

Erfaringer med anonyme chattetjenester

Stotesbury, Tømmerraas, Klakegg,
Amundsen, Veseth & Schanche

Elegi over Gaustad

Petter Brevik

Psykoterapi og problematiske kakediagrammer

Stian Solem



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
23.01.2026

ISSN 0332-6470

Postadresse

Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgiver Norsk psykologforening,
generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg
meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser tlf. 23 10 3133
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Bestillingsfrist 13.02, 13.03, 16.04, 13.05

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

Layout Christian von Schack

Bilderedaktører Maria Astrup og Kristin Bø

Omslagsillustrasjon Rikke Runde

Trykk Aksell AS

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

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

 **Fagpressen**



INNHold

NR 2 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

OMSLAG

Rikke Runde har illustrert forsiden og sier: en henslengt, nedstemt jente finner trygghet bak snakkebobla i anonyme chattetjenester. Ansiktet hennes lyses opp av mobilen, og av lettelsen i følelsespresset ved å ha noen å snakke med.



FRA PRAKSIS Ane Inger Bondahl Søberg & Lars Lien	
Eksistensielle perspektiver i psykisk helsevern	70
DOKTORGRADER	
Hva føler nordmenn om bærekraftig mat? Følelser og livskvalitet i grunnskolen	75
FAGARTIKKEL Petter Brevik	
Elegi over Gaustad	76
FAGARTIKKEL Stian Solem	
Psykoterapi og problematiske kakediagrammer	82
ORIGINALARTIKKEL Stotesbury, Tømmerraas, Klakegg, Amundsen, Veseth & Schanche	
«Jeg snakker ikke om det med noen»: en kvalitativ studie av erfaringer med anonyme chattetjenester	88
NY VITENSKAPELIG ARTIKKEL Emilie A. Schei & Therese F. Mathisen	
Sosiale mediers påvirkning på unge voksne med spiseforstyrrelser: en kvalitativ studie	97
ETIKKPAANELET Audun Lillekjendlie	
Når terapirommet kobles på internett	98
KOMMENTAR Heggdal, Andreassen, Mowé & Dalseth	
Eksistensiell angst: Dilemma eller uutnyttet mulighet?	101
KRONIKK Anne-Kari Torgalsbøen	
Psykologers ukritiske omfavnelse av åpenhetskulturen	105
DEBATT Ole Magnus Vik og Cathrine Eide	
Fagetisk praksis er et felles ansvar	108
DEBATT Rolf Sundet	
Generalistene løser problemer spesialistene avviser	110
ANMELDT Jannicke Thoverud Godø	
Én metode for alle lidelser	112
ANMELDT Trond Kjærstad	
Sprudler av overskudd	115
ANMELDT Nora Sveaass	
Forebygging av tortur ved frihetsberøvelse	117
KLASSIKEREN Per-Einar Binder	
Å la tiden åpne seg: Heideggers <i>Væren og tid</i> i psykologifaget	120
MINNEORD	
Anna Louise von der Lippe	126

TEKST

Ane Inger Bondahl Søberg
SI Reinsvoll, Sykehuset Innlandet HF

Lars Lien
ROPforsk, Sykehuset Innlandet HF

Eksistensielle perspektiver i psykisk helsevern

Et eksistensielt perspektiv som gis en tydelig plass i behandling, kan fremme pasienters eksistensielle helse.

Mange pasienter er i krise når de kommer til sykehuset. Å bli møtt på sin eksistensielle sårbarhet kan være avgjørende for å holde ut det uutholdelige. Hvordan kan vi bli bedre til å møte pasientenes eksistensielle uro? Og hvordan bekjempe vår egen berøringsangst for eksistensielle temaer? Disse spørsmålene kommer fra en sykehusprest og en psykiater med lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten, både i rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Pasienter uttrykker overfor sykehuspresten at tematikk knyttet til tro, sorg og andre eksistensielle forhold kan være vanskelig å ta opp med helsepersonell. Ut fra vår kliniske erfaring og forskning på feltet vil vi belyse, og også minne våre kolleger på betydningen av, den eksistensielle samtalen. Vårt utgangspunkt er at vi alle kan bidra til å skape eksistensielle rom for våre pasienter, og at denne oppgaven ikke bare er forbeholdt sykehusets prestetjeneste (som er en livssyns- og samtalejeneste).

KONTAKT ane.inger.bondahl.soberg@sykehuset-innlandet.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

— Døden og eksistensiell uro er en menneskelig erfaring uavhengig av profesjon

Fellow travelers

Den amerikanske psykiateren og forfatteren Yalom (1980) skriver om menneskets fire grunnvilkår: død, meningsløshet, isolasjon og frihet, som utfordrer mennesket eksistensielt. Videre omtaler han relasjonen mellom pasient og behandler som *fellow travelers* (Yalom, 2003). Vi er alle i samme båt med våre grunnvilkår, på en felles eksistensiell reise. Eksistensfilosofene uttrykker noe av det samme, og understreker at refleksjon over de eksistensielle betingelsene vi lever under, gir muligheter for modning og vekst (Binder, 2022; Schnell, 2022). Religionspsykologisk forskning viser at eksistensielle temaer har betydning for mening og mestring blant pasienter med rusmiddellidelse (Sørensen & Lien, 2022). Videre kan pasienters erfaring av mening i livet trues i forbindelse med selvmordsforsøk (Søberg et al., 2022). Likevel ser vi at det er et stort gap mellom pasientenes behov for samtaler om det eksistensielle og det behandlere legger til rette for i terapien (Mandelkow et al., 2021; Halstensen, 2025).

Den eksistensielle smerten er høyst menneskelig (Yalom, 1980). Det er kanskje det som utfordrer behandlere i samtalene om mange av de eksistensielle temaene, fordi samtalen også angår en selv som behandler og vårt eget sårbare liv, siden vi er *fellow travelers*. Døden og eksistensiell uro er en menneskelig erfaring uavhengig av profesjon, sosial status og livssynstilhørighet. Usikkerheten hos helsepersonell for å snakke om blant annet døden kan være knyttet til at det er vår egen død vi kjemper mot.

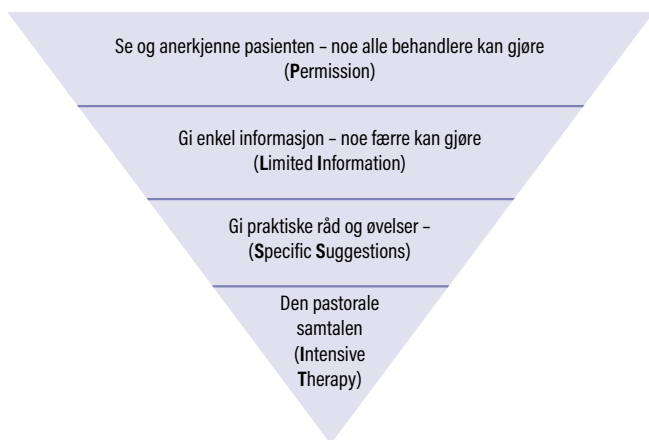
Utvikling av eksistensiell helse

Åndelige og eksistensielle temaer har vært grunnleggende i norsk helsevesen siden sykehusets opprinnelse (Aschim, 2023; Austad et al., 2020). Samtidig har livssyns- og samtalejenesten i dag endret karakter, fra en modell med vekt på religiøs betjening til en modell basert på eksis-

tensiell omsorg. Livssyns- og samtalejenesten utøver sin virksomhet med bakgrunn i en livssynsåpen tilnærming, med forankring i menneskerettighetene (NOU 2013: 1, 2013; FN-sambandet, 2021; Trossamfunnsloven, 2021). Det sentrale er å gi pasienten mulighet for eksistensiell omsorg når vedkommende er i krise og har eksistensiell uro (Stifoss-Hanssen et al., 2019), og er noe alle behandlere burde være oppmerksom på og legge til rette for.

I Norge benyttes begrepet eksistensiell helse for å tydeliggjøre betydningen av det eksistensielle for den individuelle helsen (Austad & Danbolt, 2022; Danbolt et al., 2014). Samtaler om eksistensielle temaer oversees av behandlere, til tross for at religiøsitet kan være positivt beskyttende for helsen (VanderWeele et al., 2017). Også norske studier underbygger at eksistensielle behov i stor grad underkommuniseres i helsevesenet (Mandelkow et al., 2021; Søberg et al., 2022). Et eksempel fra klinisk praksis kan være en pasient som uttrykker at det er fint å snakke med sykehuspresten om sine selvmordstanker fordi sykehuspresten ikke setter på blålysene, men gir mulighet for en samtale om selvmordstankene og uroen vedkommende har. Behandlere opplever sterkere knyttet til systemets rutiner og dokumentasjonskrav, som kan redusere pasientens muligheter til å reflektere over sine selvmordstanker.

At helsepersonell ikke bør snakke med pasientene om religion, er en praksis og holdning med lange røtter, særlig innenfor psykisk helsevern. Samtidig tilsier vår erfaring at pasientene enten har behov for å snakke om tro som en positiv kraft, ved at den tilbyr motstandskraft og tilfriskning fra psykisk sykdom, eller der tro og religiøse erfaringer er negative og også noen ganger destruktive (Fidje et al 2025; Hustoft et al., 2013). Pasienter sier de ikke tør snakke om sin religion i frykt for at det kan tolkes som psykotiske symptomer (Brekke et al., 2018). Særlig innenfor behandling av rusmiddellidelser har vi sett hvordan temaer som skyld, skam, tilgivelse og forsoning



Merknad. Gjengitt og bearbeidet fra la Cour (2014) med tillatelse fra Gyldendal Akademisk.

er viktige elementer i behandling som ofte blir oversett (Sørensen et al., 2015), temaer som også knytter seg til religion.

En helhetlig helsemodell

Psykologtidsskriftets temanummer om helsepsykologi beskriver hvordan skillet mellom kropp og sjel gjennom-syrer både utdanninger og helsevesenet (Oxman, 2024), noe som også påvirker behandling på somatiske sykehus (Schjødt, 2024). Artiklene synliggjør at helsevesenet har mistet bredden i sitt behandlingsperspektiv. Det til tross for at de fleste behandlere benytter en biopsykososial tilnærming. Men også denne modellen mangler en vesentlig dimensjon (Lien & Malkomsen, 2024), som den svenske religionspsykologen DeMarinis (2003) har jobbet frem, i en utvidet modell med en eksistensiell dimensjon. Den eksistensielle dimensjonen er helt grunnleggende, og ved å ta inn den blir modellen mer helhetlig; den blir en biopsykososial-eksistensiell modell (DeMarinis, 2003). Modellen fremhever at individet inngår i en kulturell sammenheng hvor det eksistensielle elementet er et fundament for det biologiske, psyko-logiske og sosiale elementet og samtidig påvirker disse øvrige elementene. Mer enn 20 år seinere har svenske folkehelsemyndigheter fremmet et forslag om hvordan eksistensiell helse kan bidra til overordnede politiske mål for folkehelsen. Rapporten uttrykker blant annet at man ønsker å synliggjøre, stimulere til et større engasjement og øke kunnskap om det eksistensielle perspektivet på helse, og også utforske metoder der man kan følge utviklingen av helse i relasjon til det eksistensielle perspektivet (Folkhälsomyndigheten, 2025, s. 34ff).

Ved alvorlig somatisk og psykisk sykdom trues det eksistensielle jeget. For psykologer og leger kan det være utfordrende å møte pasientens eksistensielle uro (Mandelkowitz et al., 2021). To doktorgradsavhandlinger

viser at behandlere i psykisk helsevern opplever eksistensiell tematikk som viktig, men samtidig utfordrende å ta opp i praksis (Olstad et al., 2022; Sørberg et al., 2018). Noe av grunnen kan være at profesjonsutdanningene legger for lite vekt på eksistensielle spørsmål. Samtidig er sykehusets liggetid som regel kort og pasientgjennomstrømningen rask. Tiden pasienten er i behandling, skal være effektiv, og pasientens kroppslige og psykiske lidelse er i sentrum. I denne tidskampen kan det eksistensielle bli utelatt som tema i samtalen, noe også Lien og Malkomsen (2024) beskriver. I samtaler med sykehusprest er det ikke uvanlig at pasienter forteller at ingen har spurt vedkommende om tro eller livssyn. For disse pasientene er livssynet meningsgivende og en viktig del av personens identitet, og har derfor stor relevans for både sykdom og bedring.

Helsevesenets oppdrag er å bidra til syke menneskers tilfriskning, gjerne organisk tilfriskning. Ut fra denne forståelsen vil samtalen om de eksistensielle implikasjonene være sekundær (Magelsen & Fredheim, 2010), men studier viser at å vie tid til pasientens tanker og eksistensielle uro kan ha betydning i møte med pasienters erfaring av meningsløshet (Schnell, 2021). Ut fra et helhetlig helseperspektiv, slik den biopsykososial-eksistensiell modellen legger til grunn, burde samtalene om de eksistensielle temaene i prinsippet være like naturlige som den øvrige behandlingen vi tilbyr (Shelde & Laursen, 2019). For eksempel ved vurdering av akutt selvmordsfare er prosedyren at man utforsker spørsmål knyttet til pasientens lidelsestrykk. Er det en prosedyre at man etterspør personens eksistensielle smerte? Vi har i klinisk praksis snakket med unge mennesker som kommer på sykehus etter flere selvmordsforsøk, og som også har erfaring med å miste venner. Vi erfarer at ingen tidligere har snakket med dem om eksistensielle temaer knyttet til selvmordsforsøket. Årsaker til selvmordsfare er sammensatt, og hastigheten i klinikken er ofte høy. I en slik kontekst er det utfordrende å balansere pasientens stemme opp mot det som må gjøres av undersøkelser og behandlingsprosedyrer i gitte situasjoner. Slik setter man pasientens behov til side for de prosedyrene som systemet pålegger, til tross for at man ikke har sterk dokumentasjon for at prosedyrene senker forekomsten av selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008; Hagen et al., 2018).

Samarbeid på tvers av profesjoner

De fleste norske sykehus har livssyns- og samtaletjeneste. De ansatte ved tjenesten, som sykehusprester/-diakoner og eventuelt andre livssynsrepresentanter, har hovedfokus på samtaler om eksistensielle temaer, men bidrar også med veiledning, slik at annet helsepersonell kan bli tryggere på hvordan de kan gå inn i eksistensielle anliggender. PLISSIT-modellen (se Figur 1) er et verktøy som kan senke terskelen og bidra til et tverrfaglig samspill i møte med pasienters eksistensielle refleksjoner (la Cour, 2014, s. 322).

Modellen viser at alle kan bidra med noe, men på ulikt nivå og ut fra ulik kompetanse på angitt fagområde. I situasjoner som blir mer komplekse, må den med

— Det er hull i utdanningene hva angår eksistensiell kompetanse

spisskompetanse komme til. De ulike fagpersonene i behandlingsteamet rundt pasienten drøfter hvordan man kan møte pasientens situasjon, inklusiv det eksistensielle. I denne dialogen kan pasienten ofte delta selv.

I en samtale om eksistensielle temaer er det ikke nødvendigvis svaret helsepersonalet gir, som er vesentlig, det er like mye kompetansen i å ha en aktivt lyttende holdning. Hva angår eksistensielle temaer har pasienten, erfaringsmessig, tenkt mye selv. Dette kan være refleksjoner om tro, relasjonelle forhold, sorg og tap, mening knyttet til sykdom, fremtiden, skyld og skam, for å nevne noe. Å være aktivt lyttende til førstepersonstemmen kan gi viktig informasjon for en behandling der også de eksistensielle teamene får en naturlig plass. Å gi de eksistensielle temaene plass kan bidra til å styrke pasientens evne til å møte livet med sine gleder og utfordringer, møte sin eksistens på en bærekraftig måte og erfare mening i det livet vedkommende lever med sykdom.

Unnlater eller mangler vi kunnskapen?

Mangelen på et eksistensielt perspektiv i helsevesenet har av noen blitt omtalt som en type «berøringsangst» eller «elefanten i rommet» (Wyller, 2015). En studie fra 2009 fant at psykologutdanningene ikke la vekt på religion i sitt program. 27 % av studentene oppfatter at faget har en lite respektfull holdning relatert til religiøse mennesker, mens 78 % av studentene ønsket at religion burde hatt en større plass i utdanningen (Reme et al., 2009). I en replikasjonsstudie fra 2020 (Mandelkow & Reme, 2022) var endringen liten. Her rapporteres det om studentenes holdning til religiøse mennesker, hvor 21 % av studentene erfarer at religiøse personer blir latterliggjort, samtidig som det fortsatt er et stort ønske om å inkludere religion i utdanningen (Mandelkow & Reme, 2022). Dette viser at det er hull i utdanningene hva angår eksistensiell kompetanse (Hjelmeland et al., 2014). Målet må være at det blir et åpent og gjensidig utforskende møte mellom psykologien og religionen (Halstensen, 2025).

Unnlatelsen skjer på ulike nivåer i helsesystemet. I førende dokumenter er eksistensielle temaer lite omtalt, med unntak fra fagområdet palliasjon (Helsedirektoratet, 2019). I vedlegget til handlingsplanen for forebygging av selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) står det imidlertid at vi trenger mer kompetanse på eksistensielle temaer (s. 3). Hadde praksis vært annerledes hvis styrende dokumenter hadde vært tydeligere på betydningen av et eksistensielt perspektiv? Slik sett er den tidligere nevnte svenske rapporten interessant, der man jobber med eksistensiell helse i et folkehelseperspektiv på overordnet nivå (Folkhälsomyndigheten, 2025). En positiv endring finnes imidlertid i den norske nasjonale faglige handlingsplanen for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som understreker betydningen av etisk refleksjon og kompetanse (Helsedirektoratet, 2024). Etisk refleksjon betyr imidlertid ikke nødvendigvis et mer eksistensielt perspektiv. På den annen side legger etisk refleksjon ofte vekt på verdier og holdninger, som igjen er forbundet med eksistensiell tematikk. Slik sett kan gode etiske refleksjoner være en inngangsport i retning eksistensielle temaer. I tillegg mener vi det er verdt å minne om at de fleste sykehus i Norge har sykehusprester / livssyns- og samtaleteneste med eksistensielle problemstillinger som spesialfelt. Å styrke det tverrfaglige samarbeidet på sykehusets ulike fagområder, jamfør PLISSIT-modellen over, kan tjene til å styrke en helhetlig helsemodell der det eksistensielle har en tydelig plass og slik fremmer pasientens eksistensielle helse. Det fordrer imidlertid at behandlerne blir bevisst på og gir plass til pasientens eksistensielle refleksjoner i behandlingsrommet, og i de tverrfaglige diskusjonene. Bevissthet om det eksistensielle krever kunnskap og egen refleksjon i grunn- og videreutdanninger for alle helseprofesjoner. For å få det implementert i helsetjenesten må det også inn som en naturlig del av behandlingsplanene på linje med det vi gir av biologiske, psykologiske og sosiale behandlingstilnærminger. 

REFERANSER

- Aschim, P. K. (2023). Fra statskirkelig anstalt-prest til spesialprest i livssynsøpent samfunn. I P. K. J. Aschim, H. (Red.), *Spesialprest i livssynsøpent samfunn* (s. 35–98). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.207.ch2>
- Austad, A. & Danbolt, L. J. (2022). *Ta vare. En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse. Festskrift til Hans Stifoss-Hanssen* (A. Austad & L. J. Danbolt, Red. Vol. 2022/1). <https://hdl.handle.net/11250/3001282>
- Austad, A., Stifoss-Hanssen, H., Borge, L. & Rykkja, L. (2020). Innledning: Det eksistensielle. I L. Rykkja & A. Austad (Red.), *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis* (s. 11–22). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215035697-2020-01>
- Binder, P.-E. (2022). Suffering a healthy life-on the existential dimension of health. *Frontiers in Psychology*, 13, 803–792. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.803792>
- Brekke, E., Lien, L. & Biong, S. (2018). Experiences of professional helping relations by persons with co-occurring mental health and substance use disorders. *International journal of mental health and addiction*, 16, 53–65. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Danbolt, L. J., Engedal, L., H., S.-H., Hestad, K. & Lien, L. (2014). *Religionspsykologi* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- DeMarinis, V. (2003). Pastoral care, Existential Health, and Existential Epidemiology. A Swedish postmodern case study. (s. 9–52). Verbum.
- Fidje, S. S., Thimm, J. C. & Mandelkow, L. (2025). Religion og spiritualitet i psykisk helse – en sonderende oversikt av kvalitativ forskning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(11), 695–703. <https://doi.org/10.52734/CIZZ2916>
- FN-Sambandet (2021, 21. desember). FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Folkhälsomyndigheten. (2025). *Existentiell hälsa och folkhälsa Slutredovisning – förslag för fortsatt arbete* (25 033). Svenska folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/e/existentiell-halsa-och-folkhalsa-slutredovisning/>
- Hagen, J., Knizek, B. & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1 461 514–1 461 511. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>
- Halstensen, K. (2025). Religion i terapi – en øvelse i utforskning og innlevelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(11), 704–706. <https://doi.org/10.52734/HBSA1039>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. (IS-2800). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2024). *Selvmondsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (TSB). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmondsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Vedlegg til handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 Ingen å miste*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6b-d2e0842bf9ac722_459_503f44c/handlingsplan-mot-selvmond_vedlegg.pdf
- Hjelmeland, H., Espeland, B. & Småvik, R. (2014). Om undervisning i selvmordsforebygging ved relevante universitets- og høyskoleutdanninger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), 348–357. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-04-07>
- Hustoft, H., Hestad, K. A., Lien, L., Møller, P. & Danbolt, L. J. (2013). «If I Didn't Have My Faith I Would Have Killed Myself!»: Spiritual Coping in Patients Suffering From Schizophrenia. *The International journal for the psychology of religion*, 23(2), 126–144. <https://doi.org/10.1080/10508619.2012.688003>
- la Cour, P. (2014). Tro og alvorlig sykdom-om forskning i nordisk kontekst. I L. J. Danbolt, G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (1. utg., s. 315–326). Gyldendal Akademisk.
- Lien, L. & Malkomsen, A. (2024). Eksistensiell krise i den biopsykososiale modellen [Invitert kommentar]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 144(4). <https://doi.org/doi/10.4045/tidsskr.23.0839>
- Magelsen, M. & Fredheim, O. M. S. (2010). En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 138–140.
- Mandelkow, L., Frick, E., Büsing, A. & Reme, S. E. (2021). Norwegian psychotherapy: religiosity gap and spiritual care competence. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 24(4), 359–380. <https://doi.org/10.1080/19349637.2021.1938343>
- Mandelkow, L. & Reme, S. E. (2022). Religious sensitivity at secular universities—A cross-sectional replication study among Norwegian psychology students. *Nordic Journal of Religion and Society*, 35(1), 4–19. <https://doi.org/doi/10.18261/njrs.35.1.1>
- NOU 2013: 1. (2013). *Det livssynsøpne samfunn. En helhetlig tros- og livssynspolitik*. http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2013-1/id711_212/
- Olstad, K., Lien, L., Leonhardt, M., Sørensen, T. & Danbolt, L. J. (2022). Therapists and the Topic of Meaning in Life in Their Encounters With Adolescents With Developmental Trauma: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 835 491–835 491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.835491>
- Oxman, M. (2024). Lappeteppe av klinisk helsepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 808–816. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2024a-s11ae-Lappeteppe-av-klinisk-helsepsykologi
- Reme, S. E., Berggraf, L., Anderssen, N. & Johnsen, T. B. (2009). Er religion neglisert i psykologutdanningen? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(9), 837–842. <https://doi.org/https://doi.org/10.52734/>
- Schjødt, B. (2024). Fra dualisme til en helhetlig forståelse av smerte. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(12), 818–828. www.psykologtidsskriftet.no/html/artikkel/2024a-s11ae-Fra-dualisme-til-en-helhetlig-forstaelse-av-smerte
- Schnell, T. (2021). *The psychology of meaning in life*. Routledge.
- Schnell, T. (2022). Suffering as meaningful choice. An existential approach. I A. Austad & L. J. Danbolt (Red.), *Ta vare En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse Festskrift til Hans Stifoss-Hanssen* (s. 3–15). VID vitenskapelige høyskole. <https://hdl.handle.net/11250/3001282>
- Shelde, A. B. & Laursen, J. (2019). Den eksistensielle samtale er også lægens bord [Replik]. *Ugeskrift for læger*.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511).
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. & Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe. An overview from Norway. *Tidsskrift for praktisk teologi*, 36(2), 60–70. <https://doi.org/10.48626/TPTV3612.5355>
- Søberg, A., Danbolt, L., Sørensen, T. & Haug, S. (2022). Patients at Risk of Suicide and Their Meaning in Life Experiences. *Archives for the Psychology of Religion*. <https://doi.org/10.1177/00846724221137620>
- Søberg, A., Haug, S., Danbolt, L., Lien, L. & Sørensen, T. (2018). Existential themes in the treatment of people at suicide risk. Understandings and practices of specialist healthcare professionals. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(6), 1–13. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1524860>
- Sørensen, T., Lien, L., Landheim, A. & Danbolt, L. (2015). Meaning-Making, religiousness and spirituality in religiously founded substance misuse services—A qualitative study of staff and patients' experiences. *Religions*, 6(1), 92–106. <https://doi.org/10.3390/rel6010092>
- Sørensen, T. & Lien, L. (2022). Significance of Self-Transcendence for Rehabilitation and Relapse Prevention among Patients with Substance Use Disorder: A Qualitative Study. *Religions*, 491(6), 13. <https://doi.org/10.3390/rel13060491>
- Trossamfunnsloven (2021). Lov om tros- og livssynssamfunn (LOV-2020-04-24-31). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2020-04-24-31>
- VanderWeele, T. J., Balboni, T. A. & Koh, H. K. (2017). Health and Spirituality. *The Journal of the American Medical Association*, 318(6). <https://doi.org/10.1001/jama.2017.8136>
- Wyller, V. B. (2015). Elefanten i rommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0343>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy* (M. Solli, Trans.). Basic Books.
- Yalom, I. D. (2003). Existential psychotherapy and religious consolation. A short comment. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 40(11), 936.

Hva føler nordmenn om bærekraftig mat?

Doktorgradskandidat Nienke Böhm brukte tverrsnittstudier og eksperimenter for å undersøke hva nordmenn føler om kjøtt og sjømat, og i hvilken grad disse følelsene henger sammen med valg av bærekraftige alternativer.

I den første artikkelen oppga et representativt utvalg nordmenn hvilke assosiasjoner de hadde til ulike typer kjøtt og sjømat. Kjøtt fra industrielt husdyrhold og jakt vekket mest positive assosiasjoner og ble oppfattet som utbredt, tradisjonsrik mat. Villfisk ble assosiert med fiskeproduksjon og positive helseeffekter, mens oppdrettsfisk hadde negative assosiasjoner, særlig knyttet til manglende kunnskap om denne typen fisk.

I den andre artikkelen viste resultatene at de samme deltakerne var mer villige til å betale for bærekraftige alternativer hvis kjøtt- og sjømatproduksjon vekket sterkere

negative følelser hos dem. Positive følelser hadde ingen sammenheng med betalingsvilje. Hverken positive eller negative følelser hang konsekvent sammen med hvor ofte folk sa at de faktisk kjøpte kjøtt og sjømat.

I den tredje artikkelen testet Böhm om det er mest effektivt å fremheve ulempene med lite bærekraftig sjømatproduksjon eller fordelene med bærekraftig sjømatproduksjon for å øke betalingsviljen for bærekraftig sjømat og støtte til relevante politiske tiltak. Deltakerne som ble bedt om å fokusere på ulemper opplevde sterkere negative følelser, noe som var assosiert med økt betalingsvilje for bærekraftig sjømat og økt støtte til tiltak som fremmer slik sjømatproduksjon.

Basert på funnene mener Böhm at hvis man skal oppfordre folk til å velge mer bærekraftig mat, så bør man ta hensyn til hva de føler om ulike matvarer. 



FOTO: THOR BRØDRESKIFT

Nienke Böhm

Understanding sustainable food choices: The relevance of affect and emotions

Disputas 10.12.2025

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Følelser og livskvalitet i grunnskolen

Doktorgradskandidat og lærer Solrun Samnøy undersøkte grunnskolelæreres opplevelse av sin rolle i å fremme elevenes livskvalitet. I fokusgruppeintervjuer uttrykte lærerne at en del av jobben er å skape et psykologisk trygt miljø, der elevene får mulighet til å uttrykke tanker og følelser og utvikle seg som personer. Samtidig ga lærerne uttrykk for et press om å sørge for at elevene presterer godt på skolen, noe de mente kan gå på bekostning av elevenes livskvalitet og mestring.

For å styrke lærernes evne til å fremme livskvalitet hos elevene utviklet forskningsgruppen programmet KLAPP (Kompetanse i Lærernes Arbeid med Positiv Psykisk helse). I programmet fikk lærerne informasjon om psykologiske behov og ulike perspektiver på følelser, inklusivt

prinsipper i emosjonsfokusert terapi. Lærerne uttrykte at programmet ga dem en større forståelse for sammenhengen mellom psykologiske behov og negative følelser, både hos dem selv og hos elevene, og at forståelsen gjorde det enklere å sørge for at elevene opplever mestring og mening i vanskelige situasjoner i skolehverdagen.

Samnøy analyserte også forståelsen av livskvalitet i *Læreplanverket for Kunnskapsløftet 2020*. I analysen kom det frem at livskvalitet forstås som et resultat av individuelle ferdigheter og evner, en forståelse som i liten grad tar hensyn til elevenes sosiale, kulturelle og økologiske kontekst. Ved å vektlegge de kollektive sidene ved livskvalitet mener Samnøy at skolen kan bidra til å fremme en mer helhetlig forståelse av livskvalitet og mestring. 



FOTO: SILJE KATRINE ROBINSON/UIB

Solrun Samnøy

Rethinking wellbeing: A qualitative exploration of education's potential to cultivate student wellbeing in the Norwegian school context

Disputas 10.12.2025

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

TEKST

Petter Brevik

Profesjonsstudent i psykologi ved Universitetet i Oslo

Elegi over Gaustad

Om steder, psykiatri og det utenkte kjente

Hva mister vi av tenkning, kultur og behandling når Gaustad sykehus trues med nedleggelse?

Det er, rett innenfor innhegningen av Gaustad sykehus, straks man ankommer fra den ofte trafikkerte hovedveien, en tårnbygning som først og fremst ser ut som en kirke, toppet av et langt spir som strekker seg rett opp mot himmelen. Et slags sakralt midtpunkt, har jeg ofte tenkt, når jeg har gått gjennom området på vei til og fra jobb, eller sett bygningen på avstand – et mystikkens hjerte som antagelig forgreiner seg under jorda, løper som blodårer eller nerver til andre sentrale organer: en poliklinikk vestover, en forskningsseksjon litt nord, og så klart de mange døgnpostene.

Omkring – og iblant – disse bygningene, dette hjertet, ligger et tynt, men mett lag med jord, som en hud. Og over det igjen vokser det skog. Trær enkelte pasienter har for vane å snakke med. Som noen opplever at snakker tilbake. Et landskap, både som sted og tanke, hvor det psykiske får rom, ikke bare diagnose. Jeg har ofte tenkt på Gaustad som noe mer enn et sted – som noe levende. Ikke bare bygninger reist i rød murstein, men et system hvor hvert element – tårnet, trærne, grusgangene, benkene i skråningen – inngår i et større indre kretsløp. Det finnes forbindelser mellom dem, som nerver eller kanaler for erfaring. Her finnes steder man trekker seg tilbake til når verden blir for nær, og steder hvor man langsomt kan tre frem igjen. En arkitektur for psyke. Denne kroppen er nå i ferd med å gå i oppløsning.

Det utenkte kjente

Psykoanalytikeren Christopher Bollas skriver i *The Shadow of the Object* (1987) om *the unthought known* – en type kunnskap vi har om verden, om egne erfaringer, om andres, om intrikate forhold og så videre – som vi på et eller annet vis kjenner til før forholdet faktisk er tenkt, eller uten at det noensinne blir tenkt i det hele tatt. Konteksten Bollas er mest opptatt av, er barnets utenkte visshet om sine omgivelser, kanskje spesielt i samværet med mor – det «totale miljøet» (Winnicott, 1963). Men forstått i en bredere forstand kan begrepet også anvendes på aspekter av minner vi ikke tar notis av, alt som forblir «i bakgrunnen» mens vi går og tenker på andre ting, som å være på vei til jobb, der det så å si utgjør kulissene for vår hverdagslige væren: atmosfæren på et bestemt sted, grusgangens

KONTAKT petter-brevik@hotmail.com

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Brevik har jobbet som miljøarbeider på Gaustad, Seksjon for tidlig psykosebehandling, og har utgitt tre skjønnlitterære bøker på Cappelen Damm.

omskiftelige motstand under føttene, en svak hvisking mellom greinene, kirkeklokkens dype klang, den røde mursteinens tyngde under blikket. Kanskje også stillheten mellom trærne – som man er helt sikker på at er der, eller var der, når man husker tilbake til da man selv befant seg der, uten nødvendigvis å tenke over at stillheten kanskje kom fra en selv.

Det er ikke enkelt å operasjonalisere slike «utenkte» – men likevel på et eller annet vis erkjente – inntrykk, for å vurdere effekten av dem, slik vi muligens ville sagt det i helsevesenet, for eksempel i behandlingen av pasienter med psykoselidelser. At slike levde erfaringer har en stor og muligens avgjørende betydning for de fleste menneskers liv, synes imidlertid helt åpenbart. Det gjelder også pasientene i psykiatrien. Kanskje særlig dem. Eller oss alle, på vårt mest sårbare.

