

— står i fare for å viske ut det særegne språket

rommet er det nettopp evnen til kritisk tenkning som gjør det mulig å utforske kriser, væremåter og lidelser klienten så langt ikke har funnet en vei ut av. Her gis man et rom for å stå i usikkerheten og utforske mulige løsninger som er skreddersydd til klientens liv. Og ved å ta høyde for personens unike livshistorie og situasjon får terapi en verdi som språkmodellenes mer generiske fremstillinger ikke bringer til torgs. Den som hviler seg på språkmodellenes sammenfatninger, står i fare for å viske ut det særegne språket som gjør det mulig å forstå akkurat denne klienten.

Kritisk tenkning er en helt essensiell del av både et terapeutisk løp og profesjonell utvikling. Da må vi spørre hvilke følger bruk av KI i klinikken – her avgrenset til outsourcing av journalføringen – kan få for profesjonsutøvers refleksive forståelse av både klienten og seg selv.

Fra pålagt onde til skjerpet forståelse

Kritisk tenkning er mentalt krevende (David et al., 2024), akkurat som det koster å være empatisk til stede i klientens liv. Det er naturlig at man ikke kjenner overskudd til å drive kritisk refleksjon på papir rett etter en samtale, men heller ønsker å hente seg inn igjen. Kombinert med økte produksjonskrav i klinikken – der klinisk arbeid ofte strømmelinjeformes til 45 minutter klientkontakt og 15 minutter til både dokumentasjon og hvile – gir det et tids- og energiregnskap som ikke går opp. Da er det forståelig at klinikere opplever det befriende at KI ferdigstiller journalen, mens

Også Solstad (2018) argumenterer for å drive journaltraining. For selv om journalføring tar tid, er det et verktøy for å organisere tankene på et vis som gir mening både for oss selv og andre. Journalføringen blir da et rom for å bedrive det Schön (1983) omtaler som «reflection on practice»: et rom hvor vi kan sette ord på fornemmelser som kanskje bare dels var artikulert mens samtalen fant sted.

Ser vi journalføring som en form for refleksiv skriving som fremmer faglig utvikling, fremstår ikke arbeidet som et pålagt onde, men et redskap til å skjerpe et av psykologens viktigste verktøy: evnen til kritisk tenkning. I så fall vil outsourcing av journalføring stå i veien for en refleksiv praksis, og dermed også for vår forståelse av klienten og utviklingen av tenksomme profesjonsutøvere.

«Først når vi setter ordene ned på papiret, ser vi hva vi tenker», skriver Toril Moi (2019). Når ordene står der – svart på hvitt – kan vi ta stilling til våre tanker. Setningene stiller oss til ansvar: Er dette noe vi faktisk vil mene? Har vi ikke tiltro til tankene vi har skriblet ned, må vi revidere ordene inntil de forteller noe vi kan stå for. Slik blir journalføring et hjelpemiddel for å skjerpe fagligheten.

Slapt språk og slapp tenkning

Andre peker derimot på at KI-toget allerede har gått, og at vi må komme oss om bord og lære oss å tenke kritisk med KI (Suriano et al., 2025). Men med utgangspunkt i



mediekritikere som McLuhan (1967) og Postman (1985) kan man spørre seg om det i det hele tatt er mulig å bruke generative språkmodeller kritisk, eller om mediet i seg selv står i veien for reell kritisk tenkning. En ting er at språkmodellene hallusinerer og finner på svar, noe man også har sett i journalnotatene de genererer (Burke & Schellman, 2024). Men det lages også tekster som minner om det Frankfurter (1986) kalte «bullshit»: Et språk som ikke bryr seg om sannheten, men kun ønsker å overbevise leseren. Nassehi (2025) forteller at KI-genererte journalnotater fremstår språklig overbevisende selv når de medisinske vurderingene er direkte feil. Da kreves det et kritisk redaktørblikk for ikke å la seg forføre av tekstforslaget.

Videre er det en fare for at vi får tekster kjennetegnet av det Orwell (1946) kalte fraseologi: et språk som hviler på floskler, klisjeer og sminkeord. Dette representerer dårlige språkvaner som leder til uklare tanker. Som da jeg jobbet i psykisk helsevern på nittitallet. Ved hvert vaktskifte skrev vi noen linjer om pasientens dag. I valget mellom å bli beskrevet som «nær og fin i kontakten» eller

være preget av «umotivert latter» er det første å foretrekke. Flosklene fortalte uansett fint lite om hvordan dagen hadde utspilt seg.

Vi må anstrenge oss for å finne et språk som uttrykker det vi ser og erfarer. Og når språket ikke strekker til, kan det være at det er skribenten som ikke strekker til eller ikke gidder å strekke seg (Bringsværd, 1989). Det er derfor jeg spør om bruk av KI i journalføring er tomme kalorier for sjelen, mens det å føre pennen selv vil være kraftkost for klinisk refleksjon.

Ettertanken

Skal vi endre oss, må vi stille spørsmål ved vår forståelse av, reaksjon på og væren i verden. Denne bevisstgjøringen handler om å utfordre det umiddelbart sanne, og se oss selv, vår praksis og vårt fag i et nytt lys. Enten vi snakker om et terapeutisk forløp eller om profesjonell utvikling, blir kritisk tenkning dermed en (psyko)logisk nødvendighet. Men det er en praktisk oppgave å foredle den.

I en tettepakket arbeidsdag er det ingen selvsagt oppgave å videreutvikle denne evnen. Oppmerksomhet og nærvær er en begrenset ressurs som tappes gjennom bruk (Mark, 2024), så det er påregnelig å kjenne seg tom i kjølvannet av en behandlingstime. Å bruke det lille kvarteret vi har til rådighet før en ny klient banker på døren, til å skrive kritisk og refleksivt kjennes fort som et urimelig krav i en tettepakket arbeidsdag. Men det handler om et striglet arbeidsliv hvor hver time skal faktureres og redegjøres for. I denne arbeidsdagen ligger klienttimene butt i butt, mens rommene for ettertanke og kreativitet er slipt vekk. Da er det fristende å ta imot KI sitt tilbud om effektiv avlastning, fremfor å tilkjempe seg et større rom for kritisk refleksjon.

Journalføring er ikke nødvendigvis en tidstyv, men et verktøy for å tenke klarere. Skrivning er en særegen, langsom form for tenkning, hvor vi famler etter ord som blir til setninger og avsnitt som uttrykker det vi vil si. Det kan ta tid, men når ordene endelig kjennes sanne og troverdige, kjennes det som om ting faller på plass. Ordene fra språkmodellene kommer forførende lett til oss, men de representerer ikke en tankerekke jeg har gitt form og gjort til min. Det blir som en masteroppgave som mest av alt er et lappetepe av andres tekster. Vi høster kanskje studiepoengene, men hva har vi lært?

På samme vis: Journalnotatet språkmodellen gir meg, fungerer kanskje godt nok som dokumentasjon. Men for å sitere den avdøde psykologiprofessoren Per Saugstad: Du har ikke tenkt det før du har skrevet det. Dessuten krever en etisk praksis at vi stopper opp og reflekterer over virkningen av våre ord og handlinger (Olsen, 2024), og skrivning er et verktøy som gjør det mulig å ta stilling til våre tanker. Å overlate journalføringen til KI er derfor å gi fra seg et tankeverktøy for klinisk tenkning, etisk refleksjon og profesjonell utvikling. 🧠

REFERANSER

- Allen, R. (2023). *The Notebook. A history of thinking on paper*. Profile Books.
- Berntsen, K. (2025, 25. februar). Sammenligning av KI-baserte transkripsjonstjenester for helsepersonell. Nettsak.no. <https://nettsak.no/medivox-noteless-medbric-sammenligning/>
- Bringsværd, T. Å. (1989). *Pustehull. 1. Råk*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Burke, G. & Schellman, H. (2024). Researchers say an AI-powered transcription tool used in hospitals invents things no one ever said. APnews.com. <https://apnews.com/article/ai-artificial-intelligence-health-business-90020cd5fa16c79ca2e5b6c4c9bbb14>
- David, L., Vassena, E. & Bijleveld, E. (2024). The unpleasantness of thinking: A meta-analytic review of the association between mental effort and negative affect. *Psychological Bulletin*, 150(9), 1070–1093. <https://doi.org/10.1037/bul0000443>
- Frankfurter, H. (1986). On Bullshit. *Raritan Quarterly Review*, 6(2), 81–100.
- Gerlich, M. (2025). AI Tools in Society: Impacts on Cognitive Offloading and the Future of Critical Thinking. *Societies*, 15(1), 6. <https://doi.org/10.3390/soc15010006>
- Guamanga, M. H., Saiz, C., Rivas, S. F. & Bueno, P. M. (2025). Critical Thinking and Metacognition: Pathways to Empathy and Psychological Well-Being. *Journal of Intelligence*, 13(3), 34. <https://doi.org/10.3390/jintelligence13030034>
- Janse van Rensburg, J. (2024). Artificial human thinking: ChatGPT's capacity to be a model for critical thinking when prompted with problem-based writing activities. *Discover Education* 3, 42. <https://doi.org/10.1007/s44217-024-00113-x>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farar, Straus & Giroux.
- Kosmyna, N., Hauptmann, E., Yuan, Y. T., ... & Maes, P. (2025). Your Brain on ChatGPT: Accumulation of Cognitive Debt when Using an AI Assistant for Essay Writing Task. Arxiv.com. <https://arxiv.org/abs/2506.08872>
- Mark, G. (2024). *Attention Span. Finding Focus for a Fulfilling Life*. William Collins.
- McLuhan, M. (1967). *The Medium is the Massage* (Ill. Quentin Fiore). Penguin Books.
- Medbric (2025). Spar tid. Reduser stress. Øk kvaliteten. Medivox.com.
- Medivox (2025). Gir helsepersonell verktøyene for å fokusere på det som betyr mest - pasienten. Medivox.ai.
- Moi, T. (2019). Å skrive er å tenke. I H. P. Blad & K. Isaksen (red.), *Min metode* (s. 15–23). Cappelen Damm.
- Nassehi, D. (2025, 12. september). Når kunstig intelligens skriver journal – og ingen trippelsjekker. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/e-helse-kunstig-intelligens/nar-kunstig-intelligens-skriver-journal-og-ingen-trippelsjekker-1/704825>
- Noteless (2025). Få kveldene tilbake. Noteless.com/no.
- Olsen, B. (2024). *Skriving, redigering og formidling – en guide*. Gyldendal Akademisk.
- Orwell, G. (1946/2004). *Politics and the English Language*. I G. Orwell, *Why I Write*. Penguin Books.
- Postman, N. (1985). *Amusing ourselves to death*. Viking Penguin.
- Roberts, M. (2016). Critical thinking and reflection in contemporary mental health care: A Foucauldian perspective. *Nurse Education Today*, 45, 48–50. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.013>
- Rontal, B. (2024, 25. mars). Challenges with AI in Progress Notes. Documentation Wizard. <https://documentationwizard.com/challenges-with-ai-in-progress-notes/>
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. Temple Smith.
- Solstad, S. M. (2018). Journaltrening. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(4), 274–275. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2018aso4ae-Journaltrening>
- Suriano, R., Plebe, A., Acciai, A. & Fabio, R. A. (2025). Student interaction with ChatGPT can promote complex critical thinking skills. *Learning and Instruction*, 95. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2024.102011>

Psykologforeningen gav Peder Kjøs høythengende pris for «å normalisere livets strev». Fagetisk råd har fortsatt til gode å løfte frem noe som helst.

Farlig svakt av Fagetisk råd



FOTO PRIVAT

TEKST Helge Holgersen
Institutt for Klinisk Psykologi,
Universitetet i Bergen

KONTAKT helge.holgersen@uib.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Fagetisk råd (FER) skriver i sitt innlegg «En profesjon i endring stiller sterkere krav til rolleforståelse» at «Det ligger i FERs mandat å løfte fram og mene noe om aktuelle fagetiske debatter» (Garmannslund & Vik, 2025).

Men når den mest omtalte fagetiske saken på mange år ruller i media, er FER helt tause. Statsforvalteren og Helsetilsynet har nå vurdert psykolog Peder Kjøs' praksis som uforsvarlig. De har begrenset hans autorisasjon og med det hans autonomi som behandler. Saken har pågått lenge, fått bred medieomtale og skadet psykologers omdømme. Hvor var FER da profesjonen trengte etisk lederskap?