Bollas (1987) skriver videre om *the transformational object*, altså et objekt med evne til å transformere spedbarnets selverfaring. Først senere identifisert som mor, så er denne (eller dette?) allmektige Andre en som på et slag – eller med et slag, som om hun veiver rundt med en tryllestav – kan forvandle all håpløshet til glede, all fortvilelse til tilfredshet, og all smerte – enda så navnløs den måtte være – til en lykksalig, jeg ser for meg «svevende», selvtilstand, der barnet oppnår fullstendig harmoni med miljøet, fullstendig harmoni med mor. Selv når barnet senere vokser opp, hevder Bollas, og mor forandres fra den allmektige Andre som er i stand til å forvandle andre, til et menneske med et eget liv og behov, og som kanskje selv behøver forvandling, blir erfaringen værende som et minne, en arkaisk «objektsammensmeltning» som kan gjenerfares i diverse møter med verden. For eksempel i møte med et landskap, en bygning, et musikkstykke, skriver Bollas, eller videre (tenker jeg): et dikt, lukten av barnål, synet av rådyr som traver rundt i fuktig gress, lyden av fugler som synger, eventuelt kjekler over territorier – kort sagt enhver estetisk erfaring som kan sies å innby til en slags total involvering av selvet i et annet, henførende objekt, for der å erfare en slags total sammensmeltning. Eller med Rilke: «if one were to suddenly take me to its heart, I would vanish into its stronger existence».

Selv fremstår diktets jeg hos Rilke (1923/1939) nesten vettskremt av en mulig inkorporering i «engelsens hjerte»:

(...) For beauty is nothing but
the beginning of terror, that we are still able to bear
and we revere it so, because it calmly disdains
to destroy us. Every Angel is terror.

Skjønnheten er altså ikke uten en viss risiko, i hvert fall i de innledende strofene av Duino-elegiene. Muligens er det det å la seg oppsluke av den andre (skjønnheten/engelen) dikterjeget frykter, en bollask forvandling så total at det er en risiko for at selvet går i oppløsning, i det minste fortapes? Eller kanskje tiden etterpå, når det «transformerende» øyeblikket er over, og det forgiengelige jeget må tre ut igjen av sammensmeltningen med den uforgiengelige Andre, gå tilbake til sin egen isolasjon og ensomhet. Hos Rilke er dette spørsmål verdt å dvele ved.

Hos Bollas er det nettopp slike øyeblikk – disse estetiske og ofte ordløse sammensmeltningene – mange vier livet sitt til å søke tilbake til. Og kanskje finnes det rom i psykiatrien hvor slike erfaringer ikke bare er mulige, men nødvendige, enda de ikke har vært uttalt, eller fullt ut erkjent. Jeg tror Gaustad kan ha vært ett av dem.

Kurative omgivelser

Gaustad Asyl, som det da het, ble grunnlagt i 1855 og plassert et lite stykke utenfor byen for å bruke både området og sykehuset selv som et kurativt instrument (Hvattum, 2016). Psykiateren Herman Wedel Major var et drøyt tiår tidligere på rundtur i Europa og bevitnet anlegg skapt ikke for straff, men for behandling. Med hjelp av sin arkitektsvoger Heinrich Schirmer bygde han en «panoptisk modell» (Hvattum, 2016) som skulle tilrettelegge for en behandlingsmulighet der de fysiske omgivelsene i seg selv var viktige faktorer for bedring. Inspirert av de franske psykiaterne Pinel og Esquirol søkte Major et område som oppfylte en rekke fysiske krav: Anstalten måtte ligge for seg selv, og «Bygningens Ydre maa have et venlig Udseende, og alt Fængselsagtigt – saasom høie Mure, tilgittrede Vinduer – maa undgaaes» (Major, 1845, s. 70). Den gamle frasen om at «det er høl i gjerdet på Gaustad, det er derfor du er her» har med andre ord lite rot i de faktiske forholdene, da Major nettopp betydte viktigheten av en anstalt uten «fængselsaktige» murer, eller gjerder. Majors forestilling hadde klare arkitektoniske direktiver (Hvattum, 2016), og retningslinjene ble nedlagt i sinnssykeloven av 1848, Norges første psykiatrilov, der det heter at asylet skal oppfylle betingelser som «en fri og sund Beliggenhed; Anledning til de Syges Sysselsættelse og Bevægelse i fri Luft» (Stortinget, 1848). Landlige omgivelser var altså ikke bare å foretrekke, men lovpålagt som et kriterium for god behandling. Ideen var kanskje at det indre (som sinnet, og kanskje til en viss grad sykdommen) og det ytre (sykehusbygningen, de grønne omgivelsene) ville virke sammen, at deres sammenveving var uunngåelig, og at enhver behandling ikke kunne skje på ethvert sted. Gjennom ro, hvile og kontakt med naturen skulle arkitekturen bidra til å gi pasientene et asyl (eller et tilfluktssted) fra hverdagens laster, lyster og konflikter. Området Gaustad var ikke et tilfeldig valg. Mer enn et spørsmål om hvor det for tiden var plass, handlet det om å skjerme de syke fra unødvendige påkjenninger, slik bylarmen kunne medføre. Kanskje hører vi allerede her lydene av noe som forsvinner, der vår tids psykiatri først og fremst søker tilgjengelig, praktisk areal heller enn kurative omgivelser? Og hva slags «panoptikon» er det som bygges i dag? Er det fortsatt en plass hvor pasientene kan bli sett – og se? Kan det være at 170 år gammel psykiatrisk tenkning overgår vår egen?

Ambivalent natur

Muligens har Gaustad nettopp kunnet tilby ikke bare behandling, men et slags stilltiende forhold mellom

mennesker og omgivelser, hvor grensene noen ganger blir utydelige, kanskje til og med viskes ut. Det er ikke uvanlig at omgivelsene kan virke inn i, kanskje være en del av, noens psykose. En pasient beskrev et ambivalent forhold til skogsområdet på Gaustad, spesielt trærne. Noen dager var trærne glade, sa hyggelige ting til og om pasienten. Andre dager var trærne sinte, nesten hevngjerrige, og kom stort sett med kritikk. I begge tilfeller hjalp det å gi trærne en klem, når pasienten gikk en tur i området, for slik å roe ned skogen, eller for å uttrykke takknemlighet. Eller roe ned sitt eget selv ved hjelp av ytre objekter. For er det ikke noe gjenkjennelig, til og med trygt, ved en grein? Et stykke bark? Lukten av blomstrende epletrær om våren, eller fuktige blader på lindetrærne om høsten. Selv når man ikke har vært der før, med disse bestemte greinene, trærne. Hvor bokstavelig eller metaforisk pasientens dialog med skogen bør forstås, er jeg fortsatt ikke helt sikker på. Men en slik forbindelse – eller samhandling, hvis vi skal følge pasienten helt ut – ser jeg for meg at kunne vært vanskeligere med Sinsenkrysset. Og trolig ikke like trygt.

I diktsyklusen *The Wild Iris* (1992/2021) veksler Louise Glück mellom minst tre ulike perspektiver, så vidt jeg har skjont: vegetasjonen og blomstene på bakken, et menneske som våker over dem, og en guddommelig stemme som igjen er hevet over dem alle. Det ble, etter hvert som jeg leste diktsyklusen, uklart hvem sitt perspektiv det snakkes fra, hvem som tar ordet, og hvem det snakkes til. I diktet «Retreating Wind» står det for eksempel:

When I made you, I loved you.
Now I pity you.

I gave you all you needed:
bed of earth, blanket of blue air – (...)

Your souls should have been immense by now,
not what they are,
small talking things –

Der min umiddelbare fornemmelse tilsier at det er snakk om en guddom som med medynk iakttar «sine» menneskelige skapninger, sin kreasjon, tenker jeg etterpå at det like godt kan være mennesket som snakker med blomstene hun har dyrket, så å si håner sin egen vegetasjon for at den ikke har utrettet mer, latterliggjør plantene for at deres vekst ikke har vært tilstrekkelig. Eller en i overkant kritisk indre instans hos mennesket som kritiserer mennesket selv? Også plantene har sin egen stemme, innimellom mer tydelig, som i diktet «Lamium»:

The sun hardly touches me.
Sometimes I see it in early spring, rising very far away.
Then leaves grow over it, completely hiding it. (...)

Living things don't all require
light in the same degree. Some of us
make our own light

Mennesket – en slags gartner, i det minste for øyeblikket

– fremstår på sin side desillusjonert over verden utenfor hagen, kanskje over andre mennesker i det hele tatt:

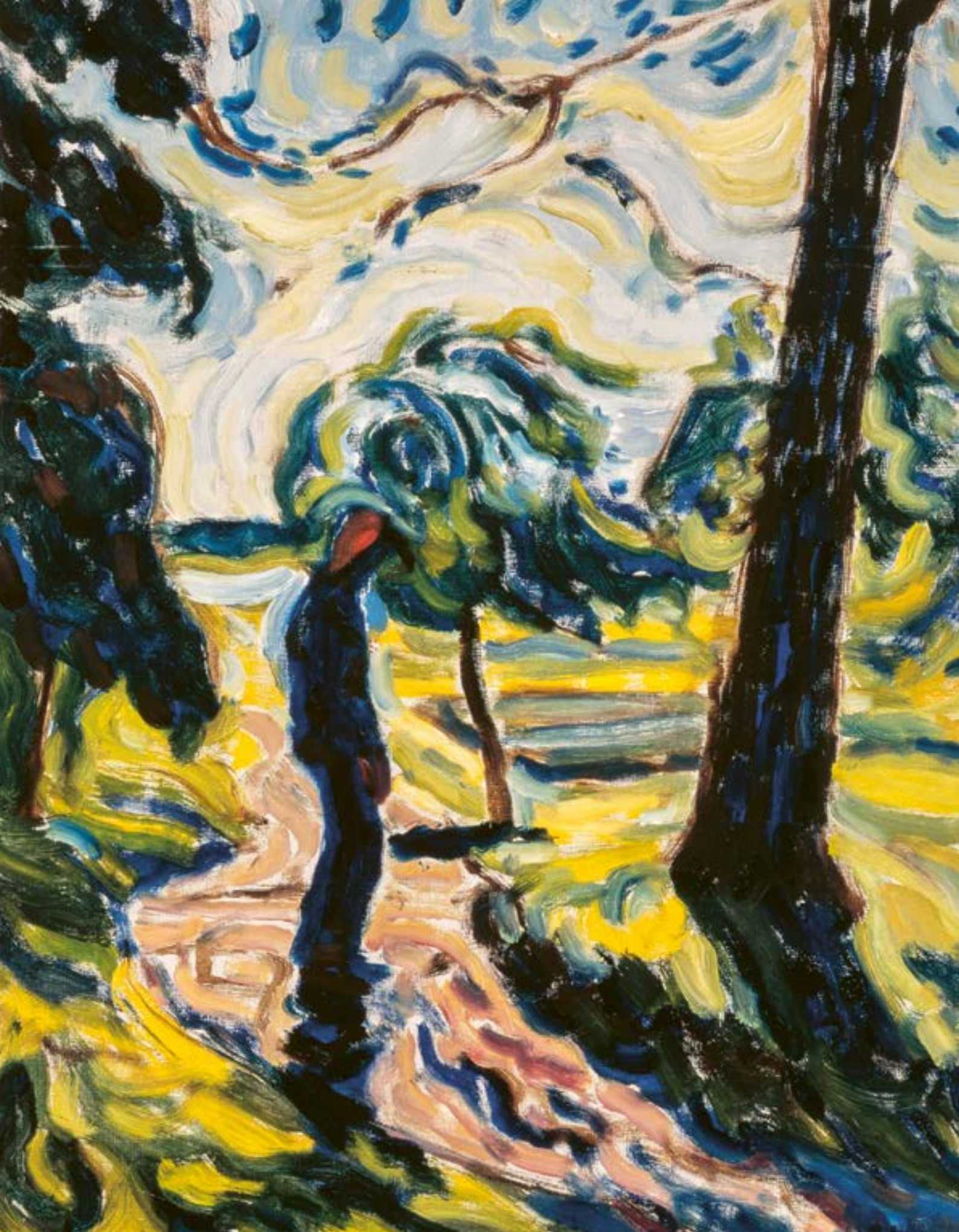
If there is justice in some other world, those like
myself, whom nature forces
into lives of abstinence, should get
the lion's share of all things.

I gartnerens ensomhet (antar jeg) finnes i det minste forbindelsen til naturen, vegetasjonen hun våker møy-sommelig over:

(...) I make
another case – being depressed, yes, but in a sense
passionately
attached to the living tree (...)
Noah says this is
an error of depressives, identifying
with a tree, whereas the happy heart
wanders the garden like a falling leaf, a figure for
the part, not the whole.

Der guddommen fremstår skuffet over menneskene, tilbaketrukken, kanskje distansert fra en urettferdig verden, virker i hvert fall vegetasjonen – disse plantene – å gjenstå for gartneren. Kanskje er det sånn hun håndterer sin depresjon, i det minste forsøker, ved å *identifisere seg med et tre*, som Glück skriver. Og kanskje var det noe lignende som utspilte seg mellom «min» pasient og skogen: en inderlig hengivenhet til omgivelsene fra pasientens side, noe som i fraværet av tillit til andre mennesker ga en plass å hvile i, en ytre instans hun kunne identifisere seg med som ikke krevde stort tilbake. En stamme hun klemte, bark som presset tilbake mot kinnet. En stemme som hørtes fra trekronen, fra røttene, som iblant sa at det var bra, det pasienten foretok seg. Ga en følelse av at hun ikke var så alene.

«Døde» gjenstander som plutselig fremstår levende, eller organiske og anorganiske steder som er utstyrt med menneskelignende kvaliteter, og som virker å aktivere noe i individet, er heller ikke uvanlig verken i psykoselidelser eller i kunsten. *Solaris* (1961/1974), skrevet av Stanislaw Lem, senere filmatisert av Andrej Tarkovskij (1972), tar for seg rompsykologen Chris Kelvins reise til en antatt ubeboelig planet – ubeoelig fordi de som bor der, drives til vanvidd og/eller selvmord. Planeten, dekket av hav, har en underlig tendens til å bringe de mest plagsomme av dens menneskelige beboeres indre objektrelasjoner til kroppslige manifestasjoner. På reisen konfronteres Kelvin spesielt av den fysiske legemliggjøringen til en ekskjæreste som tok livet sitt, og som Kelvin bærer på en kanskje bunnløs skyld overfor. Denne versjonen av ekskjæresten viser seg å være totalt avhengig av Kelvin, kan omtrent ikke puste uten å være i samme rom som ham. Hvor bevisst Kelvin har vært sin skyldfølelse frem til dette, fremstår uklart. Men en mulighet er at det planeten gir tilbake, ganske enkelt er det bæreren strider mest imot at skal skride frem – kanskje det aller mest undertrykte. I bollask forstand: *The unthought known* gitt form; en ekskjæreste som var (og nå er) totalt avhengig av deg, som ikke kan leve uten at du ser henne, og



hvis død vil være fullstendig din skyld.

Kelvin må erfare skylden igjen og igjen. Kanskje er dette romanen på sitt mest dystre, men trolig er det her en mulig endringsprosess ligger, ettersom Kelvin gjentatte ganger tvinges til å forhandle med sin døds lengtende kjæreste, og dermed også sin skyld. Hans *transformational object* er riktignok et som omslutter ham, gir ham opplevelsen av å smelte sammen med et objekt, men uten at dette gir noen særlig tilfredsstillelse. Han betrakter henne etter hvert som nokså plagsom. I så tilfelle blir stedet (Solaris) – en tilsynelatende ytre struktur – et konkret medium for transformasjon, hvor det mest undertrykte, «uerkjente tenkte», gis en form som må avtvinge affektiv kontakt og eksistensiell erkjennelse, begge deler utfordringer Kelvin kanskje har holdt på avstand.

Noen varm og resonnerende terapeut er Solaris imidlertid ikke. Avslutningsvis postulerer Kelvin at planeten fortsatt bare er i en tidlig utviklingsfase, en enorm intelligens i sine første leveår, og at de (solaristene) bare har foretatt seg fortegnelser «over hans spebarnsreflekser» (Lem, 1961/1974, s. 184). Planeten kan sann sett sies å være enda mer fundamentalt speilende enn først antatt – blottet for noen større agenda eller bakenforliggende plan. Når det transformative objektet (Bollas, 1987) ikke gir noen trygg resonans, men heller gjengir materialet på et nivå uten markert speiling (Fonagy et al., 2002), blir responsen kanskje umoden, overveldende. Blind.

En lignende vanske kan kanskje finnes i å sette ord på tapet av betydningsfulle steder. I min oppvekst tilbragte jeg så å si alle somrene på Farstad, like utenfor Molde, så tett på Atlanterhavet som man kommer, og også en del somre og ferier etterpå, frem til eiendommen ble solgt for noen år siden. Når jeg tenker tilbake på barndommen min, eller somrene der, er det ikke stedet som dominerer. Det er menneskene, interaksjonene mellom dem, mellom oss, det sosiale, og alle følelsene som preget disse forholdene. Selve stedet har av en eller annen grunn blitt stående i noen grad i bakgrunnen. I mitt tilfelle var Farstad også stedet der jeg ble fortalt om et dødsfall i nær familie, hvor jeg – etter å ha vært og badet, og vinden i mellomtiden hadde kastet alle mine Donald- og Pondusblader på sjøen – umiddelbart begynte å legge disse bladene ut på en plating, så de kunne tørke i solen. Annet falt meg foreløpig ikke inn.

Farstad var også stedet der jeg daglig spilte fotball med brødrene mine, dro ut og fisket, hørte på radio, satt ute i solen. Og hvor jeg vet så godt at så mye kunne vært annerledes hvis det hadde funnet sted en annen plass. Noe som gjør det til enda et sted jeg muligens har tatt for gitt, og som unektelig har vært uløselig vevd sammen med min egen tilblivelse, eller min fortelling om hvem jeg er. Farstad var kanskje ikke et behandlingsrom, men bar i seg noe av det Winnicott (1971/2005) kalte et *potential space* – et slags overgangsrom som har sin opprinnelse mellom mor og spedbarn (Winnicott, 1971/2005), der det indre, fantasifulle og tidvis «irrasjonelle» kan sameksistere med det ytre (og formodentlig objektive), uten at den ene sannheten opphever den andre. I et slikt overgangsrom kan to verdener bli én.

Likevel: Kanskje er ikke naturområdet Gaustad et så sentralt omdreiningspunkt for pasientene som jeg kan ha en tendens til å antyde, i hvert fall ikke eksplisitt, og ikke sett opp mot alt annet de trolig har å streve med. For eksempel var jeg ikke der da den tidligere nevnte pasienten ble skrevet ut. Jeg vet ikke om hun da igjen klemte trærne, takket for oppholdet og oppsummerte hva pasient og omgivelser hadde betydd for hverandre. Antageligvis ikke. Kanskje var forholdet blitt for nært. Kanskje er det slik Julia Kristeva (1980/1982) skriver om abjeksjon, en slags beskyttende impuls, ikke mot det skitne, urene eller uredelige i seg selv, men mot det som forstyrrer vårt system, vår identitet og orden i en slik grad at grensene mellom subjekt og objekt faller sammen. Viskes ut. Hvor meningen kollapser. Muligens hadde en for nær kontakt med skogen, med trærne, fått pasienten til å ønske seg vekk derfra fortest mulig. Kanskje oppstår en sånn nødvendig frastøtning – en slags løsrivelse – ikke fordi stedet plutselig har blitt uten betydning, men fordi det nettopp har fått for stor plass, for mye påvirkning, og dermed har blitt overveldende. Nesten uutsigelig. Slik Farstad kan ha vært for meg. Ikke fordi det var smerte der, men fordi stedet selv holdt fast ved en tid jeg ikke lenger visste hvordan jeg skulle romme. Kanskje var det nettopp derfor det ikke kom med når jeg husket tilbake – ikke fordi det var uten betydning, men fordi det var for betydningsfullt. Et landskap som holdt meg uten å si et ord.

Kanskje er det også derfor omgivelsene til Gaustad sjelden nevnes eksplisitt av pasientene. Ikke fordi det manglet betydning, men fordi det kan ha betydd for mye. Fordi stedet – med trær som kan klemmes, som kan romme – en liten stund har fungert som et hjem, en levende, samlende organisme; en erkjennelse som kanskje er overveldende. Etter utskrivelsen skal det jo helst være over. Borte for alltid. For hvor smertefullt kan det ikke være å vedkjenne seg hva et tapt sted faktisk har holdt? Og hvor lite av det som følger med videre?

Hjem

Det finnes mange måter å sørge over tapte steder på. Muligens skjer det i form av en lengsel som ikke helt lar seg plassere, et savn tilbake til noe som var annerledes «den gang da ...». Kanskje er dette fornemmelsen T.S. Eliot forsøker å gripe i åpningen av *The Waste Land* (1922/1925), hvor dikterjeget sørger over et våryrt landskap som viser seg å være dødt:

April is the cruellest month, breeding
Lilacs out of the dead land, mixing
Memory and desire, stirring
Dull roots with spring rain.

Med en allusjon til prologen i *The Canterbury tales* (1392/1964) vendes Chaucers vårlige optimisme («When April with his showers sweet») til en april som er «den grusomste» av alle måneder. Vegetasjonen hos Eliot vekkes riktignok til live igjen, men syrinene som avles frem i dette golde landskapet, er ikke levende – ikke slik

de har vært. Gjenoppstandelsen er bare på liksom, en billig kopi av det virkelige, slik det kan huskes, iblandet et begjær som muligens forvrenger sannheten. Det er et dikterjeg som ikke er helt sikker, ikke på hva det ser, eller hvordan det en gang var. Eliots forteller vandrer gjennom en slags minnenes ruiner – ikke så ulikt mitt Farstad, eller endatil Gaustad – og kjenner seg ikke helt igjen. Kanskje får jeg noe av den samme fornemmelsen av å forestille meg Gaustads nedlagte psykiatriavdelingens videre ferdsel til Sinsen: at det er som en gjenoppstandelse bare på liksom.

Syrinene representerer her en tvetydighet. Enda de er vakre, spirende og fylt av ungdom forbindes de nødvendigvis med død. Ved å reintrodusere liv i et ørkesløst landskap dømmer april paradoksalt nok syrinene til døden. Å være gud hos Eliot er samtidig å være bøddel. Også det vakre må dø. Det bør nevnes at *The Waste Land* er skrevet på bakgrunn av en kultur i krise, like etter første verdenskrig, hvor brudd, polyfoni og slike ovennevnte «forvrengte» allusjoner gjenspeiler enkeltmennesket som har mistet en klar, stringent fortelling om seg selv. Eller som det heter hos Yeats (1920/1992), i en setning som vel også kan sies å beskrive den opplevde selvfragmenteringen hos en del pasienter med psykose: «the centre cannot hold». Og uten de viktige stedene omkring oss – det totale miljøet (Winnicott, 1963) – som kan tilby oss stabilitet i urovekkende tider, hva skal holde oss da? Hva skal tilby et hjem?

Få begreper fanger betydningen av omgivelse på samme måte som *hjem*. I ordet ligger den implisitte erkjennelsen av hvilken enorm makt det ytre kan ha over det indre. Anså den ovennevnte pasienten skogen som en kilde til ro? Følte hun seg hjemme blant trærne? Og tenkte hun etter hvert på avdelingen som et slags andre hjem? Det første hjemmet er naturligvis moren, vår alles første kontakt med noe i oss selv, deretter noe utenfor. En våt, seig masse som støter mot huden, hvor all utvikling finner sted, en beholder ingen ville overlevd uten. I *Averno* (Glück, 2006/2021) fortelles det om Persefone – som bortføres til underverdenen av Hades – og gudinnen Demeter («Moder Jord»), som blir så sønderknust over tapet av datteren at hun nekter all føde å komme frem fra jorden. Demeter gråter, sulten brer seg. Omsider sendes Hermes ned til Hades og henter Persefone opp igjen. Hades tillater henne å dra, så lenge hun er hos ham en tredjedel av året, det vi kaller vinter. Glück skriver:

(...) Persephone
returns home

stained with red juice like
a character in Hawthorne –

I am not certain I will
keep this word: is earth
«home» to Persephone? Is she at home, conceivably,
in the bed of the god? Is she
at home nowhere?

Er Persefone egentlig hjemme noe sted? Og hørte hun virkelig hjemme i Demeter? Var jeg hjemme på Farstad, eller førte en motstand mot å godta dette «hjemmet» som mitt eget til at jeg abjiserte følelsen, skjov det hele unna, det som ble for nært? Var pasienten hjemme blant trærne, på avdelingen? Og hvordan ville hun forholdt seg til omgivelsene dersom hun istedenfor var innlagt på Sinsenkryssset? Kunne rundkjøringen vært et overgangsområde på samme måte som Gaustad?

For hjertet er kroppen det første – og eneste – hjemmet. Kanskje kan forholdet betegnes som et direktiv av retning: Ut til kroppen sendes det blod, og fra kroppen tas det blod inn igjen. Siden lever kroppen, som et totalt miljø hjertet aldri får definere seg uten. En støtte som alltid er der, synes det som.

Men før eller siden, som etter en eller annen (sykehus) bestemmelse, stopper den stampende bevegelsen, opphører selve grunnbetingelsen, den mest elementære forbindelsen og kroppen – ikke lenger ledsaget av sin livgivende kompanjong – mister all kraft. Det er ikke lenger noen hånd å løfte, ingen muskel igjen å spenne. I Gaustads gamle hovedbygning – med tårnet, omkranset av trær, nå ikke lenger tett bevoktet av skog – finnes det stadig et lite kapell, med buede vinduer og et høyt takrom.

Ingen kropp lever for alltid. Naturligvis ikke. Enn så lenge lever det psykiatriske sykehuset Gaustad videre i uvisshet. På lånt tid, som man sier. Frem til dommen har falt. Muligens gjenstår det ikke annet enn å sørge, være i forkant av tapet. Gråte litt over en gammel mursteinsbygning som for visse pasientgrupper har gjort sitt. Eller den lille skogen som ikke lenger vil huse dem, trær som ikke lenger kommer til å bli klemte. Kanskje minnes den knapt hørbare lyden av rådyr som lister seg gjennom skogen, ikke lenger vevd sammen med disse pasientenes blikk, deres kontakt. Tenke tilbake på en storslagen arkitekturpsykiatrisk historikk, fylt opp av mulige rom som aldri ble til. 

REFERANSER

- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. Columbia University Press.
- Chaucer, G. (1964). *The Canterbury Tales* (D. Wright, Overs.). Barrie & Rockliff (Barrie Books Ltd). (Opprinnelig utgitt 1392)
- Eliot, T. S. (1925). *The Waste Land*. Faber & Gwyer. (Opprinnelig utgitt 1922)
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Glück, L. (2021). *Averno*. I L. Glück, *Poems 1962–2020*. Penguin Classics. (Opprinnelig utgitt 2006)
- Glück, L. (2021). *The Wild Iris*. I L. Glück, *Poems 1962–2020*. Penguin Classics. (Opprinnelig utgitt 1992)

- Hvattum, M. (2016). Major og Schirmers Gaustad. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2016/07/medisinsk-historie/major-og-schirmers-gaustad>
- Kristeva, J. (1982). *Powers of Horror: An Essay on Abjection* (L. S. Roudiez, Overs.). Columbia University Press. (Opprinnelig utgitt 1980)
- Lem, S. (1974). *Solaris* (H. Braarvig & O. I. Sopp, Overs.). Gyldendal Norsk Forlag. (Opprinnelig utgitt 1961)
- Major, H. W. & Schirmer, H. E. (1845). Forslag til et Sindsyge-Asyl for Norge. *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 7–10, 49–74.
- Stortinget. (1848). *Lov om Sindsyges Behandling og Forplejning* (Stortingsforhandling). 6. del, 582–584.

- Tarkovskij, A. (Regissør). (1972). *Solaris*. Mosfilm.
- Rilke, R. M. (1939). *The Duino Elegies* (E. Leishman & S. Spender, Overs.). Hogarth Press. (Opprinnelig utgitt 1923)
- Winnicott, D. W. (1963). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. I M. M. R. Khan (Red.), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (s. 179–192). Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and Reality*. Routledge Classics. (Opprinnelig utgitt 1971)
- Yeats, W. B. (1992). *The Second Coming*. I *Collected Poems*. Vintage. (Opprinnelig utgitt 1920)

TEKST

Stian Solem

Institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Psykoterapi og problematiske kakediagrammer

Kakestykkene får det til å se ut som de ulike faktorene gir effekt uavhengig av hverandre.

De fleste norske psykologer har fått opplæring med presentasjon av kakediagrammer som skal oppsummere og illustrere hvilke faktorer som er viktige for terapiutfall basert på psykoterapiforskning. Det første publiserte kakediagrammet (Lambert, 1992) illustrerte hvor mye av endringen som kan forklares av fellesfaktorer (30 %), placebo/forventninger (15 %), spesifikke faktorer (15 %) og utenomterapeutiske faktorer (40 %). Senere har Lambert publisert lignende kakediagram, men erstattet da fellesfaktorer med terapeutisk allianse (Asay & Lambert, 1999). Figur 1 viser tre av kakediagrammene som ofte brukes i undervisningen. Kakediagrammene har blitt en måte å illustrere at det er fellesfaktorene som er viktige i terapi, og at spesifikke behandlinger/teknikker ikke har særlig betydning (Wampold, 2001). Fellesfaktortankegangen kommuniserer at ulike terapier får omtrent like utfall, fordi de har en felles samling av kurative prosesser. Fellesfaktorer blir da sett på som egenskaper ved pasienten, terapeuten, endringsprosesser, behandlingsstrukturer og relasjonen som vil gjelde på tvers av ulike terapier. I artikkelen går jeg gjennom hva slags forskningsgrunnlag diagrammene er basert på.

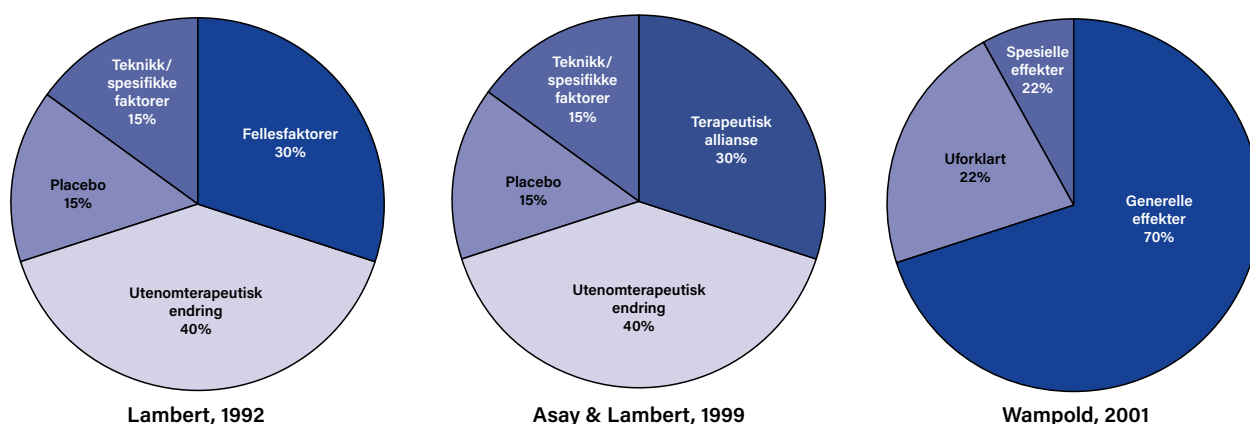
Det første kakediagrammet fra Lambert i 1992 viste til at estimatene var hentet fra et bokkapittel publisert i 1986 (Lambert et al., 1986). Det kan tyde

KONTAKT stian.solem@ntnu.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

FIGUR 1

Kakediagrammer som skal illustrere hva som gir endring i psykoterapi



på at diagrammet er basert på ganske gamle studier. Kapittelet tok utgangspunkt i flere metaanalyser fra 70-tallet om at psykoterapi er effektivt, også sammenlignet med placebo. I gjennomgangen påpekte han at metaanalyser har positive og negative sider ved seg, og at man bør vurdere nøye instrumentene som brukes til å måle utfall. Lambert refererte også til en metaanalyse (Shapiro & Shapiro, 1982) som fant at varianter av kognitiv atferdsterapi (KAT, eng. CBT) ga bedre utfall enn andre terapier, men konkluderte likevel med dodo-dommen (the dodo verdict: at alle terapier gir lik effekt). Det er få tall i Lamberts gjennomgang, så det er vanskelig å forstå hvordan han har brukt kapittelet fra 1986 som referanse for kakediagrammet, og hvordan han har beregnet størrelsen på kakestykkene.

Wampolds bok om psykoterapidebatten

Wampolds bok *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings* (2001) har imidlertid en grundig gjennomgang av hva som er grunnlaget for hans kakediagram (se figur 1, diagram til høyre). Wampold omtalte at psykoterapifeltet fikk en utfordring på 50-tallet som følge av Eysencks (1952) gjennomgang av behandlingsstudier på psykodynamisk og eklektisk terapi. Eysenck konkluderte med at psykoterapi ikke er mer effektivt enn spontan bedring. Wampold viste til at Smith og Glass (1977) kom psykoterapien til unnsetning i sin metaanalyse, da de fant en uvektet effektstørrelse på 0.68. Noen år senere fant Smith et al. (1980) at effektstørrelsen hadde økt til 0.85. Wampold refererte så til flere påfølgende metaanalyser og at effektstørrelsen gjerne lå på omtrent 0.80. Det vil si at 14 % av utfallet av psykoterapi kan forklares av at pasientene fikk psykoterapi (sammenlignet med ingen terapi).

Videre vurderte Wampold (2001) metaanalyser av effekten av ulike behandlingsformer og konkluderte med en mellomgruppe-effektstørrelse på 0.00 til 0.01.

Han mente derfor at det ikke er noen forskjeller mellom terapier. Det var imidlertid flere funn som tyder på at det kan eksistere viktige forskjeller. For eksempel hadde kognitiv terapi en effektstørrelse på 1.3, mens *developmental psychotherapy* hadde effektstørrelse på 0.4 og gestaltterapi på 0.3. Effektstørrelsene ble beregnet i sammenligning med ingen behandling. Forskjellene ble bortforklart med at kognitiv terapi hadde mer reaktive utfallsmål, altså at måleinstrumentene var mer sensitive for endring.

Videre beskrev Wampold (2001) at spesifikke terapiteknikker forklarer 0 % av terapiutfall, mens placebo (som kan være vanskelig å definere i psykoterapiforskning) forklarer 4 %. Grunnlaget for konklusjonen hans om spesifikke teknikker var komponentstudier der man sammenligner en type behandling med samme behandling, men legger til eller fjerner et element i den ene betingelsen. Komponentstudiene han inkluderte, var imidlertid nesten utelukkende på CBT, der det som er lagt til, er progressive muskelavspenningsøvelser. Noen har også lagt til religiøs innhold eller sosial støtte, men det er sjelden at de har funnet særlig effekt av dette. Men å gå fra disse komponentstudiene av CBT til å si at spesifikke teknikker ikke har noe å si for all psykoterapi, må vel være en overgeneralisering?