Svaret er enkelt: De har ikke løftet frem noe som helst. Ikke én offentlig uttalelse. Ikke én prinsipiell avklaring. Ikke én rettesnor for hvordan vi som psykologer bør opptre, verken som enkeltpersoner eller som profesjon. Dermed har FER sviktet sitt eget mandat.

Svakhet på grensen til det farlige

Hvis FER hadde tatt ordet, kunne de forebygget at profesjonell uaktsomhet fikk utvikle seg. De kunne beskyttet både pasienter og kollegaer som manglet etisk aktsomhet i sin rolle. Ethiske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP) stiller klare krav til etisk aktsomhet. Men prinsippene har mistet fotfestet og etterlevelsen varierer stort. Å hevde at vi «trenger et fellesskap å utvikle rollen i»



Politisk posisjon

Et ansettelende spørsmål er hvilket politisk meningsarom man kan ha som psykolog. Mange psykologer engasjerer seg politisk, og tematiserer om standen og den enkelte psykolog - i kraft av å være psykolog - kan, bør eller skal ha meninger den ene eller andre veien i aktuelle politiske debatter. Både det å være klar og tydelig i politiske spørsmål, det å ikke ta stilling og heller fremheve kompleksiteten i saker, så vel som det å velge å ikke engasjere seg, kan være forenlig med god rolleforståelse. Det vil blant annet avhenge av hvordan psykologisk kunnskap er relevant for det konkrete spørsmålet det gjelder. Mens det å forsøke å definere hvilken politisk posisjon enhver psykolog bør inn ta i komplekse saker, som gjerne krever fagkompetanse som den enkelte psykolog ikke besitter, i seg selv kan være uttrykk for svak rolleforståelse.

Skiftende hat

Rolleforståelse er også avgjørende i kontekster med skiftende roller eller «hat», som raske kan sette god

fagetisk praksis under press. Vi psykologer må være bevisste på «hatten» vi til enhver tid har på, og hvilken av hatten som ikke så lett lar seg kombinere eller skille mellom. Er det for eksempel mulig å være programleder og terapeut på samme tid, eller vil rollene ha helt ulike målsettinger og dermed komme i konflikt med hverandre? Og kan man egentlig skrive en faglig uttalelse om en venn, til bruk i rettsalen eller i saknad til Nav, selv om mye står på spill og man har lyst til å hjelpe? FER møter på slike og lignende problemstillinger både i behandling av klagesaker og i vår ukentlige rådgivningstelefon, og opplever ofte at psykologene har gode refleksjoner rundt skiftende roller. Når noe har blitt problematisk, er det ikke nødvendigvis fordi psykologen ikke har forstått hva som står på spill fagetisk sett, men heller at man har ønsket seg i «både pose og sekk». FER mener at et viktig spørsmål i som profesjon må drøfte, er i hvilken grad vi kan ta for gitt retten til å beholde eller skille mellom roller som til enhver tid er viktige for oss, og når det å forsøke en rolle er anneret vi må bære som psykologer.

Verdier, lojalitet og faglig armalag

Mange psykologer arbeider på områder der faggruppen ikke er etablert, og arbeidsgiverne blir å utforme sin egen psykologrolle. Arbeidsplansen kan ligge ganske langt una helsetilstanden. Nyere teknologi har også gjort det mulig å nå ut til et svært stort publikum. Terapi har ved en del anledninger blitt lært for rådgivning og behandling helt kringkaset (Stabel, 2015, 2018) til opplysning og underholdning, noe som reiser både faglige og fagsetiske spørsmål. Psykologer har også skapt sin egen arbeidsplan i sosiale medier, noe som har gjenstand for debatt i Psykologtidsskriftet som FER har deltatt i (Gursveth, 2025; Garmannslund, 2025). En psykolog på nye arenaer står ofte alene i spørsmålet om hvor lojaliteten skal ligge, og hva man skal bidra med som psykolog. Når vi ikke kan lene oss til etablerte strukturer, trenger vi et fellesskap å utvikle rollen i.

Fellesskap. FER ser at spørsmålene diskuteres, til tider på konstruktive måter i Psykologtidsskriftet og andre publikasjoner (f. eks. Andreassen, 2024; Kutzal, 2025; Høst & van der Weide, 2025), men også i sosiale medier og kommentarfelt der formen ofte ikke er konstruktiv, og der rykter lett går tapt. Dette vitner om et stort engasjement, men også om et behov for å løfte debatten og gi den bedre rammer. Vi må unngå at fagetikken kommer mer i skvis av måten temaene diskuteres på, enn det de i utgangspunktet forsøker å adressere. Vi bør også unngå at de ulike rolleforståelsene behandles som enkeltstående tema og saker, fordi de etter FERs mening kan knyttes til samme hovedutfordring – en psykologrolle i endring uten nødvendige avklaringer. Det ligger til FERs mandat å løfte fram og minne noe om aktuelle fagsetiske debatter. Samtidig er det å diskutere,

— Når vi ikke kan lene oss til etablerte strukturer, trenger vi et fellesskap å utvikle rollen i

Også når psykologer har sitt virke i de mer kjente, offentlige systemene, vil utfordringer rundt berøre psykologens rolleforståelse. Innsatsen psykologrollen i erkerne og ta ansvar for hard prioritering av begrensede ressurser i det offentlige helsetilsett, eller ber psykologer lært og fremst være de som går i opposisjon og løfter frem hvordan enklere løsninger risikerer å bli urimelig berørt? Vi psykologer har kanskje en naturlig tendens til å se det unike enkeltmennesket, og mene at dette perspektivet vil være det etiske «gitt». Samtidig kan god rolleforståelse også bety å se verdien i et system som legger vekt på hva som girner flest mulig.

Kollektiv innsats for rolleforståelse

Den stadige utviklingen av psykologrollen reiser komplekse spørsmål som psykologene må håndtere i

videreutvikle og forvalte en høy fagsetisk standard for praksis et felles anliggende som ikke kan angrenses til FER. Spørsmål og utfordringer kan ikke avklares eller landes uten felles refleksjon og debatt. Og gode svar, også om hvilke spørsmål som ikke nødvendigvis lar seg avklare, fordrer gode og reflekterte prosesser.

Da FER fikk anledning til å komme med innspill til tema for Psykologforeningens hovedsatsingsområde for perioden 2025–2028, spilte FER inn «Psykologens og psykologprofesjonens rolle og rolleforståelse» som tema. En slik kollektiv innsats mener vi er svært sentral for å beskytte psykologprofesjonens integritet, tydeliggjøre psykologers samfunnsoppdrag og sikre etisk god praksis i møte med nye arenaer, forventninger og muligheter. ■

REFERANSER

Andreassen, H. I. (2024). Nærkontakt er en illusjon. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 61(4), 401–403. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/401-403-Nærkontakt-er-en-illusjon
Garmannslund, M. E. (2025). Sosial media leverer god rolleforståelse og etisk beredhet. Helse, 3, 8–10. www.psikologtidsskriftet.no/artikkel/8-10-Sosiale-medier-leverer-god-rolleforstaelse-og-etisk-beredhet

etisk og etisk beredhet. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 61(4), 401–403. www.psikologtidsskriftet.no/html/artikkel/401-403-Nærkontakt-er-en-illusjon
Høst, A. & van der Weide, J. (2025). Når Gata leverer god rolleforståelse og etisk beredhet. Helse, 3, 8–10. <https://www.psikologtidsskriftet.no/artikkel/8-10-Sosiale-medier-leverer-god-rolleforstaelse-og-etisk-beredhet>

Kutzal, E. (2025). Det personlige er politisk er psykologisk. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 62(1), 191–195. www.psikologtidsskriftet.no/html/artikkel/191-195-Det-personlige-er-politisk-er-psykologisk
Stabel, E. (2018). (2018). Jeg mot meg (2018) [TV-serie]. NRK.
Stabel, E. (2018). (2018). Jeg mot meg (2018) [TV-serie]. NRK.

Faksimile av Garmannslund & Vik, 2025

REFERANSER

Garmannslund, M. & Vik, O. M. (2025). En profesjon i endring stiller sterkere krav til rolleforståelse. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 62(11), 707–709. <https://www.psikologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s11ae-En-profesjon-i-endring-stiller-streke-re-krav-til-rolleforst-else>

Fagpressenytt. (4.oktober, 2016). Peder Kjøs fikk Åsa Grude Skard-prisen. <https://fagpressenytt.no/artikkel/peder-kjos-C3%B8s-fikk-C3%A5a-grude-skard-prisen>

TEKST Anders Malkomsen
Oslo universitetssykehus

Eksistensiell angst fra Kierkegaard til vår tid



BOOK *Begrepet angst*
FORFATTER Søren Kierkegaard
ÅR 1844/2014

KONTAKT anders.malkomsen@gmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Takk til Kristoffer Tunheim og André Løvgren for nyttige innspill.

Søren Kierkegaards *Begrepet angst* fra 1844 er en klassiker som ble utgangspunktet for hele den eksistensielle psykologien.

Søren Kierkegaard (1813–1855) levde det meste av sitt 42-årige liv i København som eksentrisk filosof og teolog. Som flanør vandret han ofte gatelangs, elegant kledd i høye krager og med stor hatt. Under bremmen skjulte han et skarpt blikk for forbigående menneskers mangfoldige uttrykk og levemåter. Når han ikke spaserte, satt han på en av kafeene i byen, som regel i skrivende refleksjon over menneskesinnets dybder eller ivrig diskusjon med byens intellektuelle. Han fremstod, med andre ord, som prototypen på en eksistensiell terapeut.

Faren var både sterkt religiøs og dypt melankolsk, og sønnen arvet begge deler. Dette, kombinert med et ulykkelig og angstfremkallende kjærlighetsforhold til Regine Olsen, ble utgangspunktet for nesten alt han skrev (Carlisle, 2020). Det er derfor ikke spesielt overraskende at nettopp han ble den første som viet seg til et seriøst teologisk-psykologisk studium av angstens mysterier i boken *Begrepet angst* (1844/2014).

— Boken er fortvilende komplisert

I dette essayet vil jeg presentere Kierkegaards klassiker om angst, som også har vært viktig for meg personlig. Boken er fortvilende komplisert, stiller flere spørsmål enn den gir svar, minner oss på at livet er mer komplisert enn vi i hverdagen orker å erkjenne, og tvinger leseren til å forholde seg til sin egen frihet. Det er altså en bok jeg alltid lukker med større eksistensiell uro enn hva jeg hadde da jeg åpnet den – og det er en god ting. Hvis du leser videre, vil du forstå hvorfor.

I tillegg til å presentere boken vil jeg også skissere dens sentrale fortolkningshistorie, inkludert hva den har betydd for utviklingen av eksistensiell terapi. Men fordi *Begrepet angst* vanskelig lar seg forstå uten å se den i lys av Kierkegaards øvrige forfatterskap, er det nødvendig å begynne med en kort bibliografisk ramme.

Kort liv, lang bibliografi

Til tross for sitt korte liv etterlot Kierkegaard seg et forfatterskap av usedvanlig omfang og originalitet, hvorav det meste ble skrevet i løpet av hans siste ti år. Han skrev alle sine filosofiske bøker under ulike pseudonymer for å kunne føre heftige diskusjoner med seg selv, og de er fulle av aforismer, falske brev, fiktive dagboknotater, dikt, essays og selvmotsigelser. Med andre ord har vi å gjøre med en forfatter som egentlig er umulig å oppsummere kort.

Kjernetematikken i forfatterskapet kan likevel oppsummeres i noen få ord: identitet, frihet, valg, ansvar, synd, angst, tro og fortvilelse. I *Enten – Eller* (1843/2014), som utkom året før *Begrepet angst*, utforsker Kierkegaard kontrasten mellom det estetiske livet, preget av nytelse og flukt fra ansvar, og det etiske livet, kjennetegnet av valg og forpliktelse. Utfordringen til leseren er selvsagt: Hvordan lever du? Samme år fulgte *Frykt og Beven* (1843/2022), en analyse av bibelfortellingen om Abrahams drap på sønnen Isak. Her tas vi med inn i de ulike valgene Abraham har i denne umulige situasjonen, følelsene de utløser, og de etiske implikasjonene av ulike valg. For Kierkegaard var det nemlig ikke mulig å skille mellom psykologi og moral. I *Stadier på livets vei* (1845/2022), som kom året etter *Begrepet angst*, konkluderer han med at både den estetiske og etiske levemåten vil ende i angst og fortvilelse. Den religiøse livsformen, derimot, presenteres som en høyere levevei. Veien til Gud går imidlertid ikke gjennom fornuften, men gjennom «troens sprang» over fornuften, i en aksept for det gåtefulle og paradoksale i livet som ikke fullt ut kan

forstås. Med *Sykdommen til døden* (1849/2024) skriver han en åndelig oppfølger til *Begrepet angst*, hvor han undersøker fortvilelsens mange kilder, deriblant fortvilelsen over ikke å være seg selv, og konkluderer med at troen på Gud er det eneste som kan forløse oss. Av alle disse verkene er det likevel boken om angst som har fått den mest sentrale betydningen for psykologien.

Begrepet angst

I *Begrepet angst* analyserer Kierkegaard angsten gjennom det han kaller «en simpel psykologisk-påpekende undersøkelse». Metoden er imidlertid alt annet enn simpel, og for den uforberedte leser kan boken være nokså overveldende. Det syntes nok også samtiden, for opplaget på 250 bøker ble først utsolgt da forfatteren lå på dødsleiet. La oss derfor ta gjennomgangen trinnvis, og holde det mest kompliserte utenfor i denne omgang.

Han begynner sin analyse med å skille skarpt mellom frykt og angst. Mens frykten alltid har et konkret objekt, som edderkopper, relasjonell avvisning eller store forsamlinger, er angsten en fryktreaksjon uten et konkret objekt. Hvis en pasient for eksempel beskriver overveldende indre uro, men svarer «vet ikke» på spørsmål om hvorfor, kan det altså hende at det nettopp er en reell angst man er på sporet av, og ikke frykt. Det blir likevel ikke helt presist å si at angsten er uten et objekt, for angsten er, ifølge Kierkegaard, et resultat av at mennesket «skuer sin egen frihet» og «skuer ned i sin egen mulighet». Angst er «frihetens svimmelhet».

Det er altså et indre objekt man frykter, selve friheten til å velge, som riktignok kan utløses av et ytre objekt. For å forklare dette tar Kierkegaard utgangspunkt i Adam før syndefallet, mens han ennå lever i uskyldens tilstand. Han har frihet, men er seg ikke bevisst den. Først idet Gud gir forbudet mot å spise av kunnskapens tre, blir friheten synlig for Adam. Han oppdager da at han kan gjøre det motsatte av hva Gud sier, og det er i dette øyeblikket angsten oppstår. Adam opplever altså ikke angst for syndefrukten i seg selv, men for det faktum at han kan velge å bryte budet. Angstens kilde er dermed friheten, bevissthetsen om «jeg kan» og de konsekvensene som vil følge av valget.

Lar dette seg oversette til noe mer hverdagslig? Ja, det er den samme angsten vi alle kan kjenne på toppen av en høy bygning. Dette er – for Kierkegaard – ikke egentlig en frykt for selve høyden, den er jo ufarlig, men for muligheten



denne høyden gir oss til å hoppe, eller til å dytte noen andre utfor. Vi vet så altfor godt at vi *kan* hoppe når vi står der ute på kanten, og at ingen vil stoppe oss fra det foruten oss selv. Angstens kilde er muligheten, tvetydigheten og usikkerheten på hva vi egentlig er i stand til. Høyden stiller det stumme spørsmålet: Er livet ditt verdt å leve?

Angsten som veileder

Dette leder videre til Kierkegaards poeng om at angsten ikke bare er en trussel, men også en veiviser. Det er helt grunnleggende for Kierkegaard at angst hverken kan eller bør unngås, men er en livsledsager vi aldri blir kvitt – «ikke i adspredelsen, ikke i larmen, ikke under arbeidet, ikke om dagen, ikke i natten». Til den som skryter av ikke å kjenne angstens smerte, skriver han strengt: «Da skal jeg med glede innvie ham i min forklaring, at det kommer av at han er åndløs.» I stedet for å unngå angsten bør vi bære den som et bevis på vår opphøyde menneskelighet: «Dersom et menneske var et dyr eller en engel, da ville det ikke kunne engste seg. Da det er syntese, kan det engste seg, og jo dypere det engster seg, jo større menneske.»

Det å kjenne sin angst er altså en nødvendig del av det å kjenne seg selv, for å kunne bli seg selv. Den som har latt seg lede av angsten frem til erkjennelsen av sin egen frihet, og erkjent at ethvert menneske står fritt til både å være og gjøre hva det vil, har kommet langt i Kierkegaards skole. Dette innebærer også en erkjennelse av at «det forferdelige, fortapelsen, tilintetgjørelsen, bor dør i dør med ethvert menneske». Det dreier seg om å engste seg på den rette måten, og «dannes ved angsten» gjennom

å gå «mulighetens skole»: Ikke synke ned i de uendelige muligheters angst, men heller ikke glemme eller overdøve angsten med hverdagens adspredelser.

Siden vi aldri blir kvitt angsten, og det heller ikke bør være noe mål, bør vi heller lære oss å leve godt med den. Som Kierkegaard selv skriver: «Dette er et eventyr som ethvert menneske må bestå: Å lære å engste seg, for at det ikke enten skal fortapes ved aldri å ha vært angst, eller ved å synke ned i angsten. Den som lærte å engste seg på den riktige måten, han har lært det høyeste.» Det er likevel ingen tradisjonell selvhjelpsbok Kierkegaard har skrevet. Metoden er snarere sokratisk, i den betydning at han utfordrer og undrer seg mer enn han gir klare og entydige svar. Dette er basert på vissheten om at eksistensielle sannheter aldri kan formidles direkte fra en person til en annen, en holdning som fortsatt er kjernen i eksistensiell terapi.

Eksistensialismen

Det er ikke uten grunn at Søren Kierkegaard kalles eksistensialismens stamfar. I filosofien ble hans ideer videreutviklet hos Martin Heidegger (1889–1976) i *Væren og tid* (1927/2018), som anså angsten som en tilstand der vi (dasein) er konfrontert med det grunnleggende menneskelige, med *væren*, men også med *intet* og muligheten for *ikke-å-være*. Døden nevnes også hos Kierkegaard, men får større plass hos Heidegger (Buben, 2013). Jean-Paul Sartre (1905–1980) legger i *Væren og intet* (1943/2018) særlig vekt på angsten som et uttrykk for vår radikale frihet, og viser de mange mislykkede forsøkene vi gjør på å unngå frihetens angst. På vårt feigeste og mest inautentiske lever vi, ifølge Sartre, i «ond tro», når vi velger å tro at vi er bestemt av ytre årsaker og fortid, eller hengitt til drifter eller lidenskaper, og ikke erkjenner at vi selv kan velge hvem vi vil være.

I forbindelse med 100-årsdagen for Kierkegaards død beskrev Sartre ham som et «transhistorisk» menneske (Aumann, 2006). Sartres poeng var at Kierkegaards subjektivitet forblir tilgjengelig for oss fordi vi deler den samme eksistensielle situasjonen som han. På denne måten videreutvikler han innsikten fra *Begrepet angst*: Slik Adam oppdager sin frihet for første gang og smertefullt erfarer angsten som følger, gjentar vi alle denne universelle erfaringen i våre egne, partikulære liv. Vi har alle ett punkt i livet der vi erkjenner at vi ikke bare kan, men må velge selv. Ansvarer stanser imidlertid ikke ved oss selv, hevder Sartre. Slik vi fortsatt lever med konsekvensene av Adams valg, vil andre leve med konsekvensene av våre. Når vi velger, velger vi derfor ikke bare for oss selv, men også for andre. Angstens kilde blir dermed ikke bare ansvaret vi har for oss selv, men også for menneskeheten. Altså er eksistensialismen langt mindre individualistisk enn den ofte beskyldes for å være.

Eksistensiell psykologi

Det eksistensielle tyngdepunktet skulle nå bevege seg fra filosofien og over i psykologien, aller først med daseinsanalyse, utviklet av Ludwig Binswanger

(1881–1966) og videreført av Medard Boss (1903–1990). De anså psykisk lidelse som en innsnevring av menneskets opplevelse av verden, hvor friheten og mulighetsrommet snevres inn. Terapiens oppgave blir da ikke å redusere symptomer, men å gjenåpne verden ved å gjøre nye muligheter synlige. Dette innebærer en fenomenologisk undersøkelse av hvordan pasienten forholder seg til valg, ansvar og frihet. Selv om Heideggers filosofi er hovedinspirasjonen, er det ingen tvil om at *Begrepet angst* også var viktig for daseinsanalysens utvikling (Holzhey-Kunz, 2014).

Mens daseinsanalysen forble et smalt europeisk eksperiment, skulle eksistensialismen få nytt liv i Amerika. Her utmerker Rollo May (1909–1994) seg som en sentral bidragsyter, særlig med boken *The Meaning of Anxiety* (1950). En viktig nyvinning hos May er skillet mellom normal og nevrotisk angst. Den normale angsten skyldes at vi ikke lever i tråd med egne verdier, skriver May, fordi vi ikke har brukt vår frihet godt nok. Nevrotisk angst peker derimot ikke mot noe av eksistensiell betydning, men lammer vår evne til å handle i samsvar med egne verdier. Dagens angstdiagnoser – som sosial angst, fobier eller generalisert angst – er eksempler på nevrotisk angst. Denne typen angst er uforholdsmessig stor, hemmer fri handling og bør derfor behandles.

– Angst er «frihetens svimmelhet»

Den normale (eksistensielle) angsten er imidlertid verdt å lytte til. Ifølge May er den dessuten særlig sterk i vår tid, fordi vi etter «Guds død» står alene, uten tidligere tiders moralske forankring i religionen. I dette tomrommet har markedstenkningen tatt over; den preger ikke bare samfunn og kultur, men også individets psykologi. Selvtillit og selvfølelse blir da avhengig av andres vurderinger. Resultatet er et samfunn der mange lever etter mål de aldri har valgt selv. Tilpasser man seg samfunnets normer og verdier uten å kjenne etter om de stemmer med egne behov og erfaringer, oppstår en indre splittelse og selv-fremmedgjøring. Dette gir vår tids doble ulykke: ikke bare frykten for å mislykkes i å nå ytre mål, men også angsten for å lykkes på andres premisser.

Med dette skillet blir psykologien plutselig normativ, og det blir en terapeutisk oppgave å finne frem til hvilke verdier som er pasientens «egne». I tillegg blir terapeutens rolle å skille mellom de to angstformene, behandle den ene og kultivere den andre. Da oppstår behovet for en formalisering av eksistensiell terapi.

Eksistensiell terapi

Den eksistensielle terapien er i stor grad et forsøk på å gjøre Kierkegaards innsikter om til praktisk hjelpkunst. Emmy van Deurzen er blant dagens ledende eksistensielle terapeuter, og selvsagt en ivrig Kierkegaard-leser. Hun gir flere konkrete råd til eksistensielle terapeuter som ønsker å ta pasientens eksistensielle angst på alvor (Deurzen, 2012). Først og fremst må angsten ikke bagatelliseres eller beroliges bort, men anerkjennes som noe som er verdt grundig utforskning. Derneft er det avgjørende å rette oppmerksomheten mot de valgene angsten peker mot, siden angst ofte oppstår i møte med viktige eksistensielle valg. Terapeuten skal da støtte pasienten i å utforske hvilke muligheter som ligger i angsten. Deurzen legger spesielt vekt på den kroppslige dimensjonen av angst. Hvis pasienten inviteres til å beskrive og dvele ved sine fysiske opplevelser av angsten, kan forsvarsmekanismer svekkes og evnen til refleksjon styrkes. For å gjøre dette mulig må terapeuten selv være villig til å tåle pasientens angst. Terapeutens rolle blir da å støtte pasienten i å mobilisere det eksistensielle motet som kreves til å gjøre disse endringene.

I *The courage to be* (1952/2014) av teologen Paul Tillich (1886–1965) får vi et svar på hvordan vi bør møte den eksistensielle angsten, sterkt inspirert av Kierkegaard. Hans løsning er å utvikle eksistensielt mot, som han definerte som: «The courage to accept oneself as accepted in spite of being unacceptable». Der Tillich forstår dette motet som å ta imot Guds nåde, har den sekulære grenen av eksistensiell terapi videreutviklet dette til å bli en terapeutisk holdning. Her finnes det åpenbare koblinger videre til både Carl Rogers' (1902–1987) idé om «unconditional positive regard» (1961/1977) og Irvin Yalom's (1980/2011) relasjonsfokuserte eksistensielle terapi.