Når det gjelder allianse, konkluderte Wampold (2001) med at den forklarer 5 % av terapiutfall. Her viste han til en metaanalyse av Martin et al. (2000), hvor korrelasjonen var på 0.22. Estimert virker å være basert på gjennomsnittet av ukontrollerte korrelasjoner (som ikke kontrollerer for andre relevante faktorer).

Wampold (2001) diskuterte deretter *allegiance*, som handler om en form for lojalitet, dedikasjon eller troskap til noe. I boken blir det definert som i hvilken grad terapeuten som gir behandlingen, tror på at terapien er effektiv. I metaanalysene har *allegiance* blitt operasjonalisert på ulike måter, for eksempel som måten hypotesen ble formulert på (at man forventet at behandling A ville

være bedre enn behandling B), som forsøk på å finne statistisk signifikante resultater i sekundære analyser, eller som positiv omtale av en type behandling. En annen måte å operasjonalisere allegiance på er å se på forfatterlisten. Wampold viste da til at i studier på self-statement modification var effektene større når en viss person var medforfatter enn når han ikke var det. Hinner man da til forskningsjuks, eller kan det handle om bedre opplæring i studier hvor den som utviklet behandlingsformen, er med? Wampold viste til at flere (men ikke alle) metaanalyser har funnet allegiance-effekter, og at størrelsen på effekten har gått opp til 0.65 (Berman et al., 1985). Basert på dette estimatet konkluderte Wampold med at 10 % av all psykoterapi blir forklart av slike effekter. Når man derimot ser nærmere på studien til Berman et al., var den begrenset til studier som sammenlignet kognitiv terapi med systematisk desensitivisering, så igjen – kan dette vurderes som en mulig overgeneralisering?

I sin diskusjon om *adherence* (etterlevelse, en indikator på at terapeuten følger manualen) konkluderte Wampold med at at etterlevelse ikke har noe med utfall å gjøre. Det kan fort tolkes som at man ikke trenger å følge manualen, man kan gjøre som man vil. Jeg tenker etterlevelse i randomiserte kontrollerte studier (RCT) bør ligge veldig nær 100 %. Hvis manualen for kognitiv terapi ved depresjon spesifiserer at man skal utfordre negative automatiske tanker, men terapeuten lar være å gjøre det, er det da fortsatt kognitiv terapi?

Wampold (2001) påpekte at terapeutens kompetanse i en gitt behandlingsform kan operasjonaliseres annerledes enn etterlevelse, og at kompetanse er viktigere. Dette minner meg om en historie jeg fikk fortalt fra internklinikken ved NTNU. Studentterapeuten hadde en pasient med panikkklidelse og hadde tydeligvis lest seg opp på anbefalte atferdseksperiment. Veileder beskrev en terapisisuasjon der studentterapeuten plutselig reiste seg og uten noen forklaring begynte å snurre pasienten rundt i stolen. Her skulle man tydeligvis teste ut indusering av svimmelhet, men hverken pasient eller veileder hadde kjennskap til at det var planen. Vil man da si at terapeuten har utvist etterlevelse? Men ikke kompetanse? Wampold oppsummerte forskningen på kompetanse med å si at 6–9 % av utfall forklares av terapeutfaktorer. Det er absolutt et vesentlig poeng, og det er viktig å forske på hva som gjør at noen terapeuter er mer/mindre effektive. Nyere forskning har imidlertid foreslått at institusjonseffekter (altså hvor du jobber) er mer betydningsfullt for utfallet av terapien enn terapeuteffekter (Deisenhofer et al., 2025).

I siste kapittel oppsummerte Wampold (2001) gjennomgangen med at spesifikke effekter forklarer på det meste 8 % av terapiutfall, generelle effekter (fellesfaktorer) 70 %, mens 22 % forblir uforklart. Wampolds bok avslutter med mange anbefalinger for feltet vårt. Han mener vi burde begrense mengden RCT-forskning og heller sette søkelys på behandling i den virkelige verden. Videre anbefaler han at vi fokuserer mindre på behandlingsmanualer, og at terapeuter bør trenes opp i fellesfaktorer fremfor spesifikke teknikker. Man bør monitorere behandlingsløp, og pasienter bør velge den

beste terapeuten. Hvordan man kan finne den beste terapeuten, er imidlertid noe uklart.

Kakediagrammene til Lambert (1992) og Wampold (2001) er basert på ganske gamle behandlingsstudier, men også nyere forskning har forsøkt å sammenligne betydningen av spesifikke faktorer med fellesfaktorer. For eksempel fant Cuijpers et al. (2024) at utenomterapeutiske faktorer forklarte 59 %, fellesfaktorer 22 % og spesifikke faktorer 20 %. Med andre ord ble det nå hevdet at spesifikke og ikke-spesifikke faktorer (fellesfaktorene) var omtrent like viktige. Samtidig ser man at det er stor uenighet i størrelsen på de ulike prosenttallene.

Debatten i Psykologtidsskriftet

En debatt om fellesfaktorer og spesifikke faktorer gikk også i Psykologtidsskriftet for et tiår siden. Kjøbli og Ogden (2013a) skrev at forskning tydet på at fellesfaktorer spiller en vesentlig mindre rolle enn tidligere antatt, men at både spesifikke faktorer og fellesfaktorer må anses som viktige. Forfatterne skrev videre at diskusjonen kan ha vært uheldig for fagfeltet, fordi debatten har blitt dikotomisert og skapt polarisering. Den kan slik ha bremset fagutviklingen og hindret utveksling av kunnskap mellom fagmiljøer, noe som kan ha gått ut over pasientene. I et motsvar ble det påpekt at Kjøbli og Ogden begrenset fellesfaktorer til kun å gjelde allianse, mens begrepet rommer mye mer (Nissen-Lie et al., 2013). Til deres forsvar kan man jo påpeke at første gang Lambert (1992) publiserte kakediagrammet sitt, ble 30 % forklart av fellesfaktorer, men senere ble fellesfaktorer erstattet av begrepet terapeutisk allianse (Asay & Lambert, 1999, se figur 1).

Moltu (2013) imøtekom Kjøbli og Ogden på at terapeuter trolig har brukt Wampolds bok som argument for å praktisere terapi som de alltid har gjort. Moltu påpekte at det kan være utfordrende å basere seg på enkeltartikler og lure å lese oppsummeringer. Her er vi litt uenige. Jeg tenker at det ikke er enten-eller, og at man bør se på alle typer evidens. Jeg er skeptisk til mye av det som gjøres av metaanalyser (Solem, 2025), og synes det er viktig å se på *både* enkeltstudier og metaanalyser. Ved å gå nærmere inn på enkeltstudiene kan vi lettere forstå hvorfor noen finner stor effekt, mens andre finner liten/ingen effekt.

I et annet motsvar fra Nissen-Lie et al. (2013) ble det advart mot å hevde at noen behandlinger/teknikker har bedre effekt enn andre, og de brukte angstbehandling som et eksempel. Forfatterne skrev at eksponering for personer med angst kan ta mange former, som stolarbeid eller overføringsarbeid, og viste til at «alle behandlingsformer som er ment å ha terapeutisk effekt mot angst, er omtrent like effektive». Referansen de brukte (Benish et al., 2008), er en metaanalyse av studier av personer med posttraumatisk stresslidelse (PTSD), altså ikke alle angstlidelser, og omtrent alle av de inkluderte studiene er ulike varianter av CBT. En nyere metaanalyse av PTSD fant derimot at det kan være meningsfulle forskjeller mellom ulike behandlinger (Jericho et al., 2022). I motsetning til

— Jeg tenker at det ikke er enten-eller

metaanalysen fra 2008 hadde Jericho et al. (2022) med nyere studier fra og med 90-tallet og plasserte ikke alle mulige behandlingsformer i én gruppe.

En utfordring med dodo-dommen for oss som driver med forskning eller behandling av personer med tvangslidelse (OCD), er at det foreligger få eller ingen studier på andre behandlingstilnærminger enn ulike typer CBT. Da kan vi ikke vite noe om hva slags effekt andre typer behandling har for OCD, og det vil være en overgeneralisering å hevde at dodo-dommen gjelder også her.

Både Moltu (2013) og Nissen-Lie et al. (2013) påpekte det jeg tror de fleste er enige i, inkludert Kjølbi og Ogdén, nemlig at fellesfaktorer og spesifikke teknikker henger sammen, og at man ikke bør sette disse opp mot hverandre. I Kjølbi og Ogdén (2013b) motsvar til motsvarene beskrev de at Moltu viste forståelse for hva de faktisk forsøkte å formidle, og at det i stor grad handler om hvordan Wampolds resultater ofte blir forstått og kommunisert. Underforstått vil det da si at spesifikke faktorer betyr minimalt i forhold til den terapeutiske alliansen og andre fellesfaktorer når en skal forklare endring i psykoterapi.

Dodo-kritikere

Det er flere som har kritisert grunnlaget til dodo-dommen. Crits-Christoph (1997) tok for seg noe av det metaanalysen til Wampold et al. (1997) bygget på. Han viste til at enkelte av de inkluderte studiene ikke fant bedring i det hele tatt. Han stilte også spørsmål rundt hva man skal bruke som utfallsmål (primære eller sekundære utfallsmål). For eksempel har noen målt bedring for personer med OCD ved å bruke spørreskjema for depresjonssymptomer. Videre påpekte Crits-Christoph at de fleste studiene var CBT-studier, som gjør det vanskelig å uttale seg om forskjeller mellom ulike terapiretninger generelt. Han fremhevet også at Wampolds analyse knapt inkluderte noen av de mest vanlige formene for psykoterapi. Kun fire omhandlet psykodynamisk terapi, tre om behandling av barn og unge og ingen om familierapi. Dermed tuftes Wampolds dodo-dom i stor grad på CBT versus CBT-studier, og gjerne med deltakere som ikke engang har en psykisk lidelse. Videre viste Crits-Christoph til at kun 45 % av studiene som ble inkludert, hadde deltakere med påvist psykisk lidelse. De andre hadde utvalg med milde symptomer. Han var derfor skeptisk til konklusjonen til Wampold et al. (1997) om at resultatene har «profound implications for research and practice». Crits-Christoph (1997) skrev at det kan godt tenkes at

dodo-dommen er korrekt, men at vi mangler evidens for å slå dette fast for alle psykiske lidelser og behandlinger.

Chambless (2002) argumenterte i samme gate. Hun advarte mot å konkludere med at det ikke er forskjell mellom to behandlingsformer for en gitt lidelse. Chambless viste også til en metaanalyse (Luborsky et al., 1999) som kom fram til samme konklusjon som Wampold. Men hun trakk fram at Luborsky et al. (1999) inkluderte ni studier som sammenlignet psykoterapi med medisiner, og lurte på hvordan slike studier kan hjelpe oss med å si noe om hvorvidt psykoterapier har samme effekt. Videre viste hun til at metaanalysen også inkluderte studier med betingelser som kombinerer psykoterapi med medisiner, noe som gjør at man ikke vet hva som faktisk hjalp.

Chambless (2002) var også bekymret for at terapeuter vil gå ut fra at de kan gjøre hva slags psykoterapi som helst for hvem som helst basert på dodo-dommen. Hun brukte eksempel fra forskning på OCD-behandling, hvor eksponeringsterapi ble sammenlignet med progressiv muskelavslapning i fire studier. Alle studiene fant at eksponering ga bedre effekt. Derfor mente hun at det ikke ville være riktig å gi denne gruppen muskelavspennings-terapi. På samme måte stilte hun spørsmål ved om man bør gi interpersonlig terapi for OCD. Siden det ikke var noen studier på det, er det vanskelig å si at man bør gjøre det. Hun argumenterte også for at metaanalyser som kombinerer alle typer behandling og typer klienter, ikke vil være informative for en kliniker, men heller misledende. Hun påpekte at det vil være vanskelig å få tilstrekkelig mengde data til å sammenligne alle de vanligste behandlingene for alle typer psykiske lidelser, og at før vi har det, er det for tidlig å konkludere.

Beutler (2002) slo litt mer på stortrommen og konkluderte med at dodo-dommen er utdødd. Han kritiserte også Luborsky et al. (2002) sin gjennomgang av metaanalysene, fordi alle pasienter blir sett på som en homogen gruppe og 150 ulike behandlinger blir krympet ned til fem kategorier. Ved å gjøre dette har man på forhånd antatt at alle pasienter er like, og at alle behandlinger er like. Da er det heller ikke rart at man kommer frem til konklusjoner som støtter dodo-dommen.

Diskusjon

Jeg har en tendens til å tvinge ting inn i fotballmetaforer. Å diskutere hvorvidt fellesfaktorer eller spesifikke faktorer er viktigst for utfallet, blir litt som å si at det enten er formasjonen til fotballaget, den fysiske formen

deres, de tekniske ferdighetene, eller hvor samspilte de er, som vil være den eneste avgjørende faktoren for resultatet i kampen. Det vil være vanskelig å isolere effekten til én slik faktor. Et fotballresultat er ikke bare en konsekvens av om formasjonen er 4-4-2 eller 4-3-3. Det er også forskjell på om du skal spille mot Barcelona eller Brann. Og det er forskjell på om laget ditt er Liverpool eller Lyn. Derfor er jeg også uenig i Wampolds (2001) konklusjon om at terapeuter bør trenes opp i fellesfaktorer fremfor spesifikke teknikker. Jeg tenker man må trenes i begge deler, på samme måte som fotballspillere ikke kun trener kondisjon.

Wampold (2001) mente funnene som indikerer lik effekt på tvers av behandlingsformer kunne bety to ting: enten at de (studiene? terapiene? behandlingene?) inneholder like effektive ingredienser, eller at ingrediensene er ganske like (som to Aspirin med ulik farge). Dette er også kjent som «purple hat therapy» og viser til påstanden om at en behandlingsform er unik hvis man har satt en lilla hatt på terapeuten. Bildet har ofte blitt brukt på EMDR, hvor øyebevegelsene blir sett på som den lille hatten, og at behandlingen egentlig er vanlig eksponeringsterapi. Jeg mener det også kan være et tredje alternativ, nemlig at de fleste metodevalgene som ble gjort i studiene som ligger til grunn for Wampolds (2001) konklusjon, gjør at det blir umulig å oppdage særlige forskjeller. Det er fordi alle mulige behandlinger for alle mulige lidelser (og ofte personer uten psykiske lidelser) sauses sammen.

Implikasjoner av kakediagrammene

Kjøbli og Ogden (2013a, 2013b) samt Moltu (2013) var alle inne på at dodo-dommen kan ha utilsiktede konsekvenser. Det kan bli en slags hvilepute der man i mer eller mindre grad ser bort fra et faglig forankret teoretisk rammeverk som informerer terapien. Wampold (2001) hevdet at noen tolker det som at *anything goes*, eller at spesifikke ingredienser ikke har noe å si, men han påpekte at det ikke var hensikten med boken hans. Hvis man ser på spørreundersøkelser av hva de fleste terapeuter faktisk gjør, ser man at hovedfokus ligger på å være varm, respektfull og empatisk (Cook et al., 2010). Spesifikke teknikker fra ulike teoretiske skoler blir sjeldnere brukt, og veldig få (5 %) bruker behandlingsmanualer. Det samme fant man blant norske psykologer, hvor 3 % sier de ofte bruker behandlingsmanualer (Johnson et al., 2016).

Spørsmålet blir da hva kakediagrammene gjør med oss psykologer. Om det faktisk er slik at vi tenker at det ikke har noe å si hva vi gjør, eller hvem som gjør det, så lenge vi gjør det empatisk. Tenker vi at det kun er allianse som gjelder, fordi allianse blir gjerne sett på som «fellesfaktoren over alle»? Det har nylig blitt diskutert om man må være psykolog for å drive terapi, fordi det viktigste er å få en god allianse med pasienten (Spilde & Jakobsen, 2023). Ressem (2023), som har master i psykologi og har jobbet som samtaleterapeut ved et lavterskeltilbud, tar opp at kanskje hvem som helst med de rette egenskapene kan gi like god hjelp. Han beskrev at det å være et lyttende og støttende medmenneske kan

være nok, fordi det er ikke noen vesentlig forskjell på de ulike behandlingsformene.

Forskere som fremhever fellesfaktorene, har veldig mange gode argumenter. Terapeutvarians er også svært relevant, selv i spesifikke behandlinger for spesifikke lidelser. Jeg er også enig med Wampolds (2001) 25 år gamle konklusjon – man bør fortsatt ha mer forskning på terapieffekt i den virkelige verden, at behandlingsforløp bør monitoreres, og at systematisk bruk av pasienttilbakemeldinger er fornuftig.

Høstmælingen (2023) nylige drøfting av evidensbasert praksis konkluderte også med dodo-dommen og viste blant annet til at APA (American Psychological Association) listet opp hele 16 behandlingsformer med dokumentert effekt for depresjon. Det er imidlertid ikke like mange som er klassifisert til å ha *sterk* vitenskapelig støtte. Det siste gjaldt kun ulike CBT-varianter (atferdsaktivering, kognitiv terapi, problemløsningsterapi og mindfulness-basert CBT) og interpersonlig terapi. De øvrige behandlingsformene var beskrevet som å ha beskjedne støtte, og studiene av dem var noe gamle og merket med at de trengte oppdatering av evidensstatusen.

Uavhengig av hvilken behandlingsform terapeuter benytter, hadde Høstmælingen en fin konklusjon om å teste ut behandlingsrasjonale med pasienten. Man bør jo ikke starte opp med noe pasienten synes virker lite logisk eller ikke tror vil være til hjelp. Vi kan heller ikke forvente at psykologen skal beherske alle mulige behandlingstyper. I slike tilfeller kan det bli behov for videre henvisning.

Studentterapeuten som snurret pasienten sin rundt, er jo et eksempel på en velkjent terapeutisk teknikk, men brukt på en uheldig måte. Pasienten hadde ikke fått et behandlingsrasjonale. Terapeuten har derfor ikke sjekket ut om pasienten opplever teknikken som en fornuftig tilnærming som pasienten tror kan hjelpe, og terapeuten hadde ikke sjekket ut om hen syns tilnærmingen virket fornuftig. De hadde ikke oppnådd felles enighet om at det var dette som skulle gjøres i timen. Men om vi visste utfallet av den terapien, hadde vi ikke blitt noe klokere på om det var fellesfaktorene eller spesifikke faktorer som hadde forklart utfallet. Det er sjelden enkle kausale mekanismer i terapi, og det er vanskelig å fange opp slike prosesser i metaanalyser.

Motstridende metaanalytiske funn

Det kan godt hende dodo-dommen kan være korrekt når det gjelder visse behandlingsformer for noen type lidelser, men vi har ikke nok eller riktig designede studier til å teste det ut på en fornuftig måte per dags dato. De som vil utfordre dodo-dommen, viser ofte til behandling av OCD og spesifikke fobier, men også metaanalyser som omhandler andre tilstander kan tale mot dodo. For personer med sosial angst konkluderte man med at individuell CBT har større effekt enn andre terapier (Mayo-Wilson et al., 2014). For personer med panikktilstand fant en metaanalyse at visse typer teknikker (helst eksponering/atferdseksperiment) var assosiert med bedre utfall (Sánchez-Meca et al., 2010). En metaanalyse tydet også på at metakognitiv terapi kunne være mer

effektivt enn CBT for pasienter med angst eller depresjon (Normann & Morina, 2018). Men disse studiene vil også kunne lide av de samme utfordringene som de andre metaanalysene, med mange ulike varianter av terapi som grupperes sammen: terapeuter med ulik grad av opplæring, utvalg som varierer i alvorlighetsgrad, og en sterk dominans av CBT-studier.

Fravær av evidens er ikke det samme som evidens for fravær av effekt. Men når man ikke har evidens, skal man da anta og generalisere fra relatert forskning? Det kan

tenkes at de som argumenterer for fellesfaktorer og mot spesifikke faktorer, kan være like selektive i sin gjennomgang av forskningen som personer som kun forfekter spesifikke modeller for spesifikke lidelser. Fremfor å sette dem opp mot hverandre bør man heller fokusere på å øke kunnskapen om hvordan de interagerer (Nissen-Lie, 2018). Derfor mener jeg vi bør unngå kakediagrammene og vi bør unngå å tenke enten-eller. Det blir en overforenkling, når det etter alt å dømme foreligger interaksjonseffekter mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer. Ψ

REFERANSER

- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (s. 23-55). American Psychological Association.
- Benish, S. G., Imel, Z. E. & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746-758. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.005>
- Berman, J. S., Miller, R. C. & Massman, P. J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97(3), 451-461. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.97.3.451>
- Beutler, L. E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 30-34. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.30>
- Chambless, D. L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13-16. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.13>
- Cook, J. M., Biyanova, T., Elhai, J., Schnurr, P. P. & Coyne, J. C. (2010). What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 260-267. <https://doi.org/10.1037/a0019788>
- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122(3), 216-220. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.216>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Harrer, M. & Karyotaki, E. (2024). Non-directive supportive therapy for depression: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 349, 452-461. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.073>
- Deisenhofer, A. K., Hehlmann, M. I., Rubel, J. A., Lutz, W., Schwartz, B., Bräscher, A. K., Christiansen, H., Fehm, L., Glombiewski, J. A., Heider, J., Helbig-Lang, S., Hermann, A., Hoyer, J., In-Albon, T., Lincoln, T., Margraf, J., Risch, A. K., Schöttke, H., Schulze, L., Stark, R., ... Odyne, P. (2025). Love yourself as a therapist, doubt yourself as an institution? Therapist and institution effects on outcome, treatment length, and dropout. *Psychotherapy research*, 35(5), 793-806. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2352749>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60, 142-150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>
- Jericho, B., Luo, A. & Berle, D. (2022). Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(2), 132-155. <https://doi.org/10.1111/acps.13366>
- Johnson, S. U., Hoffart, A., Havik, O. E., & Nordgreen, T. (2016). A survey of clinical psychologists' attitudes toward treatment manuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(5), 340-346. <https://doi.org/10.1037/pro0000108>
- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2013a). Fellesfaktorer: ingen kur for alt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(3), 263-264. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013a-s03ae-Fellesfaktorer-ingen-kur-for-alt>
- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2013b). Fremdeles ingen kur for alt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(6). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2013/06/fremdeles-ingen-kur-alt>
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (s. 94-129). Basic Books.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. I S. L. Garfield & A. E. Bergin (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 157-211). John Wiley and Sons.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A «wild card» in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.95>
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzeouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E. & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)
- Moltu, C. (2013). Fellesfaktorer og fagdialog. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(5). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2013/05/fellesfaktorer-og-fagdialog>
- Nissen-Lie, H. A. (2018). Effekten av psykodynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 416-427. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2018a-s06ae-Effekten-av-psykodynamisk-psykoterapi>
- Nissen-Lie, H. A., Oddli, H. W. & Wampold, B. E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(5), 489-491. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013a-s05ae-Fellesfaktordebatt-pa-ville-veier>
- Normann, N. & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Ressem, J. (2023). Kvalitet eller kaos: Kan hvem som helst tilby samtalerapi? *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2023/05/kvalitet-eller-kaos-kan-hvem-som-helst-tilby-samtalerapi/>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F. & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581-604. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.581>
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Solem, S. (2025). Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 8, 482-489. <https://doi.org/10.52734/DLXA2543>
- Spilde, I. & Jakobsen, S. E. (2023). *Kan pasienter bli like friske av å snakke med en som ikke er psykolog?* Forskning.no. <https://www.forskning.no/helse-psykisk-helse-psykiske-lidelser/kan-pasienter-bli-like-friske-av-a-snakke-med-en-som-ikke-er-psykolog/2236238>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Erlbaum.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «all must have prizes». *Psychological Bulletin*, 122(3), 203. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>

Kristin Stotesbury

Regionalt senter for sansetap og psykisk helse, Kronstad DPS,
Haukeland universitetssjukehus

Ane Martine Tømmeraas

Klinikk psykisk helsevern barn og unge, Haukeland universitetssjukehus
Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Oda Stakkestad Klakegg

PPT Bergen, Bergen kommune

Ole Myklebust Amundsen

Psykiatrisk klinikk, Divisjon psykisk helsevern,
Haukeland universitetssjukehus

Marius Veseth

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen
Psykisk helsevern, Helse Førde HF

Elisabeth Schanche

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

«Jeg snakker ikke om det med noen»: en kvalitativ studie av erfaringer med anonyme chattetjenester

Sammendrag

Formål: Studien undersøker brukeres erfaringer med anonyme chattetjenester for psykiske vansker og hvorfor de valgte nettopp disse tjenestene. **Metode:** Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med ni kvinner mellom 20–34 år. Dataene ble analysert ved hjelp av refleksiv tematisk analyse. **Resultater:** Analysen resulterte i fire tema: 1) Noen å snakke med, 2) Å være anonym, 3) På brukerens premisser og 4) Utfordringer med chattetjenestene. **Konklusjon:** Funnene indikerer at anonyme chattetjenester fungerte godt for dem som syntes det var utfordrende å søke hjelp. Anonymitet og avstand bidro til en opplevelse av kontroll, og var viktig i valget av disse tjenestene. I tillegg fremstår det som sentralt med muligheten for å ta kontakt på kvelder eller helger, og i situasjoner hvor man trenger støtte til regulering av følelser. Studien bidrar med ny kunnskap om chattetjenesters egenskap og funksjon, og peker på behovet for økt oppmerksomhet rundt mestring og myndiggjøring i hjelpetjenestene.

Nøkkelord: chattetjenester, internettbasert intervensjon, lavterskel, hjelpetjenester

KONTAKT kristin.stotesbury@gmail.com

MERKNAD Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter. Prosjektet fikk 50 000 kroner i støtte av Alrek Helseklynge. Manuskriptet bygger på hovedoppgaven til KS, AMT og OSK ved Institutt for klinisk psykologi, UiB fra 2023.

I den senere tid har tjenester der brukere kan chatte anonymt med et annet menneske om det de strever med, blitt mer utbredt, både nasjonalt og internasjonalt (Predmore et al., 2017). Chattetjenestene har ofte åpnet på kveldstid og i helger, når andre helsetjenester ikke er tilgjengelige. I Norge tilbyr for eksempel organisasjonene ROS (Rådgivning om spiseforstyrrelser), Kirkens SOS, Blå Kors, Mental Helse og Redd Barna slike chattetjenester. De som besvarer samtalen, er ofte frivillige i organisasjonen med egenerfaring eller ulik fagkompetanse (Sand et al., 2019; Seip et al., 2023).

En spørreundersøkelse blant brukere av norske chattetjenester viste at flere tok kontakt på chat fordi de trengte noen å snakke med (Sand et al., 2019). Temaene i samtalen på chattetjenestene er ofte skambelagte og alvorlige. Kirkens SOS rapporterte for eksempel at 47,7 % av samtalen i 2023 omhandlet selvmordstanker (Kirkens SOS, u.å.). Andre vanlige temaer er spiseproblematikk, seksuelle overgrep eller ensomhet (Kirkens SOS, u.å.; ROS, u.å.-b).

Chattetjenester kan møte det økende behovet for tilgjengelige, fleksible og anonyme tjenester på digitale plattformer (Meld. St. 23 (2022–2023), s. 52; NOU 2023: 4, s. 263; Tennøe, 2021). Hjelpetjenester som tilbys uten krav om fysisk oppmøte, kan blant annet senke stigma (Gulliver et al., 2010). Tidligere studier har vist at det kan være lettere å ta opp sårbare temaer på chat, sammenlignet med samtaler i virkeligheten (Callahan & Inckle, 2012; Fukkink & Hermanns, 2009; Haner & Pepler, 2016; Hanley et al., 2017).

Deltakerne i en kvalitativ studie beskrev den engelske tjenesten Kooth som et trygt rom for å dele erfaringer. Særlig anonymitet senket stigma og terskelen for å ta kontakt (Leece et al., 2023). I tillegg dekket samtalen på chat behovet for kontakt, særlig under pandemien, da mange følte seg isolerte. Funnene til Leece et al. (2023) belyste også negative erfaringer med tradisjonelle helsetjenester: avslag, korte forløp, viderehenvisninger og mangel på lokale tilbud. I kontrast beskrev deltakerne chattetjenesten som lett tilgjengelig. Videre opplevde deltakerne å ha kontroll over samtalsens retning og innhold.

I en studie av chattesamtaler på tjenesten SnakkOmPsyken.no skriver Seip et al. (2023) at chatformatet bidro til en maktforskyvning der den som tar kontakt, i større grad får kontroll over samtalen. Studien viste også i likhet med Leece et al. (2023) at personene som tok kontakt, var opptatt av å være anonyme, og at de raskt fortalte om det de strevde med (Seip et al., 2023).

Med unntak av Leece et al. (2023) kjenner vi ikke til andre kvalitative studier som undersøker brukeres erfaringer med chattetjenester, og vi kjenner ikke til undersøkelser fra Norge. Gitt den utbredte bruken av chattetjenester og den begrensede mengden forskning på brukeres erfaringer ønsket vi å utforske temaet i en norsk kontekst. Vi ser det som viktig at organisasjonene

som driver slike tjenester, har en forståelse av brukeres opplevelser med tjenestene, for å kunne utvikle dem i tråd med brukeres behov, samtidig som tjenestens spesifikke oppdrag ivaretas. Vår studie fokuserer på det relasjonelle aspektet ved chattetjenestene, for eksempel hvordan brukerne åpner seg til en fremmed, og hva det gjør med samtalen og relasjonen. Videre ønsket vi å undersøke om det hadde betydning at samtalepartneren var frivillig i en organisasjon, og ikke hadde en formell rolle som helsepersonell. Det er problematisk at slike tjenester er i vekst samtidig som man vet lite om hvordan brukerne opplever tjenesten, hva de eventuelt har utbytte av og hva de opplever som lite hjelpsomt. Målet med studien var å svare på følgende spørsmål: Hvilke erfaringer har brukere med anonyme chattetjenester, og hva er det som gjør at de velger å bruke disse tjenestene? Vi ønsker å oppnå innsikt i brukeres erfaringer med anonyme chattetjenester og avdekke fordeler, barrierer og behov som ikke fanges opp i forskning på mer tradisjonelle helsetjenester.

Metode

Rekruttering og utvalg

Rekruttering av deltakere ble gjort gjennom samarbeid med Kirkens SOS og Rådgivning for spiseforstyrrelser (ROS). Studien ble annonsert i 2019 ved hjelp av fysiske informasjonsskriv og informasjon i sosiale medier. Deltakerne måtte være over 18 år og ha brukt anonyme chattetjenester for psykisk helse mer enn én gang. Deltakerne fikk et gavekort på 350 kroner som kompensasjon for deltakelse. Rekrutteringen ble avsluttet før den planlagte sluttdatoen på grunn av covid-19-pandemien. Alle personer som meldte sin interesse og oppfylte inklusjonskriteriene, ble kontaktet på telefon for å avtale tidspunkt for intervju. Ni norske kvinner i alderen 20–34 år ($M = 24$) meldte seg på og deltok i studien. Alle deltakerne hadde brukt Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) eller Kirkens SOS sine chattetjenester, og seks av deltakerne hadde brukt begge disse tjenestene. Fire av deltakerne hadde i tillegg brukt andre chattetjenester.

Chattetjenestene Kirkens SOS og ROS

Kirkens SOS tilbyr hjelp over telefon, SMS og chat, og betjenes av frivillige. Kirkens SOS rapporterer at de besvarte 23 629 henvendelser på sin chattetjeneste i 2022 (Kirkens SOS, 2023). I 2023 var 48,7 % av henvendelsene fra brukere mellom 10–19 år. Brukere mellom 20–29 år sto for 32,4 % av henvendelsene. 75,5 % av brukerne var kvinner (Kirkens SOS, u.å.).

ROS er en rådgivningstjeneste for personer som strever med mat og kropp (ROS, u.å.-a). I tillegg til chattetjenesten tilbyr de individuelle samtaler, grupper og

kurs. I årsmeldingen fra 2023 rapporterer ROS at 78 % av henvendelsene var fra brukere under 26 år, og at 33 % var under 18 år (ROS, u.å.-b). 92 % av brukerne (fordelt på alle tjenestene) var kvinner (ROS, u.å.-b).

Intervjuer

Deltakerne ble intervjuet mellom mars 2019 og februar 2020. Åtte av deltakerne ble intervjuet av KS, og én deltaker ble intervjuet av OMA. Vi utviklet en semistrukturert intervjuguide, og intervjuet åpnet med spørsmål om hvilke chattetjenester deltakerne hadde brukt, etterfulgt av spørsmål om deres erfaringer med tjenesten. Det ble videre stilt spørsmål knyttet til opplevelsen av å være anonym, samt spørsmål om relasjonen til chatverten. Det ble avslutningsvis stilt spørsmål om hvorfor de brukte chattetjenesten fremfor ordinære helsetjenester. Intervjuene varte mellom 34 og 66 minutter ($M = 54$ minutter). Det ble tatt lydopptak av intervjuene, og disse ble transkribert verbatim. Lydopptakene og transkripsjonene ble oppbevart på en sikker forskningsserver administrert av Universitetet i Bergen (SAFE; <https://www.uib.no/safe>).

Dataanalyse

Vi gjennomførte analysen med utgangspunkt i Braun og Clarke (2006, 2019, 2021) sine seks faser i refleksiv tematisk analyse. Først leste AMT, OSK og KS de transkriberte intervjuene. Umiddelbare inntrykk og bakgrunnen for analysen ble diskutert i fellesskap med hele forskningsgruppen (fase 1). Intervjuene ble så kodet i Nvivo 12 (fase 2). Kodene ble sortert inn i umiddelbare kategorier med utgangspunkt i analysefokuset, altså hvordan deltakerne opplevde samtalen på chat. Vi utarbeidet temakart for å hjelpe oss med sorteringen og for å se sammenhenger mellom kodene (fase 3). Underveis ble intervjuene lest gjennom på nytt for å se om temaene reflekterte deltakernes opplevelser, og for å kode data som ikke var blitt kodet tidligere (fase 4). Vi utarbeidet nye temakart, der beskrivelser og tilhørende sitater ble inkludert, for å tydeliggjøre temaene og for å forsikre at hvert tema formidlet et tydelig budskap. Dette resulterte i flere revideringer (fase 5), hvor vi til slutt landet på fire temaer som vi mener representerer materialet godt. Disse presenteres under (fase 6).

Refleksivitet

Vi har arbeidet systematisk med refleksivitet gjennom hele forskningsprosessen for å være bevisste på hvordan våre erfaringer, perspektiver og antakelser kunne prege tolkningen av datamaterialet. Forskningsgruppen består av psykologer med vestlig bakgrunn og ulik erfaring fra psykisk helsevern, undervisning og forskning. Én av oss

har tidligere brukt anonyme chattetjenester for psykisk helse, og én har tidligere vært frivillig chatvert hos Kors på halsen. Dette ga gruppen et visst erfaringsnært utgangspunkt. Tematikken vekket både faglig interesse og personlig engasjement i gruppen, noe som gjorde det ekstra viktig å arbeide eksplisitt med refleksivitet.

For å styrke troverdigheten i analysen ble forskergruppen delt i to: Én delgruppe gjennomførte analysen, mens den andre ble presentert for de foreløpige temaene. Begge delgrupper leste hele materialet i forkant. Den analyserende delgruppen diskuterte sine umiddelbare inntrykk før utviklingen av foreløpige temaer, og stilte underveis eksplisitte spørsmål som: *Er dette mine egne erfaringer med tjenesten? Er dette mine antakelser om hvordan slike samtaler fungerer, eller bygger dette på deltakernes utsagn slik de kommer frem i materialet?* Slike refleksjoner ble nedskrevet i refleksjonslogger og senere diskutert i fellesskap. Den andre delgruppen delte sine umiddelbare inntrykk før analysen ble presentert for dem, og vurderte deretter i hvilken grad temaene speilet materialet. Denne strukturen bidro til en kritisk dialog i gruppen, og førte blant annet til at deltakernes negative erfaringer med tjenestens rammer ble løftet tydeligere frem. Vi opplever at kombinasjonen av erfaringsnærhet og kritisk distanse, samt variasjon i kjønn, alder og arbeidserfaring i forskergruppen, har bidratt til en grundig og reflektert analyseprosess.

Etikk

Studien ble gjennomført ved Universitetet i Bergen og er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Vest (søknadsnummer: 2018/1777). Før intervjuet fikk deltakerne informasjon om studien og deres rett til å trekke seg underveis og i etterkant av intervjuet. Alle deltakerne signerte samtykkeerklæring før intervjuet startet.

Funn

Analysen resulterte i fire tema: 1) Noen å snakke med, 2) Å være anonym, 3) På brukerens premisser og 4) Utfordringer med chattetjenestene. I teksten står «de fleste» for at mellom syv og åtte av deltakerne beskrev lignende erfaringer, «flere» betyr mellom fire og seks, og «enkelte» betyr mellom to og tre.

1 Noen å snakke med

Det første temaet har vi kalt «Noen å snakke med» for å belyse hvorfor deltakerne tok kontakt med chattetjenesten. Temaet beskriver deltakernes behov for et annet menneske som kunne lytte og være med dem i det de sto i. Temaet omfatter erfaringer med å møte forståelse hos

chatverten og hvordan samtalen bidro til at deltakerne senere våget å åpne seg for venner eller familie. For enkelte fungerte samtalen også som en døråpner for å søke videre hjelp. Samtidig rommer temaet fortellinger om å mangle noen å snakke med i det virkelige livet, og en lengsel etter en mer varig eller nær relasjon.

De fleste deltakerne sa at de tok kontakt med tjenesten når de hadde det vanskelig, uten at det var klart for dem hva de trengte hjelp med. En av deltakerne satte ord på at hun ikke alltid hadde et spesifikt samtaletema hun ønsket å ta opp på chattetjenesten, men at hun hadde behov for en samtalepartner. Hun beskrev det slik:

Det er ikke alltid du vet hva du vil snakke om, det er bare at du kjenner at du må få ut et eller annet. Og så kan det av og til hende at jeg skriver «nei, jeg vet ikke hva jeg vil snakke om, jeg trenger bare noen å snakke med.» (Deltaker 8, 24 år)

Flere av deltakerne fortalte at de opplevde at problemene deres ble tatt på alvor, og at de ble forstått, selv om den de snakket med, var en fremmed. To deltakere beskrev opplevelser av å bli ivaretatt da de fortalte om tankene om å skade seg selv, en av dem forklarer betydningen av dette slik: «Selv om jeg snakket med en fremmed, så klarte de å gi en følelse av at man hadde en annen i verden som brydde seg, som klarte å gi en grunn til å fortsette, da» (deltaker 7, 34 år).

For enkelte av deltakerne kunne det å ta kontakt på chat fungere som en øvelse i å fortelle andre hvordan de hadde det. En deltaker syntes det ble enklere å snakke med sine nærmeste etter å ha hatt positive opplevelser på chat. For noen av deltakerne ble samtalen på chat et viktig første steg for å få mer hjelp, ved at de tok kontakt for å finne ut av hvor de kunne søke hjelp videre. Flere deltakere uttrykte at de trengte å få en bekreftelse fra chatverten om at problemene deres var alvorlige nok til å oppsøke hjelp. Enkelte av deltakerne fortalte at de etter samtaler på chattetjenesten ROS ble tilbudt videre oppfølging hos dem.

Enkelte av deltakerne sa derimot at de ikke hadde noen andre å snakke med, og at det derfor var viktig med dette tilbudet. En deltaker fortalte at hun skulle ønske hun ikke trengte chatten: «Du føler deg jo mindre ensom. Det er litt rart, men du gjør jo det. Men samtidig så føler du deg litt ensom fordi du må ta kontakt med en chatte-tjeneste» (deltaker 4, 20 år). Enkelte av deltakerne fortalte om en lengsel etter relasjoner i det virkelige liv som kunne ha gitt dem det de søkte fra samtaler på chat.

Deltakerne ga uttrykk for et behov for noen å støtte seg på og snakke med i vanskelige situasjoner. Flere fortalte at de følte seg forstått og mindre alene etter samtaler på chattetjenesten. For noen var dette ekstra betydningsfullt fordi de ikke hadde andre å snakke med.

2 Å være anonym

En viktig egenskap ved chattetjenestene er at den som tar kontakt, kan være anonym, noe flere deltakere beskrev som avgjørende for at de våget å søke hjelp. Noen fortalte at anonymiteten senket terskelen for å ta kontakt, fordi de ikke ønsket at noen skulle vite hva de strevde med. Flere delte erfaringer og tanker de aldri tidligere hadde snakket med noen om, og knyttet dette direkte til muligheten for å være anonym. Det å slippe å forholde seg til chatvertens ansikt, reaksjoner og følelser ble også trukket frem som en lettelse, fordi det fjernet frykten for å bli dømt eller mistolket. Enkelte uttrykte at det var viktig å ikke bli sett eller observert, og at det å kunne være usynlig ga en opplevelse av trygghet og kontroll.

Flere av deltakerne fortalte at de tok kontakt med tjenesten fordi det opplevdes enklere å snakke om vanskelige tema med dem på chattetjenesten, sammenlignet med venner og familie. De fortalte at det var lettere å være ærlige om det de sto i, når de snakket med en fremmed, og når de var anonyme. En deltaker fortalte følgende: «(...) det gjør det kanskje litt lettere å være åpen og at det sitter en som ikke har peiling på hvem du er, unntatt det du deler der og da» (deltaker 7, 34 år).

Flere av deltakerne sa at det var mulig for dem å snakke på chatten om tema de skammet seg over. Flere deltakere fortalte at de delte tanker og erfaringer som de aldri hadde snakket med andre om. Blant annet forklarte en av deltakerne at chatten var det eneste stedet hun kunne være åpen om selvmordstankene sine. Tema knyttet til mat og kropp eller selvmordstanker var noe enkelte deltakere også sa at de vegret seg for å snakke om med psykologen sin. En av deltakerne fortalte at anonymiteten var det som senket terskelen for å ta kontakt, fordi hun ikke ville at noen skulle vite hva hun strevde med. En annen deltaker beskrev lignende opplevelser:

For meg var det [å være anonym] veldig viktig. Eller det var i hvert fall en ting som gjorde at det var lettere å ta kontakt, fordi det går jo litt i det samme, da, at jeg synes det som har vært vanskelig, er veldig flaut, og skambelagt. (Deltaker 1, 24 år)

Andre deltakere la vekt på at det var godt å ikke se chatverten, og at de bare forholdt seg til det som ble skrevet. Dette gjorde at de slapp å forholde seg til chatvertens ansikt og følelser, og følgelig også hva de trodde at chatverten tenkte om dem:

Det er jo det at man føler seg mindre dømt når du ikke ser den du snakker med. Og jeg tror alle er klar over at det er en illusjon, men du får (...) mindre å tenke på, du skal bare skrive og lese det som står der, du trenger ikke tenke på om de kikker på deg rart eller om de synes du er rar nå. (Deltaker 3, 22 år)

En deltaker fortalte at det var godt at hun ikke trengte å vise følelsene sine for noen andre: «Personlig er jeg redd for å vise følelser (...) for (på chatten) kan jeg liksom si det jeg mener, tenker og føler, også kan jeg på en måte føle det sant, uten at folk ser det» (deltaker 8, 24 år).

Anonymiteten så ut til å gjøre det mulig for deltakerne å være ærlige i samtalen på chattetjenesten. I tillegg var det positivt for deltakerne at de kunne ha en samtale med en annen på avstand. Avstanden tillot dem å ha følelsene sine for seg selv, og de kunne la være å forholde seg til den andre.

3 På brukerens premisser

Flere av deltakerne beskrev at chattetjenesten hadde en annen funksjon enn tradisjonelle helsetjenester. Deltakerne trakk frem at slike tjenester ofte var preget av krav om endring, diagnoser og lengre behandlingsforløp, mens chattetjenesten ble opplevd som et trygt og tilgjengelig tilbud der samtalen foregikk på deres egne premisser. Vi har valgt å kalle dette temaet «På brukerens premisser» for å belyse hvordan deltakerne erfarte en maktforskyvning i samtalen, der de selv – og ikke hjelperen – satt med kontrollen. Flere trakk frem at det var en lettelse å kunne avslutte samtalen når de ønsket det, og at de slapp å forholde seg til krav om forpliktelse eller endring. Tjenesten ga rom for ambivalens, og deltakerne trengte ikke å forholde seg til spørsmål om hvorvidt vanskene var alvorlige nok, og om de var klare for behandling. I kontrast til tradisjonelle helsetjenester, der helsepersonell ofte har makt til å definere og iverksette tiltak, ble chatten et sted der de kunne søke støtte uten frykt for avvisning eller uønskede tiltak som for eksempel innleggelse. Temaet beskriver også en tjeneste som var tilgjengelig når andre helsetjenester var stengt, og som kunne gi deltakerne en støttesamtale i en krevende situasjon.

De fleste av deltakerne trakk frem betydningen av at chattetjenesten var tilgjengelig når de hadde det vanskelig. Enkelte av deltakerne fortalte at de brukte chatten når de var ensomme, mens andre brukte den når de var overveldet. En deltaker fortalte at samtaler på chat hjalp henne med å regulere følelsene sine. Flere beskrev at behovet for chatten var større på kvelder og i helgene, når de ikke hadde andre å snu seg til, og når behandling ikke var tilgjengelig. En deltaker beskrev det slik:

Det er på en måte der og da, når du er midt oppi det. Mens hos en psykolog har du kanskje ventet en uke, og da blir det på en måte en annen måte å forklare ting du gikk gjennom for en uke siden. Det blir ikke like intenst. (Deltaker 5, 28 år)

En annen deltaker beskrev en redsel for å bli avvist når hun sto midt i det vanskelige og trengte hjelp. Hun forklarte at hun bare kunne fortelle om selvmordstanker

på chattetjenesten, fordi hun ikke kunne bli avvist slik hun var redd de ordinære helsetjenestene ville gjøre:

Så er jeg faktisk redd for å bli avvist hvis jeg for eksempel hadde ringt på legevakten og sagt, «nå om dere ikke legger meg inn nå, så er det takk og farvel». For du har jo historier der folk har blitt avvist og blir sendt hjem, og der det ikke ender bra. (Deltaker 8, 24 år)

Samtalene på chat skiller seg fra andre tilbud ved at den som tar kontakt, enkelt kan avslutte samtalen selv, uten å forholde seg til den andre. En deltaker la vekt på at dette var en trygghet og ga henne en opplevelse av kontroll. Hun fortalte at dette gjorde det mulig for henne å ta det første steget til å oppsøke hjelp:

Jeg tror at det er dette [muligheten til å krysse ut] som i stor grad er grunnen til at det er komfortabelt å dra dit, altså hadde jeg visst at når du først er inne på denne chatten, får du ikke lov til å dra før noen sier det er greit, da hadde jeg aldri i verden brukt det. Det hadde jeg ikke turt. Da føler du deg fanget, og det er det siste du vil. (Deltaker 3, 22 år)

Flere av deltakerne fortalte om ambivalens for å ta kontakt med både chattetjenestene og de ordinære helsetjenestene. Deltakerne beskrev at de bekymret seg over om vanskene deres var alvorlige nok, og at dette gjorde at de strevde med å oppsøke hjelp. Selv om de opplevde det som vanskelig å oppsøke chattetjenestene, kunne det virke som om disse tjenestene i motsetning til de ordinære helsetjenestene kunne romme det at de strevde med ambivalens.

En deltaker fortalte at det var lettere å snakke med dem på chattetjenesten fordi de ikke hadde den samme makten som leger eller psykologer:

Jeg tar vel kanskje de mest overfladiske tingene hos de som egentlig burde ta de litt mer alvorlige tingene ... for det er så mye lettere å åpne seg for noen som ikke vet hvem jeg er, og da er det mye lettere å buse ut med alt det vonde. Men det er ikke så lett når man sitter over en som kan gjøre så mye. (...) En lege kan jo legge deg inn, det har liksom så mye makt. Det du sier, kan bli brukt imot deg, mens i en chat så må du samtykke til det selv, du må gi ut den nødvendige informasjonen, for at du skal få den hjelpen du har lyst på. (Deltaker 4, 20 år)

Oppsummert beskriver deltakerne chattetjenesten som et trygt og fleksibelt tilbud der de selv styrte tempo, innhold og varighet i samtalen. I kontrast til mer tradisjonelle helsetjenester, som for enkelte av deltakerne var forbundet med krav, definisjonsmakt og forpliktelser, opplevdes chatten annerledes. Den ble erfart som et rom hvor

de kunne være i tvil, søke støtte uten å måtte forplikte seg til endring og få hjelp når behovet meldte seg. Det at tjenesten møtte brukeren på deres egne premisser, fremstod som en viktig faktor for hvorfor de oppsøkte nettopp denne tjenesten.

4 Utfordringer med chattetjenestene

De fleste av deltakerne fortalte at de hadde hatt varierende erfaringer med chattetjenesten. Kvaliteten på samtalerne varierte, og var avhengig av hvem de snakket med. Andre la vekt på at samtalerne føltes kunstige.

Deltakerne fortalte også om negative erfaringer med chattetjenesten, der de ikke følte seg møtt på en god måte eller opplevde at samtalen ikke var til hjelp. Den tekstbaserte formen for kommunikasjon, uten ansikt-til-ansikt-kontakt, begrenser muligheten for å tolke tonefall, mimikk og annen nonverbal kommunikasjon. En deltaker uttrykte at dersom chatverten hadde sett henne, ville hun trolig ha blitt forstått bedre.

(...) det er jo på en måte ulempen med på en måte en chat, når man sitter foran noen, så ser man jo på en måte kroppsspråket, hvordan alt er, men i en chat så får de ikke med seg de tingene der. (Deltaker 7, 34 år)

En deltaker fortalte at det å snakke med noen i virkeligheten gjør mer inntrykk enn å snakke på chat, noe som gjorde det vanskelig å ha gode chatsamtaler. Dette gjorde at hun opplevde å ikke få den bekreftelsen og støtten som hun hadde behov for. Hun sa følgende: «Det blir ikke helt et medmenneske for meg. Det blir liksom litt sånn Siri» (deltaker 2, 22 år).

Mangelen på klare rammer for varighet og innhold i samtalerne skapte usikkerhet hos enkelte deltakere om hvor mye de kunne dele. At samtalerne foregikk uten mulighet til å se den andre, gjorde det vanskeligere å tolke intensjoner og følelser, noe som åpnet for misforståelser og frykt for ikke å bli forstått. I tillegg uttrykte noen bekymring for personvernet knyttet til at samtalerne foregikk på internett.

Diskusjon

Målet for studien var å utforske hvilke erfaringer brukere har med anonyme chattetjenester for psykiske vansker. Våre funn belyser hvilke behov deltakerne hadde da de tok kontakt med chattetjenesten, hvilke utfordringer de opplevde, og hva som gjorde det mulig for dem å ta kontakt med slike tjenester. Det var særlig egenskaper ved chattetjenesten i seg selv og forhold som skiller dem fra ordinære tjenester i helsevesenet, som ble trukket frem av deltakerne. Funnene viser potensialet i bruk av chattetjenester og belyser samtidig at brukerne opplever kontakt

med helsevesenet som krevende.

For noen av deltakerne var samtalen på chattetjenesten den første gangen de fortalte noen om det de strevde med. Det understreker betydningen av at slike lavterskeltjenester finnes. Baldofski et al. (2023) fant at det å søke hjelp på chattetjenester kan gjøre det lettere å søke hjelp hos mer tradisjonelle helsetjenester, noe som er i tråd med våre funn, hvor flere sa at de gjennom samtaler på chat ble tilbudt mer hjelp eller fikk informasjon om hvor de kunne henvende seg videre. På den måten fremstår chattetjenestene som et viktig første steg for videre hjelpesøking.

Chattetjenester ser ut til å gjøre det lettere å søke kontakt og fortelle om vanskelige tema, spesielt for dem som synes det er utfordrende i samtaler ansikt til ansikt eller i terapi. På chattetjenestene er det ingen kontinuitet fra samtale til samtale, og man kan møte nye chatverter hver gang man tar kontakt. Det fremstår altså ikke som nødvendig med en vedvarende relasjon for at deltakerne skal fortelle om det de strever med, på chatten. Seip et al. (2023) trekker frem at brukerne fortalte om alvorlige tema tidlig i samtalen, og viste til at de fortalte om selvmordstanker allerede i første setning. Chatvertene de intervjuet, fortalte at brukerne ofte gikk rett på sak og ikke trengte å bruke tid på å bygge relasjon, til forskjell fra samtaler ansikt til ansikt (Seip et al., 2023). Det kan virke som at det uforpliktende formatet gjorde det mulig å ta kontakt og dele svært sårbare tanker raskt på chat.

I tråd med Leece et al. (2023) viser vår studie at det kan oppleves lettere å være åpen på en chattetjeneste sammenlignet med i samtalerterapi, særlig når det gjelder vanskelige tema som selvmordstanker. En studie av Østlie (2018, s. 54) tematiserer hvordan selvmordstanker blir snakket om i terapirommet, og at måten temaet blir håndtert på, kan føre til at pasienten lar være å fortelle. Dette er i tråd med våre funn, der flere av deltakerne beskrev ubehag knyttet til hvordan de ble møtt når de fortalte om selvmordstanker til helsepersonell. Deltakerne beskrev frykt for de mulige konsekvensene av møter med helsepersonell, som en innleggelse eller å få en bestemt diagnose. Det gjorde det lettere for enkelte av deltakerne å snakke om selvmordstanker på chattetjenestene.

Seip et al. (2023) beskriver hvordan kommunikasjonsformen i chattetjenestene bidrar til en maktforskyvning fra hjelperen til brukerne. Det er også i tråd med våre funn, der deltakerne beskriver betydningen av å ha muligheten til å ikke bli sett, å skrive i stedet for å snakke og det å kunne forlate samtalen med et tastetrykk. Det kan se ut til at disse forholdene skaper en opplevelse av kontroll og trygghet som gjør at det for enkelte er lettere å søke hjelp og å snakke om skambelagte tema på chattetjenester. Samtidig speiler dette kravene som stilles til brukere av de ordinære helsetjenestene, som krav om å møte opp, vise seg og formidle det man strever med, og belyser hvordan helsetjenestens format for noen kan

oppleves som et kontrolltap, og at hjelpen som tilbys, blir for krevende å ta imot.

Anonymitet og kontroll

Våre funn tyder videre på at det er konkrete egenskaper ved selve chatformatet som er viktig i valget av denne typen tjenester. Det gjelder særlig anonymitet, avstanden til den man snakker med, og opplevelsen av kontroll som brukeren som tar kontakt, får over samtalen.

Tidligere studier har vist at anonymitet og tekstbasert kommunikasjon bidrar til åpenhet om sårbare og vanskelige tema (Callahan & Inckle, 2012; Fukkink & Hermanns, 2009; Haner & Pepler, 2016; Hanley et al., 2017). Deltakerne i vår studie fortalte at det var svært viktig for dem å være anonyme, noe som fremsto som en forutsetning for å kunne ta kontakt. Det er i tråd med Seip et al. (2023), som trakk frem at brukerne ofte spurte om tjenesten var anonym. Tidligere forskning understreker også betydningen av anonymitet når man tar kontakt på chat (Evans, 2014; Haberstroh et al., 2007; Leece et al., 2023; Predmore et al., 2017; Sand et al., 2019). Studiene viser blant annet at anonymiteten gir den som tar kontakt, en opplevelse av trygghet (Evans, 2014; Haberstroh et al., 2007; Leece et al., 2023). Ifølge Leece et al. (2023) var anonymitet også viktig for å redusere opplevelsen av skam.

En egenskap som også ser ut til å styrke opplevelsen av kontroll, er at kommunikasjonen foregår skriftlig. Navarro et al. (2019) fant at det å skrive om vanskelige tema bidro til redusert emosjonell intensitet. Det kan virke som at formatet lot deltakerne i vår studie være i kontakt med følelsene sine, fremfor å bli overveldet av dem. Fravær av elementer som kunne bidra til opplevelsen av å bli dømt, som blikk og toneleie, fremstår som viktig for flere av deltakerne i vår studie. Tidligere studier på chattetjenester har ikke løftet frem hvordan det å skrive kan senke den emosjonelle intensiteten og øke brukernes opplevelse av kontroll, dette representerer dermed et nytt perspektiv på hvordan chattetjenester kan fungere regulerende for enkelte brukere.

Det at deltakerne enkelt kunne forlate samtalen dersom det ble for vanskelig, så ut til å gi dem en form for kontroll som de ikke hadde i andre relasjoner. Seip et al. (2023) poengterer at brukerne hadde lav terskel for å forlate samtalen. Studien viste at en tredjedel av samtalene ble avsluttet uten en gjensidig avslutning. Seip et al. (2023) trekker frem at det er det uforpliktende ved disse tjenestene som gjør at brukeren får økt kontroll over samtalen. Det er også tydelig i våre funn, hvor opplevelsen av kontroll trekkes frem som bakgrunnen for at de tok kontakt med chattetjenesten.

For noen bidro også chatformatet til usikkerhet. Tidligere forskning viser at mange vegrer seg for å søke hjelp på nett av frykt for at andre skal oppdage deres

psykiske vansker eller at man har søkt om hjelp (Kauer et al., 2014). For enkelte i vår studie fremsto det som mer krevende å søke hjelp på chat. Det ble et usikkerhetsmoment å ikke vite hva den andre tenkte, og vanskelig å korrigere eventuelle misforståelser, noe som er i tråd med tidligere forskning på utfordringer med digital terapi (Alleman, 2002; Amichai-Hamburger et al., 2014; Haberstroh et al., 2007; McCall et al., 2020). Det kan altså virke som om chatformatet både økte og reduserte opplevelsen av kontroll.

Samtaler på chat som reguleringsstøtte

Flere deltakere fortalte at de brukte chattetjenesten som reguleringsstøtte, for eksempel når de ønsket å kaste opp eller skade seg selv. Tidligere forskning har vist at de fleste bruker slike chattetjenester på kvelden (Eckert et al., 2022), men tidligere studier har ikke beskrevet hvordan og hvorfor tjenestene brukes på disse tidspunktene. Deltakerne i vår studie fortalte at det var godt for dem at tjenesten var tilgjengelig på tidspunkt som kvelder, helger og høytider. Tjenestene var åpne når deltakerne hadde det vanskelig, samtidig som mange hjelpetjenester er stengt. I tillegg til opplevelsen av kontroll fremstår tilgjengeligheten som viktig i valget av tjenestene. Støttesamtaler på chat har i liten grad vært tematisert tidligere, og vår studie representerer derfor et viktig supplement til eksisterende kunnskap.

Samtaler med vekt på det brukeren står i her og nå, kan ha likhetstrekk med miljøterapi i institusjoner i psykisk helsevern. Næss og Biong (2014) påpeker hvordan støttesamtaler brukes for å bistå pasienter til å mestre og ta ansvar for situasjonen de står i. Enkelte polikliniske behandlingstilnærminger tar også i bruk støttesamtaler som del av behandlingen, som for eksempel dialektisk atferdsterapi (DBT). Et av hovedmålene med telefonkontakten i DBT er å redusere selvmordsforsøk og selvskading ved å intervensere før den skadelige atferden oppstår, og å hjelpe pasienten med å ta i bruk andre måter å regulere seg på (Linehan, 1993). Det har paralleller til funksjonen samtalene på chat kan ha for brukeren som tar kontakt. Deltakerne i vår studie hadde ikke nødvendigvis en klar problemstilling for samtalene på chat, men hadde først og fremst behov for en samtale med et annet menneske om det de syntes var vanskelig i øyeblikket. Det kan indikere at de anonyme chattetjenestene brukes som en reguleringsstøtte i krevende situasjoner.

I lys av våre funn kan vi forstå det som at frivillige organisasjoner tilbyr tjenester utover det som er det offentlige helsevesenets mandat, og tjenester som helsevesenet trolig ikke har ressurser til å kunne tilby, særlig gitt at Helsepersonellkommisjonen forventer vedvarende knapphet på helsepersonell (NOU 2023:4). Hjelpen er umiddelbar og avgrenset, uten krav om

oppmøte og uten mål om at noe må eller skal endres. Målet kan tolkes som å sikre at personer som ønsker det, får noen å snakke med og være sammen med i krevende eller sårbare situasjoner. Et slikt tilbud kan være med på å avverge situasjoner som ville ha krevd større ressurser fra helsevesenet, eller bidra til å hjelpe mennesker med å finne frem til den riktige hjelpen i helsevesenet. På den måten kan vi forstå det som at frivillige eller ideelle organisasjoners tilbud, som anonyme chattetjenester, utfyller de tradisjonelle helsetjenestene.

Styrker og begrensninger

I lys av vanlige kriterier for evaluering av kvalitativ forskning (f.eks. Finlay, 2011) mener vi studiens styrke er dens soliditet, som er ivaretatt gjennom en systematisk, refleksiv tematisk analyse med gjentatte gjennomlesninger, koding i NVivo, utvikling av temaert og flere runder med revisjon for å sikre intern kohærens mellom datautdragene og temaformuleringer. Samtidig vil et lite, relativt homogent utvalg av ni kvinner trolig innebære at variasjon i erfaringer kan være underrepresentert, og mindre variert enn med et heterogent utvalg hvor for eksempel menn og personer med høyere alder var deltakere. Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, noe som kan ha hatt en betydning for hvem som meldte seg på studien. Det er nærliggende å tenke at de som tar kontakt med anonyme chattetjenester, kan vegre seg for å fortelle åpent om sine vansker, og det kan derfor være perspektiver vi bedre kunne fått frem dersom intervjuene ble gjennomført på chat eller på en mer anonym måte. En annen begrensning er at deltakerne sammenlignet chattetjenestene med ordinære helsetjenester, men vi hentet ikke inn data om hvilke andre tjenester deltakerne hadde erfaring med, eller hvilke psykiske lidelser de eventuelt hadde. Denne informasjonen kunne hjulpet oss med å beskrive deltakerne mer presist og å forstå deres erfaringer bedre.

Vi vurderer at en annen styrke med studien er dens relevans, da det finnes få studier som utforsker erfaringer med slike typer tjenester på en systematisk måte, og vår studie utvider eksisterende kunnskap som i hovedsak er basert på spørreskjema eller analyser av chatlogger.

I studien har vi forsøkt å ivareta refleksivitet ved å åpent utforske våre ståsteder i forskningsprosessen og hvilke virkninger dette kan ha hatt. Vi er et relativt homogent forskningsteam da vi alle er psykologer, og en større variasjon i yrkesretning og bakgrunn kunne gitt andre perspektiver og forståelser av datamaterialet. Refleksivitet innebærer for oss å gjøre slike begrensninger eksplisitte, slik at leseren kan ta dem med i vurderingen av studiens funn og betydning.

Implikasjoner

Dette er en av få studier som undersøker brukeres erfaringer med anonyme chattetjenester gjennom kvalitative intervjuer. Videre forskning kan med fordel fokusere på menns opplevelser, samt brukere som er under 18 år, da våre deltakere bare inkluderte kvinner over 18. Forskere bør vurdere å gjennomføre anonyme intervjuer over chat, for å løfte frem erfaringene til dem som ikke ønsker å stille til intervju ansikt til ansikt.

Erfaringene til deltakerne i vår studie kan peke på forhold ved det norske helsevesen som vi kan lære av, spesielt når det gjelder digitale løsninger. Funnene kan tyde på at det er behov for ulike typer hjelpetjenester som tillater ulike måter å kommunisere på, da samtaleterapi ansikt til ansikt kan bli for krevende for enkelte pasienter. Det kan handle både om det relasjonelle, men også om temaer som oppleves skamfulle. Her kan chatformatet se ut til å være til hjelp. Dette er en viktig implikasjon da de eksisterende helsetjenestene ikke når alle, og fordi det trengs tjenester som når de som ellers ikke hadde oppsøkt ordinære helsetjenester.

Vår studie belyser hvordan chattetjenestene ofte brukes når annen behandling ikke er tilgjengelig, uten at det sees på som et alternativ til behandling. Studien viser også hvordan chattetjenestene blir brukt for støttesamtaler og for å bistå mennesker i sine endringsprosesser. Det burde vurderes hvorvidt støttesamtaler, via chat, mellom behandlingstimer kan bidra til å gjøre samtaleterapi mer effektivt.

Som nevnt innledningsvis er det også et økende behov for tilgjengelige, fleksible og anonyme tjenester som utnytter de mulighetene digitale løsninger gir (Meld. St. 23 (2022–2023), s. 52; NOU 2023: 4, s. 263; Tennøe, 2021). Det kan argumenteres for at frivillige organisasjoner er med på å redusere belastningen på helsevesenet, noe som understreker behovet for slike tjenester i en presset tid for helsevesenet.

Konklusjon

Funnene viser at deltakerne brukte chattetjenestene annerledes enn ordinære helsetjenester, særlig for å dele skambelagte temaer og for å få en støttesamtale i krevende situasjoner. Å være anonym, slippe å bli sett og å ikke forholde seg til den andres reaksjoner ga deltakerne en opplevelse av kontroll og trygghet. Det kan se ut til at kontrollen og tryggheten brukeren opplever, forskyver maktbalansen fra hjelper til bruker og er hovedårsaken til at denne tjenesten velges. Studien bidrar med ny kunnskap om chattetjenesters egenskap og funksjon, og peker på behovet for økt oppmerksomhet rundt mestring og myndiggjøring i hjelpetjenestene. ψ

REFERANSER

- Alleman, J. R. (2002). Online counseling: The Internet and mental health treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 199–209. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.2.199>
- Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A. B., Friedman, D., Zuckerman, O. & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computers in Human Behavior*, 41, 288–294. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.016>
- Baldofski, S., Kohls, E., Efe, Z., Eckert, M., Sae, S., Thomas, J., Wundrack, R. & Rummel-Kluge, C. (2023). The impact of a messenger-based psychosocial chat counseling service on Further help-seeking among children and young adults: Longitudinal study. *JMIR Mental Health*, 10, e43 780. <https://doi.org/10.2196/43780>
- 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. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676x.2019.1628806>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A practical guide*. SAGE.
- Callahan, A. & Inckle, K. (2012). Cybertherapy or psychobabble? A mixed methods study of online emotional support. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(3), 261–278. <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.681768>
- Eckert, M., Efe, Z., Guenther, L., Baldofski, S., Kuehne, K., Wundrack, R., Thomas, J., Sae, S., Kohls, E. & Rummel-Kluge, C. (2022). Acceptability and feasibility of a messenger-based psychological chat counselling service for children and young adults («krisenchat»): A cross-sectional study. *Internet Interventions*, 27, 100508. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100508>
- Evans, S. (2014). A thematic analysis of preferences of young people using online support to discuss suicide. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice*, 5(1), 3–8. <https://doi.org/10.29044/v5i1p3>
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for therapists: Researching the lived world*. Wiley-Blackwell.
- Fukkink, R. & Hermanns, J. (2009). Counseling children at a helpline: chatting or calling? *Journal of Community Psychology*, 37(8), 939–948. <https://doi.org/10.1002/jcop.20340>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, Artikel 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Haberstroh, S., Duffey, T., Evans, M., Gee, R. & Trepal, H. (2007). The experience of online counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(3), 269–282. <https://doi.org/10.17744/mech.29.3.j344651261w357v2>
- Haner, D. & Pepler, D. (2016). «Live Chat» clients at kids help phone: Individual characteristics and problem topics. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(3), 138–144.
- Hanley, T., Ersahin, Z., Sefi, A. & Hebron, J. (2017). Comparing online and face-to-face student counselling: What therapeutic goals are identified and what are the implications for educational providers? *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 27(1), 37–54. <https://doi.org/10.1017/jgc.2016.20>
- Kauer, S. D., Mangan, C. & Sanci, L. (2014). Do online mental health services improve help-seeking for young people? A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), Artikel e66. <https://doi.org/10.2196/jmir.3103>
- Kirkens SOS. (u.å.). *Nasjonal årsmelding 2023*. <https://www.kirkens-sos.no/assets/documents/Årsmelding-KirkensSOS-2023.pdf>
- Kirkens SOS. (2023). *Nasjonal årsmelding 2022*. <https://www.kirkens-sos.no/assets/documents/2023-04-09-Årsmelding-KirkensSOS-for-2022.pdf>
- Leece, S., Wilson, H. & Andriopoulou, P. (2023). Experience of online, text-based, anonymous mental health support during COVID-19 for young women previously at risk of suicide. *Counselling Psychology Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2252770>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- McCall, T., Schwartz, T. A. & Khairat, S. (2020). The acceptability of text messaging to help african american women manage anxiety and depression: Cross-sectional survey study. *JMIR Mental Health*, 7(2), e15801. <https://doi.org/10.2196/15801>
- Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/ofb8ezf8f1ff-4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202_220_230_023_0000ddpdfs.pdf
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=1>
- Næss, H. E. & Biong, S. (2014). Sykepleierpersonells beskrivelser av helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 23–33. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-04>
- Navarro, P., Bambling, M., Sheffield, J. & Edirippulige, S. (2019). Exploring young people's perceptions of the effectiveness of text-based online counseling: Mixed methods pilot study. *JMIR Mental Health*, 6(7), e13152. <https://doi.org/10.2196/13152>
- Predmore, Z., Ramchand, R., Ayer, L., Kotzias, V., Engel, C., Ebener, P., Kemp, J. E., Karras, E. & Haas, G. L. (2017). Expanding suicide crisis services to text and chat. *Crisis*, 38(4), 255–260. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000460>
- ROS. (u.å.-a). Hvem er vi? <https://nettros.no/om-ros/>
- ROS. (u.å.-b). *Årsmelding 2023*. https://nettros.no/wp-content/uploads/2024/06/Arsmelding-2023_-komprimert.pdf
- Sand, K., Lassemo, E., Vilarinho, T., Vis, C., Das, A. & Melby, L. (2019). *Evaluering av chat-, svar-og telefontjenester* (2018:01 367). <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-evaluering-av-chat-svar-og-telefontjenester-sintef-28.feb-2019.pdf>
- Seip, H. M. T., Kerlefsen, R. E. & Poulsen, G. A. K. (2023). Hjelpesamtaler gjennom skjermen – maktutjevne psykisk helsehjelp? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 20(4), 315–329. <https://doi.org/10.18261/tph.20.4.10>
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative health research*, 19(10), 1504–1516. <https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Tennøe, T. (2021). *Digitale muligheter for psykisk helsehjelp*. Teknologirådet. <https://media.wpd.digital/teknologiradet/uploads/2021/07/Saken-forklart-Digital-psykisk-helsehjelp-ferdig.pdf>
- Østlie, K. (2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy: how therapeutic relationships may expand patients' prospects for living their lives* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.