Et eksempel på denne holdningen finner vi hos de eksistensielle terapeutene som har interessert seg for religiøs ekstremisme. Ikke sjelden møter eksistensielle terapeuter personer med ekstreme holdninger, som har valgt en ytterposisjon i samfunnet for å slippe unna livets tvetydighet. Et eksempel er radikalisererte islamister, som ofte preges av en eksistensiell uro som ikke aksepteres i de strengeste religiøse miljøene (Gibbs, 2005). I møte med slike pasienter handler det ikke om å korrigere ståstedet, men om å utforske hvorfor de har valgt å konstruere verden slik de har gjort. Hensikten er at pasienten skal forstå seg selv bedre, oppdage sin frihet til å tenke og handle annerledes, ta ansvaret for sin egen ideologi og til slutt: våge å åpne seg for at tilværelsen rommer mer enn det enhver dogmatisk religion prøver å gi inntrykk av

Spissborgerlighet

Dogmatiske sannheter, skråsikkerhet og absolutte forklaringer var Kierkegaards kjære fiender gjennom livet. Med *Begrepet angst* tok han et oppgjør med de tyske idealistene, som i sin hybris ville forstå og kategorisere verden fullstendig, som han anså som en «spissborgerlig» trang til trygghet. Psykologiens tilkortkommenhet som vitenskap er en vedvarende bekymring hos Kierkegaard, som stadig minner om at «psykologien har å bli innenfor

sin grense» og «fremfor alt må vokte seg for ikke å gi det utseende av å kunne forklare det ingen vitenskap forklarer». Selv om dette sitatet snart er to hundre år gammel, er det mer aktuelt enn noen gang.

Spissborgeren lever i konformitet og vane, skriver han, ved å dekke over angsten med merkelapper og systemer. Er det noe spissborgerlig ved psykisk helsevern i dag, med sine mange diagnoser, skjemaer og forklaringer? Den blir i hvert fall spissborgerlig i Kierkegaards forstand hvis den eksistensielle angsten reduseres til et symptom som skal fjernes, eller hvis pasienter hjelpes tilbake til hverdagen uten at man utforsker om den hverdagen egentlig er verdt å vende tilbake til. Da blir behandlingen bare eksistensiell anestesi.

Å lese *Begrepet angst* i dag utløser likevel et dilemma for enhver terapeut. På den ene siden risikerer man, ved å fokusere for mye på eksistensiell angst i helsevesenet, å sykeliggjøre noe som ikke er sykt i utgangspunktet. Å lære folk å bli kjent med seg selv er neppe noe som bør være kjerneoppgaven til det offentlige psykiske helsevernet. På den andre siden, dersom man ikke tar angstens eksistensielle dimensjon på alvor, mister man et sentralt aspekt ved menneskelig erfaring av syne. Dette dilemmaet er ennå ikke løst på noen god måte, noe som trolig er en viktig forklaring på at eksistensiell terapi fortsatt er en terapeutisk outsider.

Selv om Kierkegaards teorier om angst både er blitt utfordret og videreutviklet av andre, er det ingen som kan overgå originalen i originalitet, vidd og idériskdom. Det er derfor ingen overdrivelse å kalle Kierkegaard den eksistensielle psykologiens svar på Sigmund Freud (1856–1939). På samme måte som all psykoanalytisk teori må forholde seg til Freud, må all senere eksistensiell litteratur på en eller annen måte forholde seg til Kierkegaards skrifter. 

REFERANSER

Aumann, A. (2006). Sartre's View of Kierkegaard as Transhistorical Man. *Journal of Philosophical Research*, 31.
 Buben, A. (2013). Heidegger's Reception of Kierkegaard: The Existential Philosophy of Death. *British Journal for the History of Philosophy*, 21(5), 967–988. <https://doi.org/10.1080/09608788.2013.825576>
 Carlisle, C. (2020). *Philosopher at heart: The restless life of Søren Kierkegaard*. Penguin Books.
 Deurzen, E. v. (2012). *Existential counselling & psychotherapy in practice* (3. utg.). Sage.
 Gibbs, S. (2005). Islam and Islamic Extremism:

An Existential Analysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 156–203. <https://doi.org/10.1177/0022167805274728>
 Heidegger, M. (1927/2018). *Væren og tid*. Pax.
 Holzhey-Kunz, A. (2014). *Daseinsanalysis*. SD Books.
 Kierkegaard, S. (1843/2014). *Enten-eller* (K. Johansen, Overs.). Oktober.
 Kierkegaard, S. (1843/2022). *Frykt og beven*. Oktober.
 Kierkegaard, S. (1844/2014). *Begrepet angst*. Oktober.
 Kierkegaard, S. (1845/2022). *Stadier på livets vei*. Oktober.

Kierkegaard, S. (1849/2024). *Sykdommen til døden*. Oktober.
 May, R. (1950). *Meaning of anxiety*. The Ronald Press Company.
 Rogers, C. (1961/1977). *On becoming a person*. Robinson publishing.
 Sartre, J. P. (1943/2018). *Being and nothingness*. Taylor & Francis.
 Tillich, P. (1952/2014). *The courage to be*. Yale University Press.
 Yalom, I. D. (1980/2011). *Eksistensiell psykoterapi* (2. utg.). Cappelen Damm.

TEKST Espen Håland
Privatpraksis

Hat, hevn og kjærlighet i *Greven av Monte Cristo*



BOK *Greven av Monte Cristo*
FORFATTER Alexandre Dumas
ÅR 1844

MERKNAD Forfatteren har fylt ut
interessekonfliktskjema og oppgir ingen
interessekonflikter.

Romanen minner oss om hatets og
kjærlighetens betydning i kunsten, i
terapirommet og i oss selv.

Å lese en roman er å tre inn i en verden som er ukjent og kjent på samme tid. Kraften i romanen hviler på om vi blir «grepet», om det ukjente gjør oss nysgjerrige. Det kjente gjør at vi blir trukket inn i historien fordi det dypest sett handler om noe i oss. Vi gjør oss erfaringer og blir til gjennom de erfaringer vi får. De følelsesmessige erfaringene i en roman vil ofte resonnere med noe ekte og sant ved et levd liv. Det treffer oss. En roman kan også vise sider ved oss selv som vi ikke ønsker å vedkjenne oss, slik som hat og hevnløst. Dette er en fremtredende tematikk i romanen *Greven av Monte Cristo*, skrevet av Alexandre Dumas, som kom ut i 1844–1845. I sin tid var romanen den mest leste i Europa etter Bibelen (Frøysnes, 2025). *Greven av Monte Cristo* har blitt filmatisert utallige ganger, senest i 2024.

Vi er i Frankrike på begynnelsen av 1800-tallet. Napoleon er sendt i eksil på øya Elba. Det er dyp misnøye, splittelse og uro i samfunnet. Noen vil ha Napoleon tilbake, andre er lojale mot kongen. Vi følger Edmond Dantès, en ung sjømann som blir utnevnt til kaptein og skal gifte seg med Mercedes. Mange



Alexandre Dumas i 1855

er misunnelige på Dantès: Danglars fordi han mener han burde vært kaptein, Fernand fordi han også elsker Mercedes, og Caderousse fordi Dantès lykkes der han selv mislykkes. De utsetter Dantès for et komplott. Dantès blir ført fram for dommer Villefort. Dommeren, med høye ambisjoner, har byttet navn for ikke å bli assosiert med sin far, den kjente bonapartisten Noirtier. Villefort oppdager at Dantès har med seg et brev fra den tidligere keiseren som er adressert til hans far. Hvis det blir kjent, vil det ødelegge for dommerens ambisjoner. Villefort sender Dantès uten dom i fengsel på fangeøya Château d'If, hvor han blir værende i 14 år. Her treffer han abbed Faria, og sammen planlegger de å flykte fra fengselsøya. Abbed Faria forteller Dantès om en stor skatt på øya Monte Cristo som de skal dele når de blir frie. Faria dør imidlertid under forberedelsene til flukten, mens Dantès kommer seg unna på heltemodig vis. I løpet av de 14 årene som Dantès har vært fengslet, har Danglars blitt en rik baron, Fernand har giftet seg med Mercedes og blitt greve, og Villefort har blitt en berømt advokat. Dantès finner Farias store skatt. Han omskaper seg til greven av Monte Cristo og vil ha hevn. Hevnen blir fullstendig ødeleggende for Fernand, Danglars, Villefort og Caderousse. Også Mercedes får kjenne på hevnen. Mot slutten finner greven kjærligheten på ny og gir da mer slipp på hatet og hevnen.

Greven av Monte Cristo er fantasi, men også et stykke virkelighetslitteratur. Dumas hentet inspirasjon fra virkelige hendelser og sin egen familiehistorie (Frøysnes, 2025). Som lesere blir vi trukket inn i et gripende drama om hat, hevn og kjærlighet.

— Den andre blir som en fremmed for den som hater

Hat

De første tegnene til hat blir tydelig allerede helt i starten av livet. Klein (1946) hevder at i begynnelsen vil ikke spedbarnet evne å forholde seg til at en og samme person både er nær og samtidig ikke møter barnet fullt ut på deres behov. Det gir sterke følelser av både hat og kjærlighet i spedbarnet, noe som igjen vekker angst. I angst er det lett å hate, hate de som har gjort oss redde. Kjærlighet og hat må holdes fra hverandre i barnet, det splittes i godt og ondt. Senere kan vi forholde oss til at en og samme person vekker konfliktfylte følelser i oss, både kjærlighet og hat (Stokkeland, 2011). En mor kan, i glimt, kjenne at hun hater spedbarnet sitt og vil kaste ham ut av vinduet, vel vitende om at kjærligheten i henne er sterkere, og at hun aldri ville handlet på sitt hat.

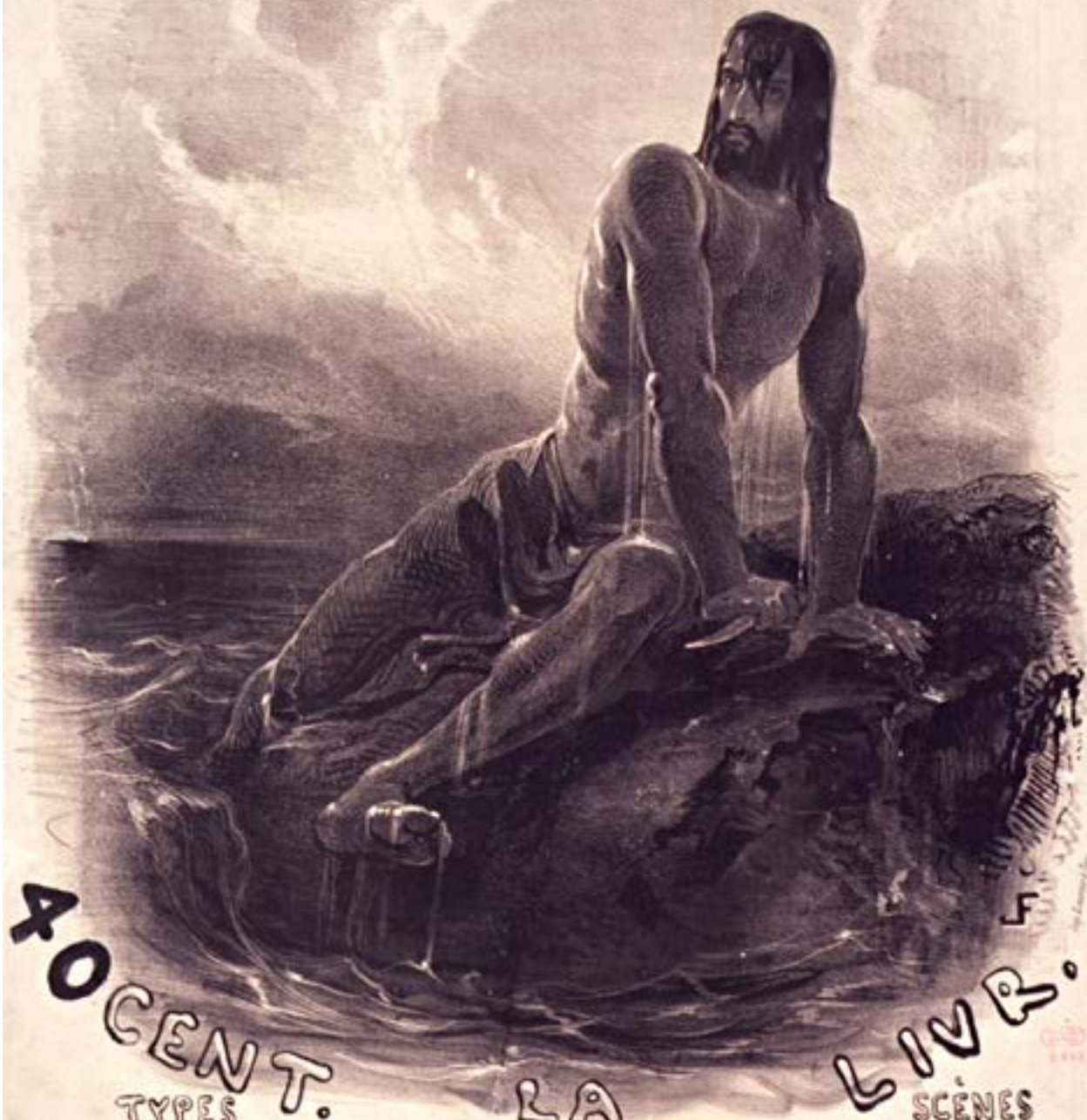
Et hat som splittes fullstendig fra kjærlighet, er farlig. Ofte vil aggresjon være iblandet hat (Blum, 2020). I hatet ligger det en benektelse av kjærlighetens betydning (Balint, 1954). Vedvarende hat knyttes til store mangler med kjærlighet. Til forskjell fra sinne er hat mer gjennomgripende og knyttes ofte til alvorlige traumer og krenkelser (Grotstein, 2000). I hatet er blikket vendt bort, og vi ser ikke den andres ansikt. Det er ikke lenger noe i oss som lurar på hva som foregår i den andre. Vi står igjen med våre egne hatefulle fantasier. Den andre har ikke lenger betydning. Når vi hater, er det vanskelig å tenke klart (Gabbard, 1996).