Sosiale mediers påvirkning på unge voksne med spiseforstyrrelser: en kvalitativ studie

TEKST Artikkelen er oppsummert og presentert av redaksjonen

ORIGINALARTIKKEL

Emilie Alexandra Schei
Therese Fostervold Mathisen

Psykologtidsskriftet.no

DOI 10.52734/JIIG7745

Kroppsmisnøye og internalisering av kroppsidealer øker risiko for utvikling av spiseforstyrrelser. Flere studier, inkludert om ungdom i Norge, finner sammenhenger mellom bruk av sosiale medier (SOME) og symptomer på spiseforstyrrelser. Forfatterne ønsket å oppnå mer dybdeforståelse av hvordan unge voksne med spiseforstyrrelser opplever SOME, og gjennomførte semistrukturerte intervju for å kartlegge ungdommenes erfaringer.

Hovedfunn

På bakgrunn av intervjumaterialet identifiserte forfatterne fire overordnede temaer som betegnet ungdommenes erfaringer. Temaet «Samfunnsmedisin som risikofaktor» dekker erfaringer med å ha en spiseforstyrrelse i et slankefokusert mediesamfunn. Flere av ungdommene beskrev opplevelser av at også tradisjonelle medier fokuserer mye på slanking, mat og kropp – og at tynnhet er det eneste rette. De erfarte at den konstante eksponeringen gjorde det vanskelig å distansere seg fra eget fokus på mat og slanking. Temaet «Jeg kan ikke kontrollere det» dekker erfaringer med algoritmer og at man ikke har kontroll over innholdet som dukker opp i SOME. Utfordringen her, og spesielt med TikTok, var eksponeringen for triggende innhold som man ikke aktivt har søkt opp eller fulgt med på. Temaet «Sosiale medier som positiv forsterker» beskriver ungdommenes erfaringer med egnet bruk av SOME i tilfriskning. SOME ble ikke bare opplevd som noe negativt. Flere erfarte at det var motiverende å finne innhold som viste frem et liv uten en spiseforstyrrelse og med et normalt og balansert forhold til mat. Temaet «Folkeopplysning og utilsiktede konsekvenser» handler om ungdommenes opplevelse av SOME-innhold som opprinnelig er postet med gode

intensjoner, men som kan ha utilsiktede negative konsekvenser for enkelte mottakere. Flere informanter nevnte at innlegg som omhandlet inspirasjon til en sunnere livsstil, delte hva man spiste i løpet av en dag, eller fremmet kroppspositivitet, kunne oppleves som triggende. For eksempel kunne deling av før-og-etter-bilder for å vise hvor syk man har vært og hvor frisk man har blitt, forsterke enkelte informanternes kroppsfiksering og sammenligning og trigge dem til å ville bli enda tynnere enn den som postet «før-bildene».

Metode

Deltagerne var et bekvemmelighetsutvalg på syv deltagere som ble rekruttert gjennom SOME. Forfatterne gjennomførte semistrukturerte intervjuer, og materialet ble analysert med refleksiv tematisk analyse.

Implikasjoner

Opplevelser av SOME var koblet til betydningen spiseforstyrrelsen hadde for den enkelte, og i hvilken sykdomsfase deltageren befant seg i. Selv om deltagerne tydeligst fremhevet negative erfaringer med SOME-bruk, ble verdifulle erfaringer med SOME som støtte i en tilfriskningsprosess også løftet frem.

Basert på informantenes erfaringer konkluderer forfatterne at innhold i både ordinære medier og SOME kan virke triggende og opprettholdende for spiseforstyrrelser. Derfor vurderer de det som sentralt å fremme bevisst og kildekritisk bruk av SOME. Videre er forfatterne opptatt av at refleksjon om og opplæring i kildekritisk bruk av SOME er viktig å inkludere i miljøarbeidet ved behandling av spiseforstyrrelser, da miljøarbeid enkelt kan legge til rette for slike intervensjoner eller refleksjonsarbeid. 🧠

Skann QR-koden for å lese full versjon av artikkelen på nettsiden:



Når terapirommet kobles på internett

TEKST Audun Lillekjendlie
Profesjonsstudent i psykologi
ved Universitetet i Oslo

Det er vanskelig å forsvare at ny teknologi øker risikoene for at taushetsplikten brytes.

De siste årene har det kommet en rekke selskaper som leverer KI-tjenester for automatisk generering av journalnotater. Løftet er at tid som tidligere gikk til rent administrativt arbeid, skal frigjøres så man får mer tid til pasientkontakt. Det har vært flere gode fagetiske innvendinger mot bruk av KI i terapirommet (Nissen-Lie & Stänicke, 2025; Olsen, 2026). I tillegg til de rent psykologfaglige innvendingene mener jeg det er fagetisk viktig å vurdere risikoene pasientene utsettes for når man kobler en mikrofon i terapirommet på internett. Selv om disse tjenestene gjerne omtales som «KI i terapirommet», handler min bekymring ikke bare om algoritmene og språkmodellene, men vel så mye om infrastrukturen de forutsetter – nemlig kontinuerlig opptak, overføring og prosessering av svært sensitive samtaler utenfor terapirommet.

For pasienten er terapirommet et av få steder hvor det forventes full konfidensialitet. Mange deler erfaringer, tanker og følelser de aldri tidligere har delt med andre. At rommet oppleves som trygt, er en forutsetning for at terapien skal være effektiv. Siden vi jobber for at rommet skal *oppleves* trygt, må vi også sørge for at det *faktisk er* trygt. Og når teknologiske løsninger endrer hvordan informasjon fra terapirommet håndteres, er det derfor avgjørende å vurdere ikke

KONTAKT audun.lillekjendlie@gmail.com

MERKNAD Ingen oppgitte
interessekonflikter.



bare effektivitet og nytte, men hvordan løsningene påvirker pasientens rett til et reelt trygt rom. Som psykologistudent og mangeårig IT-utvikler vil jeg peke på noen av risikoene, og forklare hvorfor jeg mener det er vanskelig å forsvare å ta i bruk denne teknologien på pasienter i dag.

Reell risiko

I sommer fant jeg flere alvorlige sikkerhetshull hos en norsk tjeneste for KI-transkripsjon og veiledning av terapitimer (Haram, 2025). Systemet reklamerte med å være norskutviklet, sikkert og i henhold til alle GDPR-krav. Til tross for løftene om sikkerhet fant jeg at det var overveiende sannsynlig at uvedkommende med grunnleggende kunnskap om IT kunne få tilgang til transkripsjonene i systemet. Jeg meldte både Datatilsynet og selskapet selv, og selskapet svarte forbilledlig raskt med å ta ned tjenesten umiddelbart og holde den nede mens de viktigste sikkerhetshullene ble utbedret. VG plukket opp at det var sikkerhetshull i systemet, og fant i tillegg ut at systemet stilte tentative diagnoser og oppførte seg som medisinsk utstyr uten nødvendige sertifiseringer.

Det er fint å se at selskapet det var snakk om, har tatt ansvar og har lagt ned tjenesten permanent som følge av VG-undersøkelsene, og det er heldigvis ikke noe som tyder på at data kom på avveie som følge av sårbarheten. At dette ikke fikk konsekvenser for pasientene, skyldtes

imidlertid at sårbarheten ble oppdaget og varslet om før den ble utnyttet – ikke at pasientenes opplysninger var tilstrekkelig beskyttet. Det bør være til ettertanke at et norsk system som var i bruk på pasienter og kunne se tilforlatelig trygt ut ved første øyekast, hadde slike sårbarheter. Jeg mener likevel temaet er langt større enn denne ene tjenesten, som kanskje mer kan være til advarsel om risikoen pasienten utsettes for når vi kobler terapirommet på nettet.

Ingen systemer er helt sikre

Det er allment akseptert i IT-sikkerhetsverden at ingen systemer som er koblet på nettet, kan garantere absolutt sikkerhet. Man må derfor alltid vurdere fordelene ved systemet opp mot risikoene for at det går galt, og konsekvensene hvis det går galt (NIST, 2017). Saken over er bare ett eksempel på farene. I Finland i 2020 ble rundt 30 000 pasientjournaler fra den private psykoterapikjeden Vastaamo lekket og pasienter kontaktet direkte og presset for penger (Kleeman, 2023). Innbryterne hadde over tid stjålet journalnotater fra systemet, og det tok lang tid før det ble oppdaget (Ralston, 2021). Vastaamo hadde dårlig sikkerhet, men selv verdens største IT-selskaper med enorme sikkerhetsressurser opplever fra tid til annen store datalekkasjer. Å sikre IT-systemer er ekstremt mye vanskeligere enn å sørge for at et terapirom er lydtett.

Svært mye attraktiv informasjon er samlet på ett sted, og ingen kan love garantert sikkerhet. Med terapiopptak må man tenke på sikkerhet ikke bare i dag, men også tiår frem i tid. «Harvest Now, Decrypt Later» er for eksempel en velkjent strategi blant større aktører som går ut på å samle inn krypterte data i dag, for å kunne dekryptere og bruke dem til for eksempel utpressing eller politisk påvirkning i fremtiden, når dagens krypteringsalgoritmer kan knekkes (NIST, 2025). Selv om det for tiden arbeides med nye former for kryptering som skal ta høyde for slike trusler, er dette løsninger som i liten grad er tatt i bruk i dagens kommersielle systemer.

— risikoen bæres fullt ut av pasienten

Bort fra prinsippet om dataminimering?

Når vi vet at alle IT-systemer som er koblet til internett, er utsatte, vil det være naturlig å innvende at elektronisk journalføring i seg selv vil innebære en risiko for pasienten. Det var tross alt journalnotater som ble stjålet i datalekkasjen fra Finland, og ikke KI-transkripsjoner. Og sannsynligvis er det nettopp den reelle risikoen for at journalnotater kan komme på avveie, som ligger bak at det i Psykologforeningens veiledning for journalføring påpekes at journalnotatene skal være så korte som mulig, og kun inneholde relevant informasjon. Det grunnleggende personvernprinsippet om dataminimering er altså allerede bakt inn i retningslinjene for journalføring. Det er et viktig tiltak for å redusere konsekvensene dersom datalekkasje skulle skje. Når dataene er mindre sensitive, kan i tillegg risikoen for at et angrep skjer, være lavere.

KI-tjenestene for transkribering innebærer på sin side å dele både svært mye mer, men også en helt annen type data fra terapitimene. Der journalnotatene er filtrerte, bearbejdet og begrenset til det som er strengt relevant for behandlingen, vil man ved bruk av KI-transkripsjon la hele terapitimen bli behandlet i skyen. I vanlig journalføring vil detaljer som vurderes som sensitive og ikke nødvendige for behandlingen, ofte bli utelatt. For eksempel ved arbeid med overgrep er det lett å se for seg at forskjellene mellom

et godt skrevet journalnotat og et fullstendig taleopptak vil være enorme. Med mikrofonen påskrudd vil taleopptak av alt som skjer, hvile 100 % på at sikkerheten til leverandørene faktisk holder vann. Mengden informasjon ved taleopptak er enormt mye større, og typen informasjon kan være langt mer sensitiv.

Mye på spill

En av de viktigste rettighetene til en pasient er at det som fortelles på psykologkontoret, skal behandles konfidensielt. Taushetsplikten er ikke bare passiv, men krever at man aktivt hindrer at informasjon kan komme på avveie. Samtidig er det langt mer enn juridiske aspekter som bør tas hensyn til når man vurderer å bruke en KI-løsning i terapirommet. Pasientene oppfordres gjerne til å dele svært private tanker, følelser og erfaringer, ofte ting som aldri har vært delt med noen før. På studiet lærer vi hvordan vi skaper psykologisk trygge rom som legger til rette for at pasienten kan åpne seg mer. Mange pasienter er vant med å tilpasse seg andres behov, og de aller fleste vil forstå at når psykologen spør om de kan bruke KI-verktøy for transkripsjon, vil det gå ut over psykologens tid om man takker nei. På toppen av det hele vil pasientene ofte bære med seg erfaringer om at relasjoner som skulle vært trygge, ikke var det. Taushetsplikten er ikke bare et juridisk anliggende, men en grunnleggende verdi for all terapi, og når ny teknologi øker risikoene for at den brytes, må det behandles med stort alvor. At risikoen bæres fullt ut av pasienten, mens gevinsten i stor grad tilfaller behandleren og systemet, gjør at dette må behandles ekstra forsiktig.

I 2020 ble titusenvvis av finske journalnotater lekket og enkeltpasienter utpresset. I sommer fant og rapporterte jeg et sikkerhetshull som kunne ført til uautorisert tilgang til ord-for-ord-transkripsjoner av norske pasienters terapitimer. Når neste sikkerhetshull i pasientsystemer blir avdekket, og hvorvidt det er ondsinnete aktører eller ikke som finner det, kan hverken leverandører, psykologer eller pasienter vite sikkert. Men det som er helt sikkert, er at hver gang et journalnotat skrives manuelt, med Psykologforeningens retningslinjer om å kun inkludere relevant informasjon, reduserer vi konsekvensen det kan få for en pasient ved datainnbrudd, betydelig. Om det likevel er verdt det å ta i bruk denne teknologien, mener jeg gevinstene må være store, sannsynligvis betydelig større enn de minuttene man sparer per pasient i journalføring. Ⓜ

REFERANSER

- Haram, O. (2025, 18. desember). AI-verktøy hallusinerte i terapirommet. VG. <https://www.vg.no/nyheter/i/M7gKrm/ai-verktoey-hallusinerte-i-terapirommet>
- Kleeman, J. (2023). Vastaamo hack: My darkest secrets were revealed to the world. BBC News. <https://www.bbc.com/news/articles/c62nzzqw45eo>
- National Institute of Standards and Technology [NIST]. (2017). *An introduction to information security* (NIST Special Publication 800-12, Rev. 1). U.S. Department of Commerce. <https://nvlpubs.nist.gov/nistpubs/SpecialPublications/NIST.SP.800-12r1.pdf>
- National Institute of Standards and Technology [NIST]. (2025, 11. juni). What is post-quantum cryptography? U.S. Department of Commerce. <https://www.nist.gov/cybersecurity/what-post-quantum-cryptography>
- Nissen-Lie, H. A. & Stänicke, E. (2025). Fremtidens psykoterapi: Hvilken rolle bør kunstig intelligens spille? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9), 512–518. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s07ae-Fremtidens-psykoterapi-Hvilken-rolle-b-r-kunstig-intelligens-spille-
- Olsen, B. (2026). Tomme kalorier for sjelen eller kraftkost for faglig vekst? Om KI og journalføring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(1). www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso1ae-Tomme-kalorier-for-sjelen-eller-kraftkost-for-faglig-vekst-Om-KI-og-journalf-ring
- Ralston, W. (2021). They Told Their Therapists Everything. Hackers Leaked It All. WIRE. <https://www.wired.com/story/vastaamo-psychotherapy-patients-hack-data-breach/>

TEKST

Didrik Heggdal
Vestre Viken HF

Sindre F. Andreassen
Bergen Kommune

Maria Mowé
Helse Bergen

Viggo Dalseth
Universitetssykehuset i Nord-Norge

Eksistensiell angst: Dilemma eller uutnyttet mulighet?

KOMMENTAR TIL

Malkomsen, A. (2026). Eksistensiell angst fra Kierkegaard til vår tid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(1), 49–53.

KONTAKT didrikheggdal@hotmail.com

MERKNAD Forfatterne erklærer at de skriver som privatpersoner og ikke som ansatte som gir uttrykk for sine arbeidsgiveres synspunkter. DH oppgir at det kan forstås som en interessekonflikt at han i flere år har veiledet Utekontakten i Bergen i BET-metodikk.

Selv alvorlig psykisk lidelse kan forstås som forsøk på å håndtere grunnleggende eksistensiell angst.

I januarutgaven av *Psykologtidsskriftet* skriver Anders Malkomsen i sitt essay *Eksistensiell angst – fra Kierkegaard til vår tid* om klassikeren *Begrepet angst* av Søren Kierkegaard fra 1844. I omtalen får Malkomsen frem hvordan Kierkegaards perspektiver har preget både eksistensialfilosofien og utviklingen av eksistensiell psykologi. I et eksistensielt perspektiv er ikke angst et symptom som skal fjernes, men et uttrykk for hva som kan skje med mennesket i møte med valg, ansvar og frihet. Malkomsen følger linjene fra Kierkegaard via Heidegger og Sartre til eksistensiell terapi i vår tid, og viser hvordan den eksistensielle tradisjonen kan gi nye perspektiver på psykiske lidelser og behandling. Aksept for livets eksistensielle grunnvilkår kan også være en vei til et bedre liv. Med frihet, og med den angsten som følger med det å være fri. Slik åpner essayet for et mer nyansert blikk på psykiske lidelser og behandling, og peker på hvordan

— *Terapeuter og helsepersonell kan alltid integrere eksistensielle perspektiver i psykiske helsetjenester*

en eksistensiell forståelse kan bidra til å «gjenåpne verden ved å gjøre nye muligheter synlige». Vi takker for en fin og etterlengtet drøfting av eksistensialismens relevans for psykiske helsetjenester i vår tid. Når Malkomsen mer enn antyder at det er problematisk å integrere eksistensielle perspektiver i tjenestene, så ser vi det som en invitasjon til å komme med en kommentar. Vi som er forfattere av kommentaren, skriver fra et faglig, klinisk ståsted basert på erfaringer med bruk av Basal eksponeringsterapi (BET) i ulike tjenester og på ulike tjenestenivåer. I vårt arbeid er eksistensielle perspektiver allerede godt integrerte i behandlingstilbudene, også i behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Psykisk sykdom og eksistensielle utfordringer

Malkomsen løfter fram potensialet i å se angst som et eksistensielt fenomen og peker også på et mulig dilemma:

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. (Malkomsen, 2026, s. 53)

Slik vi leser Malkomsen, trekker han her opp et skille mellom psykisk sykdom og eksistensielle utfordringer. Han antyder noe lignende i boka *Hva er poenget?* (Malkomsen, 2023), der han skriver at meningsløshet noen ganger kan gi psykisk sykdom. Det kan tolkes som at han ser eksistensiell meningsløshet som noe som kan *gå over til* klinisk sykdom, og at sykdomsbegrepet blir relevant når lidelsen kan identifiseres og forstås som en medisinsk sykdomstilstand, og ikke lenger «bare» dreier seg om eksistensielle utfordringer.

Uløselig sammenvevd

Vårt faglige utgangspunkt er et annet. Å sette eksistensielle utfordringer og såkalt psykisk sykdom opp mot hverandre kan forstås som et konstruert og kunstig skille. I praksis er disse dimensjonene uløselig sammenvevd i menneskers liv. Flere eksistensielt orienterte psykoterapeuter har nettopp skrevet om at uttrykket til alvorlige psykiske lidelser, som f.eks. schizofreni, kan forstås som menneskers forsøk på å håndtere grunnleggende eksistensiell angst, snarere enn som kun meningsløse symptomer på sykdom (bl.a. Laing, 1960; Searles, 1961; Yalom, 1980).

Når man erkjenner dette, forsvinner dilemmaet, som i praksis da trer frem som en uutnyttet mulighet: Terapeuter og helsepersonell kan alltid integrere eksistensielle perspektiver i psykiske helsetjenester på en praktisk, ansvarlig og terapeutisk måte, uavhengig av brukerens tilstand eller alvorlighetsgrad. Dette perspektivet understreker også Mick Cooper tydelig i sin bok *Existential therapies*, når han skriver at «Therapists should try to engage with their clients holding a basic trust that the clients' behaviours and experiences are meaningful attempts to deal with their world, rather than pathological or irrational errors of functioning» (Cooper, 2003, s. 95).

Med kommentaren ønsker vi å bidra til at diskusjonen flyttes fra et akademisk til et praktisk nivå. Hvordan kan en eksistensiell tilnærming se ut i behandling av mennesker med psykiske helseutfordringer, herunder også de mest alvorlige tilstandene? Her vil vi løfte frem hvordan en helhetlig psykososial behandlingsmodell som BET setter søkelys på ekstrem eksistensiell angst som mulig årsak til alvorlige psykiske helseutfordringer (Heggdal et al., 2022; Heggdal, 2022). I BET er det nettopp opplevelsen av at selve eksistensen er truet, som mennesker får hjelp til å håndtere. Pasientene som kommer til BET, har ofte mange mislykkede behandlingsforsøk bak seg, og beskriver før BET en tilværelse preget av meningsløshet og håpløshet (Heggdal et al., 2015). Der tidligere behandling ofte har forstått atferd ut fra diagnoser som schizofreni, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelser og dissosiative lidelser, ser BET slike tilstander som resultater av langvarige forsøk på å mestre eksistensiell angst (Hammer et al., 2020). Dette perspektivet åpner for nye muligheter i forebygging og behandling av personer med

alvorlige psykososiale helseutfordringer.

Mennesker som søker BET, får støtte til å forholde seg til grunnleggende vilkår ved å være menneske i verden: forholdet til seg selv og til andre, opplevelse av mening, og det å ta aktive, målrettede valg forankret i egne verdier. Erfaringene viser at endring skjer gradvis. Pasienter lærer å være i angsten, ta ansvar og erkjenne at «mine indre opplevelser kan ikke drepe meg», selv om ansvaret i starten kan oppleves skremmende (Heggdal et al., 2015). Negative erfaringer har samtidig gjort det tydelig at tilstrekkelig relasjonell støtte er avgjørende, noe som allerede har ført til forbedringer i praksis (Mjøsund et al., 2022; Strand et al., 2025).

En eksistensiell tilnærming i terapi samsvarer også godt med et menneskerettsperspektiv. Når CRPD (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) nå er innlemmet i Menneskerettighetsloven, markeres et tydelig skifte fra å se mennesker med funksjonsnedsettelse som objekter for behandling og beskyttelse til personer med iboende verdighet og relasjonelt betinget autonomi (Mladenov, 2013). WHO (2021) og Europarådet (2021) har løftet fram BET, fordi tilnærmingen tydeliggjør hvordan et slikt skifte kan omsettes i praksis. Om BET er «en terapeutisk outsider», som Malkomsen betegner eksistensiell terapi, vil antakelig avhenge av hvem man spør. BET kan ses som et eksempel på at dagens psykiske helsetjenester ikke trenger å sykeliggjøre eksistensiell angst, og at det er mye å hente ved å integrere eksistensielle perspektiver i behandling av mennesker som strever med psykososiale helseutfordringer.

Avslutningsvis vil vi takke Malkomsen for å ha løftet eksistensiell angst fram som refleksjonstema for fagfeltet. Vi håper Malkomsens presentasjon av Kierkegaards bok *Begrepet angst* og dens betydning for psykologifaget og vår oppfølgende kommentar kan invitere til videre faglig dialog om hvordan eksistensielle perspektiver kan komme til nytte og gis større plass i dagens behandlingssystemer. ♡

REFERANSER

- Cooper, M. (2003). *Existential therapies*. SAGE Publications.
- Europarådet. (2021). *Good practices to promote voluntary measures in mental health*. Council of Europe. <https://rm.coe.int/inf-2021-9-compendium-final-e/1680b11f60>
- Hammer, J., Heggdal, D. & Ludvigsen, K. (Red.). (2020). *Inn i katastrofelandskapet. Erfaringer fra basal eksponeringsterapi*. Abstrakt forlag.
- Heggdal, D. (2022). *Basal eksponeringsterapi. Bærekraft i psykisk helsevern*. Gyldendal.
- Heggdal, D., Borgejordet, S. & Fosse, R. (2022). «Existential Catastrophe Anxiety»: Phenomenology of Fearful Emotions in a Subset of Service Users With Severe Mental Health Conditions. *Frontiers in Psychology*, 13, 766 149. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.766149>
- Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T. H., Malin, I. & Fosse, R. (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 119–128. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-03>
- Laing, R. D. (1960). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Tavistock Publications.
- Malkomsen, A. (2023). *Hva er poenget? Om meningsløshetens psykologi og eksistensielle samtaler*. Fagbokforlaget.
- Malkomsen, A. (2026). Eksistensiell angst fra Kierkegaard til vår tid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(1), 49–53. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026a-so1ae-Eksistensiell-angst-fra-Kierkegaard-til-var-tid>
- Mjøsund, N. H., Strand, M., Nesset, E., Røysland-Sundhagen, M. & Fosse, R. (2022). Når behandling gjør vondt verre – erfaringer fra basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1092–1103. <https://doi.org/10.52734/9C4T-pX24>
- Mladenov, T. (2013). The UN Convention on the rights of persons with disabilities and its interpretation. *ALTER – European Journal of Disability Research*, 7(1), 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2012.08.010>
- Searles, H. F. (1961). Schizophrenia and the inevitability of death. *Psychiatric Quarterly*, 35, 631–665. <https://doi.org/10.1007/BF01563716>
- Strand, M., Haugen, T. S., Østvold, C. C., Kvist, R. & Vik, I. H. (2025). BET – bedre for flere: Aksjonsforskning som metode i forbedringsarbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 22(4), 347–357. <https://doi.org/10.18261/tph.22.4.6>
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- Yalom, I.D. (1980). *Existential Psychotherapy*. Basic Books.



ILLUSTRATION: KNUT LOVÅS

Psykologprofesjonen har i løpet av kort tid opparbeidet en høy status, og vi blir vist mye tillit. Vi har alle et ansvar for ikke å rive tilliten ned.

Psykologers ukritiske omfavnelse av åpenhetskulturen



FOTO: PRIVAT

TEKST Anne-Kari Torgalsbøen
Universitetet i Oslo

Gjennom ulike medier skulle det nå være kjent at psykologen som ledet TV-programmet *Jeg mot meg*, har fått vesentlige begrensninger i sin autorisasjon. Statsforvalter og Helsetilsynet har vurdert at pasienter i podkasten *Hos Peder* har fått uforsvarlig behandling. Noen av deltakerne i *Jeg mot meg* har tidligere formidlet at de fikk det verre med tilleggsvansker som de tilskrev deltakelsen i programmet (Thorbjørnsrud & Blehr Lånkan, 2022). Åpenheten har hatt sin pris i form av dårligere psykisk helse. Nå stiller mange psykologer spørsmålet om hvorfor de ikke reagerte før. Psykologenes omdømme som en profesjon man kan ha tillit til, slår sprekker. Tiden er inne for selvransakelse, og å finne ut hva man kan lære av det som har skjedd.

Denne saken har med all tydelighet vist at vårt fagfellesskap mangler evne til å korrigere kollegaer og trender som kommer i konflikt med fagetiske forpliktelser. Åpenhetstrenden appellerte intuitivt til psykologer. Her skulle vi endelig få en positiv utvikling bort fra fortielse og skam knyttet til psykiske lidelser. Psykisk helse var på alles lepper. Den tidligere supplementsprofesjonen (Torgalsbøen, 2022a) var inne i varmen, og våre psykologiske teorier tilhørte så til de grader tidsånden. Det ble utdelt priser og rosende ord for «å normalisere livets strev og hva det vil si å gå i terapi og jobbe med egen utvikling» (NPF, 2016, avsn. 2). Jeg tror det er vanskelig for fagfellesskapet å stille spørsmål ved en kollegas yrkesutøvelse når den belønnes med pris fra vår egen fagforening.

KONTAKT a.k.torgalsboen@psykologi.uio.no

Den påfølgende hybris på standens vegne hindret også mange psykologer i å reagere på at disse «åpenhetsprosjektene» faktisk ikke var fagetisk bærekraftige.

Fra mediavegring til medieyndling

Madsen (2017) hevder at psykologer har generelt høy etisk bevissthet rundt sine klienter, men samtidig en underutviklet evne til å reflektere rundt sin egen rolle i samfunnet. I psykologenes fagetiske retningslinjer er det nedfelt at psykologen skal være oppmerksom på det profesjonelle ansvaret de har, ikke bare for klienter, men også overfor den organisasjon og det samfunn de lever og arbeider i (NPF, 1998). En bevissthet om at man av andre oppfattes som representant for sin yrkesgruppe, bidrar til at man stiller seg spørsmålet om tjenestene våre kan misbrukes. Denne aktsomhet har i liten grad vært til stede.

— Vi kan ikke ha for mange psykologer i skravleklassen før det skjer en forflatning av faget

I den senere tid har vi sett flere eksempler på hvordan mediene lar fagpersoner bygge seg et renommé som gir innflytelse og makt, og ofte også penger. Tillit reises, for så å rives ned når det går galt. Og det går før eller senere galt for mange som blir for opptatt av å søke offentlighetens lys. Læringspunktene her er at selv om det i dag er mange muligheter og ulike plattformer for psykologisk yrkesutøvelse, tilsier ikke dette at psykologene ukritisk skal gripe disse mulighetene og ta den plassen. Det må være en økt bevissthet hos psykologer om hvem, hva og hvilke formål profesjonen skal tjene (Øvreeide & Backe-Hansen, 2025).

Som tidligere nestleder i Norsk psykologforening tidlig på 2000-tallet var det en prioritert oppgave å stimulere psykologer til å delta mer i media, fortrinnsvis som faglige premissleverandører til det offentlige ordskifte. Vi var også opptatt av at flere psykologer måtte delta i debatter og bruke faget til å belyse viktige utfordringer og tendenser i helse- og samfunnsutviklingen. Svært få psykologer ville ha noe med media og journalister å gjøre. De fryktet tap av kontroll og at viktige nyanser ved budskapet skulle gå tapt i møte med journalisten. Få psykologer var trent i å fatte seg i korthet, og var av den

grunn heller ikke særlig attraktive som intervjuobjekter. Den indre justis blant psykologene var streng, samtidig som mange ergret seg over at andre yrkesgrupper med etter vår oppfatning liten faglig ballast uttalte seg med den største selvfølgelighet til media. Men det har skjedd en formidabel endring fra en nærmest kollektiv mediavegring til dagens situasjon hvor det ikke går en dag før en psykolog har uttalt seg om et eller annet. Inntoget av influenserpsykologer som med jevne mellomrom bidrar med faglig florlette innspill, setter oss alle i forlegenhet. Psykologene har blitt en del av trenden i tiden, der det å iscenesette seg selv som medieyndling i folkeopplysningens og åpenhetskulturens navn har blitt applaudert.

Hva ville Harald Schjelderup ha sagt?

Vi kan ikke ha for mange psykologer i skravleklassen før det skjer en forflatning av faget, og reises spørsmål ved vår rolleforståelse og integritet. Psykologprofesjonen er ung. Vi har i løpet av kort tid opparbeidet en høy status, og vi blir vist mye tillit. Vi har alle et ansvar for ikke å rive den tilliten ned. Dersom for mange psykologer pludrer i podkaster og ikke er til nytte ved å hjelpe til med de vanskelige oppgavene i samfunnet og i helsevesenet, svekkes tilliten.

Mon tro hva professor Harald Krabbe Schjelderup, grunnleggeren av psykologi som selvstendig vitenskap i Norge, ville ha sagt om utviklingen i deler av faget? De av våre psykologiske forfedre på Psykologisk institutt ved UiO som kjente ham, ville nok si at han fremsto som et modent menneske, og at Schjelderup selv hadde et eget ord for nettopp det. Han snakket om det ukunstlede menneske som ikke må være på banen for å fremheve seg selv hele tiden, som ikke gjør seg til. Dette er saktens noe å tenke over i en tid der ekshibisjonismen har tatt av, og det å iscenesette seg selv er et viktig ego-prosjekt, både for psykologer og folk flest. Det har blitt kult å være kjendispsykolog.

Med bakgrunn i det fagetiske havari vi nå har erfart knyttet til psykologers deltagelse i den kommersialiserte åpenheten, må foreningen og Fagetisk råd være en tydeligere aktør og gjenreise betydningen av medlemmenes fagetiske forpliktelser. Et tidligere forsøk på å engasjere foreningen i dette spørsmålet (Torgalsbøen, 2022b) ble møtt med taushet.

Faglig selvregulering

Et sted å starte er, slik Madsen (2017) har argumentert, at samfunnsutviklingen over tid i for stor grad har vært preget av psykologien som premissleverandør til introspeksjon og selvgransking. Dette på bekostning av å øke forståelsen om samfunnsmessige faktorer som kan gi opphav til lidelse. Det har vært en tankegang om at tilgjengelighet av psykologisk kunnskap for allmennheten vil føre til forbedringer i samfunnet. Psykologer har derfor ut fra gode intensjoner vært villige til å spre kunnskap. Dette har ført til betydelige endringer, blant annet av menneskers selvforståelse, men tilsynelatende

ikke redusert plager eller ført til større samfunnsmessige forbedringer. Samfunnet generelt og klienter spesielt forventer at psykologer er til å stole på og kompetente, og at de ikke gjør skade. I henhold til de fagets retningslinjene er det psykologen som må sikre mekanismer som gjør at de balanserer egeninteresser opp mot interessene til de menneskene de skal hjelpe. Man er ikke faglig kompetent dersom man ikke samtidig viser fagets bevissthet.

Dette gir også en anvisning til profesjonen om selv å

tøyle egeninteressen ved å spre psykologisk kunnskap på alle plattformer. Evne til selvregulering er ikke kun noe som vi skal hjelpe våre klienter med, men noe standen selv må vise evne til. Psykologenes omfavning av åpenhetskulturen og foreningens legitimering av denne har spilt fallitt. Jeg forventer at Norsk psykologforening nå viser profesjonelt lederskap, og med forankring i de fagets retningslinjene er tydelige på hvordan psykologene skal forvalte faget til beste for pasienter og samfunnet. 

REFERANSER

Faldbakken, S. & Stabell, E. (2018, 25. september). Jeg mot meg er samtaler Norge trenger. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/11y04A/jeg-mot-meg-er-samtaler-norge-trenger-elisabeth-stabell-og-stefan-faldbakken>

Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2. utg.). Universitetsforlaget.

NPF (1998). *Ethiske prinsipper for nordiske psykologer*.

NPF (2016). Begrunnelse for tildeling av Åse Gruda Skards pris, avsn. 2.

Thorbjørnsrud, K. & Blehr Länkan, K. (2022). «Someone should have looked after us»: the boundary work of mental health disclosure on TV. *Media, Culture & Society*.

Torgalsbøen, A-K. (2018a, 9. september). «Jeg mot meg» og åpenhetens pris. *Kronikk. Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/4deVLE/jeg-mot-meg-og-aapenhetens-pris-anne-kari-torgalsboeen>

Torgalsbøen, A-K. (2018b, 2. oktober). Ja, trenger vi egentlig «Jeg mot meg»? *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/P3xQgz/ja-trenger-vi-egentlig-jeg-mot-meg-anne-kari-torgalsboeen>

Torgalsbøen, A-K. (2018c, 13. oktober). Vi kan ikke overlate til mediene å definere hva som er god folkeopplysning. Lite å hente hos Peder Kjøs. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/J181m8/vi-kan-ikke-overlate-til-mediene-aa-define-re-hva-som-er-god-folkeopplysning-anne-kari-torgalsboeen>

re-hva-som-er-god-folkeopplysning-anne-kari-torgalsboeen

Torgalsbøen, A. & Engedal, M. G. (2022a). Skepsis til makt hos psykologprofesjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(6), 474–481. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022aso1ae-Skepsis-til-makt-hos-psykologprofesjonen

Torgalsbøen, A. (2022b). «Jeg mot meg»: Hvor ble fagetikken av? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(5), 388–391. [## Annonser i Psykologtidsskriftet](http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022aso4ae--Jeg-mot-meg-Hvor-ble-fagetikken-av-Ovreide, H. & Backe-Hansen, E. (2025). Fagetikk i psykologisk arbeid. Cappelen Damm Akademisk.</p>
</div>
<div data-bbox=)

UTGIVELSESPLAN 2026

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

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

 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

Anne-Kari Torgalsbøen kritiserer psykologenes forhold til åpenhet om psykisk helse. Fagetisk råd oppfordrer til fagetisk refleksjon og avfeier klare og tydelige retningslinjer.

Fagetisk praksis er et felles ansvar



FOTO: PRIVAT



FOTO: PRIVAT

TEKST Ole Magnus Vik
Leder av Fagetisk råd

Cathrine Eide
Nesteder av Fagetisk råd

KONTAKT olemagnusvik@hotmail.com

MERKNAD Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

FER er enig i mye i Torgalsbøens kronikk «Psykologers ukritiske omfavelse av åpenhetskulturen» (Torgalsbøen, 2026), blant annet hvor avgjørende en god rolleforståelse er når vi psykologer opptrer utenfor klinikken, samt viktigheten av å forvalte tilliten fra samfunnet skikkelig. I tillegg fremhever Torgalsbøens tekst det *tragiske* aspektet ved fagetikken vår: hvordan noe – som for eksempel åpenhet – aldri er så godt at det ikke også kan bli et onde. FERs inntrykk er at enigheten også gjelder for de fagetiske rådene som har sittet i de foregående periodene.

FER er imidlertid uenige med Torgalsbøen i beskrivelsen av her-og-nå-situasjonen, som hun antyder er et «fagetisk havari» for profesjonen. Vi er usikre på om et slikt argument, samt en tilsynelatende mistenkeliggjøring av beveggrunnene til alle psykologer som er aktive i media, bidrar til å gjøre debatten konstruktiv. Så vidt vi vet, har ikke norske psykologer en påfallende lav fagetisk kyndighet sammenlignet med andre profesjoner i helsevesenet.

FER tror heller ikke åpenhetsnormer «omfavnes ukritisk». Vårt inntrykk er at de fleste norske psykologer ville tenkt seg om både en og to ganger, og ofte endt opp med å si nei, før et kamera fikk komme inn i terapirommet. Med mindre Torgalsbøen kan belegge påstanden om at norske psykologers fagetiske praksis «har spilt fallitt», vil hennes beskrivelser av status presens i beste tilfelle være unyanserte og i verste tilfelle fremstå som mindre respektfulle.

Retningslinjer gir en falsk trygghet

Torgalsbøen refererer flere ganger til fagetiske *retningslinjer*, og oppfordrer i likhet med Holgersen (2025) FER til å komme tydeligere på banen med «klare» og «tydelige» handlingsregler for «hvordan vi som psykologer bør opptre». Her etterspørres noe FER hverken har mandat til, eller som vil bidra til å fremme en god fagetisk psykologisk praksis. Psykologforeningen har ikke hatt fagetiske *retningslinjer* siden 1998, da de nordiske fagetiske rådene i fellesskap bestemte seg for å gå bort fra en statisk, normerende *retningslinjeetik* og over til en mer dynamisk og refleksiv *prinsippetik*, blant annet fordi en slik etikk skulle bedre fange kompleksiteten og bredden i våre etiske utfordringer (Øvereide, 2025).

Fagetikken er en veileder for psykologers arbeid. Slik Torgalsbøens egen tekst viser, vil imidlertid fagetiske hensyn – for eksempel verdien av breddeformidling av psykologisk kunnskap vs. respekt for kompleksiteten i faget – ofte havne i konflikt med hverandre. En fagetikk med «klare og tydelige» regler vil ikke være like godt egnet til å håndtere slike naturlige fagetiske spenninger. Vi i FER mener derfor at å gå tilbake til en retningslinjeetik er en dårlig løsning. Vår frykt er at retningslinjer bare vil gi psykologer en falsk trygghetsfølelse, der den fagetiske refleksiviteten i realiteten *sløves* heller enn skjerpes. En slik forståelse har også støtte i forskningsfeltet, som nevnt i et tidligere innlegg (Vik & Garmannslund, 2025).

Åpenhet har alltid en pris

Kanskje enkeltindividene som har brettet ut sitt mest private i offentligheten, har betalt den største prisen for et samfunn som har fått større åpenhet rundt psykisk uhelse. Hvis økt åpenhet også kan sies å være et gode, må vi i så fall velge mellom hvilke goder vi er mest komfortable med, og ikke minst hvilke onder vi er minst komfortable med. Noe av det mest fagetisk relevante blir da å passe på at prisen ikke blir for høy for enkeltpersonene som deler sine historier, selv der disse har samtykket og ønsker å delta.

FER ønsker å bidra til at psykologer kan styrke sin fagetiske muskel, både i terapirommet og i det offentlige rom. Vi trener muskelen best gjennom en grundig, kontinuerlig og tidvis ganske nådeløs selvrefleksjon, heller enn med en «etikmanual». Hovedansvaret for god fagetisk praksis ligger dessuten på den individuelle psykologen, og FER har verken ressurser, ønske, mandat eller kunnskapsmessig belegg til å være et moralpoliti.

FER er ti vanlige psykologer som, i tillegg til sine ordinære jobber, har fått tillit fra Landsmøtet til å fortolke og løfte frem en fagetisk visjon basert på fellesnordiske etiske prinsipper. For å fremme fagetisk kyndighet ønsker vi å fortsette å bidra med tekster i Psykologtidsskriftet der vi aktualiserer fagetiske tema, samt å være tilgjengelige for medlemmer som ønsker å diskutere fagetiske problemer. Minst like viktig er det å få på plass en grundig teoretisk og empirisk forankring for fagetikken i NPF.

Torgalsbøen og flere andre har kritisert vår fagetikkvisjon. FER ønsker konkurrerende visjoner velkommen. Men all den tid vi er enige om at det etikk-teoretiske fundamentet og den fagetiske praksisen i NPF bør være evidens- og kunnskapsbasert, hviler bevisbyrden på dem som måtte ønske et annet fagetisk fundament for vår profesjon. Ⓜ

REFERANSER

Holgersen, H. (2025). Farlig svakt av Fagetisk råd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(1). www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a12ae-farlig-svakt-av-fagetisk-rad
Torgalsbøen, A. (2026). Psykologers ukritiske omfavelse av åpenhetskulturen. *Tidsskrift*

for Norsk psykologforening. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026a501ae-Psykologers-ukritiske-omfavelse-av-apenhetskulturen
Vik, O. M. & Garmannslund, M. (2025). Hvilken fagetikk skal Psykologforeningen ha?

Tidsskrift for Norsk psykologforening. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s12ae-Hvilken-fagetikk-skall-Psykologforeningen-ha
Øvereide, H. (2025). *Fagetikk i psykologisk arbeid* (3. utgave). Cappelen Damm Akademisk.

En akademisering av
psykoterapi innebærer en todeling
av spesialisthelsetjenesten.

Generalistene løser problemer spesialistene avviser



FOTO: PRIVAT

TEKST Rolf Sundet
Universitetet i Sørøst-Norge

En rekke debattinnlegg i Psykologtidsskriftet (Bjerke, 2025; Lauveng & Skard, 2025) har satt psykoterapi på dagsorden ved å løfte fram spesialiteten i psykoterapi som en sentral kompetanse. Begrep og distinksjoner som spesialist og generalist, dybde og bredde trer fram i disse diskusjonene som definerende for vår profesjon. For meg representerer diskursen en endring med negative undertoner som henger sammen med forståelsen av begrepene dybde og bredde. Min forståelse av dybde er at dette innebærer kunnskaper og ferdigheter som trengs for å hjelpe personer med alvorlige og komplekse problem og lidelser, mens bredde innebærer arbeid med de såkalt «lettere» lidelsene. For den som har en psykisk lidelse, er den vond og smertefull uansett. Distinksjonen gir i beste fall mening for terapeutene og forteller noe om hva den enkelte behandler kan og skal arbeide med. En spesialist har spesialisert kunnskap, i betydning avgrenset, og er særlig rustet til å hjelpe dem som ikke får hjelp av «breddepsykologene». Er dette en korrekt beskrivelse av virkeligheten? Jeg mener nei, samtidig som jeg undrer meg over om virkeligheten nå er i ferd med å tilpasse seg denne måten å forstå psykoterapi på.

Spesialisert breddekompetanse

Jeg har i flere år veiledet ansatte i kommunale familieteam og grupper av helsesykepleiere. Fagpersonene erfarer stadig at de får tilbake barn, unge og familier fra spesialisthelsetjenesten uten at annet har skjedd enn utredning og navngiving av problem. Ofte var tilbakeføringen knyttet til spørsmål om motivasjon eller at pasienten ikke passet med det metodiske tilbudet. Samtidig var avslag og tilbakeføring pakket inn i prioriteringsveilederens språkdrakt. Spesialisthelsetjenesten avviste, men de kommunalt ansatte kunne hjelpe. Her opplever jeg at breddekompetansen trer frem som mer spesialisert enn den antatte «dybdekompetansen». Det er her spørsmålet om hva som skjer med vår profesjon, aktualiseres.

KONTAKT rosundet@online.no

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Hvem skal ut?

Et av dagens moteord er pasienttilpasset behandling. Det finnes to hovedformer for pasienttilpasning. En er, gjennom utredning, å finne de pasientene som passer til metoden. Vi kan snakke om *metodetilpassede pasienter*. Generalisten er på den annen side mer karakterisert av å arbeide med *pasienttilpassede metoder*. Innenfor den første orienteringen må pasienten endre seg for å sikre seg et tilbud og få begynne det psykoterapeutiske arbeidet, mens i den andre er det avgjørende at terapeuten tilpasser seg for å hjelpe pasienten. Spørsmålet er om dagens nye psykoterapibegrep innebærer systematiske begrensninger i hvem som kan få et psykoterapeutisk tilbud? Spesialisthelsetjenesten med sin «dybde»-orientering blir da et tilbud som begrenser seg til dem som passer til tilbudet, mens «bredde»-orienterte tilbud har muligheter til å unngå disse begrensningene. Generalisten er «bredde»-orientert, fleksibel og tilpasningsdyktig. Et sentralt trekk ved generalisten er at pasientene ikke blir selektert. De «dybde»-orienterte tilbudene baserer seg på at pasienten kan tilpasse seg til metoden. Pasienter blir selektert, som medfører begrenset inntak som konsekvens. Min påstand er at «dybde»-orienteringen er avhengig av å være teorispesifikk. Det er teorien som forteller deg hva «å gå i dybden» betyr i praksis.

Høstmælingen (2023) stadfester for meg dette nye psykoterapibegrepet. Uten et teoretisk rasjonale kan ikke det vi gjør, kalles psykoterapi. Ved å si at bare det teorispesifikke er psykoterapi, forkastes en «bredde»-orientering. Her vil jeg argumentere for at «bredde»-orienteringen baserer seg på en annen type teori. Jeg har tidligere argumentert at for å være til hjelp for alle trenger vi å ha et psykoterapibegrep som ikke avhenger av å ha et prefabrikkert teoretisk fundament (Sundet, 2024). Vi kan i stedet teoretisere sammen med pasienten. Det innebærer at en teoretisk forklaring like mye kan være et sluttresultat av terapi som en begynnelse. En tydeliggjøring av dette finner jeg i Hoffart og Urnes Johnsen (2025) sitt skille mellom innholds- eller essensteorier og en nettverksmodell. Slik jeg erfarer det, er det avgjørende å starte behandlingsarbeidet teoriløst. Utgangspunktet må alltid være pasientens eget narrativ. Dette betyr at en må ikke starte et behandlingsarbeid med en innholdsteori, en må starte med en praksisteori. En praksisteori er en teori som spesifiserer betingelser og arbeidsmåter som gjør det mulig for pasienter å skape et innhold som faller innenfor deres preferanser, kulturelle bakgrunn og egenskaper. Hvordan kan vi snakke sammen på en måte som muliggjør at det materialet vi arbeider

med i terapien, dens innhold, er relevant for pasienten? Dette handler om å snakke og relatere seg til pasienten på en måte som muliggjør respekt, empati, samarbeid, delte beslutninger og bruk av tilbakemelding. Et problem er at tilbakemelding fra pasienten om at det metodiske ikke passer, vil virke ødeleggende på spesialisttankegangen. Her er det terapeuten forskningsbaserte kunnskap som i siste instans blir avgjørende. Generalisten, derimot, vil være avhengig av tilbakemelding for å kunne anvende sin fleksibilitet til å skape og lage en terapi, teorispesifikk eller ikke, som passer pasienten (McLeod & Sundet, 2022).

Terrenget må tilpasse seg kartet

Er vi på vei til et nytt og todelt psykisk helsevern? En del av befolkningen får et spesialisert, dybdeorientert tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, hvor bredde- og generalist-spesialisten utraderes. Generalistkompetansen overføres i beste fall til kommunen, som for mange nettopp kan være bra gitt spesialisthelsetjenestens mangler på kompetanse innenfor breddeorientert psykoterapi. Samtidig strider dette mot en spesialisttankegang som vektlegger kompetanse i å hjelpe personer med alvorlige og sammensatte lidelser.

Igjen er faren at et behandlingsarbeid basert i fleksibilitet, et samarbeid hvor terapi er noe som lages sammen med pasienten, reduseres. I dette nye psykoterapibegrepet, som legger avgjørende vekt på innholdsteori, ser vi en akademisering av praksisfeltet. Det er i det akademiske arbeidet med forskning og teoridannelse at bestemmelsen av og svaret på hva psykologer skal bedrive, gis. Jeg opplever at praksiserfaringer nedtones til å være informasjonskilder for dette arbeidet. Psykologens erfaringsbaserte kunnskap reduseres som arnested for innovasjon, samtidig som det er i terapirommet den samfunnsmessige endringen først møtes, og ikke i universitetskonteksten.

En akademisering av psykoterapi innebærer også en todeling innenfor spesialisthelsetjenesten, med to hovedarbeidsoppgaver for psykologspesialister. En hvor en arbeider med «å ta syke i kur» i form av psykoterapi, og en del som arbeider med utredning og seleksjon av dem som får eller ikke får slik «kur». De siste mer som saksbehandlere enn terapeuter. For meg representerer et slikt scenario en massiv endring av vår profesjon. Samtidig åpnes en framtid hvor det mest interessante stedet for behandlingsarbeid er kommunen. Et fleksibelt behandlingssted som har som mål å gi et tilbud til hele befolkningen, og ikke bare dem som passer til metoden. Ψ

REFERANSER

Bjerke, A. D. (2025). Psykoterapispesialiseringen styrker psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as10ae-Psykoterapispesialiseringen-styrker-psykisk-helsevern

Hoffart, A. & Urnes Johnsen, S. (2025). Nettverksperspektivet versus essensmodeller i behandling av emosjonelle lidelser – teori og kliniske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), s. 21–33. <https://doi.org/10.52734/NQME5457>

Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetodens rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>

Lauveng, A. & Skard, H. K. (2025). Psykoterapi er kjernekompetanse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as10ae-Psykoterapi-er-kjernekompetanse

McLeod, J. & Sundet, R. (2022). Psychotherapy as making. *Frontiers in Psychology*, 13, 1048665. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1048665>

Sundet, R. (2024). Hva psykoterapi er, og hva det kan bli. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(7), 440–444. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024aso6-Hva-psykologi-er-og-hvadet-kan-bli

TEKST Jannicke Thoverud Godø
Akuttpsykiatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus

Én metode for alle lidelser



BOK *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders - Terapeutveileder*

FORFATTERE David H. Barlow et al.
(oversatt av Elisabeth Schanche og Jon Vøllestad)

ÅR 2025

FORLAG Gyldendal

SIDER 202 (Terapeutveileder)
200 (Arbeidsbok)

MERKNAD Anmelderen har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Unified Protocol representerer en sunn videreutvikling i kognitiv terapi, og kan være nyttig for terapeuter fra andre tradisjoner.

Unified Protocol (UP) representerer én av flere videreutviklinger av kognitiv atferdsterapi (KAT). UP er en spennende tilnærming som bør interessere både beslutningstakere og behandlere i et presset psykisk helsevern. Dette grunnet utformingen og ambisjonene for behandlingen og de foreløpige forskningsmessige resultatene for metoden. Nå er en terapeutveileder og en arbeidsbok til pasienter oversatt til norsk, og det av noen av de fremste fanebærerne av terapiformen her til lands: psykologspesialistene Elisabeth Schanche og Jon Vøllestad. Originalt er boken skrevet av en gruppe amerikanske fagpersoner med den kjente professoren i psykiatri og psykologi, David Barlow, i spissen. Jeg vil her gi en kort oversikt over selve terapiformen og hva som kan sies å skille den fra andre former for kognitiv terapi, satt i kontekst med generell fagutvikling. Så vil jeg si noe om hvilket bidrag jeg mener den norske oversettelsen kan tilføre i floraen av eksisterende manualiserte terapiprogrammer.

Salgbar pakke

For dem som har fulgt med i utviklingen av kognitiv terapi de siste ett til to tiårene, er UP lett å sette i sammenheng med den såkalte «tredje bølgen» av kognitiv terapi. Rasjonalet for terapiformen er ikke ulik tilnærmingen i metakognitiv terapi eller dialektisk atferdsterapi, for eksempel, selv om det er forskjeller i vektlegging og fremgangsmåte. UP fremstår i større grad som en lett salgbar «pakke» med et helt terapiforløp, som i tillegg kan se ut som en nærmest «one

— Oversettelsen til norsk fremstår gjennomarbeidet

size fits all», ved at det påstås at alle emosjonelle lidelser, og kombinasjoner av dem, kan behandles med UP. Søkelyset er ikke bare på å ta for seg enkelte symptomidelser og «få slutt på» typiske følelser, atferd og tanker som knyttes til den enkelte lidelse, men å oppdage og moderere de underliggende opprettholdende mekanismene som skaper problemene. UP legger vekt på å øke det de i sitt språk kaller «kognitiv fleksibilitet» og evnen til å tåle følelser, og dermed også gjøre det man ønsker å gjøre her i livet, uten å bli hemmet av sterke emosjoner og frykten for dem. Kognitiv fleksibilitet kan oppnås ved å lære seg, og øve på, en rekke «kjerneferdigheter» som introduseres i behandlingen. Uttrykket «Unified» henspiller på at denne terapiformen tilbyr en felles manual, der man i standard KAT kan tenkes å gå seg vill i de ulike symptomlidelsene og tilhørende manualer.

Som sant er, trekkes det fram at det oftest er komorbiditet i spill hos den typiske pasient. UP introduserer her mål om å behandle den «generelle underliggende nevrotisismen» for å oppnå varig og generaliserbar helbred, heller enn symptomer som passer inn i ulike bokser i vårt diagnosesystem. Faktisk viser litteraturoppsummeringen i terapeutveilederen til at personlighetstrekket/temperament-variabelen som disponerer for emosjonelle lidelser, nevrotisme, kan endres ved hjelp av UP. Forfatterne viser til lovende resultater for terapimetoden også for pasienter med rusmiddelavhengighet, bipolar lidelse, spiseforstyrrelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Det er lett for enhver å bli entusiastisk og håpefull. Særlig da det i tillegg, foreløpig med noe lite forskningsmessig belegg, hevdes at UP antakelig er godt egnet som gruppeterapi, også her med personer med høy grad av komorbiditet.

Naturlig nok spiller eksponering og arbeid mot konkrete mål en vesentlig rolle i terapiformen – dette er jo en form for kognitiv terapi. Men det legges mer vekt på emosjoner og holdningen pasienter har til egne emosjonelle reaksjoner, sammenliknet med «tradisjonell KAT». Dette også når det kommer til eksponering. Ja visst skal pasienten ut og gjøre det de frykter mest, men like mye

skal pasientene eksponere seg for de emosjonelle bølgene som skyller inn, og lære seg å tåle og moderere dem, både ved hjelp av økt innsikt i mekanismer og konkrete øvelser.

Behandlingen følger for øvrig et kjent mønster for kognitiv terapi i at den er svært strukturert, med vekt på hjemmeoppgaver mellom timene, tydelig styring av tema fra terapeutens side og mye psykoedukasjon. Progresjonen i symptomtrykk følges nøye, og pasientens egeninnsats likeså. Terapien er bygget opp av i alt åtte moduler. For hver modul følger godt utarbeidede skjema for både kartlegging og utøvelse av oppgaver. Selv om det legges opp til en del fleksibilitet for hvor mange timer man bruker på de ulike modulene, har terapien en stram regi fra start til ende. En vil se at de ulike modulene tar inn kunnskap fra ulike terapiretninger i tillegg til «tradisjonell» kognitiv atferdsterapi, slik som motiverende intervju i utformingen av mål for terapien og mindfulnessøvelser som verktøy/ferdighet. Terapimanualen synes å ville favne alt, der det til og med er et ganske utfyllende kapittel om medikamenter, som går overraskende mye i dybden om virkninger og bivirkninger av ulike typer psykofarmaka. Jeg mener dette kapittelet kunne blitt forkortet noe, da et av hovedbudskapene synes å være «snakk med din lege om dette».

Oversiktlig og lettlest

UP representerer en utvikling av KAT i den grad at den likner mer på andre terapitradisjoner – og også antakelig blir mer «spiselig» for terapeuter som er forankret i mer psykodynamiske tradisjoner. Terapiformen kan lett brukes som et rammeverk der også annen forståelse utover det kognitive kan integreres.

Generelt er både terapeutmanual og arbeidsbok oversiktlig og lettlest. Det blir hele tiden godt forklart hvor vi er i terapiprosessen, og alt fra de mange kryssreferansene bøkene imellom og til de utallige vedleggene med kartleggingsinstrumenter, skjemaer og lignende er korrekte og lette å orientere seg i. Terapeutveilederen bærer preg av at forfatterne er kjent med utallige typer motstand og

ulike utfordringer man kan støte på, og gir gode råd og tips både i egne tekstbokser og i små kasusvignetter. Likeledes er arbeidsboken utformet på en slik måte at det gir et fullverdig opplegg fra start til ende for en pasient, med flotte introduksjonstekster, gode oppgaver og arbeidsark. Det refereres endog enkelte steder i arbeidsboken til at man kan finne på å gjennomgå terapien helt på egen hånd, selv om det slettes ikke er det som legges opp til.

Oversettelsen til norsk fremstår gjennomarbeidet. Språket er godt og bærer ikke preg av direkte oversettelse. Terapiformen er imidlertid amerikansk i form og innhold, og i tråd med «amerikansk pedagogikk» skal ting inn med teskje. Noen av eksemplene på typiske livssituasjoner eller hendelser man kan møte på sin vei, bærer preg av konteksten boken først utkom i. Det oppleves imidlertid ikke som forstyrrende. Oversetterne bruker gode og veletablerte norske ord for de fleste fagbegreper, med unntak av «mindful», som jo er blitt et etablert ord i norsk terapi og ville vært unaturlig å finne et norsk ord for. Det ville antakelig også være forvirrende om selve navnet, Unified Protocol, ble oversatt. Det er helt greit at de ikke har gjort det, og dermed har unngått forvirringen som ville etterfulgt.

Selv om det kan være fristende å konkludere med at vi nå kan forkaste alle de diagnosespesifikke manualene, vil inngående kunnskap om hvordan de ulike symptomlidelsene typisk utspiller seg, fremdeles være nyttig innenfor UP-rammen. På et vis bærer hele terapiformen preg av at den er utviklet av folk som er eksperter på nettopp alle de ulike særegenhetene til ulike typer symptomlidelser og hvordan man typisk har behandlet dem i mer tradisjonell kognitiv terapi, og at denne typen kunnskap nærmest formidles implisitt gjennom manualen. Terapeutveilederen vektlegger også viktigheten av diagnostisk vurdering og funksjonskartlegging i forkant av oppstart, og at det utgjør nyttig info til en kasusformulering som skal deles med pasienten.

Ut med badevannet?

Det som aller mest glimrer med sitt fravær, er interessen for hvordan tidligere opplevelser, oppvekst og tilknytningserfaringer kan bidra til psykisk uhelse. Det er også en kjent innsigelse mot mange KAT-manualer. En erfaren terapeut vil lett kunne integrere en slik forståelse i UP-rammeverket, men siden terapiformen fremstår såpass selvtilstrekkelig i sin form, blir jeg litt bekymret for at utfyllende kunnskap om både generell psykopatologi og diagnosespesifikk kunnskap kan bli babyer som kastes ut med badevannet i iveren etter å finne én behandling for alle lidelser.

Stort potensial

I mine øyne representerer UP likevel et «sunt» skritt videre i utviklingen av kognitiv terapi, og gir mulighet for en sammenføyning av ulike tradisjoner der vi tross alt har et felles mål – å hjelpe pasienter best mulig, mest mulig effektivt. Som gruppeterapi tror jeg den har særlig

potensial som et (kostnads)effektivt tiltak – særlig som en treningsarena for vanskelige følelser. Det blir desto viktigere å holde fast på at selv om dette er en transdiagnostisk tilnærming, vil den ikke passe for alle, noen vil ikke «bli med» og kan likevel ha behov for andre tilnærminger med tydeligere skreddersøm.

Terapiformen er også relativt krevende med hensyn til pasientenes egeninnsats og forståelse, og jeg tror derfor at evnenivå og alvorlighetsgrad av både symptombelastning og eventuell personlighetspatologi kan påvirke gjennomføring og effekt av behandlingen. Enkelte deler av manualen fremstår også som mer tilpasset personer med uttalt angstproblematikk enn for folk som strever med depresjon. Jeg tipper at å gjennomgå hele manualen slavisk kan føles som en omvei for enkelte, og antakelig er feilbruk av ressurser. Samtidig deler jeg oppfatningen om at det er felles problematikk, og at generalisert læring om følelser og håndtering av dem er antakelig bra for de fleste med emosjonelle lidelser.

Et interessant spørsmål i møte med nye terapimetoder er om det er en ny, skinnende ting, eller bare gamle greier i ny innpakning. En del av det UP bringer til torgs, er kjent og kjært for en KAT-terapeut, men vektleggingen av det som kan kalles affektfobi, er antakelig sterkere. Og nyttig. Og det spiller dessuten kanskje mindre rolle hva som er nytt eller gammelt. Innpakningen er fin og inspirerende, innholdet godt kuratert og klokt satt sammen i et meningsfullt forløp. Hvordan emosjonelle lidelser blir til og opprettholdes, forklares på en slik måte at den antakelig vil treffe veldig mange, også dem som ikke alltid passer inn i våre diagnosebokser eller eventuelt passer i flere bokser. Personlig kan jeg like den nye innpakningen UP tilbyr, den gjør meg både motivert og entusiastisk – og det er ikke dårlig bare det. 📌

TEKST Trond Kjærstad
Promethevs AS

Sprudler av overskudd



BOK *Kunstig intelligent psykologi*
FORFATTER Jan Ketil Arnulf
ÅR 2025
FORLAG Fagbokforlaget
SIDER 208

MERKNAD Anmelderen har undertegnet interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Kunstig intelligent psykologi viser oss hva kunstig intelligens er, og hva det ikke er.

Språkteknologien – de snakkende maskinene – har på kort tid utfordret vår selvforståelse som den eneste skapningen med intelligens. Jan Ketil Arnulf viser i sin nyeste bok, *Kunstig intelligent psykologi*, at våre nye lekekamerater, språkmodellene, heller gir oss et nytt blikk på hva det vil si å være menneske – hva som skiller menneskelig intelligens fra den kunstige. Det gir oss samtidig en unik mulighet til å forstå hva språk egentlig er: et bindemiddel mellom oss mennesker, et forsøk på å gjøre hverandre forutsigbare. Språket er en kulturell programvare som gjør oss i stand til å samhandle. For maskinene oppfører seg ikke – tenker ikke – som oss, selv om de nå snakker, henvendt til oss.

Kunstig intelligent psykologi er på mange måter en oppsummering av temaer Arnulf har vært opptatt av gjennom mye av sin karriere. Han er professor i organisasjonspsykologi ved Handelshøyskolen BI, og har særlig vært opptatt av språk og dets betydning for temaer innen organisasjon og ledelse. Boka tar først for seg hvordan det står til med oss mennesker. Den går steg for steg gjennom hvordan vi bør forstå begrepet intelligens, at språket er utviklet som et verktøy for å koordinere individer med sammenfallende interesser, og hvordan språket derfor er et forenklet kart over en mangfoldig virkelighet. Deretter følger en kort innføring i informasjonsteori og prinsippene bak hvordan de kunstige språkmodellene er bygget opp, og hvordan de skiller seg fra oss. Kjernen i boka er at vi mennesker *vet* hva vi vet, vi er de eneste som evner å skille mellom kart og terreng. Dette kan vi fordi vi til forskjell fra alle andre arter sammenligner kartene våre med andres kart, altså andres forestillinger om verden. Den sammenligningen gjør vi ved hjelp av språket. Dessverre er språket et så forførende verktøy at

— Arnulf retter skytset spesielt mot egen fagkrets

vi fort glemmer at virkeligheten slett ikke ligger i språket, men «der ute», i andre mennesker og vår delte forståelse av virkeligheten.

Arnulf er selv overrasket over hvor lett det er å lage snakkende maskiner, bare treningsmengden er stor nok. Maskinene snakker og snakker, basert på alt vi mennesker allerede har snakket om. Når språket blir automatisert, er det kanskje lettere å se hvordan «sannheter» oppstår. Maskinene «hallusinerer», de skrøner forbeholdsløst i vei, basert på svimlende kalkulasjoner av hva som bør være neste ord, neste bokstav. Men de er og blir kalkulatorer. Det er dessverre ikke så mye bedre stilt med oss. Vår evne til å gjøre hverandre forutsigbare gjennom et felles språk har samtidig redusert vårt behov for utforskning av virkeligheten.

På sett og vis kan man si at boka er «vanskelig», men ikke fordi den er innfløkt skrevet. Tvert imot sprudler den av overskudd og konkrete, morsomme eksempler. Men det er vanskelig å se seg selv utenfra. Vi lever og tenker gjennom språket, og derfor er det krevende å ta inn over oss at virkeligheten ikke finnes der. Dette er altså det sentrale poenget i boka: Språket er kun et tynt og skjørt kart over en uforutsigbar verden. Samtidig er dette kartet veldig effektivt for å navigere i verden. Det har gjort oss i stand til å dele ideer og løsninger og dermed gjort teknologiske nyvinninger mulige, fra de enkleste steinalderredskaper til kunstig intelligens. Slik har språket forført oss, til vi til slutt glemmer at kart og terreng er svært forskjellige.