Stormaktspolitikk i vår tid synes å være mye preget av hat, destruktivitet og misunnelse. Pankaj Mishra (2018) hevder vi lever i raseriets tidsalder, preget av en voldsom økning av sterk misnøye og hat. Han mener at den globale dreiningen mot det autoritære og polarisering kan spores tilbake til misnøye og hat. Internett med sine algoritmer forsterker polariseringen ved å legge opp til ekstreme ytringer og hat (Lindgren, 2021).

I *Greven av Monte Cristo* splittes også leseren, det føles som om vi enten er med eller mot, og selvsagt er vi med greven i hans opplevde urett, og dermed i hatet og hevnen. Dantès har opplevd svik fra sine venner og et juridisk system man ikke kan stole på. Han havner uskyldig i fengsel uten å forstå hvorfor. I begynnelsen tærer dette uforståelige mest på Dantès. Når han senere, ved hjelp av abbed Faria, forstår hva som har skjedd, begynner hatet virkelig å finne sin form. Faria forsøker

MONTE CRISTO

PAR
ALEX. DUMAS.



40 CENT.

TYPES
PAR
CAVARNI.

LA

SE TROUVE ICI

LIVR.
SCÈNES
PAR

T. JOHANNOT

*Je mets la main à mon œuvre
avec toute la force de mon âme
à Paris le 10 Mars 1886
T. Johannot*

å dempe Dantès sitt hat, men når han dør, blir Dantès overveldet av sorg, raseri og hat. Ensomhet gir grobunn for hat, og hatet fører til mer ensomhet i Dantès. Og Dantès har hatt god tid til å hate. I 14 år har denne følelsen ulmet i ham. Det blir en kraft som vokser seg stor og fortrenger alt annet. I hatet blir verden liten. Virkeligheten mister sin menneskelighet. Den andre blir som en fremmed for den som hater.

Gjentatte traumer og tap forverrer hat (Blum, 2020). Kan det tenkes at Dantès også får næring til sitt hat fra tidlige relasjoner, tap, savn og frustrasjoner? Vi får aldri høre om mor eller søsken, faren dør av sorg under Dantès' fengselsopphold, mens Mercedes gifter seg med Fernand når hun antar at forloveden er død. Edmond står igjen uten gode relasjoner som kan dempe hatet. Det blir ikke lenger noe kamp, i Dantès' sinn, mellom godt og ondt, mellom kjærlighet og hat.

Hat i terapirommet

Kampen mellom godt og ondt i Dantès er noe vi kan kjenne igjen i våre pasienter, og i oss selv. Det uklare, mangfoldige og skremmende landskapet hat utgjør i terapirommet, kan være vanskelig å forholde seg til. Å ha en forståelse av hat utvider hva det er mulig å tenke og føle om i terapi. Det er viktig å være åpen for hva som ligger under hatet (Grotstein, 2000). En pasient som hater, er en pasient som opplever en trussel mot eget selvbylde. Hat kan i denne sammenheng forstås som et forsvar mot noe som er enda vanskeligere, nemlig angst og skam. Med alvorlig skam vil hat følge med. Noen ganger må pasienten tørre å hate for å komme videre. Det avgjørende er om hatet er rettet mot selvet, slik det ofte er i skammen, eller om hatet kan rettes utover og på den måten lette skamfølelsen.

Andre ganger er det hat som gjør at pasienten har stoppet opp. Vi kjenner dette igjen hos de pasienter hvor en tidligere krenkelse blir umulig å legge bak seg og forsone seg med. Livet stopper ofte opp for disse pasientene, selv om hendelsen er tilbakelagt. Hatet kan føre til at man ikke kommer videre i terapien.

Pasienten er ofte ensom i sitt hat og sinne. I hatet kan vi bli fremmede for oss selv og andre. Både pasienten og terapeuten kan ha vansker med å forholde seg til hatet i seg selv og i andre, og ikke ville vedkjenne seg det. Hatet blir ikke borte av den grunn.

En *terapeut* som ikke har oversikt over eget hat, vil kunne utagere dette (Winnicott, 1947/1975). Hat assosieres ofte med vanskelige følelser som misunnelse, angst og hjelpeløshet (Blum, 2020). Vi trenger å være hjemme i eget hat. Er vi ikke det, kan det lekke ut i terapirelasjonen. I møte med pasienters lidelse og fortvilelse kan terapeuten selv føle seg hjelpeløs, redd og sint. Noen ganger må terapeuten, for en periode, innta rollen som «moren» som ikke forstår, slik at pasienten, her og nå i terapien, kan få bearbeidet tidligere vonde relasjoner på ny. Hvis terapeuten ikke forstår og føler seg mislykket, er det ubehagelig. Det er viktig at terapeuten innrømmer sitt eget hat i arbeidet med pasienter (Winnicott, 1947/1975). Hvis ikke kan terapeuten komme til å «gjengjelde» for eksempel gjennom å avvise pasienten og i ytterste konsekvens avslutte terapiforløpet. Det farligste hatet er det som ikke deles. Det kan i ytterste konsekvens bli til hevn.

Hevnen – hatets virkeliggjørelse

Det vi ikke har et språk for, vil fort bli til handling (Freud, 1914/2011). Greven mangler et språk for sine opplevelser. Det vil si: Han trenger både et språk og en forståelsesfull relasjon. Dette hadde Dantès i abbed Faria. Når abbeden dør, får ikke lenger Dantès fordøyd sine opplevelser på en måte som han kan leve med (Bion, 1962). Avstanden mellom kjærlighet og ondskap er kort (Igra, 2001). Vi er alle sårbare. Det avgjørende øyeblikket i Dantès' liv er ikke når han havner i fengselet, det er når Faria dør. Da mister Dantès kontakt med sin kjærlighet, og hatet og hevnen overtar fullstendig. Hatet hans fører til forvandlingen: Edmond blir til greven av Monte Cristo, hevneren. Navnet Dantès forsvinner i fortellingen. Når greven senere treffer Mercedes igjen og hun kaller ham ved hans rette navn, Edmond, oppstår det en konflikt i ham mellom hat og kjærlighet.

Hat og hevn er også til stede i Bibelen. Første Mosebok beskriver hvordan Kain blir full av hat og raseri når Gud tar imot broren Abels offer og ikke hans eget. Abel hevner seg med å ta livet av Kain. I tredje Mosebok beskrives det at gjengjeldelse er tillatt: «øye for øye, tann for tann.» Dette kan umiddelbart framstå som en barbarisk godkjenning av hevnløst, men var opprinnelig ment som en regulering av hevnen (Evans, 2020).

— *Vi trenger andre mennesker for
å øve oss på virkeligheten*

Hva kjennetegner hevnen? Hevnen har en bevisst hensikt i seg, den er planlagt. Hevn er å ta igjen for opplevd urett. Dantès har opplevd grov urett og lidd store tap. Han har urettmessig blitt satt i fengsel og sviktet av venner. Han mistet «seg selv», karrieren og sin store kjærlighet Mercedes mens han satt fengslet. Romanen fører oss inn i Dantès' fantasier. Her blir hat blandet med aggresjon og hevnlust. Vi trekkes inn i Dantès' forvandling til greve og hans hevntokt fordi vi har det i oss selv. Noe i oss kan få lyst til å ta igjen, hevne oss og ødelegge. Fantasiene om hevn og hat kjenner vi også igjen fra terapirommet. En pasient fortalte at han ble ydmyket av en i klassen på barneskolen gjentatte ganger. Fantasiene om hevn var med ham langt inn i voksenlivet. Han kunne fantasere konkret om hvordan han tok igjen, ydmyket og fornødret mobberen. De minste krenkelser kunne vekke et sterkt hat i ham. Ydmykelsen, og med det hatet, var blitt en dypt personlig erfaring som aldri helt slapp taket.

Når begynner fortiden, og når slutter den? Grevens 14 år i fengsel, med all lidelse og smerte, utgjør hans fortid, og denne fortiden fortrenger alt annet. Det er erfaringer han ikke blir ferdig med, som spilles om og om igjen i bevissthets hans (og i det ubevisste). Nye erfaringer kommer ikke til. Dette kjenner vi igjen i våre pasienter. Noe har blitt overveldende, og det har stoppet opp.

I hatet benekter vi at vi trenger andre (Balint, 1954). Den naive og godtroende Dantès vi møtte i begynnelsen, er helt borte. I en verden full av hat slipper vi tvil, usikkerhet, sorg, skyld og skam. Hat risikerer da å bli til hevn. Når vi ikke lenger er bundet av våre relasjoner, blir faren for hevn større. Greven har ingen slike «forstyrrende» bånd, og kan dermed utføre sin hevn med hard hånd. Vi trenger andre mennesker for å øve oss på virkeligheten, særlig når virkeligheten settes på en alvorlig prøve med opplevd urett, tap og manglende kjærlighet. Dantès hadde Faria, men etter hans død blir Dantès stående igjen alene med overveldende tap og krenkelser. Han konstruerer greven av Monte Cristo for å bli i stand til å utføre hevnen.

— Å elske er en av de største sjansene vi tar i livet

Spittelse og benekting preger greven. Parallelt med å hevne seg har greven glede av å dele. Dette må holdes adskilt fra hatet og hevnen. Det finnes onde mennesker, og det finnes gode mennesker. Greven gjør seg selv til en Gud som dømmer godt og ondt. Denne følelsen av omnipotens blir en måte å benekte egen hjelpeløshet og

sårbarhet på (Balint, 1954). Omnipotensen blir også en måte å rettferdiggjøre hevnen på. Hevnen kommer inn som en naturlig følge av den dype splittelsen. Tap og krenkelser (traumene) overskygger alt, greven har ikke noe tanke for at det finnes flere sider, og at hevnen også kan ramme uskyldige.

Kanskje finnes det ikke noe som vekker mer hat og hevnlust enn når en mister kjærligheten (Blum, 2020). Det er «enklere» å hate enn å sørge. Når et kjærlighetsforhold tar slutt, er det ikke bare noe som skjer nå, men et tidligere traumatisk ubevisst kjærlighetsdrama vekkes til live. Vi kan tenke at Dantès har tidligere erfaringer med tapt kjærlighet som gjenopplives med tapet av Mercedes. Kjenner vi oss for sårbare og utsatte, kan vi komme til å ta igjen, hevne oss, for å få gjenopprettelse og slippe skammen. Dette kan få tragiske utfall: partnerdrap, skolemassakre, terror og krig.

Greven av Monte Cristo er den ultimate hevntfortellingen. Men etter hvert vokser tvilen både i greven selv og i oss. Med grevens detaljerte planlegging og «glede» over andres fall kjenner leseren en snikende følelse av ubehag. Greven oppdager at gleden er «tom», han blir ikke ferdig, kommer ikke videre psykisk. Greven hater fordi han har blitt utsatt for krenkelse og urett. Men i hatet ligger det et paradoks. Hatet kan bare oppstå der det har vært noe godt, eller noe godt fremdeles finnes. Dantès hater fordi noe godt har blitt tatt fra ham. Det gode er knyttet til tilhørighet, trygghet, men mest av alt til kjærlighet.

Kjærlighet – mellom fantasi og virkelighet

Inni oss er vi hele tiden på leting etter kjærlighet (Meltzer, 1988/2022). Katastrofen i Dantès er at han gir opp å lete og blir til greven av Monte Cristo. I hat og hevn ligger det en veldig ensomhet. Noe i greven lengter ut av ensomheten og «hjem» til kjærligheten. Kanskje var moren hans store kjærlighet, kanskje var det Mercedes. Moren glimrer med sitt fravær i Dantès sitt liv. Tilknytningstap gjør oss sårbare for ensomhet (Østby, 2022). Vi aner at Dantès hadde samlet alle sine «sår», alt sitt håp og all sin tro i kjærligheten til Mercedes. Når den tok slutt, ble det katastrofalt. Det krever mot å være sårbar og uforstilt i relasjoner. Det er gjennom kjærlighet og tilknytning at forholdet mellom fantasi og virkelighet etableres og bearbeides. Å leve i en fantasi og å leve i en delt virkelighet er to forskjellige ting. Det er gjennom opplevd kjærlighet at vi kan øve oss på virkeligheten, der brytes fantasi med ytre virkelighet. Det er i kjærligheten at tvilen og omtanken kan finne sin plass.

Greven har også tvil og omtanke i seg. Det holdes imidlertid adskilt fra hatet. Dobbeltlivet greven fører, vekker gjenkjennelse. Mange fører et «dobbeltliv», vi kan vise en side til andre og samtidig ha mørke fantasier som ikke tåler dagens lys. Greven er krenket og fornødret. Han har trukket seg tilbake. I sitt hevntokt møter greven Mercedes på ny, og hun som den eneste, gjenkjenner Dantès i greven av Monte Cristo. Hun ser ham. Det er Mercedes som når gjennom til greven, hun gjør det gjennom kjærlighet. I møte med henne blir greven i tvil,

og med tvilen kan greven åpne mer opp for sorgen over sitt liv og hvem han har blitt. Greven mildner. I mildheten kommer omtanken, og han kan mer ta inn hatets og hevns fatale og voldsomme ødeleggelser. Dantès spør seg selv om det var verd det. Borte er den destruktive omnipotensen. Er det mulig for ham å elske igjen? Å elske er en av de største sjansene vi tar i livet. Dantès har gitt opp å elske på ny. Kjærligheten er veien tilbake, for Dantès, til en delt virkelighet hvor fantasi og virkelighet kan møtes, og hvor det er plass til både kjærlighet og hat.

Både kjærlighet og hat er til stede i terapirommet (Gabbard, 1996). Terapeutens kjærlighet kan sies å komme til uttrykk i empati, i interessen og tålmodigheten, mens hatet er til stede i det at terapeuten avslutter timene (Winnicott, 1954/1975). Veien tilbake for våre pasienter går ofte gjennom å bearbeide hat og kjærlighet. De må eie sitt hat (sinne), like mye som de må våge kjærligheten. Terapeutens jobb er å snakke om hatet, gi det et språk, og på den måten føre hatet inn i en virkelighet som kan deles. Tidlige erfaringer med kjærlighet som har gått på tverke, lever i det ubevisste og overføres til nåtid. Freud (1907/1959, 1915/1959) så overføringskjærligheten som den sentrale drivkraften i terapirommet. Ved å finne et språk for overføringskjærligheten blir det mulig å komme videre. For pasienten handler det om å våge å være sårbar og å tørre å ta imot (Stokkeland, 2011). I hatet, angsten og sorgen ligger det ofte tap, savn og traumer knyttet

til kjærligheten. Ved å sette sin egen livsfortelling om kjærlighet og hat inn i en større sammenheng, slik Dantès får til ved hjelp av Mercedes, kan det gi en mening som er til å bære.

Avslutning

Hat og hevn er skremmende følelser. Hatet er nær oss, noe vi alle uunngåelig har kjent på, og samtidig en fjern følelse mange ikke ønsker å innrømme. Hat og kjærlighet er vevd inn i hverandre. Kjærligheten har i seg både å gi og å ta imot uten å vite, den fører oss nærmere hverandre. Kjærligheten er aldri ferdig, alltid i utvikling og i kreativ spenning med andre følelser. Hatet, på sin side, er fastlåst og lukket rundt seg selv. Hatet er ofte et sluttprodukt. Veien fra hat til ytterliggående meninger, fanatisme og hevn kan være kort. Hat er fravær av kjærlighet. Hatet næres av seg selv, og blir særlig farlig hvis det forblir ubevisst. Da øker sannsynligheten for at hatet ageres ut. Hevn er hatets iscenesettelse.

Greven av Monte Cristo avsluttes med en formaning om å vente og håpe. I møte med sterke følelser, som hat og kjærlighet, kan det være en god veiviser. Noen ganger er det å vente og håpe det beste vi kan gjøre i terapi. Vente på pasienten og håpe på at det gode, i oss selv og i pasienten, vil føre fram. Ψ

REFERANSER

- Balint, M. (1954). On Love and Hate. *The Psychoanalytic Quarterly*, 23, 136–137.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Maresfield Reprints.
- Blum, H. P. (2020). Developmental and dynamic dimensions of hate, rage and violence. *International Forum of Psychoanalysis*, 29(2), 87–95. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2019.1694699>
- Evans, R. H. (2020). *Inspirert. Om å felle kjemper, gå på vannet og elske Bibelen igjen*. Verbum.
- Freud, S. (1959). Delusions and dreams in Jensen's Gradiva. I J. Strachey (Red. & Overs.), The standard edition of the complete works of Sigmund Freud, (Bd. 9, s. 1-95). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1907).
- Freud, S. (1959). *Observations on transference-love*. I J. Strachey (Red. & Overs.), The standard edition of the complete works of Sigmund Freud, (Bd. 12, s. 157-173). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1915).
- Freud, S. (2011). Erindre, gjenta og gjen-
- nomarbeide. I I. Engelstad & J. Øverland (Red.), Mellom psykoanalyse og litteratur (s. 126-134). Gyldendal.
- Frøysnes, V. (2025). *Greven av Monte Cristo*. Av Alexandre Dumas [Teaterprogram]. Kilden teater og konserthus.
- Gabbard, G. (1996). *Love and hate in the analytic setting*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Grotstein, J. S. (2000). Some Considerations of «Hate» and a Reconsideration of the Death Instinct. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 462–480.
- Igra, L. (2001). *Den tunna hinnan mellan omsorg och grymhet*. Natur & Kultur.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, s. 99–110.
- Lindgren, L. (2021). *Ekko. Et essay om algoritmer og begjær*. Gyldendal.
- Meltzer, D. & Williams, M. H. (2022). *Bergtatt av skjønnhet. Den estetiske konfliktens rolle i utvikling, kunst og vold* (Oversatt av G. T. Andersen, M. Andersen, T. Holm, E. Tjessem, L. Stokkeland & J. M. Stokkeland). Kolofon forlag. (Opprinnelig utgitt 1988)
- Mishra, P. (2018). *Raseriets tidsalder. En historie om nåtiden*. Solumbokvennen.
- 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.
- Winnicott, D. W. (1975). Hate in the counter-transference. I *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (s. 194–203). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1947)
- Winnicott, D. W. (1975). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytic set-up. I *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (s. 278–294). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1954)
- Østby, H. (2022). *Kart over ensomheten. Om vår ustoppelige trang til fellesskap og hva som driver oss fra hverandre*. Cappelen Damm.

Kjære kolleger og medlemmer,

Dette er min første ledertekst som president for Psykologforeningen, og jeg vil starte med å si: Tusen takk for tilliten!



Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen

**Hanne
Indregard
Lind**

President i
Psykologforeningen

Når dere leser denne teksten i januar har jeg allerede vært president en stund, og jeg vil ta fatt på det nye året med arbeidslyst og virketrang. Mine tanker for den første tiden følger her, og jeg ser også frem til å høre deres tanker og meninger om forening, fag og samfunn i 2026.

Høyt opp på agendaen må vi ha gode arbeidsforhold og bærekraftige tjenester. Psykologers rammevilkår i offentlig sektor er under press, og vi slutter ofte i jobben. For faget, psykologer og pasienter er det ikke tilstrekkelig å "produsere" et visst antall behandlingstimer på en dag. Dersom behandlingen skal være forsvarlig og omsorgsfull, dersom vi skal jobbe helhetlig og trives i jobbene våre over tid, så må grunnlaget være til stede.

Vårt langsiktige mål er at psykisk helse skal prioriteres og likestilles med fysisk helse, og at vi skal ha ressurser som står i stil til utfordringene. Da må vi ha tilstrekkelig bemanning og kapasitet, både til å gi et godt tilbud og til å kunne drive med nødvendig endringsarbeid i tjenestene. Dette er en stor oppgave, og ikke mulig uten å styrke laget, og da mener jeg især styrking av lokale fagmiljøer og tillitsvalgte.

«Vi må være tydelige som forening og samfunnsaktør»

Vi trenger også gode strategier og tydelige mål å arbeide etter – og det er presidentskapets jobb, i samarbeid med styret. Det arbeidet gleder jeg meg til å ta fatt på, ikke minst i oppfølgingen av mange gode vedtak fra Landsmøtet.

For å ivareta faget trenger vi også å bruke dere psykologer som ressurser i de fagpolitiske prosessene og utforming av politikken. I perioden vi legger bak oss har flere store saker, blant annet spesialistutdanning, evidenskriterier og samarbeid med helsemyndighetene, stilt store krav til dialog og involvering av organisasjonen og fagmiljøene. For meg er det et viktig mål fremover å få til gode prosesser med flere involvert oftere. Det betyr ikke at vi alltid vil bli enige. Men prosessene må være oversiktlige, tydelig kommunisert, ha en tidlig og bred nok medlemsinvolvering og en god struktur for dette. Det er ikke lett å si hva fasiten for dette er, men det skal vi finne ut av sammen – og ta lærdom både av det som har vært og det som kommer.

Psykisk helsevern og psykisk helse er et tema som ofte nevnes, men sjelden behandles med tilstrekkelig tyngde i den offentlige debatten. Vi står i en tid full av endringer som krever sitt av oss som enkeltmennesker, fagutøvere, og samfunn. Det er ikke mulig å være helt forberedt på alt vi skal stå overfor, men mitt mål er at Psykologforeningen skal være proaktive, i forkant og en faglig bauta i stormen.

For å få til det må vi være tydelige som forening og samfunnsaktør. Særlig gjelder dette fremover i Helsereformutvalget, i oppfølgingen av Helsepersonellkomisjonens rapport og i arbeidet med rekruttering og kompetansebygging. Jeg tror vi må tenke nytt for å få et bedre grep her, også når det kommer til vårt påvirkningsarbeid, rolle i media og bygging av langsiktige allianser. Her trenger vi å arbeide sammen som organisasjon og profesjon for å oppnå målene våre – gode vilkår for våre medlemmer, og alltid, en bedret psykisk folkehelse.

Valgprosessen i fjor engasjerte mange, mens andre igjen har fortalt meg at de fant debattene forvirrende. Det viser både våre styrker og våre utfordringer fremover.