Det er her språkmodellene faktisk hjelper oss. Ikke gjennom deres beherskelse av språk, men ved å vise oss vårt eget slumsete forhold til dette språket. Maskinene viser oss hvor upresist kartet egentlig er, for vi hallusinerer, vi også. Abstrakte begreper kan være nyttige for kommunikasjonen, men det er lett å glemme at de ikke er virkelige. Vi sier «motivasjon» og later som ordet presist beskriver noe virkelig. Men kartet sier kanskje mer om den som tegner kartet, enn om terrenget. Tidligere har fenomener som motivasjon eller mangel på sådan blitt forklart med for eksempel nærvær eller fravær av demoner. Slike kart har vi byttet ut etter som vi har ervervet oss ny kunnskap om verden. Men er det noen grunn til å tro at dagens kart er så mye bedre? Det er først når vi skal prøve å formidle disse tilstandene til hverandre, i hovedsak gjennom språket, at vi må forenkle virkeligheten såpass at den gir mening for andre. Så blir vi enige om en merkelapp som fungerer godt nok til at vi kan handle på det, sammen. Denne merkelappen

springer alltid ut av en bestemt relasjon i en bestemt kontekst, men verden blir mye enklere hvis vi antar at vi nå har «forklart» noe en gang for alle. Det er her det blir ekstra brennbart for oss psykologer. Vår yrkesgruppe er spesielt flinke til å lage språklige konstruksjoner som vi så tror gjenspeiler en fysisk virkelighet. Som professor i organisasjonsfag på Handelshøyskolen BI er det naturlig at Arnulf retter skytset spesielt mot egen fagkrets, men det er ingen grunn til å tro at andre psykologifelt bør slippe billigere unna. «Alle lederteorier er egentlig de samme, ettersom de stort sett bare er ulike semantiske formuleringer av samme tema», skriver han. De faktiske handlingene som finner sted mellom mennesker, er selvsagt langt mer mangfoldige enn et enkelt begrep kan favne. Likevel benytter og utforsker vi det som om det er en entydig beskrivelse av virkeligheten. Men da har vi altså blandet sammen kartet og terrenget. På samme måte lar han begreper som «motivasjon» og «velferd» få gjennomgå.

Aller mest nådeløs er Arnulf når han viser hvordan psykologers måleinstrumenter, stort sett spørreskjemaer, ofte måler sammenhenger i språket, ikke i virkeligheten. Når det man forsker på, henger litt sammen i språket, er ofte svarmønstrene forutsigbare før noen har svart. Forskningen gir inntrykk av sterkere sammenhenger enn det som faktisk gjøres i praksis.

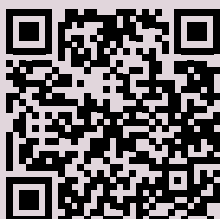
Det vi psykologer og andre samfunnsforskere driver med når vi forsøker å sette ord på fenomener, er å ta fenomenet ut av sin opprinnelige kontekst og tro at det gir like mye mening overalt. Med språkalgorithmenes inntog blir dette mer akutt, og til syvende og sist blir hovedagendaen med boka derfor å skjerpe blikket for hva kunstig intelligens er og ikke er. KI mestrer språket vårt relativt lett, men vi mennesker er ikke laget for å leve i språket. Vi er heldigvis ufattelig mye mer komplisert konstruert enn maskinene for å kunne håndtere den virkeligheten som språket simpelthen bare kan rapportere om. Les denne boka, og bli (enda) litt smartere enn maskinene. ♫

TEKST Nora Sveaass
Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Forebygging av tortur ved frihetsberøvelse

LES ANMELDELSEN

Nora Sveaass' anmeldelse av *Tackling Torture* finner du i *Torture Journal*, 2025: <https://tidsskrift.dk/torture-journal/article/view/157239/202128>



MERKNAD Sveaass er tidligere medlem av FNs torturkomité og FNs underkomité for forebygging av tortur.

Nora Sveaass beskriver FNs overvåkningsorgan – som var tema i boken *Tackling Torture* som hun anmeldte i 2025 – og hvordan Norge følger opp arbeidet nasjonalt.

I oktober 2025 anmeldte jeg *Tackling Torture* i *Torture Journal* (Sveaass, 2025), en bok skrevet av professor Malcolm Evans (Evans, 2023). Forfatteren var i mange år formann i FNs (Forente nasjoner) underkomité for forebygging av tortur, hvis viktigste mandat er å forebygge tortur og umenneskelig behandling overfor mennesker som er blitt fratatt sin frihet. Underkomiteen ble opprettet for å følge opp *Optional Protocol to the UN Convention Against Torture* (OPCAT) – tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon, som omhandler forebygging av tortur ved frihetsberøvelse spesifikt. I boken beskriver Evans mye av underkomiteens funksjon som overvåkningsorgan. I det følgende vil jeg kort beskrive bakgrunnen for underkomiteens arbeid og i særdeleshet hvordan Norge da også følger opp OPCAT nasjonalt gjennom Sivilombudets forebyggende enhet. Et sentralt poeng er også å vise til den rollen som psykologer kan spille i dette forebyggingsarbeidet (Stang & Sveaass, 2025).

FNs torturkonvensjon

Det absolutte forbudet mot tortur er universelt, men klarest uttrykt i FNs torturkonvensjon (TK). Det å ratifisere en menneskerettighetskonvensjon betyr at den blir bindende for den aktuelle stat, og at forpliktelsene som ligger i den enkelte

— den enkelte stat, både i lovverket og i praksis, skal sørge for at mennesker beskyttes mot ulike former for tortur

konvensjon, må følges opp. I dag har 175 land ratifisert FNs torturkonvensjon. Norge ratifiserte konvensjonen i 1986.

I tillegg til å respektere det absolutte forbudet mot tortur forplikter stater seg til å tilpasse sin nasjonale straffelov til konvensjonens bestemmelser. Det vil si å definere tortur i tråd med konvensjonen og ha en strafferamme som står i forhold til alvorlighetsgraden av forbrytelsen. Likeledes forplikter stater seg til å undervise om konvensjonen til relevante faggrupper og sikre at mennesker utsatt for tortur og umenneskelig behandling får oppfylt sin rett til erstatning og rehabilitering. Sist, men ikke minst – og det som i denne sammenhengen er særlig interessant – er staters plikt til å forhindre og forebygge tortur. Det betyr at den enkelte stat, både i lovverket og i praksis, skal sørge for at mennesker beskyttes mot ulike former for tortur og umenneskelig behandling.

Overvåkningsorgan ved frihetsberøvelse

Mennesker kan selvsagt være utsatt for grov vold, umenneskelig behandling og tortur i mange sammenhenger, men risikoen anses å være størst i forbindelse med frihetsberøvelse. Mennesker fratras sin frihet når de sitter i fengsel, befinner seg i politiets varetekt, er innlagt på sykehus på tvangsbestemmelser, befinner seg i lukkede asylmottak eller i institusjoner med begrenset eller ingen rett til å forlate stedet. I mange år ble det arbeidet for å utvikle og vedta en protokoll eller konvensjon innen FN-systemet som gjorde det mulig å sende uavhengige eksperter inn i de lukkede institusjonene. Mandatet skulle være å beskrive forholdene og bidra til at tortur og umenneskelig behandling forebygges eller stanses.

En tilsvarende mekanisme eller komité, utnevnt av Europarådet, er Den europeiske komité for forebygging av tortur (CPT). CPT har vært i aktivitet og besøkt institusjoner i alle land i Europa, siden 1989, som ledd i oppfølging av Den europeiske menneskerettighetskonvensjon. Men komiteens mandat er begrenset til land som er medlem

av Europarådet. Det ble derfor lagt ned en stor innsats, ikke minst fra ulike frivillige organisasjoner, med sikte på å opprette en liknende mekanisme, men med et globalt mandat. Dette førte til at den såkalte tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon ble vedtatt i 2002, og iverksatt i 2006. Tilleggsprotokollen, *The Optional Protocol to the UN Convention Against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (OPCAT), fikk status tilsvarende de øvrige menneskerettighetskonvensjonene, med eget overvåkningsorgan. Slike organer som er knyttet til de enkelte konvensjonenes bestemmelser, kalles gjerne traktatorganer eller FN-komitéeer.

Komiteen som følger opp tilleggsprotokollen OPCAT, heter *FNs underkomité for forebygging av tortur*. Den består av 25 medlemmer valgt fra ulike land i verden, men bare fra land som har tilsluttet seg protokollen. I tillegg til å besøke fengsler og liknende er en viktig del av komiteens arbeid å samarbeide med nasjonale forebyggende mekanismer. OPCAT krever nemlig at ethvert land som ratifiserer protokollen, må etablere en egen nasjonal komité eller mekanisme, de såkalte *National Preventive Mechanisms* (NPM), som på uavhengig basis regelmessig besøker alle steder der mennesker fratatt sin frihet befinner seg. I Norge er dette arbeidet organisert under Sivilombudets forebyggende enhet.

Norges ratifisering av OPCAT

Norge ratifiserte OPCAT i 2013, og allerede året etter var det besluttet at den nasjonale mekanismen som protokollen krever, skulle legges til Sivilombudet som en egen enhet. Den fikk navnet *Torturforebyggende enhet* (Sivilombudet, u.å.).

Forebyggingsenheten foretar regelmessige besøk til steder der mennesker er frihetsberøvet. Både offentlige og private institusjoner i hele landet kan besøkes. Det kan være fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner, barnevernsinstitusjoner og utlendingsinternat. I de senere

år er også sykehjem blitt besøkt av forebyggende enhet. Det er også rom for å besøke midlertidige steder for frihetsberøvelse, som for eksempel transport med bil eller fly, et avhørsventerom eller legevakten. Besøkene som gjennomføres, kan være planlagte, eller komme uten forhåndsvarsel. I forbindelse med slike besøk skal medlemmene i de nasjonale mekanismene snakke både med de frihetsberøvede selv, de ansatte ved institusjonene og pårørende, hvis mulig. Og dette skal skje i fortrolige former. Det betyr at de ansatte ved institusjonen ikke skal være til stede eller bevitne samtaler mellom de personene som holdes der, og medlemmer av komiteen eller enheten som besøker.

De nasjonale mekanismene består av fagfolk fra forskjellige fagområder, inkludert psykologer. Ved den norske enheten har det vært psykologer tilsluttet helt fra første dag av virksomheten. Det er klart at psykologfaglig bakgrunn, gjerne med klinisk erfaring, er en stor styrke i et arbeid der målet er å få kontakt med innsatte eller pasienter i løpet av relativt korte besøk, og etablere tilstrekkelig tillit til at de frihetsberøvede forteller om hvordan livet er i de situasjonene de befinner seg i. Denne typen informasjon er helt avgjørende for å kunne vurdere levestandardene ved de ulike institusjonene og staters overholdelse av torturforbudet.

Med utgangspunkt i besøkene skrives det grundige rapporter fra besøkene som beskriver både positive og problematiske sider ved de ulike institusjonene. Rapportene rommer klare anbefalinger vedrørende forhold som må endres for å forhindre at de innsatte eller pasientene utsettes for menneskerettighetsbrudd, i særdeleshet tortur eller umenneskelig behandling. Rapportene offentliggjøres og vil dermed bidra til å gi bedre innsyn i forholdene på steder hvor mennesker er fratatt friheten.

Det er viktig å understreke at OPCATs mandat gir de nasjonale mekanismene vide fullmakter. Konkret betyr dette at i Norge har Sivilombudets forebyggende enhet adgang til alle steder der noen er fratatt friheten, og har full tilgang til alle former for opplysninger som kan være av betydning. Sivilombudet har også en ordning med oppfølging etter besøk slik at enheten selv kan vurdere, ved neste besøk, om anbefalinger er tatt til følge.

Som nevnt over har også psykologer en viktig rolle i det forebyggende arbeidet. Psykologer deltar i besøkene og er aktive når personer skal intervjues, enten det er de frihetsberøvede selv, ansatte eller pårørende, og når rapporter med anbefalinger skal skrives. Det å få øye på nedbrytende forhold i en institusjon er ikke alltid like åpenbart. I slike sammenhenger vil psykologisk fagkunnskap kunne være veldig nyttig. Ved Sivilombudets forebyggende enhet har det hele tiden vært ansatt en eller to psykologer. I tillegg deltar psykologer i enhetens rådgivende utvalg.

Og til slutt: Boken som var utgangspunktet for denne teksten, beskriver disse forholdene utrolig presist og godt, men også – utrolig nok – med en god porsjon ironi og humor. Men boken er dypt alvorlig. Forfatteren, Malcolm Evans, er meget sterkt engasjert i dette viktige menneskerettighetsarbeidet, nemlig å på global basis bidra til å hindre at mennesker som er fratatt sin frihet, i tillegg utsettes for vold, ydmykelser, tortur og umenneskelig behandling. Jeg håper også bokanmeldelsen (Sveaass, 2025) kan stimulere til lesing av Malcolm Evans' bok. 

REFERANSER

Evans, M. (2023). *Tackling torture. Prevention in Practice*. Bristol University Press.

Stang, E. G. & Sveaass, N. (2025). *Hva skal vi med menneskerettigheter? Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal.

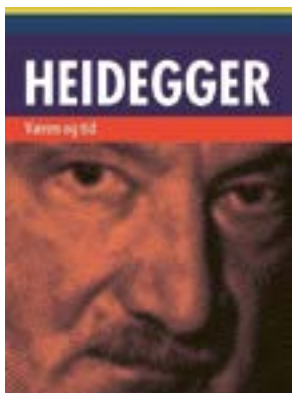
Sivilombudet (u.å.). *Torturforebygging*. Hentet 6. november 2025. <https://www.sivilombudet.no/torturforebygging/?highlight=tortur>

Sveaass, N. (2025). "With licence to prevent": Reflections on *Tackling Torture*, Malcolm Evans' book on torture prevention. *Torture*

Journal: Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture, 35(2-3), 212–218. <https://doi.org/10.7146/torture.v35i2.157239>

TEKST Per-Einar Binder
Universitetet i Bergen

Å la tiden åpne seg: Heideggers *Væren og tid* i psykologifaget



BOK *Væren og tid*
FORFATTER Martin Heidegger
(Oversatt av Lars Holm-Hansen)
ÅR 1927/2018
FORLAG Pax
SIDER 460

MERKNAD Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Væren og tid har hatt stor betydning for psykologien som fagfelt – både innen forskning og klinisk praksis.

Det finnes bøker som forandrer oss, og det finnes bøker som viser oss at vi allerede er forandret. *Sein und Zeit* (Heidegger, 1927/2018) gjorde begge deler for meg, da jeg som tjuetåring satt på min hybel i Bergen og kjempet meg gjennom den tyske originalen med den engelske oversettelsen som krykke. Jeg var det som den gang het «ventestudent» – jeg hadde fullført det som den gang het psykologi grunnfag med tilstrekkelig god karakter til å gå videre på profesjonsprogrammet, men det var venteliste for å komme inn. Jeg ventet i to og et halvt år. Ventestudent var et interessant ord for en merkelig tilstand. Som om selve ventetiden skulle være et studium i seg selv. Hvilket den kanskje var.

Jeg hadde savnet en eksistensiell dybde i psykologifaget, som jeg fant i filosofifaget og i skjønnlitteratur (jeg studerte også på forfatterstudiet i Bø, en annen form for konstruktiv venting). Jeg syntes psykologien, i sin iver etter å bli vitenskap, hadde glemt noe vesentlig. Kanskje nettopp det som gjorde mennesket verdt å studere. Senere skulle jeg oppdage at det også fantes i psykologien, bare ikke der jeg først hadde lett.

Bjørn Holgernes, som underviste i Heidegger ved Filosofisk institutt, insisterte: Les originalen. Les den på tysk. Det fantes ingen norsk oversettelse den gang. Kanskje lærte det meg noe også. Det er noe med å måtte slåss med en

— beskriver en psykologi som går dypere enn psykologien selv

tekst, ord for ord, setning for setning. Som når man går i motbakke i stedet for å ta en fjellheis. Man legger bedre merke til utsikten.

Sein und Zeit er ikke et psykologisk verk, selv om nesten alt i det resonerer med psykologisk erfaring. Ta bare dette at vi er «kastet» inn i verden. Som om fødselen, men egentlig også hvert øyeblikk av livet, er et slags eksistensielt kast hvor vi lander i en virkelighet vi ikke har bedt om. Eller hvordan måten vi «befinner» oss på – Befindlichkeit – alltid allerede er farget av stemninger vi ikke helt kan kontrollere. Heidegger (1927/2018) beskriver en psykologi som går dypere enn psykologien selv. Den blir en slags grunnmur under bygningen.

Men Heidegger ville protestert. Dette er ontologi, ville han sagt, snarere enn psykologi. Han er ute etter selve strukturen i det å være menneske, ikke bare hvordan mennesker tilfeldigvis opplever verden. Det handler om hvem mennesket dypet sett er.

Mye av Heideggers virkelige innflytelse på psykologien ligger ikke bare hos dem som eksplisitt refererer til ham. Den ligger også i det Hans-Georg Gadamer (1960/2004) kalte virkningshistorie, denne prosessen hvor ideer siver inn i kulturen som vann i jord, og dukker opp igjen på uventede steder. Jeg skal her ta for meg noen områder av faget hvor Heideggers *Væren og tid* har utgjort en forskjell, både som en eksplisitt referanse og som en litt fjernere gjengklang.

Når filosofi blir terapi (og omvendt)

Ludwig Binswanger (1958) var kanskje den første som ikke brydde seg om distinksjonen mellom en psykologi og ontologi. Han tok utgangspunkt i Heideggers Dasein. Dette merkelige ordet for menneskets væren-i-verden ble nøkkelen for å forstå psykoser. Binswanger så forbi sykdomsbegrepet. For ham var den psykotiske pasienten et menneske hvis væren-i-verden hadde tatt en bestemt form, en bestemt retning. Hallusinasjoner var måter å være-i-verden på, ikke bare symptomer.

Heidegger og Binswanger var to menn som prøvde å forstå hverandre over en avgrunn av temperament og tilnærming. Heidegger, den filosoferende schwarzwaldbonden som tenkte Væren med stor V, og Binswanger, den sveitsiske psykiateren og eier av det prestisjefylte Bellevue sanatorium i Sveits, som daglig møtte mennesker i deres mest sårbare øyeblikk. De både forsto og misforsto hverandre, kanskje med litt vekt på misforsto.

Medard Boss (1963) kom nærmere. Særlig gjennom de berømte Zollikon-seminarene. Forestill deg Heidegger foran en forsamling sveitsiske psykiatere, som prøver å forklare forskjellen mellom det ontiske og det ontologiske mens de tenker på sine neste pasienter. Med det ontiske mener Heidegger alt det konkrete vi kan beskrive om mennesker og deres liv, slik som handlinger, erfaringer og symptomer. Det ontologiske peker dypere: på selve strukturen i det å være menneske, på de vilkårene som gjør alle disse erfaringene mulige.

Boss utviklet en terapeutisk praksis som tok Heideggers filosofi på alvor. Drømmer ble for Boss noe annet enn symbolske uttrykk for fortrenge drifter. De var åpninger hvor nye muligheter for væren kunne vise seg. Her ser Boss noe Freud ser ut til å ha oversett. Det ubevisste er kanskje ikke bare et sted hvor fortiden ligger begravd. Det er et rom hvor fremtiden venter på å bli født.

Kreative misforståelser

Da Rollo May introduserte Heidegger for Amerika (May et al., 1958), skjedde det noe som både var underlig og fruktbart. Eksistensiell angst ble oversatt til terapeutisk språk. Heidegger beskrev dette som et grunnleggende fenomen; angsten for intet som åpner oss for vår egen frihet. For May ble det til noe man kunne utforske og arbeide med. Kanskje ikke kurere, men i det minste forholde seg til på vekstfremmende måter.

May og senere Irvin Yalom (1980) leser ofte de eksistensielle tenkerne som mørkere enn de egentlig er, de synes å projisere sin egen amerikanske bekymring for det tragiske inn i europeisk filosofi. Men iblant ser de også kanskje litt i overkant optimistiske muligheter. Dette henger sammen med at de mister taket på det ontologiske nivået hos Heidegger. Når May og Yalom bruker begreper som hos Heidegger er ment å beskrive menneskets grunnvilkår, altså på det ontologiske nivået, oversetter de dem ofte til mer konkrete, psykologiske fenomener.

For Heidegger var eksistensiell skyld – Schuld – et ontologisk faktum. Vi «skylder» alltid allerede verden og oss selv å være, å tre frem, å ta plass. Som jeg selv har argumentert for (Binder, 2022), handler denne skylden ikke primært om det vi har gjort galt, men om alle mulighetene vi ikke har levd, alle valgene vi gjør som nødvendigvis utelukker andre valg. Det er ikke noe vi kan bli kvitt gjennom terapi eller selvinnsikt.

Men hos May og Yalom blir dette til noe mer håndter-

bart. Ikke nødvendigvis noe som kan fikses, men noe man kan utforske og kanskje forsone seg med. Dette er ikke bare en utvanning av Heidegger. Det er hva vi kunne kalle en kreativ misforståelse. Det er en produktiv feiltolkning som åpner visse terapeutiske muligheter.

Yalom (1980) skrev at det finnes to slags terapeuter: de som arbeider med døden, og de som ikke vet at de gjør det. Heideggers analyse av væren-til-døden ligger under mye av moderne eksistensiell terapi, enten terapeutene vet det eller ikke.

For Heidegger var døden en eksistensiell struktur som gjennomsyrrer livet her og nå. Den var ikke først og fremst en biologisk hendelse som venter i fremtiden. Vi er de eneste vesener som vet at vi skal dø. Denne vissheten, og ofte også vår flukt fra den, former alt vi gjør.

Det skjer igjen en interessant transformasjon når filosofien blir terapi. For mens Heidegger beskrev væren-til-døden som et ontologisk faktum, blir det i terapirommet til noe man kan forholde seg til på ulike måter. Terapeuten hjelper klienten med å konfrontere sin dødelighet, ikke for å overvinne den eksistensielt gitte dødsangsten – det ville vært meningsløst – men for å leve mer fullt i lys av den.

Kirk Schneider (2009), som var elev av May og Yalom, er en viktig viderefører av denne tradisjonen. Hans eksistensiell-humanistiske tilnærming balanserer det tragiske og det håpefulle, det begrensede og det mulige. Mest interessant er kanskje hans vektlegging av ærefrykt og undring – awe – som grunnleggende holdning til tilværelsen. Dette er ikke Heideggers språk. Men det resonnerer med hans insistering på at væren er noe som kaller på undring, ikke bare analyse.

Den britiske eksistensielle tradisjonen har sin egen tone. R.D. Laing (1959), omdiskutert for sin terapeutiske eksperimentering, tok Heideggers eksistensielle perspektiv inn i forståelsen av alvorlige psykiske lidelser. For Laing fremsto psykosen som en eksistensiell krise snarere enn et medisinsk problem. Den er et desperat forsøk på å være i en verden som har blitt ubeboelig. Hans beskrivelse av den «ontologiske usikkerheten» hos mennesker med schizofreni – følelsen av at ens egen eksistens er truet, at man kan forsvinne eller bli slukt – er tydelig inspirert av Heidegger i sin forståelse av hvordan væren selv kan bli problematisk og verden oppleves «uhjemlig»: Hva skjer når kastetheten blir for voldsom å forholde seg til, når verden man er kastet inn i, ikke gir rom for ens væren?

Mick Cooper (2015) representerer en nyere generasjon britiske eksistensielle terapeuter som har tatt denne arven videre på en mer balansert måte. Hans pluralistiske tilnærming, med ideen om at ulike klienter trenger ulike tilnærminger på ulike tidspunkt, har en tydelig heideggeriansk betoning. For i denne pluralismen ligger en grunnleggende anti-essensialisme; mennesket har ingen fast natur som krever én bestemt terapeutisk respons. Vi er mangfoldige, ubestemte, alltid i tilblivelse. Coopers insistering på at terapi må være en genuin dialog, et møte mellom to som sammen utforsker mulighetene for væren, resonnerer med Heideggers forståelse av mening som noe som ikke bare er gitt, men som må skapes og oppdages.

Emmy van Deurzen (2012), med sin britiske-nederlandske bakgrunn, bygger bro mellom kontinental filosofi og britisk pragmatisme. Hun bruker Heideggers begreper – *Befindlichkeit*, *Geworfenheit*, *Mitsein* – som analytiske verktøy. Også hos henne sniker det seg inn en terapeutisk anvendelighet som Heidegger nok ville stilt spørsmål ved. Som om autentisitet er noe man kan arbeide mot, om ikke oppnå en gang for alle. Men kanskje er det nettopp slik at Heideggers tenkning først kan bli levende i den kliniske praksis gjennom oversettelser som ikke er helt trofaste.

Relasjonelle vendinger

Det relasjonelle perspektivet bygger på en grunnleggende innsikt som går tilbake til Heideggers *Mitsein*; vår væren-med. Vi er alltid allerede i relasjon, alltid allerede vevd inn i et nett av betydninger og forbindelser. Eller som Stephen A. Mitchell (1988) beskrev det: Vi er ikke først isolerte individer som så kommer sammen, et selv kan først bli et selv som del av en «relasjonell matrise».

Robert Stolorow og hans kolleger har tatt Heideggers relasjonelle ontologi inn i den kliniske praksisen på en direkte og anvendelig måte. Deres intersubjektivitetsteori, utviklet sammen med George Atwood, Bernard Brandchaft og Donna Orange (Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow et al., 2002), er dypt påvirket av Heidegger. For Stolorow er ikke det ubevisste noe som ligger begravd inne i individet. Det er noe som oppstår i det intersubjektive feltet mellom terapeut og klient.

Stolorow (2011), som selv har skrevet omfattende om Heidegger, ser den terapeutiske situasjonen som en «relasjonell lysning». Det er et rom hvor både terapeut og klients væren-i-verden møtes og gjensidig konstituerer hverandre. Traumatiske erfaringer forstås ikke som indre arr, men som brudd i det relasjonelle vevet som holder vår verden sammen. Og helbredelse skjer ikke gjennom innsikt alene, men gjennom det Stolorow kaller et «relasjonelt hjem» – en følelsesmessig bolig hvor ens affektive erfaringer kan finne forståelse og gyldighet.

Dette er Heideggers *Mitsein* oversatt til klinisk språk. Men med en varmere tone. Der Heidegger kunne være nesten brutalt nøktern i sin analyse av væren-med-andre, tilbyr Stolorow en mer terapeutisk visjon: Vi er ikke bare kastet inn i relasjoner, vi kan også finne hjem i dem.

Metodisk arv

Gjennom hermeneutisk fenomenologi har Heideggers innflytelse på psykologisk forskning vært direkte og varig. Amadeo Giorgi (2009) og andre fenomenologiske psykologer refererer eksplisitt til Heidegger når de utvikler sine forskningsmetoder. Men det er den hermeneutiske vendingen – forståelsen av at all erfaring alltid allerede er fortolket – som kanskje har hatt størst gjennomslagskraft.

Jonathan Smiths *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) bygger direkte på Heideggers hermeneutiske fenomenologi (Smith et al., 2009). For Smith, som for Heidegger, er det ingen «ren» erfaring vi kan få tilgang til. Vi er alltid allerede fortolkende vesener, kastet inn i en

verden av mening som vi både skaper og oppdager. IPAs doble hermeneutikk, forskeren som fortolker deltakernes fortolkninger av sin egen erfaring, er dypt heideggeriansk i sin forståelse av hvordan mening oppstår.

I den «refleksive vending» i kvalitativ forskning (Binder et al., 2024) kombinerer vi Heideggers insistering på å være tro mot fenomenene slik de viser seg, med en refleksiv bevissthet om forskerens egen posisjon og forforståelse. Vi kan ikke studere menneskelig erfaring som om vi studerte steiner eller molekyler. Vi er alltid allerede involvert i det vi studerer, alltid allerede del av meningsveven vi prøver å forstå. Dette er mer enn en teknisk metodediskusjon. Det handler om en grunnleggende forståelse av hva psykologisk kunnskap er og kan være. Når kvalitative forskere insisterer på å komme så nær som mulig deltakernes erfaring samtidig som vi lykkes i å være refleksive om egen rolle, prøver vi å praktisere det vi med Heidegger kan kalle *Gelassenheit*. Dette er en åpen, mottakelig holdning som lar fenomenene vise seg uten å tvinge dem inn i forhåndsbestemte kategorier.

Narrative vendinger

Heidegger kalte språket «værens hus». Vi bor i språket, sa han, og språket former hva som kan vise seg for oss. Paul Ricœur (1984–1988) tok elementer fra Heideggers tidsanalyse og språkforståelse og vevde den sammen med teorien om fortelling. For Ricœur var menneskets forhold til tid grunnleggende narrativt. Vi forstår oss selv gjennom historiene vi forteller om oss selv. Denne innsikten, formidlet gjennom Jerome Bruner (1986) og andre, har bidratt til hvordan vi tenker om identitet i psykologien.

Dan McAdams (2011) har kanskje tatt denne narrative vendingen lengst med sin livshistorieteori. For McAdams er identitet nettopp livshistorien – den internaliserte og utviklende fortellingen om selvet som vi konstruerer fra sen ungdom og gjennom voksenlivet. Vi kan lese dette som Heideggers tidslighet gjort narrativ: Vi er vesener som strekker oss mellom fortid, nåtid og fremtid. Vi skaper sammenheng i hvem vi er, og verden rundt oss gjennom fortelling.

Men her ligger det også en interessant spenning. McAdams søker ofte etter helhet, koherens, den «gode» livshistorien som innpasser alle livets tråder. Her glemmer han kanskje noe av det Heidegger insisterte på, nemlig at menneskets væren er grunnleggende ubestemt, alltid i prosess.

Michael Bamberg (2009) har påpekt nettopp dette problemet. Hans «små-historie»-tilnærming kritiserer tendensen til å søke etter de store, sammenhengende narrative. For Bamberg er identitet noe som forhandles lokalt, i de små fortellingene vi forteller i hverdagen, ofte motsetningsfylte, ofte flertydige. Dette er kanskje mer i tråd med Heideggers forståelse av mennesket som kastet inn i situasjoner vi må håndtere uten en overordnet plan eller mening. Bambergs insistering på det lokale og flertydige ved narrative identiteter minner oss om at vi ikke bare har en historie – vi er alltid midt i mange historier

samtidig, ofte uforenlige, alltid åpne for revisjon. Møter vi dette med Heideggers begrep om kastetethet, kan vi si: Vi er kastet inn i historier vi ikke har begynt, og vi må improvisere våre egne vendinger mens fortellingen utfolder seg.

Taus kunnskap

Heideggers analyse av *Zuhandenheit* – tilhåndenhet – er kanskje hans mest praktiske bidrag til psykologien. Når vi bruker en hammer, tenker vi ikke på hammeren. Den er transparent. Den er en forlengelse av hånden. Det er først når hammeren knekker, når den slutter å fungere, at vi ser den som et objekt. Vi lever i verden på en måte hvor vi er involvert og engasjert på et før-refleksivt nivå. Vi er oppslukt i praksiser hvor vi går opp i det vi holder på med, og i en viss forstand er ett med det, uten å alltid trenge å resonnerer før vi handler. I en viss forstand ligger det en kunnskap i våre handlemåter som er mer enn våre teorier om hvordan vi best skal handle. Heidegger brukte tilhåndenhet først og fremst om vårt forhold til redskaper og praksiser (techné). I en terapeutisk sammenheng kan vi også lese dette i lys av det Aristoteles kaller *fronesis*, som er den praktiske klokskapen som utøves i møtet med andre.

Michael Polanyi kalte dette før-refleksive nivået «taus kunnskap». Donald Schön (1983) snakket om «reflection-in-action». Hele diskusjonen om praktisk kunnskap i profesjonsutøvelse – hvordan en erfaren terapeut «vet» hva hun skal si, uten å kunne forklare hvorfor – bygger på denne innsikten.

Bruce Wampold (2015) har kanskje tatt denne innsikten lengst inn i psykoterapiforskningen med sin kontekstuelle modell. Det er nettopp den før-refleksive væren-i-verden som Wampold viser til når han understreker at det mest virksomme i terapi ofte skjer på et implisitt nivå. Det skjer i selve måten terapeut og klient er sammen på, snarere enn i de uttalte teknikkene. For Wampold er ikke terapi først og fremst anvendelse av spesifikke teknikker. Det som virkelig betyr noe, er den helhetlige konteksten: den terapeutiske relasjonen, den delte forståelsen av problemet, troen på at endring er mulig. En god terapeut navigerer ikke primært gjennom valg av teknikker, selv om slike valg også kan være viktige. Hun fornemmer når hun skal tie, når hun skal snakke, når hun skal lene seg frem eller trekke seg tilbake. All denne kunnskapen er ikke i hodet hennes som eksplisitt viten, men kroppsliggjøres gjennom hennes væren-i-terapirommet.

Wampolds forskning viser at denne implisitte, kontekstuelle dimensjonen forklarer mer av terapiens effekt enn de spesifikke teknikkene: Det viktigste skjer ikke på det eksplisitte, tekniske nivået, men i det implisitte, relasjonelle rommet hvor terapeut og pasient møtes som opplevende, sansende og samhandlende vesener.

Men her er paradokset: Vi ønsker også å gjøre det som skjer i terapirommet, eksplisitt, målbart. I mange sammenhenger er det også viktig å utvikle strukturerte fremgangsmåter, tilbakemeldingsinstrumenter, og ikke minst å kunne lære nye terapeuter å anvende dem. På

— Heidegger kalte språket «værens hus»

den ene side blir det som å tvinge den tause kunnskapen til å bli noe annet enn hva den egentlig kan være, nemlig en eksplisitt prosedyre. På den annen side – om vi skal fortsette med Heideggers hammermetafor – så vil også en fersk håndverker trenge gode råd om hvordan en hammer kan og skal brukes, og en erfaren håndverker vokser på tilbakemelding på hva som fungerer godt. Det uttalte og eksplisitte og det tause og implisitte er ikke bare motsetninger, de spiller sammen.

Tiden som åpner seg

Det er som om Heidegger så inn i fremtiden og beskrev vår tids kriser før de ble akutte. Eller kanskje er det heller slik at hver tid leser Heidegger på sin måte, finner i ham det den trenger. Heidegger oppfordrer oss til en grunnleggende, ydmyk og undrende åpenhet mot verden. Han oppfordrer oss til å være sensitiv for hvordan vi gir mening til den, og være klar over at vi aldri slutter å være meningsskapere. Han advarer mot farene for at vi så lett låser oss fast i virkelighetsforståelser, og tror den forståelsen vi selv har skapt, er den entydig sanne. Ikke minst gjelder dette, slik Heidegger påpekte mange ganger, vår måte å forholde oss til naturen på som blott og bart objekt for vår utnyttelse og kontroll.