Psykologer er engasjerte! Vi bryr oss om fagets framtid, foreningens retning og rammevilkårene for arbeidet vårt. Jeg mener at Psykologforeningen kan bli mer utadvendt, og at vi kan finne enda bedre måter å bruke medlemsengasjementet på enn i dag. Det bør være lav terskel for å engasjere seg, og vi som forening må være lydhør – både i lokalavdelingene, sentralstyret og hele veien til presidentskapet. Derfor må vi også bruke tid på å samkjøre oss og diskutere hvordan vi vil jobbe sammen. Ikke kun for diskusjonens skyld, men for best mulig å kunne utføre samfunnsoppdraget.

I møte med alle mulighetene og alt ansvaret presidentrollen innebærer føler jeg meg motivert, og samtidig spent på det nye året. Heldigvis er vi mange som arbeider sammen og skal dele på ansvaret. Jeg håper dere vil være med, med deres engasjement, kunnskap og erfaringer. Jeg ønsker å legge til rette for at vi får til å arbeide som et lag, et fellesskap som rommer uenigheter, som holder våre felles interesser høyt og lytter oppmerksomt til der vi skiller oss ad. Psykologforeningen er vår forening, og sammen bestemmer vi kursen for fremtiden.

Jeg ønsker dere et godt nytt år!

Foto: Fartein Rudjord/Psykologforeningen



Heidi Roald

Spesialrådgiver i
jus- og arbeidslivs-
avdelingen

Økonomisk godtgjøring for spesialist- erklæringer og andre oppdrag for NAV

Helsepersonell må, etter krav og skriftlig bestilling fra NAV, gi nødvendige erklæringer og uttalelser slik at NAV kan vurdere rettigheter og plikter. Det følger av folketrygdloven § 21-4.

For dette arbeidet får helsepersonell økonomisk godtgjørelse etter NAVs fastsatte honorartakster. Plikten gjelder både offentlig og privatpraktiserende helsepersonell, og erklæringene skal gis uten hinder av taushetsplikt.

NAV skal sørge for at saken er så godt opplyst som mulig for å sikre at enkeltpersoner får de ytelsene de har rett til. Etter folketrygdloven skal NAV vurdere både hvilke opplysninger som skal innhentes i den enkelte sak, og hvem de skal innhentes fra. Den skriftlige bestillingen fra NAV skal angi hvilket skjema som skal fylles ut eller hvilke opplysninger NAV trenger i den konkrete saken. Behovet for innhenting av erklæringer og opplysninger skal alltid vurderes i lys av de medisinske opplysningene som NAV allerede har i en sak.

Loven presiserer at det er NAV selv som bestemmer hvilke opplysninger de trenger. Psykologer erfarer imidlertid at omfanget av opplysningene NAV ber om, ofte ikke er i samsvar med den økonomiske godtgjørelsen som er satt.

For psykologer er legeerklæring ved arbeidsuførhet (takst L40) og spesialisterklæringer (takst L120/L30) mest aktuelle. Takstene gir en indikasjon på forventet tidsbruk:

- Takst L40: ca. 40 minutter for erklæring om arbeidsuførhet
- Takst L120: ca. 120 minutter for spesialisterklæring
- Takst L30: for hver påbegynt halvtime utover dette

Nummereringen av honorartakstene inneholder altså en estimert tidsbruk for arbeidet med erklæringen.

Hvis arbeidet med erklæringen tar vesentlig mer tid enn godtgjøringen tilsier, for eksempel fordi

pasienten må utredes nærmere, eller fordi NAV ber om omfattende opplysninger, bør du ta kontakt med NAV lokalt. Du må redegjøre for omfanget, og opplyse om hvorfor du ikke på en forsvarlig måte kan avgi erklæring innenfor skissert godtgjøring. NAV skal deretter vurdere om de skal bestille en ny erklæring med annen godtgjøring, eller presisere hvilke opplysninger de ønsker innenfor eksisterende godtgjøring.

Plikten til å gi erklæringer og uttalelser gjelder selv om behandleren ikke har hatt stønadsmottakeren som pasient fra før. Nye retningslinjer fra NAV sier imidlertid at det ikke lenger skal bestilles spesialisterklæring fra en spesialist som har brukeren i behandling. Kun spesialister som ikke har en relasjon til brukeren skal utarbeide slike erklæringer, jf. vedlegg 1 til folketrygdloven § 21-4.

Formålet med de nye retningslinjene er at NAV ikke skal godtgjøre for utredninger som allerede er gjort, eller for opplysninger som allerede er kjent for behandleren. Psykologforeningen mener at godtgjøringen bør baseres på tidsbruk og arbeidsomfang i den konkrete saken, ikke på om psykologen har eller har hatt brukeren i behandling.

Vi har bedt NAV om at spørsmålet drøftes i neste dialogmøte. Etter vår vurdering kan de nye retningslinjene få uheldige konsekvenser for brukerne, fordi det ikke bestilles spesialisterklæring fra den som har best forutsetning for å gjøre en god vurdering i saken.

Har du spørsmål knyttet til godtgjøring av oppdrag for NAV eller andre instanser, kontakt Jus- og arbeidslivsavdelingen på e-post ja@psykologforeningen.no eller på tlf. 23103130 hver dag mellom kl. 12.15 til 15.00.





KRIMINALOMSORGEN

Leder for ny nasjonal veiledningstjeneste

Vil du lede og videreutvikle et nytt fagmiljø som styrker psykisk helse i kriminalomsorgen?

Kriminalomsorgen etablerer en ny faglig veiledningstjeneste for ansatte og ledere. Målet er å forebygge sykefravær og arbeidsrelaterte belastningsreaksjoner. Fem psykologspesialister ansettes, og gjennom veiledning og rådgivning skal de ansatte få de verktøyene de trenger for å håndtere utfordrende arbeidsoppgaver med profesjonalitet. Tjenesten skal bidra til å styrke mestring og trivsel, og fremme åpenhet om psykisk helse i krevende arbeidshverdager.

Om stillingen

Vi søker en leder for denne nasjonale veiledningstjenesten. Du får personalansvar for psykologspesialistene som jobber i ulike geografiske områder, og en nøkkelrolle i å bygge opp, lede og utvikle tjenesten. Rollen kombinerer strategisk og faglig ledelse med deltakelse i det operative veiledningsarbeidet.

Dette er en unik mulighet for deg som vil bruke din ledererfaring og psykologfaglige kompetanse til å styrke arbeidsmiljø, kvalitet og psykisk helse i kriminalomsorgen, og bidra direkte til etaten sitt samfunnsoppdrag.

Stillingen rapporterer til regiondirektør i kriminalomsorgen region sørvest og innebærer tett samarbeid med regionale og nasjonale fagmiljøer for å sikre helhet og felles retning i tjenesten.

Organisatorisk tilknytning og arbeidssted

Du vil være organisatorisk ansatt i region sørvest. Psykologspesialistene sitt daglige arbeid vil være innenfor et geografisk område med flere enheter.

Aktuelle geografiske områder inkl. følgende enheter:

- Trondheim fengsel og forvaringsanstalt, Nordland Fengsel, avdeling Bodø og friomsorgskontoret i Trøndelag
- Ringerike fengsel og Ila fengsel og forvaringsanstalt
- Romerike fengsel
- Indre Østfold fengsel og Halden fengsel
- Åna fengsel, Stavanger fengsel og Rogaland friomsorgskontor
- Bergen fengsel, Bjørgvin fengsel, Lyderhorn overgangsbolig og friomsorgskontoret i Hordaland

Som leder vil du ha personalansvar for psykologspesialistene i tjenesten og et helhetlig ansvar for tjenesten i alle geografiske områder. Rollen innebærer også at du selv ivaretar det operative fagansvaret for ett av områdene. Oppgi derfor i søknaden hvilke geografiske områder du kan tenke deg som ditt operative ansvarsområde.



Arbeidsoppgaver

- Lede, følge opp og utvikle fagmiljøet med psykologspesialister.
- Bidra i den operative veiledningstjenesten gjennom faglig veiledning og rådgivning til ansatte og ledere.
- Sikre kvalitet, faglig retning og erfaringsdeling på tvers av regioner.
- Utvikle faglige metoder, rutiner og systemer for oppfølging og veiledning.
- Støtte ledere i arbeidet med å forebygge belastningsreaksjoner og styrke psykisk helse i organisasjonen.
- Bidra i nasjonale samarbeidsfora, rapportering og videreutvikling av tjenesten.
- Representere veiledningstjenesten i interne og eksterne faglige sammenhenger.

For å sikre god faglig sparring, erfaringsutveksling og samarbeid på tvers av enhetene, må noe møte- og reisevirksomhet påregnes. Vi vil tilstrebe bruk av digitale møteplattformer der det er hensiktsmessig.

Arbeidsoppgavene kan endres over tid i tråd med virksomhetens behov og stillingens karakter. Det kan også forekomme organisatoriske endringer. Det tas forbehold om at tilknyttede enheter kan endres innenfor de geografiske områdene.

Generell informasjon

Vi gjør oppmerksom på at det må ikke være noe å utsette på vandelens til den som ansettes. Dette må dokumenteres med en uttømmende politiattest forut for ansettelse.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til regiondirektør, Tanja Rosså Ødegård, tlf. **489 99 390** og seniorrådgiver, Susanne Nor, tlf. **992 61 759**.



Søk på
stillingen her:



KRIMINALOMSORGEN



Psykologspesialister

Vil du bruke din psykologfaglige kompetanse til å gjøre en forskjell – både for enkeltindivider og samfunnet som helhet?

Kriminalomsorgen etablerer en ny faglig veiledningstjeneste for ansatte og ledere. Målet er å forebygge sykefravær og arbeidsrelaterte belastningsreaksjoner. Vi søker fem psykologspesialister som vil få en sentral og utviklende rolle i oppbyggingen av tjenesten.

Om stillingen

Som psykologspesialist vil du bidra til å styrke mestring og trivsel, samtidig som du fremmer åpenhet rundt psykisk helse blant ansatte som står i noen av samfunnets mest krevende situasjoner. Gjennom veiledning og rådgivning gir du ansatte de verktøyene de trenger for å håndtere utfordrende arbeidsoppgaver med profesjonalitet.

Stillingene er faste 100 % stillinger. Dersom du ønsker en noe lavere stillingsprosent, oppfordrer vi deg likevel til å søke, da dette kan vurderes ut fra en helhetsvurdering.

Organisatorisk tilknytning og arbeidssted

Du vil være organisatorisk ansatt i region sørvest. Ditt daglige arbeid vil være innenfor et geografisk område med flere enheter.

Aktuelle geografiske områder inkl. følgende enheter:

- Trondheim fengsel og forvaringsanstalt, Nordland Fengsel, avdeling Bodø og friomsorgskontoret i Trøndelag
- Ringerike fengsel og Ila fengsel og forvaringsanstalt
- Romerike fengsel
- Indre Østfold fengsel og Halden fengsel
- Åna fengsel, Stavanger fengsel og Rogaland friomsorgskontor
- Bergen fengsel, Bjørgvin fengsel, Lyderhorn overgangsbolig og friomsorgskontoret i Hordaland

I søknaden ber vi deg oppgi hvilke geografiske områder som er aktuelle for deg.

Arbeidsoppgaver

- Veilede ansatte og ledere, og bidra til å forebygge belastningsreaksjoner.
- Delta i et nasjonalt fagfellesskap, og bidra til kvalitet og utvikling på tvers.
- Støtte ledere i oppfølging av ansatte som står i særlig krevende arbeidssituasjoner.
- Utvikle og dele verktøy som styrker mestringsevne og trivsel.
- Bidra til kompetanseheving og økt bevissthet om psykisk helse i organisasjonen.
- Skape trygge arenaer for refleksjon og erfaringsdeling.

For å sikre god faglig sparring, erfaringsutveksling og samarbeid på tvers av enhetene, må noe møte- og reisevirksomhet påregnes. Vi vil tilstrebe bruk av digitale møteplattformer der det er hensiktsmessig.

Arbeidsoppgavene kan endres over tid i tråd med virksomhetens behov og stillingens karakter. Det kan også forekomme organisatoriske endringer. Det tas forbehold om at tilknyttede enheter kan endres innenfor de geografiske områdene.

Generell informasjon

Vi gjør oppmerksom på at det må ikke være noe å utsette på vandelen til den som ansettes. Dette må dokumenteres med en uttømmende politiattest forut for ansettelse.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til regiondirektør, Tanja Rosså Ødegård, tlf. **489 99 390** og seniorrådgiver, Susanne Nor, tlf. **992 61 759**.



Søk på
stillingen her:

Valgfritt program i

Psykologfaglig arbeid med omsorgsbetingelsene til barn i barnevernet

Sted og dato: Oslo, 12.–13. mars 2026 (kurs 1)

Påmeldingsfrist: 5. februar 2026

Pris per kurs: kr 8 700,- (medlem) / 17 400,- (ikke medlem)

Målgruppe

Programmet er rettet mot psykologer som har fullført fellesprogrammet og som ønsker en utvidet forståelse av hvordan arbeide med barn og unges omsorgsbetingelser og for barnevernet som system. Det kan være relevant både for psykologer som jobber med barn og unge, foreldre/voksne og psykologer som arbeider med tjenester på systemnivå. Programmet er godkjent for psykologer som skal bli spesialister i barne- og ungdomspsykologi, voksenpsykologi, familiepsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

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

Målsetting

Programmet skal gi økt rolleforståelse for psykologer i arbeid med omsorgsbetingelsene til barn og unge i barnevernet. Psykologene skal tilegne seg økt kompetanse i psykologisk arbeid med barn og unge med utfordrende omsorgsbetingelser. Deltakerne vil få økt kjennskap til lovverk, forvaltning og hvordan barnevernet er organisert på statlig og kommunalt nivå. Det er også en målsetting å øke kompetansen om barnevernsundersøkelser, vurderinger og tiltak. Arbeidet med barns omsorgsbetingelser retter seg både mot barnet/ungdommen, omsorgsgivere, systemet rundt og forvaltningen på ulike nivåer.

Kursleder: Bernadette Christensen

Les mer om kurset og meld deg på her:



NYE SERTIFISERINGSKURS I EMDR

EMDR trinn 1

Oslo, 28.–30. april 2026
Stavanger, 19.–21. mai 2026

OPPFRISKNINGSKURS (etter trinn 1)

Svalbard, 20. oktober 2026

EMDR trinn 2

Oslo, 14.–16. september 2026
Svalbard, 20.–23. oktober 2026 (oppstart
tirsdag kveld)
Stavanger, 2.–4. desember 2026

EMDR TRINN 2, SVALBARD OG BLUES

Velkommen til Trinn 2 på Radisson Blu Polar i Longyearbyen!
Vi starter tirsdag kveld 20. oktober, og holder på til fredag
ettermiddag 23. oktober.

Spesialpriser på hotell. Mulig å
kombinere med Dark Season Blues,
Svalbard bluesfestival, som går fra
torsdag til lørdag kveld.

Direktefly fra og til Oslo hver dag
(og Tromsø enkelte dager).

Mulighet for oppfriskningskurs etter
trinn 1, på dagtid tirsdag 20. oktober.



For mer informasjon og påmelding, se www.senterforemdr.no og facebook.com/senterforemdr



UTDANNING I PSYKOANALYSE VED NORSK PSYKOANALYTISK INSTITUTT

Utdanningen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon i Norge. Det forutsettes påbegynt spesialisering i psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri eller annen relevant legespesialitet.

Utdanningen består av deltakelse i teoretiske samt kliniske seminarer over 4 år, personlig analyse hos læreanalytiker, veiledning av minst to egne analyser og skriftlig arbeid.

Utdanningen tilbyr en unik mulighet til å bli bedre kjent med egne sterke og sårbare sider, og gir dermed et godt grunnlag for å mestre de utfordringene som møtet med pasienter kan gi, det være seg i psykisk helsevern, selvstendig praksis eller andre deler av helsetjenesten.

Psykologforeningen har godkjent seminarerne for kurssekvensen til spesialiteten i psykoterapi etter

ny ordning. Dette forutsetter at fellesprogrammet er fullført før oppstart på seminarerne ved instituttet. Godkjenning som spesialist i psykoterapi kan søkes etter 6. semester forutsatt samtidig minst 80 timer metodespesifikk veiledning (av det totale antall veiledningstimer som psykologforeningen har krav om) og at alle øvrige krav fra psykologforeningen er oppfylt (jmf. psykologforeningens målbeskrivelse for spesialiteten). Det er psykologforeningen som i sin helhet godkjenner spesialiteten i psykoterapi.

Interesserte kan henvende seg til instituttets sekretær for ytterligere informasjon. Se også instituttets hjemmeside, www.psykoanalyse.no. Informasjon om fremtidig offentlig økonomisk støtte fra tilskuddsordningen vil bli oppdatert på hjemmesiden.

Søknadsfrist 1. februar 2026

Obligatorisk program i

Eldrepsykologi

Sted og dato: Oslo og Bergen (kurs 5), 7. mai 2026 – 5. november 2027

Påmeldingsfrist: 2. april 2026

Pris per kurs: kr 8 700,- (medlem) / 17 400,- (ikke medlem)

Tema

Spesialiteten i eldrepsykologi anvender psykologisk kunnskap og metoder i arbeid med eldre personer og deres pårørende.

Eldrepsykologi omhandler både normal aldring og aldersrelaterte endringer, plager og sykdommer som kan ramme personer i øvre del av livsløpet.

Målgruppe

Målgruppen for dette obligatoriske programmet er psykologer som har fullført fellesprogrammet og som:

- Ønsker å arbeide direkte eller indirekte med eldre, innen primær-/kommune- eller spesialisthelsetjeneste
- Ønsker et fagansvar innenfor virksomheter på eldrefeltet
- Ønsker å bruke sin psykologiske kompetanse til å understøtte pasientens ressurser med tanke på livskvalitet, deltakelse og mestring på viktige livsarenaer
- Ønsker å jobbe i et fagfelt der man forholder seg til menneskers psykiske helse i sammenheng med aldersrelaterte endringer
- Ønsker å videreutvikle sin kompetanse for å inngå i tverrfaglig samarbeid om forebygging, behandling og utvikling av tjenester for eldre

Målsetting

Psykologene skal få økte forutsetninger for å arbeide innenfor de ulike ansvarsområder som er aktuelle for en spesialist i eldrepsykologi. Det kan være i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten, og med individuell behandling, rådgivning, samt utforming av omsorgstjenester.

Kunnskapsgrunnlaget for eldrepsykologisk praksis er integrasjonen av den beste tilgjengelige forskning og psykologfaglig ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.

KURSLEDERE

Psykologspesialistene

- Cecilie Gaustad (kurs 1)
- Ane B. Fjeldsæter (kurs 2 & 6)
- Guro H. Bjørkløf (kurs 3)
- Jørgen Wagle (kurs 4)
- Thale Kinne Rønqvist (kurs 4)
- Nina Bergmann (kurs 5 i Bergen)

Les mer om kurset
og meld deg på her:



Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehemler i psykologi

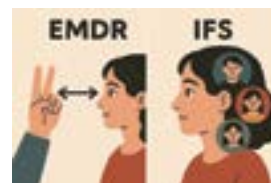
Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

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



Integrering av EMDR & IFS

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



Kurset utvider din terapeutiske verktøykasse.

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

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

17.–18. mars 2026

Sted: Scandic Solli, Parkveien 68, Oslo

Tid: kl. 09.00–16.00 begge dager

Kostnad: kr 7.800,- inkl. lunsj og kursmaterieil

For mer informasjon se www.emdrkurs.no

Påmelding: savitadalsbo@gmail.com

Husk å oppgi fullstendig faktura informasjon

Kursansvarlig:

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

Annonser i Psykologtidsskriftet

UTGIVELSESPLAN 2026

Publiseringsdato	Bestillingsfrist
2. februar	16. januar
2. mars	13. februar
1. april	13. mars
4. mai	16. april
1. juni	13. mai

Ønsker du profilering, kursannonsering eller stillingsannonse for vår målgruppe?

Ta kontakt og vi hjelper deg med synlighet.

E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Unni Sandland tlf. 23 10 31 33

Ψ Psykologtidsskriftet

STILLINGS- OG PROFILANNONSER

Annonser i papirutgaven	Priser 2026
2/1 side	29 820 kr
1/1 side	19 850 kr
½ side	15 650 kr
¼ side	13 550 kr
Side 2–3	34 000 kr
Side 4–5	31 900 kr
3. omslagsside	20 900 kr
Bakside	23 000 kr

KURSANNONSER

Annonser i papirutgaven	Priser 2026
1/1 side	19 850 kr
½ side	9 900 kr
¼ side	4 850 kr



SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING

President

Hanne Indregard Lind
948 05 153
hanne@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjarte@psykologforeningen.no

Chris Margaret Aanonsen
957 92 616
chris@psykologforeningen.no

Medlemmer

Alf Martin Karvonen Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

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

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

Helene Amundsen Nissen-Lie
997 37 309
h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no

Anne-Kristin Imenes
907 55 410
anne.kristin.imenes@gmail.com

Trude Senneseth
954 66 774
trude.senneseth@me.com

Andreas Teisner Høstmælingen
936 48 119
andreas@nubu.no

Solve Brækkan Halvorsen
Studentrepresentant
spu@psykologforeningen.no

Varamedlemmer

Trude Hoff (1. vara)
415 21 900
trudhof@online.no

Helén Ingrid Andreassen (2. vara)
402 89 796
helen.ingrid@gmail.com

Werner Nebelung (3. vara)
909 48 350
werner.nebelung@gmail.com

Mariann Smith-Novik (4. vara)
979 66 767
mariann.smith-novik@finnmarkssykehuset.no

Iver Nathaniel Sletten (1. vara student)
iverns@uio.no

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

Ole Magnus Vik, leder
Rådgivningstelefon 480 58 723,
onsdager kl 15.30–17.30

Lønns- og arbeidslivsutvalget

Bjarte Bønes Bruntveit, leder/KVT
Helse Sør-Øst
bjarte@psykologforeningen.no
909 98 052

Forhandlingsutvalg for privat praksis

Bjarte Bønes Bruntveit, leder
bjarte@psykologforeningen.no
909 98 052

Spesialitetsrådet

Chris Margaret Aanonsen, leder
chris@psykologforeningen.no
957 92 616

Fag- og profesjonsrådet

Chris Margaret Aanonsen, leder
chris@psykologforeningen.no
957 92 616

FAGUTVALGENE

Felleselementene

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder
evakarinloevaas@gmail.com
916 64 076

Eldrepsykologi

Cecilie Gaustad, leder
ceciliegaustad@gmail.com
975 48 563

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa Opsahl, leder
ingunnaanderaa@hotmail.com
971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder
ivarelvik@gmail.com
454 74 400

Nevropsykologi

Rune Raudeberg, leder
rune.raudeberg@gmail.com
952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, leder
tonjeped@gmail.com
922 33 224

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder
anette.hoy.dye@moment.consulting
928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder
khi@lorenskog.kommune.no
907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder
rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder
borriks@gmail.com
990 27 309

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Arne Holen, leder
arnenpf@nevropsykologholen.no
922 30 383

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

Sølve Brækkan Halvorsen, leder
950 10 201
spu@psykologforeningen.no

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

TESTUTVALGET

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 Riekes Vik, Helse Sør Øst, leder
henrik@riekelesvik.no
408 45 848

Privat

Ane Johnsen, leder
ane@millimr.no
400 02 343

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

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. 1 2026

Digitale selvhjelpsløsninger for alkoholreduksjon

Ragnhild Bø & Cecilie Skule

Urfolksperspektiver i samtaleterapi – en modell for behandleren

Laila Blindseth & Sivkersok Cloos Olsen

Nevropsykologisk utredning i samiske kontekster

Dagmar Patricia Steffan

Paradoksale utfall i psykoterapi

Ragna Louise Sandvoll & Isak Bakkeli

Norske kvinners opplevelser av hva som var hjelpsomt for tilfriskning fra fødselsdepresjon

Frida Sætre, Lynn Watson & Liss Anda

Behandlingsmodell med kognitiv atferdsterapi ved overspisingslidelse og fedme hos voksne: en pilotstudie

Jan Egil Hopsø, Åsne Ask Hyldmo, Olga Veia & Miriam K. Gustafsson

Doktorgrader

Undersøkte oppfølging av Utøya-etterlatte
Hvilken mening finner folk i jobb?

Tomme kalorier for sjelen eller kraftkost for faglig vekst? Om KI og journalføring

Bjørnar Olsen

Farlig svakt av Fagetisk råd

Helge Holgersen

Eksistensiell angst fra Kierkegaard til vår tid

Anders Malkomsen

Hat, hevn og kjærlighet i *Greven av Monte Cristo*

Espen Håland