Andy Fisher (2013), i sin radikale økopsykologi, refererer direkte til Heidegger. Men selv de som ikke gjør det, som arbeider med klimaangst og økoterapi, bruker implisitt heideggerianske temaer. Fremmedgjøringen fra naturen, tapet av en dypere forbindelse med jorden, følelsen av å leve i en verden som har lukket seg for undringen og ærefrykten for naturen. Alt dette har røtter tilbake til Heideggers kritikk av modernitetens teknologiske verdensanskuelser.

Og nå, med KI-revolusjonen, står vi overfor en enda dypere utfordring. Problemet er ikke bare at vi skaper maskiner som kan tenke, eller i det minste simulere tenkning. Mer foruroligende er hvordan vi begynner å forstå oss selv gjennom maskinenes spill. Det er en grunnleggende forskyvning i hvordan vi forstår hva det vil si å være menneske. Det er intet galt i å snakke om nevrale nettverk. Men vi står alltid i fare for å forveksle vår modell for tenkning med tenkningens vesen, slik Winograd og Flores (1986), med utgangspunkt i Heidegger, påpekte det. For Heidegger var mennesket nettopp ikke en sofistikert informasjonsprosesseringsmaskin, men det vesenet som hadde en unik oppgave: å være «værens vokter» – der Hirt des Seins.

Hva betyr det å være værens vokter i en tid med KI og terapiboter? Det betyr kanskje å insistere på det som ikke lar seg algoritmisere: det flertydige, det ubestemte, det som åpner verden snarere enn å lukke den. En KI kan kanskje simulere empati, men kan den virkelig befinne seg i en stemning? Kan den kjenne angsten? Og da tenker jeg ikke på frykten for noe bestemt; men den grunnleggende angsten for værens grunnløshet? Kan den romme eksistensiell skyld?

Faren er ikke (nødvendigvis) KI-en i seg selv. Faren er at vi, i vår fascinasjon over disse nye spillverdenene vi har skapt, glemmer vår egen særegenhet. At vi begynner å forstå oss selv som dårlige kopier av de maskinene vi har laget. At vi mister blikket for det verdensåpnende ved menneskelig eksistens – vår evne til å undre oss, til å la oss overraske, til å finne mening i det meningsløse.

Men igjen, Heidegger var ikke teknologifiendtlig. Faren ligger først og fremst i at den teknologiske tenkemåten blir den eneste måten å tenke på. Når alt blir middel og ingenting mål i seg selv. Når selv kjærligheten blir noe man må «jobbe med», når sorg blir noe som skal «prosesserer», når eksistensiell angst blir en «bug» som skal fikses.

Den vanskelige arven etter Heidegger

Det er et mørkt paradoks å forholde seg til når vi diskuterer Heideggers innflytelse: Filosofen som insisterte på at mennesket ikke har noen fast essens, som viste oss at vi alltid er i prosess, alltid i tilblivelse – denne anti-essensialisten ble nazist for en periode. Rüdiger Safranski (1994) beskriver det i biografien *En mester fra Tyskland* som et slags sammenbrudd. Kanskje var det det. Kanskje var det, som vi psykologer kunne si, en brist i mentaliseringen.

Det er ironisk at Heidegger, som har hatt så stor betydning for fundamentalisme-kritikere som Hannah Arendt (som for øvrig var hans student, og elskerinne), falt for den mest essensialistiske politiske vendingen Europa har sett. Han som viste oss at det ikke finnes noen «egentlig» menneskelig natur, at vi er kastet inn i historien og må skape vår egen mening. Akkurat han omfavnet en ideologi som hevdet at blod og jord bestemmer alt.

Hvordan forholder vi oss til dette? Kan vi skille filosofien fra filosofen? Bør vi det? Kanskje ligger det en lærdom nettopp i dette sviktet. At selv den dypeste filosofiske innsikt ikke beskytter mot menneskelig svakhet, mot forførelse, mot det Heidegger selv kalte «forfall»: det å blindt falle inn i tidens strømninger. Filosofi alene

er ikke nok. Vi trenger noe mer. Vi trenger etisk årvåkenhet, politisk bevissthet, og ikke minst: evnen til å se den konkrete Andre. Ikke bare Væren med stor V.

Klassikere som levende kilder

Så hvorfor lese Sein und Zeit i dag, nesten hundre år etter at den ble skrevet? Ikke for å finne ferdige svar eller anvendbare teknikker. Heidegger gir oss ikke slikt. Men han gir oss noe vel så verdifullt: et språk for å tenke det nesten utenkelige, for å nærme oss de mest grunnleggende spørsmålene om hva det vil si å være menneske.

Lars Holm-Hansens oversettelse (Heidegger, 1927/2018) gjør endelig dette verket tilgjengelig for norske lesere. Det er en god oversettelse, trofast mot originalens kompleksitet uten å bli unødig obskur. Men som med all Heidegger-lesning krever det tålmodighet. Man må la teksten arbeide i en, la de merkelige ordene og vendingene gjøre sitt arbeid.

Gadamers (1960/2004) begrep om virkningshistorie minner oss om at vi aldri helt kan kontrollere hvordan våre ideer blir mottatt og brukt. De lever sitt eget liv, inngår i nye konstellasjoner, skaper uventede forbindelser. Heideggers Sein und Zeit fortsetter å virke i psykologien, ofte på måter han ville protestert mot, men kanskje nettopp derfor på måter som holder verket levende.

Og kanskje er det nettopp slik det skal være med en klassiker. Den virker ikke ved å gi oss ferdige svar, men ved å holde spørsmålene åpne. Ved å minne oss om at det vi tar for gitt – tiden, døden, angsten, språket, væren selv – er dypt mysteriøst og verdt å tenke over. Om og om igjen.

Det er kanskje det beste vi kan håpe på av en klassiker: ikke at den løser våre problemer, men at den gjør oss til dypere, mer tenkende mennesker. Mennesker som kan holde ut i det åpne, i det uavklarte, i mysteriet. For som Heidegger minnet oss om: Vi er de vesener for hvem væren selv er et spørsmål. I vår tid er det viktig å bli minnet på at dette er noe av kjernen i det menneskelige. ♪

REFERANSER

- Aristoteles. (2013). *Den nikomakiske etikk* (Arnfinn Stigen, overs.). Vidarforlaget.
- Bamberg, M. (2009). Identity and narration. I P. Hühn, J. Pier, W. Schmid & J. Schönert (Red.), *Handbook of narratology* (s. 132–143). De Gruyter.
- Binder, P. E. (2022). The call of the unlived life: On the psychology of existential guilt. *Frontiers in Psychology*, 13, 991325. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.991325>
- Binder, P. E., Råbu, M. & Moltu, C. (2024). Hermeneutisk fenomenologi – en refleksiv forskertilnærming. I L. Lorås & O. Ness (Red.), *Håndbok i kvalitativ forskning: For psykologi, helsefag og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Binswanger, L. (1958). The existential analysis school of thought. I R. May, E. Angel & H. F. Ellenberger (Red.), *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology* (s. 191–213). Basic Books.
- Boss, M. (1963). *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*. Basic Books.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press.
- Cooper, M. (2015). *Existential psychotherapy and counselling: Contributions to a pluralistic practice*. Sage.
- Fisher, A. (2013). Radical ecopsychology: Psychology in the service of life (2. utg.). State University of New York Press.
- Gadamer, H.-G. (1960/2004). *Truth and method*. Continuum.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology*. Duquesne University Press.
- Heidegger, M. (1927/2018). *Væren og tid* (L. Holm-Hansen, Overs.). Pax.
- Laing, R. D. (1959). *The divided self*. Tavistock.
- May, R., Angel, E. & Ellenberger, H. F. (Red.). (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. Basic Books.
- McAdams, D. P. (2011). Narrative identity. I S. J. Schwartz, K. Luyckx & V. L. Vignoles (Red.), *Handbook of identity theory and research* (s. 99–115). Springer New York.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard University Press.
- Ricœur, P. (1984–1988). *Time and narrative* (Bind 1–3). University of Chicago Press.
- Safranski, R. (1994). *Ein Meister aus Deutschland: Heidegger und seine Zeit*. Carl Hanser Verlag. [Dansk utgave: En mester fra Tyskland: Heidegger og hans tid. Gyldendal].
- Schneider, K. J. (2009). *Awakening to awe: Personal stories of profound transformation*. Jason Aronson. <https://doi.org/10.5771/9780765706669>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. Basic Books.
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage.
- Stolorow, R. D. (2011). *World, affectivity, trauma: Heidegger and post-Cartesian psychoanalysis*. Routledge.
- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Analytic Press.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. & Orange, D. M. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. Basic Books.
- van Deurzen, E. (2012). *Existential counselling & psychotherapy in practice* (3. utg.). Sage.
- Wampold, B. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Winograd, T. & Flores, F. (1986). *Understanding computers and cognition: A new foundation for design*. Ablex Publishing Corporation.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

FOTO: ANNEMOR LARSEN / VG



Anna Louise von der Lippe

1930–2025

Professor Anna Louise von der Lippe døde 27. desember 2025, 95 år gammel. Hun var en sentral skikkelse i norsk psykologi og en av de første kvinnene som ble professor i faget. Hun tok sin doktorgrad i psykologi ved University of California, Berkeley i 1965 og har siden preget klinisk psykologi gjennom sine år som professor ved Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo. Hun har hatt en rekke sentrale verv, som leder for Norsk Psykologforening, leder av universitetsstyret ved Universitetet i Oslo, styreleder i Norges almenvitenskapelige forskningsråd (NAVF) og instituttleder ved Psykologisk institutt ved UiO. Hun ledet NAVFs Senter for klinisk psykologisk forskning, et senter som har bidratt til å heve det vitenskapelige nivået blant lærerne i klinisk psykologi i Norge. I tillegg var Anni helt sentral i komitéene som planla opprettelsen av psykologstudiet først i Tromsø og senere i Trondheim.

Når vi nå tar farvel med Anni, tar vi også farvel med den siste av en firkløver av betydelige kvinner som med sine hjerter for profesjonen har satt varige spor etter seg. Alle fire ble naturligvis æresmedlemmer i Psykologforeningen. Det var Åse Gruda Skard, visjonæren og initiativtakeren, det var Turid Vogt Grinde, psykologlovens mor, det var Randi Jærger, som holdt fortet og organiserte, og så var det Anni, som med sin aldri hvilende energi tok tak i utfordringer både nasjonalt og internasjonalt.

Det var på ingen måte tilfeldig at Anni var Psykologforeningens leder akkurat i 1973–74, da psykologloven trådte i kraft med alle utfordringene rundt hvem som kunne bli medlem, like lite som det var tilfeldig at hun ble utnevnt til æresmedlem i Psykologforeningen i 2001. Anni ble også utnevnt til æresdoktor ved UiB.

Med utdanning fra USA og et senere stipendopphold der, har hun alltid hatt et åpent blikk for internasjonalt samarbeid og faglighet. Hun satt i Psykologforeningens Internasjonalt utvalg og har i flere sammenhenger representert Psykologforeningen eksternt. Blant

annet deltok hun i IUPsyS (International Union of Psychological Science) og Internasjonalt utvalg i Rådet for psykisk helse. Hun har vært en person det har vært lett å be når Psykologforeningen, Psykologisk institutt (UiO), Psykologisk fakultet (UiB) eller SV-fakultetet (UiO) trengte noen med hennes kompetanse.

På åttitallet fikk Norsk Psykologforening observatørstatus i Nasjonalt Fagråd for Psykologi. Da var Anni leder av Fagrådet. Hun var sterkt involvert i revisjonen av standarder for psykologisk embetseksamen, noe som også kom til uttrykk i revisjonene av psykologistudiet, der Anni alltid har bidratt med et sterkt engasjement.

Annis forskning var forankret i omfattende klinisk erfaring og bred kunnskap om internasjonal forskning, og hun hadde en målsetting om å integrere forskning og klinisk praksis. Anni har gitt betydelige vitenskapelige bidrag publisert i anerkjente internasjonale tidsskrifter, samt bokkapitler og bøker. Hun var medredaktør for *Psykoterapeuten* og *Det kliniske intervjuet*, som er pensum i psykologutdanninger i Skandinavia. Som redaktør av fagbøker og vitenskapelige artikler var Anni en streng «reviewer». Hun krevde mye av andre, men hun krevde mer av seg selv. Alt i hennes virke var kjennetegnet ved en høy faglig standard. Hun var en verdsatt veileder og lærer, og studentene beskriver henne som spesielt kunnskapsrik og engasjerende. Hun fortsatte å være faglig aktiv i mer enn to tiår som emeritus.

Anni har ikke bare vært en sentral pådriver for og bidragsyter til profesjonens utvikling og faglige standard. På den måten hun i utallige sammenhenger har representert faget og profesjonen i media, har hun vært med på å gi norsk psykologi den gode anseelsen den har dag.

Vi er svært takknemlige for å ha kjent Anni som venn og kollega. Vi er heldige som kan minnes hennes klokskap, smittende latter, tydelige tilstedeværelse, integritet og varme. Anni vil bli dypt savnet.

Vi hedrer Annis minne.

Michael Helge Rønnestad og Sverre L. Nielsen



Psykologene må jobbe i hele landet

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



**Bjarte Bønes
Bruntveit**

Visepresident med
ansvar for lønns- og
arbeidslivspolitik

Skal alle i Norge få tilgang på psykolog- hjelp, må flere psykologer velge å jobbe steder der det i dag ikke finnes psykologer.

Psykologene har lenge hatt et arbeidsmarked der det er lett å få jobb. Profesjonsutdanningen er et spennende studium som har svært høye søkertall. Store deler av befolkningen og mange psykologer tror jeg vil si at det trengs flere psykologer. Det er ikke vanskelig å få øye på uløste oppgaver som skulle vært gjort. Til tross for dette har det gjennom historien vært flere advarsler om kommende arbeidsledighet blant psykologer.

I 1984 skrev Bjørn Christiansen to artikler der han mente at utdanningskapasiteten måtte reduseres på grunn av overproduksjon av psykologer. Dette ble begrunnet med prognoser som spådde en sterk reduksjon i veksten i offentlig sektor. Han tok feil. Da jeg var student i 2001 leste jeg en artikkel av Odd Havik. Han argumenterte også for at utdanningskapasiteten burde reduseres fordi det ville bli for få stillinger til alle. Også dette viste seg å være feil. Det ble ingen reduksjon i antall nyutdannede psykologer, og arbeidsledigheten har vært nesten lik null. Statistisk sentralbyrå har flere ganger spådd at det vil bli for mange psykologer i Norge. Prognosene har ikke slått til ennå. Antallet psykologer har økt mye siden de første spådommene om arbeidsledighet kom. I 1984 var vi 1500 psykologer. I 2026 er vi blitt over 11 000 psykologer i Norge.

Det er vanskelig å spå fremtiden

Det er interessant at begrunnelsene bak tidligere spådommer om arbeidsledighet ligner på dagens retorikk i helsepolitikken. Helsepersonellkommisjonen viser til at veksten i den offentlige helsetjenesten vil reduseres, og at vi må justere forventningene til helsevesenet. De peker på mangel på helsepersonell, men viser også til tall som spår at det vil være god tilgang på psykologer. Historien gir oss grunn til å være ydmyke når vi skal spå overskudd eller underskudd på psykologer i fremtiden. I dag får de nyutdannede psykologene jobb. Yngre psykologers utvalg sin undersøkelse fra 2025 viser at arbeidsledigheten er nær null. Tallene viser at det tar noe lengre tid å få jobb i Oslo, og psykologer på lisens bruker ofte lenger tid for å få jobb.

Psykologmangelen er størst i distriktene

Mange steder mangler psykologer, og de geografiske forskjellene er store. Mange helseforetak har økt antallet psykologer betydelig de

siste ti årene, mens andre har stått stille eller hatt en nedgang. Det er storbyene som har hatt den største økningen over tid, mens områdene med størst nedgang ofte dekker store geografiske områder med spredt bebyggelse. Tilgangen til psykolog i kommunene avhenger i stor grad av postadressen din. Flere kommuner har i dag ingen psykolog, og fraværet er størst i mindre sentrale strøk. I våre medlemstall ser vi at psykologer i privat sektor nå er den nest største gruppen, mens spesialisthelsetjenesten fortsatt er størst.

Flere av fremtidens psykologer må jobbe utenfor de største byene

Psykologer er mest tilgjengelige i de store byene, særlig i Oslo. Det etableres nå to nye profesjonsstudier i Stavanger og Kristiansand, samtidig som det er søkt om å etablere studium på Lillehammer. Vi vet ikke hvor mange psykologer som vil komme fra studier i utlandet fremover. Forutsetningene for å skape bedre balanse mellom tilgang på og behov for psykologer i fremtiden er gode. Dette avhenger av at psykologene fordeler seg over hele landet. Dette er også tankegangen bak lokaliseringen av de nye studiene. Hvis psykologene fortsatt trekkes mot de største byene, vil vi få arbeidsledige psykologer sentralt og mangel i distriktene. Det er en situasjon ingen er tjent med.

Hvordan får vi psykologer til å velge distriktene?

Vi trenger at psykologene sprer seg over hele landet. Landsmøtet i Psykologforeningen har vedtatt å lage en strategiplan for lønns og arbeidsvilkår for nyutdannede. En viktig del av denne planen må være virkemidler som gjør det attraktivt å jobbe i distriktene. Vi bør heller ikke begrense oss til nyutdannede psykologer. Erfarne psykologer som bosetter seg i distriktene blir som regel værende. Utfordringen vår er å finne tiltak som faktisk virker. Høyere lønn og lavere boutgifter er viktige insentiver. I tillegg finnes det mange steder i distriktene med stor frihet og gode muligheter for faglig utvikling. Samtidig finnes det faktorer som holder folk i byene, som frykt for å bli ensom, det å selge bolig, avstand til familie og mangel på faglige miljøer. Mange må også ta hensyn til partner og barn og være opptatt av barnehageplass og familiebolig.

Et felles prosjekt: Psykologer der folk bor

Når Psykologforeningen skal lage strategiplanen, betyr det at medlemmene skal høres og kunne delta. Vi trenger innspill fra studenter, nyutdannede og erfarne medlemmer. Vi bruker

foraene der tillitsvalgte samles, blant annet tariffkonferansene, sektorutvalgene, Yngre psykologers utvalg, Studentpolitisk utvalg og Lønns- og arbeidslivsutvalget. Planen skal forankres hos medlemmene som engasjerer seg i foreningen. Noe av det viktigste vi kan gjøre er å

finne tiltak som faktisk får psykologer til å bosette seg på steder der det i dag ikke finnes psykologer. Dette gagnar både samfunnet og medlemmene, og vi vil be om innspill i alle relevante fora. Dersom du ønsker å påvirke profesjonen og fagets utvikling, er det å bli tillitsvalgt en svært god start.

Tar du oppdrag som sakkyndig?



Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen

Heidi Roald

Spesialrådgiver i
Jus- og arbeidslivs-
avdelingen

Det er vedtatt endringer i salærforskriften fra 1. januar 2026.

Den offentlige salærsatsen øker til kr 1375 pr. år, og skal justeres årlig. I tillegg innføres begrepet «aktørenes sats» i salærforskriftens § 8 og § 11.

Aktørenes sats viser tilbake til § 2, og salærsatsen som du skal ha vil legge grunnlaget for reisefraværet og honorar ved avlysning.

Sakkyndige som har stilling i det offentlige godtgjøres med 4/5 av timesatsen, eller med full salærsats dersom det kan dokumenteres utgifter til kontorhold og selvpensjonering som utgjør minimum 1/3 av næringsinntekten.

Det er også lagt inn et vilkår om at reisefravær skal være «rimelig og nødvendig». Det

betyr i praksis at reisesatsen vil bli ulik for privatpraktiserende sakkyndige og sakkyndige med stilling i det offentlige. Dersom du er sakkyndig med stilling i det offentlige, men fyller unntaksbestemmelsen og får hele salærsatsen, legges denne til grunn for reisefravær og avlysning.

Ved avlysning av rettsmøter vil man få utbetalt etter den satsen som § 2 avklarer når det kreves etter § 11 første og andre ledd. Sakkyndige vil få 3 x sakkyndig-sats.

Endringene trer i kraft 1. januar 2026. Endringene gjelder for oppdrag som starter etter denne datoen.

Kontakt oss

Har du spørsmål knyttet til oppdrag for domstolene eller annen godtgjøring med offentlig salærsats, kontakt Jus- og arbeidslivsavdelingen på e-post ja@psykologforeningen.no eller på tlf. 23 10 31 30 hver dag mellom kl. 12.15 og 15.00.

Satser etter endringer i salærforskriften

Hva	Sakkyndig	Sakkyndig m/offentlig stilling	Sakkyndig m/offentlig stilling med unntak fra lavere sats
Salær	Hele salærsatsen	4/5 av salærsats	Hele salærsats
Reisefravær	0,7 x hele salærsats	0,7 x 4/5-salærsats	0,7 x hele salærsats
Avlysning § 11 1. ledd	3 x hele salærsats	3 x 4/5-salærsats	3 x hele salærsats
Avlysning § 11 2. ledd	2x hele salærsats per dag fra dag 3	2 x 4/5-salærsats per dag fra dag 3	2 x hel salærsats pr dag fra dag 3



I spennet mellom dødskrefter og livskrefter

— Det motstridende i
barne- og ungdomsår

Right Angle Mirror, Daniel Rybakken (2012)

Dato

Fredag

16.10.2026

Lørdag

17.10.2026

Sted

Voksenåsen

Hotell, Oslo

Becky Hall (UK)

Barne- og ungdomsanalytiker og
barneterapeut fra Tavistock

Niina Venetjoki (FIN)

Psykolog og psykoterapeut

Maria Kjos Fonn

Forfatter

Fredrik Cappelen

Spesialist i barne- og ungdoms-
psykologi og psykoanalytiker

Ingeborg Aarseth

Psykologspesialist og barne-,
ungdoms- og voksenanalytiker

+ Kliniske parallellsesjoner

Påmelding på ibup.no

Pris 6100,-

Egne priser for studenter,
honnør og deltakelse via Zoom

Festspillkurs, kursnr. 20VED26023

Utvikling og selvivaretakelse som psykolog – eksistensielle perspektiv

Sted og dato:

Bergen 4.–5. juni 2026

Tid: 0900–1700, begge dager
Påmeldingsfrist: 30. april 2026
Pris per kurs: kr. 8 700,- (medlem) / 9 700,- (ikke medlem)

Målgruppe: Psykologer som arbeider med psykoterapi eller andre former for psykologisk behandling, forebygging og helsefremming, og som ønsker å styrke sin faglige utvikling samtidig som de bygger en bærekraftig hjelper praksis.

Målsetning: Målet med kurset er å gi fordypning i hvordan eksistensiell bevissthet, selvmedfølelse og kroppslig forankring kan støtte både profesjonell vekst og selvivaretakelse hos psykologen.

Kurset vil gi kunnskap om: Kurset kombinerer teoretisk forankring med praktiske opplevelsesbaserte øvelser og refleksjon. Vi utforsker hvordan profesjonell utvikling og selvivaretakelse kan forsterke hverandre. Kurset har et eksistensielt-integrativt

perspektiv som innlemmer relasjonell psykodynamikk, opplevelsesorienterte og mindfulness-baserte arbeidsformer.

Om kursleder: *Per-Einar Binder* er professor i klinisk psykologi ved Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, og psykologspesialist med fordypningsområdene psykoterapi, barn- og ungdom, og voksenpsykologi. Hans forskningsinteresser innbefatter eksistensiell og filosofisk psykologi, og studier av identitet, perfeksjonisme og personlige endringsprosesser, og terapeututvikling. Binder har skrevet en rekke fagbøker, av særskilt relevans for kurset er boken *Mot til å lære: Veier til vekst og mening i hjelperyrkene*.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.



Les mer om
kurset og meld
deg på her:



Skyggesider i terapi, vanskelige pasienter og situasjoner, mislykkete forløp, destruktive prosesser og terapeutens rolle

Nytt Almagroseminar i Moral (Spania)
13. til 19. september 2026

Forelesere: Psykologspesialist *Hans Peter Broch* psykoanalytiker IPA, psykologspesialist *Per Isdal* (video), psykologspesialist *Alexandra Tenebros* karakteranalytiker NKI, psykologspesialist *Atle Ausdal* karakteranalytiker NKI, psykolog *Carmen Villalobos*, gestaltterapeut (Spania), psykologspesialist *Stig Asle Hjelldand* karakteranalytiker NKI, psykolog *Elisabeth Tverrli* sexolog (kandidat NKI), psykologspesialist *Tor Sletten* Bodydynamic Analytiker BDI

Påmelding skjer ved betaling av deltageravgift på kr 8400,- til Almagroforeningen konto 50820697348 og ved å melde fra om påmelding til almagroforeningen@gmail.com. Avgiften inkluderer ikke flyreise til Madrid eller hotell (Almagroforeningen ordner med plass på hotell), men buss tur-retur Madrid flyplass til Moral. Videre dekkes 5 vinsmakinger med enkel middag om kvelden.

Seminaret er godkjent som vedlikeholdskurs for psykologspesialister med 40 timer av NPF.

Info: +0034654157267 og almagroforeningen.no.

Påmeldingsfrist 1. april 2026

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



Grunnutdanning i EMDR

Kursholder: Janne Ekeberg Amundsen
Psykologspesialist/EMDR Europe Accredited Trainer

Digitalt oppfriskningskurs i EMDR
18. mars 2026

Trinn 1
Trondheim, 6.-8. mai 2026
Bergen, 16.-18. september 2026

Trinn 2
Trondheim, desember 2026

Jeg kan og hentes inn som intern kursholder andre steder i landet.

Nærmere informasjon og påmelding:
janneamundsen.no/emdrkurs



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: savitaadalsbo@gmail.com
Husk å oppgi fullstendig faktura informasjon

Kursansvarlig:
Savita Dalsbø, psykologspesialist, Norsk psykologforening, EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer.

Festspillkurs, kursnr. 20VED26025

Introduksjon til idrett- og prestasjonspsykologi

Sted og dato:

Bergen 4.–5. juni 2026

Tid: kl. 0900–1700 begge dager
Påmeldingsfrist: 30. april 2026
Pris per kurs: kr. 8 700,- (medlem) / 9 700,- (ikke medlem)

Målgruppe: Kurset er rettet mot psykologer og psykologspesialister som har interesse for idretts- og prestasjonspsykologi. Kurset er særlig relevant for psykologer som ønsker å utvikle sin kompetanse i arbeid med utvikling, mestring og prestasjon i kontekster preget av høye krav og forventninger. Innholdet er anvendbart både i arbeid med enkeltutøvere og grupper/team, på tvers av ulike prestasjonsarenaer.

Målsetting: Kursets overordnede mål er å gi deltakerne en grunnleggende og praksisnær innføring i sentrale temaer innen idretts- og prestasjonspsykologi. Det legges særlig vekt på psykologiske faktorer som påvirker prestasjon, prestasjonsutvikling og fungering under press.

Undervisningsmetode: Det vil være en blanding mellom undervisning, demonstrasjon

og ferdighetstrening. Deltakerne vil jobbe individuelt, i par og i mindre grupper og det forventes deltakelse og involvering fra alle.

Kursledere: *Anne Marte Pensgaard* er professor i idrettspsykologi og en av våre fremste fagpersoner innen dette fagfeltet. Hun er ansatt ved Norges idrettshøgskole (NIH) og har også en deltidsstilling ved Avdeling for idrettspsykologi på Olympiatoppen.

Tom Henning Øvrebø er psykolog og spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi. Han er en del av Norsk senter for idrett og psykisk helse (nsiph.no) og han underviser i idrettspsykologi ved NIH.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.



Les mer om
kurset og meld
deg på her:





Vedlikeholdskurs

Psykisk helsevern som arena for kunstig intelligens

Sted og dato:

Oslo, 11. – 12. juni 2026

Påmeldingsfrist:

7. mai 2026

Pris per kurs:

kr 8 700,- (medlem) / 9 700,- (ikke medlem)

Målgruppe: Psykologspesialister. Kurset krever ingen forkunnskaper om kunstig intelligens – vi starter med en enkel introduksjon og bygger videre mot praktiske og strategiske perspektiver.

Innhold: Deltakerne får innsikt i hvordan KI kan støtte kliniske vurderinger, administrasjon og organisasjonsutvikling. Hva er Kunstig intelligens? Kunstig Intelligens, psykologisk forskning og teoriutvikling. Språk i maskiner, mennesker og administrasjon. Nasjonale retningslinjer og føringer for innføring av KI i helsetjenesten og psykisk helsevern, samt etiske perspektiver.

Målsetting: Gi psykologspesialister en innføring i hvordan kunstig intelligens vil påvirke faglig virksomhet, organisering av tjenestene med blick på samfunnspsykologi. Kurset fokuserer på forståelse og anvendelse av KI i psykologisk praksis, ikke på teknisk utvikling eller koding.

Om kurslederne: *Sveinung Tornås*, utdannet cand.psychol fra Universitetet i Oslo (UiO, 1996), spesialist i klinisk nevropsykologi, PhD (UiO, 2017). Han har mer enn 25 års erfaring fra rehabiliteringsfeltet på Sunnaas sykehus HF som nevropsykolog, klinikkssjef, innovasjons-sjef, og de siste 14 årene som direktør for digitalisering og innovasjon.

Jan Ketil Arnulf, Cand. Psychol. fra Freie Universität Berlin og UiO 1987, spesialist i klinisk psykologi og i arbeids- og organisasjonspsykologi. Dr. Psychol. fra UiO i 2005. Førsteamanuensis, senere professor i organisasjonspsykologi ved Handelshøyskolen BI siden 2004.

Kurset godkjennes som 16 timer vedlikeholdsaktivitet.

**Les mer om kurset
og meld deg på her:**



Festspillkurs, kursnr. 20VED26022

Målbevisst ferdighetstrening (deliberate practice) på relasjonsferdigheter

Sted og dato:

Bergen 4.–5. juni 2026

Tid: 0900–1700, begge dager
Påmeldingsfrist: 30. april 2026
Pris per kurs: kr. 8 700,- (medlem) / 9 700,- (ikke medlem)

Målgruppe

Psykologer involvert i behandling av mennesker med psykiske lidelser.

Om kurset

Kursdeltakerne lærer om hvordan bruke målbevisst ferdighetstrening som et verktøy tilpasset egen utviklingssone, om ulike former for slik trening, og hvordan en tilpasser målbevisst ferdighetstrening til egen kliniske hverdag.

Forelesninger, video-demonstrasjon, mulig live demonstrasjon, øvelser og samtale.

Om kursleder

Vidar Maximilian Husby er psykologspesialist ved Favne i Oslo.

Husby er kjent for engasjerende workshopper med høy klinisk nytteverdi. Sammen med Tony Rousmaniere (president i APAs divisjon 29) og Alexandre Vaz, er han en del av den internasjonale fronten i deliberate practice-feltet.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.



Les mer om
kurset og meld
deg på her:



Valgfritt program

Forståelse, utredning og tiltak ved kognitive vansker hos barn og unge 005

Sted og dato: Oslo, 19.10.2026 – 19.10.2027

Påmeldingsfrist: 14. september 2026

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

Målgruppe: Målgruppen for dette programmet er psykologer som arbeider med barn og unge og som har gjennomført fellesprogrammet.

Det forutsettes at man jobber med barn eller ungdom som har sammensatte tilstander hvor kognitive avvik forekommer, og hvor kognitive funksjonsvurderinger er aktuelt som for eksempel i BUP, PPT, habiliteringstjenesten og skolen. Programmet er åpent for psykologer som skal bli spesialister i barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi, habiliteringspsykologi, rus- og avhengighetspsykologi, klinisk helsepsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet.

Tema: Programmet skal gi psykologen en forståelse av transaksjons- og kontekstuelle perspektiver på kognitive vansker hos barn og unge. Og hvordan kognitive vansker kan inngå i helhetlige vurderinger av utviklingsutfordringer hos barn og unge.

Mål: Forventet læringsutbytte er kunnskaper og ferdigheter til å kartlegge og identifisere kognitive utviklingsavvik hos barn og unge. Psykologen skal tilegne seg kompetanse om oppdagelse, avgrensede utredninger, aktuelle tilretteleggings- og behandlingstiltak, og anbefale tiltak for å sikre god utvikling.

Kursledere: Kristin Moldjord og Helene Eidsmo Barder



Les mer om kurset og meld deg på her:

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 Aanondsen
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 Aanondsen, leder
chris@psykologforeningen.no
957 92 616

Fag- og profesjonsrådet

Chris Margaret Aanondsen, 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
ceciliogaustad@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@millimtr.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. 2 2026

Eksistensielle perspektiver i psykisk helsevern

Ane Inger Bondahl Søberg & Lars Lien

Doktorgrader

Hva føler nordmenn om bærekraftig mat?
Følelser og livskvalitet i grunnskolen

Elegi over Gaustad

Petter Brevik

Psykoterapi og problematiske kakediagrammer

Stian Solem

«Jeg snakker ikke om det med noen»: en kvalitativ studie av erfaringer med anonyme chattetjenester

Kristin Stotesbury, Ane Martine Tømmeraas,
Oda Stakkestad Klakegg, Ole Myklebust Amundsen,
Marius Veseth & Elisabeth Schanche

Sosiale mediers påvirkning på unge voksne med spiseforstyrrelser: en kvalitativ studie

Emilie Alexandra Schei & Therese Fostervold Mathisen

Når terapirommet kobles på internett

Audun Lillekjendlie

Eksistensiell angst: Dilemma eller uutnyttet mulighet?

Didrik Heggdal, Sindre F. Andreassen, Maria Mowé
& Viggo Dalseth

Psykologers ukritiske omfavnelse av åpenhetskulturen

Anne-Kari Torgalsbøen

Fagetisk praksis er et felles ansvar

Ole Magnus Vik & Cathrine Eide

Generalistene løser problemer spesialistene avviser

Rolf Sundet

Én metode for alle lidelser

Jannicke Thoverud Godø

Sprudler av overskudd

Trond Kjærstad

Forebygging av tortur ved frihetsberøvelse

Nora Sveaass

Å la tiden åpne seg: Heideggers *Væren og tid* i psykologifaget

Per-Einar Binder

Minneord for Anna Louise von der Lippe